



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**MENOPOZ DÖNEMİNDE KARŞILAŞILAN
ŞİKAYETLERDE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA
DURUMLARININ TESPİT EDİLMESİ**

MELTEM ESKİCİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2020



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI



**MENOPOZ DÖNEMİNDE KARŞILAŞILAN ŞİKAYETLERDE
ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA DURUMLARININ
TESPİT EDİLMESİ**

Meltem ESKİCİOĞLU

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**DANIŞMAN:
Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR**

BURSA-2020

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum
“Menopoz Döneminde Karşılaşılan Şikâyetlerde Alternatif Tedavi Kullanma Durumlarının Tespit Edilmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Meltem Eskicioğlu
26.06.2020



TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

26/06/2020

Adı Soyadı: Meltem ESKİCİOĞLU


Ana Bilim Dalı: Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Tez Konusu: Menopoz Döneminde Karşılaşılan Şikâyetlerde Alternatif Tedavi Kullanma Durumlarının Tespit Edilmesi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>AÇIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Aysel Özdemir

İmza: 

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TÜRKÇE ÖZET.....	VIII
İNGİLİZCE ÖZET.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Klimakterium ve Menopoz.....	5
2.1.1. Epidemiyoloji.....	6
2.1.2. Yaş.....	7
2.1.3. Klinik Şekiller.....	8
2.1.3.1. Fizyolojik Menopoz.....	8
2.1.3.2. Artifisyel Menopoz.....	9
2.1.4. Menopozal Dönemde Görülen Kısa, Orta ve Uzun Süreli Problemler	9
2.1.4.1. Kısa Süreli Problemler	10
2.1.4.1.1. Vazomotor Değişiklikler	10
2.1.4.1.2. Psikolojik Değişiklikler	11
2.1.4.2. Orta Süreli Problemler	12
2.1.4.2.1. Ürogenital Değişiklikler.....	12
2.1.4.2.2. Yaygın Bağ Doku Atrofisi	14
2.1.4.3. Uzun Süreli Problemler	15
2.1.4.3.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	15
2.1.4.3.2. Osteoporoz	16
2.1.5. Menopoz Şikâyetlerinde Başvurulan Tedavi Seçenekleri	17
2.1.5.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)	17
2.1.5.1.1. HRT'nin Riskleri.....	19
2.1.5.2. Alternatif Tedaviler	19

2.1.5.2.1. Doğal Ürünler	20
2.1.5.2.1.1. Fitoöstrojenler	21
2.1.5.2.1.2. Karayılan Otu.....	21
2.1.5.2.1.3. Dehidroepiandrosteron (DHEA)	22
2.1.5.2.1.4. Melek Otu	22
2.1.5.2.1.5. E Vitamini.....	22
2.1.5.2.1.6. Diğer Doğal Ürünler	23
2.1.5.2.2. Zihin ve Beden Uygulamaları	23
2.1.5.2.2.1. Akupunktur	23
2.1.5.2.2.2. Hipnoterapi.....	24
2.1.5.2.2.3. Meditasyon.....	24
2.1.5.2.2.4. Yoga.....	25
2.1.5.2.3. Diğer Tamamlayıcı Yaklaşımlar.....	25
2.1.5.2.3.1. Bioidentical Hormonlar	25
2.1.6. Menopoz Yönetiminde Hemşirelik Bakım Uygulamaları	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	28
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	29
3.7. Veri Toplama Araçları	30
3.7.1. Anket Formu	30
3.7.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)	30
3.8. Veri Toplama Yöntemi	31
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.10. Etik Açıklamalar	32
3.11. Araştırmaya Sağlanan Destek.....	32
4. BULGULAR	33
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	34
4.2. Kadınların Obstetrik Öyküsüne İlişkin Özellikleri	37
4.3. Kadınların Menopoz Dönemi Sürecine İlişkin Özellikleri.....	39
4.4. Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemleri (Medikal ve Alternatif Yöntemler).....	48
4.5. MSDÖ Puanlarının İncelenmesi	56

5. TARTIŞMA ve SONUÇ	62
5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	63
5.2. Kadınların Obstetrik Öyküsü ile İlgili Bulguların Tartışılması	69
5.3. Kadınların Menopoz Dönemi Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	73
5.4. Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemleriyle (Medikal ve Alternatif Yöntemler) İlgili Bulguların Tartışılması.....	81
5.5. MSDÖ'den Elde Edilen Bulguların Tartışılması	91
6. KAYNAKLAR	100
7. SİMGELER ve KISALTMALAR	112
8. EKLER.....	113
9. TEŞEKKÜR	124
10. ÖZGEÇMİŞ.....	125

TÜRKÇE ÖZET

Çalışma, menopoz döneminde karşılaşılan şikâyetlerde alternatif tedavi kullanma durumlarını tespit etmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Çalışmanın evrenini 2019 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran kadınlar oluşturdu. Çalışmanın örneklemini ise 4 Şubat-31 Mayıs 2019 tarihleri arasında polikliniğe gelen, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim ve kendini ifade etme problemi olmayan, 40-60 yaş arası, menopoza girmiş kadınlar oluşturdu. Çalışmanın verileri anket formu ve Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ile toplandı. Çalışma verilerinin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanıldı. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Normal dağılmayan veri için bağımsız iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, kategorik verinin analizinde Pearson ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlendi. Kadınların yaş ortalaması $52,14\pm 5,62$ yılı. Kadınların %56,2'sinin kronik hastalığı olduğu, en fazla (%33,7) görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu belirlendi. Kadınların %55,9'u menopoza özgü bir tedavi kullanmadığı, tedavi kullananlarınsa %8,3'ünün hormon replasman tedavisi (HRT), %27,8'inin D vitamini, %18,8'inin B12 vitamini ve %12,2'sinin kalsiyum ilacı aldığı belirlendi. Kadınların %42,4'ünün alternatif tedavi kullandığı belirlendi. Kadınların MSDÖ toplam puan ortalaması $16,04\pm 6,95$ (0-44) olarak bulundu. Ölçek puanı ile alternatif tedavi kullanma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$), kronik hastalık, beden kitle indeksi (BKI) ve menopoza özgü tedavi kullanma arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları vazomotor, emosyonel, unutkanlık, saç, ürogenital, eklem-kemik, heyecanlanma ve kabızlık sorunu ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuç olarak, kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları şikâyetlerde çeşitli alternatif tedavilere başvurdukları belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Menopoz, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, hemşirelik

İNGİLİZCE ÖZET

Determination of Alternative Medicine Use for Complaints Encountered During Menopause

The study was conducted descriptively and sectional to determine of alternative medicine use for complaints encountered during menopause. The universe of the study consisted of women admitted to the Obstetrics and Gynecology polyclinic of Bursa Uludağ University Medical Faculty Hospital Health Practice and Research Center in 2019. The sample of the study consisted of womens who came to the polyclinic between February 4 and May 31, 2019, ages of 40 and 60, accepted to participate in the study, did not have communication and self-expression problems, in menopauses. The data of the study were collected by survey form and Menopause Rating Scale. Face to face interview technique was used to collect study data. Whether the data showed normal distribution or not was examined by Shapiro-Wilk test. The data that were not normally distributed were compared between the two independent groups using the Mann-Whitney U test and Pearson chi-square test was used in the analysis of categorical data. The level of significance was determined as $p<0.05$. The mean age of womens was $52,14\pm5,62$ years. 56.2% of women had chronic disease, the most common chronic disease (33.7%) was hypertension. 55.9% of the women did not use menopausal treatment, 8.3% of those who used treatment were HRT, 27.8% took vitamin D, 18.8% took vitamin B12 and 12.2% of calcium medication. It was determined that 42.4% of women used alternative medicine. The Menopause Symptoms Rating Scale total score of women was found to be 16.04 ± 6.95 (0-44). A significant difference was found between the scale score and the use of alternative medicine ($p<0,05$), No significant difference was found between the scale score and chronic disease, BMI and menopause-specific treatment ($p>0,05$). A statistically significant difference was found between the vasomotor, emotional, forgetfulness, hair, urogenital, joint-bone, excitability and constipation problems that women during menopause and their scale score ($p<0,05$). As a result, it was determined that women used various alternative medicine in the complaints they faced with during menopause.

Keywords: Menopause, complementary and alternative medicine, nursing

1. GİRİŞ

İnsanların vazgeçilmez haklarından en önemlisi olan sağlık, evrensel bir terimi ifade etmektedir (Alu, 2017). Toplumdan topluma ve kişiden kişiye göre farklı anlamlar taşıyan sağlık, kişinin değişen biyo-psiko-sosyal, fizyolojik durumlardaki işlevlerini devam ettirebilmesini ve bu değişimlere adaptasyonunu anlatır (Ay, 2013).

Cinsiyete özgü ve biyolojik farklılıkların doğurduğu durum, sağlığı etkilemektedir. Pek çok toplumda sosyokültürel etkenlerden kaynaklanan ayrımcılık sebebiyle kadın sağlığı, dezavantajlı durumdadır (World Health Organization [WHO], 2020a). Kadınların cinsiyetlerinden dolayı yaşadıkları birtakım sağlık sorunları arasında beslenmeye ilişkin sorunlar, istismar, ihmal, üreme sağlığına ilişkin sorunlar, hamilelik sürecine ilişkin sorunlar, osteoporoz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik kanserler ve menopoz dönemine ait sağlık sorunları yer almaktadır (Öztürk, 2016).

Çağımızda teknoloji ve bilim ile ilgili alanlardaki gelişmeler sayesinde yaşam beklentisi artmaktadır (Rathnayake, Lenora, Alwis ve Lekamwasam, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2013-2018) hayat tabloları verilerine göre ülkemizde, Avrupa İstatistik Ofisi (EUROSTAT, 2018) verilerine göre de Avrupa ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresinin yüksek olduğu görülmektedir. Milattan aşağı yukarı 1000 yıl öncesinde insan yaşam süresi 18 sene iken (Seyisoğlu ve Gezer, 2014), bugün ülkemizde bu süre kadınlarda 81 sene olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2013-2018). Kadınların yaşam süresinin erkeklerden daha uzun olması, yaşlı nüfus içinde paylarının artmasına yol açmaktadır ("WHO", 2020b). Bu yaşam süresinin uzaması ayrıca kadınların hayatlarının yaklaşık olarak üçte bir gibi önemli kısmını menopoz sonrası evrede geçirmelerine de yol açtığı görülmektedir (Seyisoğlu ve Gezer, 2014).

Ülkemizde ve dünyada menopoz süreciyle ilgili yapılmış çalışma sonuçlarında kadınların yaşadıkları menopozal dönemin, yaşam kalitesini etkilediği birçok çalışmada belirtilmiştir (Abay ve Kaplan, 2015; Erkin, Ardahan ve Kert, 2014; Szadowska-Szlachetka ve diğerleri, 2019). Gümüşay ve Erbil (2019) yaptıkları çalışmada da kadınların menopoz dönemine yaklaşımının olumsuz olması, menopoz sürecinde geçirdikleri kaliteli yaşam süresini de olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Bu bağlamda, menopoz döneminde olan kadınların halk sağlığı açısından hassas ve riskli grup içerisinde yer aldığı söylenebilir (Özgür, Yıldırım ve Komutan, 2010).

Mena=ay ve pause=durma kelimelerinin birleşmesiyle ortaya çıkan menopoz kavramı, kadınlarda menstruasyonun daimî olarak sonlaması anlamına gelmektedir. Yaşanan bu olağan fizyolojik değişimin, bir yıl sürmesi kadınlarda menopozun başladığını gösterir (Taşkın, 2016; The Office on Women's Health [OWH], 2019a).

Menopozal dönemde hormonal dengenin değişimiyle birlikte kadınların birçok sisteme ilişkin şikâyetler yaşadığı görülmektedir. Bu şikâyetlerin; vazomotor (sıcak basması, gece terlemesi, el-ayaklarda karıncalanma, baş ağrısı, dikkat dağınıklığı, boğulma hissi), emosyonel (hüzünlenme, huzursuzluk-sinirlilik, ağlama nöbetleri, korku-panik hissi), merkezi sinir sistemi (unutkanlık), saç ve cilt (saç-tüylerde dökülme, ciltte lekelenme, ciltte kuruluk-kaşıntı, tüylenme, ciltte kuruma, cildin tonusu, dokusu ve dış görünüşünde değişim), kas-iskelet (eklem ve kemiklerde ağrı), kardiyovasküler (heyecanlanma, kalpte sıkışma, çarpıntı), ürogenital sistem (üriner enfeksiyon, disparoniye bağlı cinsel isteksizlik, üriner inkontinans, vajinal kuruluk), gastrointestinal sistem (konstipasyon, şişkinlik ya da gaz sancısı), uyku düzeni (uykuya dalmada zorluk, erken kalkma, uzun süre uyuyamama), kilo alımı olduğu tespit edilmiştir (Çetin ve Eroğlu, 2015; Özer ve Gözükara, 2016; Smail, Jassim ve Shakil, 2019). Yaşanan bu şikâyetler oldukça rahatsız edici, korkutucu olmakla beraber her kadın için farklılık gösterebilmektedir. Bazı kadınlar bu süreci daha hafif semptomlar yaşayarak rahatlıkla geçirirken bazıları da bütün semptomları yaşayabilmektedir (Royal College of Nursing [RCN], 2017).

Literatürde kadınların, menopozal dönemin getirdiği birtakım değişimlere uyum sağlamak ve bu dönemde yaşadıkları sağlık sorunlarıyla baş edebilmek için çeşitli yöntemlere başvurmakta olduğu görülmüştür (Çetin ve Eroğlu, 2015; Gentry-Maharaj ve diğerleri, 2015; Johnson, Roberts ve Elkins, 2019). Belçika’da yapılan bir çalışmada, kadınların menopoz dönemi semptomları için meme kanseri (%25,0), kilo alımı (%26,0) ve kardiyovasküler hastalıklar (%34,0) gibi sağlık risklerini arttırdığı düşüncesinden dolayı HRT kullanımını tercih etmediği bunun yerine alternatif yöntemleri kullandıkları görülmüştür. Aynı çalışmada, kadınların menopoz şikâyetlerini gidermek için bitkisel tedavi, soya ürünleri, rahatlama-gevşeme teknikleri, E vitamini, düzenli fiziksel hareketlilik, stres yaratan durumlardan uzak durma, akupunktur gibi alternatif yöntemlerden yararlandıkları belirlenmiştir (Depypere ve diğerleri, 2016). Yapılan çalışmalar incelendiğinde de menopoz dönemindeki kadınlar arasında alternatif tedavilerin gittikçe daha popüler hale gelerek, yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmektedir (Gün ve Demirci, 2015; Peng, Adams, Hickman ve Sibbritt, 2014; Posadzki ve diğerleri, 2013).

Kadınlara hayat kalitesini etkileyebilen menopoz dönemine ilişkin yapılabilecek eğitimler (Abay ve Kaplan, 2015), bu dönemde ortaya çıkan sağlık sorunlarının yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemler konusunda eğitim ve bilgilendirme yapılması (Akarsu ve Kuş, 2017), HRT’nin etiyolojisi ve yan etkilerinin kanıtları konusunda haberdar, bilgili olmak (RCN, 2019) gibi pek çok konuda insanlarla sürekli olarak iletişimde bulunan, zaman geçiren sağlık profesyonellerine büyük sorumluluk düşmektedir. Yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında kadınların, menopoz sürecinde karşılaştıkları sağlık sorunlarıyla etkin başa çıkma yöntemlerini bilmediği tespit edilmiştir (Çetin ve Eroğlu, 2015; Özer ve Gözükara, 2016). Kadın popülasyonu tarafından oldukça tercih edilen alternatif yaklaşımlar hakkında kullanımlarını destekleyecek, etkinliklerini ortaya koyacak kanıt düzeyi yüksek bilimsel çalışmalara gereksinim fazladır (Gentry-Maharaj ve diğerleri, 2015; Gün ve Demirci, 2015).

Ülkemizde konu ile ilgili kanıt düzeyi yüksek çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmalarında kullandıkları yöntemleri, menopoza adaptasyonlarını kolaylaştıran uygulamaları ve bu sürecin sağlıklı geçirilebilmesi için kullandıkları alternatif tedavileri tespit etmek ve bilimsel katkı sağlamak açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, menopoz döneminde karşılaşılan şikâyetlerde alternatif tedavi kullanma durumunun tespit edilmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Klimakterium ve Menopoz

Kadının hayat döngüsü ana rahminden başlayıp bebeklik ve çocukluk, adölesan, doğurganlık, klimakterik ve yaşlılık gibi dönemlerden oluşmaktadır. Yaşam dönemlerinden her biri, kendine has bazı fiziksel, sosyal ve ruhsal değişiklikleri içinde barındırır (Öztürk, 2016). Östrojen hormonundaki azalmaya bağlı üreme işlevinin sona ermesi ile sonuçlanan menopoz, kadın hayatında doğal, fizyolojik bir olayı ifade etmektedir (RCN, 2017).

Literatürde menopozun birçok tanımı ile karşılaşmak mümkündür. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği (2020) menopozu “en az 12 aylık adetsiz bir dönemin takip ettiği veya her iki overin (yumurtalığın) cerrahi olarak çıkarıldığı veya harap edildiği zamandan önce görülen son adet” olarak tanımlamıştır. RCN (2017) menopozu, östrojen seviyesinin azalmasına eşlik eden over folikül işlevinin kaybolmasından dolayı üreme işlevinin ve menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesi ile sonuçlanan doğal bir durum olduğunu belirtmiştir. Bir başka tanımda ise menopozdan kadınların menstruasyon periyodunun daimi olarak sonlanması şeklinde bahsedilmiştir (National Center for Complementary and Integrative Health [NCCIH], 2017).

Kadın yaşamında önemli bir basamak olan klimakteriyum, menopoz ile aynı anlamda kullanılsa da birbirinden farklı iki kavramı ifade etmektedir (Taşkın, 2016). Klimakteriyum, over fonksiyonlarında düşüşün yaşanmasıyla beraber reproduktif dönemin sonlanmasından 64 yaşa kadar devam eden zaman dilimini içermektedir (Seyisoğlu ve Gezer, 2014). Klimakteriyum; premenopoz, menopoz, postmenopoz ve perimenopoz fazlarından meydana gelmektedir. Menopoz dönemi ise klimakteriyum içerisinde meydana gelen, çoğu kez 40-50 yaş aralığında görülen menstruasyonun bitişi durumudur (Taşkın, 2016).

Kadınlarda menopoz dönemine giriş ansızın olmayıp, uzun süren bir olay dizisi sonucunda meydana gelmektedir. Bu süreçte 40'lı yaşlardan başlayarak ilk olarak üreme kapasitesinin azalmasına bağlı adet dönemi düzensizlikleri, zaman zaman sıcak basması, terlemeler ve ruhsal değişimlerin yaşanması gerçekleşmektedir. Daha sonra kadınlarda yaşanan bu şikâyetler giderek çoğalır ve menstruasyon tamamen sonlanır (Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği [TJOD], 2018). Bu dönemde, 12 ay kadınlarda adet kanamasının yokluğu menopozun başladığını gösterir (Seysisoğlu ve Gezer, 2014).

Kadınların yaşamlarının büyük bir kısmını geçirdikleri, kaliteli yaşam sürelerinin etkilendiği (Erkin ve diğerleri, 2014) ve birçok sağlık sorununun yaşandığı bu dönem (Omaç, Güneş ve Aylaz, 2009; Özer ve Gözükara, 2016) halk sağlığının önemli ve hassas konularındandır. Kadınların yaşam döngüsünün bir parçası olan bu dönemde ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bu sorunlarla etkili başa çıkabilmeleri konusunda bilinçlendirmek amacıyla her sene ekim ayının 18'i, Dünya Menopoz Günü olarak kutlanmaktadır (Çoban ve Özvarış, 2017).

2.1.1. Epidemiyoloji

Günümüz dünyasında teknolojinin ilerlemesiyle beraber insan yaşam süresinin artmasına ve buna ek olarak geçirilen yaşamın kalitesinin önemini de ortaya çıkarmıştır. Kadınların ileriki dönemlerinde hastalık oranlarındaki artışın sebebi, erkeklerden daha fazla yaşamasıdır (Öztürk, 2016). Menopoz da kadınların bazı sağlık risklerini tetikleyebildiği bir dönemdir ("OWH", 2019a). 1990 yılında 467 milyon kadın menopoz döneminde iken bu sayının her geçen gün artarak 2030 yılında 1,2 milyara ulaşacağı bildirilmektedir (WHO Technical Report Series-866, 1996). Toplumun %20'lik gibi önemli bir kısmını menopoz dönemindeki kadınların oluşturduğu ifade edilmektedir ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017).

Ülkemizde gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2013) verilerine göre 30-49 yaş aralığında bulunan kadınların %8'inin menopoza girdiği yaklaşık olarak değerlendirilmiştir. Bu yüzde kadınların yaşı ile paralel olarak yükselmektedir. 30'lu yaşların başında %1'den aşağıdayken, 48-49'lu yaşlarda %49'a kadar yükselmektedir.

TNSA 2018 verilerinde ise 30-49 yaş aralığındaki kadınların menopoza girme oranı %10 olarak belirlenmiştir. Kadınların yaş aralıklarına bakıldığında; 30-34 yaş aralığındaki kadınların menopozda olma oranı %1,1 iken, 48-49 yaş aralığındakilerde bu oran %45,1 olarak bildirilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019a). 2018 TNSA Suriyeli Göçmen Örnekleme raporunda ise 30-49 yaş aralığındaki Suriyeli göçmenlerin menopozda olma oranının tahmini %5 olduğu ve yaşla birlikte menopozda olan kadınların oranının yükseldiği tespit edilmiştir. Göçmen kadınların yaşa göre menopozda olma durumları incelendiğinde; 30-34 yaş aralığında %2,7 iken, 48-49 yaş aralığında %26,6 olduğu görülmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019b).

2.1.2. Yaş

Kadınlarda menopoz döneminin çoğunlukla 45-50 yaş aralığında olmasından dolayı, kadınların hayatlarının büyük bir kısmı menopoz sonrası dönemde ve menopozun beraberinde getirdiği problemlerle sürmektedir ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kadınların %15,6'sının perimenopoz, %22,9'unun premenopoz, %61,5'inin postmenopoz dönemde olduğu ve kadınların menopoz yaş ortalaması $45,3 \pm 5,3$ yıl (minimum=30, maksimum=58) olduğu tespit edilmiştir (Koyuncu, Ünsal ve Arslantaş, 2015).

Kadınların yaşamlarında doğal bir durum olmakla birlikte menopoz döneminde yaşanan bulgular ve menopoza girme zamanı açısından kişiseldir (RCN, 2019). Menopoz yaşı dünya çapında ortalama 52 iken, 40 ile 58 yaş aralığında çeşitlilik göstermektedir (The North American Menopause Society [NAMS], 2020a). Farklı ülkelerde yaşayan kadınların menopoz yaşları; Ürdün'de $48,68 \pm 2,49$ (40-55) yaş (Gharaibeh, Al-Obeisat ve Hattab, 2010), Pekin'de 48-52 yaş aralığında ortalama 50 yaş (Jiang ve diğerleri, 2019), İngiltere'de ortalama 51-52 yaş (RCN, 2019), Sri Lanka'da $48,3 \pm 3,98$ yıl (Rathnayake ve diğerleri, 2019) olarak saptanmıştır.

Birçok faktörün kadınlarda menopoza girme yaşı üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu faktörler; eğitim seviyesi arttıkça menopoz yaşının düştüğü, beden kitle indeksi arttıkça menopoz yaşının arttığı, anne menopoz yaşı 50 ve altındakilerin menopoz yaşının düştüğü (Omaç ve diğerleri, 2009), sigara kullanımının erken menopoza sebep olduğu, ailedeki menopoz yaşıyla ilişkili olduğu, az gelişmiş ülkelerde menopoza girme yaşının düştüğü bildirilmiştir ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017). Fakat yapılan bir derleme çalışmasının sonucunda, kadınların menopoza girme yaşı ile sosyokültürel özelliklerin önemli bir belirtisi olan eğitim seviyesinin ilişkili olduğu net bir şekilde belirlenememiştir (Canavez, Werneck, Parente, Celeste ve Faerstein, 2011). Bu bağlamda, kadınların menopoza girme yaşını etkileyebilen pek çok etken bulunmasına rağmen, bu etkenlerle ilgili çoğu kez görüş birliği yoktur (Ceylan ve Özerdoğan, 2015).

2.1.3. Klinik Şekiller

2.1.3.1. Fizyolojik Menopoz

Kadınlardaki over fonksiyonlarının büyük bir bölümünün ortadan kalkmasına ilişkin görülen menopoz şeklidir. 12 ay süre ile kadınlarda menstruasyonun olmaması sonucu tanımlanır ("OWH", 2019a; Seyisoğlu ve Gezer, 2014).

Menopoz, kadınlarda doğal bir süreç olarak meydana geldiği gibi bazı ilaçların kullanımı ya da cerrahi gibi işlemler sonucunda da yaşanabilmektedir ("NCCIH", 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kadınların menopoza giriş şeklinin %80,7'sinde doğal, %19,3'ünde ise müdahaleden kaynaklandığı belirlenmiştir (Tunç, 2014).

Ovarian yetmezliğin 40 yaş öncesinde olması "erken over yetmezliği" olarak ve bu grup içinde belirli kısmı eski haline dönebilirse de geri dönüşü olmayan yetersizlikler "erken (prematür) menopoz" olarak isimlendirilir. Erken over yetmezliği kadınların aşağı yukarı %1'ini, erken menopoz ise kadınların yaklaşık olarak %5'inde meydana gelir ("NAMS", 2020a; Seyisoğlu ve Gezer, 2014). Ülkemizde erken menopoz (n=50), cerrahi menopoz (n=50), menopozal geçiş (n=50) ve spontan menopoz (n=150) vakalarıyla gerçekleştirilmiş bir çalışmada, menopoza erken giren gruptaki kadınların diğerlerine göre psikolojik sağlık alanı ile ilgili bölümden daha az puan elde ettikleri tespit edilmiştir (Çalışkan ve diğerleri, 2010).

2.1.3.2. Artifiyel Menopoz

Kadınlarda cerrahi ile overlerin çıkarılması durumunda meydana gelen menopoz şeklidir (Taşkın, 2016). Cerrahi menopoz kadınlarda endometriozis, kanser, fibroid, BRAC (genetiğe bağlı meme ve yumurtalık kanserleri için kullanılır) olanlarda hafifletici cerrahi gibi pek çok koşullar için de uygulanabilir (RCN, 2017).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde cerrahi menopoza giren kadınlar ile doğal olarak menopoza giren kadınlar arasında bazı farklılıklar olduğu görülmektedir. Bunlar; Malatya ilinde 265 kadın ile yapılan bir çalışmada, 27 kişinin daha önce geçirmiş oldukları ameliyat sebebiyle menopozda olduğu ve cerrahi olarak menopoza giren kadınların şimdiki yaşlarına bakıldığında doğal olarak menopoza giren kadınlarınkine göre anlamlı olarak düşük olduğu (Omaç ve diğerleri, 2009), cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda yaşam kalitesini etkileyebilecek hipertansiyon probleminin, menopoz döneminde kadınlar tarafından deneyimlenen vazomotor bulguların ve nulliparitenin daha çok görüldüğü (Çalışkan ve diğerleri, 2010), cerrahi menopozun kadınlarda kemik metabolizmasını negatif şekilde etkilediği (Aydoğan, Köseoğlu, Keçecioğlu, Kahyaoğlu ve Oruç, 2018) ve cerrahi olarak menopoz sürecine giren kadınların, bu süreçte ortaya çıkan şikâyetlerin yönetiminde doğal olarak menopoza girenlere göre HRT'ye daha çok başvurmakta olduğu (Uludağ, Güngör, Gencer, Şahin ve Coşar, 2014) saptanmıştır.

2.1.4. Menopozal Dönemde Görülen Kısa, Orta ve Uzun Süreli Problemler

Kadınlarda menopoz sürecine geçişte hormonal dengenin değişimiyle birlikte menstrüel siklus etkilenebilir ve vücutta çeşitli semptomlar yaşanabilmektedir ("OWH", 2018).

Menopozal dönemde östrojenin etkileri kısa, orta ve uzun olarak üç grupta incelenmektedir. Östrojenin kısa süreli etkilerinde; vazomotor problemler (sıcak basması, çarpıntı, gece terlemesi, baş ağrısı) ve psikolojik problemler (sinirlilik, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, depresif ruh hali, güven kaybı, panik atak), orta süreli etkilerinde; ürogenital problemler (vajinal kuruluk, cinsel ilişki sırasında ağrı hissi, idrarla ilgili sorunlar, vajinit, dizüri) ve yaygın bağ doku atrofisi; uzun süreli etkilerinde ise kardiyovasküler hastalık ve osteoporoz yer almaktadır (RCN, 2017).

Yapılan bir derleme çalışmasında eğitim seviyesi, gelir sağladığı işi, maddi geliri, evlilik uyumu, ekonomik özgürlüğü, medeni hali, yaşadığı hanedeki kişi sayısı, menopoza dair bilgisi, yaşı ve içinde bulunduğu toplumun kadına yüklediği rol gibi faktörlerin menopozal dönemde kadınların yaşadıkları bu bulguları etkilediği belirlenmiştir (Özcan ve Oskay, 2013).

2.1.4.1. Kısa Süreli Problemler

2.1.4.1.1. Vazomotor Değişiklikler

Menopozal dönemde yaşanan vazomotor bulguları, İngiltere'deki kadınların yaklaşık olarak $\frac{3}{4}$ 'ünün deneyimlediği tahmin edilmektedir. Vazomotor değişiklikler; sıcak basması, baş ağrısı, çarpıntı ve gece terlemesi olarak bildirilmektedir. Yaşanan bu değişiklikler, menopozdan iki ya da üç sene öncesinde çoğunlukla en şiddetli, rahatsız edici bulgulardır ve daha sonraları yıllarca sürebilir (RCN, 2017).

Menopoz döneminin en yaygın semptomu olan sıcak basması, vücudun üst bölümünden baş kısmına dağılan ani ısı hissidir. Sıcak basması kadınlarda uyku sorunlarına, deride kızarıklığa ya da terlemelere neden olabilir. Süresi de kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Kimi birkaç ay, kimi birkaç sene yaşarken kimileri ise hiç yaşamamaktadır ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların ortalama 51,7 aydır sıcak basması yakınması olduğu tespit edilmiştir (Gözüyeşil ve Başer, 2016). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise kadınların %80,0'ı orta ya da şiddetli, %17,0'ı hafif sıcak basması şikâyeti yaşadığını ifade ederken, %3,0'ı sıcak basması şikâyetini yaşamadığını bildirmiştir. Aynı çalışmada, kadınların sıcak basması toplam devam süresinin ortalaması $10,2 \pm 4,2$ yıl olarak belirlenmiştir (Freeman, Sammel ve Sanders, 2014).

Ülkemizde menopoz dönemi ile ilgili yapılmış bilimsel çalışmalarda kadınların vazomotor sorunlar arasından %41,0-%70,1 oranında gece terlemesi (Çetin ve Eroğlu, 2015; Özer ve Gözükara, 2016), %72,4-%94,2 oranında sıcak basması (Kal, 2011; Özgür ve diğerleri, 2010), %60,0-%76,0 oranında baş ağrısı (Omaç ve diğerleri, 2009; Özgür ve diğerleri, 2010) ve %77,0 oranında çarpıntı (Ertem, 2010) yaşadığı tespit edilmiştir.

Yapılan bir çalışmada, menopozal evrede deneyimlenen vazomotor bulgular arttığında, kadınların gün içerisinde hayatını sürdürebilmesi için yaptığı aktivitelerin büyük bir kısmının negatif yönde etkilendiği ve yaşam aktiviteleri arasından ruhsal durum başta olmak üzere sırasıyla uyku ve konsantrasyon, fiziki-zihinsel yorgunluk seviyelerinin en fazla etkilendiği tespit edilmiştir (Gözüyeşil ve Başer, 2016).

Sonuç olarak; sigaradan uzak durma, düzenli şekilde fiziksel aktivite yapma, sağlıklı kiloyu koruma ve rahatlama tekniklerini uygulama gibi yaşam biçimi değişiklikleri sıcak basmasının hafifletilmesine yardımcı olabilir ("NAMS", 2020b).

2.1.4.1.2. Psikolojik Değişiklikler

Kadınların menopoz döneminde farklı şiddette ve çeşitli psikolojik değişiklikleri yaşadıkları görülmektedir. Buna örnek olarak; Çetin ve Eroğlu (2015) yaptıkları bir çalışmada, kadınların menopoz döneminde emosyonel sağlık problemleri arasında %81,3'ünün hüzünlenme, %71,4'ünün huzursuzluk-sinirlilik, %46,2'sinin korku-panik hissi ve %46,2'sinin ağlama nöbetleri yaşadığı, Tunç (2014) yaptığı çalışmada, kadınların %32,7'sinin şiddetli derecede fiziki-zihinsel yorgunluk, %42,1'inin hafif derecede endişe ve %41,3'ünün orta derecede keyifsizlik, Alpaslan (2018) yaptığı çalışmada ise menopoz dönemindeki kadınların %31,8'inin hafif derecede keyifsizlik, %31,5'inin orta derecede fiziksel ve zihinsel yorgunluk, %30,4'ünün hafif derecede sinirlilik ve %27,3'ünün hafif derecede endişe/kaygı yaşadığı saptanmıştır. Kadınların bu sağlık sorunlarıyla karşı karşıya gelmesine rağmen, menopozda ortaya çıkan psikolojik problemlerin nedeni tam olarak belli değildir. Çağımızdaki yaşam stresi, geçmişe ait sorunlar başlıca neden gösterilen faktörlerdendir (RCN, 2017).

Menopoz sonrası dönemde kadınlar arasında uyku problemlerinin oldukça yaygın olduğu belirlenmiştir (Ulusoy ve Kukulu, 2013). Literatürde kadınların yakındığı uyku ile ilgili problemlerin altında farklı sebepler gösterilerek açıklanmaktadır. Japon menopoz kadınları ile yapılan bir çalışmada, uykusuzluk görülme sıklığının %50,8 olduğu ve uyku sorunlarının nedeni ruhsal durumdaki çökkünlükle ilişkilendirilmiştir (Terauchi ve diğerleri, 2010).

Yapılan başka bir çalışmada ise uyku sorunlarının şiddeti kadınlarda yaşanan sıcak basması şikâyeti, hareketsiz yaşam tarzı, psikotrop ilaç kullanımı gibi etkenlerle ilişkilendirilmiştir (Arakane ve diğerleri, 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışma sonucuna göre kadınların uykusuzluk problemi yaşama oranı %54,2 ve %60,5'inin eski zamanlardaki uykusu ile bugünkü uykusu arasında farklılığın olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada ayrıca menopoza sürecindeki kadınlarda son dört haftada sağlık problemi yaşama, menopoza giriş süresi, gece terlemesi şikâyetinin bulunması, son dört haftadaki ortalama uyku süresi, sürekli kullandığı ilacının bulunması, uyuduğu odadaki ısının çok soğuk veya çok sıcak olması ve uykusuzluk yakınması gibi durumların uykusuzluk probleminin büyük bir kısmını (%83,0) açıkladığı tespit edilmiştir (Kal, 2011).

Menopoz dönemi, psikolojik sağlık sorunları için büyük bir tehlike değildir, o psikolojik stresin belli bir zamanıdır. Kadınlarda depresyon görülme oranı erkeklere göre daha fazladır. Örnek verilecek olursa;

- premenstrüel sendrom (PMS) veya premenstrüel disforik bozukluk (PMDD),
- doğum sonrası depresyonu,
- menopozal dönemdir (RCN, 2019).

Bu bağlamda fiziksel hareketlilik, kitap okuma, rahatlama-gevşeme teknikleri gibi stresle etkin başa çıkma yollarının menopoz sürecinde yaşanan depresyon, anksiyete gibi psikolojik değişikliklerin hafifletilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir ("OWH", 2018).

2.1.4.2. Orta Süreli Problemler

2.1.4.2.1. Ürogenital Değişiklikler

Cinsellik, Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nde fizyolojik basamak içerisinde yer almaktadır. Fizyolojik ihtiyaçlar, kişinin hayatını devam ettirebilmesi amacıyla en önemli, alanı en fazla olan ve en alt basamakta yer alan gereksinimlerdir (Ay, 2013). Piramitte yer alan gereksinimler aşamalı olarak karşılanmakta yani alt basamaktaki bir gereksinim gerçekleştirilmeden kişinin bir üst basamağa geçemeyeceğini açıklamaktadır (Kula ve Çakar, 2015).

Ülkemizde ve yurt dışında yapılmış bilimsel çalışmalarda kadınların menopoz döneminde; cinsel ilişkide azalma, cinsel ilişkiden kaçınma, vajinada kuruluk, cinsel isteksizlik, cinsel birleşme anında ağrı, sık idrara çıkma, gülme veya öksürme sırasında istemsiz idrar kaçırma gibi ürogenital semptomları yaşadıkları belirlenmiştir (Depypere ve diğerleri, 2016; Erkin ve diğerleri, 2014; Fıfşkın, Şahin, ve Kaya 2017; Smail ve diğerleri, 2019). Sever (2010) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan menopozal dönemdeki kadınların %52,2'sinin günlük idrar kaçırma problemi yaşadığı ve kadınların daha çok idrara sıkışma hissi (%61,5), mesane bölümünde ağrı hissi (%35,9), bir iki saatte bir idrara çıkma (%25,0), tuvalete gidmeden idrar kaçırma problemi yaşama (%38,1) ve öksürme, hapşırma gibi durumlarda idrar kaçırma yaşama (%40,7) gibi üriner sistem sorunlarını yaşadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, idrarla ilgili yaşanan bu sağlık sorunlarının kadınların %31,1'inin günlük yaşamlarını etkilediği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, kadınların menopozal dönemde yaşadıkları idrar kaçırma problemi psikolojilerini etkileyerek, depresyona neden olmaktadır ("TJOD", 2018).

Kültürden kültüre değişen bakış açıları, toplumda bir birey olan kadının cinsellikle ilgili yaşadığı bir problemi tedirgin olmadan, sıkıntısız söyleyememesine neden olabilmektedir (Şen, Güneri, Sevil ve Çengel, 2012). Menopoz dönemindeki kadınlar ile yapılan çalışma sonuçlarında, ülkemizde cinsel fonksiyon bozukluğunun görülme sıklığı %74,6 (Şen ve diğerleri, 2012), İtalya'da %72,6 (Cagnacci, Venier, Xholli, Paglietti ve Caruso, 2020) oranında olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda oldukça yüksek oranda yaşanan bu bulgunun birtakım faktörlerden etkilendiği ve faktörleri etkilediği düşünülebilir. Bu faktörler; yaşla (40-45 yaş aralığında %55,0 iken, 52-55 yaş aralığında %82,8) beraber kadınlarda yaşanan cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansının değiştiği (Cagnacci ve diğerleri, 2020), kadınların menopozal dönem içerisindeki kalış zamanı, evli kaldığı süre ve sigara kullanma alışkanlığı kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları yaşama sorununu sıklaştırdığı (Çalışkan ve diğerleri, 2010), menopoz yaşı ve kadının yaşı ile cinsel fonksiyon bozuklukları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu (Şen ve diğerleri, 2012) tespit edilmiştir.

2.1.4.2.2. Yaygın Bağ Doku Atrofisi

Epidermis tabakasının korunmasına yardım eden östrojen hormonunda, kadınlarda menopoza döneminde meydana gelen hormon seviyelerindeki azalmadan dolayı saç, cilt ve tırnakta birtakım değişikliklere sebep olur. Bağ dokusu atrofisinin belirtileri olarak tırnaklarda kırılma, ciltte kuruma, elastikiyet kaybı, saç dökülmesi, kas ağrıları, kemik ve eklem ağrısı olarak karşımıza çıkmaktadır (RCN, 2017).

İnsanda var olan kemik kütlesi, doğduğu andan adölesan çağa kadar biçimlenir ve büyümeye devam eder (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMĐ], 2018a). Kemik kütlesindeki yıkım, yaşlanmanın meydana getirdiği doğal bir durumdur. Fakat, kadınlarda menopoza girdikten sonra meydana gelen kemikteki yıkım çoğalırken, yapım azalmaktadır. Kemik kütlesindeki azalma sonucuyla erime durumları osteoporoz olarak tanımlanır ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017). Osteoporoz, bireyde kırık tehlikesi oluşturan önemli bir sağlık sorunudur. Oluşturduğu bu kırıklar da daha sonra ikincil problemleri doğurabilmekte ayrıca ölümlerle sonuçlanabilmektedir (TEMĐ, 2018a). Ülkemizde bir hastanenin menopoza polikliniğine başvuran kadınlar ile yapılan tanımlayıcı ve kesitsel çalışmada, kadınların %28,9'unun şiddetli derecede (Çelik ve Pasinlioğlu, 2014), yurt dışında 40 ile 70 yaş aralığındaki kadınlarla yapılan bir çalışmada ise %76,2'sinin eklem ve kas problemi yaşadıkları saptanmıştır (Rahman, Salehin ve Iqbal, 2011).

Kadınları oldukça rahatsız eden saç dökülmesi problemi, menopoza süreçte hormon dengesindeki dalgalanmaların bir diğer sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların kendilerini estetik açıdan daha iyi hissettiği bir aksesuar olarak görülebilen saçta, meydana gelen herhangi bir incelme, dökülme gibi sorunlar kadınların yaşam kalitesini fazlasıyla düşürebilmektedir (Goluch-Koniuszy, 2016). Yapılan bir çalışma sonucunda, dermatoloji polikliniğine gelen kadınlarda saçla ilgili sağlık sorunlarının büyük bir yer tuttuğu belirlenmiştir. Bu bağlamda, bireylerde saçlı deri ve saçta meydana gelen sağlık sorunlarının dış görünüşü etkilediğinden, bireylerin kaliteli yaşam geçirmesini negatif yönde etkileyebilmekte olduğu tespit edilmiştir (Oğrum ve Seçkin, 2019).

2.1.4.3. Uzun Süreli Problemler

2.1.4.3.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015) eylem planına göre Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) grubunda yer alan kalp ve damar hastalıkları, bütün ölüm sebepleri içerisinde birinci sırada bulunan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Östrojen hormonu, kardiyovasküler sistem için önemli ve pozitif etkilere sahiptir. Yaşın ilerlemesi ile menopoz sürecine giren kadınlarda östrojen seviyesinde yaşanan düşüşler kalp hastalıkları için riski doğurarak, menopozal dönemdeki kadınlarda dikkat edilmesi gereken konulardan biri haline gelmektedir (Yıldırım, 2010). Menopozdan önce erkeklerde görülen kalp ve damar sistemi hastalıkları kadınlardan 5 kat daha fazlayken, menopozdan sonra 2 kata kadar gerilemektedir ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015) eylem planına göre cinsiyetin dışında günlük yaşantıda yapılan fiziksel aktivitenin yetersizliği, sigara içimi, dengesiz ve düzensiz beslenme gibi sağlığı negatif yönde etkileyebilecek yaşam stillerinin yanında diğer kronik hastalık varlığı (diyabet, hipertansiyon, dislipidemi) kalp ve damar hastalıklarının ilerlemesinde büyük rol oynamaktadır. İspanya'da 45-65 yaş aralığında olan kadınlarla tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılan bir çalışmada, kadınlarda kardiyovasküler hastalık risk etkenlerinin görülme sıklığı %74,8 oranında olduğu ve kardiyovasküler hastalıklarla ilgili ciddi risk etmenleri tespit edilmiştir. İspanyol kadınlarının daha yaygın olarak sırasıyla obezite (%44,3), hipertansiyon (%36,6) ve hiperkolesterolemi (%31,4) kardiyovasküler sağlık problemleri için risk etkenleri olarak belirlenmiştir (Pérez, Garcia, Palacios ve Pérez, 2009).

Şanlıurfa'da menopoza girmiş 300 kadın ile gerçekleştirilen tanımlayıcı türdeki çalışmada, kadınların kalpte sıkışma, çarpıntı, tekleme ve heyecanlanma gibi kardiyovasküler sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Özer ve Gözükara, 2016). Çetin ve Eroğlu (2015) yaptığı çalışmada, menopozal dönemdeki kadınların %65,0'ının kardiyovasküler sorun, tamamının da (%100,0) kardiyovasküler sorunlar içerisinde heyecanlanma yaşadığı, Koyuncu (2015) yaptığı çalışmada ise kadınların %45,5'inin kalp ile ilgili sağlık sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.

2.1.4.3.2. Osteoporoz

Osteoporoz, kırık oluşana kadar belirgin semptomlarla kendini göstermeyen, kırık oluşumu beklenmeden de teşhis edilebilen, gereken tedbirlerin alınmasıyla kırık sonrası oluşabilecek problemlerin engellenebildiği önemli bir halk sağlığı sorunudur (TEMD, 2018a).

Menopoz döneminde meydana gelen kemik yıkımındaki artma, kadınları osteoporoz açısından riske sokmaktadır (TEMD, 2018a). Türkiye Osteoporoz Derneği'nin TÜİK ile çalışma ortaklığı yaptığı FRAKTÜRK adlı 26 bin kişinin tarandığı geniş epidemiyolojik çalışma sonucunda, Türkiye'de yaşayan 50 yaşından büyük insanların %25'inde osteoporoz tespit edilmiştir ("Türkiye Osteoporoz Derneği", t.y.). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, osteoporozla ilişkin bilginin az olduğu ve kadınlarda Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık skorunun erkeklere oranla daha yüksek olması, kadınların yaşamlarında osteoporozu önemli bir sağlık sorunu olarak gördüğü olarak tahmin edilmiştir (Altın ve diğerleri, 2014).

Pérez ve diğerleri (2009) yaptıkları bir çalışmada, İspanyol menopozal dönemdeki kadınlarda osteoporoz (%67,6) için risk etmenleri bulunmuştur. Bu etmenler; kadınlarda fiziksel aktivitenin eksik olduğu yaşam tarzı (%53,6), süt ürünlerinin az tüketimi (%30,1) ve sigara kullanımı (%28,7) olarak belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise postmenopozal kadınlarda menopoz süresinin, yaşın, daha önce deneyimlenen kırık öyküsü varlığının osteoporozu tetiklediği, fiziksel olarak hareketliliğin yüksek olması osteoporozu geriletmediği tespit edilmiştir. Ayrıca, osteoporoz yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre yaşam kalitelerinin etkilenecek düşüğü belirlenmiştir (Pamuk, Kutlu ve Çivi, 2014).

Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2018)'nda premenopoz dönemindeki bütün kadınlarda osteoporozu engellemek için ana tavsiyeler yer almaktadır. Bu tavsiyeler arasında; alkol ve kafein içeren ürünlerin kullanımının sınırlandırılması, sigaranın bırakılması, günlük 800-1500 IU ünite D vitamini ve 1000 mg kalsiyum tüketimi, yer çekimine karşı yapılan fiziksel aktiviteye özendirme sınıf A düzeyinde önerilmektedir (TEMD, 2018a).

2.1.5. Menopoz Şikâyetlerinde Başvurulan Tedavi Seçenekleri

Kadınların birçoğunda menopoz sürecine ilişkin yaşanan semptomların, sağlık problemlerinin onların kaliteli yaşam geçirmelerini etkileyerek, düşürdüğü görülmüştür (Ertem, 2010; "TJOD", 2018). Bu nedenle kadınlar, menopozal süreçte yaşadıkları sağlık problemlerinin yönetiminde çeşitli baş etme yöntemlerine başvurmaktadır (Gentry-Maharaj ve diğerleri, 2015).

Menopoz şikâyetlerinde başvurulan tedavi seçeneklerini iki başlık içerisinde inceleyebiliriz. Bunlar;

1. HRT

2. Alternatif Tedaviler ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017)

Menopoz döneminde olan bir kadına uygulanacak tedavi seçenekleri, bireye özgü olarak değerlendirilir. Çünkü, her kadının yaşadığı semptomlar farklı ilaçları gerekli kılar. Ayrıca uygulanacak tedavi kadının ilave sistemik semptomlarına, yaşına, rahimle ilgili bir operasyon geçirip geçirmediğine, kist gibi durumların bulunmasına göre farklılık gösterir ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017).

2.1.5.1. HRT

Kadınlarda menopoz sürecinde overlerde östrojen ve progesteron hormon düzeylerinde azalmalar yaşanmaktadır. Overlerde eksik olan hormonların bazılarını HRT, yapay progesteron ve östrojenle yer değiştirir ("OWH", 2019b).

Yapılan çalışmalarda menopoz sürecindeki kadınların HRT kullanım oranları çeşitlilik göstermektedir. Literatürde; Özer ve Gözükara (2016) yaptıkları çalışmada %41,7'sinin, Tunç (2014) yaptığı çalışmada %43,8'inin, Buhling, Daniels, Studnitz, Eulenburg ve Mueck (2014) yaptıkları çalışmada %14,2'sinin, Zhang, Liu, Song, Song ve Dai (2019) yaptıkları çalışmada %49,0'ının HRT kullandığı tespit edilmiştir.

1993 senesinde yürütülen Women's Health Initiative (WHI) çalışması 50-79 yaş aralığında toplamda 161.808 menopoz sonrası kadınla yapılmış ve çalışmada menopoz döneminde hormonların kullanımını hakkında önemli veriler sunulmuştur ("WHI", t.y.).

2002 senesinde WHI çalışma sonuçlarının açıklanmasıyla beraber menopozal dönem kadınlarında başvurulan HRT kullanımıyla alakalı büyük panik ve korkular başlamış ve kadınlar menopozal dönemde karşılaştıkları sorunlar için alternatif yöntemlere yönelme doğrultusunda davranışlar sergileyerek, HRT kullanımında yaklaşık olarak %40-80 oranında bir azalma yaşanmıştır (Burger, MacLennan, Huang ve Castelo-Branco, 2012). Literatürde HRT kullanımı ile ilgili farklı sonuçlar ileri sürülmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında; Yıldırım (2010) yaptığı çalışma sonucunda, postmenopozal HRT'nin, menopoz döneminde ortaya çıkan sağlık sorunlarının şiddetini ve görülme sıklığını hafifleten, bu bağlamda bireylerin hayat kalitesini yükselten bir tedavi şekli olduğu ve HRT kullanımının kilit noktasının hangi kadının yarar hangisinin zarar görebileceğinin erkenden öngörülebilmesi olduğunu, Şen ve Saruhan (2010) HRT ile ilgili yapılmış kanıta dayalı araştırmaları inceledikleri çalışma sonucunda, menopozda ortaya çıkan vazomotor bulguların, ürogenital sisteme ilişkin bulguların, depresyon puanlarının iyi duruma gelmesinde ve kadınların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde östrojen tedavisinin etkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak, literatürde menopozal süreç içerisinde kadınların yaşadıkları şikâyetlerin özellikle de osteoporoz ve ateş basmasının yönetiminde hormon tedavisi önerilmesine karşın son zamanlarda bu konuda yapılan çalışmaların beş seneden fazla kullanılan hormon tedavisinin kadınlarda meme kanseri insidansını yükselttiğini bildirmektedir (Taşkın, 2016). Durum böyle olunca tartışılan ve ilgi odağı haline gelen konulardan biri olan HRT'yi kimlerin kullanabileceği merak konusu haline gelmektedir. HRT'yi:

- Terleme, sıcak basması, ürogenital gibi menopoz dönemi şikâyetlerini yaşayanlar,
- Erken menopoza girmiş olanlar,
- İkinci basamak tedavi olarak 50 yaş üstünde olan kadınlarda osteoporoz sorunundan korunmak için kullanılabilir (RCN, 2017).

Fakat yine de yaşınıza, risk etmenlerinize ve menopoz döneminde yaşadığınız bulgularınıza göre hormon tedavisinin sizin için uygunluğunu, fayda ve zararlarını hekiminizle görüşmeniz en doğrusu olacaktır ("OWH", 2019b).

Hormon tedavisi çoğunlukla oral tablet olarak alınabildiği gibi transdermal bant olarak da kullanılabilir. Ancak, diğer ilaçlarda olduğu gibi HRT'nin de riskleri mevcuttur ("OWH", 2019b).

2.1.5.1.1. HRT'nin Riskleri

- Hormon alımı kontrolsüz ve risk etkeni fazla olan kadınlarda endometrium kanseri riskini yükseltebilir fakat uygun kadına uygun zaman ve dozda tedavinin sağlanmasıyla ortaya çıkan bu risk engellenir.
- Meme kanseri riskini yükseltebilir, bilhassa hormonu beş sene ve daha uzun süre alımlarda risk %0,8 oranında artma gözlenmektedir. Kadınlarda bu risk, bireysel olarak değerlendirilir. Bu bağlamda, aile öyküsünde (anne ve kardeşte) meme kanseri bulunan kişilerde tedaviden uzak durulur.
- Kanser, tansiyon, şeker hastalığı bulunan ve önemli derecede varisi olan bireyler ayrı bir önemle değerlendirilerek karara bağlanır ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017).

2.1.5.2. Alternatif Tedaviler

Son yıllarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kavramı, günümüzde oldukça sık kullanılmaktadır. Bu kavram, geleneksel tedavi yaklaşımları haricinde olan ürün ve tedavi şekillerini ifade etmek için kullanılır ("T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı", 2017).

Kültürel farklılıklar, kadınların menopoza bakış açısı ya da toplumların menopozdaki kadına bakış açısı üzerinde etkili olabilir (RCN, 2017). Menopoz dönemi belirtileri için genellikle; bitkisel ürünler, refleksoloji, polen özü, vitaminler, aromaterapi, karayılan otu, çuha çiçeği yağı, yams kökü, çin melekotu, bilişsel davranışçı terapi, homeopati, fitoöstrojenler, hipnoz, akupunktur, yoga gibi alternatif tedaviler kullanılmaktadır (Johnson ve diğerleri, 2019). Ülkemizde yapılan çalışmalarda çeşitli menopozal dönem sorunlarıyla baş etme yolları olarak vazomotor sorunlarda; uyuşan bölgelere masaj, rahat bir şekilde çıkabilecek giysiler tercih etme, elleri ve ayakları sallama, dua etme, kıyafet değişimi, nefes egzersizleri, ılık duş alma, ısınan alanlara soğuk uygulama yapma, başa patates dilimleyerek sarmalama, emosyonel sorunlarda; yalnız başına kalma, ağlama, dışarıda gezinme, yeni hobiler edinme, biriyle dertleşme, çevresindekilere bağırma, kurşun döktürme, ibadet etme; uyku sorunları için bitki çayı içimi, tesbih çekme; unutkanlık için bitki çayı tüketimi, dua okuma, ürogenital sorunlarda; pelvik taban kas egzersizi yapma, ara bezi/günlük ped kullanma, eşten uzak durma; saç ve deri ile ilgili sorunlarda kına yakma,

zeytinyağı kullanma gibi uygulamaların yapıldığı belirlenmiştir (Çetin ve Eroğlu, 2015; Özer, 2014; Tunç, 2014).

Tamamlayıcı sağlık uygulamaları üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar; doğal ürünler, zihin ve beden uygulamaları ve diğer tamamlayıcı yaklaşımlardır ("NCCIH", 2018).

2.1.5.2.1. Doğal Ürünler

Bitkisel tedaviler, terapötik özelliklerinden dolayı kullanılmaktadır. Çoğu kadın, menopoz dönemi belirtileriyle baş etmede bitkisel tedavilerin kullanımını geleneksel tedavilerden daha doğal olarak bulmaktadır. Nitekim çok eski zamanlardan beri hayatımızda çeşitli sağlık problemlerinin iyileştirilmesinde bitkiler kullanılmıştır (RCN, 2017). Kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları semptomlar için pek çok doğal ürün incelenmesine rağmen, hiçbirinin açık bir biçimde faydalı olduğu gösterilmemiştir. Ayrıca, bu doğal olan ürünlerin uzun süreli güvenliği konusunda oldukça az bilgi bulunmakta, bazı ürünlerin ilaçlarla etkileşimde bulunma ya da istenmeyen yan etkileri olabilmektedir ("NCCIH", 2017).

İran'da 45-65 yaş aralığındaki perimenopoz dönemdeki kadınlar ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, kadınlar günlük olarak ağız yoluyla bitki özlerini içeren damlayı alarak, rastgele dört gruba ayrılmıştır. A grubu (250 mg papatya, 30 mg rezene, 15 mg safran), B grubu (1000 mg, 120 mg, 60 mg), C grubu (plasebo) ve D grubu (500 mg, 60 mg, 30 mg) oluşmaktadır. 12 haftalık süren tedavi sonucunda, B grubunda yer alan kadınlarda ürogenital, fiziksel ve psikolojik boyutlardaki menopoz semptomlarının anlamlı düzeyde iyileştiği saptanmıştır (Mahdavian ve diğerleri, 2019).

NAMS (2020c) klinik bakım önerilerine göre; bazı bitkisel ürünlerin kanamayı arttırabileceğinden ya da ilaçların metabolizması üzerinde etki oluşturabileceğinden, sağlık profesyonellerinin ilaç tedavisi veya tıbbi bir prosedür tasarlanması başta olmak üzere, orta yaş döneminde olan kadınlara diyet destekleri ve bitkisel tedavi kullanımı üzerinde soru sorması seviye 2 düzeyinde önerilmektedir.

2.1.5.2.1.1. Fitoöstrojenler

Fitoöstrojenler, östrojen hormonunun kimyasal yapısına benzer özellikler gösteren ürünlerdir. Bu yüzden, östrojen hormonu kullanmaması gereken kadınlar açısından güvenli olmayabilir. Fitoöstrojenlere örnek olarak, soya ve kıvııl yoncanın içerdiği izoflavonlar gösterilebilir ("NCCIH", 2017).

Uzun yıllardan beri menopozal dönemde karşılaşılan belirtilerin rahatlatılmasında alternatif tedavi şekillerinden biri olan fitoöstrojenlere oldukça ilgi gösterilmiştir (RCN, 2017). Soldamlı ve Arslanoğlu (2019) yaptıkları derleme sonucunda, araştırmacıların Asya toplumlarında görülen kardiyovasküler hastalıkların azlığını, kemik yapısının kuvvetliliğini, sıcak basmalarının ve meme kanseri görölme oranının düşük olmasını beslenmelerindeki soya içeriğinin fazlalığı ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir.

Soya, izoflavon gibi fitoöstrojenlerin çoğunlukla plasebo benzeri etkisi bulunmaktadır ("NAMS", 2020b). Sonuç olarak, kısa zamanlı fitoöstrojen kullanımı güvenli gibi izlenimi uyandırır da uzun süreli güvenlikleri belirli kılınmamıştır ("NCCIH", 2017).

2.1.5.2.1.2. Karayılan Otu

İlk olarak menopoz döneminde ortaya çıkan belirtileri rahatlatmak için kullanılan ve östrojen hormonuna benzeyen etkileri olduğu öne sürölen karayılan otu, Kuzey Amerika'ya özgü bitkisel bir ilaçtır. Karayılan otu bireylerde çeşitli nedenler için kullanılmaktadır. Bunlara örnek olarak; jinekolojik hastalıklar, halsizlik, böbrek hastalıkları, romatizma, sıtma, boğaz ağrısı (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK], 2014), menopoz ve ağrılı adet görme gibi sağlık problemlerinin tedavisinde uzun süre kullanılmıştır (Gün ve Demirci, 2015). Yaygın olarak tercih edilen bu alternatif tedavi bireylerde; bradikardi, hipotansiyon, bulantı, kusma ve merkezi sinir sistemi ile ilgili yan etkilere sebep olabilir (NIDDK, 2014).

Sıcak basması şikâyeti yaşayan 80 postmenopoz kadın ile yurt dışında yapılan bir çalışmada, karayılan otunun sıcak basması sorunu üzerinde ve kadınların yaşam kalitesinin yükseltilmesinde olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (Mehrpooya ve diğerleri, 2018). Ancak, menopoz dönemi belirtileri için incelenen karayılan otu hakkında yapılmış bilimsel araştırmaların birçoğu yüksek düzey kanıtta olmamıştır. Bu bağlamda, etkinliği konusunda veriler sınırlı bir yer tutmaktadır ("NCCIH", 2016a).

2.1.5.2.1.3. Dehidroepiandrosteron (DHEA)

Vücudumuzda doğal bir şekilde üretilen, östrojen veya testosterona çevrilebilen bir hormondur. Yaşın ilerlemesi ile beraber DHEA hormonu düşer fakat yaşlanma üzerinde bir etkisinin olup olmadığı ve bu değişimin önemi tam olarak bilinmemektedir ("NCCIH", 2017).

Sonuç olarak, DHEA hormonunun menopoz döneminde görülen belirtilerin iyileştirilmesinde fayda sağlayıp sağlamadığı belirli değildir ("NCCIH", 2017).

2.1.5.2.1.4. Melek Otu

Çin'e özgü, kadınlarda menopoz dönemini de kapsayarak karşılaştıkları sağlık problemlerinde başvurulan bir bitkidir. Melek otu, kan sulandırıcı ilaçlar ile etkileşimde bulunabilir ("NCCIH", 2017).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, melek otu bitkisinin kök kısmının, infüzyon yöntemi ile ishal, iştah açma ve romatizma gibi sağlık problemleri için kullanıldığı bildirilmiştir (Kökçü, Esen ve Uysal, 2015). Fakat literatürde melek otu ile menopoz dönemi belirtileri konusunda oldukça az sayıda çalışma yapıldığından, etkinliklerine dair bir sonuç elde edilememiştir ("NCCIH", 2017).

2.1.5.2.1.5. E Vitamini

E vitamini gün içerisinde tükettiğimiz gıdalarda yeterli ölçüde bulunmasından dolayı kişilerde E vitamini eksikliğinde ortaya çıkabilecek semptomlara pek rastlanmamaktadır. Güçlü bir antioksidan özelliğinden ötürü hücre zarını korur. Ayrıca E vitamininin cilt sağlığı üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır (Terekeci, 2020).

Yurt dışında randomize kontrollü olarak yapılan bir çalışmada, genitoüriner sendromu bulunan postmenopoz dönemdeki kadınlarda konjuge östrojen vajinal krem ile E vitamini vajinal fitilin cinsel fonksiyon durumuna etkisini değerlendirmişlerdir. 12 hafta süre sonunda kadınların cinsel işlev anket puanları, her iki katılımcı grupta da artmıştır. Çalışma sonucuna göre, E vitamini vajinal fitil menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda vajinal atrofi şikâyetinin rahatlatılmasında alternatif bir tedavi olabileceği tespit edilmiştir (Golmakani, Emamverdikhan, Zarifian, Tabassi ve Hassanzadeh, 2019).

Literatürde düzenli olarak E vitamini alınımının kadınlarda yaşanan halsizlik, sıcak basması gibi şikâyetleri engellediği bildirilmiştir (Taşkın, 2016). Fakat, konu ile ilgili yapılan araştırmalar sayı ve etki bakımından azdır ("NCCIH", 2017).

2.1.5.2.1.6. Diğer Doğal Ürünler

Menopoz dönemi belirtileri için çuha çiçeği yağı, kava, ginseng, yams kökü ve melatonin gibi doğal olan ürünler üzerinde de çalışılmıştır. Ancak, bu ürünlerle ilgili menopoz dönemi belirtileri için oldukça az çalışma yapıldığından, etkileri konusunda erişilebilen sonuçlara varılamamaktadır ("NCCIH", 2017).

2.1.5.2.2. Zihin ve Beden Uygulamaları

2.1.5.2.2.1. Akupunktur

Akupunktur, Geleneksel Çin tıbbında kullanılan, bedendeki belirli noktaların uyarılmasını kapsayan, daha çok cilt üzerine nüfuz eden ince iğneler kullanılarak yapılan bir tedavi şeklidir ("NCCIH", 2016b).

Çin'de toplamda 12 hastanede yapılan randomize kontrollü bilimsel bir çalışma sonucunda, menopoza geçiş sürecindeki kadınlara 8 hafta boyunca süren elektroakupunktur uygulamasının, kadınların hayat kalitesini yükseltmiş gibi görünmesine rağmen menopoz döneminde yaşadıkları belirtileri rahatlattığı belirlenmemiştir (Liu ve diğerleri, 2018).

Menopoz dönemi belirtilerinde akupunkturun, östrojen ile progesteron içeren hormon tedavisinin ve fitoöstrojenlerin etkilerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışma sonucunda ise kadınlarda yaşanan vazomotor belirtilerin iyileştirilmesinde fitoöstrojenler daha az etki gösterirken, akupunkturun hormon tedavisindeki gibi etkili olduğu tespit edilmiştir (Palma, Fontanesi, Facchinetti ve Cagnacci, 2019).

NAMS (2020c) klinik bakım önerisine göre; bitkisel içerikli ürünleri, soya ve izoflavon ürünlerini ve akupunktur kapsayan tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin, klinik çalışmaların büyük bir çoğunluğunda menopoz dönemi belirtilerinde plasebo benzeri fayda göstermesine rağmen, vazomotor belirtileri iyileştirmek amacıyla sunulabileceği seviye 2 düzeyinde önerilmektedir.

2.1.5.2.2.2. Hipnoterapi

Hipnoterapide amaç uzman ve hasta bireyin ortaklaşa çalışarak, özel bir bilinç durumuna harekete geçirme yoluyla bireyin sağlığını arttırmaktır (RCN, 2017). Yani, bireyin sağlığı ile ilişkili gayeler için hipnoz işleminin kullanılması durumudur ("NCCIH", 2017). Hipnoz pek çok alanda kullanılmaktadır. Bunlara örnek olarak; meme cerrahisi, diş klinikleri, bireylerin kanser tedavi süreci, ameliyat öncesi bireyde yaşanan stresi yatıştırma, yanık bölümü, doğum süreci, yoğun bakım ünitesi gibi durumlar verilebilir ("Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi", 2011).

Yurt dışında toplamda 187 postmenopozal kadınla yapılan randomize kontrollü bir çalışma sonucuna göre klinik hipnoz, kadınların kendisi tarafından iletilen ateş basmalarında ve fizyolojik olarak hesaplanan ateş basması puanlarında ciddi düşmelerin olduğu belirlenmiştir (Elkins, Fisher, Johnson, Carpenter ve Keith, 2013).

Sonuç olarak, hipnoterapi ile ilişkili çalışmaların erken evrede olduğu fakat konuyla ilgili yapılan bazı çalışma bulgularının ümit verici olduğu bildirilmiştir ("NCCIH", 2017).

2.1.5.2.2.3. Meditasyon

Meditasyon, bireylerde esenlik, genel sağlığı arttırmak, sağlık problemleriyle başa çıkmak, psikolojik dengeyi iyileştirmek ve bedensel rahatlamayı, dinginliği arttırmak için uzun yıllar kullanılan zihin ve beden uygulamalarından biridir. Oldukça çok meditasyon çeşidi bulunmakla birlikte çoğunda ortak olan dört unsur yer alır.

Bunlar; olabildiğince az dikkat dağıtan sakin sessiz bir yer, özellikli rahat olan bir duruş şekli, dikkat odağı ve açık bir tutumdur ("NCCIH", 2016c).

Uyku problemi yaşayan 161 postmenopoz dönemdeki kadınlarla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, progresif gevşeme egzersiziyle beraber uyku hijyeni eğitimi sunulan kadınlarda yaşanan uykusuzluk semptomlarının kontrol grubunda yer alan kadınlara göre daha çok azaldığı tespit edilmiştir (Duman ve Taşhan, 2018). Ancak, ülkemizde nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili yapılmış olan bir derlemede, gevşeme tekniklerine ilişkin gerçekleştirilen bilimsel araştırma kanıtlarının yeterli seviyede olmadığı belirtilmiştir (Akarsu ve Kuş, 2017).

2.1.5.2.2.4. Yoga

Yoga, eski Hint felsefesine dayanan ("NCCIH", 2017), benimsenen duruş ve meditasyon için zihinsel ve bedensel uygulamaları içerir (RCN, 2017). Gevşeme aracılığıyla, bireyde meydana gelen sıcak basmasının düzenlenmesine yardımcı olabilir (RCN, 2017).

Yurt dışında erken dönemde olan postmenopozal kadınlar ile yapılan bir çalışma sonucuna göre, üç aylık yoga uygulamasının kadınlarda kalp atış hızını ciddi derecede düzenleyerek kardiyovasküler hastalık görülme riskini azaltmak için bir potansiyel olabileceği saptanmıştır (Praveena, Asha, Sunita, Anju ve Ratna, 2018). Başka bir çalışmada da 12 hafta boyunca yoga eğitimi alan kadınların menopozal şikâyetlerinin, stres düzeylerinin ve depresyon belirtilerinin azaldığı, yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda çalışmada, menopoz sonrası kadın grubunda yoganın tamamlayıcı bir tedavi yaklaşımı olarak uygulanabileceği ifade edilmiştir (Jorge ve diğerleri, 2016).

2.1.5.2.3. Diğer Tamamlayıcı Yaklaşımlar

2.1.5.2.3.1. Bioidentical Hormonlar

Bioidentical, ürünlerin vücutta doğuştan bulunan hormonlarla tamamen özdeş yapılara sahip olduğunu ifade etmek için şirketler tarafından kullanılan bir kavramdır. Pazarlamacıların büyük bir kısmı, bioidentical hormonları HRT'den daha emniyetli olduğunu öne sürse de Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi için bu kavramın net bir şekilde bilimsel anlamı olmadığı veya bu ürünleri düzenlemediği yer almaktadır.

Ayrıca bu hormonların etkinlikleri, güvenilirlikleri konusunda çalışmalar bulunmamaktadır. Bu nedenle, bioidentical hormona başvurmadan önce mutlaka bu durumu hekiminizle ya da hemşirenizle paylaşın ("OWH", 2019b).

2.1.6. Menopoz Yönetiminde Hemşirelik Bakım Uygulamaları

Her kadın, menopoza farklı şekilde yaşar. Kimileri sorunsuz, sıkıntısız biçimde bu dönemi atlatırken, kimilerinde bir takım fiziki ve psikolojik değişimler ortaya çıkar (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011). İnsanlarla en yakın iletişimde bulunan meslek grupları içerisinde yer alan hemşirelere, kadının psikolojisini etkileyebilecek problemler karşısında büyük sorumluluk düştüğünü söylemek olanaklıdır. Bir sağlık disiplini olan hemşirelerin kadınlara karşı sorumlulukları arasında; yaşanan problemleri saptama, koruyucu bakım verme, erken tanılama, elverişli olan tedavi edici müdahalede bulunma ve olması uygun görüldüğünde sevk etme yer almaktadır (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011).

Menopoz döneminde kadınlara verilecek bakımın ilk adımı, durum tespitinin yapılmasıdır. Klimakteriyum dönemindeki kadınlarda alınan sağlık öyküsü, laboratuvar testleri ve yapılan fizik muayene değerlendirmesi herhangi bir patolojik durumun belirlenebilmesinde anahtar ve kilit işlemlerdir. Bunun yanı sıra kadının içinde bulunduğu döneme bakış açısı, menopoza dair bilgi durumu, yaşadığı toplumdaki kültürel değerleri, cinselliğine ait görüşleri ve yaşadığı fiziki, duygusal değişimleri belirlenmelidir (Taşkın, 2016). Tümer ve Kartal (2018) yaptıkları çalışmaya göre kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunlarını ilk sırada menopoza ait tutumlarının etkilediği saptanmıştır.

Çağımızda reçete dışı bitkisel ürün kullanımı tüm yaş gruplarında tercih edilmekle beraber yaşlı insanlar tarafından da yaygın bir şekilde başvurulmaktadır. İnsanların baharat satımı yapılan çeşitli dükkânlardan kolay bir şekilde ulaşabildiği bu ürünler hakkında yeteri kadar detaylı bilimsel çalışma yapılmadığı görülmektedir. Bilinçsiz olarak alınan bitkisel kaynaklı ürünlerin kullanımında, bireylerin almaya devam ettiği ilaçlarla etkileşimde bulunarak, alınan ilacın etkisini arttırması veya azaltmasına bağlı bireyde istenmedik önemli yan etkilerin meydana gelmesine sebep olabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011).

Sağlık bakım profesyonelleri ve hasta bireyler, tamamlayıcı ve alternatif tedavi şekilleri de dahil olmak üzere sağlık bakım uygulamaları konusunda açık olarak konuşmalıdır (National Institutes of Health [NIH], 2011).

Toplumdaki kişilerin bu tür tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımlarına yönelme davranışı, tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımlarda sağlık personeli olan hemşirelere önemli ve ciddi sorumluluklar yüklemektedir (Turan, Öztürk ve Kaya, 2010).

Sonuç olarak, menopoz döneminde uygulanacak bakım planı kişiye özgü yapılmalı ve kadının da bu plandaki kararlara katılımı sağlanmalıdır. Bu sebeple menopoz kliniklerine olan gereksinim her geçen gün daha da önemli hale gelmektedir (Taşkın, 2016).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları şikâyetler için alternatif tedavi kullanma durumlarını tespit etmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0: Kadınlar, menopoz dönemindeki şikâyetlerini hafifletmek için alternatif tedaviye başvurmazlar.

H1: Kadınlar, menopoz dönemindeki şikâyetlerini hafifletmek için alternatif tedaviye başvururlar.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir sağlık kurumunda yapılması ve sadece çeşitli nedenlerle kadın hastalıkları ve doğum polikliniğe başvuran, menopoza girmiş kadınlar ile yapılması araştırma sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Bursa ili içerisinde bulunan Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde 04.02.2019-31.05.2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği; 1 perinatoloji, 1 gebe izlem, 3 genel jinekoloji, 2 jinekolojik-onkoloji, 2 ultrason odası, 1 girişim odası ve 1 Nonstress testi odası bölümlerinden oluşan ve toplamda 2 hemşirenin çalıştığı bir poliklinikdir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2019 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği bölümüne araştırma süresi içinde başvuran kişiler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise 4 Şubat- 31 Mayıs 2019 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne gelen, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim ve kendini ifade etme problemi olmayan, 40-60 yaş arası, menopoza girmiş olan kadınlar oluşturmuştur. Örneklem hesaplaması, evreni bilinmeyen örneklem yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Örnekte en az bulunması gereken kişi sayısı $\alpha=0,05$ için $p=0,25$, $q=0,75$ ve $d=0,05$ olarak alındığında örnekleme alınacak kişi sayısı (n) 288 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler:

Araştırmaya katılan kadınlara ilişkin sosyodemografik değişkenler; yaş, medeni hal, en uzun yaşanılan yer, memleket, eğitim seviyesi, eşin eğitim seviyesi, aile tipi, gelir düzeyi, eşle iletişim, sağlık güvence durumu, meslek, sigara-alkol kullanımı, düzenli fiziksel aktivite, kronik hastalık, sürekli kullanılan ilaç, boy, kilo, tansiyon, nabız.

Obstetrik öyküye ilişkin değişkenler; evlenme yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, ilk gebelik yaşı, ilk adet yaşı, emzirme durumu/süresi, doğum kontrol yöntemi kullanımı/süresi, rutin kontroller, menopoz polikliniğine başvuru sebebi.

Menopoz dönemine ilişkin değişkenler; menopozu algılama biçimi, bilgi alma durumu/kaynakları, menopoza giriş şekli, menopoz süresi, annenin menopoz yaşı, ailede erken menopoz durumu, menopoz öncesi/sonrası kendisini tanımlama, sahip olunan kültürde menopoza bakış, menopoza ilk girildiğinde ne hissettiği, menopoz öncesi olumsuz bir durum yaşama durumu, sağlık kurumuna başvurma, aile bireyleriyle iletişim, ilk paylaşılan kişi, çevreden destek görme durumu, bireyin ifadesine göre menopozun nasıl geçtiği, karşı cinsin yanında rahat etme durumu, en

çok korkutan durum, en çok hissedilen duygu, menopoza ilişkin özellikler, menopoz döneminde karşılaşılan sağlık problemleri.

Bağımlı değişkenler:

Araştırmaya dahil olan kadınların menopoz semptomlarında kullandıkları alternatif tedaviler.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin elde edilmesinde aşağıda yer alan veri toplama araçlarından yararlanılmıştır.

- Anket Formu (EK I)
- Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) (EK II)

3.7.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup hazırlanan veri toplama formu (Avcı, 2013; Kıroğlu, 2005; Oğurlu, 2008; Özer, 2014; Sağnak, 2015; Tunç, 2014); kişilerin sosyodemografik özelliklerinin, obstetrik özelliklerinin, menopoz dönemine ilişkin kendi/aile özelliklerinin, menopoz sürecini yönetmeye ilişkin bireysel/kültürel özelliklerinin, menopoz döneminde karşılaştıkları sağlık sorunlarının, menopoz dönemine ilişkin özelliklerinin ve menopoz dönemindeki semptomlarla baş etme yöntemlerinin yer aldığı toplam 82 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. MSDÖ

Schneider, Heinemann ve arkadaşlarının ilk 1992 yılında geliştirdiği orijinal ismi “Menopause Rating Scale” olan ve Türkçe’ye “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği” biçiminde uyarlanan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Gürkan (2005) tarafından yapılmıştır.

Ölçek likert tipi, toplamda 11 maddeden oluşan ve kadınların menopoz döneminde yaşadıkları şikâyetlerin şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir (Heinemann ve diğerleri, 2004). Her bir madde 0'dan 4'e kadar puan alır (0= hiç yok, 1= hafif, 2= orta, 3= şiddetli, 4= çok şiddetli). Ölçek, 3 alt boyuttan meydana gelir. Bunlar; somatik şikâyetler alt boyutu (1. ve 2. maddeler), psikolojik şikâyetler alt boyutu (3., 4., 5., 6., 7. ve 11. maddeler) ve ürogenital şikâyetler alt boyutu (8., 9. ve 10. maddeler).

- Somatik Şikâyetler Alt Boyutu: Alınabilecek en yüksek puan 8'dir.
- Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu: Alınabilecek en yüksek puan 24'tür.
- Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu: Alınabilecek en yüksek puan 12'dir.

Ölçekten ortalama bir puan elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 44'tür. Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması kadının menopoz şikâyetlerinin şiddetinin arttığını ve yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiğini göstermektedir (Gürkan, 2005). Ölçeğin toplam Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,84'tür. Bu çalışmada ise cronbach alpha katsayısı 0,72 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında "yapılan faktör analizinde 3. ve 11. maddeler farklı alt gruplarda yer alması, menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği kullanılarak yapılacak çalışmalarda tekrar alt grup çözümlenmesi yapılmasını ya da ölçekten elde edilen toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmasını gerekli kılar" (Gürkan, 2005, s. 9) şeklinde öneride bulunulmuştur. Bu çalışmada, elde edilen veriler toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

3.8. Veri Toplama Yöntemi

İlk olarak araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara sözel olarak araştırma ile ilgili bilgi verilerek, kendilerinden sözlü ve yazılı onam alındı. Araştırma verilerinin elde edilmesinde iki adet veri toplama aracından yararlandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara yönelik sosyodemografik özelliklerin, obstetrik özelliklerin, menopoz dönemine ait kendi/aile özelliklerinin, menopoz sürecini yönetmeye ilişkin bireysel/kültürel özelliklerin, menopoz döneminde karşılaşılan sorunların, menopoz ile ilgili özelliklerin ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin yer aldığı anket formu ile kadınların menopoz döneminde yaşadıkları şikâyetlerin şiddetini ölçmek amacıyla MSDÖ kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edildi. Görüşmelerin tamamı araştırmacı tarafından yapıldı. Kadınlar polikliniğe başvurduklarında ilk olarak muayene için giriş işlemlerini yaptırmakta ve sonrasında bekleme salonunda oturmaktadırlar. Görüşmelerin geneli muayene öncesinde salonda bekleyen kadınlarla gerçekleştirildi. Kadınlara araştırma kapsamı içerisinde vücut ağırlığı, boy uzunluğu, kan basıncı ve nabız ölçümü yapıldı, forma kaydedildi.

Vücut Ağırlığı: Araştırmaya katılan bireylerin üzerlerinde ince giysiler kalacak şekilde ve ayakkabıları çıkartılarak boy ölçerli ağırlık ölçme aleti ile ölçüm yapıldı.

Boy Uzunluğu: Araştırmaya katılan bireylerin başın arka kısmı, omuzlar, sırt ve topuklar duvarla temas edecek biçimde, ayakkabılar çıkartılmış, dik şekilde karşıya bakarak ölçüm yapıldı. Bireylerin boy ve kilo değerleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde bulunan Health Scale ZT-160 boy ölçerli ağırlık ölçme aleti kullanılarak belirlenip, forma kaydedildi.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınlara özgü tanımlayıcı istatistikler nitel değişkenler için frekans ve yüzde, nicel değişkenler için ortalama, standart sapma (ss), medyan, minimum ve maksimum şeklinde belirtilmiştir. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılmayan veri için bağımsız iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi Statistical Package Social Science (SPSS) 23 istatistik paket programında yapılmıştır (IBM SPSS, 2015).

3.10. Etik Açıklamalar

Çalışmada MSDÖ'nün kullanılabilmesi için Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmış araştırmacıdan izin alındı. Araştırmanın yürütülebilmesi için Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan izin alındı (Oturum Tarihi:02.01.2019- Oturum Sayısı:2019-01, Karar No:5). Araştırmanın gerçekleştirileceği Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalı'ndan kurum izni alındı. Ayrıca çalışmaya dahil olan kadınlardan çalışma amacı araştırmacı tarafından açıklanıp, katılımları için yazılı ve sözlü izinleri alındı.

3.11. Araştırmaya Sağlanan Destek

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde herhangi bir maddi destek alınmadı.

4. BULGULAR

Bu bölümde; menopoz döneminde karşılaşılan şikâyetlerde alternatif tedavi kullanma durumlarını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen veriler 5 grupta toplanarak tablolar şeklinde sunuldu.

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

4.2. Kadınların Obstetrik Öyküsüne İlişkin Özellikleri

4.3. Kadınların Menopoz Dönemi Sürecine İlişkin Özellikleri

4.4. Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemleri (Medikal ve Alternatif Yöntemler)

4.5. MSDÖ Puanlarının İncelenmesi

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya dahil olan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların %67,4’ü 50-60 yaş aralığında olup, yaş ortalaması $52,14 \pm 5,62$ yıldır. Kadınların %87,8’i evli, %51,4’ü en uzun süre ilçede yaşamakta, %46,9’unun memleketi Marmara bölgesinde bulunmakta, %56,9’u ilkokul mezunu ve evli olanların %35,6’sının eşi ilkokul mezunudur. Kadınların %79,5’i çekirdek aile yapısına sahip olup, %64,9’u orta seviye gelire sahip ve %49,8’inin eşi ile iletişiminin orta düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

Kadınların BKI ortalaması (ort \pm ss) $30,98 \pm 5,79$ kg/m², sistolik kan basıncı ortalaması (ort \pm ss) $122,05 \pm 14,83$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması (ort \pm ss) $73,06 \pm 9,92$ mmHg ve nabız ortalaması $75,31 \pm 7,58$ atım/dk’dır (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan bireylerin %60,8’inin herhangi bir işte çalışmadığı, tamamına yakınının (%98,6) sosyal güvencesinin bulunduğu, %17,0’ının sigara kullandığı, günde içilen sigara adedinin $10,93 \pm 7,93$ olduğu, %1,0’ının alkol tükettiği, yılda tüketilen alkol miktarının $3,33 \pm 2,30$ olduğu saptandı. Kadınların sadece %40,3’ü düzenli olarak fiziksel aktivite/spor yaptığı, haftada yapılan fiziksel aktivite sıklığı $3,55 \pm 1,29$ gün olduğu belirlendi. Kadınların %56,2’sinin kronik hastalığa sahip olduğu, en fazla sıklıkta görülen kronik hastalığın hipertansiyon (%33,7) olduğu, %56,2’sinin sürekli olarak ilaç kullandığı (minimum=0, maksimum=9), en fazla sıklıkta kullanılanın ise antihipertansif ilaçları (%32,6) olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=288)

Tanıtcı Özellikler	n	%
Yaş		
40-49 yaş	94	32,6
50-60 yaş	194	67,4
Medeni Durum		
Evli	253	87,8
Bekar/Boşanmış/Dul	35	12,2
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Şehir	115	39,9
İlçe	148	51,4
Köy	25	8,7
Memleket (Ailenizin yaşadığı bölge)		
Marmara	135	46,9
Karadeniz	50	17,4
Yurt dışı	32	11,0
İç Anadolu	29	10,1
Doğu Anadolu	27	9,4
Ege	10	3,5
Akdeniz	3	1,0
Güneydoğu Anadolu	2	0,7
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	0	0,0
Okuryazar	4	1,4
İlkokul	164	56,9
Ortaokul	26	9,1
Lise	55	19,1
Yüksekokul/üniversite	39	13,5
Eşin Eğitim Durumu (n=253)		
Okuryazar değil	1	0,4
Okuryazar	1	0,4
İlkokul	90	35,6
Ortaokul	41	16,2
Lise	70	27,6
Yüksekokul/üniversite	50	19,8
Aile Tipi		
Çekirdek aile	229	79,5
Geniş aile	44	15,3
Yalnız yaşama	15	5,2
Eşle İletişim (n=253)		
Çok iyi	7	2,8
İyi	112	44,2
Orta	126	49,8
Kötü	8	3,2
Gelir Durumu		
Kötü	12	4,2
Orta	187	64,9
İyi	86	29,9
Çok iyi	3	1,0
	ort±ss	Minimum-Maksimum
Yaş	52,14±5,62	40-60
BKI	30,98±5,79	17,63-55,47
Sistolik Kan Basıncı	122,05±14,83	80-170
Diastolik Kan Basıncı	73,06±9,92	50-90
Nabız	75,31±7,58	62-96

Tablo 4.1 Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (devamı)

Tanıtcı Özellikler	n	%
Meslek		
Çalışmıyor-ev hanımı	175	60,8
Emekli	81	28,1
Memur	18	6,3
Esnaf	8	2,8
Serbest meslek	6	2,0
Sosyal Güvence		
Evet	284	98,6
Hayır	4	1,4
Sigara Kullanımı		
Evet	49	17,0
Hayır	239	83,0
Alkol Kullanımı		
Evet	3	1,0
Hayır	285	99,0
Düzenli Fiziksel Aktivite/Spor Yapma Durumu		
Evet	116	40,3
Hayır	172	59,7
Kronik Hastalık		
Evet	162	56,2
Hayır	126	43,8
Kronik Hastalık Türü*(n=162)		
Hipertansiyon	97	33,7
Diyabetes Mellitus	44	15,3
Guatr	36	12,5
Astım	18	6,3
Kalp yetmezliği	13	4,5
Diğer**	16	5,2
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet	162	56,2
Hayır	126	43,8
Sürekli Kullanılan İlaç Türü*(n=162)		
Antihipertansif ilaçlar	94	32,6
Antidiyabetik ilaçlar	37	12,9
Tiroid preparatı	34	11,8
Antidepresan, antipsikotik	16	5,6
Antikoagülan	15	5,2
Bronkodilatör	14	4,9
Beta bloke edici ajanlar	13	4,5
Diğer***	34	11,8
	ort±ss	Minimum-Maksimum
İçilen sigara (adet/günde)	10,93±7,93	2-30
İçilen alkol (miktar/yılda)	3,33±2,30	2-6
Fiziksel aktivite yapma sıklığı (gün/haftada)	3,55±1,29	2-7
Sürekli kullanılan ilaç (adet)	1,06±1,34	0-9

* Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

** Romatizma, Fibromiyalji, Depresyon, Panik atak, Epilepsi, Kolesterol, Hepatit b, Siroz, Ürtiker

*** Diüretik, Lipid düzenleyiciler, ACE inhibitörleri, Antiepileptik, Kortikoid, Adrenerjikler, Analjezik, Antienfektif, Antiviriköz, Kalsiyum kanal blokerleri, Antihistaminik, İmmünespresif ajanlar, NSAİİ, Vazoprotektif

4.2. Kadınların Obstetrik Öyküsüne İlişkin Özellikleri

Araştırmaya dahil olan kişilerin obstetrik öyküsüne ait özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmektedir.

Kadınların evlenilen yaş ortalaması $21,13\pm 4,56$ yıl, gebelik ortalaması $2,35\pm 1,22$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,14\pm 0,89$, düşük sayısı ortalaması $0,40\pm 0,88$, kürtaj sayısı ortalaması $0,63\pm 0,96$, ilk gebelik yaşı ortalaması $21,51\pm 5,10$ yıl, ilk adet yaşı (menarş) ortalaması $12,76\pm 2,64$ yıl, emzirme süre ortalaması $12,49\pm 8,58$ ay ve kontraseptif yöntem kullanma süre ortalaması $59,68\pm 43,85$ ay olduğu saptandı. Kadınların %92,0’inin geçmişte çocuklarını emzirdiği, %54,2’sinin kontraseptif yöntem kullandığı, %90,6’sının rutin kontrollerini yaptırdığı, en fazla yaptırılan rutin kontrolün pap smear testi (%86,5) olduğu ve %35,8’inin sağlığını korumak için polikliniğe geldiği belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Kadınların Obstetrik Öyküsüne Ait Özelliklerin Dağılımı (n=288)

	ort±ss	Minimum-Maksimum
Evlenen Yaş (yıl)	21,13±4,56	13-43
Doğum (Gebelik Sayısı)	2,35±1,22	0-11
Yaşayan Çocuk Sayısı	2,14±0,89	0-6
Düşük Sayısı	0,40±0,88	0-6
Kürtaj Sayısı	0,63±0,96	0-6
İlk Gebelik Yaşı (yıl)	21,51±5,10	14-38
Menarş Yaşı (yıl)	12,76±2,64	11-17
Emzirme Süresi (ay)	12,49±8,58	1-48
Kontraseptif Yöntem Kullanma Süresi (ay)	59,68±43,85	1-240

	n	%
Geçmişte Emzirme Durumu		
Evet	265	92,0
Hayır	23	8,0
Geçmişte Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu		
Evet	156	54,2
Hayır	132	45,8
Rutin Kontrolleri Yaptırma Durumu		
Evet	261	90,6
Hayır	27	9,4
Yaptırılan Rutin Kontroller* (n=261)		
Pap smear testi	249	86,5
Mamografi	236	81,9
Meme ultrasonu	232	80,6
Tam kan sayımı	228	79,2
Pelvik muayene	228	79,2
Karaciğer fonksiyon testleri	223	77,4
Lipid profili	220	76,4
Kemik yoğunluğu ölçümü	164	56,9
Polikliniğe Başvurma Nedeni		
Sağlığını korumak için	103	35,8
Doktor önerisi	100	34,7
Kontrol/muayene	47	16,3
Menopozla ilgili sorunlar yaşamak	26	9,0
Kaygı ve endişelerim arttığı için	8	2,8
Erken menopoza girdiğim için	4	1,4

* Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

4.3. Kadınların Menopoz Dönemi Sürecine İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların menopoz dönemiyle ilgili kendi/aile öyküsüne ait özelliklerin dağılımı Tablo 4.3'te verilmektedir. Kadınların %45,1'i menopoza doğal bir süreç olarak gördüğü, %70,5'i bu döneme özgü bilgi aldığı, alınan bilgi kaynağının en çok (%42,4) komşu ve tanıdıklardan olduğu, %67,0'ının doğal yolla menopoza girdiği, %48,6'sının 1-5 yıldır menopozda olduğu belirlendi. Kadınların %66,3'ü annesinin menopoza girme yaşını bildiği, bilenlerin annesinin menopoz yaş ortalaması $47,68 \pm 5,98$ yıl, %18,4'ünün yakınlarında erken menopoza girme durumu olduğu ve en fazla (%45,3) annede erken menopoz görüldüğü tespit edildi (Tablo 4.3).



Tablo 4.3 Kadınların Menopoz Dönemiyle İlgili Kendi/Aile Öyküsüne Ait Özelliklerin Dağılımı (n=288)

	n	%
Menopozun Sizin İçin Anlamı		
Doğal bir süreç	130	45,1
Kriz dönemi	62	21,5
Yeni başlangıç-değişim	30	10,4
Kilo ve hastalıkların artışı	29	10,1
Eksiklik/yarım kalmışlık	18	6,3
Sıkıntılı bir süreç	10	3,5
Yaşlılık	6	2,1
Yeterli bilgim yok	3	1,0
Menopozla İlgili Bilgi Alma Durumu		
Evet	203	70,5
Hayır	85	29,5
Menopoza Yönelik Alınan Bilginin Kaynağı (n=203)		
Komşu ve tanıdıklar	86	42,4
Doktor	52	25,6
Kitle iletişim araçları-medya	36	17,7
Aile	27	13,3
Hemşire	2	1,0
Menopoza Giriş Şekli		
Doğal	193	67,0
Cerrahi	76	26,4
Diğer (ilaç, kemoterapi, radyoterapi)	19	6,6
Menopoz Yılı		
Tam hatırlayamıyor	2	0,7
1 yıldan az	29	10,1
1-5 yıl	140	48,6
6-10 yıl	77	26,7
11 -üstü yıl	40	13,9
Anne Menopoz Yaşını Bilme Durumu		
Evet	191	66,3
Hayır	97	33,7
Yakınlarınızda Erken Menopoza Girme Durumu		
Evet	53	18,4
Hayır	235	81,6
Yakınlarınızdan Erken Menopoza Giren Kişi* (n=53)		
Anne	24	45,3
Kardeşler	20	37,7
Teyze/Hala	13	24,5
Anneanne/Babaanne/Yeğen	5	9,5
ort±ss		Minimum-Maksimum
Anne Menopoz Yaşı (yıl)	47,68±5,98	32-60

*Katılımcılar soruya kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoz sürecine ilişkin bireysel, kültürel ve destek alma özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların çoğunluğu (%47,9) menopoz öncesi dönemde kendini sakin, menopoz döneminde stresli (%35,1) ve menopoz sonrası dönemde unutkan (%69,4) olarak tanımladı. Kadınların %67,7'si menopoza ilk girdiğinde olumlu bir süreç olarak kolayca kabullenebildiği, %30,2'si menopoz öncesi olumsuz bir durum yaşadığı, en fazla yaşanan olumsuz durumun alınan vefat haberi (%50,6) olduğu saptandı. Araştırmadaki kadınların sadece %28,8'i menopoz sıkıntıları için bir sağlık kurumuna başvurduğu, en fazla (%50,6) başvuru yapılan sıkıntının vazomotor problemler ile ilgili olduğu belirlendi. Kadınların %33,3'ünün menopoz döneminde aile bireyleri ile iletişiminin etkilendiği, menopoza girdiğini ilk olarak eşi (%42,4) ile paylaştığı görüldü (Tablo 4.4).

Kadınların %69,8'i kültüründe menopoza bakışı doğal bir olay olarak gördüğü, %41,0'ının çevresinden az düzeyde destek gördüğü, %45,9'unun ifadelerine göre menopozunun orta düzeyde geçtiği, %51,7'sinin menopoz sonrası karşı cinsin yanında zaman zaman rahat edebildiği, menopoz dönemine ait korkusu olanların en çok hastalıkların artışı (%34,7) durumundan korktuğu belirlendi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Kadınların Menopoz Sürecine İlişkin Bireysel, Kültürel ve Destek Alma Özelliklerinin Dağılımı

	n	%
Bireyin Kendini Tanımlaması (Menopoz Öncesi) * (n=288)		
Sakin	138	47,9
Rahat iletişim kurabilen	57	19,8
Stresli	57	19,8
Panik	40	13,9
Çabuk öfkelenen	37	12,8
Karamsar	31	10,8
Unutkan	14	4,9
Menopoz Döneminde En Çok Hissedilen Duygu		
Stres	101	35,1
Öfke	73	25,3
Karamsarlık	36	12,5
Hüzün	22	7,6
Sakinlik	19	6,6
Mutluluk	16	5,6
Unutkan	8	2,8
Alıngan	6	2,1
Kaygı	4	1,4
Pişmanlık	3	1,0
Bireyin Kendini Tanımlaması (Menopoz Sonrası) * (n=288)		
Unutkan	200	69,4
Stresli	176	61,1
Çabuk öfkelenen	168	58,3
Karamsar	82	28,5
Panik	73	25,3
Sakin	40	13,9
Rahat iletişim kurabilen	21	7,3
Diğer**	5	1,7
Menopoza Girdiğinizde İlk Hisleriniz		
Olumlu bir süreç olarak kolayca kabullendim	195	67,7
Zor kabullendim	33	11,5
Cinselliğin bitişi olarak olumsuz algıladım	24	8,3
Halen daha tam kabullenmiş değilim	13	4,5
Karamsar ruh haline büründüm, ağlamaya başladım	13	4,5
Şaşırdım	10	3,5
Menopoz Öncesi Olumsuz/Üzücü Durum Yaşama		
Evet	87	30,2
Hayır	201	69,8
Olumsuz/Üzücü Durumun Nedeni * (n=87)		
Vefat haberi	44	50,6
Ailesel problemler	27	31,0
Kendi sağlığı ile ilgili	13	14,9
İş ile ilgili	3	3,5
Menopoz Sıkıntıları İçin Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu		
Evet	83	28,8
Hayır	205	71,2
Sağlık Kurumuna Başvurulan Sıkıntılar* (n=83)		
Vazomotor Problemler	42	50,6
Ürogenital Problemler	30	36,1
Emosyonel Problemler	10	12,0
Diğer Problemler ***	7	8,4
Menopozun Aile Bireyleriyle İletişimi Etkileme Durumu		
Evet	96	33,3
Hayır	192	66,7

*Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır. ** Mutluluk(n=1), Alıngan(n=4) ***Kalp (n=1), GİS(n=1), Ağrı (baş, eklem, kemik) (n=2), Uyku (n=2), Cilt (n=1)

Tablo 4.4 Kadınların Menopoz Sürecine İlişkin Bireysel, Kültürel ve Destek Alma Özelliklerinin Dağılımı (devamı)

	n	%
Menopoza Girdiğinizi Paylaştığınız İlk Kişi		
Eş	122	42,4
En yakın arkadaş	40	13,9
Çocuklar	35	12,2
Hiç kimse	34	11,8
Anne/kız kardeş	33	11,5
Sağlık personeli	24	8,2
Kültürünüzde Menopoza Bakış		
Doğal bir olay	201	69,8
Herhangi bir fikrim yok	66	22,9
Üretkenliğin bitişi	12	4,2
Kadının değersizleştirildiği	5	1,7
Kadına verilen değer in daha arttığı	4	1,4
Çevreden Destek Görme Durumu		
Evet-orta düzeyde	95	33,0
Evet-az düzeyde	118	41,0
Hiç destek görmedim	75	26,0
Menopoz Nasıl Geçmekte		
Çok iyi	4	1,4
İyi	109	37,8
Orta	132	45,9
Kötü	43	14,9
Karşı Cinsin Yanında Rahat Etme Durumu (Menopoz Sonrası)		
Çok rahatım	1	0,3
Rahatım	105	36,5
Zaman zaman rahatım	149	51,7
Hiç rahat değilim	33	11,5
Menopoz Döneminde En Çok Korkulan Durum* (n=288)		
Yok	130	45,1
Hastalıkların artışı	100	34,7
Kilo alımı	46	16,0
Ölüm korkusu	10	3,5
Eş tarafından beğenilmeme	8	2,8
Gebe kalma korkusu	4	1,4

*Katılımcılar soruya kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları sağlık sorunlarının dağılımı Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; araştırmaya katılan kişilerin ifadelerine göre kadınların %97,9'unun vazomotor sorun yaşadığı, en fazla sıklıkta yaşanan vazomotor sorunun sıcak basması/gece terlemesi (%81,9) olduğu, %91,0'mın emosyonel sorun yaşadığı, en fazla sıklıkta yaşanan emosyonel sorunun keyifsizlik (%82,6) olduğu, %75,3'ünün saç/cilt sorunu yaşadığı, en fazla sıklıkta yaşanan saç/cilt sorununun saç ve tüylerde dökülme (%54,5) olduğu, %83,0'mın ürogenital sorun yaşadığı, en fazla sıklıkta yaşanan ürogenital sorunların üriner inkontinans/poliüri/dizüri (%60,8) olduğu görüldü. Kadınların %70,8'inin eklem-kemik, %51,0'mın kabızlık, %69,8'inin unutkanlık ve %19,4'ünün heyecanlanma şikâyeti yaşadığı belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Sağlık Sorunlarının Dağılımı (n=288)

	n	%
Vazomotor Sorun		
Var	282	97,9
Yok	6	2,1
Vazomotor Sorunlardan Yaşanılanlar* (n=282)		
Sıcak basması/Gece terlemesi	236	81,9
Dikkat dağınıklığı	200	69,4
Baş ağrısı	185	64,2
El ve ayaklarda uyuşma	159	55,2
Boğulma hissi	6	2,1
Emosyonel Sorun		
Var	262	91,0
Yok	26	9,0
Emosyonel Sorunlardan Yaşanılanlar* (n=262)		
Keyifsizlik (İçer kapanklık/Hüzünlenme/Ağlama nöbetleri)	238	82,6
Sinirlilik	219	76,0
Endişe-kaygı/ Korku-panik hissi	167	58,0
Saç/Cilt Sorunu		
Var	217	75,3
Yok	71	24,7
Saç/Cilt Sorunlarından Yaşanılanlar* (n=217)		
Saç ve tüylerde dökülme	157	54,5
Deride kuruluk-kaşıntı	105	36,5
Tüylenme	78	27,1
Deride lekelenme	42	14,6
Kepeklenme	15	5,2
Diğer**	5	1,6
Ürogenital Sorun		
Var	239	83,0
Yok	49	17,0
Ürogenital Sorunlardan Yaşanılanlar* (n=239)		
Üriner inkontinans/Poliüri/Dizüri	175	60,8
Cinsel isteksizlik/Cinsel ilişki sırasında ağrı	147	51,1
Vajinada kuruluk	143	49,7
Üriner enfeksiyon	61	21,2
Diğer***	8	2,8
Eklem/Kemik Sorunu		
Var	204	70,8
Yok	84	29,2
Kabızlık Sorunu		
Var	147	51,0
Yok	141	49,0
Unutkanlık Sorunu		
Var	201	69,8
Yok	87	30,2
Heyecanlanma Sorunu		
Var	56	19,4
Yok	232	80,6

*Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

** Ciltte kızarıklık (n=3), Kaş dökülmesi (n=1), Sivilce (n=1) ***Sistosel (n=4), Oligüri (n=4)

Araştırmaya katılan kadınların menopoz sürecine ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Frekans ve yüzdeleri sunulan Tablo 4.6'da menopoz döneminde meydana gelen değişimler bölümünde; kadınların %70,8'inin kilo alımının arttığı, %48,6'sının psikolojik sorunların tetiklendiği, %30,2'sinin saç dökülmesinin arttığı, %24,3'ünün ahiret korkusunun arttığı, %23,6'sının depresyon, içe kapanıklığın arttığı ve %5,2'sinin sigara kullanımının arttığı düşüncesine katıldığı görüldü (Tablo 4.6).

Menopoz döneminde olumsuzluk yaşanan durumlar ile ilgili bölümde; kadınların %39,2'sinin menopozun uyku düzeninde bozulmaya neden olduğu, %29,2'sinin karşı cinse daha az çekici geldiği, %28,1'inin kendisini çirkin hissettiği, %23,6'sının cinsel yaşantının bittiği, %19,4'ünün sosyal iletişimde olumsuzluk, %9,7'sinin kendine olan güveni yitirme ve %5,2'sinin kadın olduğu için pişmanlık duygusu yaşadığı düşüncesine katıldığı belirlendi (Tablo 4.6).

Menopoz döneminde baş etme süreci ile ilgili bölümde; kadınların %46,2'sinin alternatif tedavilerin yararlı olduğu, %11,1'inin yakınlarına iyi gelen bitkisel içerikli tedavilerin kendisinde kullanma düşüncesine, menopoz dönemine yaklaşım ile ilgili bölümde ise kadınların %51,7'sinin kültürlerin menopoza yaklaşımında farklılık göstermekte olduğu, %38,9'unun menopozun bir kadının hayatını önemli ölçüde etkilediği ve %37,5'inin menopoz sonrası kendisini daha hür, serbest hissettiği düşüncesine katıldığı görüldü (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Kadınların Menopoz Sürecine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=288)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Biraz n(%)
Menopoz döneminde meydana gelen değişimler			
Depresyon, içe kapanıklıkta artma	68(23,6)	131(45,5)	89(30,9)
Ahiret korkusunda artma	70(24,3)	126(43,8)	92(31,9)
Saç dökülmesinde artma	87(30,2)	135(46,9)	66(22,9)
Kilo alımı	204(70,8)	37(12,9)	47(16,3)
Sigara kullanımında artma	15(5,2)	269(93,4)	4(1,4)
Alkol kullanımında artma	0(0,0)	288(100,0)	0(0,0)
Psikolojik sorunları tetikleme	140(48,6)	97(33,7)	51(17,7)
Menopoz döneminde olumsuzluk yaşanan durumlar			
Cinsel yaşantının bittiğini düşünme	68(23,6)	182(63,2)	38(13,2)
Kendini çirkin hissetme	81(28,1)	118(41,0)	89(30,9)
Uyku düzeninde bozulma	113(39,2)	101(35,1)	74(25,7)
Karşı cinse daha az çekici geldiğini düşünme	84(29,2)	80(27,8)	124(43,0)
Kendine güveni yitirme	28(9,7)	170(59,0)	90(31,3)
Sosyal iletişimde olumsuzluk	56(19,4)	184(63,9)	48(16,7)
Kadın olduğum için pişmanlık hissi yaşama	15(5,2)	237(82,3)	36(12,5)
Menopoz döneminde baş etme süreci			
Alternatif tedavilerin yararlı olduğunu düşünme	133(46,2)	85(29,5)	70(24,3)
Psikolojik destek almaya başlama	10(3,5)	275(95,5)	3(1,0)
Yakınlarıma iyi gelen bitkisel tedavileri kendimde kullanma	32(11,1)	218(75,7)	38(13,2)
Menopoz dönemine yaklaşım			
Kültürlerin menopoza yaklaşımı farklılık göstermekte	149(51,7)	84(29,2)	55(19,1)
Menopoz her kadında aynı yaşanmakta	40(13,9)	230(79,9)	18(6,2)
Menopoz sonrası kendimi daha hür, serbest hissetme	108(37,5)	133(46,2)	47(16,3)
Fikirlerime daha çok değer verildiğini görme	79(27,4)	162(56,3)	47(16,3)
Menopozun bir kadının hayatını önemli ölçüde etkilediğini düşünme	112(38,9)	92(31,9)	84(29,2)

4.4. Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemleri (Medikal ve Alternatif Yöntemler)

Araştırmaya katılan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları şikâyetlerde medikal ve alternatif yöntemleri kullanma durumlarının dağılımı Tablo 4.7’de yer almaktadır.

Kadınların %55,9’unun menopoz dönemine özgü herhangi bir tedavi kullanmadığı, tedavi kullananların ise %27,8’inin D vitamini, %18,8’inin B12 vitamini ve %12,2’sinin kalsiyum ilacı aldığı belirlendi. Menopoz dönemindeki kadınların sadece %8,3’ünün HRT kullandığı, kadınlar arasında HRT kullanmama nedeni en çok yan etkilerden (%34,4) dolayı olduğu ve kadınların %42,4’ünün alternatif tedavilere başvurduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Araştırma kapsamına alınan kadınların genel olarak menopoz döneminde yaşadıkları şikâyetler için en çok sırasıyla yaşam biçiminde değişikliklere (%97,6), dua etmeye (%60,4), bitkisel tedavi kullanımına (%52,4) ve masaja (%52,4) başvurduğu görüldü (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Şikâyetlerde Medikal ve Alternatif Yöntemleri Kullanma Durumlarının Dağılımı

	n	%
Menopoza Özgü Kullanılan Tedavi*		
Kullanmıyorum	161	55,9
D vitamini	80	27,8
B12 vitamini	54	18,8
Kalsiyum ilacı	35	12,2
HRT	24	8,3
Psikolojik tedavi	10	3,5
Osteoporoz tedavisi	3	1,0
Diğer (hayat otu, bitkisel ilaç, pharanton gıda takviyesi, omega-3 magnezyum, serelys kullanımı, bemix, demir ilacı)	13	4,3
HRT Kullanmama Nedeni (n=264)		
Yan etki	99	34,4
Bilgim yok	79	27,4
Gerek duymadım	45	15,6
Doktor önermedi	21	7,3
Maliyet etkisinden	20	6,9
Alternatif Tedavi Kullanma Durumu		
Evet	122	42,4
Hayır	166	57,6
Menopoz Şikâyetlerinde En Fazla Tercih Edilen Yöntemler*		
Yaşam biçimi değişiklikleri (diyet, ince ve hava geçirgenliği yüksek kıyafet tercih etme, yağlı-baharatlı yiyecekten/sigaradan uzak durma gibi)	281	97,6
Dua etme	174	60,4
Bitkisel tedavi kullanımı	151	52,4
Masaj	151	52,4
Egzersiz	102	35,4
Yürüyüş	92	31,9
Hobiler edinme (halk eğitim kursları, resim, el işi, örgü, dikiş, ahşap boyama gibi)	84	29,2
Müzik terapisi	28	9,7
Rahatlama-gevşeme teknikleri	25	8,7
Dikkati başka yöne verme	12	4,2
Akupunktur	5	1,7
Hacamat	5	1,7
Pilates	3	1,0
Diğer (biyoenerji, çamur tedavisi, doğa yürüyüşü nöral terapi, ozon tedavisi)	6	1,9

*Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları somatik şikâyetlerle baş etme yöntemlerinin (medikal ve alternatif yöntemler) dağılımı Tablo 4.8’de yer almaktadır.

Sıcak basması/gece terlemesi yaşayan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla ince ve hava geçirgenliği yüksek kıyafet tercih etme/sık kıyafet değiştirme (%77,4), duş alımı/soğuk su ile el-yüz yıkama (%27,8) ve yağlı-baharatlı yiyeceklerden/sigaradan uzak durma (%21,9) olduğu saptandı. Kardiyovasküler problem yaşayan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla sakin ortam seçerek, dinlenme (%46,2), ilaç kullanımı (%18,1) ve çay/kahve tüketimini azaltma (%9,4) olduğu belirlendi (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Somatik Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemlerinin (Medikal ve Alternatif Yöntemler) Dağılımı

	n	%
Sıcak Basması/Gece Terlemesinde Kullanılan Yöntemler* (n=236)		
İnce ve hava geçirgenliği yüksek kıyafet tercih etme/sık kıyafet değişimi	223	77,4
Duş alımı/Soğuk su ile el-yüz yıkama	80	27,8
Yağlı-baharatlı yiyeceklerden-sigaradan uzak durma	63	21,9
Serin ortam tercih etme/Balkona çıkma	57	19,8
Yelpaze kullanımı	44	15,3
Bitkisel tedavi (hayıt otu, civanperçemi otu, izopropil ekstresi, keten tohum yağı, maydonoz/soğan suyu, saflaştırılmış arı poleni, badem-ceviz yeme, alıç sirkesi, kemik suyu tüketimi, klimadynon ilacı)	22	7,5
Bir şey yapmıyor	10	3,5
Saç kestirme	9	3,1
Diğer (su içimi, yürüyüş, egzersiz, rahatlama-gevşeme teknikleri, transdermal bant kullanımı)	26	9,0
Kardiyovasküler Problemlerde Kullanılan Yöntemler* (n=145)		
Sakin ortamda dinlenme	133	46,2
İlaç kullanımı	52	18,1
Çay/kahve tüketimini azaltma	27	9,4
Rahatlama-gevşeme teknikleri	25	8,7
Dikkati başka yöne verme	24	8,3
Doktora başvurma	9	3,1
Bol sıvı tüketimi	9	3,1
Diğer (soğuk suyla el-yüz yıkama, kitap okuma, aspirin çiğneme, yürüyüş, ayakları yükseltme, limon yeme, bal/pekmez tüketimi)	12	4,0

*Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları psikolojik şikâyetlerle baş etme yöntemlerinin (medikal ve alternatif yöntemler) dağılımı Tablo 4.9'da yer almaktadır.

Fiziki-zihinsel yorgunluk yaşayan kadınların %60,1'inin istirahat ettiği, %15,3'ünün bitki çayı içtiği ve %14,9'unun gün içerisinde yapacaklarını listelediği saptandı. Sinirlilik yaşayan kadınların %50,7'sinin tek başına kaldığı, %34,8'inin ağlama/bağırma/çevredeki eşyalara zarar verdiği ve %20,8'inin yürüyüş yaptığı belirlendi. Endişe yaşayan kadınların %33,7'sinin dua ettiği, %29,4'ünün hobiler edindiği ve %19,8'inin uyumaya çalıştığı saptandı. Keyifsizlik/ruh hali değişikliği yaşayan kadınların %52,8'inin bir şey yapmadığı, %23,5'inin bitki çayı tükettiği, %23,5'inin dışarı çıkıp dolaştığı, %22,8'inin dua ettiği ve %15,4'ünün hobiler edindiği belirlendi. Uyku problemi yaşayan kadınların %31,6'sının dua ettiği, %23,6'sının kafein içeren yiyecek-içecek tüketimini azalttığı ve %15,3'ünün bitkisel çay/ilaçlara başvurduğu görüldü. Eklem/kas problemi yaşayan kadınların %52,1'inin ağrı kesici, kas gevşetici ya da merhem ilaç aldığı, %42,0'ının ağrıyan bölgeye masaj uyguladığı ve %18,8'inin egzersiz/yürüyüş yaptığı belirlendi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Psikolojik Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemlerinin (Medikal ve Alternatif Yöntemler) Dağılımı

	n	%
Fiziki/Zihinsel Yorgunlukta Kullanılan Yöntemler* (n=230)		
İstirahat etme	173	60,1
Bitki çayı tüketimi (yeşil çay, sarıkantaron çayı, hibiskus çayı, ada çayı, ıhlamur, karabaş otu, kuşburnu çayı, papatya çayı, zeytin yaprağı çayı, karışık bitki çayı)	44	15,3
Günlük yapacaklarını sıralama	43	14,9
Dua etme	22	7,6
Müzik terapisi	22	7,6
Masaj	19	6,6
Hobiler (resim, ahşap boyama, müzik, dikiş vb.)	16	5,6
Diğer (bir şey yapmama, termal tesise gitme, sporla ilgilenme)	22	7,6
Sinirlilik Durumunda Kullanılan Yöntemler* (n=219)		
Tek başına kalma	146	50,7
Ağlama/bağırma/çevredeki eşyaları kırma, zarar verme	100	34,8
Yürüyüş	60	20,8
İbadet etme	48	16,7
Aile bireyleriyle paylaşma	40	13,9
Bitki çayı tüketimi (karabaş otu, rezene, yeşil ve ada çayı)	5	1,7
Diğer (bir şey yapmama, sedatif etkili ilaç kullanımı, sigara içimi, ozon tedavisi)	4	1,2
Endişe Artışında Kullanılan Yöntemler* (n=167)		
Dua etme	97	33,7
Hobiler edinme (müzik terapisi, televizyon izleme, kitap okuma, dikiş-ahşap boyama, puzzle yapma)	85	29,4
Uyumaya çalışma	57	19,8
Bitki çayı tüketimi (ada, yeşil, melisa ve papatya çayı)	23	8,0
Gezinme/yürüyüş/doğa yürüyüşü	23	8,0
İlaç kullanımı/doktora başvurma	17	5,9
Bir şey yapmıyor	6	2,1
Keyifsizlik/Ruh Hali Değişiminde Kullanılan Yöntemler* (n=238)		
Bir şey yapmama	152	52,8
Bitki çayı tüketimi (limon otu, melisa, papatya, ada, yeşil, ıhlamur ve ayva çayı)	32	23,5
Dışarı çıkma, gezinme	32	23,5
Dua etme	31	22,8
Hobiler edinme (halk eğitim kursları, resim, el işi, örgü vb.)	21	15,4
Spor ile uğraşma (pilates, yürüyüş, yüzme)	17	12,5
Tek başına kalma/Üyumak isteme	16	11,7
Uyku Problemlerinde Kullanılan Yöntemler* (n=187)		
Dua okuma	91	31,6
Kafein içeren yiyecek-içeceklerin azaltılması	68	23,6
Bitkisel çay-ilaç kullanımı (yeşil, ıhlamur, papatya, ada, elma ve melisa çayı)	44	15,3
Yoğurt/Tarçınlı yoğurt tüketimi/Süt içimi	37	12,8
Ilık duş alımı	31	10,8
Televizyon izleme/Kitap okuma/Örgü yapma	28	9,7
İlaç kullanımı/Doktora başvurma	20	6,9
Bir şey yapmıyorum	9	3,1
Diğer (masaj, sakin sessiz yer seçimi, kahve içimi, zencefil tüketimi)	8	2,7
Eklem/Kas Ağrısında Kullanılan Yöntemler* (n=204)		
Ağrı kesici/kas gevşetici/merhem kullanma	150	52,1
Ağrılan bölgeye masaj uygulama	121	42,0
Egzersiz yapma/yürüyüş	54	18,8
Hareketsiz kalmaya çalışma/istirahat etme	20	7,0
Bitkisel tedavilere başvurma (biberiye yağı, ozon yağı, zeytinyağı, tayland yağı, bamyaya tohumu, ceviz yaprağı, haşlanmış lahana, çınar yaprağı)	19	6,2
Kalsiyum içeren besinleri tüketme	10	3,5
Diğer (sıcak tutma, akupunktur, nöral terapi, doktora gitme, hacamat, bir şey yapmama)	22	7,6

*Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları ürogenital şikâyetlerle baş etme yöntemlerinin (medikal ve alternatif yöntemler) dağılımı Tablo 4.10'da yer almaktadır.

Cinsel problem yaşayan kadınların %42,7'sinin cinsel ilişkiden uzak durduğu, %18,1'inin durumu eşiyile paylaştığı ve %4,9'unun bir şey yapmadığı görüldü. İdrarla ilgili problem yaşayan kadınların %34,4'ünün günlük ped/ara bezi kullandığı/iç çamaşırının üstüne peçete koyduğu, %19,1'inin doktora başvurduğu/ilaç kullandığı ve %17,4'ünün mesaneyi güçlendiren egzersizleri yaptığı belirlendi. Vajinada kuruluk problemi yaşayan kadınların %33,0'ının herhangi bir uygulama yapmadığı, %7,3'ünün kayganlaştırıcı krem-jel uyguladığı ve %7,3'ünün durumu eşine söylediği belirlendi (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Ürogenital Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemlerinin (Medikal ve Alternatif Yöntemler) Dağılımı

	n	%
Cinsel Problemlerde Kullanılan Yöntemler* (n=147)		
Cinsel ilişkiden uzak durma	123	42,7
Durumu eşiyile paylaşma	52	18,1
Bir şey yapmıyorum	14	4,9
Cevap vermek istemedi	8	2,8
Doktora gitme/ilaç kullanımı	3	1,0
İdrar Problemlerinde Kullanılan Yöntemler* (n=175)		
Günlük ped/ara bezi kullanımı/iç çamaşırının üstüne peçete koyma	99	34,4
Doktora başvurma/ilaç kullanımı	55	19,1
Mesaneyi güçlendirici egzersizler yapma/yastık kullanarak mesane kaslarını çalıştırma	50	17,4
Sıvı tüketimini artırma/maydonoz suyu tüketimi/soğan kürü	47	16,3
Günlük iç çamaşırı değişimi/iç çamaşırını ütüleme	31	10,7
Sıvı alımını kısıtlama	18	6,3
Diğer (bir şey yapmıyor, sporla ilgilenme)	16	5,5
Vajinada Kuruluk Probleminde Kullanılan Yöntemler* (n=143)		
Bir şey yapmıyorum	95	33,0
Kayganlaştırıcı jel-krem kullanma	21	7,3
Eşimle paylaşma	21	7,3
Doktora gitme	9	3,1
Diğer (vajinaya vazelin kullanımı, vajinaya doğal zeytinyağı kullanımı, sıcak su ile duş alımı, fitil/bepanthen kullanımı)	5	1,5

*Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları kol ve bacaklarda uyuşukluk-karınalanma, baş ağrısı ve kabızlıkla ilgili şikâyetlerle baş etme yöntemlerinin (medikal ve alternatif yöntemler) dağılımı Tablo 4.11’de yer almaktadır.

Kol ve bacaklarda uyuşukluk-karınalanma problemi yaşayan kadınların %34,4’ünün uyuşan bölgeleri yükseltip dinlendiği, %20,5’inin masaj/zeytinyağı ile ovaladığı ve %17,0’inin egzersiz yaptığı saptandı. Baş ağrısı yaşayan kadınların %37,8’inin ilaca başvurduğu, %22,6’sının temiz hava aldığı ve %22,6’sının karanlık odada dinlenmeyi tercih ettiği, kabızlık problemi yaşayan kadınların ise %47,5’inin lifli besin tüketimini arttırarak daha çok sebze ağırlıklı beslendiği, %33,7’sinin her sabah aç karna ılık su içimi/bol sıvı aldığı ve %12,5’inin yürüyüş yaptığı saptandı (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Kol ve Bacaklarda Uyuşukluk-Karınalanma, Baş Ağrısı ve Kabızlıkla İlgili Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemlerinin (Medikal ve Alternatif Yöntemler) Dağılımı

	n	%
Kol-Bacaklarda Uyuşukluk, Karınalanmada Kullanılan Yöntemler* (n=159)		
Uyuşan bölgeleri yükseltme/dinlenme	99	34,4
Masaj/zeytinyağı ile ovma	59	20,5
Egzersiz	49	17,0
Kalsiyum içeren besinleri tüketme	12	4,2
Doktora gitme	12	4,2
Bir şey yapmıyor	6	2,1
Diğer (soğuk zemine basma, çamur tedavisi, hareketsiz kalma, krem kullanma, gezinme, derin nefes alma, kaplıca tesisine gitme, pozisyon değişimi, elleri sallama, magnezyum alımı)	29	9,8
Baş Ağrısında Kullanılan Yöntemler* (n=185)		
İlaç kullanımı	109	37,8
Temiz hava alma	65	22,6
İstirahat etme/ karanlık oda tercih etme	65	22,6
Başını sarmalama/başa patates bağlama	34	11,8
Masaj	25	8,7
Bol sıvı tüketimi	16	5,6
Diğer (doktora gitme, bir şey yapmama, saçları dağınık bırakma, başa buz ile masaj, hacamat, gezinme, el-yüz yıkama, limon yeme, tuzlu su ile gargara, boynuz yağı sürme, dikkati başka yöne verme)	21	6,9
Kabızlıkta Kullanılan Yöntemler* (n=147)		
Lifli besinler tüketimini arttırma/sebze ağırlıklı beslenme	137	47,5
Her sabah aç karna ılık su içimi/bol sıvı tüketimi	97	33,7
Yürüyüş	36	12,5
Zeytinyağı tüketimi	30	10,4
Doktora gitme/ İlaç kullanımı	17	5,9
Bitki çayı tüketimi (rezene, sinemaki, kayısı çayı)	16	5,6
Her gün aynı saatte tuvalete gitme	12	4,2
Diğer (kefir içimi, ilikli kemik suyu içimi, sıcak süt, elmalı tarçınlı su, suda incir bekletip suyunu içme, zeytin çekirdeği yutma, maden suyu, çemen tozu, uykuluk otu, parmakla uyarma, yoğurt-sebze karışımları)	17	5,5

*Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları saç, cilt ve tüylenmeyle ilgili şikâyetlerle baş etme yöntemlerinin (medikal ve alternatif yöntemler) dağılımı Tablo 4.12’de yer almaktadır.

Saç dökülmesi problemi yaşayan kadınların %25,7’sinin bir şey yapmadığı, %21,4’ünün bitkisel içerikli yağ-karışımları uyguladığı ve %6,3’ünün sarımsak/yumurta sarısı sürdüğü saptandı. Cilt problemi yaşayan kadınların %28,9’unun kozmetik ürünlere başvurup, evde maske yaptığı, %16,7’sinin sıvı tüketimini arttırdığı ve %7,3’ünün güneş kremi kullandığı/güneşten kaçınmayı tercih ettiği görüldü. Tüylenme problemi yaşayan kadınların %16,5’inin cımbız, ağda, epilasyon, ip veya eldiven yardımı ile tüyleri aldığı, %5,9’unun tüy dökücü ürünlere başvurduğu tespit edildi (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Saç, Cilt ve Tüylenmeyle İlgili Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemlerinin (Medikal ve Alternatif Yöntemler) Dağılımı

	n	%
Saç Dökülmesinde Kullanılan Yöntemler* (n=157)		
Bir şey yapmıyor	74	25,7
Bitkisel yağ-karışım (Badem yağı, argan yağı, bakım kremi) kullanma	62	21,4
Sarımsak/yumurta sarısı sürme	18	6,3
Saç kestirme	13	4,5
Kına yakma	12	4,2
B/E vitamini kullanımı, çinko tedavisi	6	2,0
Diğer (şampuan değişimi, doktora gitme, saçı daha az yıkama)	21	7,3
Cilt Problemlerinde Kullanılan Yöntemler* (n=105)		
Kozmetik ürünlere başvurma/Evde maske uygulama	83	28,9
Sıvı alımını artırma	48	16,7
Güneş kremi kullanımı/güneşten kaçınma	21	7,3
Bir şey yapmıyor	18	6,3
Doktora gitme	12	4,2
Bitkisel tedavi kullanımı (zeytinyağı, kantaron yağı, aloevera jeli, papatya çayı)	11	3,8
Diğer (Bepanthen sürme, gümüş suyu, kortizon tedavisi)	5	1,7
Tüylenme Probleminde Kullanılan Yöntemler* (n=78)		
Cımbız/ağda/epilasyon/ip/ eldiven ile tüyleri alma	48	16,5
Tüy dökücü ürünler kullanma	17	5,9
Bir şey yapmıyorum	7	2,4
Lazer tedavisi	5	1,7
Doktora gitme	3	1,0
Tüyleri yakma	2	0,7

*Katılımcılar sorulara kendi ifadelerine göre ve birden fazla cevap vermiştir. Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

4.5. MSDÖ Puanlarının İncelenmesi

Araştırmaya katılan kadınların MSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.13'te verilmektedir.

MSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların somatik şikâyetler alt boyutundan (ort±ss) 3,04±2,00, psikolojik şikâyetler alt boyutundan (ort±ss) 9,33±4,45, ürogenital şikâyetler alt boyutundan (ort±ss) 3,65±2,60 puan aldıkları saptandı. Kadınların toplam ölçek puanının (ort±ss) ise 16,04±6,95 olduğu bulundu (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Kadınların MSDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

MSDÖ Alt Boyutları	Ölçekten Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar	Araştırmaya Katılan Bireylerin Ölçekten Aldıkları En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ölçek ort±ss
Somatik Şikâyetler	0-8	0-7	3,04±2,00
Psikolojik Şikâyetler	0-24	0-21	9,33±4,45
Ürogenital Şikâyetler	0-12	0-11	3,65±2,60
Toplam	0-44	0-34	16,04±6,95

Araştırmaya katılan kadınların MSDÖ ifadelerinin dağılımı Tablo 4.14'te yer almaktadır.

Ölçekteki likert tipi puanlamaya verilen yanıtlar frekans ve yüzdelik olarak sunuldu. Tablo incelendiğinde; kadınların %23,3'ünün orta seviyede sıcak basması ve terleme, %35,8'inin orta seviyede keyifsizlik, %36,8'inin orta seviyede sinirlilik, %47,6'sının orta seviyede fiziki ve zihinsel yorgunluk ve %40,3'ünün orta seviyede eklem ve kas rahatsızlıkları yaşadığı tespit edildi. Kadınların %49,7'sinin kalp rahatsızlığı, %35,1'inin uyku problemi, %42,0'nın endişe/kaygı, %46,2'sinin cinsel sorun, %39,2'sinin idrarla ilgili sorun ve %46,9'unun vajinada kuruluk sorunu yaşamadığı görüldü (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 Kadınların MSDÖ İfadelerinin Dağılımı

MSDÖ Yakınmaları	Hiç Yok		Hafif		Orta		Şiddetli		Çok Şiddetli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)	52	18,1	54	18,7	67	23,3	53	18,4	62	21,5
2. Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)	143	49,7	41	14,2	73	25,3	30	10,4	1	0,3
3. Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	101	35,1	31	10,8	80	27,8	56	19,4	20	6,9
4. Keyifsizlik Hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)	50	17,4	100	34,7	103	35,8	29	10,0	6	2,1
5. Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)	69	24,0	41	14,2	106	36,8	55	19,1	17	5,9
6. Endişe/kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)	121	42,0	38	13,2	74	25,7	40	13,9	15	5,2
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)	58	20,1	33	11,5	137	47,6	47	16,3	13	4,5
8. Cinsel sorunlar* (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)	133	46,2	19	6,6	90	31,3	35	12,2	3	1,0
9. İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	113	39,2	20	6,9	78	27,1	53	18,4	24	8,3
10. Haznede (Vajinada) kuruluk** (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşimde zorlanma)	135	46,9	28	9,7	74	25,7	33	11,5	8	2,8
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)	84	29,2	17	5,9	116	40,3	53	18,4	18	6,2

*Cevap vermek istemeyen 8 kişi vardır.

** Cevap vermek istemeyen 10 kişi vardır.

Araştırmaya katılan kadınların kronik hastalık, BKİ, menopoza özgü tedavi kullanma ve alternatif tedavi kullanma durumuna göre MSDÖ puanının karşılaştırılması Tablo 4.15'te yer almaktadır.

Kadınların kronik hastalık (p=0,081), BKİ (p=0,957) ve menopoza özgü tedavi kullanma (p=0,089) durumlarına göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Kadınların alternatif tedavi kullanma durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,018). Alternatif tedavi kullanan kadınların ölçek genel toplam puanı (17(4-33)), kullanmayan kadınlara (14(0-34)) göre daha yüksektir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 Kadınların Kronik Hastalık, BKİ, Menopoza Özgü Tedavi Kullanma ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumuna Göre MSDÖ Puanının Karşılaştırılması

	n	%	MSDÖ PUANI	
			Medyan (Min-Maks)	ort±ss
Kronik Hastalık				
Evet	162	56,2	17(1-33)	16,61±6,75
Hayır	126	43,8	15(0-34)	15,30±7,15
U				8982,5
p				0,081
BKİ				
Normal	44	15,3	16,5(4-34)	16,04±7,48
Aşırı kilo	93	32,3	16(1-31)	16,12±7,23
Obez	151	52,4	15(0-33)	15,98±6,65
χ^2				0,088
p				0,957
Menopoza Özgü Tedavi Kullanma Durumu				
Evet	127	44,1	17(4-31)	16,77±7,10
Hayır	161	55,9	15(0-34)	15,45±6,79
U				9032,5
p				0,089
Alternatif Tedavi Kullanma Durumu				
Evet	122	42,4	17(4-33)	4,09±2,76
Hayır	166	57,6	14(0-34)	3,33±2,44
U				8470,5
p				0,018

U= Mann-Whitney U testi

χ^2 =Ki- kare testi

Araştırmaya katılan kadınların alternatif tedavi kullanma durumuna göre kronik hastalık ve BKI açısından karşılaştırılması Tablo 4.16'da yer almaktadır.

Tablo 4.16 Kadınların Alternatif Tedavi Kullanma Durumuna Göre Kronik Hastalık ve BKI Açısından Karşılaştırılması

		Alternatif Tedavi Kullanma		Test istatistiği	P
		Evet n(%)	Hayır n(%)		
Kronik Hastalık	Evet n(%)	70(57,4)	92(55,4)	$\chi^2=0,109$	0,741
	Hayır n(%)	52(42,6)	74(44,6)		
BKI	Normal n(%)	22(50,0)	22(50,0)	$\chi^2=4,615$	0,100
	Aşırı kilo n(%)	45(48,4)	48(51,6)		
	Obez n(%)	55(36,4)	96(63,6)		

χ^2 = Ki- kare testi

Analiz sonucuna göre alternatif tedavi kullananların %57,4 ünde kronik hastalık bulunurken, kullanmayanların %55,4'ünde kronik hastalık vardır. Alternatif tedavi kullanma durumuna göre kronik hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,741). Alternatif tedavi kullananların %50,0'ı normal kilo ağırlığında iken, kullanmayanların %63,6'sı obezdir. Kadınlarda alternatif tedavi kullanma durumuna göre BKI açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,100) (Tablo 4.16).

Araştırmaya katılan kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları sağlık sorunlarına göre MSDÖ puanının karşılaştırılması Tablo 4.17’de yer almaktadır.

Tabloda MSDÖ puanına ait tanımlayıcı istatistik değerleri sunuldu. Tablo incelendiğinde; kadınlarda vazomotor sorun yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$). Vazomotor sorun yaşayan kadınların (16(0-34)), sorun yaşamayan kadınlara (6,5(5-13)) göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17).

Kadınlarda emosyonel sorun yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Emosyonel sorun yaşayan kadınların (17(4-34)), sorun yaşamayan kadınlara (8(0-16)) göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17).

Kadınlarda unutkanlık sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Unutkanlık sorunu yaşayan kadınların (18(4-33)), sorun yaşamayan kadınlara (12(0-34)) göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17).

Kadınlarda saç sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Saç sorunu yaşayan kadınların (17(1-34)), sorun yaşamayan kadınlara (12(0-33)) göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17).

Kadınlarda ürogenital sorun yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Ürogenital sorun yaşayan kadınların (17(5-34)), sorun yaşamayan kadınlara (11(0-25)) göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17).

Kadınlarda eklem/kemik sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Eklem/kemik sorunu yaşayan kadınların (18(4-34)), sorun yaşamayan kadınlara (11(0-26)) göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17).

Kadınlarda heyecanlanma sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Heyecanlanma sorunu yaşayan kadınların (23(9-34)), sorun yaşamayan kadınlara (14(0-29)) göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17).

Kadınlarda kabızlık sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,049$). Kabızlık sorunu yaşayan kadınların (16(0-34)), sorun yaşamayan kadınlara (15(1-31)) göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17).

Tablo 4.17 Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Sağlık Sorunlarına Göre MSDÖ Puanının Karşılaştırılması

	n	%	MSDÖ PUANI	
			Medyan (Min-Maks)	ort±ss
Vazomotor Sorun				
Evet	282	97,9	16(0-34)	16,22±6,89
Hayır	6	2,1	6,5(5-13)	7,33±3,01
U				199,5
P				0,001
Emosyonel Sorun				
Evet	262	91,0	17(4-34)	16,85±6,64
Hayır	26	9,0	8(0-16)	7,84±4,18
U				880,0
P				<0,001
Unutkanlık Sorunu				
Evet	201	69,8	18(4-33)	17,48±6,44
Hayır	87	30,2	12(0-34)	12,70±6,95
U				5138,5
P				<0,001
Saç Sorunu				
Evet	217	75,3	17(1-34)	16,89±6,80
Hayır	71	24,7	12(0-33)	13,42±6,79
U				5388,5
P				<0,001
Ürogenital Sorun				
Evet	239	83,0	17(5-34)	17,14±6,65
Hayır	49	17,0	11(0-25)	10,63±5,79
U				2755,0
P				<0,001
Eklem-Kemik Sorunu				
Evet	204	70,8	18(4-34)	17,90±6,48
Hayır	84	29,2	11(0-26)	11,42±5,85
U				3979,0
P				<0,001
Heyecanlanma Sorunu				
Evet	56	19,4	23(9-34)	22,73±6,13
Hayır	232	80,6	14(0-29)	14,42±6,13
U				2262,5
P				<0,001
Kabızlık Sorunu				
Evet	147	51,0	16(0-34)	16,92±7,22
Hayır	141	49,0	15(1-31)	15,11±6,55
U				8977,5
P				0,049

U= Mann-Whitney U testi

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Günümüzde bilimle ilgili alanlardaki ilerlemeler sayesinde yaşam beklentisi yükselmekte ("T.C. Dış İşleri Bakanlığı", 2011) ve kadınlar, yaşamlarının önemli bir bölümünü menopoz sonrası dönemde geçirmektedir (Seyisoğlu ve Gezer, 2014). Menopoz, kadınların yaşam kalitesini etkileyebildiğinden (Abay ve Kaplan, 2015) kadınlar, bu dönemde karşılaştıkları şikâyetler için alternatif tedavilere yönelebilmektedir (Ozcan, Çolak, Oturgan ve Gülsever, 2019). Ancak kolaylıkla ulaşılabilen bu tedavi şekilleriyle ilgili çalışmaların yeteri kadar detaylı yapılmaması (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011), bireylerin kullandıkları diğer tedavilerle ya da yanlış biçimde uygulandığında istenmeyen sonuçlara sebep olabilmesinden (Gün ve Demirci, 2015) dolayı sağlık açısından önemli sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, menopoz dönemindeki kadınların karşılaştıkları şikâyetlerde kullandıkları alternatif tedavi şekillerinin tespit edilmesi kadınlara bu dönemde sunulacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde büyük önem taşımaktadır.

Bu bölümde, kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları şikâyetler için alternatif tedavi kullanma durumlarını tespit etmek amacıyla yapılan; örneklemini 288 kadının oluşturduğu araştırma sonucunda elde edilen bulgular beş başlık altında tartışılmıştır:

- 5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışılması
- 5.2. Kadınların Obstetrik Öyküsüyle İlgili Bulguların Tartışılması
- 5.3. Kadınların Menopoz Dönemi Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 5.4. Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Şikâyetlere İlişkin Baş Etme Yöntemleriyle (Medikal ve Alternatif Yöntemler) İlgili Bulguların Tartışılması
- 5.5. MSDÖ'den Elde Edilen Bulguların Tartışılması

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların %67,4'ü 50-60 yaş aralığında, %87,8'i evli, %51,4'ü en uzun süre ilçede yaşamakta, %46,9'unun memleketi Marmara bölgesinde bulunmakta, %56,9'u ilkokul mezunu ve evli olanların %35,6'sının eşi ilkokul mezunudur. Kadınların %79,5'i çekirdek aile yapısına sahip olup, %64,9'u orta seviye gelire sahip ve %49,8'inin eşi ile iletişiminin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kadınların yaş ortalaması $52,14 \pm 5,62$ yıl, BKI ortalaması $30,98 \pm 5,79$ kg/m², sistolik kan basıncı ortalaması $122,05 \pm 14,83$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması $73,06 \pm 9,92$ mmHg ve nabız ortalaması $75,31 \pm 7,58$ atım/dk'dır.

Menopozal döneme ilişkin ülkemizde ve yurt dışında yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Uludağ ve diğerleri (2014) yaptığı çalışmada, 40-65 yaş aralığındaki kadınların yaş ortalaması $53,7 \pm 6,1$ yıl, Erbaş ve Demirel (2017) yaptıkları çalışmada, kadınların yaş ortalaması $55,71 \pm 7,21$ yıl, Trtica Majnarić ve diğerleri (2019) yaptıkları çalışmada, kadınların 47-59 yaş aralığında (ortalama 52-53 yaş) olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya katılan 40-60 yaş aralığındaki kadınların yaş ortalaması $52,14 \pm 5,62$ yıl olduğu bulundu. Bu bulgular, yaş aralığı ve yaş ortalaması bakımından değerlendirildiğinde yapılmış diğer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların %87,8'inin evli ve evli olanların çoğunluğu (%49,8) eşiyle iletişiminin orta seviyede olduğunu ifade etti. Benzer şekilde Koyuncu ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada kadınların %84,9'unun, Gümüşay ve Erbil (2019) yaptıkları çalışmada %78,7'sinin evli olduğu saptanmıştır. Menopozal dönemdeki kadınlarla farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda da çoğunluğun evli olduğu tespit edilmiştir (Poomalar ve Arounassalame, 2013; Smail ve diğerleri, 2019). Çalışmadan elde edilen sonuç, literatüre uyum göstermektedir. Karadağ (2015) Konya ilinde 827 evli kadın ve erkekle yaptığı bir çalışmada, katılımcıların eşleriyle problemlerini %58,3'ünün her zaman, %38,9'unun zaman zaman paylaştığı ve %2,8'inin hiçbir zaman paylaşmadığı tespit edilmiştir. Kadınların eşi ile iletişiminin güçlü ve sağlıklı olması, yaşadıkları stresli durumları daha rahat paylaşabilmesini kolaylaştırdığı söylenebilir.

Kadınların yaşadıkları sorunlarda destek olacak bireylerin bu konulara ilişkin bilgilendirilmesi menopoz döneminin daha sağlıklı geçirilebilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çünkü kadınların yaşamış olduğu sorunlar sadece kendisini değil çevresindeki kişileri de etkilemektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların %51,4'ünün en uzun süre ilçede yaşamış ve büyük bir kısmının (%46,9) memleketi Marmara bölgesinde olduğu belirlendi. Gümüşay ve Erbil (2019) Karadeniz bölgesinde yaptıkları çalışmada kadınların %64,5'inin en uzun süre ilde yaşadıkları, Gönenç ve Koç (2019) Ankara ilinde yaptıkları çalışmada kadınların %66,1'inin en uzun süre ilde, Demirci (2017) İzmir ilinde dismenoreli kadınlar ile yaptığı çalışmada, çoğunluğun (%75,2) en uzun süre şehirde yaşadığı tespit edilmiştir. Uzun süre yaşanan yer, geleneksel ve kültürel değerlerin devam ettirilmesini etkileyen önemli bir faktördür. Bu yüzden çalışmaya katılan kadınların en uzun süre ilçelerde yaşıyor olması kültürel ve geleneksel değerlerin korunması açısından devamlılık olduğu şeklinde düşünülebilir. Yaşadıkları sorunlara ilişkin başvuruların öncelikli olarak sağlık kurumlarından ziyade sosyal çevreden alınan bilgilerle baş etmeye çalışabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, kadınların %56,9'unun ilkokul mezunu ve evli olanların eşlerinin de çoğunluğu (%35,6) ilkokul mezunu olduğu belirlendi. Ülkemizde menopozal dönemdeki kadınlarla gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde; Tunçarslan (2019) yaptığı çalışmada, kadınların %48,8'inin okuryazar/ilkokul mezunu, evli olanların eşlerinin de büyük kısmı (%43,9) okuryazar/ilkokul mezunu, Avcı (2013) yaptığı çalışmada, kadınların %59,2'sinin ilkokul mezunu, Gözüyeşil ve Başer (2016) yaptıkları çalışmada da kadınların %39,2'sinin okuryazar/ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların ve eşlerinin büyük çoğunluğunun eğitim düzeylerinin düşük olduğu saptanarak, çalışma bulguları literatüre uyum göstermektedir. Eğitim seviyesi, kadınların sağlık sorunlarını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Bu nedenle kadınların eğitim seviyesinin düşük olması, menopoz dönemiyle ilişkili sorunlarla etkin baş etmelerinde ve çözüm aramalarında sağlık kurumlarından yararlanma yollarını etkileyen bir durum olacağı tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada, kadınların %79,5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlendi. Benzer şekilde menopoz dönemine özgü yapılan diğer çalışmalarda da kadınların büyük bir kısmının çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır (Alpaslan, 2018; Çelik ve Pasinlioğlu, 2014; Güler, 2017). Çalışmanın sonuçları, literatüre paralellik göstermektedir. Sahip olunan aile tipinin, kişinin sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde veya hastalıkların tedavisinde başvurdukları uygulamalar üzerinde faydalı ya da zararlı olabileceği düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların %64,9'u gelir durumunun orta seviyede olduğunu ifade etti. Benzer şekilde Tunç (2014) Sivas ilinde yaptığı çalışmada kadınların %42,1'inin, Tunçarslan (2019) Erzincan ilinde yaptığı çalışmada kadınların %50,5'inin ekonomik durumunun orta seviyede, Erkin ve diğerleri (2014) İzmir ilinde yaptığı çalışmada kadınların %79,3'ünün gelirlerinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları, ülkemizde menopozal döneme özgü yapılmış çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyin, bireylerin karşılaştıkları sağlık sorunlarının çözümünde kullandıkları tedavi şekillerini etkileyerek, daha ucuz olan tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yönelebilmelerini kolaylaştırabileceği düşünülebilir.

TEMD Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu tarafından oluşturulan Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nda Türkiye'de obezite prevalansının yetişkinlerde %30'luk ciddi oranı geçtiği ve kadınlarda obezitenin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (TEMD, 2018b). Bu çalışmada, kadınların BKİ ortalamaları $30,98 \pm 5,79 \text{ kg/m}^2$ olarak belirlendi. Literatürde çalışmamızın bulgusuna paralel olarak Fooladi ve diğerleri (2018), Freeman ve diğerleri (2014) ve Sağnak (2015) klimakterik dönem kadınları ile yaptıkları çalışmalarında kadınların sırasıyla BKİ ortalamalarının $28,3 \pm 3,7 \text{ kg/m}^2$, $29,21 \pm 7,75 \text{ kg/m}^2$, $30,8 \pm 5,2 \text{ kg/m}^2$ olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda menopoz dönemine özgü yapılmış çalışmalardaki kadınların büyük bir kısmının fazla kilolu veya obez olduğu görülmektedir. Çalışma bulguları, literatüre uyum göstermektedir. Menopozal sürecin, çağımızın önemli halk sağlığı problemlerinden biri olan metabolik sendrom açısından risk oluşturduğu tahmin edilmektedir (Kumsar ve Pakyüz, 2014). Bu yüzden, menopoz dönemindeki kadınlara daha dikkatli olunması gerektiği konusunda bilgilendirmenin yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınlar kan basıncı ve nabız açısından incelendiğinde; sistolik kan basıncı ortalaması $122,05 \pm 14,83$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması $73,06 \pm 9,92$ mmHg ve nabız ortalaması $75,31 \pm 7,58$ atım/dk olarak ölçüldü. Palma ve diğerleri (2019) randomize olarak yaptıkları çalışmada kadınların sırasıyla sistolik kan basınçları hormon tedavisi alan grupta $120,4 \pm 13,7$ mmHg, akupunktur tedavisi alan grupta $122,7 \pm 14,3$ mmHg ve fitoöstrojen tedavisi alan grupta $120,1 \pm 15,3$ mmHg, diyastolik kan basınçları ise sırasıyla $74,4 \pm 12,0$ mmHg, $77,1 \pm 12,6$ mmHg ve $76,4 \pm 8,2$ mmHg olarak kaydedilmiştir. Çalışmaya dahil olan kadınların kan basıncı ölçümünün ortalamaları normal değerlerde bulunarak, bulgular literatüre uyum göstermektedir. Kalp damar sağlığının korunmasında önemli etkilere sahip olan östrojen hormonu düzeyinin menopoz döneminde azalması kadınlarda kalp hastalıkları için riski doğurmaktadır (Yıldırım, 2010). Bu nedenle, menopozal dönemdeki kadınlarda son derece dikkat edilmesi gereken konulardan biridir.

Menopozal dönem ile ilgili yapılmış bilimsel çalışmalarda, kadınların çoğunluğunun çalışmadığı, ev kadını olduğu görülmüştür (Ertem, 2010; Özgür ve diğerleri, 2010; Tümer ve Kartal, 2018). Bu çalışmaya katılan kadınların da %60,8 gibi büyük bir kısmının çalışmayıp, ev kadını olduğu belirlendi. Çalışmanın bulgusu, konuyla ilgili yapılmış diğer araştırmaları destekler niteliktedir. Kadınların çalışmama oranlarının yüksek olması, toplumda kadına yüklenen rolün, kültürel ve geleneksel tutumların etkisinin olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, herhangi bir işte çalışmayan kadınlarda psikolojik ve somatik şikâyetlerin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ergin, 2016).

Bu çalışmada, katılımcıların tamamına yakınının (%98,6) sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Özer ve Gözükara (2016), Omaç ve diğerleri (2009), Çetin ve Eroğlu (2015) menopoz dönemi kadınları ile yaptıkları çalışmalarında da kadınların sırasıyla %97,7'sinin, %82,6'sının, %95,0'ının sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonuçları, ülkemizde menopozal döneme ilişkin yapılmış çalışma sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir. Sosyal güvence varlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgi alma veya hastalıkların iyileştirilmesinde medikal yardım ve destek almasını etkileyen bir faktör olarak düşünülebilir.

Ülkemizde menopozal dönemdeki kadınlarla yapılmış bazı çalışmalarda, kadınların %15,7-%23,1 aralığında sigara kullandığı görülmüştür (Alpaslan, 2018; Koyuncu ve diğerleri, 2015; Sağnak, 2015). Bu çalışmada, kadınların %17,0'ının sigara kullandığı, günde içilen sigara adedi $10,93 \pm 7,93$ olarak saptandı. Çalışma bulguları, konu ile ilgili yapılmış diğer bilimsel araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Literatürde sigara kullanımının, folikül üzerinde olumsuz bir etki yaparak folikül tükenmesini arttırdığı belirtilmiştir (Taşkın, 2016). Sigaranın sağlığı etkileyecek birçok riskleri vardır. Bu riskler arasında; kalp krizi geçirme, vazomotor şikâyetleri yaşama, erken menopoza girme, osteoporoz gelişme gibi durumların daha yüksek olması sayılabilmektedir (RCN, 2017). Bu nedenle, menopoz dönemindeki kadınlara sigaranın sağlığa zararları konusunda bilgilendirme yapılmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, kadınların %1,0'luk gibi çok az bir oranın alkol tükettiği, yılda tüketilen alkol miktarının $3,33 \pm 2,30$ olduğu saptandı. Benzer şekilde, ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %4,6'sının alkol kullandığı tespit edilmiştir (Tümer ve Kartal, 2018). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise kadınların haftada bir veya daha fazla alkol tüketim oranı %10,2 olarak belirlenmiştir (Freeman ve diğerleri, 2014). Bu sonuç, ülkemizdeki dini inanç ve tutumların etkisinden dolayı kadınlarda alkol kullanım oranının düşük olmasıyla açıklanabilir.

Kadınların fiziksel aktivite yapma durumları incelendiğinde; Uludağ ve diğerleri (2014) yaptıkları çalışmada %23,3'ünün, Abay ve Kaplan (2015) yaptıkları çalışmada %22,4'ünün, Sağnak (2015) yaptığı çalışmada %30,0'ının düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı bildirilmiştir. Bu çalışmada, kadınların %40,3'ü fiziksel aktive yaptığını belirtti. Kadınların hayatlarında hareketli yaşam stilinin benimsenmesi menopozal süreçte kas, kemik gibi vücut sağlığının korunmasında oldukça önemli olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan kadınların %56,2'sinin kronik hastalığı bulunduğu, en fazla sıklıkta görülen kronik hastalığın hipertansiyon (%33,7) olduğu ve kadınların %56,2'sinin sürekli olarak ilaç kullandığı, en fazla sıklıkta kullanılan ise antihipertansif ilaçları (%32,6) olduğu görüldü. Avcı (2013) menopozal dönemdeki kadınlar ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %35,0'ının hipertansiyonu olduğu, %63,3'ünün sürekli olarak ilaç kullandığı ve en fazla sıklıkta kullanılan ilacın antihipertansiflerin (%33,3) olduğu belirlenmiştir. Fooladi ve diğerleri (2018) 40- 64 yaş aralığındaki 1520 İranlı kadınla yaptıkları çalışmada katılımcıların %14,9'unun hipertansiyonu olduğu, Tümer ve Kartal (2018) yaptıkları çalışmada, kadınların %55,9'unun kronik bir hastalığı olduğu ve %50,7'sinin sürekli olarak kullandığı ilacının bulunduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde 2018 yılında yapılan bir çalışma sonucunda, kadınlarda hipertansiyon prevalansının erkeklere oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir (Kılıçkap ve diğerleri, 2018). Çalışmanın bulguları, bu konuda yapılmış diğer çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Tanı ve tedavi yöntemlerinin iyileştirilmesi, insanların yaşam süresinin artmasına paralelinde kronik hastalıkların artmasına neden olmaktadır. Uzun dönemli sağlık problemleri olan kronik hastalıkların bakımı ve tedavisi, sağlık alanındaki giderlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Aylaz, 2016). Bu nedenle ekonomik koşullar, sosyal güvence durumu kişilerin kronik hastalıklarıyla mücadelesinde daha düşük fiyatlı olan alternatif tedavilere başvurmasını etkileyebileceği düşünülebilir.

5.2. Kadınların Obstetrik Öyküsüyle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya dahil olan kadınların evlenilen yaş ortalaması $21,13 \pm 4,56$ yıl, gebelik ortalaması $2,35 \pm 1,22$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,14 \pm 0,89$, düşük sayısı ortalaması $0,40 \pm 0,88$, kürtaj sayısı ortalaması $0,63 \pm 0,96$, ilk gebelik yaşı ortalaması $21,51 \pm 5,10$ yıl, ilk adet yaşı (menarş) ortalaması $12,76 \pm 2,64$ yıl, emzirme süre ortalaması $12,49 \pm 8,58$ ay ve kontraseptif yöntem kullanma süre ortalaması $59,68 \pm 43,85$ ay olduğu saptandı. Kadınların %92,0'nın geçmişte çocuklarını emzirdiği, %54,2'sinin herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı, %90,6'sının rutin kontrolleri yaptırdığı, en fazla yaptırılan rutin kontrolün ise pap smear testi (%86,5) olduğu belirlendi. Kadınların %35,8'i sağlığını korumak için polikliniğe geldiğini ifade etti.

Çalışma kapsamına alınan kadınlar evlilik yaşı açısından incelendiğinde; evlenilen yaş ortalaması $21,13 \pm 4,56$ yıl olduğu belirlendi. Bu bulguyu, 2018 TNSA Ana Rapor Toplantısı'nda ülkemizde 25-49 yaş aralığındaki kadınların ortanca ilk evlenme yaşı 21 yıl (Çavlin, 2019), Yılmaz ve Avcı (2015) 15-49 yaş aralığındaki evli olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların evlenme yaş ortalaması $21,63 \pm 4,04$ yıl olduğunu bildiren çalışma sonuçları desteklemektedir. Ancak Çelik ve Pasinlioğlu (2014) Erzurum ilinde klimakterik dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların büyük bir kısmının (%63,1) ilk evliliğinin 19 yaş ve altında olduğu saptanmıştır. Sonucun yapılan çalışmadan farklılık göstermesinde, örneklemin yaşadığı bölgenin kültürel, aile ve yerleşim tipi özelliklerinin etkisi olduğu söylenebilir.

Menopozal dönemdeki kadınlar ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Alpaslan (2018) Samsun ilinde yaptığı çalışmada, kadınların gebelik ortalaması $3,05 \pm 1,44$ ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,65 \pm 1,22$, Sağnak (2015) Malatya ilinde yaptığı çalışmada, kadınların gebelik ortalaması $4,4 \pm 3,0$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $3,0 \pm 1,2$, Gümüşay ve Erbil (2019) Karadeniz bölgesinde yaptığı çalışmada, kadınların gebelik sayısı ortalaması $3,49 \pm 1,56$, Özer ve Gözükara (2016) Şanlıurfa ilinde yaptıkları çalışmada, kadınların %97,0'nın çocuğu olduğu ve %87,3'ünün ise 5 ve daha fazla çocuğu bulunduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, kadınların gebelik ortalaması $2,35 \pm 1,22$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,14 \pm 0,89$ olduğu görüldü.

Farklılıkların olmasında çalışmaların çeşitli bölgelerde gerçekleştirilmesinin, bölgenin coğrafi, kültürel ve etnik etkenlerinin değişik olmasının etken olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada, kadınların düşük sayısı ortalaması $0,40\pm 0,88$, kürtaj sayısı ortalaması $0,63\pm 0,96$ olduğu belirlendi. Uludağ ve diğerleri (2014) yaptıkları çalışmada, kadınların düşük sayısı ortalaması $0,2\pm 0,6$ ve kürtaj sayısı ortalaması $0,5\pm 0,9$ olduğu, Avcı (2013) yaptığı çalışmada, kadınların %64,2'sinin düşüğü olmadığı, %20,2'sinin sadece 1 düşük yaptığı, %45,7'sinin kürtajı olmadığı ve %21,6'sının 1 kürtaj yaptırdığı tespit edilmiştir. Çalışmanın bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. 2018 TNSA verilerine göre; yaşam boyu isteyerek düşük sayısı ortalaması 0,21, düşüğü olmuş kadınların en fazla Batı'da (%16,0), en az ise Doğu ve Kuzey'de (%13,0) oldukları gözlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019a). Kadınlardaki düşük oranlarının, eğitim seviyeleriyle alakalı olabileceği düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınanlar menarş ve ilk gebelik yaşı açısından değerlendirildiğinde; kadınların sırasıyla $12,76\pm 2,64$ yıl ve $21,51\pm 5,10$ yıl olarak belirlendi. Abay ve Kaplan (2015) yaptıkları çalışmada, kadınların menarş yaş ortalaması $13\pm 1,01$ yıl, ilk gebelik yaş ortalaması $20\pm 3,19$ yıl, Sağnak (2015) yaptığı çalışmada kadınların menarş yaş ortalaması $13,7\pm 1,7$ yıl, ilk gebelik yaş ortalaması $21,1\pm 4,3$ yıl olduğu belirlenmiştir. TNSA 2018 raporu sonucuna göre; ülkemizde 25-49 yaş aralığındaki kadınlarda ilk doğum yaşı 1993 yılında 20,8 yıl iken, 2018 yılında 23,3 yıl olarak saptanmıştır (Çavlin, 2019). Çalışmanın bulguları, ülkemizde yapılmış çalışmaların sonuçlarını menarş ve ilk gebelik yaşı açısından desteklemektedir. Ancak Poomalar ve Arounassalame (2013) yaptıkları çalışmada kadınların menarş yaş ortalaması 14,58 yıl olarak saptanmıştır. Bu farklılık verilerin elde edildiği coğrafi özelliklerden, kültüre özgü beslenme alışkanlıklarından kaynaklanmış olabilir. İlk adet yaşı, menopoza kadar geçen süredeki doğurganlığı etkileyebildiğinden kadınlar için önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların büyük bir kısmının (%92,0) geçmişte çocuklarını emzirdiği, emzirme süre ortalaması $12,49 \pm 8,58$ ay olduğu belirlendi. Literatürde çalışma bulgumuza paralel olarak anne sütü ve emzirmeye bağlı geleneksel yöntemleri tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların emzirme süre ortalaması $12,61 \pm 4,31$ ay olarak saptanmıştır (Dinç, Dombaz ve Dinç, 2015). 2018 TNSA raporu sonucuna göre; ülkemizde ortanca emzirme süresi 16,7 ay olarak bildirilmiştir (Çavlin, 2019). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, annelerin ilk 6 ay yalnız anne sütüyle beslemesi ile anne yaşı, eğitim seviyesi, aile tipi, çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı gibi faktörler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptanmıştır (Çalık, Çetin ve Erkaya, 2017). Bu doğrultuda örnekleme dahil edilen kadınların eğitim seviyesi, çalışma durumu ve ailesel özellikleri böyle bir sonucu doğurmuş olabilir.

Klimakterik dönemdeki kadınlar ile gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde; Uludağ ve diğerleri (2014) Çanakkale ilinde yaptıkları çalışmada, menopozdan önceki evrede olan kadınların %18,0'ının, menopoz evresindekilerin %13,9'unun doğum kontrol yöntemi kullanmakta olduğu, Omaç ve diğerleri (2009) Malatya ilinde yaptıkları çalışmada, kadınların %38,9'unun kontraseptif bir yöntem kullandığı, Sağnak (2015) Malatya ilinde yaptığı çalışmada, kadınların sadece %4,3'ünün herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı, kullananların ise en fazla (%40,0) doğum kontrol hapını tercih ettiği saptanmıştır. Bu çalışmada ise kadınların %54,2'sinin geçmişte herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı ve kontraseptif yöntem kullanma süre ortalaması $59,68 \pm 43,85$ ay olarak belirlendi. Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin artırılması, aile planlaması yöntemleri kullanımı konusunda da bilinçlenmenin artacağını düşündürmektedir.

Tarama programları, kadınların sağlık sorunlarının erkenden fark edilebilmesini sağlayarak hem kişi hem de halk sağlığı açısından oldukça önemlidir (Demirel ve Gölbaşı, 2015). Çalışmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların %90,6'sının rutin kontrollerini yaptırdığı, en fazla yaptırılan rutin kontrollerin ise sırasıyla pap smear testi (%86,5), mamografi (%81,9) ve meme ultrasonu (%80,6) olduğu ifade edildi. Tanrıverdi ve diğerleri (2014) Çanakkale ilinde klimakterik dönemdeki kadınlarla tek gruplu öntest-sontest yarı deneysel türde yaptıkları çalışmada, kadınların pap smear testi yaptırma (%58,4'ten %65,2'ye), mamografi çektirme (%63,4'ten %67,6'ya) gibi davranışlarına akran eğitiminin olumlu etkileri sağlanarak, eğitim öncesi yaptırma oranlarına göre yükseldiği gözlenmiştir. Bu çalışmada kadınların rutin kontrolleri yaptırma oranının yüksek olması, hastaneye başvuran kadınlarla yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada, kadınların %35,8'i sağlığını korumak için kadın hastalıkları ve doğum polikliniğe başvurduğunu ifade etti. Abay ve Kaplan (2015) yaptıkları çalışmada kadınların %24,4'ünün kadın hastalıklarıyla ilgili bir operasyon geçirdiği ve %34,4'ünün düzenli şekilde kadın hastalıkları ve doğum bölümü doktoruna başvurduğu belirlenmiştir. Örnekleme dahil edilen kadınların sağlıklarıyla ilgili kurumları kullanma oranlarının yüksek olarak bulunması, tek bir kurumda sağlık kuruluşuna ulaşan bireylerle yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.3. Kadınların Menopoz Dönemi Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması

Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza algılama biçimleri incelendiğinde; çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%45,1) menopoza doğal bir süreç olarak gördüğü belirlendi. Fıfşkın ve diğlerleri (2017) İstanbul’da yaptıkları fenomenolojik türdeki çalışmada menopoza yaşlanmayla gerçekleşen doğal bir olay, doğurganlığın sona ermesi, Mustafa ve Sabir (2012), Erbil’de 500 kadınla yaptıkları çalışmada, kadınların büyük bir kısmı (n=429) menopoza doğal bir durum olarak gördükleri saptanmıştır. Fakat Depypere ve diğlerleri (2016) yaptıkları çalışmada kadınların %54,0’ının, Erkin ve diğlerleri (2014) İzmir’de yaptıkları çalışmada kadınların %62,0’ının menopoza adetten kesilme olarak ifade ettiğı tespit edilmiştir. Kadınların menopoza algılamalarındaki farklılıklar, bireysel ve kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya katılanların menopoz dönemine ilişkin bilgi alma durumu ve alınan bilginin kaynağı incelendiğinde; kadınların %70,5’inin menopoza ilişkin bilgi aldığı ve alınan bilgi kaynağının en çok (%42,4) komşu ve tanıdıklar olduğu belirlendi. Bu bulguya paralel olarak, Güler (2017) yaptığı çalışmada, kadınların %48,3’ünün menopoza yönelik yeteri kadar bilgisi olduğu ve bilginin en çok (%43,3) komşu ve arkadaş grubundan elde edildiğı belirtilmiştir. Ancak, Tanrıverdi ve diğlerleri (2014) yaptıkları çalışmada, kadınların %41,4’ünün menopoz dönemiyle ilgili bilgi aldığı ve alınan bilgi kaynağının en çok (%49,6) sağlık personeli olduğu tespit edilmiştir. Sonucun yapılan çalışmadan farklılık göstermesinde, bu çalışmaya katılan kadınların en uzun süre ilçelerde yaşıyor olmasından dolayı yakın komşuluk ilişkilerinin kurulmasından kaynaklandığı şeklinde tahmin edilebilir. Bu çalışmada, kadınların menopoz dönemlerine özgü bilgileri sağlık profesyonellerinden ziyade komşu ve tanıdıklarından aldığı saptandığı için menopoza girmiş kadınlara sağlık çalışanlarının daha dikkat etmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Klimakterik döneme ilişkin yapılmış çalışmalarda, kadınların menopoza giriş şeklinin çoğunlukla doğal olduğu görülmüştür (Abay ve Kaplan, 2015; Şentürk ve Kara, 2010; Uludağ ve diğlerleri, 2014). Bu çalışmada da kadınların %67,0’ının menopoza doğal olarak girdiğı belirlendi.

Çalışmanın bulgusu, menopoza giriş şekli açısından değerlendirildiğinde diğer yapılmış çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu durumda menopoz sürecinin doğal olarak görülmesini desteklediğini düşündürmektedir.

Menopoz süresi açısından incelendiğinde; Tunçarslan (2019) yaptığı çalışmada kadınların %48,5'inin 1-3 yıl, Palma ve diğerleri (2019) randomize olarak yaptıkları çalışmada hormon tedavisi alan gruptaki kadınların $2,9\pm 3,5$ yıl, akupunktur tedavisi alan gruptaki kadınların $3,2\pm 2,9$ yıl ve fitoöstrojen tedavisi alan gruptaki kadınların $3,1\pm 3,1$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada yer alan kadınların çoğunluğunun (%48,6) 1-5 yıldır menopozda olduğu saptandı.

Klimakterik dönem kadınları ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Poomalar ve Arounassalame (2013) katılımcılarının anne ve kız kardeşlerinin menopoz yaş ortalaması 45,17 yıl, Sağnak (2015) katılımcılarının anne menopoz yaş ortalaması $46,9\pm 7,9$ yıl olarak belirlenmiştir. Bu çalışmaya katılan kadınların %66,3'ü annesinin menopoz yaşını bilmekte olup, bilenlerin annelerinin menopoz yaş ortalaması $47,68\pm 5,98$ yıl olarak saptandı. Çalışmanın bulguları, literatüre paralellik göstermektedir. Anne menopoz yaşı ve kendi menopoz yaşının ortalama menopoz yaşıyla uyumlu olması, doğal süreci destekler olarak görülmektedir.

Literatürde, menopoza girme yaşının 40 ve daha öncesinde olması prematür (erken) menopoz olarak adlandırılır ("Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği", 2020). Önder (2014) yaptığı çalışmada, 82 kadın (%36,6) erken menopoza girmiştir. Koyuncu (2015) yaptığı çalışmada, postmenopoz dönemindeki kadınların %12,7'sinde erken menopoz öyküsünün olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan kadınların %18,4'ünün yakınlarında erken menopoza girme durumu olduğu ve en fazla (%45,3) annede erken menopoz görüldüğü tespit edildi. Ailede birinci derece akrabaların menopoza erken girmesi, bireylerin de menopoza girme zamanı üzerinde etkili olabileceği düşünülebilir. Ailede erken menopoza girmiş bireylerin olması, kişilerin bu durumu normal bir süreç olarak algılamasına yol açabileceği gibi daha duyarlı davranmasına da neden olabilir. Bu yüzden, bireylerden veri toplanırken daha dikkatli olunması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların çoğunluğu (%47,9) menopoz öncesi dönemde kendini sakin, menopoz döneminde stresli (%35,1) ve menopoz sonrası dönemde unutkan (%69,4) olarak tanımladı. Klimakterik dönemde olan kadınlar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kızılırmak ve Seviğ (2011) yaptıkları çalışmada kadınların %79,2'sinin, Borker, Venugopalan ve Bhat (2013) yaptıkları çalışmada %57,0'ının unutkanlık sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durum, kadınların günlük yaşantılarını devam ettirirken ev ortamında çeşitli risklerle karşı karşıya kalabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada kadınların büyük bir kısmının (%67,7) menopoza girdiğindeki ilk hislerinin, menopozu olumlu bir süreç olarak kolayca kabullendiği belirlendi. Güler (2017) 45-60 yaş grubundaki 238 kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların menopoza girdiğinde en fazla (%46,6) sıkıntılı fakat hızlı bir şekilde kabullendiği saptanmıştır. Kadınların menopoz dönemini hızlı ve kolay kabullenebilmesi, karşılaştıkları şikâyetlerle baş etmede yöntem aramalarına daha erken süreçte başlayabileceklerini düşündürmektedir. Doğru kaynaklardan alınan bilgiler vasıtasıyla veya yöntemlerle, yaşayabilecekleri sorunların şiddeti azalabilir, birey ve yakınları için bu süreç daha sağlıklı ve huzurlu geçirilerek adaptasyonun kolaylaştırılmasında yararlı olabileceği tahmin edilebilir.

Çalışmada yer alan kadınlar menopoz öncesi olumsuz bir durum yaşama açısından incelendiğinde; %69,8'inin yaşamadığı, %30,2'sinin yaşadığı ve en fazla (%50,6) yaşanan olumsuz durumun alınan vefat haberi olduğu saptandı. Güler (2017) yaptığı çalışmada, menopoz öncesi üzücü bir durumu kadınların %79,4'ünün yaşamadığı, %20,6'sının yaşadığı saptanmıştır. Duç (2014) yaptığı çalışmada da kadınların %84,0'ı klimakterik dönemde olumsuz bir durum yaşamadıklarını ifade ederken, yaşayanlar ise bu durumu en fazla (%34,6) birinci dereceden yakının ölmesi olarak bildirmiştir. Bu çalışmanın bulguları, literatüre uyum göstermektedir. Olumsuz bir durum yaşamamanın kadınlarda menopoz sürecini tetikleyebileceği düşünülmektedir.

Kadınların sağlık kurumuna başvurma durumları incelendiğinde; çalışma kapsamına alınan kadınların sadece %28,8'inin menopoz sıkıntıları için bir sağlık kurumuna başvurduğu, en fazla (%50,6) başvuru olan sıkıntının ise vazomotor sorunlardan dolayı olduğu saptandı.

Literatürde çalışmanın bulgularına paralel olarak kadınların Abay ve Kaplan (2015) Ankara’da yaptıkları çalışmada %33,6’sının, Kızılırmak ve Seviğ (2011) Kayseri ilinde yaptıkları çalışmada %29,2’sinin bir sağlık kurumuna başvurduğu görülmüştür. Ancak, Avcı (2013) İstanbul’da yaptığı çalışmada, kadınların tamamına yakınının (%99,2) menopoza ilişkin hekime başvurduğu belirlenmiştir. Sonucun yapılan çalışmadan farklı olmasında kadınların kültürel özellikleri, eğitim seviyesi, gelir durumu, hastanelerde sıra bekleme süresi, randevu sistemi gibi faktörlerin etkisinin olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Kadınlarda menopozun aile bireyleriyle iletişimi etkileme durumu incelendiğinde; Kökkaya ve Demirci (2018) klimakterik dönem kadınları ile yaptıkları çalışmada, bu dönemlerinde karşılaştıkları semptomların kadınların %35,7’sinin eşi ile ilişkilerini olumsuz, %21,1’inin çocukları ile ilişkilerini olumsuz ve %9,1’inin çevresindeki insanlarla ilişkilerini olumsuz etkilediği, Ertem (2010) İzmir’e bağlı Ödemiş ilçesinde yaptığı çalışmada, kadınların %10,0’ünün menopozun aile içi ilişkisini etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmada ise kadınların %33,3’ünün menopozun aile bireyleriyle olan iletişimi etkilediği saptandı. Çalışmanın bulguları, literatüre paralellik göstermektedir. Kadınların bu dönemde yaşadıkları problemlerle baş etmelerinde aile destekleri çok önemli olup aile yakınlarının bu konuda bilgilendirilmesinin aile içi dinamiklerine olumlu katkısının olacağı şeklinde yorumlanabilir.

Kadınların menopoza girme durumunu paylaştığı kişiler incelendiğinde; Çelik ve Pasinlioğlu (2014) yaptığı çalışmada %62,4’ünün eşiyle menopozdaki sağlık sorunlarını, Güler (2017) yaptığı çalışmada kadınların ilk olarak %31,9’unun eşiyle, %31,5’inin anne, kardeş veya aile fertlerinden birisiyle paylaştığı belirlenmiştir. Bu çalışmada da kadınların ilk olarak eşiyle (%42,4) menopoza girme durumlarını paylaştığı görüldü. Çalışmanın bulguları, konu ile ilgili yapılmış diğer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Kadınların hayatlarında bir geçiş dönemi olan menopozu eşiyle paylaşması, duygularını rahat bir şekilde ifade edebilmesi bu dönemin karşılıklı olarak daha rahat geçirilebilmesine etki edeceği düşünülebilir.

Toplumun aynası olan kültürün, menopoza bakış açısında önemli bir yeri bulunmaktadır. Çalışma kapsamına alınan kadınların büyük bir kısmı (%69,8) kültürlerinde menopoza bakışın doğal bir olay olduğunu belirtti. Vural ve Yangın (2016) yaptıkları çalışmada, Alman kadınların %72,5'inin, Türk kadınlarının ise %67,5'inin menopoz sürecini olumlu şekilde algıladığı görülmüştür. Aynı çalışmada 'menopoz doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür' ifadesine menopoz sürecini olumlu algılayan Türk kadınları ve Alman kadınlarının sırasıyla %75,0'inin, %69,8'inin katıldığı görülmüştür. Inayat, Danish ve Hassan (2017) yaptıkları çalışmada, menopozun doğal yaşlanma süreci olduğuna perimenopozdaki kadınların %46,0'inin, postmenopozdaki kadınların ise %76,0'inin katıldığı görülmüştür. Çalışmanın bulgusu, literatüre paralellik göstermektedir.

Menopoz döneminde destek görme durumları incelendiğinde; çalışmaya katılan kadınların %74,0'ı çevresinden destek gördüğünü (%33,0'ı orta seviyede, %41,0'ı az seviyede) ifade etti. Güler (2017) yaptığı çalışmada, kadınların %38,7'sinin ailelerinden, %39,5'inin arkadaş çevresinden oldukça destek gördüğü, %31,5'inin ailelerinden, %35,3'ünün arkadaş çevresinden hiç destek görmediği saptanmıştır. Bu çalışmada, kadınların çoğunun menopozu hayatlarında doğal bir olay olarak görmesi, çevresinden destek alma durumu üzerinde etkili olmuş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan kadınların %45,9'u menopoz dönemini orta derecede sıkıntılı geçirdiğini ifade etti. Güler (2017) yaptığı çalışmada, kadınların %34,5'i menopozu az sıkıntılı şekilde geçirdiğini bildirmiştir. Çalışmanın bulgusu, literatüre benzerlik göstermektedir. Kadınların destek sistemlerinin, bireysel ve kültürel özelliklerinin, hayata bakış açılarının onların menopoz yaşantısı üzerinde etkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların %51,7'sinin menopoz sonrası karşı cinsin yanında zaman zaman rahat olduğu saptandı. Duç (2014) yaptığı çalışmada, kadınların 'menopozla beraber eşler arasındaki ilişki daha iyi bir hal alır.' ifadesine %34,6'sının hiç katılmadığı, %25,4'ünün orta düzeyde katıldığı görülmüştür. Çalışmanın bulgusu, konu ile ilgili yapılmış araştırmanın bulgusundan farklılık göstermektedir. Bu farklılık, kadına verilen toplumsal kimliğe bağlı olarak değişiklik gösterdiği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada, kadınların %45,1'inin menopoz döneminde korktuğu bir durum olmadığı, %34,7'sinin hastalıkların artışından, %16,0'ının ise kilo alımından korktuğu saptandı. Benzer şekilde Özer ve Gözükara (2016) yaptıkları çalışmada, kadınların en fazla sırasıyla hastalıkların çoğalmasa (%51,2), kilo alımı (%22,2) ve karın bölgesinde yaşanan şişkinlikten (%20,4) dolayı menopoz sürecini olumsuz olarak algıladıkları belirlenmiştir. Çalışma bulguları, literatüre paralellik göstermektedir.

Kadınlar menopoz döneminde karşılaştıkları sağlık sorunları açısından değerlendirildiğinde; Asadi, Jouyandeh ve Nayebzadeh (2012) İran'da yaptıkları çalışmada kadınların en çok sıcak basması (%59,5), ruh hali değişikliği (%42,6), vajinal kuruluk (%41,1), en az iritabilite (%3,6), depresyon (%4,4), eklem ve kas ağrısı (%5,1), Smail ve diğerleri (2019) Emiratali kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların en çok eklem ve kas ağrısı (%78.6), sırt, boyun ve baş ağrısı (%75.7), en az kişisel yaşamlarından tatminsizlik (%32.9), ilişkiden kaçınma (%37.1), Çetin ve Eroğlu (2015) yaptıkları çalışmada kadınların en fazla vazomotor (%97,0), emosyonel (%91,0) ve merkezi sinir sistemine (%79,0) ait, en az ise gastrointestinal (%40,0) ve ürogenital (%52,0) sorunları yaşadığı saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan kadınlarda en çok yaşanan ilk üç sorun sırasıyla vazomotor (%97,9), emosyonel (%91,0) ve ürogenital (%83,0), en az ise heyecanlanma (%19,4) ile ilgili olduğu tespit edildi. Kadınların menopozal süreçte yaşadıkları sağlık sorunlarında, menopozla beraber oluşan hormonal değişikliğin bireysel etkisi olarak düşünülmektedir.

Menopoz dönemi yaşantısında meydana gelen değişimler incelendiğinde; çalışma kapsamına alınan kadınların en çok katıldığı düşüncelerin sırasıyla kilo alımı (%70,8), psikolojik sorunları tetikleme (%48,6), saç dökülmesi (%30,2) ve ahiret korkusu (%24,3) olduğu görüldü. Sağnak (2015) yaptığı çalışmada, kadınların menopoz döneminden önceki ağırlıklarının ($68,3 \pm 14,7$ kg) şu anki ağırlıklarından ($77,4 \pm 15,2$ kg) daha düşük olduğu bulunmuştur. Duç (2014) yaptığı çalışmada, kadınların 'pek çok kadın menopoz döneminde üzüntülü ve çökkün olur.' ifadesine %57,7'sinin katılmadığı, %25,1'inin katıldığı bildirilmiştir. Çalışmanın bulgusu, kilo alımı açısından literatüre benzerlik gösterirken, psikolojik sorunlar açısından farklılık göstermektedir.

Bu farklılık kadınların bireysel özelliklerinden, destek sistemlerinden ve menopoz süreciyle ilgili bilgilerin sağlık profesyonellerinden alınmamasından kaynaklanmış olabilir. Kadınların menopoz ve yaşlanmayı beraber olarak algılaması, ahiret korkusunun oluşmasına yol açtığını düşündürmektedir. Menopoz sonrası kadınlara beslenme, fiziksel aktivite, stresle baş etme gibi konularda bilgilendirmelerin yapılmasının kadınların bu süreci sağlıklı geçirmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Menopoz döneminde olumsuzluk yaşanan durumlar incelendiğinde; kadınların karşı cinse biraz daha az çekici gelme (%43,0) ve uyku düzeninde bozulma (%39,2) düşüncelerine en fazla katıldığı belirlendi. Duç (2014) yaptığı çalışmada, 'Erkekler, menopoz sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar.' ifadesine kadınların büyük bir kısmının (%69,0) katılmadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil olan kadınların en fazla katılmadığı görüşlerin ilk üçü ise sırasıyla kadın olduğum için pişmanlık hissi yaşama (%82,3), sosyal iletişimde olumsuzluk (%63,9) ve cinsel yaşantının bittiğini düşünme (%63,2) olduğu görüldü. Benzer şekilde, Güler (2017) yaptığı çalışmada da 'Kadınlar genellikle adetten kesildikten sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar' görüşüne kadınların çoğunun (%52,5) katılmadığı görülmüştür. Menopozal süreçte östrojen seviyesindeki azalmayla birlikte kadınlar vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik, cinsel ilişkide ağrı hissi yaşayabilir ("T.C. Sağlık Bakanlığı", 2017). Ayrıca, menopozla ilgili verilerin sadece kadınlardan toplanması ve eşlerinin bu konudaki düşüncelerinin sorulmaması, sonuçların bu şekilde ortaya çıkmasını etkilemiş olabilir.

Menopoz döneminde baş etme süreçleri açısından incelendiğinde; kadınların alternatif tedavilerin yararlı olduğunu düşünme (%46,2) ifadesine en fazla katıldığı görüldü. Literatürde çalışmanın bulgusuna paralel olarak; Demirci (2017) 15-49 yaş aralığında dismenore sorunu olan 250 kadın ile yaptığı çalışmada, bireylerin %46,4'ünün biraz, %39,6'sının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine inandığı ve bu yöntemleri kullananların %61,6'sının yaşadığı problemin azaldığı belirlenmiştir.

Güven, Muz, Ertürk ve Özcan (2013) hipertansiyonlu hastalarla yaptıkları çalışmada, bireylerin %32,5'inin alternatif tedavi kullanımını konusunda komşularından görüş aldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada ise kadınların 'yakınlarıma iyi gelen bitkisel tedavileri kendimde kullanma' düşüncesine %75,7'sinin katılmadığı, %13,2'inin biraz, %11,1'inin katıldığı tespit edildi. Bu farklılık, kadınların büyük bir kısmının ev kadını olması nedeniyle zamanının çoğunu ev ortamında geçirmesi ve yapılan çalışmadaki bireylerin komşuluk ilişkilerinin daha yakın olabileceğinden dolayı alternatif tedavi kullanımını konusunda fikir alışverişinin etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Kadınların menopoz dönemine yönelik yaklaşımları incelendiğinde; kültürlerin menopoza yaklaşımında farklılık gösterme (%51,7) ve menopoz döneminin kadın hayatını önemli derecede etkileme (%38,9) düşüncelerine en fazla katıldıkları görüldü. Vural ve Yangın (2016) Alman ve Türk kadınlarının menopoz dönemine ilişkin algılarının karşılaştırıldığı çalışmada, Alman kadınların %72,5'inin, Türk kadınlarının ise %67,5'inin menopoz sürecini olumlu şekilde algıladığı görülmüştür. Aynı çalışma sonucunda farklı kültüre sahip olan kadınların menopoz süreçlerinde dini uygulamalar, cinsel yaşam, sosyal gelişme gibi durumlarda farklılıkların olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın bulguları, literatüre uyum göstermektedir. Özer (2014) yaptığı çalışmada da kadınların büyük bir kısmının (%60,3) menopozun yaşamları üzerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Fakat, Duç (2014) yaptığı çalışmada kadınların çoğu (%60,9) 'menopoza girmek kadının yaşamını büyük ölçüde etkilemez' ifadesine katılmıştır. Sonucun yapılan çalışmadan farklı olmasının, kadınların menopoz dönemiyle ilgili bilgi eksikliğinin göstergesi olabilir. Bu çalışmaya katılan kadınların menopozun her kadında aynı yaşandığı (%79,9), fikirlere daha çok değer verildiğini görme (%56,3) ve menopoz sonrası kendini daha hür, serbest hissetme (%46,2) düşüncelerine çoğunluğun katılmadığı görüldü. Güler (2017) yaptığı çalışmada, kadınların %21,4'ü menopozu özgürleşme olarak algıladıklarını ifade etmiştir. Menopoz döneminde kadınların bireysel olarak yaşadıkları ve kültürel olarak çevresel yaklaşımlarının, kadınların bu süreçteki yaklaşımlarını etkilediği ve farkındalıklarının oluşmasında bu faktörlerin etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

5.4. Kadınların Menopoz Döneminde Karşılaştıkları Şikâyetlerle Baş Etme Yöntemleriyle (Medikal ve Alternatif Yöntemler) İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamına alınanların menopoza özgü tedavi kullanma durumları incelendiğinde; kadınların %55,9'unun menopoz dönemine özgü herhangi bir tedavi kullanmadığı, tedavi kullananların ise %27,8'inin D vitamini, %18,8'inin B12 vitamini ve %12,2'sinin kalsiyum ilacı aldığı belirlendi. Gentry-Maharaj ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada yer alan kadınlar, menopoz dönemi belirtilerini hafifletmek için %68,2'sinin düzenli egzersiz, %48,6'sının çuha çiçeği yağı, %30,3'ünün karayılan otu kullandığı saptanmıştır. Çalışma bulgusu, literatürden farklılık göstermektedir. Bu farklılık, kadınların menopozu algılama biçimlerinden ve kültürel tutumlarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların HRT kullanma durumları incelendiğinde; kadınların sadece %8,3'ünün HRT kullandığı, kadınlar arasında HRT kullanmama nedeni en çok (%34,4) yan etkilerden dolayı olduğu belirlendi. Klimakterik dönem kadınları ile yapılmış çalışmalarda; Gentry-Maharaj ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada kadınların genel olarak %60,2'sinin HRT kullandığı, kullandığını bildirenlerin arasında %12,3'ünün kullanmaya devam ettiği, kullanmayı bırakma nedeni ise en çok (%45,2) hekim tavsiyesi olduğu, Çelik ve Pasinlioğlu (2014) yaptıkları çalışmada kadınların %10,3'ünün, Erbaş ve Demirel (2017) yaptıkları çalışmada kadınların %11,4'ünün, Smail ve diğerleri (2019) yaptıkları çalışmada kadınların %7,1'inin mevcut kullanıcı olarak, %4,3'ünün ise geçmişte HRT kullandığı saptanmıştır. Çalışma grubumuzda HRT kullanım oranının düşük olması, kadınların yan etkilerinden dolayı HRT'yi tercih etmeyip daha ekonomik olduğu düşünülen alternatif tedavilere başvurmuş olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada, kadınların %42,4'ünün alternatif tedavilere başvurduğu belirlendi. Aşiret, Düğger, Kapucu, Kurne ve Karabudak (2017) multiple sklerozlu bireylerle yaptıkları çalışmada (%69,2'si kadın) kişilerin %35,7'sinin en az bir adet alternatif tedavi kullandığı, Posadzki ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışmada kadınların menopoz dönemi belirtileri için %50,0'ından fazlasının alternatif tedavi kullandığı, AlAnizy, AlMatham, AlBasheer ve AlFayyad (2020) Suudi hastalarla yaptıkları çalışmada ise bireylerin %54,9'unun tamamlayıcı ve alternatif tedavileri

kullanmakta oldukları belirlenmiştir. Farklı hasta gruplarıyla yapılan bilimsel çalışmalarda alternatif tedavi kullanımının yaygınlığı, araştırma popülasyonunun çoğunluğunu kadınların oluşturmasından, kültürel tutumlardan, gelir düzeyinden, kolay uygulanabilirliğinden, ekonomik olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya dahil olan kadınların menopoz şikâyetlerinde en fazla tercih ettikleri yöntemlerin ilk üçü sırasıyla yaşam biçimi değişiklikleri (diyet, ince ve hava geçirgenliği yüksek kıyafet tercih etme, yağlı-baharatlı yiyecekten/sigaradan uzak durma gibi) (%97,6), dua etme (%60,4), bitkisel tedavilere başvurma (%52,4) ve masaj (%52,4) olduğu görüldü. Sağkal, Demiral, Odabaş ve Altunok (2013) yaşlı insanlarla yaptıkları gözlemsel tanımlayıcı türdeki çalışmada, kişilerin %69,7'sinin tamamlayıcı ve alternatif tedavileri bildiği, %98,3'ünün bu tedavi şekillerini kullandığı, en fazla kullanılan alternatif tedavilerin ise ilk üçünün sırasıyla bitkisel terapiler (%71,9), dini uygulamalar (%70,5) ve beslenme terapileri (%60,7) olduğu saptanmıştır. Güven ve diğerleri (2013) hipertansiyonlu hastalarla (%68,9'u kadın) yaptıkları çalışmada, en fazla başvurulan alternatif tedavilerin ilk üçünün sırasıyla bitkisel tedaviler (%70,1), diyet desteği (%18,1) ve dini uygulamalar (%7,1) olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları, konu ile ilgili farklı hasta gruplarıyla yürütülmüş çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Örneklemimizde hipertansif kadınlar bulunmaktadır. Tercih ettikleri alternatiflerin kolay, ucuz ve yapılabilir özellikte olduğu bu yüzden de tercih edilme oranlarının yüksek olmasını etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, sıcak basması/gece terlemesi sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla ince ve hava geçirgenliği yüksek kıyafet tercih etme/sık kıyafet değiştirme (%77,4), duş alımı/soğuk su ile el-yüz yıkama (%27,8) ve yağlı-baharatlı yiyeceklerden/sigaradan uzak durma (%21,9) olduğu saptandı. Ozcan ve diğerleri (2019) yaptıkları çalışmada kadınların yaşadıkları sıcak basması sorunu için bitkisel gıda takviyeleri, diyet takviyeleri, egzersiz ve dini uygulamaları yaptıkları belirlenmiştir. Literatürde rahatlıkla çıkarılabilen türden kıyafet tercih etme, sıcak ortamlardan uzaklaşma, alkol, çay-kahve gibi kafein içeren içeceklerin tüketilmemesi, stresten kaçınma, duş alımı gibi uygulamaların kadınlarda sıcak basmasını rahatlatmak için baş etme yöntemleri arasında tavsiye edilmektedir (Taşkın, 2016). Çalışmanın bulgularında kadınların sıcak basması/gece terlemesi şikâyetini hafifletebilmek için ince kıyafet seçme, kıyafet değiştirme, duş alma, serin

ortam tercih etme, baharatlı yiyecek/sigaradan uzak durma gibi başvurdukları yöntemler, literatüre uyum göstermektedir. Sıcak basması/gece terlemesi şikâyeti olan kadınların, menopoz sürecini daha rahat geçirebilmek ve hayat kalitesini de yükseltebilmek için medikal tedavi dışındaki uygulamalara yöneldiği düşünülebilir.

Bu çalışmada, kardiyovasküler sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların sırasıyla sakin ortamda dinlenme (%46,2), ilaç alma (%18,1), çay/kahve tüketimini azaltma (%9,4), rahatlama-gevşeme tekniklerini kullanma (%8,7), dikkati başka yöne verme (%8,3) olduğu saptandı. Sağkal ve diğerleri (2013) kırsal kesimde bulunan yaşlı insanlarla yaptıkları gözlemsel tanımlayıcı türdeki çalışmada, kardiyovasküler sistem sorunu olan kişilerin en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla bitkisel terapiler (%74,4), dini uygulamalar (%71,9) ve beslenme terapileri (%64,4) olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları, konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmanın bulgusuyla farklılık göstermektedir. Bu farklılık, çalışmaya katılan kişilerin sosyo demografik ve geleneksel özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Literatürde kardiyovasküler hastalıkların önemli ölçüde önlenemez olduğu ve bireylerde sigara kullanma alışkanlığı, tansiyon, kolesterol ve obezite gibi faktörlerin kontrol altına alınarak bu hastalıkların ortaya çıkma sıklığının yarıya kadar düşebileceği ifade edilmektedir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015). Çalışma grubumuzda, kalp ve damar hastalıklarının önemli risk etmenlerinden olan sigara kullanma oranının düşük olması bir avantaj olarak görülürken, obezite oranının yüksek olması bir dezavantajdır. Bu sonuçlar doğrultusunda, kadınların daha aktif yaşam tarzının benimsenmesine ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasına teşvik edilmesinin kalp ve damar sistemi sağlığının korunmasında yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, fiziki/zihinsel yorgunluk sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla istirahat etme (%60,1), bitki çayı tüketme (%15,3) ve günlük yapılacakları sıralama (%14,9) olduğu saptandı. Tunç (2014) klimakterik dönem kadınlarıyla yaptığı çalışmada, fiziki/zihinsel yorgunluk sorunu olan kadınların büyük bir kısmının (%60,6) dinlendiği, %25,2'sinin bir uygulama yapmadığı, %11,8'inin yapacağı etkinlikleri sıraladığı, bir plana göre hareket ettiği ve çok az bir kısmının (%2,4) ise bitkisel çay tükettiği belirlenmiştir. Çalışma bulguları, konu ile ilgili yapılmış diğer araştırma sonucuyla uyum göstermektedir.

Yorgunluğun sebebi bireylere göre farklılık gösterebilir, bunun için kadınların daha çok stres yaratan durumlardan kaçınmalarının, uyku düzeni oluşturmalarının, sorunları içine atmayıp birileriyle paylaşabilmelerinin, fiziki ve zihinsel yorgunluk hissini hafifletilmesinde faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, sinirlenme sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamalar arasında tek başına kalma (%50,7), ağlama/bağırma/çevredeki eşyaları kırma, zarar verme (%34,8), yürüyüş yapma (%20,8) ve ibadet etme (%16,7) olduğu saptandı. Literatürde çalışmanın bulgularına paralel olarak Çetin ve Eroğlu (2015) menopoz dönemindeki kadınlar ile yaptıkları çalışmada, sinirlenme sorunu olan kadınların en çok sırasıyla çevresindekilere bağırdığı (%36,9), ağladığı (%30,8), ibadet ettiği (%26,2) ve Özer (2014) klimakterik dönem kadınlarıyla yaptığı çalışmada, sinirlenme sorunu olan kadınların en çok sırasıyla çevresindekilere bağırdığı (%29,2), ibadet ettiği (%21,5), bir şey yapmadığı (%19,2) ve ağladığı (%13,7) saptanmıştır. Kadınların yaşadıkları sinirlenme şikâyetinde ağlama, etraftakilere bağırma, yalnız kalma gibi yaptıkları davranışlar sinirlenme ve stres durumunda uygun baş etme yöntemleri hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti gerekliliğini göstermektedir.

Bu çalışmada, endişe sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların arasında dua etme (%33,7), hobiler edinme (%29,4), uyumaya çalışma (%19,8), bitki çayı tüketimi (%8,0) olduğu, sadece %5,9'unun doktora başvurduğu, ilaç kullandığı saptandı. Çetin ve Eroğlu (2015) yaptığı çalışmada, korku-panik sorunu olan kadınların en çok sırasıyla dua ettiği (%64,3), birileriyle konuşup, dertleştiği (%23,8), oturup geçmesini beklediği (%16,7), yeni hobiler bulmaya çalıştığı (14,3) tespit edilmiştir. Çalışma bulguları, menopoz dönemindeki kadınların psikolojik şikâyetlerde kullandıkları yöntemler açısından yapılmış diğer çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Kültürümüzde, insanların karşılaştıkları sıkıntılı durumları aşabilmek ve iç huzuru sağlayabilmek için maneviyata yönelmeleri beklenen bir davranıştır. Örnekleme dahil edilen kadınların, menopoz döneminde yaşadıkları psikolojik şikâyetler için sağlık profesyoneline başvurma oranının düşük olduğu görülmektedir.

Bunun nedeni, ülkemizde psikolojik sorunlar için damgalanma korkusunun yardım ve destek alma davranışını etkilemiş olabileceği şeklinde düşünülebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanları tarafından kadınlara bu süreçte psikolojik şikâyetlerin normal bir duygu olduğu konusunda bilgi verilmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada, keyifsizlik sorunu olan kadınların tercih ettikleri uygulamaların sırasıyla bir şey yapmama (%52,8), bitki çaylarına (limon otu, melisa, papatya, ada, yeşil, ıhlamur ve ayva çayı) başvurma (%23,5), dışarı çıkıp, gezinme (%23,5), dua etme (%22,8), hobiler bulma (%15,4), sporla uğraşma (%12,5) ve tek başına kalma/uyumak isteme (%11,7) olduğu saptandı. Çetin ve Eroğlu (2015) yaptığı çalışmada ise hüzünlenme sorunu olan kadınların sırasıyla dışarı çıkıp, dolaştığı (%39,1), ağladığı (%37,8), yalnız kalmayı tercih ettiği (%25,7), problemlerini birileriyle paylaştığı (%23,0), yakınlarını görmeye gittiği (%13,5), kendisini avuttuğu (%12,2), yeni uğraşlar edindiği (%10,8) gibi başa çıkma yollarını kullandıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları, yapılmış araştırma sonucundan farklılık göstermektedir. Çalışma kapsamına alınan kadınların, keyifsizlik durumunda bitki çayı tüketimi olan alternatif tedavilere başvurduğu görülmektedir. Yurt dışında yapılan bir çalışma sonucuna göre, katılımcıların %79,4'ünün hekimlerine kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi şekilleriyle ilgili haber vermediği saptanmıştır (AlAnizy ve diğerleri, 2020). Literatürde bu bilgi doğrultusunda, kadınlara menopoz bulgularında tedavi seçeneklerinin kullanımı konusunda profesyonel olan kişilerce bilgilendirme ve eğitimin yapılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, kadınların uyku sorunu ile baş etmek için dua etme (%31,6), kafein içeren yiyecek-ışecekleri azaltma (%23,6), bitkisel ıçerikli ıay-ilaı kullanma (%15,3), yoğurt/süt tüketme (%12,8), ılık duş alma (%10,8), televizyon izleme/kitap okuma/örgü yapma (%9,7), ilaı kullanma/doktora başvurma (%6,9) gibi uygulamaları yaptıkları saptandı. Özer (2014) Şanlıurfa ilinde klimakterik dönem kadınlarıyla yaptığı çalışmada uyku sorunu olan kadınların en ıok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla uyku için sessiz bir ıevre tercih ettiği (%54,4), uyku ilacı aldığı (%17,5) ve tespih ıektiği (%10,1) saptanmıştır. Çalışma bulguları, uyku sorununda kullanılan baş etme yöntemleri aıısından yapılan çalışmadan farklılık göstermektedir.

Bu çalışmada, kadınların kafein içeren yiyecek-içecek tüketimini azaltma, duş alma, süt-yoğurt tüketme gibi başvurdukları uygulamalar uyku ile ilgili problemlerin çözümünde istenilen başa çıkma yollarıdır. Ayrıca %6,9'luk gibi az bir kısmının doktora başvurma, farmakolojik tedavi kullanması kadınların uyku sorunlarında daha çok bireysel çözüm yolu aradıklarını belirtmektedir.

Ergenlik ve çocukluk döneminde kemik yapımı, yıkımından fazladır. Yaşın ilerlemesiyle beraber kemik yıkımı ortaya çıkar. Bu yıkım hızı, kadının hayatında bir geçiş dönemi olan menopozda önemli derecede yükselir ("T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı", 2017). Bu çalışmada, eklem/kas ağrısı olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla ağrı kesici/kas gevşetici/merhem kullanma (%52,1), ağrıyan bölgeye masaj uygulama (%42,0) ve egzersiz/yürüyüş yapma (%18,8) olduğu saptandı. Oğurlu (2008) menopozal dönem kadınları ile yaptığı çalışmada, eklem/kas ağrısı olan kadınların en çok sırasıyla ilaç kullanmayı tercih ettiği (%51,8), yürüyüş yaptığı (%42,4) ve egzersiz yaptığı (%31,8) saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları, literatüre paralellik göstermektedir. Kadınların eklem/kas ağrısı ile ilgili sağlık probleminde ağrı yönetimi için ilk sırada farmakolojik olan yöntemleri tercih ettikleri görülmektedir. Bu doğrultuda, kişilerin ilaçların etkileşimleri, yan etkileri gibi önemli konularda kontrollü ilaç kullanımı için eğitim ve danışmanlık hizmetinin faydalı olabileceği tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada, cinsel sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla cinsel ilişkiden uzak durma (%42,7), durumu eşi ile paylaşma (%18,1) ve herhangi bir şey yapmama (%4,9) olduğu saptandı. Benzer şekilde Tunç (2014) yaptığı çalışmada da cinsellikle ilgili sorun yaşayanların %42,9'unun eşinden uzak durmayı tercih ettiği, %39,8'inin bir şey yapmadığı ve %17,3'ünün durumu eşiyle konuştuğu belirlenmiştir. Menopozal süreçte yer alan kadınlarda cinsel doyum, istek, uyarılma gibi cinsel yaşamı etkileyebilecek fonksiyon bozukluklarına ait değişimler ortaya çıkmaktadır (Karakuş ve Yanikkerem, 2016). Ancak, menopoz dönemiyle beraber cinsel hayat bitmez. Sadece kültüre ilişkin tutumla ve yaşın artmasına paralel olarak fiziki değişimlerle, çiftlerde cinselliklerini gösterme şekillerinde farklılıklar meydana gelebilmektedir (Taşkın, 2016).

Bu nedenle, eşlerin birlikte cinsellik konusunda bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Çalışma sonuçlarında kadınların en çok cinsel sorunların çözümünde, sağlık profesyonellerinden yardım almaktan ziyade cinsel ilişkiden kaçınmaları, bu konudaki baş etme yollarının yeterli olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada, idrar sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla günlük ped/ara bezi kullanımı/iç çamaşırının üstüne peçete koyma (%34,4), doktora başvurma/ilaç kullanımı (%19,1) ve mesaneyi güçlendirici egzersizler yapma/yastık kullanarak mesane kaslarını çalıştırma (%17,4) olduğu saptandı. Tunç (2014) yaptığı çalışmada ise idrar sorunu olanların %40,2'si günlük ped/ara bezi kullandığı, %32,3'ü düzenli bir şekilde tuvalete gittiği, %20,5'inin bir şey yapmamayı tercih ettiği ve %5,1'i kegel egzersizi yaptığı tespit edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları, yapılmış diğer çalışmadaki kadınların idrar ile ilgili şikâyetlerinde başvurdukları baş etme yöntemleriyle paralellik göstermektedir. Kadınların idrar sorunlarında en sık tercih ettikleri günlük ped/ara bezi gibi uygulamalarda dikkat edilmediği takdirde kişisel hijyen açısından sağlığı tehdit eden mantar enfeksiyonlarına kadar yol açabileceği düşünülebilir. Literatürde üriner sisteme bağlı sağlık sorunlarında, günlük tüketilen su miktarının artırılması, düzenli olarak kegel egzersizlerinin yapılması önerilmektedir (Taşkın, 2016). Bu nedenle çalışmaya katılan kadınların mesane kaslarını çalıştıracak uygulamaları yapması, sıvı tüketimini artırması istenilen ve literatüre paralel olan baş etme yöntemleri olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada, vajinada kuruluk sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla hiçbir şey yapmama (%33,0), kayganlaştırıcı jel-krem kullanma (%7,3), eşyle paylaşma (%7,3) ve doktora başvurma (%3,1) olduğu saptandı. Oğurlu (2008) yaptığı çalışmada, disparoni sorunu olan kadınların %46,7'sinin bir şey yapmadığı, %36,7'sinin eşyle birliktelik yaşamadığı ve %16,7'sinin kayganlaştırıcı jel-kremlere başvurduğu görülmüştür. Çalışmanın bulguları, kadınların vajinada kuruluk şikâyetinde kullandıkları baş etme yöntemleri açısından konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Kadınların cinsel yaşamını ilgilendiren bir sağlık sorununda herhangi bir uygulama yapmaması, toplumda cinselliğin tabu olarak görülerek, cinsel sorunların çözümünde profesyonel yardım almaktan ve bu tür sorunları konuşmaktan kaçınmalarına neden olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, kol-bacaklarda uyuşukluk, karıncalanma sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların sırasıyla uyuşan bölgeleri yükseltme, dinlenme (%34,4), masaj/zeytinyağı ile ovma (%20,5), egzersiz (%17,0) ve kalsiyum içeren besinleri tüketme (%4,2) olduğu saptandı. Özer ve Gözükara (2016) Şanlıurfa ilinde klimakterik dönem kadınlarıyla yaptığı çalışmada kol-bacaklarda uyuşukluk, karıncalanma sorunu olan kadınların %52,1'inin doktora başvurduğu, %39,1'inin uyuşan alanlara masaj uyguladığı, %11,3'ünün bir uygulama yapmadığı ve %3,9'unun nemlendirici krem uyguladığı/gezindiği/düzenli egzersiz yaptığı/soğuk suyla vücudunu yıkadığı/fizik tedaviye başladığı saptanmıştır. Çalışma bulguları, kadınların kol-bacaklarda uyuşukluk, karıncalanma sorununda kullandığı baş etme yöntemleri açısından konu ile ilgili yapılmış diğer çalışma bulgularından farklılık göstermektedir. Bu farklılık, verilerin elde edildiği toplumun ve bölgede yaşayan bireylerin sosyoekonomik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Çalışma kapsamına alınan kadınların uyuşukluk, karıncalanma sorunlarında masaj ve ovalama gibi kültürel ve geleneksel uygulamaları, sağlık kurumlarından daha fazla tercih ettiklerini göstermektedir. Kadınların bu dönemde yaşadıkları sorunlar, farklı hastalıkların belirtisi de olabileceği için mutlaka sağlık kurumlarından yararlanmaları önemli olup bu durumun erken teşhis ve tedavi imkânlarının gecikmesine yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu yüzden bireylerin yaşadığı sorunların sağlık kurumları tarafından nedenlerinin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Hayatımızın her döneminde yeteri kadar kalsiyum alımı oldukça önemlidir ("T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı", 2017). Menopoz döneminde yaşanan bazı sorunlar, kalsiyum kaybı ve kalsiyum alımındaki yetersizlikten kaynaklanması, menopoz dönemi beslenmesine yönelik bilgilendirmelerin yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, baş ağrısı sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla ilaç kullanma (%37,8), temiz hava alma (%22,6), istirahat etme/karanlık oda tercih etme (%22,6) ve başını sarmalama/başa patates bağlama (%11,8) olduğu saptandı. Ong, Stepanski ve Gramling (2009) yaptıkları çalışmada ise baş ağrısı sorunu olan kişilerin en fazla sırasıyla uyumaya (%81,3), ilaç kullanımına (%75,0), rahatlama-gevşemeye (%50,0), soğuk uygulamaya (%43,8) ve sıcak uygulamaya (%31,3) başvurdukları görülmüştür. Bu bulguların, ağrı kesicilere kolay ulaşım ve rahatlatıcı etkisinden dolayı yaygın bir uygulama olduğu düşünülebilir. Ayrıca başa patates bağlama ya da başı sarmalama gibi geleneksel uygulamaların da kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, doktora gitmeden ilaç kullanan bireylerin oranı %76,4 ve doktor önerisi olmadan en fazla (%71,3) ağrı kesicilerin kullanıldığı belirlenmiştir (Hatipoğlu ve Özyurt, 2016). Bu nedenle kadınların yaşadıkları baş ağrısı sorununda doktor önerisi olmaksızın ağrı kesicilere başvurmuş olabileceklerinden bireylere akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme ve eğitimin yapılmasının faydalı olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada, kabızlık sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla lifli besin tüketimini artırma ve sebze ağırlıklı beslenme (%47,5), her sabah aç karna ılık su içme/bol sıvı tüketme (%33,7) ve yürüyüş (%12,5) olduğu saptandı. Literatürde çalışmanın bulgularına paralel olarak Oğurlu (2008) yaptığı çalışmada kabızlık-hemoroit sorunu olan menopozal dönemdeki kadınların %65,0'nin sebze ağırlıklı beslendiği, %60,0'nin bol sıvı tükettiği ve %25,0'nin ilaç almaya başvurduğu belirlenmiştir. Hareketsiz yaşam tarzı, kültüre özgü beslenme alışkanlıkları, stres gibi etmenlerin gastrointestinal sistem problemlerini tetiklediği düşünülebilir. Bu yüzden kadınların kabızlık durumunda lifli besin tüketimini artırma, bol sıvı içme ve yürüyüş yapmaları beklenen ve uygun baş etme yöntemleri olarak yorumlanabilir.

Bu çalışmada, saç dökülmesi sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla herhangi bir şey yapmama (%25,7), bitkisel yağ-karışımlarını (badem yağı, argan yağı, bakım kremi) kullanma (%21,4) ve sarımsak/yumurta sarısı sürme (%6,3) olduğu saptandı. Özer (2014) klimakterik dönem kadınlarıyla yaptığı çalışmada, saç ve tüylerde dökülme sorunu olan kadınların %65,9'unun bir şey yapmadığı, %16,7'sinin kına/bitkisel kaynaklı şampuan tercih

ettiği, %10,9'unun zeytinyağı kullandığı ve %6,5'inin killi sabun uyguladığı belirlenmiştir. Estetik açıdan güzelliğin bir sembolü olarak görülen saç, kadınlar için oldukça önemlidir. Hayatımızın her alanında var olan stres faktörleri, saç kaybı, saçta beyazlama, saçların cansız, sağlıklı gözükmesi gibi istenmeyen bir çok duruma sebep olmaktadır (Bayram, 2011). Bu nedenle, kadınlarda destek sistemlerinin artırılması ve strese yönelik etkin baş etme yollarının kullanımı konusunda bilgilendirmenin yapılması, saçla ilgili sağlık sorunu yaşayan kadınların şikâyetlerinin hafifletilmesinde yararlı olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada, cilt sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla kozmetik ürünlere başvurma/evde maske uygulama (%28,9), sıvı alımını artırma (%16,7) ve güneş kremi kullanma/güneşten kaçınma (%7,3) olduğu saptandı. Özer (2014) Şanlıurfa ilinde klimakterik dönem kadınlarıyla yaptığı çalışmada, ciltte lekelenme sorunu olanların %53,6'sının güneşe çıkmadığı, %46,4'ünün herhangi bir şey yapmadığı, ciltte kuruluk-kaşıntı sorunu olanların %76,8'inin bir uygulama yapmamayı tercih ettiği, %15,2'sinin nemlendirici/vazelin sürdüğü ve %8,1'inin doktora başvurduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların cilt sorunlarında sıvı tüketimini artırma, güneşten korunma, güneş kremi kullanma gibi tercih ettikleri uygulamalar istenilen baş etme yöntemi olarak düşünülebilir. Sonucun yapılan çalışmadan farklılık göstermesinde, bireylerin menopoz dönemi ile ilgili bilgi alma düzeyinin yüksek olması, menopoza ilişkin bakış açılarının farklılık göstermesi ile açıklanabilir.

Bu çalışmada, tüylenme sorunu olan kadınların en çok tercih ettikleri uygulamaların ilk üçü sırasıyla cımbız, ağda, epilasyon, ip, eldiven yardımı ile tüyleri alma (%16,5), tüy dökücü ürünler kullanma (%5,9) ve herhangi bir şey yapmama (%2,4) olduğu saptandı. Oğurlu (2008) Aydın ilinde yaptığı çalışmada, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme sorunu olan kadınların %70,5'inin bir uygulama yapmadığı ve %30,1'inin epilasyon kullandığı tespit edilmiştir. Kadınların vücutlarında istenmeyen tüylerden rahatsızlık duyarak, kıllarını alma davranışına yönelmesi, beklenen ve alışagelmiş bir baş etme yöntemidir. Ancak kadınların tüylenme sorunu ile ilgili herhangi bir sağlık kurumundan yardım almamaları, bu durumun kolay olarak çözümlenen bir durum olarak algılandığını ve bir sağlık kurumuna başvurulacak sorunlar içinde görmediğini düşündürmektedir.

5.5. MSDÖ'den Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan kadınların MSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların somatik şikâyetler alt boyutundan $3,04 \pm 2,00$, psikolojik şikâyetler alt boyutundan $9,33 \pm 4,45$, ürogenital şikâyetler alt boyutundan $3,65 \pm 2,60$ puan aldıkları ve toplam ölçek puanının $16,04 \pm 6,95$ olduğu bulundu. MSDÖ kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tümer ve Kartal (2018) ülkemizde yaptığı çalışmada, kadınların somatik şikâyetler alt boyut puan ortalaması $2,85 \pm 1,99$, psikolojik şikâyetler alt boyut puan ortalaması $8,96 \pm 4,94$, ürogenital şikâyetler alt boyut puan ortalaması $2,84 \pm 2,31$ ve toplam ölçek puan ortalaması $14,65 \pm 7,62$ olduğu, Morardpour, Jahromi, Fooladchang, Rezaei ve Khorasani (2020) yurtdışında yaptığı çalışmada, kadınların somatik şikâyetler alt boyutundan $5,57 \pm 2,27$, psikolojik şikâyetler alt boyutundan $5,03 \pm 2,47$, ürogenital şikâyetler alt boyutundan $4,16 \pm 2,07$ puan aldıkları ve toplam ölçek puanının $14,80 \pm 4,78$ olduğu tespit edilmiştir. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda MSDÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalaması farklılığı, kadınların sosyo-demografik özelliklerinden, kültürel ve etnik faktörlerinden, menopozu algılama biçimlerinden, menopoz döneminde karşılaştıkları şikâyetler için sağlık kuruluşlarından yardım ve destek alma gibi durumlarından etkilenmiş olabilir. Kadınların menopoz döneminde yaşadığı problemlerin yaşam kalitelerini azaltan ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen sorunlara yol açabileceği düşünülmekte olup kadınların bu süreci iyi yönetmesi için farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Kadınların MSDÖ ifadelerinin dağılımı incelendiğinde; Güler (2017) yaptığı çalışmada, en fazla çok şiddetli olarak yaşanan sorunlar sıcak basması/terlemeler (%36,6), sinirlilik (%12,2) ve eklem/kas rahatsızlıkları (%10,5), en fazla hiç yaşanılmayan sorunlar idrar sorunları (%36,6), cinsel sorunlar (%32,8) ve vajinada kuruluk (%32,4) olmuştur. Rathnayake ve diğerleri (2019) Sri Lanka'da yaptıkları çalışmada, premenopoz dönemdeki kadınlarda en fazla çok şiddetli olarak yaşanan sorunlar eklem ve kas rahatsızlığı (%29,9), keyifsizlik hali (%6,0), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%6,0), en fazla hiç yaşanılmayan sorunlar idrar sorunları (%82,1), cinsel sorunlar (%81,0) ve vajinada kuruluk (%78,3), postmenopoz dönemdeki kadınlarda ise en fazla çok şiddetli olarak yaşanan sorunlar eklem ve kas rahatsızlığı (%47,6), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%19,9), uyku sorunları (%19,3), en fazla hiç

yaşanılmayan sorunlar vajinada kuruluk (%66,9), kalp rahatsızlıkları (%62,1) ve idrar sorunları (%58,4) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ise kadınların MSDÖ ifadelerinin dağılımına göre en fazla çok şiddetli olarak yaşanan sorunlar; sıcak basması, terlemeler (%21,5), idrar sorunları (%8,3) ve uyku sorunları (%6,9) olurken, en fazla hiç yaşanılmayan sorunlar; kalp rahatsızlıkları (%49,7), vajinada kuruluk (%46,9) ve cinsel sorunlar (%46,2) olduğu tespit edildi. Ülkemizde ve yurtdışında konu ile ilgili yapılmış çalışma sonuçlarında kadınlarda en fazla hiç yaşanılmayan sorunlar arasında benzerlik olduğu görülmektedir. Kadınların en fazla hiç yaşamadıkları sorunlar arasında genellikle ürogenital sistem sorunlarını ifade etmeleri, cinselliğin tabu olarak görülerek, cinsel sorunların çözümünde profesyonel yardım almaktan çekinilmesi ve kadın sağlığı için çok önemli olan jinekolojik muayenenin sıkıntılı ve stresli olduğu düşüncesi ile kadınların bu tür konularda muayene ve biriyle paylaşma durumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların kronik hastalık durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı. Ancak, Tümer ve Kartal (2018) yaptıkları çalışmada, kronik hastalığa sahip olan kadınların daha çok menopoz dönemi şikâyetlerini yaşadıkları tespit edilmiştir. Sonucun yapılan çalışmadan farklı olmasında, çalışmaya katılan kadınlarda kronik hastalık yönetimine olumlu etkisi olduğu düşünülen sigara ve alkol tüketiminin düşük olması, farmakolojik tedaviye uyumun sağlanmış olabileceği gibi durumlardan dolayı kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunlarını etkilememiş olduğu tahmin edilebilir. Ayrıca bu çalışmada, alternatif tedavi kullanan kadınların %57,4'ünde kronik hastalık bulunurken, kullanmayanların %55,4'ünde kronik hastalık vardır. Alternatif tedavi kullanma durumuna göre kronik hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Güven ve diğerleri (2013) 18-80 ve üstü yaş aralığındaki 347 hipertansiyonlu hasta ile yaptıkları çalışmada, hipertansiyonla birlikte başka kronik hastalık bulunma durumu ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Bu farklılık, kronik hastalığı olan bireylerin tıbbi tedavileri kullandığından alternatif tedavilere yönelmemiş olabileceğinden kaynaklanabilir.

BKI durumuna göre ölçekten alınan toplam puan incelendiğinde; Güler (2017) ve Cengiz, Kaya, Caypınar ve Alay (2019) yaptığı çalışmalarda kadınlarda BKI ile somatik, psikolojik, ürogenital ölçek alt boyutları ve ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmada da kadınların BKI durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmanın bulgusu, konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmaların bulgusu ile uyum göstermektedir. Bu çalışmada, alternatif tedavi kullanan kadınların %50,0'ı normal kilo ağırlığında iken, kullanmayan kadınların %63,6'sı obezdir. Kadınlarda alternatif tedavi kullanma durumuna göre BKI açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Kılıç ve diğerleri (2009) 16 ile 86 yaş aralığında, çoğunluğunu (%79,0) kadınların oluşturduğu obezite sorunu yaşayan hastalarla yaptıkları çalışmada, %62,9'unun tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımlarını tercih ettiği tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, gruplar arasında BKI bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş ve bu yaklaşımları kullanan hastaların BKI ortalamasının, kullanmayan hastalarinkinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın bulgusu, Kılıç ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmanın bulgusundan farklılık göstermektedir. Kadınlarda menopoza süreciyle beraber BKI etkilenimi ve sağlık sorunlarında artış olması, kadınların fiziksel aktivite, sağlıklı ve dengeli beslenme, bu dönemde karşılaşılabilecek sağlık riskleri hakkında bilgilendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Menopoza özgü tedavi kullanma durumuna göre MSD ölçeğinden alınan toplam puan açısından incelendiğinde; Çelik ve Pasinlioğlu (2014) yaptıkları çalışmada, kadınların HRT alma durumuna göre MSDÖ somatik, psikolojik, ürogenital şikâyetler alt boyutu ile ölçek toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Tunç (2014) yaptığı çalışmada, tedavi alma durumuna göre ölçek alt boyutları (somatik, psikolojik ve ürogenital) açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmadığı, fakat ölçekten alınan toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı ve tedavi kullanan kadınların ölçek genel toplam puanı, kullanmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaya katılan kadınların menopoza özgü tedavi kullanma durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Literatürde çalışma bulgumuzu destekleyen çalışma mevcutken, desteklemeyen çalışma da vardır. Örnekleminizde yer alan kadınların menopoz semptomları için HRT'yi tercih etme oranının düşük olmasından kaynaklanabileceği gibi bu dönemde karşılaştıkları sağlık sorunlarının çözümünde başvurdukları tedavi şekillerinin etkin ve uygun olmaması gibi ihtimali de akla getirmektedir.

Bu çalışmada, kadınların alternatif tedavi kullanma durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Alternatif tedavi kullananların ölçek genel toplam puanı, kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Kadınların menopozal dönemde meydana gelen belirtilerle baş edebilmek için tamamlayıcı ve alternatif tedavileri yaygın bir şekilde kullandıkları bildirilmiştir (Johnson ve diğerleri, 2019). Kadınların menopoz dönemine özgü edindikleri bilgilerin kaynağının sağlık profesyonellerinden ziyade komşu ve tanıdıklarından elde etmesinden dolayı, bu dönemde karşılaştıkları sağlık sorunları için başvurdukları alternatif tedavilerden yarar görme durumları üzerinde etkili olmuş olabileceği düşünülebilir.

Menopozal süreçte meydana gelen hormonal değişimlerin sonucunda vücutta birtakım semptomlar yaşanmaktadır. Vazomotor sorunlar, bu süreçteki kadınlar arasında en fazla yaşanan semptom olarak belirtilmiştir (Cengiz ve diğerleri, 2019). Çalışma kapsamına alınan kadınlarda vazomotor sorun yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuç doğrultusunda vazomotor sorun yaşayan kadınların, menopozal şikâyetleri daha fazla yaşadığı tespit edildi. Vazomotor sorun yaşayan kadınların, sorun yaşamayanlara göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu. Vazomotor sorunlar arasında yer alan sıcak basması şikâyeti, sadece fiziki değişikliklerle kalmayıp psikoloji üzerinde de birtakım değişimlere neden olabilmektedir. Buna paralel olarak kişilerin hayat kalitesi etkilenmektedir (Akarsu ve Kuş, 2017). Örnekleimde vazomotor yakınması olan kadınların, menopoz döneminde yaşadıkları şikâyetin şiddetinin ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin, yakınması olmayan kadınlara göre daha çok olması beklenen bir durum olarak yorumlanabilir.

Yaşlanma süreciyle vücutta meydana gelen değişimler, kadınlar açısından hem psikososyal hem de fiziksel yönden sıkıntılı ve dayanılmaz olabilmektedir (Koyun ve diğerleri, 2011). Menopoz dönemindeki 100 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların emosyonel sorunlar arasında huzursuzluk-sinirlilik, hüzünlenme, korku-panik hissi ve ağlama nöbetleri yaşadığı belirlenmiştir (Çetin ve Eroğlu, 2015). Bu çalışmaya dahil olan kadınlarda emosyonel sorun yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuç doğrultusunda emosyonel sorun yaşayan kadınların, menopozal şikâyetleri daha fazla yaşadığı tespit edildi. Emosyonel sorun yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlara göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu.

Çalışmaya katılan kadınlarda unutkanlık sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuç doğrultusunda unutkanlık sorunu yaşayan kadınların, menopozal şikâyetleri daha fazla yaşadığı tespit edildi. Unutkanlık sorunu yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlara göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu. Ülkemizde ve yurt dışında menopozal dönemle ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde; kadınların Berg, Larson ve Pasvogel (2008) yaptıkları çalışmada %91,8'inin, Borker ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışmada %57,0'ının, Kızılırmak ve Seviğ (2011) yaptıkları çalışmada ise %79,2'sinin unutkanlık sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre kadınların büyük bir kısmının menopozal dönemde unutkanlık, hatırlamada zorluk yaşadıkları görülmüştür (Berg ve diğerleri, 2008; Borker ve diğerleri, 2013; Kızılırmak ve Seviğ, 2011). Perimenopoz dönemde ruh hali ve bilişin incelendiği bir sistematik derleme ve meta analiz çalışma sonucuna göre, menopozal sürecin kadınlarda bilişsel zayıflamalara doğru hassasiyetin arttığı bir dönem olduğu ifade edilmiştir (Weber, Maki ve McDermott, 2014). Bu nedenle, kadınların menopozal süreçte unutkanlık sorunu yaşamaları bu dönemde geçirdikleri yaşam kalitesi ve günlük yaşantısı üzerinde karşılaşılabilecekleri riskleri doğurabileceği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınlarda saç sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuç doğrultusunda saç sorunu yaşayan kadınların, menopozal şikâyetleri daha fazla yaşadığı tespit edildi.

Saç sorunu yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlara göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu. Yaşın artışıyla beraber saçta dökülme ve saç tellerinde zayıflama meydana gelir. Saçta meydana gelen dökülme problemi, bireyin sosyal yaşantısını negatif yönde etkileyebilen bir olaydır (Şenel, 2013). Bu nedenle kadınlar için oldukça önemli olan aksesuarların başında gelen saçta çeşitli nedenlerden dolayı sorun yaşama, menopoz dönemi şikâyetlerini de etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmaya dahil olan kadınlarda ürogenital sorun yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuç doğrultusunda ürogenital sorun yaşayan kadınların, menopozal şikâyetleri daha fazla yaşadığı tespit edildi. Ürogenital sorun yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlara göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu. Koyuncu (2015) yaptığı çalışmada, ciddi menopoz yakınması yaşayan kadınların oranı %41,9, ciddi ürogenital belirtileri yaşayan kadınların oranı ise %38,1 olarak bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, ürogenital yakınmaların, cinsel boyutta kişilerin hayat kalitesi üzerinde etkilerinin olduğu ifade edilmiştir (Avcı, 2013). Karakuş ve Yanıkerem (2016) klimakterik süreçte yer alan kadınların cinsel yaşamı üzerinde etkili olan unsurlarla ilgili toplam 29 çalışmayı inceleyerek yaptıkları derleme sonucunda, menopoz dönemine özgü belirtileri daha fazla deneyimleyen kadınlarda, cinsel disfonksiyon görülme durumunun da arttığı bildirilmiştir. Çalışmanın bulgusu, literatüre paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada, kadınların eklem/kemik sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuç doğrultusunda eklem/kemik sorunu yaşayan kadınların, menopozal şikâyetleri daha fazla yaşadığı tespit edildi. Eklem/kemik sorunu yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlara göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu. Pınar ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada, kadınların menopoza girme durumu ile osteoporoz arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış ve menopoza giren bireylerde osteoporoz durumu daha fazla tespit edilmiştir. Literatürde sigara, alkol kullanımının, kalsiyum tüketiminin azlığının, erken menopoza girmenin, sedanter yaşam tarzının bireylerde osteoporozun ilerlemesinde risk etmenlerinin olduğu bildirilmektedir ("Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği", 2020).

Bu nedenle, günümüzde önemli halk sağlığı problemleri arasında bulunan osteoporozdan korunmak için kadınlara sağlıklı beslenme alışkanlıkları, düzenli fiziksel aktivite, yeteri kadar güneş ışınlarından yararlanma ve sigara-alkol gibi zararlı alışkanlıkların bırakılması konularında bilgilendirmenin yapılmasının çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya dahil olan kadınlarda heyecanlanma sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuç doğrultusunda heyecanlanma sorunu yaşayan kadınların, menopozal şikâyetleri daha fazla yaşadığı tespit edildi. Heyecanlanma sorunu yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlara göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu. Çetin ve Eroğlu (2015) yaptıkları çalışmada, menopozal dönemdeki kadınların kardiyovasküler sistemle ilişkili sağlık sorunları içerisinde tamamının (%100,0) heyecanlanma yaşadığı tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kadınlarda kabızlık sorunu yaşama durumuna göre ölçekten aldıkları toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Bu sonuç doğrultusunda kabızlık sorunu yaşayan kadınların, menopozal şikâyetleri daha fazla yaşadığı tespit edildi. Kabızlık sorunu yaşayan kadınların, sorun yaşamayan kadınlara göre MSDÖ toplam puanı daha yüksek olduğu bulundu. Örnekleme dahil edilen kadınların menopoz döneminde en çok hissettikleri duygunun stres olması, kabızlık sorununu tetiklediği şeklinde yorumlanabilir.

Menopoz döneminde karşılaşılan şikâyetlerde alternatif tedavi kullanma durumunu tespit etmek amacıyla 288 kadın ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Kadınların %67,4'ü 50-60 yaş aralığında ve yaş ortalaması 52,14±5,62 yıldır.

Kadınların %56,2'sinin kronik hastalığa sahip olduğu, en fazla (%33,7) sıklıkta görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu belirlendi.

Kadınların %45,1'i menopozu doğal bir süreç olarak gördüğü, %70,5'i bu döneme özgü bilgi aldığı, alınan bilgi kaynağının en çok (%42,4) komşu ve tanıdıklardan olduğu saptandı.

Kadınların %18,4'ünün yakınlarında erken menopoza girme durumu olduğu ve en fazla (%45,3) annede erken menopoz görüldüğü tespit edildi.

Kadınların sadece %28,8'i menopoz sıkıntıları için bir sağlık kurumuna başvurduğu, en fazla (%50,6) başvuru sıkıntının vazomotor problemler ile ilgili olduğu belirlendi.

Kadınların ifadelerine göre %45,9'unun menopozu orta derecede sıkıntılı geçtiği belirlendi.

Kadınların %97,9'unun vazomotor sorun yaşadığı ve en fazla (%81,9) sıklıkta görülen vazomotor sorunun sıcak basması/gece terlemesi olduğu saptandı.

Kadınların %55,9'unun menopoz dönemine özgü herhangi bir tedavi kullanmadığı, tedavi kullananların ise %8,3'ünün HRT, %27,8'inin D vitamini, %18,8'inin B12 vitamini ve %12,2'sinin kalsiyum ilacı aldığı belirlendi.

Kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları şikâyetlerde %42,4'ünün alternatif tedavilere başvurduğu tespit edildi.

Kadınların MSDÖ puan ortalaması $16,04 \pm 6,95$, somatik şikâyetler alt boyut puan ortalaması $3,04 \pm 2,00$, psikolojik şikâyetler alt boyut puan ortalaması $9,33 \pm 4,45$, ürogenital şikâyetler alt boyut puan ortalaması $3,65 \pm 2,60$ olarak bulundu.

Ölçek toplam puanı ile alternatif tedavi kullanma ($p=0,018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu, kronik hastalık ($p=0,081$), BKI ($p=0,957$) ve menopoza özgü tedavi kullanma ($p=0,089$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Alternatif tedavi kullanma durumu ile BKI ($p=0,100$) ve kronik hastalık ($p=0,741$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları vazomotor ($p=0,001$), emosyonel ($p<0,001$), unutkanlık ($p<0,001$), saç ($p<0,001$), ürogenital ($p<0,001$), eklem-kemik ($p<0,001$), heyecanlanma ($p<0,001$) ve kabızlık ($p=0,049$) sorunlar ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Sağlık profesyonellerinin kadınları menopoz dönemi, bu dönemde karşılaşılabilecekleri sağlık sorunları ve sağlık sorunlarıyla baş edebilmek için tedavi şekilleri hakkında güncel ve kanıt temelli bilgiler ile bilgilendirmesi,

Kadınlara erken menopoz semptomları doğrultusunda bilgilendirme yapılabilmesi için birinci derece yakınlarında erken menopoza girme durumu olup olmadığının mutlaka sorgulanması,

Kadınların kendilerini daha iyi ifade edebilmesi, yaşam kalitesini yükseltebilmesi ve menopoz süreciyle ilgili bilgileri doğru kaynaklardan elde edebilmesi için menopoz kliniklerinin yaygınlaştırılması,

Kadınların menopoz sürecinde kendilerine yeni uğraşlar edinerek bu dönemi daha rahat geçirebilmeleri,

Sağlık profesyonellerinin kanıt düzeyi yüksek alternatif tedaviler konusundaki çalışma ve gelişmelerden haberdar olması,

Sağlık profesyonellerinin klinik ve poliklinik ortamlarda bireylerden veri toplarken tamamlayıcı ve alternatif tedavi şekillerine ilişkin soruların bulunması,

Kadınlara karşılaştıkları sağlık sorunlarının yönetiminde başvurdukları alternatif yöntemlerin etki ve yan etkileri konusunda bilgi verilmesi,

Kronik hastalığa sahip, menopozal dönemde olan bireylerin kullanacakları ya da kullandıkları alternatif tedavilerde mutlaka hekimi haberdar etmesi,

Menopoz döneminde hormonal değişimlerin ürogenital sisteme etkileri sonucunda eşler arasında cinsel yaşantının bozulmasına neden olabilir. Bu bağlamda, eşlerin cinsel ilişkiden kaçmak yerine sağlık çalışanlarından yardım alarak bu süreci iyi yönetmesi için eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi,

Klimakterik dönemdeki kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumları konusunda daha kapsamlı ve geniş örneklem grubuyla bilimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Abay, H. ve Kaplan, S. (2015). Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor?. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1-2-3), 1- 23.
2. Akarsu, R. H. ve Kuş, B. (2017). Menopozal sıcak basması kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 104-112.
3. AlAnizy, L., AlMatham, K., AlBasheer, A. ve AlFayyad, I. (2020). Complementary and alternative medicine practice among Saudi patients with chronic kidney disease: A cross-sectional study. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 13, 11-18. doi: 10.2147/IJNRD.S240705.
4. Alpaslan, M. (2018). *Menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisi*. [Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
5. Altın, E., Karadeniz, B., Türkyön, F., Baldan, F., Akkaya, N., Atalay, Ş. N. ve Şahin, F. (2014). Kadın ve erkek yetişkinlerde osteoporoz bilgi ve farkındalık düzeyinin karşılaştırılması. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 20, 98-103. doi: 10.4274/tod.42650.
6. Alu, A. (2017). Sağlığın Temel Kavramları, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2): 32-41.
7. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. (2011). Hipnoterapi eğitimi hakkında. Erişim adresi: https://www.aybu.edu.tr/tatmer/custom_page-327-hipnoterapi.html (15.04.2020).
8. Arakane, M., Castillo, C., Rosero, M. F., Peñafiel, R., Pérez-López, F. R. ve Chedraui, P. (2011). Factors relating to insomnia during the menopausal transition as evaluated by the insomnia severity index. *Maturitas*, 69(2), 157-61. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.02.015.
9. Asadi, M., Jouyandeh, Z. ve Nayebzadeh, F. (2012). Prevalence of menopause symptoms among Iranian women. *Journal of Family and Reproductive Health*, 6(1), 1-3.
10. Aşiret, G. D., Düğer, Ü., Kapucu, S., Kurne, A. T. ve Karabudak, R. (2017). Multiple Skleroz hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 1-6.
11. Avcı, S. (2013). *Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının yaşam kalitesine etkisi*. [Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
12. Ay, F. A. (2013). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. *Mesleki temel kavramlar*. (5. baskı) içinde (s. 2-25). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
13. Aydoğan, P., Köseoğlu, S. B., Keçecioğlu, M., Kahyaoğlu, S. ve Oruç, A. S. (2018). Cerrahi menopozun kemik metabolizması üzerine etkisi. *Ege Klinikleri Tıp Dergisi*, 56(1), 12-16.

14. Aylaz, R. (2016). Halk sağlığı hemşireliği. Kronik hastalıklar (2. baskı) içinde (s.331-349). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
15. Bayram, V. (2011). Saç ve saçlı derinin sağlığını etkileyen faktörler. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 22, 66-70.
16. Berg, J. A., Larson, C. A. ve Pasvogel, A. E. (2008). Menopausal symptom perception and severity: results from a screening questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 940-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02112.x.
17. Borker, S. A., Venugopalan, P. P. ve Bhat, S. N. (2013). Study of menopausal symptoms, and perceptions about menopause among women at a rural community in Kerala. *Journal of Mid-Life Health*, 4(3), 182-7. doi: 10.4103/0976-7800.118997.
18. Buhling, K. J., Daniels, B. V., Studnitz, F. S., Eulenburg, C. ve Mueck, A. O. (2014). The use of complementary and alternative medicine by women transitioning through menopause in Germany: Results of a survey of women aged 45–60 years. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(1), 94-8. doi: 10.1016/j.ctim.2013.12.004.
19. Burger, H. G., MacLennan, A. H., Huang, K. E. ve Castelo-Branco, C. (2012). Evidence-based assessment of the impact of the WHI on women's health. *Climacteric*, 15(3), 281-7. doi: 10.3109/13697137.2012.655564.
20. Cagnacci, A., Venier, M., Xholli, A., Paglietti, C. ve Caruso, S. (2020). Female sexuality and vaginal health across the menopausal age. *Menopause*, 27(1), 14-19. doi: 10.1097/GME.0000000000001427.
21. Canavez, F. S., Werneck, G. L., Parente, R. C., Celeste, R. K. ve Faerstein, E. (2011). The association between educational level and age at the menopause: A systematic review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283(1), 83-90. doi: 10.1007/s00404-009-1323-6.
22. Cengiz, H., Kaya, C., Caypinar, S. S. ve Alay, I. (2019). The relationship between menopausal symptoms and metabolic syndrome in postmenopausal women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(4), 529-533. doi: 10.1080/01443615.2018.1534812.
23. Ceylan, B. ve Özerdoğan, N. (2015). Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 12(1), 43-49. doi: 10.4274/tjod.79836.
24. Çalık, K. Y., Çetin, F. C. ve Erkaya, R. (2017). Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 80-91.
25. Çalışkan, E., Çorakçı, A., Doğer, E., Coşkun, E., Özeren, S. ve Çorapçıoğlu, A. (2010). Türk kadınlarının menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşıam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 30(5), 1517-23.
26. Çavlin, A. (2019). 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması ana rapor toplantısı. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf (15.01.2020)
27. Çelik, A. S. ve Pasinlioğlu, T. (2014). Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16-29.

28. Çetin, Ö. E. ve Eroğlu, K. (2015). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 219-225.
29. Çoban, T. ve Özvarış, Ş. B. (2017). 18 ekim dünya menopoz günü-Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalı toplum için bilgilendirme serisi-183. Erişim adresi: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/> (16.11.2019)
30. Demirci, D. (2017). *Dismenore ile baş etmede kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri*. [Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
31. Demirel, G. ve Gölbaşı, Z. (2015). Kadın sağlığı taramasında güncel durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 638-659.
32. Depypere, H., Pintiaux, A., Desreux, J., Hendrickx, M., Neven, P., Marchowicz, E., ... Rozenberg, S. (2016). Coping with menopausal symptoms: An internet survey of Belgian postmenopausal women. *Maturitas*, 90, 24-30. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.04.018.
33. Dinç, A., Dombaz, İ. ve Dinç, D. (2015). 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamaları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 125-130. Doi: 10.5505/bsbd.2015.40316.
34. Duç, E. (2014). *Menopoz evrelerindeki kadınlarda cinsiyet rolleri, menopoza ilişkin tutumlar ile anksiyete ve depresyon ilişkisi üzerine bir inceleme*. [Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].
35. Duman, M. ve Taşhan, T. S. (2018). The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12650. doi: 10.1111/ijn.12650.
36. Elkins, G. R., Fisher, W. I., Johnson, A. K., Carpenter, J. S. ve Keith, T. Z. (2013). Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: A randomized controlled trial. *Menopause*, 20(3), 291-8. doi: 10.1097/GME.0b013e31826ce3ed.
37. Erbaş, N. ve Demirel, G. (2017). Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 4, 220-225.
38. Ergin, İ. O. (2016). *Menopozal yakınmalar ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki*. [Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Erişim adresi: <http://openaccess.inonu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11616/5046>
39. Erkin, Ö., Ardahan, M. ve Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095-1113.
40. Ertem, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 469-483. <http://www.insanbilimleri.com>
41. EUROSTAT. (2018). Life expectancy by age and sex. Erişim adresi: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (15.01.2020)
42. Fışkın, G., Şahin, N. H. ve Kaya, İ. G. (2017). Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *JAREN*, 3(3), 122-128.

43. Fooladi, E., Bell, R. J., Masoumi, M., Azizi, M., Atarod, Z. ve Davis, S. R. (2018). Bothering menopausal symptoms amongst postmenopausal Iranian women. *Climacteric*, 21(6), 586-593. doi: 10.1080/13697137.2018.1493452.
44. Freeman, E. W., Sammel, M. D. ve Sanders, R. J. (2014). Risk of long term hot flashes after natural menopause: Evidence from the penn ovarian aging cohort. *Menopause*, 21(9), 924-32. doi: 10.1097/GME.0000000000000196.
45. Gentry-Maharaj, A., Karpinskyj, C., Glazer, C., Burnell, M., Ryan, A., Fraser, L., ... Menon, U. (2015). Use and perceived efficacy of complementary and alternative medicines after discontinuation of hormone therapy: A nested united kingdom collaborative trial of ovarian cancer screening cohort study. *Menopause*, 22(4), 384-90. doi: 10.1097/GME.0000000000000330.
46. Gharaibeh, M., Al-Obeisat, S. ve Hattab, J. (2010). Severity of menopausal symptoms of Jordanian women. *Climacteric*, 13(4), 385-94. doi: 10.3109/13697130903050009.
47. Golmakani, N., Emamverdikhan, A. P., Zarifian, A., Tabassi, S. A. S. ve Hassanzadeh, M. (2019). Vitamin E as alternative local treatment in genitourinary syndrome of menopause: A randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 30(5), 831-837. doi: 10.1007/s00192-018-3698-z.
48. Goluch-Koniuszy, Z. S. (2016). Nutrition of women with hair loss problem during the period of menopause. *Przegląd Menopauzalny= Menopause review*, 15(1), 56-61. doi: 10.5114/pm.2016.58776.
49. Gönenç, İ. M. ve Koç, G. (2019). Menopoz dönemine yönelik uygulanan eğitim programının kadınların menopoza yönelik tutumlarına etkisi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 29-33. doi: 10.22312/sdusbed.472704.
50. Gözüyeşil, E. ve Başer, M. (2016). Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 261-268.
51. Güler, K. (2017). *Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve menopozal tutumlarının değerlendirilmesi*. [Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
52. Gümüşay, M. ve Erbil, N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 96-109.
53. Gün, Ç. ve Demirci, N. (2015). Menopozda bitkisel tedavi kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 520-530.
54. Gürkan, C. Ö. (2005). Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe forumunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu*, 30-35.
55. Güven, Ş. D., Muz, G., Ertürk, N. E. ve Özcan, A. (2013). Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 160-166.
56. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu, Ankara, Türkiye.

57. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019a). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu, Ankara, Türkiye.
58. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019b). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örnekleme. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu, Ankara, Türkiye.
59. Hatipoğlu, S. ve Özyurt, B. C. (2016). Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 1-8. doi: 10.5455/pmb.1-1441352977.
60. Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H. P., Strelow, F., Heinemann, L. A. ve Do, M. T. (2004). The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(2), 45.
61. IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.
62. Inayat, K., Danish, N. ve Hassan, L. (2017). Symptoms of menopause in peri and postmenopausal women and their attitude towards them. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 29(3), 477-480. <http://www.jamc.ayubmed.edu.pk>.
63. Jiang, J., Cui, J., Wang, A., Mu, Y., Yan, Y., Liu, F., ... He, Y. (2019). Association between age at natural menopause and risk of type 2 diabetes in postmenopausal women with and without obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 104(7), 3039-3048. doi: 10.1210/jc.2018-02310.
64. Johnson, A., Roberts, L. ve Elkins, G. (2019). Complementary and alternative medicine for menopause. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, XXX doi: 10.1177/2515690X19829380.
65. Jorge, M. P., Santaella, D. F., Pontes, I. M., Shiramizu, V. K., Nascimento, E. B., Cabral, A., ... Ribeiro, A. M. (2016). Hatha Yoga practice decreases menopause symptoms and improves quality of life: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 128-35. doi: 10.1016/j.ctim.2016.03.014.
66. Kal, H. E. (2011). *Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörler*. [Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
67. Karadağ, Ş. (2015). *Evlilik uyumu ilişkisinde aile içi iletişimin rolü: Konya örneği*. [Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].
68. Karakuş, A. ve Yanikkerem, E. (2016). Klimakterik dönemde cinsel disfonksiyon: Female sexual function index (FSFI)-Kadın cinsel fonksiyon indeksi ile yapılan son 5 yıllık çalışmalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 64-85.
69. Kılıç, Ü., Geyik, Ö., Oğuz, A., Balkan, F., Ersoy, R. ve Çakır, B. (2009). Obezite Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yaklaşımları. *Turkish Medical Journal*, 3(3), 145-50.

70. Kılıçkap, M., Barçın, C., Göksülük, H., Karaaslan, D., Özer, N., Kayıkçıoğlu, M., ... Şahin, M. (2018). Türkiye’de hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 46(7), 525-545. Doi: 10.5543/tkda.2018.15679.
71. Kiroğlu, F. G. (2005). *Menopoz döneminin kadının sosyal ilişkilerine olan etkileri*. [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].
72. Kızılırmak, A. ve Seviğ, Ü. (2011). Bir sağlık ocağına kayıtlı 40-59 yaş grubu kadınların menopoz yakınmaları ve sağlık kuruluşlarından yararlanma durumları. *STED*, 20(4), 149-154.
73. Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
74. Koyuncu, T. (2015). *Beylikova’da orta yaş kadınlarda menopoz semptomları sıklığı, menopoz bilgi düzeyi ve sağlık eğitiminin menopoz semptomları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi*. [Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
75. Koyuncu, T., Ünsal, A. ve Arslantaş, D. (2015). Menopoz tutum değerlendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Eskişehir-Mahmudiye’de, 40-64 yaş grubu kadınlar üzerinde bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(6), 448-452. doi: 10.5455/pmb.1-1416265840.
76. Kökçü, B., Esen, O. ve Uysal, İ. (2015). Medicinal plants sold in Çanakkale/Turkey city center herbalists. *Biological Diversity and Conservation*, 8(3), 80-91.
77. Kökkaya, D. ve Demirci, H. (2018). Klimakterik dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal desteğin menopozal tutum ve yakınmalar üzerine etkisi. *3 rd International Science Symposium, Proceeding Book, ISS2018, 1B16PB*, 69-79.
78. Kula, S. ve Çakar, B. (2015). Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında toplumda bireylerin güvenlik algısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6(12), 191-210.
79. Kumsar, A. K. ve Pakyüz, S. Ç. (2014). Kadında metabolik sendromun önemi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 48-55. Doi: 10.5543/khd.2014.006.
80. Liu, Z., Ai, Y., Wang, W., Zhou, K., He, L., Dong, G., ... Liu, B. (2018). Acupuncture for symptoms in menopause transition: A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(4), 373e1-e10. doi: 10.1016/j.ajog.2018.08.019.
81. Mahdavian, M., Najmabadi, K. M., Hosseinzadeh, H., Mirzaeian, S., Aval, S. B. ve Esmaeeli, H. (2019). Effect of the mixed herbal medicines extract (Fennel, Chamomile, and Saffron) on menopause syndrome: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 8(3), 181-189. doi: 10.15171/jcs.2019.026.
82. Mehrpooya, M., Rabiee, S., Larki-Harchegani, A., Fallahian, A. M., Moradi, A., Ataei, S. ve Javad, M. T. (2018). A comparative study on the effect of “black cohosh” and “evening primrose oil” on menopausal hot flashes. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 36. doi: 10.4103/jehp.jehp_81_17.

83. Morardpour, F., Jahromi, M. K., Fooladchang, M., Rezaei, R. ve Khorasani, M. R. S. (2020). Association between physical activity, cardiorespiratory fitness, and body composition with menopausal symptoms in early postmenopausal women. *Menopause*, 27(2), 230-237. doi: 10.1097/GME.0000000000001441.
84. Mustafa, G. N. ve Sabir, J. M. (2012). Perception and experience regarding menopause among menopausal women attending teaching hospitals in Erbil City. *Global Journal of Health Science*, 4(3), 170-8. doi: 10.5539/gjhs.v4n3p170.
85. NAMS. (2020a). Chapter 1: Menopause. Erişim adresi: <http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-1-menopause> (29.03.2020)
86. NAMS. (2020b). Chapter 3: Clinical issues. Erişim adresi: <http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-3-clinical-issues> (29.03.2020)
87. NAMS. (2020c). Chapter 6: Complementary and alternative medicine. Erişim adresi: <http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-6-complementary-and-alternative-medicine>
88. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). (2014). *Livertox: Clinical and research information on drug-induced liver injury*. Erişim adresi: <https://livertox.nih.gov> (02.12.2019)
89. National Institutes of Health (NIH) News in Health. (2011). Time to talk. Erişim adresi: <https://newsinhealth.nih.gov/2011/02/time-talk> (15.04.2020)
90. NCCIH. (2016a). Black cohosh. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/black-cohosh> (02.12.2019)
91. NCCIH. (2016b). Acupuncture: In depth. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/acupuncture-in-depth> (09.01.2020)
92. NCCIH. (2016c). Meditation: In depth. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/meditation-in-depth> (09.01.2020)
93. NCCIH. (2017). Menopausal symptoms: In depth. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/menopausal-symptoms-in-depth> (10.01.2020)
94. NCCIH. (2018). Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
95. Oğrum, A. ve Seçkin, H. Y. (2019). Türk kadınlarında görülen saç ve saçlı deri hastalıklarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(1), 33-39. doi: 10.5798/dicletip.534822.
96. Oğurlu, N. (2008). *Kadınların menopozal yakınmaları ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
97. Omaç, M., Güneş, G. ve Aylaz, R. (2009). Malatya il merkezindeki 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 4(3), 59-66.
98. Ong, J. C., Stepanski, E. J. ve Gramling, S. E. (2009). Pain coping strategies for tension-type headache: possible implications for insomnia?. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(1), 52-6.

99. OWH. (2018). Menopause symptoms and relief. Erişim adresi: <https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-symptoms-and-relief> (29.03.2020)
100. OWH. (2019a). Menopause basics. Erişim adresi: <https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-basics> (25.03.2020)
101. OWH. (2019b). Menopause treatment. Erişim adresi: <https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-treatment> (03.04.20)
102. Özcan, H., Çolak, P., Oturgan, B. ve Gülsever, E. (2019). Complementary and alternative treatment methods for menopausal hot flashes used in Turkey. *African Health Sciences*, 19(4), 3001-3008. doi: 10.4314/ahs.v19i4.21.
103. Önder, M. (2014). *Erken menopoz ve normal menopoz: Stres belirtileri, stresle başa çıkma, evlilik uyumu ve cinsiyet rolleri açısından bir karşılaştırma*. [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].
104. Özcan, H. ve Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163. doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2013.157.
105. Özer, Ü. (2014). *Şanlıurfa'da menopoza girmiş kadınların, menopoza ilişkin sorunlarının, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
106. Özer, Ü. ve Gözükara, F. (2016). Şanlıurfa'da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16-26.
107. 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.
108. Öztürk, S. (2016). Halk sağlığı hemşireliği. *Kadın sağlığı* (2. baskı) içinde (s.154-160). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.
109. Palma, F., Fontanesi, F., Facchinetti, F. ve Cagnacci, A. (2019). Acupuncture or phytoestrogens vs. (E)strogen plus progestin on menopausal symptoms. A randomized study. *Gynecological Endocrinology*, 35(11), 995-998. doi: 10.1080/09513590.2019.1621835.
110. Pamuk, G., Kutlu, R. ve Çivi, S. (2014). Osteoporozu olan ve olmayan postmenopozal kadınlarda QUALEFFO-41 ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60(1), 39-46. doi: 10.5152/tftrd.2014.47855.
111. Peng, W., Adams, J., Hickman, L. ve Sibbritt, D. W. (2014). Complementary/alternative and conventional medicine use amongst menopausal women: Results from the Australian longitudinal study on women's health. *Maturitas*, 79(3), 340-2. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.08.002.
112. Pérez, J. A., Garcia, F. C., Palacios, S. ve Pérez, M. (2009). Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas*, 62(1), 30-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2008.10.003.
113. Pınar, G., Pınar, T., Doğan, N., Karahan, A., Algier, L., Abbasoğlu, A. ve Kuşcu, E. (2009). Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4), 258-266.

114. Poomalar, G. K. ve Arounassalame, B. (2013). The quality of life during and after menopause among rural women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 7(1), 135-9. doi: 10.7860/JCDR/2012/4910.2688.
115. Posadzki, P., Lee, M. S., Moon, T. W., Choi, T. Y., Park, T. Y. ve Ernst, E. (2013). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by menopausal women: A systematic review of surveys. *Maturitas*, 75(1), 34-43. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.02.005.
116. Praveena, S. M., Asha, G., Sunita, M., Anju, J. ve Ratna, B. (2018). Yoga offers cardiovascular protection in early postmenopausal women. *International Journal of Yoga*, 11(1), 37-43. doi: 10.4103/ijoy.IJOY_69_16.
117. Rahman, S., Salehin, F. ve Iqbal, A. (2011). Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushtia, Bangladesh. *BMC Research Notes*, 4, 188. doi: 10.1186/1756-0500-4-188.
118. Rathnayake, N., Lenora, J., Alwis, G., ve Lekamwasam, S. (2019). Prevalence and severity of menopausal symptoms and the quality of life in middle-aged women: A study from Sri Lanka. *Nursing Research and Practice*, XXX doi: 10.1155/2019/2081507.
119. RCN. (2017). Menopause RCN guidance for nurses, midwives and health visitors. Erişim adresi: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-006329> (02.12.2019)
120. RCN. (2019). Menopause and mental health pocket cards. Erişim adresi: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007813> (02.02.2020)
121. Sağkal, T., Demiral, S., Odabaş, H. ve Altunok, E. (2013). Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 27(1), 19-26.
122. Sağnak, B. (2015). *Malatya'da özel bir kliniğe başvuran menopoza girmiş bireylerin genel beslenme durumlarının belirlenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
123. Sever, N. (2010). *Menopozal dönemlerdeki kadınlarda alt üriner sistem semptomlarının belirlenmesi*. [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
124. Seyisoğlu, H. ve Gezer, A. (2014). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. *Klimakterium ve menopoz* (3. baskı) içinde (s. 360-362). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
125. Smail, L., Jassim, G. ve Shakil, A. (2019). Menopause-specific quality of life among Emirati women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 40. doi: 10.3390/ijerph17010040.
126. Soldamlı, R. V. ve Arslanoglu, S. F. (2019). Fitoöstrojenik bitkiler; ne kadar tüketilmeli?. *International Journal of Life Sciences and Biotechnology*, 2(3), 183-204.
127. Szadowska-Szlachetka, Z. C., Stasiak, E., Leziak, A., Irzmańska-Hudziak, A., Łuczyc, M., Stanisławek, A., ... Domżał-Drzewicka, R. (2019). Intensity of menopausal symptoms and quality of life in climacteric women. *Przegląd Menopauzalny*, 18(4), 217-221. doi: 10.5114/pm.2019.93113.

128. Şen, E. ve Saruhan, A. (2010). Menopoz ve hormon replasman tedavisi ile ilgili kanıta dayalı çalışmalar. *Aile ve Toplum: Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 5(20), 45-52.
129. Şen, S., Güneri, S. E., Sevil, Ü. ve Çengel, S. (2012). Menopoz dönemindeki kadınların cinsel disfonksiyonlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 22(1), 8-14.
130. Şenel, F. (2013). Saç Dökülmesi. *Bilim ve Teknik*, 80-81. saglik@tubitak.gov.tr
131. Şentürk, Ş. ve Kara, M. (2010). Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 17(1), 7-11.
132. T.C. Dış İşleri Bakanlığı. (2011). OECD Ülkelerinde Demografik Eğilimler ve Muhtemel Etkileri. Erişim adresi: <http://www.mfa.gov.tr/oecd-ulkelerinde-demografik-egilimler-ve-muhtemel-etkileri.tr.mfa> (25.03.2020)
133. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. (2017). Menopoz Döneminde Beslenme. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/menapoz-doneminde-beslenme.html> (13.02.2020)
134. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. (2017). Tamamlayıcı veya alternatif tıp. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/tamamlay%C4%B1c%C4%B1-veya-alternatif-t%C4%B1p.html>
135. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Yaşlı Sağlığı Modülleri–Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi. Ankara.
136. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Menopoz. Erişim adresi: <https://zekaitahir.saglik.gov.tr/TR,48920/menopoz.html> (26.03.2020)
137. Tanrıverdi, G., Gürsoy, M. Y., Atay, S., Dinç, A., Vurur, S., Kurt, F. Y., ... Topal, S. (2014). Klimakterik dönemdeki kadınlara olumlu sağlık davranışı kazandırmada akran eğitiminin etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 75-90.
138. Taşkın, L. (2016). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. *Kadın hayatının devreleri* (13. baskı içinde (s. 671-687). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
139. TEMD. (2018b). Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Erişim adresi: <http://temd.org.tr/> (12.01.2020)
140. Terauchi, M., Obayashi, S., Akiyoshi, M., Kato, K., Matsushima, E. ve Kubota, T. (2010). Insomnia in Japanese peri-and postmenopausal women. *Climacteric*, 13(5), 479-86. doi: 10.3109/13697130903353478.
141. Terekeci, H. (2020). Vitamin ve mineraller. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp YÜGETAT Bülteni*, 2, 43-58.
142. TJOD. (2018). Dünya menopoz günü. Erişim adresi: <http://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/> (12.01.2020)
143. Trtica Majnarić, L., Martinović, I., Šabanović, Š., Rudan, S., Babić, F. ve Wittlinger, T. (2019). The effect of hypertension duration and the age of onset on CV risk factors expression in perimenopausal women. *International Journal of Hypertension*, doi: 10.1155/2019/9848125.
144. Tunç, N. (2014). *Menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarının belirlenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

145. Tunçarslan, N. (2019). *Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopoz semptomlarına etkisi*. [Yüksek lisans tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
146. Turan, N., Öztürk, A. ve Kaya, N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 103-108.
147. TÜİK. (2013-2018). Hayat tabloları. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/> (15.01.2020)
148. Tümer, A. ve Kartal, A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3), 337-346. doi:10.31362/patd.451911.
149. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. (2020). Menopoz nedir?. Erişim adresi: <http://www.trsgo.org/menu/150/menopoz-nedir> (15.01.2020)
150. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2018a). Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Erişim adresi: <http://temd.org.tr/>
151. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. (2015). *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın* (988), Ankara.
152. Türkiye Osteoporoz Derneği. (t.y.). Türkiye kalça kırığı insidansı ve osteoporoz prevalansı. Erişim adresi: http://osteoporoz.org.tr/hakkindadetay/ve-Osteoporoz-Prevalans_id-9.html (08.03.2020)
153. Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği. (2020). Osteoporoz nedir?. Erişim adresi: <https://www.trasd.org.tr/hastalik/osteoporoz> (08.03.2020)
154. Uludağ, A., Güngör, A. N. Ç., Gencer, M., Şahin, E. M. ve Coşar, E. (2014). Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(1), 25-30. doi: 10.2399/tahd.14.38415.
155. Ulusoy, M. N. ve Kukulcu, K. (2013). Kadınlarda uyku sorunlarının menopoz ile ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 206-213.
156. Vural, P. I. ve Yangın, H. B. (2016). Menopoz algısı: Türk ve Alman kadınların karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 7-15.
157. Weber, M. T., Maki, P. M. ve McDermott, M. P. (2014). Cognition and mood in perimenopause: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 142, 90-8. doi: 10.1016/j.jsbmb.2013.06.001.
158. WHO. (1996). *Technical report series 866 research on the menopause in the 1990s*. Geneva. pp.1-7.
159. WHO. (2020a). Women's health. Erişim adresi: https://www.who.int/topics/womens_health/en/ (05.03.2020)
160. WHO. (2020b). Nutrition for older persons. Erişim adresi: <https://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/> (05.03.2020)
161. Women's Health Initiative (WHI). (t.y.). Erişim adresi: <https://www.whi.org/SitePages/WHI%20Home.aspx> (05.01.2020)
162. Yıldırım, A. (2010). Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38 Suppl 1, 32-40.

163. Yılmaz, A. ve Avcı, İ. A. (2015). 15-49 yaş grubu evli kadınların bazı toplumsal cinsiyet özellikleri ile evlilik uyumları arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 180-193.
164. Zhang, X., Liu, L., Song, F., Song, Y. ve Dai, H. (2019). Ages at menarche and menopause, and mortality among postmenopausal women. *Maturitas*, 130, 50-56. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.10.009.



7. SİMGELER ve KISALTMALAR

BKI: Beden Kitle İndeksi

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DHEA: Dehidroepiandrosteron

EUROSTAT: Avrupa İstatistik Ofisi

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

MSDÖ: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

NAMS (The North American Menopause Society): Kuzey Amerika Menopoz Derneği

NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health): Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi

NIDDK (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases): Ulusal Diyabet, Sindirim ve Böbrek Hastalıkları Enstitüsü

NIH (National Institutes of Health): Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü

OWH (Office on Women's Health): Kadın Sağlığı Ofisi

PMDD: Premenstrüel Disforik Bozukluk

PMS: Premenstrüel Sendrom

RCN: Royal College of Nursing

TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TJOD: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHI (Women's Health Initiative): Kadın Sağlığı Girişimi

WHO (World Health Organization): Dünya Sağlık Örgütü

8. EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Anket No:

1. Yaşınız:.....

2. Medeni durumunuz : 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul

3. En uzun nerede yaşadınız: 1.Şehir 2.İlçe 3.Köy

4. Memleketiniz neresidir? (Ailenizin yaşadığı bölge)

1.Marmara 2.Ege 3.İç Anadolu 4. Karadeniz 5.Akdeniz 6. Doğu Anadolu
 7.Güney Doğu Anadolu

5. Eğitim durumunuz : 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul/Üniversite mezunu

6. (Evliliğe) eşinizin eğitim durumu : 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul mezunu
 4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul/Üniversite mezunu

7. Yaşadığınız aile tipi hangisidir? : 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Yalnız yaşıyorum

8. Ailenizin gelir düzeyini nasıl derecelendirirsiniz: 1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü

9. Mesleğiniz: 1.Çalışmıyor/ev hanımı 2.Emekli 3.Memur 4.Serbest meslek 5.Diğer(Yazınız).....

10. Sağlık güvenceniz var mı? 1.Evet 2.Hayır

11. Sigara içiyor musunuz? 1.Evet.....(paket/günde) 2.Hayır

12. Alkol kullanıyor musunuz? 1.Evet.....(miktar/sıklık) 2.Hayır

13. Düzenli fiziksel aktivite/spor yapıyor musunuz? 1.Evet.....(sıklık) 2.Hayır

14. Kronik bir hastalığınız var mı? 1.Evet (Açıklayınız.....) 2.Hayır

15. Sürekli kullandığınız ilaç var mıdır?

1.Evet (hangi tür ilaçlar ör:Antihipertansif, Kan sulandırıcı.....(tane) 2.Hayır

16. Kaç yaşında evlendiniz:

17.Doğum sayınız:

18. Yaşayan çocuk sayınız:

19. Düşük sayınız:

20. Kürtaj sayınız:

21. İlk gebelik yaşınız:

22. Çocuklarınızı emzirdiniz mi? 1.Evet 2.Hayır

23. Cevabınız evet ise kaç ay/yıl emzirdiniz

24. İlk adet(menarş) tarihiniz:

25. Menopozal dönem sizin için ne ifade ediyor?

1.Eksiklik,yarım kalmışlık 2.Kriz dönemi 3.Doğal bir süreç 4.Yeni başlangıç, değişim
 5.Yeterli bilgin yok 6.Kilo ve hastalıkların artışı 7.Diğer.....

26. Menopozal dönem hakkında daha önce bilgi aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır

27. Cevabınız evet ise daha önce bilgi aldığınız kaynak hangisidir?

1.Doktor 2.Hemşire 3.Kitle İletişim Araçları-Medya 4.Aile
 5.Komşu ve tanıdıklardan 6.Diğer

28. Menopoza giriş şekliniz: 1.Doğal 2.Cerrahi 3.Diğer

29. Ne zamandır menopozdasınız:

30. Annenizin menopoza girme yaşını biliyor musunuz? 1.Evet.....(yazınız) 2.Hayır

31. Yakınlarınızda erken menopoza giren var mı? 1.Evet 2.Hayır
32. Evet ise yakınlık derecesini belirtiniz.
 1.Anne 2.Teyze 3.Kardeşler 4. Hala 4.Diğer.....
33. Nasıl bir yapıya sahibsiniz?
 1.Karamsar 2. Sakin 3. Rahat iletişim kurabilen 4. Çabuk öfkelenen 5. Stresli
 6. Panik 7. Unutkan 8. Diğer, belirtiniz.....
34. Menopozdan sonra kendinizi nasıl tanımlarsınız?
 1.Karamsar 2. Sakin 3. Rahat iletişim kurabilen 4. Çabuk öfkelenen 5. Stresli
 6. Panik 7. Unutkan 8. Diğer, belirtiniz.....
35. Daha önce kontraseptif yöntem (doğum kontrol yöntemleri) kullandınız mı?
 1.Evet.....(süre) 2.Hayır
36. Rutin kontrollerinizi yaptırıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
37. Cevabınız evet ise hangilerini yaptırdınız?
 1. PAP Smear testi
 2. Tam kan sayımı
 3. Lipid profili (total kolesterol,HDL,LDL vb.)
 4. Karaciğer Fonksiyon testleri (ALT, AST)
 5. Mamografi
 6. Meme ultrasonu
 7. Kemik yoğunluğu ölçümü
 8. Pelvik muayene
 9. Diğer.....
38. Sahip olduğunuz kültürde menopoza bakış nasıldır?
 1.Kadına verilen değerin daha arttığı
 2.Kadının değersizleştirildiği
 3.Üretkenliğin bitişi
 4.Doğal bir olay
 5.Diğer.....
- 39.Aşağıdaki (vazomotor) problemlerden hangilerini menopoz döneminizde yaşadınız?
 1.Sıcak basması 2.El ve ayaklarda uyuşma hissi 3.Gece terlemesi
 4.Baş ağrısı 5.Boğulma hissi 6.Dikkat dağınıklığı 7.Diğer.....
- 40.Aşağıdaki emosyonel problemlerden hangilerini menopoz döneminizde yaşadınız?
 1.Hüzünlenme 2.Huzursuzluk – sinirlilik 3.Ağlama nöbetleri
 4.Korku – panik hissi 5.İçer kapanıklık 6.Diğer.....
- 41.Menopozal dönemde unutkanlık sorunu yaşadınız mı? 1.Evet 2.Hayır
- 42.Aşağıdaki saç ve deri ile ilgili problemlerden hangilerini menopoz döneminizde yaşadınız?
 1.Saç ve tüylerde dökülme 2.Kepeklenme 3.Deride lekelenme
 4.Deride kuruluk ve kaşıntı 5.Tüyenme 6.Diğer.....
43. Aşağıdaki ürogenital sistem problemlerinden hangilerini menopoz döneminizde yaşadınız?
 1.Üriner enfeksiyon 2.Üriner İnkontinans 3.Cinsel isteksizlik
 4.Cinsel ilişki sırasında ağrı 5.Diğer.....

44. Menopozal dönemde eklem ve kemiklerde ağrı sorunu yaşadınız mı? 1.Evet 2.Hayır
45. Menopozal dönemde heyecanlanma sorunu yaşadınız mı? 1.Evet 2.Hayır
46. Menopozal dönemde kabızlık sorunu yaşadınız mı? 1.Evet 2.Hayır
47. Polikliniğe başvurma nedeniniz nedir?
- 1.Kendini yalnız hissetmek 1.Evet 2.Hayır
- 2.Menopozla ilgili sorunlar yaşadığım için 1.Evet 2.Hayır
- 3.Doktor önerisi 1.Evet 2.Hayır
- 4.Kaygı-endişelerim arttığı için 1.Evet 2.Hayır
- 5.Sağlığımı korumak için 1.Evet 2.Hayır
- 6.Erken menopoza girdiğim için 1.Evet 2.Hayır
- 7.Diğer.....
48. Boyunuz.....cm Kan basıncı.....mmHg
Kilonuz.....kg Nabız.....atım/dk
49. Menopoza girdiğinizde ilk neler hissettiniz?
- 1.Olumlu bir süreç olarak kolayca kabullendim
- 2.Cinselliğin bitişi olarak olumsuz algıladım
- 3.Halen daha tam kabullenmiş değilim
- 4.Karamsar bir ruh haline büründüm, ağlamaya başladım
- 5.Diğer.....
50. Menopoza girmeden önce hiç olumsuz bir durum başınıza geldi mi?
- 1.Evet..... (açıklayınız) 2.Hayır
51. Eşinizle iletişiminiz nasıldır? 1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü
52. Menopoz döneminde karşılaştığımız sıkıntılar için sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?
- 1.Evet (hangi tür sıkıntı.....) 2.Hayır
53. Menopoz, aile bireyleriyle olan iletişiminizi etkiledi mi? 1.Evet 2.Hayır
54. Menopoza girdiğinizde bu durumu ilk kiminle paylaştınız?
- 1.Eşimle 2.En yakın arkadaşlarımla 3.Çocuklarımla 4.Annemle/kız kardeşimle
- 5.Sağlık personeliyle 6.Hiç kimseyle
55. Çevrenizden bu süreç içinde yeterli destek gördünüz mü?
- 1.Evet /Orta düzeyde 2.Evet /Az düzeyde 3.Hiç destek görmedim
56. Menopoz dönemi sizin için nasıl sürmektedir?
- 1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü
57. Menopoz sonrası karşı cinsin yanında rahat etme durumunuz nedir, işaretleyiniz.
- 1.Çok rahatım 2.Rahatım 3.Zaman zaman rahatım 4.Hiç rahat değilim
58. Menopoz döneminde sizi en çok korkutan, endişe duymanıza sebep olan şey nedir?
.....
- 59.Menopoz döneminde en çok hissettiğiniz duygu nedir?
- 1.Öfke 2.Karamsarlık 3.Pişmanlık 4.Mutluluk 5.Hüzün 6.Diğer.....

60. Menopozal dönemle birlikte aşağıdakilerden hangilerine katılıyorsunuz?

	Evet	Hayır	Biraz
Depresyon, içe kapanıklığım arttı			
Ahret korkum arttı			
Saç dökülmem arttı			
Cinsel yaşamın bittiğini düşünüyorum			
Menopoz sonrası kendimi daha çirkin hissediyorum			
Kilo aldım			
Uyku düzenim bozuldu			
Alternatif tedavilerin yararlı olduğunu düşünüyorum			
Kültürlerin menopoza yaklaşımı farklılık göstermektedir			
Psikolojik destek almaya başladım			
Kadın olduğum için pişmanlık hissi yaşadım			
Menopoz sonrası sigara kullanımım arttı			
Menopoz sonrası alkol kullanımım arttı			
Menopozun psikolojik sorunları tetiklediğini düşünüyorum			
Menopoz her kadında aynı yaşanır			
Yakınlarıma iyi gelen bitkisel tedavileri kendimde kullanırım			
Menopozdan sonra kendimi daha hür, serbest hissediyorum			
Fikirlerime daha çok değer verildiğini görüyorum			
Menopoz bir kadının hayatını önemli ölçüde etkiler			
Karşı cins daha az çekici geldiğini düşünüyorum			
Kendime karşı güvenimi yitirdim			
Sosyal iletişimimi olumsuz yönde etkiledi.			

61. Menopozda özgü herhangi bir tedavi kullanıyor musunuz?

- 1.Hormon Replasman Tedavisi -HRT 2.Diyet 3.Psikolojik tedavi
 4.Osteoporoz tedavisi 5.Kalsiyum İlacı 6.Kullanmıyorum 7.Diğer.....

62. Hormon Replasman Tedavisi almama nedeniniz nedir?(açıklayınız)

63. Alternatif tedavi kullanıyor musunuz? 1.Evet.....(süre) 2.Hayır

64. Sıcak basması/gece terlemesi sırasında kullandığınız alternatif tedaviyi işaretleyiniz.

1. Yoga 2.Yağlı-baharatlı yiyeceklerden/sigaradan uzak durma 3. Egzersiz
 4. Bitkisel tedavi kullanımı 5.İnce kıyafetler tercih etme 6. Rahatlama-gevşeme teknikleri
 7. Diğer.....

65. Endişelerinizin artması durumunda nasıl baş ediyorsunuz?

- 1.Uyumaya çalışma 2.Dua etme 3.Müzik terapisi 4.Doktora başvurma
 5.Hobiler edinme 6.Diğer.....

66.Uyku alışkanlıklarınızla ilgili değişikliklerde nasıl baş ediyorsunuz?

- 1.Bitkisel ilaç-çay kullanımı 2.Dua okuma 3.İlk duş alımı
 4.Kafein içeren yiyecek-içeceklerin azaltılması 5.Masaj 6.Diğer.....

67. Keyifsizlik, ruh hali değişikliklerinde (ağlamaklı, üzgün hissetme) alternatif tedavi kullanıyor musunuz?

- 1.Evet.....(yazınız) 2.Hayır

68. Fiziki ve zihinsel yorgunlukta nasıl baş ediyorsunuz?

- 1.İstirahat etme 2.Bitkisel ilaç kullanımı 3.Günlük yapacaklarını sıralama
 4.Müzik terapisi 5.Masaj 6.Diğer.....

69. Kardiyovasküler sorunlarda (kalpte sıkışma, çarpıntı vb.) hangi baş etme yöntemini kullanıyorsunuz?

- 1.Sakin bir ortamda dinlenme 2.Dikkati başka yöne verme 3.Meditasyon
 4.Rahatlama-gevşeme teknikleri 5.İlaç kullanımı 6.Diğer.....

70. Sinirlilik durumunda nasıl baş ediyorsunuz?

- 1.Ağlama 2.Tek başına kalma 3.Yürüyüş 4.Çevredeki eşyaları kırma, zarar verme
 5.İbadet etme 6.Aile bireyleriyle paylaşma 7.Diğer.....

71. Menopozda cinsel sorunlarınızla ilgili yaşadığınız değişimlerle nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Doktora gitme 2.Durumu eşiyile paylaşma 3.Bitkisel tedavilere başvurma
 4.Cinsel ilişkiden uzak durma 5.Diğer.....
72. İdrarla ilgili sorunlar yaşadığınızda nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Bitkisel ilaç kullanımı 2.Doktora başvurma 3.Mesaneyi güçlendirici egzersizler yapma (Kegel) 4.Ara bezi kullanma 5.Sıvı alımını kısıtlama 6.Diğer.....
73. Vücutunuzda tüylenme sorunuyla nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Doktora gitme 2.Tüyleri yakma 3.Bitkisel tedavilere başvurma
 4.Tüy dökücü ürünler kullanma 5.Diğer.....
74. Vajinada kuruluk sorununda nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Doktora gitme 2.Bitkisel tedavilere başvurma 3.Kayganlaştırıcı jel-krem kullanma
 4.Eşimle paylaşma 5.Vajinaya yoğurt kullanımı 6.Diğer.....
75. Menopozal dönemde eklem-kas ağrılarında nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Ağrıyan bölgeye masaj uygulama 2.Ağrı kesici alma 3.Egzersiz yapma
 4.Bitkisel tedavilere başvurma 5.Hareketsiz kalmaya çalışma 6.Diğer.....
76. Saç dökülmesiyle ilgili sorunlarınızda nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Saçlarımı daha az yıkarım 2.Bitkisel yağ-karışım kullanırım 3.Sarımsak sürme
 4.Doktora gitme 5.Bir şey yapmıyorum 6.Kına yakma 7.Diğer.....
77. Ciltte meydana gelen değişimler sonucunda nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Evde maske uygulama 2.Kozmetik ürünlere başvurma 3.Sıvı alımını artırma
 4.Doktora gitme 5.Bitkisel ilaç kullanımı 6.Diğer.....
78. Kol ve bacaklarda uyuşukluk-karıncaalanma hissinde nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Masaj 2.Uyuşan bölgeleri yükseltme 3.Egzersiz
 4.Doktora gitme 5.Bitkisel ilaç kullanımı 6.Diğer.....
79. Baş ağrınız olduğunda neler yapıyorsunuz?
 1.Masaj 2.Doktora gitme 3.Başını sarmalama
 4.Temiz hava alma 5.İlaç kullanımı 6.Diğer.....
80. Kabızlık problemi yaşadığınızda nasıl baş ediyorsunuz?
 1.Yürüyüş 2.Doktora gitme 3.Lifli besinler tüketimini artırma
 4. Her sabah aç karna ılık su içimi 5. Her gün aynı saatte tuvalete gitme 6. Diğer.....
81. Yukarıdaki sorunlara ek menopoz döneminde yaşadığınız diğer sorunlarla nasıl baş ediyorsunuz?
.....
82. Menopoz belirtilerinde en fazla hangi alternatif tedavileri kullandınız, derecelendiriniz.
 Yoga Egzersiz
 Diyet Hipnoterapi
 Bitkisel tedavi kullanımı Dua etme
 Akupunktur Dikkatli olma meditasyonu
 Rahatlama-gevşeme teknikleri Diğer.....


EK 2: MENOPOZ SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İlginiz ve yardımlarınız için çok teşekkürler

EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 1
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014		

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Aysel ÖZDEMİR ve Meltem ESKİCİOĞLU tarafından yürütülen “Menopoz döneminde karşılaşılan şikayetlerde alternatif tedavi kullanma durumlarının tespit edilmesi” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR

Araştırmanın Amacı:
Bu çalışma, kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları şikayetlerde alternatif tedavi kullanma durumlarını tespit etmek amacıyla planlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:
Araştırmanın verileri 82 sorudan oluşan anket formu ile Schneider ve ark. (1992) tarafından geliştirilip Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gürkan (2005) tarafından yapılan 11 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşan Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ile toplanılacaktır. Anketi 04.02.2019-31.05.2019(4 ay) tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi SUAM Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran 40-60 yaş arası okuma yazma bilen, iletişim ve kendini ifade etme problemleri olmayan, menopoza girmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler araştırma kapsamına alınacaktır.

Araştırmanın Süresi: 04.02.2019-31.05.2019(4 ay)

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 288 kişi

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Araştırma, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yürütülecektir.

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Meltem ESKİCİOĞLU

Çalışmanın adı: Menopoz döneminde karşılaşılan şikayetlerde alternatif tedavi kullanma durumlarının tespit edilmesi
Tarih:

EK 4: İZİNLER



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı: 52588837-605/21855

24/10/2018

Konu: Meltem ESKİCİOĞLU'nun Araştırma İzni

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 03.10.2018 tarihli ve 45226392-605/1168 sayılı yazınız.

İlgi yazıdaki talebiniz Meltem ESKİCİOĞLU'nun Araştırma İzni konulu yazıya istinaden, ilgili Anabilim Dalı tarafından protokolünün değerlendirilmesi ve Etik Kurul onayı sonrası çalışma talebinizin uygun bulunması ile ilgili yazı örnekleri ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

imza

Prof. Dr. Ekrem KAYA
Dekan V.

Ek :

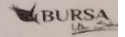
1-Yazı Örneği (1 sayfa)

2-Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığının yazısı

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

U.Ü. Tıp Fakültesi Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA Ayrıntılı Bilgi Tel : 0224 2950071- Faks: 0224 2950071 Birsen D. e-posta : birsendede@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?6Fc0SORO10ewqVMvc1ReRQ>





T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı: 62377692-000/21280

Konu: Meltem ESKİCİOĞLU'nun Araştırma İzni

16/10/2018

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 12.10.2018 tarihli ve 92376676-000/21118 sayılı yazınız.

Prensip olarak ilgili çalışmanın kliniğimizde yapılmasında sakınca yoktur. Araştırmanın protokolünün tarafımızdan değerlendirilmesi ve Etik Kurul onayı sonrası çalışma yapılması uygundur.

Gereğini arz ederim.

imza

Prof. Dr. Gürkan UNCU
Anabilim Dalı Başkanı

U.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

UĞURLU

Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA

Tel : 0224 295 25 41- 42 Faks: 0224 295 00 99

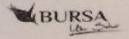
e-posta : kubrahhd@uludag.edu.tr

Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr

Bilgi İçin: Kübra ARIKAN

Sekreter

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?XQvf6x8tVEacn7Q-_IRYuA



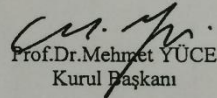
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

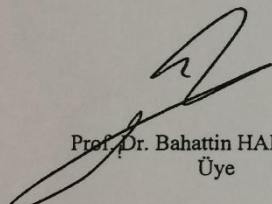
OTURUM TARİHİ
02 Ocak 2019

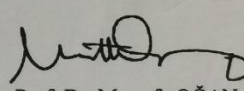
OTURUM SAYISI
2019-01

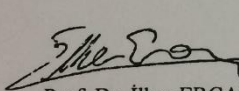
KARAR NO 5: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Meltem ESKİCİOĞLU'nun "Menopoz Döneminde Karşılaşılan Şikayetlerde Alternatif Tedavi Kullanma Durumlarının Tespit Edilmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulanacak anket sorularının değerlendirilmesine geçildi.

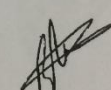
Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Meltem ESKİCİOĞLU'nun "Menopoz Döneminde Karşılaşılan Şikayetlerde Alternatif Tedavi Kullanma Durumlarının Tespit Edilmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulayacağı anket sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucaya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

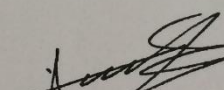

Prof. Dr. Mehmet YÜCE
Kurul Başkanı


Prof. Dr. Bahattin HAKYEMEZ
Üye


Prof. Dr. Mustafa OĞAN
Üye


Prof. Dr. İlker ERCAN
Üye


Prof. Dr. Berrin TUNCA
Üye


Prof. Dr. Ülgen GÜNAY
Üye

Re: Ölçek izni



özlem <ozlemcan@marmara.edu.tr>
19.09.2018 13:39

Kime: meltem eskicioğlu

[Tüm ekleri kaydet](#)



menopoz ölçek makalesi son.doc
107 KB



MENOPOZ SEMPTOMLARINI...
37,5 KB

Merhaba Meltem,

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğini çalışmada kullanmandan memnuniyet duyarım. Ölçeğin yayınlandığı makaleyi ve ölçeği ekte gönderiyorum.

İyi çalışmalar.

Dr.Özlem CAN GÜRKAN

9. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aőamasında tecrübesi, desteği ve bilgi donanımıyla her zaman yardımcı olan, hakkını ödeyemeyeceğim sayın tez danıőmanım Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR'e, veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Gürkan UNCU hocama ve ilgili ana bilim dalı sağlık çalıőanlarına, çalıőmamda verilerin istatistikleri konusunda yardımcı olan Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Doç. Dr. Güven ÖZKAYA hocama ve bu süreçte her daim yanımda olan, güç veren değerli aileme minnetlerimi ve teőekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Meltem ESKİCİOĞLU

Doğum Tarihi: 17.12.1993

Doğum Yeri: Bolu

EĞİTİM

2017-2020 Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı (Yüksek Lisans), Bursa

2015-2017 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu/Hemşirelik (Lisans), Eskişehir

2012-2015 Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik (Lisans-yatay geçiş), Zonguldak

2007-2011 İzzet Baysal Anadolu Sağlık Meslek Lisesi, Bolu

Ödüller

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Birinciliği

Yabancı Dil

YÖKDİL Sağlık Bilimleri (İngilizce): 65,0 /2017

Mesleki Dernek Kurum ve Üyeliği

Öğrenci Hemşireler Derneği (ÖHDER)

İş Deneyimi

Özel Çağsu Hastanesi (hemşire)- 2013

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (stajyer hemşire)- 2014