



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARDA ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN MENOPOZAL TUTUM VE YAKINMALAR
ÜZERİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN: DİLEK KÖKKAYA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi HÜLYA DEMİRCİ

MANİSA-2018

BEYAN

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

05.02.2018

Dilek KÖKKAYA



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince, tecrübe ve bilimsel katkılarını benden esirgemeyen, hoşgörülü yaklaşımı ve yapıcı desteği ile bana büyük emekleri geçen tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ'ye,

Tez jürimde olmayı kabul ederek zaman ayırdıkları ve bu çalışmaya yaptıkları önemli katkıları ve verdikleri destek için değerli jüri üyeleri Prof. Dr. Gül ERTEM ve aynı zamanda yüksek lisans eğitimimde de değerli bilgilerini bizlere aktaran Doç. Dr. Emre YANIKKEREM'e

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Tez sürecim boyunca bana anlayışları ile destek olan başta sorumlu hemşirem Külter KOCADAĞ SEDEF ve her koşulda yanımda var olduklarını bildiğim tüm ekip arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, varlıklarıyla güç veren ve tez sürecinde beni sonuna kadar destekleyen başta annem ve babam; Kıymet ve Feridun GÖKCÖL; Hatice ve Eşref KÖKKAYA olmak üzere tüm aileme,

Her bilgisayar başına geçtiğimde koşarak kucağıma gelen ve benim yerime tezimi yazan, manevi desteğinden dolayı dünyalar güzeli kızım Defne KÖKKAYA'ya,

Son olarakta bu zorlu süreçte bana hep yanımda olduğunu hissettiren, çalışmalarımı sürdürebilmem için hayatımı kolaylaştırmaya uğraş veren ve bana kendimi her zaman şanslı hissettiren değerli eşim Sercan KÖKKAYA'ya verdiği emek ve gösterdiği anlayış için teşekkür ediyorum.

Dilek KÖKKAYA

Manisa/2018

İÇİNDEKİLER

Sayfa
No

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1.Klimakterik Dönem	8
4.1.1.Klimakterik Dönemin Tanımı	8
4.1.2.Klimakterik Dönemin Fizyopatolojisi	8
4.1.3. Klimakterik Dönemin Sınıflandırılması	9
4.1.4.Klimakterik Döneminde Görülen Değişiklikler	11
4.1.4.1.Premenopozal Değişiklikler	12
4.1.4.2.Postmenopozal Değişiklikler	14
4.2.Klimakterik Dönemde Tedavi	18
4.2.1.Hormon Replasman Tedavisi (HRT)	18
4.2.2.Alternatif Tedavi Yöntemleri	18
4.3.Klimakterik Dönem ve Hemşirelik Yaklaşımı	19
4.4.Sosyal Destek	21
4.4.1.Sosyal Destek Kavramı	21
4.4.2.Sosyal Destek Kaynakları	22
4.4.3.Sosyal Desteğin İşlevleri	23
4.4.4.Algılanan Sosyal Destek	23
4.4.5.Sosyal Destek ve Sağlık	24
4.4.6.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Sosyal Desteğin Önemi	26
5. GEREÇ VE YÖNTEM	28
5.1. Araştırmanın Tipi	28
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
5.4. Araştırmanın Hipotezleri	29
5.5. Araştırmanın Bağımlı, Bağımsız Değişkenleri	29

5.6. Veri Toplama Araçları	30
5.6.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu	30
5.6.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Soru Formu	31
5.6.3. Kadınların Menopoza Bakış Açısı Soru Formu	31
5.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Soru Formu	32
5.7. Veri Toplama Yöntemi	33
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler	33
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	34
5.11. Süre ve Olanaklar	34
6. BULGULAR	36
6.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	36
6.2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular	38
6.3. Kadınların Menopoz Dönemine İlişkin Bulgular	39
6.4. Kadınların Menopoz Semptomları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	49
6.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Menopoza Yönelik Tutumlar Arasında İlişkiye Yönelik Bulgular	51
6.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular	57
6.7. Menopoza Yönelik Tutumlar ve Menopoz Semptomları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	58
7. TARTIŞMA	65
7.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	65
7.2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	70
7.3. Kadınların Menopoz Dönemine Ait Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	71
7.4. Kadınların Menopoz Semptomları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	76
7.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Menopoza	78

Yönelik Tutumlar Arasında İlişkiye Ait Bulgulara Yönelik Tartışma	
7.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgulara Yönelik Tartışma	81
7.7. Menopoza Yönelik Tutumlar ve Menopoz Semptomları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma	82
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	92
9. KAYNAKLAR	95
10. EKLER	108
Ek-I: Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Soru Formu	108
Ek-II: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)	111
Ek-III: Kadınların Menopoza Bakış Açısı Soru Formu	112
Ek-IV: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	113
Ek-V: Aydınlatılmış Onam Formu	114
Ek-VI: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı	117
Ek-VII: Celal Bayar Üniversitesi Yerel Etik Kurulu Onayı	118
Ek-VIII: Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kurum İzni	119
Ek-IX: Turnitin orjinallik raporu	120
ÖZGEÇMİŞ	121

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 2. Kadınların Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı	37
Tablo 3. Kadınların Boş Zamanlarında Yaptıkları Aktivitelere Göre Dağılımı	37
Tablo 4. Kadınların Evlenme Yaşı, Toplam Evlilik Süresi, Toplam Gebelik Sayısıyla İlgili Bulguların Dağılımı	38
Tablo 5. Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	38
Tablo 6. Kadınların Menopoza Girme, Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Alma Kaynaklarına Göre Dağılımı	39
Tablo 7. Kadınların Menopoz Dönemine Yönelik Şikâyetlerini Paylaştığı Kişilere Göre Dağılımı	40
Tablo 8. Kadınların Menopoz Dönemi Şikâyetlerinin Eş, Çocuk ve Çevresindeki Kişileri Etkileme Durumuna Göre Dağılımı	40
Tablo 9. Kadınların Menopozu Algılama Durumlarına Göre Dağılımı	41
Tablo 10. Kadınların Menopoz Döneminde Bitkisel İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	42
Tablo 11. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile MSDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı	43
Tablo 12. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı	46
Tablo 13. Menopozun Kadının Aile, Çocuk ve Çevre İlişkilerine Etkisi ile Menopoz Semptomları Ölçeği ile Puanlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 14. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Menopoza Yönelik Tutumlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı	51
Tablo 15. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı	57
Tablo 16. Menopoza Yönelik Tutumlar ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı	58

ŐEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Zamanlanması

35



KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	Beden Kitle İndeksi
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KCD	Kadın Cinsel Disfonksiyonu
MRS	Menopause Rating Scale
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
PMS	Premenstruel Sendrom
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları
TURDEP	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHI	Woman Healthy Initiative
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

Başlık: Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum ve Yakınmalar Üzerine Etkisi

Öğrencinin adı: Dilek KÖKKAYA

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ

Anabilim Dalı: Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, klimakterik dönemdeki kadınlarda algıladıkları sosyal desteğin menopozal yakınmalar ve menopoza ilişkin tutumları üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'ne herhangi bir nedenle başvuran 45-65 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan formül ile hesaplanarak 384 kadın örnekleme alınmıştır. Bu kadınlar basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Veri toplama aşamasında 'Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu', 'Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)', 'Kadınların Menopoza Bakış Açısı Soru Formu' ve 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)' kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 for Windows istatistik analiz programında sayı, yüzde dağılımı, Pearson korelasyon analizi, One-Way ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların %38,3'ü 45-50 yaş aralığında olup yaş ortalaması $52,7 \pm 4,6$ 'dır. Kadınların %57,3'ünün ilkökul mezunu, %80,5'inin çalışmadığı ve %54,7'sinin gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır. Menopozun kadının aile ve sosyal yaşantısına etkisi ile menopoz semptomları arasındaki ilişki incelendiğinde; menopozun eş, çocuk ve çevre ile ilişkisini olumsuz etkilediğini düşünen kadınların menopozal semptomlarının fazla olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Sosyal desteği olan kadınların menopozu doğal bir süreç olarak kabullendiği, kadınsı özellikleri etkilemediğine inandığı, kendisini daha az anksiyeteli ve sinirli hissettiği, yaşama karşı ilgisini kaybetmediği ve menopoz döneminde olmaktan mutlu olduğu

saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların algıladıkları sosyal destek arttıkça menopozal semptomların (fiziksel ve psikolojik) azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte, menopoza karşı olumlu tutumu olan kadınların olumsuz tutumu olanlara göre daha az menopozal yakınmaları olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Sosyal desteğin, özellikle aile desteğinin kadınların menopozal yakınmalarını azalttığı ve menopozal tutumlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Menapoz, Algılanan sosyal destek, Menopozal yakınma, Menopozal tutum.



Title: The Effect of Perceived Social Supports on Menopausal Approaches and Complains to Women in Climacteric Period

Student name: Dilek KÖKKAYA

Thesis Advisor: Lecturer, PhD Hülya DEMİRÇİ

Department: Gynecology and Obstetrics Nursing

2. SUMMARY

Objective: The aim of this study is to analyse the effects of social support on the menopausal complaints and the approaches of women towards menopause in the climacteric women.

Material and Method: The study population consists of women aged 45-65 years who applied to Manisa CBU Hafsa Sultan Hospital for any reason. The sample size is calculated by using the formula used in cases where the number of individuals to be sampled is unknown, 384 women has included to study. These women are selected by the method of simple random sample. 'Characteristics of Women Questionnaire', 'Menopause Symptom Assessment Scale (MSAS)', 'Women's Perspective on Menopause Questionnaire' and 'Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS)' were used in the data collection phase. Number, percentage, Pearson Correlation Analysis, One-Way ANOVA and Kruskal Wallis tests were used with SPSS 15.0 for Windows statistical analysis program for the analysis of data.

Results: Overall, 38,3% of the women participating in the research were in the age range of 45-50 years and the mean age of women was found as $52,7 \pm 4.6$. It is determined that 57,3% of the women were primary school graduates, 80,5% were unemployed and 54,7% of them have middle income level. When the relation between symptoms of the menopause, and effects of menopause to family life and social relationship of women; it was determined that menopausal symptoms were more common in women who thought that menopause had a negative effect on the relationship with husband, child and environment ($p < 0,05$). It was found that, women who had social support, accept menopause as a natural process, believe that it doesn't affect feminine aspects, feel less anxious and nervous, not to lose interest to

life and are happy to be in menopausal period ($p < 0,05$). It was identified that increasing of perceived social support of women help to reduce menopausal symptoms both in physically and psychologically ($p < 0,05$). In addition, women who had positive approach to menopause had less menopausal complaints than women who had negative approach to menopause.

Conclusion: It could be say that social support, especially family support, reduces the complaint of menopause in the women and have positive effect on their menopausal approaches.

Key words: Menopause, Perceived social support, Menopausal complaints, Menopausal approach.



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde yaşam koşullarının daha iyi hale gelmesiyle tanı ve tedavi işlemleri gelişmiş ve dolayısıyla insan ömründe belirgin bir artışa neden olmuştur. Buna paralel olarak, dünya nüfusu içinde menapozal dönemdeki kadınların sayısı da artmıştır. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (2010) verilerine göre dünya nüfusu 6,8 milyardır ve menapozal dönemdeki kadınlar bu nüfusun 1 milyar 200 milyonunu oluşturmaktadır. Türkiye’de kadınlarda beklenen yaşam süresi Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre 80,7 yıldır (TUİK 2016a). Bu verilere göre, kadınların ortalama 81 yıl yaşayacağı varsayılırsa, bir kadının yaşamının üçte birlik bölümünü postmenopozal dönemde geçireceği ve menopozal döneme özgü yaşanabilecek sağlık sorunları ile karşılaşabilecekleri bir gerçektir (Ertan 2013).

Kadınların yaklaşık 50 yaş ve civarında artık adet görmedikleri ilk kez M.Ö. 322’de Aristo’nun ‘*Historia Animalium*’ kitabında yazılmıştır. Tarihine bakıldığında menopoz dönemi “kadınların cehennemi, zehrin vücuttan atılamaması, gizli hastalık, kritik zamanlar” gibi isimler almıştır. Menopoz terimini ilk kez Fransız Hekim Gardanne 1821 tarihinde kullanmıştır. Yunanca kökenli ‘kesilme’ ve ‘ay’ sözcüklerinden türetildiği bilinmektedir (İntepe 2007). Menopoz, klimakteryum içerisinde bir kesit olup kadının bir yıl adet görmemesidir. Klimakteryum ise kadın yaşamının doğurganlık dönemiyle yaşlılık dönemi arasında olan, overdeki yapısal ve işlevsel değişikliklere bağlı hormonal dengenin farklılaşması sonucunda oluşan belirtiler ile karakterize bir geçiş dönemidir (İntepe 2007). Klimakterik dönem genel olarak 45 yaş civarında başlar, yaşlılık döneminin başlangıcı kabul edilen 65 yaşa kadar devam eder ve dört evreyi kapsar. Bu evreler premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopozdur (Taşkın 2009; Çelik ve Pasinlioğlu 2013; Pınar ve ark. 2015).

Evrensel olmayan bu dönem, her kadının sosyokültürel yapısı ile uzlaşan bir algılamının ürünüdür (Tortumluoğlu ve Erci 2004). Menopoz belirtileri farklı yayınlarda farklı şekillerde sınıflandırılrsa da sıcak basmaları, adet düzeninde bozukluklar gibi vazomotor bozukluklar, deri-meme atrofisi gibi durumlar, ruhsal

sorunlar ve östrojen eksikliğinin uzun dönem sorunları Őeklindeki genel baŐlıklara ayrılmaktadır (Karlıdere ve Özşahin 2008).

Menopoz döneminde kadınların %70-80'inde östrojen yetmezliği belirti ve bulguları görölmektedir. Over fonksiyonlarının bozulması ile birlikte östrojen eksikliğine bağlı belirtiler öncelikle ortaya çıkarken osteoporoza bağlı sorunlar ve kardiovasküler hastalıklar geöç dönemde ortaya çıkmaktadır (İntepe 2007). Bu belirtilerin görölüp görölmeyeceği ve ne kadar sıklıkla yaşanacağı çeşitli nedenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Psikolojik, biyolojik, sosyal ve kültürel etmenler menopozal semptomlarda önemlidir. Sosyo-kültürel görüŐe göre, menopozun sebep olduğu sorunlar, toplumsal değerler, menopozla yüklenen olumsuz anlamlar ve kalıp yargıların bir sonucudur. Buna bağlı olarak, menopoz semptomlarında aynı kültür içinde ve kültürler arasında büyük değişiklikler görölebilir (Bayraktar ve Uöanok 2002, Dökmen 2009).

Sağlığı korumaya yarayan, insanların hayatında önemli bir yer tutan, gerektiği zaman kişiye duygusal, zihinsel ve maddi yardım sağlayan bütün kişilerarası ilişkiler “Sosyal Destek Sistemleri” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek, birey anne karnındayken hissedilmeye başlar, bebek dünyaya geldiğinde devam eder ve ona yaşamı boyunca yardım eden destek Őeklidir. Sosyal ağ bireyin etkileşimde olduğu kişileri içerir ve sosyal destekten sağlanır. İnsanın hayatı boyunca destek; aile üyelerinden, akrabalarından, komşulardan, arkadaşlarından, öalıŐma arkadaşlarından, alınarak geliştirilmektedir. İhtiyaö olduğunda sağlık profesyonellerinden de sosyal destek alınabilmektedir (Ardahan 2006; Mermer ve ark. 2010; Aksakallı ve ark. 2012).

Sosyal destek insanın temel gereksinimlerinden olan sevgi, benlik saygısı, bağlılık ve bir gruba ait olma gibi ihtiyaölarını karşılar ve böylece bireyi bedensel ve psikolojik açıdan olumlu yönde destekler (Özbey 2012). Sosyal destek, bireyin sağlığını direkt etkiler. Sosyal destek yokluğu kişinin doğrudan hasta olmasına neden olabilir. GeniŐ bir sosyal ağ içinde yer alan insan, anne-baba, eş, evlat, komşu ya da arkadaş gibi birbirinden farklı roller üstlenmektedir. Bu roller içerisinde kişi değerli bulunuyor, seviliyor, gerektiğinde destek görüyorsa, kendini o kadar mutlu ve güvende hisseder. Bu durumun aksine, sosyal-kültürel ilişkilerin sıkıntılı ya da yetersiz olduğu durumlar psikolojik hastalıkları geliŐtirme riskini arttırabilir

(Ardahan 2006). Yapılan çalışmalarda sosyal destek kaynakları gcl olan kişilerin daha yüksek benlik algısına, daha az depresyon düzeyine, daha sağlıklı ve daha uzun ömre sahip olduğu bulunmuştur (zbey 2012). Bununla birlikte, araştırmalar evlilik, yakın arkadaş, aile, komşu ilişkilerinin ve bir gruba (politik, sosyal, dini) ye olma gibi kurulan ilişkilerin sayısının arttıca yaşam süresinin de arttığını göstermektedir (Aktaş 2013).

Kadının hayatında önemli bir yer tutan bu dönemde algılanan sosyal desteğin kadınların menopoza yakınmalarını azaltacağı ve menopoza karşı tutumlarını olumlu yönde etkileyeceği dşnlmektedir. Bu araştırmanın temel amacı, klimakterik dönemdeki kadınların algıladıkları sosyal destek ile menopoza şikayetleri ve menopoza karşı tutumları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bununla birlikte, sosyo-demografik değişkenlerin menopoza yakınmalar, menopoza ilişkin tutum ve kadınların algıladıkları sosyal destek üzerine etkisinin de incelenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. KLİMAKTERİK DÖNEM

4.1.1. Klimakterik Dönemin Tanımı

Klimakterium kadın yaşamının dönemlerinden biridir ve Yunanca merdiven basamağı ve kritik periyot anlamına gelen "klimakter" sözcüğünden türemiştir (Tortumluoğlu 2003; Özkan 2008; Sert 2009; Erkin ve ark. 2014). Klimakterium dönemine “*Yaş dönümü*” de denilmektedir. Kadının cinsel olarak olgun olduğu dönemden, üreme fonksiyonlarının sonlandığı döneme geçiş dönemi olarak tanımlanan klimakterik dönem 45 yaş civarında başlamakta ve yaklaşık 20 yıl sürmektedir (Tortumluoğlu 2004; Özkan 2008; Koç ve Sağlam 2008; Taşkın 2009; Çelik ve Pasinlioğlu 2013; Erkin ve ark. 2014). Bu dönem yaşamın doğal bir süreci olup fizyolojik bir olaydır, hastalık değildir (Tortumluoğlu 2004).

Klimakterium döneminde psikolojik ve fizyolojik değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişikliklerin en önemlisi “menopoz” yani son menstrasyon kanamasıdır. Menopoz ile klimakteriumun kesinlikle birbirine karıştırılmaması gerekir. Menopoz over fonksiyonlarının sonlanmasıyla menstrasyonun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanır ve klimakterium dönemi içinde görülür (Taşkın 2009; Çelik ve Pasinlioğlu 2013; Erkin ve ark. 2014; Ceylan ve Özerdoğan 2015).

4.1.2. Klimakterik Dönemin Fizyopatolojisi

Klimakterium döneminde yaşa bağlı olarak reproduktif dokular geriler, overlerde görülen atrofi nedeniyle foliküllerin sayısı azalır (İntepe 2007). Bir kız çocuğu doğduğu zaman overlerinde içinde oositleri de taşıyan 2 milyon primer folikül vardır. Puberteyle birlikte bu sayı 300 bine kadar düşmektedir. Üreme çağında oositlerin büyük bir kısmı atrezi ile yok olurken sadece 400-500’ü ovulasyonla atılmaktadır. Menopozun fizyolojisinin temel ögesi de folikül tükenmesidir (Ergöl 1999).

Foliküllerin azalmasına bağlı östrojen üretimi de azalır ve hipotalamustaki negatif feed-back mekanizması etkilenir. Bu etkilenme sonucunda zaman içinde önce FSH, daha sonra da LH yükselir. FSH'ın yükselmesine bağlı folliküler faz kısalmır, daha sonra overlerde FSH'a direnç artar ve folliküler faz uzar. Daha ileri dönemlerde overdeki direncin ilerlemesi ile folikülogenez tamamen yavaşlar ve östradiol sentezi, ovulasyonu sağlayan LH çıkışına imkân vermeyecek seviyelere iner. Böylece anovulatuvar sikluslar artar, oligomenore gelişir veya düzensiz kanamalar ortaya çıkar. Bu dönemde FSH'ın yanı sıra LH seviyelerinde de artış başlar ve folikül gelişiminin tamamen durduğu gözlenir. Menapoz dediğimiz son adet kanaması bu dönemde görülür ve ardından postmenapozal dönem başlar (Erdem 2006; Ertan 2013).

4.1.3. Klimakterik Dönemin Sınıflandırılması

Kadın hayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakterium ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşur. Bu dönemlerin her birinde kendine özgü fiziksel, psişik ve hormonal değişiklikler gözlenir. Ergenlik ve klimakterium dönemleri kadın yaşamı üzerindeki etkileri nedeniyle en önemli dönemlerdendir (Yurdakul ve ark. 2007; Çelik ve Pasinlioğlu 2013; Çelik ve Pasinlioğlu 2014; Demirci 2015; Pınar ve ark. 2015). Klimakterium dört evreyi kapsamaktadır. Bu evreler premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopozdur (Taşkın 2009; Çelik ve Pasinlioğlu 2013; Pınar ve ark. 2015).

Premenopoz Evresi

Klimakteriyumun ilk fazıdır ve bu evrede menstrual siklus bozulur. Disfonksiyonel kanamalar görülür. Ovulasyonsuz sikluslara bağlı fertilitte azalmıştır. Menopozdan 2-6 yıl önceki dönem olan premenopozda, yorgunluk, vazomotor değişiklikler, emosyonel rahatsızlıklar ve baş ağrısı gibi yakınmalar görülmeye başlar (Kal 2011; Demirci 2015).

Menopoz Evresi

Menopoz Yunanca'da ay (men) ve sonlanma (pausis) sözcüklerinden türemiştir. Sözlük anlamı “son adet”tir (Pınar ve ark 2015). Menapoz, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı olarak, kadının üreme yeteneğinin sona ermesidir (Liu ve ark. 2010;

Çetin ve Eroğlu 2015). Normal bir fizyolojik değişim olan menapozda menstruasyon 12 ay ve üzerinde tam olarak kesilmektedir (Rahman ve ark. 2011; Çetin ve Eroğlu 2015; Pınar ve ark. 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre ise Menopoz, "ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması"dır (Varma ve ark. 2006; Özkan 2008; Koç ve Sağlam 2008; Sert 2009; Çelik ve Pasinlioğlu 2013; Özcan ve Oskay 2013; Çelik ve Pasinlioğlu 2014; Demirci 2015). Kadınlarda bir yıl süreyle menstruasyon olmazsa menopozun başladığı kabul edilir. Gelişmiş ülkelerde menopoz daha ileri yaşlarda (Amerika'da 51, İtalya'da 48), gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda (Mısır'da 46, İran'da 44) görülmektedir (Demirci 2015). Dünyada menopoz yaşı yaklaşık 45-55 yaşları arasında iken (ortalama 51 yaş) ülkemizde 45-48 yaşlarında (ortalama 47 yaş) olduğu belirtilmektedir. Menopoz yaşı; ırk, sosyo-ekonomik durum, menarş yaşı, gebelik sayısı, kalıtım, evlilik, beslenme, sigara kullanımı, çalışma durumu, kullanılan kontraseptif yöntem, genital ve psikolojik faktörler gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Demirci 2015).

Menopoz Çeşitleri: Menopoz başlangıç yaşı ve oluş biçimine göre iki şekilde sınıflandırılabilir:

Başlangıç yaşına göre:

-*Erken menopoz:* Adetten kesilmenin 40 yaşından önce gerçekleşmesine denir.

-*Normal menopoz:* Adetten kesilmenin ortalama 45-54 yaşları arasında gerçekleşmesidir.

-*Geç menopoz:* Kadının 55 yaşını geçmesine rağmen adet kanamalarının devam etmesi durumunda geç menopozdan bahsedilir (Şahin 2015; Demirci 2015).

Oluş biçimine göre:

-*Doğal (spontan=fizyolojik) menopoz:* Foliküllerin tükenmesi ile ortaya çıkan fizyolojik menopozdur.

-*Cerrahi menopoz:* Herhangi bir tıbbi endikasyon nedeniyle overlerin alınması sonrası gelişen durumdur. Menopoz semptomları cerrahi menopozda doğal menopoza göre daha şiddetli görülmektedir. Çünkü doğal menopozda foliküllerin tükenmesi yavaş yavaş olup vücut bu duruma uyum sağlarken cerrahi menopozda ise bu süreç ani olarak gerçekleşir (Demirci 2015).

Perimenopoz Evresi

DSÖ' nün tanımına göre perimenopoz, menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrual periyodu izleyen bir yıllık süreyi içine alan dönemdir. Yani perimenopoz; premenopozu, menopozu ve menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsamaktadır (Sert 2009; Kal 2011; Amanak ve Sevil 2011). Bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlar; yorgunluk, gece terlemesi, sıcak basması, unutkanlık, huzursuzluk gibi psikosomatik yakınmalar ve baş ağrısıdır (Demirci 2015).

Postmenopoz Evresi

Östrojen eksikliğine bağlı olarak insan bedeninde fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin oluşmaya başladığı andan, yaşlılık dönemine (65 yaş) kadar geçen süreyi kapsayan yakınmaların fazla görüldüğü bu döneme postmenopozal dönem denir (Kal 2011; Özcan ve Oskay 2013; Demirci 2015). Bu dönemde fertilité ortadan kalkmıştır ve over fonksiyonları tamamen durmuştur (Demirci 2015).

4.1.4. Klimakterik Döneminde Görülen Değişiklikler

Klimakterik dönemdeki biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler, kadının yaşam kalitesini ve yaşam stilini büyük ölçüde etkilemektedir (Erkin ve ark. 2014; Ceylan ve Özerdoğan 2015).

Menapoz döneminde bazı kadınlarda hafif değişiklikler oluşurken bazı kadınlarda daha belirgin değişiklikler görülmektedir (Erdem 2006). Menopozu sadece hormonal bir değişiklik olarak gören kadınlar bu dönemi daha kolay atlatacak ve dolayısıyla sosyal hayata daha kolay uyum sağlamaktadırlar. Menopozu sıkıntılı bir dönem olarak algılayanlarda ise bu döneme uyum sorunu başlamaktadır. Çünkü bu kadınlar bu dönemde kendilerini işe yaramaz ve yaşamdan kopmuş olarak algılamaktadırlar (Kıroğlu 2005). Menopozla giren kadınlarla yapılan bir çalışmada, menopozla birlikte yaşlılığın başladığı ve işe yaramazlık gibi düşüncelerin oluştuğu bildirilmiştir (Varma 2005). Bu durum da psikolojik ve sosyal sorunların başlamasında da önemli bir etken oluşturmaktadır. Menopoz, kadının davranışlarıyla birlikte ilişki kurduğu tüm sosyal çevresini etkilemektedir. Menopoz yakınmalarını yoğun yaşayan kadının yaşamı, yaşam kalitesi, iş verimliliği ve

toplumsal ilişkileri etkilenmektedir. Bu nedenle menopoz, sadece kadınların bireysel sorunu olmaktan çıkıp, ailenin, iş çevrelerinin ve toplumun önemli bir ortak sorunu olmuştur (Kıroğlu 2005; Özkan 2008; Altunbay ve Yurdakul 2009).

Kadınlar, menopoz döneminde menopoza yönelik biyolojik değişimleri benzer yaşamlarına rağmen menopozu farklı yaşarlar. Yapılan çalışmalar menopozal tutum, menopozun algılanması ve bu dönemde görülen semptomlar açısından hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir. Etnik yapı, gelenek-görenek, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler önemli bir etkiye sahiptir. Örneğin, Asyalı kadınların menopozu olumlu bir geçiş dönemi olarak algıladıkları ve diğer kadınlara göre bu dönemi daha rahat ve sorunsuz geçirdikleri saptanmıştır (Demirci 2015; Pınar ve ark. 2015). Batılı olmayan bazı toplumlarda menopoza yönelik yakınmaların çok az yaşandığından söz edilmektedir (Bayraktar ve Uçanok 2002; Dökmen 2009).

Menopoz döneminde genel olarak görülen fiziksel belirtiler; gece terlemesi, çarpıntı, yüz kızarması, sıcak basması, çarpıntı, osteoporoz, distansiyon, kas ağrısı, hareket esnekliğinde azalma, eklem ağrısı, gözde kuruma, stres inkontinansı, vajinal kuruluk ve ciltte kırısmadır. Bu dönemde yaşanan psikolojik belirtiler ise depresyon, anksiyete, uykusuzluk, unutkanlık, emosyonel labilite, baş dönmesi ve baş ağrısıdır. Bu belirtilerin varlığı, menopozun daha sorunlu yaşanmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla kadının öz bakımını ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Özkan 2008; Altunbay ve Yurdakul 2009; Özgür ve ark. 2010). Bu belirtilerin ne kadar sıklıkla yaşanacağı ve yaşanıp yaşanmayacağı çeşitli faktörlerle ilişkili olarak değişmektedir. Hunter ve Rendall (2007), menopozu biyolojik, psikososyal, bilişsel-davranışsal ve sosyo-kültürel yönleri olan bir süreç olarak ele almaktadırlar (Hunter ve Rendall 2007).

4.1.4.1. Premenopozal Değişiklikler

Bu dönemde menstrual, vazomotor ve emosyonel değişiklikler yaşanmaktadır.

Menstrual değişiklikler (Siklus bozuklukları): Bu dönemde adet düzensizlikleri ile sık karşılaşılır. Over fonksiyonları azalır ve fertilitite ortadan kalkar. Fakat bu overlerin fonksiyonunun tamamen durması anlamında değildir. Overler

sonrasında uzun yıllar az miktarlarda östrojen salgılayabilir. Buna bağlı adet kanamaları görülebilir. Yaklaşan menopozun ön habercisi siklus anomalileridir (Görgel ve Çakıroğlu 2007).

Vazomotor değişiklikler: Yapılan çalışmalara göre, en çok görülen ve en sık şikâyet edilen sorun vazomotor semptomlardır. Mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olan vazomotor semptomlar genellikle ateş basması, yüz kızarması, gece terlemesi şeklindedir. Bu belirtilerin hepsine birden "sıcak basması" adı verilmektedir. Sıcak basması menopoz döneminin karakteristik bir semptomudur ve %60–85 arasında değişen bir sıklıkta görülmektedir (Çelik ve Pasinlioğlu 2015).

Beş Avrupa ülkesinde uluslararası yapılan bir çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların %55'inin ve Amerika'da yaşayan kadınların %75'inin sıcak basması yaşadıkları bildirilmiştir (Fredman 2005). Ülkemizde ise kadınların %80'i sıcak basmasını yaşamaktadır. Bireyin tolere edebileceğinden daha fazla aktivite, aşırı yorgunluk, sigara,.alkol,.kafein,.yağlı-baharatlı yiyecekler ve çevresel faktörler sıcak basmalarının şiddetini arttırmakta etkisi olduğu bilinmektedir. Sıcak basması menopozun bütün dönemleri boyunca sürmektedir ve kadınların %30'unun günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Hormon tedavisinin sıcak basmalarını baskıladığı ancak meme kanseri riskini de artırdığı belirtilmiştir (Özcan ve Oskay 2013; Pınar ve ark. 2015).

Emosyonel değişiklikler: Menopoz dönemindeki hormonal değişikliklerin merkezi sinir sistemi üzerinden bazı psikolojik değişikliklere yol açarak duygu durum ve davranışları etkileyebileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar, kadınlardaki bu duygusal çalkantının en yüksek oranda, östrojen düzeylerinin hızlı oynamalar gösterdiği, doğum sonrası dönemler ile premenopoz ve postmenopoz dönemlerde olduğunu göstermektedir. Bu döneme ilişkin kaydedilen başlıca emosyonel ve psikolojik semptomlar; sinirlilik, anksiyete, kendini kötü hissetme, üzgün, ağlamaklı hissetme, huzursuzluk, depresyon, isteksizlik, çabuk öfkelenme hissi, panik hissi, yorgunluk, uykusuzluk, libido azalması, cinsel işlev bozukluğu, hafızada zayıflama, ruh halinde değişiklik, gerginlik, konsantrasyon zorluğu, genel performansta azalma, unutkanlık, kendilik algısında değişiklik, düşük benlik saygısı ve baş ağrısıdır (Engin ve ark. 2006; Özcan ve Oskay 2013).

Postmenopozal dönemde kadınlarda uyku sorunları daha sık görülmektedir. Bu durum, vazomotor semptomlar ya da depresif duygu durumu ile ilişkili bulunmuştur (Ulusoy ve Kukulcu 2013). Menopozal dönemde görülen uykusuzluk problemi gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir. Menopozal dönemde uyku sorunları sık yaşanmaktadır ancak altta yatan nedenleri tam olarak açıklanamamaktadır. Menopozal dönemdeki kadınların %75'inde sıcak basmaları görülürken, uykusuzluk prevalansı %14-53 arasında değişmektedir. Nitekim Timur ve Şahin'in 2009 yılında Malatya'da menopozal dönemdeki 887 kadın üzerinde yaptığı çalışmada uyku güçlüğü yaşayan kadın oranı %54 olarak saptanmıştır (Timur ve Şahin 2010; Özcan ve Oskay 2013). Japonya'da 1451 peri-post menopozal kadının %50,8'inin uykusuzluk sorunu yaşadığı saptanmıştır (Özcan ve Oskay 2013).

Menopoz süresince yaşanan uyku problemleri ile sıcak basması ve gece terlemesi arasında ilişki vardır; yoğun şekilde sıcak basması yaşayan kadınların %81'inden daha fazlasının kronik uyku güçlüğü yaşadığı saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kadın Sağlığı Çalışmasında (The Study of Women's Health Across the Nation -SWAN), 40-55 yaşlarında multi etnik 12 603 kadında sıcak basması ve uyku değerlendirilmiştir. Bu çalışmada uyku güçlüğü ve sıcak basması arasında 1,99 oranında güçlü bir ilişki bulunmuştur (1,81-2,19 ile %95 güven aralığı) (Timur ve Şahin 2010). Östrojen ve progesteron seviyesinin serumda azalmasının, üst hava yollarındaki dilatör kas motor aktivitesini azalttığı ve bunun uyku apnesine neden olduğu düşünülmektedir. Horlama uyku apnesinin en belirgin özelliklerinden birisidir ve postmenopozal kadınlarda daha sık görülmektedir. Malatya'da yapılan çalışmada kadınların %40'ının horlama şikâyetinin olduğu bulunmuştur (Timur ve Şahin 2010).

4.1.4.2. Postmenopozal Değişiklikler

Günümüzde teknolojinin ilerlemesiyle birlikte her alanda olduğu gibi sağlık alanında da gelişmeler olmuş, gerek tıbbi gerekse yaşam koşullarının iyileşmesi neticesinde beklenen yaşam süresi uzamıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre kadınlarda beklenen yaşam süresi 80,7 yıldır (TÜİK 2016a). Ortalama yaşam süresindeki artışla beraber son 20-30 yılda yaşlı nüfusun artması, menopoz

sonrası dönemde geçirilen süreyi uzatmaktadır (Demirci 2015). Yaklaşık 81 yıl yaşayacağı düşünülen bir kadın, ömrünün en az üçte birini bu dönemde geçirecektir. Postmenopozal dönemde yaşanan değişimler aşağıda özetlenmiştir.

Üreme Sistemi: Menopoz ile birlikte üreme dönemi sona erer. Menopoza geçiş döneminde ovulasyonun sonlanması ile meydana gelen hormonal değişikliklerle ateş basması, sinirlilik ve cinsel istekte azalma gibi şikâyetler görülmektedir. Uykuların düzensizleşmesi, anksiyete ya da halsizlik ise birçok etkene bağlı olarak değişmektedir (Uludağ ve ark. 2014). Östrojen seviyesindeki uzun süreli azalmaya bağlı vajinal kuruluk, vajinada somatik değişiklikler, vasküler ve ürogenital sistem değişiklikleri, kemik kaybı, duygu-durum ve uyku bozuklukları ve bilişsel fonksiyonlarda azalma meydana gelir. Bu değişikliklere ilave olarak bazı kadınlar cinsel uyarılmada azalma ve vajinal kuruluk olduğundan yakınırırlar (Varma ve ark. 2006; Aslan ve ark. 2008; Özcan ve Beji 2014; Bozkurt ve Sevil 2016).

Üriner Sistem: Üreme çağındaki bir kadında, vajina mukozası gibi üretra ve mesane mukozası da östrojen değişimlerinden etkilenir. Bu nedenle menopozdan sonra bu mukozalarda atrofi olur, vasküler yapı ve bağ dokusu zayıflar. Bunlara bağlı olarak; gerçek stres inkontinansı, üretral sendrom, urge inkontinansı ve ilerleyen yaşlarda atrofik daralmalar nedeniyle idrar yapma güçlükleri ortaya çıkabilir. Kronik sistit ve üretra mukozasında prolapsuslar da görülebilir (Tortumluoğlu 2003; Çelik ve Pasinlioğlu 2013).

Postmenopozal kadınlarda östrojenin eksikliği ve yaşlanmanın meydana getirdiği değişiklikler ile birlikte idrar yolları enfeksiyonları sık görülmektedir. Kadınlarda menopoz sonrası vajinal floradaki değişiklikler, üriner sistem yapı ve fonksiyon bozuklukları, rezidü idrar varlığı, az sıvı alımı, kontraseptif amaçlı kullanılan diyaframlar, üretra ve mesane mukozasında atrofi, uzun süreli veya geçici kateterizasyon, mesane mukozasındaki glikozaminglikanların azalmasının bakteri invazyonunu arttırmasının yanında yaşın ilerlemesiyle birlikte mesaneyi tam boşaltamama, perine hijyeninin iyi olmaması, fekal kontaminasyon, bağışıklık sisteminin baskılanmış olması gibi faktörler idrar yolu enfeksiyonu riskini arttırmaktadır. Yaşlılarda idrar yolu enfeksiyonlarının sıklığı %20, özel bakım gerektirenlerde ise bazen %50'ye kadar çıkabilmektedir (Sever 2010).

Kardiyovasküler Sistem: Kardiyovasküler hastalık prevalansındaki global yükseliş kadın cinsiyetine doğru eğilim göstermektedir. Kadınlarda kardiyovasküler hastalık riski yüksekliği sadece obezite ile sınırlı olmayıp hiperlipidemi, hiperkolesterolemi, hipertansiyon, sigara, fiziksel inaktivite stres ve sosyo-ekonomik farklılık gibi birçok sebeple ilişkilidir. Menopoz; kardiyovasküler hastalıklardan, dokuları besleyen arterlerde sertleşme (ateroskleroz) anjina, inmeye sebep olabilir (Uzun 2018). Östrojenin olumlu etkisi nedeniyle kadınlar, reproduktif dönem boyunca kardiyovasküler problemlerden korunurlar. Klimakterik dönemde kadınlarda östrojen azalmasına bağlı olarak damar sertliği ve kalp krizi riski %60 oranında artar. Kadınlar koroner arter hastalıkları (KAH) insidansında erkekleri 10 yıl geriden takip ederler, 70 yaş sonrasında ise insidansları eşitlenmektedir (Tortumluoğlu 2003; Tortumluoğlu ve Erci 2004; Çelik ve Pasinlioğlu 2013).

Kas-İskelet Sistemi: Menopoz döneminde östrojen yapımının kesilmesiyle birlikte yaşla bağlantılı olarak kemik kaybı hızlanır ve osteoporozun şiddetini artırır (Özcan ve Oskay 2013).

Menopoz döneminde kas-iskelet sistemine ait belirtiler eklem ağrısı, kas ağrısı, kemik kırıkları, vücut hacminde azalma, hareket esnekliğinde azalma ve tüm motor hareketlerde azalma şeklinde ortaya çıkmaktadır. 45 yaşından sonra kadınların çoğunda osteoporoz görülmektedir. Osteoporoz kemiklerin incelmeye, zayıflaması ve kırılması ile karakterize bir hastalıktır. Kadınlar postmenopozal dönemin ilk 20 yılında kemik kütlelerinin %75'ini kaybederler. Bu azalma özellikle menopoz sonrası 3-6 yıllık sürede daha fazla olmaktadır ve 20 yıl kadar devam eder. Bu kaybın %52-66 kadarı östrojen eksikliğine bağlı, geri kalanı ise yaşlanmaya bağlı olarak gelişir. Bu azalmanın sonucunda fraktür riski artar (Çelik ve Pasinlioğlu 2013).

Literatürde kadınların osteoporozdan korunmak için alternatif tedavileri tercih ettiği, egzersizin ve soya ürünlerinin etkili olduğu belirtilmektedir. Menopozal dönemde Vitamin A ve D alımının kemik gücünü artırdığı, kemik kırıklarını önlemede çok önemli rolü olduğu bilinmektedir (Özcan ve Oskay 2013).

Merkezi Sinir Sistemi: Beyin korteksi, hipokampus, hipotalamus, limbik sistem, serebellum, preoptik saha ve amigdalada östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Beynin bu sahalarında östrojen, nörotransmitter sentez ve salınımını modifiye etmektedir. Beynin hipokampus ve bazal ön beyin bölgeleri hormonal değişimlerden

etkilenen ve hafıza fonksiyonu olayının yer aldığı sahalarıdır. Öğrenme, kısa dönem hafıza ve dikkat konularındaki kognitif fonksiyonlar direkt olarak östrojenin etkisi altındadır. Östrojen bu etkisini spesifik intrasellüler reseptörler aracılığı ile sağlamaktadır. Beyinde nörotransmitter ve nöropeptit sentez ve salınımı kognitif fonksiyonların düzenlenmesi ile yakın ilişki içinde olup, menapozda kognitif fonksiyonlarda değişimlerin görülebileceği düşünülmektedir (Ertan 2013). Beyin hücre sayısında azalma, kısa süreli hafıza kayıpları, duyma, görme, tat alma, koku duyularında zayıflama görülebilmektedir (Tortumluoğlu 2003).

Sindirim Sistemi: Ağız mukozasında östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Bu nedenle menopozal dönemde östrojenin azalmasıyla birlikte, ağız kuruluğu, ağızda kötü tat, diş eti hastalıkları görülebilmektedir. Kolon spazmı ile birlikte distansiyon, diyare veya konstipasyon, hemoroitlerde artma olduğu belirtilmiştir. Postmenopozal dönemde mide sekresyonlarında azalma, bağırsak mukoza atrofisi, safra taşı oluşumu ve gastrik reflü de görülebilmektedir (Tortumluoğlu 2003; Görgel ve Çakıroğlu 2007; Tunç 2014).

Diğer Değişiklikler: Deri hücreleri, ter bezleri ve saç follikülerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Menopozun başlaması ile deride hücresel düzeyde değişiklikler oluşur. Östrojenin azalması sonucunda kollojen bağ dokusu ve elastik lifler azalır, epidermis incelir böylece ciltte buruşma ve sarkmalar meydana gelir. Deride kuruluk, kırışma, incelme, cilt nemi ve yağında azalma ve tırnaklarda kırılma oluşabilir. Epidermal kıvrımlar ve dermal papillalar kaybolur. Buna paralel olarak da vücutta ve saçlı deride kıl foliküllerinin yoğunluğunda azalma olur. Yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarının yavaşlamasıyla beraber cilt kurur, esnekliği kaybolur, deri kolay travmatize olur ve yaraların iyileşmesi gecikir. Göğüste ve karında, çene, dudak üstünde kalın tüyler çıkma eğilimi artar. Koltuk altı ve pubik kıllarda azalma olur. Derideki bu değişimler klimakterik dönem boyunca devam eder. Menapozdan sonraki ilk 5 yıl içinde deri kollajeninin kaybı %30'dur. Sonraki 20 yıl boyunca her postmenopozal yıl için ortalama %2,1'lik bir azalma görülmektedir (Tortumluoğlu 2003; Erdem 2006; Görgel ve Çakıroğlu 2007; Çelik ve Pasinlioğlu 2013).

4.2. KLİMAKTERİK DÖNEMDE TEDAVİ

Klimakterik dönemde yakınmaları olan kadınlar, yakınmalarla baş etmek ve bu dönemi rahat geçirmek için değişik tedavi yöntemlerini aramaya başlarlar. Bazı kadınlar, hormon replasman tedavisini (HRT) tercih ederken, bazıları alternatif tedavi seçeneklerini uygularlar. Bazıları hem alternatif tedaviyi hem de HRT'yi uygularken, bazıları ise bu dönemi hiçbir şey uygulamadan geçirmektedirler (Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu 2003).

4.2.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

HRT menopozdaki yakınmaları gidermek için uygulanan tıbbi bir tedavidir. Östrojen tedavisine hastayla birlikte yarar ve zararları değerlendirilerek karar verilmelidir. Tedaviye başlamadan önce kadın tam bir fizik muayeneden geçirilir. Vücut tartısı, kan basıncı ölçümü, meme ve pelvik muayenesi, pap smear, mamografi, osteodansimetrik analiz ve kanda glikoz, kolesterol incelemesi yapılarak ayrıntılı bir biçimde değerlendirilir. Tedaviye başladıktan sonra 3-9 ay arasında bu değerlendirmeler tekrarlanmalıdır (Şahin 2015; Demirci 2015).

HRT kullanımının ileri yaştaki menopozlu kadınlarda uzun dönemde kemik yoğunluğunda artış, kırık oranı ve kolorektal kanser oranında azalma gibi yararları bildirilmiş olmasıyla birlikte kronik kalp hastalıkları ve meme kanseri, venöz tromboemboli ve kolesistit riskinde artışla ilişkili olduğu da kabul edilmektedir. Meme kanserinin sadece uzun dönem (5 yıldan uzun) kullananlar için risk faktörü olduğu görülmüştür (Demirci 2015).

1950'den beri hormon tedavisi, sıcak basması ile ilgili menopoz yönetiminde tedavinin yapı taşını oluşturmaktadır. Özellikle östrojenin sıcak basmasının şiddetini ve sıklığını azaltmada yararı olduğu bilinmektedir (Ertan 2013).

4.2.2. Alternatif Tedavi Yöntemleri

Menopozal şikâyetlerde HRT'nin yanı sıra alternatif tedavilerin kullanımı, her geçen gün daha fazla rağbet görmektedir (Kang ve ark. 2002). Kadınların son

zamanlarda, menapoz dönemi şikâyetleriyle baş etmede alternatif tıpa yöneldikleri saptanmıştır (Çetin ve Eroğlu 2015). Kadınlar, genel olarak kültürel yapılarıyla örtüşen tedavi seçeneklerini tercih etmektedirler. Bu seçenekler arasında; doğal östrojen kaynağı olan bitkiler (soya ürünleri, keten tohumu, kırmızı yonca, melekotu ve siyah yılanotu kökü ekstresi gibi), akupunktur, yoga, refleksoloji, meditasyon, rahatlama hareketleri, homeopati, manipülasyon teknikleri, egzersiz, diyet, vitaminler ve minareller yer almaktadır (Kang ve ark.2002; Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu 2003; Amanak ve ark. 2013; Tunç 2014; Demirci 2015).

Kang ve arkadaşları çalışmalarında (2002) kadınların alternatif tedavileri, HRT'ne göre daha güvenilir buldukları saptanmıştır. HRT'ni kansere neden olması, kanama yapması gibi sebeplerle uygulamak istemediklerini de belirtmişlerdir. Aynı çalışmada menopozal şikâyetlerin alternatif tedavi yöntemleriyle tedavi edilebildiği ve menopozal şikâyetlerle baş etmede 45–60 yaş arasındaki kadınların %80'inin reçete olmadan alternatif tedavileri kullandıkları bulunmuştur (Kang ve ark 2002; Amanak ve ark. 2013).

4.3. KLİMATERİK DÖNEM VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Klimakterium dönemindeki kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantısının tam bir iyilik halinde olması için, bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarını bilmeli, gerekli önlemleri almalı veya bunlarla baş etmeyi öğrenmelidir. Bu nedenle klimakterik dönemde desteğe, bilgiye ve danışmanlığa ihtiyaç duymaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu 2015). Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler, kadının klimakterik döneme özgü sağlık problemlerinin saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol almalıdır (Tortumluoğlu ve Erci 2003). Hemşirenin, menapoz bakımındaki genel hedefleri; kadının ve ailesinin menopozal dönemi yaşamın doğal bir evresi olarak algılayabilmesini bu döneme yönelik yanlış inanç ve algılamaların düzeltilmesini, fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamaktır (Çelik ve Pasinlioğlu 2015).

Sosyal desteğin yeterli ya da yetersiz olarak tanımlanması, müdahale gerektirip gerektirmemesine göre belirlenmelidir. Eğer, sosyal destek ihtiyaç olduğu an elde

edilebiliyorsa yeterlidir, ancak bunu elde etmek için müdahale gerekirse yetersiz olarak kabul edilir (Ardahan 2006).

Sosyal destek sağlarken hemşire danışmanlık rolünü kullanmalıdır. Sosyal destek için hemşire danışmanlık sağlarken ilk olarak bireyin içinde olduğu zorlukları tanımlamalı, ortaya koymalı ve ne tür sosyal destek sağlayacağını kararını vermelidir. Hemşirenin verdiği sosyal destek danışmanlığının, yaşanan sorunun çözümünde etkili olup olmadığı değerlendirilmelidir. Eğer verilen sosyal destek sorunun çözümünde etkin olmamışsa, bireyin özelliklerinin belirlenmesi ve sosyal desteğin yetersizliğinin nedeninin bulunması gerekir. Dışarıdan veya bireyden kaynaklanan engeller sosyal desteğin etkisini azaltabilir. Bu nedenle, bireyi etkileyen bu engellerin ortaya konması önemlidir. Aynı zamanda hemşirenin, danışmanlık sürecinde empati yapabilmesi, sabırlı olması ve bireye güven vermesi mesleğinin gereğidir (Ardahan 2006; Koçak ve ark. 2017).

Menopozal dönemde hemşireler vermiş oldukları danışmanlık hizmetiyle kadınların menopoz hakkında bilgilendirilmelerine ve bu dönemdeki değişikliklerle baş etme yollarını öğrenmelerine yardımcı olabilirler. Menopozal dönemde sağlık bakımının sağlanmasında hemşirelerin genel hedefleri şunlar olmalıdır:

- Kadın ve ailesinin menopozal dönem hakkında bilinçlendirilmesini sağlamak, yanlış inanç ve algılamalarını düzeltmek ve anksiyeteyi gidermek,
- Kadın ve ailesinin bu döneme ilişkin sorunlarla başa çıkabilmesine ve bu döneme uyum sağlayabilmesine yardımcı olmak ve danışmanlık yapmak,
- Kadın ve ailesine egzersiz, beslenme, cinsel yaşam ve sosyal aktivitelerin planlanmasında sağlık eğitimi vermek ve danışmanlık yapmak,
- Kadının döneme özgü değişiklikleri tanımasını ve rapor edebilmesini sağlamak,
- Kadının sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilmesini sağlamak (Sever 2010).

4.3. SOSYAL DESTEK

4.3.1. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek, kişilerarası ilişkilerin farklı elemanlarını içeren genel bir terimdir ve yaşam zorlukları ile baş etmede bireyin en önemli yardımcısıdır. Birçok yazar sosyal destek kavramını farklı şekillerde tanımlamıştır. Sosyal desteği Thoits, stres altında ya da güç durumlarda bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım; Lin, kişiye diğer kişilerle, gruplarla ve toplumla olan sosyal bağlarından iletilen destek; Cobbs, kişiye sevildiğini, değer verildiğini ve karşılıklı işbirliğine dayanan bir iletişim içinde bulunduğunu gösteren özel bir bilgi olarak açıklamışlardır (Yüncü ve ark. 2005). Shumaker ve Brownel sosyal desteği, en az iki kişi arasındaki alışveriş olarak ifade ederken Solomon ise sevgi ve sempatinin ifade edilişi olarak ele almıştır (Aktaş 2013). Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fiziksel ve psikolojik sağlığı doğrudan olumlu olarak etkilediği düşünülmektedir (Gümüş 2015).

Sosyal desteğin tanımına ilişkin görüş ayrılıklarının olmasına karşın, genellikle güç durumdaki ya da stres altındaki bireye yakından bağlı olduğu aile, eş, arkadaş, komşular ve kurumlardan sağlanan maddi ve manevi yardım olarak kabul edilmiştir (Ardahan 2006; Aras ve Tel 2009; Kartal ve Çetinkaya 2009; Yılmaz ve Özkan 2009; Aktaş 2012; Aktaş 2013).

Duygusal gerginlik ve kriz durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak gördükleri arkadaşları ve aile üyelerinden destek alma ihtiyacı duyarlar. Bireyin uyum sürecinde ve sağlığı üzerinde bu formal olmayan yardımcı kişilerin oluşturmuş oldukları sosyal destek ağının önemli bir etkisi vardır. Sosyal desteğin hastalık ve sağlık davranışları üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu gösteren araştırmaların sayısı çoktur. Örneğin, sosyal desteği çok olan kişilerin gebelik süreci ve doğumda daha az komplikasyona maruz kaldıkları belirtilmiştir (Elsenbruch ve ark. 2007). Daha fazla sosyal desteğe sahip olanların kalp krizi sonrasında mortalite oranlarının daha düşük olduğu, daha kısa sürede iyileştikleri ve daha az psikolojik sorun

yaşadıkları ifade edilmiştir (Ünsar ve ark. 2009; Yılmaz ve Özkan 2009; Karataş 2012).

Son yıllarda sosyal desteğin hastalıklara karşı koruyucu rolü ve bir baş etme kaynağı olarak kullanılması büyük bir ilgi uyandırmıştır. Uzmanlar arkadaş, aile ve yakın çevrenin sağladığı bu doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Doğal destek sistemlerinin ruhsal sorunların çözümlerini kolaylaştırma ya da zorlaştırmada önemli rolü olduğu belirtilmiştir (Eker ve ark. 2001). Sosyal desteğin yeterli olması halinde; sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisinin olumlu yönde etkilendiği, hastalık sürecine uyumun desteklendiği, sosyal izolasyonu azalttığı ve böylece hastaların yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir. Sosyal desteğin yetersizliğinde ise hastalık belirtilerinin ortaya çıkma sıklığını ve şiddetinin arttığı, hastalık süresinin uzadığı ve kronik fiziksel hastalığa uyumun zorlaştığı belirtilmektedir (Aras ve Tel 2009).

4.3.2. Sosyal Destek Kaynakları

Genel olarak sosyal destek, bireyin stresle başa çıkma çabalarına, onun için önemli olan diğer insanların da katılmasıdır. Genellikle bireyler sosyal destekleri farklı kaynaklardan sağlayabilirler. Bu kaynaklar; öznel, niteliksel ve ölçülebilir objektif değerlendirmeler olabileceği gibi, iletişim kurulan kişilerden sağlanan ve daha çok bireyin psikolojik gereksinimlerini karşılayan subjektif değerlendirmeler de olabilir (Özgür ve ark. 2010).

Kadın için menopoz dönemi içinde bulunduğu sosyal çevre ve ailesiyle ilgili değişiklikler nedeniyle pek çok uyum sorununa neden olan gelişimsel kriz haline gelebilmektedir. Bu sorunlar kadınların sadece kendilerini etkilemekle kalmayıp ailesini, sosyal çevresini ve iş ilişkilerini etkileyebilmektedir (Karlidere ve Özşahin 2008; Koçak ve ark. 2017). Aile üyeleri, akrabalar, yakın arkadaşlar, iş arkadaşları, çeşitli topluluklar ve diğer toplumsal ilişkiler bireyin sosyal ağının bir parçasıdır. Her birinin bireye sosyal destek sağlamada rolü vardır. Tüm bu birimler bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturur ve sıkıntı yaşayan ya da zor durumda olan bireye bu zor durumla baş etmesinde, uyum sağlamasında ya da olgunlaşmasında destek sağlar (Akın ve Ceyhan 2005; Şahin 2012).

4.3.3. Sosyal Desteğin İşlevleri

Başkalarıyla kurulan ilişkiler, bireylerin olumsuz bir durumla başa çıkması ve bu yeni duruma uyum sağlaması gibi birçok açıdan yararlıdır (Şahin 2012). Stresi önleme, azaltma ve stresle başa çıkma da aile, arkadaş, akraba, ilgili konuda uzman ya da özel bir insanın bireye sağladığı destek ilişkilerin rolü oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalarda sosyal destek kaynakları güçlü olan bireylerin daha az depresyon yaşadıkları, daha yüksek benlik algısına ve daha sağlıklı bedene sahip oldukları ve dolayısıyla daha uzun ömürlü oldukları saptanmıştır (Özbey 2012).

Sağlığı korumaya yarayan, insanların hayatında önemli bir yer tutan, gerektiği zaman kişiye duygusal, zihinsel ve maddi yardım sağlayan bütün kişilerarası ilişkiler “Sosyal Destek Sistemleri” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal ağ bireyin etkileşimde olduğu kişileri içerir ve sosyal destekten sağlar. İnsanın hayatı boyunca destek; aile üyelerinden, akrabalarından, komşulardan, arkadaşlardan ve çalışma arkadaşlarından, alınarak geliştirilmektedir. İhtiyaç olduğunda; sağlık profesyonellerinden de sosyal destek alınabilmektedir (Ardahan 2006; Mermer ve ark. 2010; Aksakallı ve ark. 2012).

Çok sayıda yapılan araştırma sosyal destek sistemlerinin bireyin zorlandığı durumlarda başa çıkabilmesinde ve sosyolojik-psikolojik problemlerinin çözümünde, önlenmesinde ve tedavisinde güçlü bir kaynak olduğunu ortaya çıkarmıştır (Kartal ve Çetinkaya 2009). Önemli bir yaşam dönemi olan klimakterik dönemde, kadınların sosyal çevresinin genişletilmesi ve sosyal destek ağının güçlendirilmesi menopoza bağlı ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik yakınmaların hafifletilmesinde etkili olabilecektir (Koçak ve ark. 2017)

4.3.4. Algılanan Sosyal Destek

Birçok yazar son yıllarda yapılan sosyal destek araştırmalarında sosyal destek kavramından çok, ağırlığın algılanan desteğe yani sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi izlenimlerine kaydığını belirtmişlerdir (Şencan 2009; Kartal ve Çetinkaya 2009). Pek çok yazara göre sosyal desteğin kendisi yerine algılama ve yorumlama biçiminin ruh sağlığı üzerinde

etkili olduğu söylenmektedir. Algılanan sosyal destek kavramının da değişik tanımları yapılmıştır. Sosyal destek işlevlerinin yeterli olup olmadığı konusunda kişinin kendi yargısı algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanımda ise bireylerin önemsedikleri ve görüşlerine değer verdikleri kişiler tarafından sevildikleri ve değerli buldukları yönündeki algıları, algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak algılanan sosyal destek; bireylerin yaşamlarının çeşitli rol alanlarında geliştirdikleri, kendilerine değer verildiği, özen gösterildiği, ihtiyaçları olduğunda başvurabilecekleri insanların bulunduğu, sahip oldukları ilişkilerde tatmin oldukları inancını işaret eden genel bir kanıdır (Şencan 2009). Çok boyutlu algılanan sosyal destek, kuramsal olarak üç farklı kaynaktan; arkadaşlar, aile ve birey için anlamlı diğer kişilerden (akraba, komşu v.b) elde edilmektedir (Çeçen 2008). Algılanan sosyal destek, kişilik özellikleri gibi nispeten kalıcı özelliklerin yanı sıra tutum ve mizaç gibi daha kolay değişen özelliklerden de etkilenmektedir. Bazı yazarlara göre sosyal desteğin benlik saygısını zenginleştirici bileşeni, sağlığın korunmasında daha önemli bir rol oynamaktadır (Ardahan 2006). Yapılan çalışmalarda, travma ile baş etmede algılanan sosyal desteğin oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır (Kartal ve Çetinkaya 2009).

4.3.5. Sosyal Destek ve Sağlık

Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde etkili olduğ; bireyin yaşadığı zorluklar ile başa çıkmasında yardımcı olduğ ve hastalığa uyumuna katkı sağladığı bilinmektedir (Ardahan 2006; Korkmaz ve Tel 2010). Menopozal dönemde sosyal desteği yetersiz olanlarda psikolojik sorunların görülme sıklığının arttığı yani sosyal desteğin psikolojik rahatsızlıkların gelişmemesinde olumlu bir etkisinin olduğ belirtilmiştir (Karlıdere ve Özşahin 2008). Sosyal desteğin, stres oluşumunu önlediği; stres oluştuğu durumlarda ise olayın algılama biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda onun başa çıkma yöntemlerini etkileyerek ona yardımcı olduğ saptanmıştır (Ardahan 2006).

Sosyal desteğin sağlık üzerindeki olumlu etkisi Cohen ve Wills (1985) tarafından iki teori ile ele alınmıştır. Bu teoriler tampon etki modeli (buffering effect model) ve temel etki modelidir (main effect model) (Aktaş 2013).

Tampon Etki Modeli (Buffering Effect Model): Sosyal destek sistemleri, özellikle bireyleri stres altındayken olayların olumsuz etkilerinden korumaktadır. Stres ve hastalık arasındaki nedensel bağlantıda sosyal destek iki şekilde rol oynamaktadır. Birincisinde bireyin stres yaşadığında gerekli kaynakları sağlayabileceği kişilerin olduğunu algılayabilmesini sağlamaktadır. Bireyin yaşadığı stresin neden olabileceği olası zararları ve baş etme yöntemlerini tekrar değerlendirmesini ve tanımlamasını sağlayarak stresi önleyip azaltmaktadır. İkincisinde desteklerin varlığı, bireyin algıladığı sorunun önemini azaltarak, kişinin strese duyarlılığını azaltır. Sağlıklı davranışı kolaylaştırır. Sosyal desteği daha güçlü olan kişilerin stresli yaşam olaylarıyla daha iyi başa çıktıkları belirtilmektedir (şimşek 2010).

Literatürde sosyal desteğin stresli durumlar karşısındaki etkisine dair pek çok araştırma bulgusu yer almaktadır (Cohen ve Wills 1985). Yetişkin ve öğrencilerde yapılan bir çalışmada, stres altındaki bireylerde hem ruhsal hem de fiziksel rahatsızlık belirtilerinin görüldüğü, ancak çevrelerinden sosyal destek algıladıklarını düşünenlerde bu semptomların etkisinin daha hafif gözlendiği saptanmıştır (Cohen ve Wills 1985).

Temel Etki Modeli (Main Effect Model): Bu model, sosyal desteğin stres düzeyinden bağımsız bir etkiye sahip olduğu ve sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu öne sürmektedir (Aktaş 2013). Birey stres altında olsun ya da olmasın sosyal desteklerin bireyi koruduğuna dikkat çekilmiş ve genel olarak sağlıkla ilişkilendirilmiştir. Böylece, olumlu duygulanım bireyin yaşamında denge sağlar ve bireyin sahip olduğu sosyal ağlar, bireyin olumsuz yaşantılardan korunmasına da yardım edebilir (şimşek 2010). Sosyal desteğin, stres üzerindeki bu farklı etkileri, konuyu sosyal desteğin sağlığı doğrudan doğruya mı yoksa kişiyi stres verici olayların olumsuz etkilerinden koruyarak mı etkilediğine getirmektedir. Bu iki farklı görüş, Cohen ve Wills tarafından çeşitli araştırmalarda ele alınarak incelenmiştir. Bu inceleme sonunda, hem doğrudan etki hem de tampon etki modellerinin geçerli olduğu saptanmıştır. Her iki model de bazı yönlerden doğrudur, ancak her biri sosyal desteğin, sağlığı etkilediği farklı süreçleri temsil etmektedir

(Ardahan 2006). Ardahan'ın belirttiğine göre Sorias (1992), hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisini incelediği çalışmasında; sosyal desteğin sağlığı doğrudan olumlu bir şekilde etkilediği, ancak yaşam olaylarının verdiği stresi hafifleterek sağlığı kısmen koruduğu bulunmuştur (Ardahan 2006).

Literatürde sıklıkla sosyal destek ile sağlık arasında olumlu bir ilişkiden söz edilse de, bazı araştırmacılar sosyal desteğin yardımcı olma işlevinin negatif etkiye yol açabileceğinden de bahsederler. Sosyal desteğin bu işlevi, kişinin benlik saygısını ve kendine duyduğu güveni olumsuz etkileyebilir; çaresizlik hissi yaratabilir veya kişinin ihtiyacını karşılamayabilir. Sosyal destek verme, yüklenme ve engellenme hissiyle; destek alma ise suçluluk ve bağımlılık hissiyle ilişkili bulunmuştur. Yardım alma ve yardım verme arasındaki denge, kişilerin ilişkilerden daha fazla doyum almasını sağlar. Yardım alma ve verme arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır ve bu bağlamda fazla yarar görme ve az yarar görme, kişinin iyi olma haline zarar verebilirken, psikolojik semptomlarını arttırabilir ve negatif etki düzeyini yükseltebilir (Aktaş 2013).

4.3.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Sosyal Desteğin Önemi

Klimakterik dönem, bu dönemde görülen yakınmaların yanı sıra kadınların menopoza ilişkin tutumlarından ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından da etkilenmektedir. Menopoz döneminde olumlu tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösteren bireylerin klimakterik dönemi daha rahat geçirdikleri belirtilmektedir (Tortumluoğlu ve Erci 2004; Çoban ve ark. 2008). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının menopozal yakınmaları azaltmada önemli etkisi olduğu vurgulanmaktadır. Klimakterik dönemdeki kadının, döneme yönelik sağlıklı bir beslenme ve düzenli egzersiz yapma alışkanlığının olması, stres yönetimindeki başarısı, kişilerarası destek sistemlerinin olması, kendine değer verip, kendini gerçekleştirme ve genel olarak sağlık sorumluluğu bilincinde

olması bu dönemi daha az yakınmalarla ve daha rahat geçirmelerini sağlamaktadır (Tortumluoğlu ve Erci 2003).

Klimakterik yakınmalara yönelik yapılan araştırmalarda; Avustralya'da kadınların (%80), Asya ülkelerindeki kadınlara göre (%8–52) klimakterik yakınmaları daha yoğun yaşadıkları saptanmıştır. Çünkü Asya ülkelerindeki kadınlar ilerleyen yaşla birlikte toplumda söz sahibi olmaları, dini törenlere katılmaya hak kazanmaları, kendilerine ayıracakları zamanlarının olması, klimakterik yakınmaları yaşanması gereken değişiklikler olarak kabul edip kısa sürede uyum sağlamaları nedeniyle olumlu tutum içindedirler. Avrupalı kadınların ise, klimakterik dönemdeki değişiklikleri yaşlılığın bir işareti, güç, güzellik ve doğurganlığın kaybı olarak gördükleri için bu döneme ilişkin olumsuz tutum içinde oldukları söylenebilir (Tortumluoğlu ve Erci 2003).

Araştırmalar sosyal desteğin, tıbbi tavsiyelere ve sağlığı geliştirici davranışlara uyum ile ilişkili olduğunu göstermektedir (DiMatteo 2004; Lett ve ark. 2005). Ayrıca yeterli sosyal desteğe sahip kişilerin, ciddi hastalıklara yakalanma ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranları daha az olmaktadır (Lett ve ark. 2005). Arkadaş desteğinin fiziksel aktivite ile pozitif yönde ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Duncan ve ark. 2005). Afrika kökenli 850 Amerikalı ile yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin kanser taraması yaptıрма, sağlıklı bir diyet ve fiziksel aktivite davranışları ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Trasher ve ark. 2004). Bununla birlikte yapılan çalışmalar, yakın aile, arkadaş, komşu ilişkileri, evli olmak ve sosyal, politik veya dini bir gruba üye olmak gibi kurulan ilişki türlerinin sayısı arttıkça yaşam süresinin de arttığını göstermektedir (Şahin 2012). Koroner bypass ameliyatından altı ay sonra yapılan kontrollerde aile desteği az olan ve yalnız yaşayan kişilerde fiziksel semptomlarda ve depresyon düzeylerinde artış saptanmıştır (Okkonen ve Vanhanen 2006). Koroner bypass ameliyatı geçiren hastalar ile yapılan başka bir çalışmada, aileden alınan sosyal desteğin hastaya olumlu sağlık davranışları kazandırdığı ve sağlığını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Heitman 2006). Güçlü sosyal bağlantılar ve sosyal etkinliklere daha fazla katılma yaşlı bireylerde bilişsel bozulma riskini azaltmaktadır (Barnes ve ark. 2004; Ertel ve ark. 2008).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, klimakterik dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal desteğin menopozal yakınmalar ve kadınların menopoza ilişkin tutumları üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Manisa batıda İzmir, kuzeyde Balıkesir, güneyde Aydın, güneydoğuda Denizli, doğuda Uşak ve Kütahya ile çevrili Ege Bölgesi'nde bir ildir. Manisa ilinin yüzölçümü 13,26 km², nüfusu ise 2016 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre 1 396 945 kişidir. Toplam nüfusuyla İzmir'den sonra Ege Bölgesi'nin ikinci büyük şehridir. Manisa coğrafi konumu, iklim özelliği, ekonomik ve sanayi gelişmişliği ile Türkiye'nin 14. büyük ilidir (TÜİK 2016b).

Bu araştırma; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verileri 24 Mart – 31 Mayıs 2016 tarihleri arasında, etik kurul ve kurum onayı alındıktan sonra toplanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'ne herhangi bir nedenle başvuran (polikliniklerde muayene ve kontrol için bekleyen, refakatçi, ziyaretçi vb.) 45-65 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan formül ile hesaplanmıştır ($n = \frac{t^2 pq}{d^2}$) (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2002). %95 güven aralığı, %0,5 sapma ile 384 kadın örnekleme alınmıştır. Bu kadınlar basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Bilgilendirilmiş yazılı onam formu ile kadınlardan araştırmaya katılımı için olur alınmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- ❖ 45-65 yaş grubunda olan,
- ❖ Cerrahi menopozda olmayan,
- ❖ Okuma-yazma bilen,
- ❖ İletişim güçlüğü ve psikolojik sorunları olmayan,
- ❖ HRT tedavisi almayan,
- ❖ Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar.

Araştırmadan dışlama kriterleri:

- ❖ 45 yaş altında ve 65 yaş üstünde olan,
- ❖ Cerrahi menopozda olan,
- ❖ Okuma-yazma bilmeyen,
- ❖ İletişim güçlüğü ve psikolojik sorunları olan,
- ❖ HRT tedavisi alan,
- ❖ Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar.

5.4. Araştırmanın Hipotezleri

- I. **H₀:** Sosyal desteğin kadının menopozal yakınmalarına etkisi yoktur.
H₁: Sosyal desteğin kadının menopozal yakınmalarına etkisi vardır.
- II. **H₀:** Sosyal destek kadınların menopozal tutumlarını etkilemez.
H₁: Sosyal destek kadınların menopozal tutumlarını etkiler.
- III. **H₀:** Menopozal döneme ilişkin olumlu tutumu olan kadınlarda menopozal yakınmalar etkilenmez.
H₁: Menopozal döneme ilişkin olumlu tutumu olan kadınlarda menopozal yakınmalar etkilenir.

5.5. Araştırmanın Bağımlı, Bağımsız Değişkenleri

✓ **Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:** Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği, Kadınların Menopoza Bakış Açısı Soru Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı.

✓ **Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:** Kadınların yaşı, BKİ, eğitim, çalışma durumu, eşlerinin eğitim durumu, ailenin gelir durumu, menopoza girme durumu, menopoza girme yaşı, menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu, menopoz dönemini nasıl algıladığı, menopozun eş, çocuk ve çevre ile ilişkisini etkileme durumu.

5.6. Veri Toplama Araçları

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır:

- a. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu (Ek I)
- b. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek II)
- c. Kadınların Menapoza Bakış Açısı Soru Formu (Ek III)
- d. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek IV)

5.6.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu

Bu form, klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ile menopozal tutum ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik, obstetrik, jinekolojik ve menopoza ilişkin düşünce ve davranış özelliklerini belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Erdem 2006; İntepe 2007; Karlıtepe ve Özşahin 2008; Dökmen 2009; Mermer ve ark. 2010; Yanıkkerem ve ark. 2012; Bozkurt ve Sevil 2016). Bu bölümde toplam 31 soru bulunmaktadır. Soru formu; klimakterik dönemindeki kadının yaşı, boyu, kilosu, eğitim, çalışma ve medeni durumu, çalışma süresi, eşlerinin eğitim durumu, kadınların ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, gebelik ve çocuk sayısı, ailenin gelir durumu, ailede bakıma muhtaç birey sayısı, kadınların boş zamanlarını değerlendirme şekli, en son ne zaman adet gördüğü, menopoza girme yaşı, menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu, menopoz dönemine yönelik bilgi kaynakları, menopoza ilişkin bilgiyi yeterli bulma durumu, menopoz şikayetlerini paylaştığı kişi, menopozu nasıl değerlendirdiği, menopozal yakınmalar için bitkisel ilaç kullanma durumu ve bitkisel ilaç kullanma süresi, menopozun eş, çocuk ve çevre ile ilişkisini etkileme durumlarına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

5.6.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) Soru Formu

Orijinal adı Menopause Rating Scale (MRS) olan MSDÖ 1992 yılında Schneider ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiş ve 1996 yılında İngilizce'ye uyarlanmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Gürkan tarafından yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte, her bir madde için "0= Hiç yok", "1= Hafif", "2= Orta", "3= Şiddetli" ve "4= Çok şiddetli" seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır;

1. Somatik Şikâyetler Alt Boyutu: 1., 2., 3. ve 11. maddeler,
2. Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu: 4., 5., 6. ve 7. maddeler,
3. Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu: 8., 9. ve 10. maddeler.

Ölçeğin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,84'dür. Alt boyutlar için ise Cronbach alfa değerleri; somatik semptomlar için 0,65, psikolojik semptomlar için 0,79 ve ürogenital semptomlar için 0,72'dir (Gürkan 2005). Bu çalışmada MSDÖ'nün toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,86, alt boyutlar için Cronbach alfa değerleri; somatik semptomlar 0,63, psikolojik semptomlar 0,79 ve ürogenital semptomlar 0,71 olarak bulunmuştur.

5.6.3. Kadınların Menopoza Bakış Açısı Soru Formu

Kadınların Menopoza Bakış Açısı Soru Formu, Yanikkerem ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Kadınların menopoza ilişkin tutumlarını içeren 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için a) Katılmıyorum, b) Kısmen katılıyorum ve c) Katılıyorum seçenekleri bulunmaktadır. Soru formunun içeriği Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları tarafından değerlendirilmiştir. Soru formu bir doktor, bir ebe ve bir hemşireyi içeren kadın doğum uzmanlarının klinik deneyimlerinin önerileri doğrultusunda yeniden revize edilmiştir. Soruların anlaşılabilir ve faydalı olup olmadığını test etmek için 25 menopoz dönemindeki

kadın ile pilot bir çalışma yapılmıştır. Soru formunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,799 olarak bulunmuştur. Bu soru formu ölçek olmayıp kadınların menopozal döneme yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Yanikkerem ve ark. 2012).

5.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımını kolay ve kısa bir ölçektir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan) Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile (3, 4, 8, 11 nolu ifadeler) arkadaş (6, 7, 9, 12 nolu ifadeler), özel kişi (1, 2, 5, 10 nolu ifadeler) desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt boyutu vardır. Aile alt boyutu anne, baba, eş, çocuk, kardeşi içerir. Özel bir insan alt boyutu ise flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktoru içerir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Tablo 1 ’de Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının madde sayısı, en düşük ve en yüksek puan dağılımı ile alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı verilmiştir (Eker ve ark. 2001). Bu çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam Cronbah alfa güvenilirlik katsayısı 0,93, alt boyutlar için ise Cronbah alfa değerleri; aile 0,89, arkadaş 0,92 ve özel kişi 0,87 olarak bulunmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Alt Boyutları Madde Sayısı, Toplam Puanları (Min.-Max.) ve Cronbach Alpha Değerleri

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Madde Sayısı	Toplam Puanları (Minimum-Maksimum)	Cronbach Alpha Değeri
Aile	4	4-28	0,85
Arkadaş	4	4-28	0,88
Özel Bir İnsan	4	4-28	0,92
MSPSS Toplam	12	12-84	0,89

5.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'ne herhangi bir nedenle başvuran, araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süreci 24.03.2016–31.05.2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Her kadın ile ortalama görüşme süresi yaklaşık 20 dakikadır.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacı tarafından değerlendirilip kontrolleri yapıldıktan sonra veriler bilgisayara girilmiştir. Verilerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiş, normal dağılım göstermediği için nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 for Windows istatistik analiz programında sayı, yüzde dağılımı, aritmetik ortalama, Pearson korelasyon analizi, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler

Araştırma verilerinin öz bildirime dayalı toplanması, verilerinin Manisa'da tek bir hastanede toplanması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Bununla birlikte araştırmanın yapılacağı kurumdan izin alma süreci uzun sürdüğü için araştırmaya planlanan zamanda başlanamamıştır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-V). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından tez konusu onayı 14.05.2015 tarihinde alınmıştır (Ek-VI). Etik kurul onayı 10.06.2015 tarihinde alınmıştır (Ek VII). Araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kurumu'ndan 23.03.2016

tarihinde izin alınmıştır (Ek-VIII). Tez yazımı tamamlandıktan sonra orjinallik raporu Turnitin programından alınmıştır (Ek-IX).

5.11. Süre ve Olanaklar

Araştırma Mart 2016 - Mart 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür (Şekil-1).



Şekil 1. Araştırmanın Zamanlanması

Tez Aşamaları	Şubat 2015	Mart 2015	Nisan 2015	Mayıs 2015	Haziran 2015	Temmuz 2015	Ağustos- Aralık 2015	Ocak 2016	Şubat 2016	Mart 2016	Nisan 2016	Mayıs 2016	Haziran 2016	Temmuz 2016	Ağustos- Aralık 2016	Ocak 2017	Şubat 2017	Mart 2017
Araştırma konusunu belirleme	■	■																
Araştırma ile ilgili literatür toplama	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Araştırma deseninin seçilmesi	■	■	■	■														
İncelenecek evreni belirleme			■															
Verilerin toplanmasına uygun yöntem belirleme			■															
Örneklemin Planlanması			■															
Tez konusunun onaylanması				■														
Etik kurul onayı					■													
Pilot araştırma ve düzeltmelerin yapılması						■												
Veri toplama										■	■	■						
Verilerin analize hazırlanması											■	■						
İstatistiksel analiz ve değerlendirme												■	■	■	■			
Tezin yazımı				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

6. BULGULAR

6.1.KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş Grupları		
45- 50 yaş	147	38,3
51- 56 yaş	134	34,9
57 ve üstü	103	26,8
Eğitim Durumu		
İlkokul	220	57,3
Ortaokul	35	9,1
Lise ve dengi	73	19,0
Yüksekokul/ Fakülte	56	14,6
Çalışma Durumu		
Evet	75	19,5
Hayır (Emekli Dahil)	309	80,5
Eşinin Eğitim Durumu		
İlkokul	162	42,2
Ortaokul	49	12,8
Lise ve dengi	87	22,6
Yüksekokul/ Fakülte	86	22,4
Ailenin Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	56	14,6
Gelir gidere denk	210	54,7
Gelir giderden az	118	30,7
Bakıma Muhtaç Kimse		
Evet	52	13,5
Hayır	332	86,5
Toplam	384	100,0

Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı, kadınların ve eşinin eğitim durumu ile aile yapısına ilişkin bulgular Tablo 1’de verilmiştir. Kadınların çoğunluğu 45-50 yaş grubunda olup, kadınların yaş ortalaması $52,7\pm 4,6$ (min:45, mak:60) olarak bulunmuştur. Kadınların %57,3’ü, eşlerinin %42,2’si ilkokul mezunudur. Katılımcıların %54,7’si aile gelirinin gidere denk olduğunu, %80,5’i çalışmadığını, %86,5’i bakıma muhtaç kimsesinin olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2. Kadınların Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı

Beden Kitle İndeksi (BKİ)	n	%
Normal (18,5-24,9)	87	22,7
Fazla kilolu (25-29,9)	189	49,2
Obez (30-39,9)	108	28,1
Toplam	384	100,0

Kadınların BKİ'ne göre sınıflandırılması Tablo 2'de verilmiştir. Kadınların %49,2'sinin "fazla kilolu" ve %28,1'inin "obez", %22,7'sinin ise "normal" kilolu olduğu saptanmıştır. Kadınların BKİ ortalaması $28,1 \pm 4,2$ (min:18,9 , mak:47,6) olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Kadınların Boş Zamanlarında Yaptıkları Aktivitelere Göre Dağılımı

Boş Zaman Aktiviteleri	n*	%
Sosyal aktivitelere katılarak	205	53,4
İbadet ederek	197	51,3
Elişi yaparak	185	48,2
Hiçbir şey yapmadan	34	8,9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kadınların boş zamanlarında yaptıkları aktiviteler Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %53,4'ünün sosyal aktivitelere katılarak, %51,3'ünün ibadet ederek, %48,2'sinin elişi yaparak, %8,9'unun hiçbir şey yapmadan boş zamanlarını geçirdikleri saptanmıştır.

6.2. KADINLARIN OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4. Kadınların Evlenme Yaşı, Toplam Evlilik Süresi, Toplam Gebelik Sayısıyla İlgili Bulguların Dağılımı

Özellikler	$\bar{X} \pm SD$
Evlenme Yaşı (n:384)	21,1 \pm 3,4
Toplam Evlilik Süresi (n:384)	31,3 \pm 6,7
Toplam Gebelik Sayısı (n:384)	3,2 \pm 1,6

Kadınların evlenme yaşı ortalaması 21,1 \pm 3,4 (min:15, mak:35), toplam evlilik süresi ortalaması 31,3 \pm 6,7 (min:2, mak:45), toplam gebelik sayısı ortalaması 3,2 \pm 1,6 (min:0, mak:12) olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumu ve Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	381	99,2
Hayır	3	0,8
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0	3	0,8
1	42	10,9
2	186	48,5
3 ve üstü	153	39,8
Toplam	384	100,0

Kadınların çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı ile ilişkili bulgular Tablo 5'te verilmiştir. Kadınların %99,2'si çocuk sahibi iken, %48,5'inin 2 çocuğu, %40,6'sının ise 3 ve daha fazla çocuğu olduğu saptanmıştır.

6.3. KADINLARIN MENOPOZ DÖNEMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6. Kadınların Menopoza Girme, Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Alma Kaynaklarına Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Kadınların Menopoza Girme Durumu		
Evet	349	90,9
Hayır	35	9,1
Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Alma Durumu		
Evet	207	53,9
Hayır	177	46,1
Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Kaynağı		
Doktor	77	20,1
Ebe/Hemşire	61	15,9
Arkadaş	21	5,5
Komşu ve Akraba	18	4,7
Televizyon/Radyo	11	2,9
Kitap/ Dergi/ Gazete	10	2,6
İnternet	9	2,3
Bilgi Almayan	177	46,0
Menopoz Dönemine Yönelik Bilgi Kaynağı		
Sağlık Çalışanları	138	35,9
Diğer	69	18,0
Bilgi Almayan	177	46,1
Toplam	384	100,0

Kadınların menopoza girme, menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumları ve bilgi kaynakları Tablo 6’da verilmiştir. Kadınların %90,9’unun menopoza girdiği, %53,9’unun menopoz dönemine yönelik bilgi aldıkları saptanmıştır. Menopoz yaş ortalaması $45,7 \pm 3,9$ (min:33, mak:56) olarak bulunmuştur. Bilgi kaynakları ise sırasıyla %20,1’i doktor, %15,9’u ebe/hemşire, %5,5’i arkadaş, %4,7’si komşu ve akraba, %2,9’u televizyon/radyo, %2,6’sı kitap/dergi/gazete, %2,3’ü internet olarak bulunmuştur. Menopoz dönemine yönelik bilgiyi sağlık çalışanlarından alan %35,9’unu oluşturan kadınların %34,4’ünün almış oldukları bilgiyi yeterli buldukları saptanmıştır.

Tablo 7. Kadınların Menopoz Dönemine Yönelik Şikâyetlerini Paylaştığı Kişilere Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Menopozla İlişkili Şikâyetlerin Paylaşıldığı Kişiler		
Eş	131	34,1
Çocuk	81	21,1
Doktor	61	16,0
Arkadaş	41	10,7
Kardeş	19	4,9
Hemşire	9	2,3
Hiç kimseyle	42	10,9
Toplam	384	100,0

Kadınların %34,1'inin "eş", %21,1'inin "çocuk", %16,0'sının "doktor", %10,7'sinin "arkadaş", %4,9'unun "kardeş", %2,3'ünün "hemşire" ile menopoz dönemine yönelik şikâyetlerini paylaştığı ve %10,9'unun kimseyle paylaşmadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Kadınların Menopoz Dönemi Şikâyetlerinin Eş, Çocuk ve Çevresindeki Kişileri Etkileme Durumuna Göre Dağılımı

Menopoz Dönemindeki Şikâyetler	n	%
Eşi ile İlişkilerini		
Olumlu Etkiledi	8	2,1
Olumsuz Etkiledi	137	35,7
Etkilemedi	239	62,2
Çocukları ile İlişkilerini		
Olumlu Etkiledi	14	3,6
Olumsuz Etkiledi	81	21,1
Etkilemedi	289	75,3
Çevresindeki Kişilerle İlişkilerini		
Olumlu Etkiledi	12	3,1
Olumsuz Etkiledi	35	9,1
Etkilemedi	337	87,8
Toplam	384	100,0

Kadınların menopoz dönemi şikâyetlerinin eş, çocuk ve çevresindeki kişileri etkileme durumuna göre dağılımı Tablo 8'de verilmiştir. Kadınların %35,7'si menopoz dönemi şikâyetlerinin eşi ile olan ilişkilerini "olumsuz", %21,1'i çocukları

ile olan ilişkilerini “olumsuz”, %9,1’i çevresindeki kişiler ile olan ilişkilerini “olumsuz” etkilediğini belirtmiştir.

Tablo 9. Kadınların Menopozu Algılama Durumlarına Göre Dağılımı

Menopozu Nasıl Algılıyorsunuz?	n	%
İyi	56	14,6
Kötü	153	39,8
Hem iyi hem kötü	175	45,6

Menopoz Dönemi “İyi” ise Neden?		
Adet dönemi ağrı ve sıkıntılarından kurtuluş olduğu için	111	28,9
İbadetleri aksatmadan yapabildiği için	45	11,7
Aile planlaması yöntemi kullanılmak zorunda olunmadığı için	43	11,2
Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için	29	7,0
Aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için	2	0,5

Menopoz Dönemi “Kötü” ise Neden?		
Vücutta değişiklikler olduğu için	300	78,1
Cinsellik azaldığı için	16	4,2
Doğurganlık kayb olduğu için	14	3,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kadınların %39,8’inin menopozu “Kötü”, %14,6’sının “İyi”, %45,6’sının “Hem iyi hem kötü” olarak algıladığı saptanmıştır. Kadınların %28,9’u “Adet dönemi ağrı ve sıkıntılarından kurtuluş olduğu için”, %11,7’si “İbadetleri aksatmadan yapabildiği için”, %11,2’si “Aile planlaması yöntemi kullanılmak zorunda olunmadığı için”, %7,6’sı “Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için”, %0,5’i “Aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için” bu dönemi “İyi” olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %78,1’i ise “Vücutta değişiklikler olduğu için”, %4,2’si “Cinsellik azaldığı için”, %3,6’sı “Doğurganlık kayb olduğu için” bu dönemi “Kötü” olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların Menopoz Döneminde Bitkisel İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Bitkisel İlaç Kullanma Durumu	n	%
Evet	37	9,6
Hayır	347	90,4
Toplam	384	100,0

Tablo 10’da görüldüğü gibi kadınların %9,6’sının bitkisel ilaç kullandığı bulunmuştur. Kullanılan ilaçlar; ıhlamur, adaçayı, melisa, civanperçemi, papatya, dereotu vs. olarak saptanmıştır.

Tablo 11. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile MSDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı

Özellikler	n (%)	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
YAŞ									
45-50 yaş	147 (38,3)	7,2 ± 2,9	$\chi^2 = 3,744$	7,8 ± 3,6	$\chi^2 = 0,153$	3,6 ± 2,5	$\chi^2 = 6,563$	18,6 ± 7,6	$\chi^2 = 2,698$
51-56 yaş	134 (34,9)	7,9 ± 3,3	d.f. = 2	7,9 ± 3,6	d.f. = 2	4,2 ± 2,8	d.f. = 2	19,9 ± 8,4	d.f. = 2
57 ve üstü	103 (26,8)	7,6 ± 3,1	p = 0,154	7,8 ± 3,5	p = 0,926	4,3 ± 2,5	p = 0,038	19,7 ± 7,7	p = 0,259
EĞİTİM DURUMU									
İlkokul	220 (57,3)	7,9 ± 3,3	$\chi^2 = 5,079$	8,2 ± 3,6	$\chi^2 = 5,794$	4,2 ± 2,7	$\chi^2 = 3,980$	20,3 ± 8,0	$\chi^2 = 7,268$
Ortaokul	35 (9,1)	7,1 ± 2,9	d.f. = 3	7,2 ± 3,4	d.f. = 3	3,8 ± 2,3	d.f. = 3	18,1 ± 7,2	d.f. = 3
Lise ve dengi	73 (19,0)	7,0 ± 2,9	p = 0,166	7,3 ± 3,4	p = 0,264	3,6 ± 2,4	p = 0,264	17,8 ± 7,8	p = 0,064
Yüksekokul / Fakülte	56 (14,6)	7,2 ± 2,7		7,4 ± 3,6		3,7 ± 2,8		18,4 ± 7,9	
EŞ EĞİTİM DURUMU									
İlkokul	162 (42,2)	8,1 ± 3,3	$\chi^2 = 10,999$	8,3 ± 3,8	$\chi^2 = 5,854$	4,3 ± 2,8	$\chi^2 = 5,318$	20,7 ± 8,3	$\chi^2 = 9,454$
Ortaokul	49 (12,8)	7,6 ± 2,7	d.f. = 3	7,9 ± 2,6	d.f. = 3	4,2 ± 2,2	d.f. = 3	19,7 ± 5,8	d.f. = 3
Lise ve dengi	87 (22,6)	7,1 ± 2,8	p = 0,012	7,4 ± 3,4	p = 0,119	3,5 ± 2,3	p = 0,150	18,0 ± 7,2	p = 0,024
Yüksekokul / Fakülte	86 (22,4)	7,0 ± 3,1		7,3 ± 3,7		3,8 ± 2,8		18,0 ± 8,6	
BEDEN KİTLE İNDEKSİ									
Normal (18,5-24,9)	87 (22,7)	7,8 ± 3,3	$\chi^2 = 2,126$	8,1 ± 3,3	$\chi^2 = 3,428$	4,1 ± 2,5	$\chi^2 = 1,354$	20,1 ± 7,7	$\chi^2 = 3,102$
Fazla Kilolu (25-29,9)	189 (49,2)	7,4 ± 3,0	d.f. = 2	7,5 ± 3,6	d.f. = 2	3,8 ± 2,6	d.f. = 2	18,7 ± 7,8	d.f. = 2
Obez (30-39,9)	108 (28,1)	7,6 ± 3,2	p = 0,345	8,2 ± 3,6	p = 0,180	4,2 ± 2,8	p = 0,508	20,0 ± 8,3	p = 0,212

Tablo 11 - devam

Özellikler	n (%)	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
ÇALIŞMA DURUMU									
Evet	75 (19,5)	7,1 ± 2,9	z= -1,307	7,6 ± 3,7	z= -0,521	3,8 ± 2,7	z= -1,003	18,5 ± 8,2	z= -1,142
Hayır (Emekli Dahil)	309 (80,5)	7,6 ± 3,2	p = 0,191	7,9 ± 3,5	p = 0,603	4,0 ± 2,6	p = 0,316	19,6 ± 7,9	p = 0,253
GELİR DURUMU									
Gelir giderden fazla	56 (14,6)	7,1 ± 2,5	x ² = 2,643	7,4 ± 3,3	x ² = 3,876	4,1 ± 2,6	x ² = 0,289	18,6 ± 6,9	x ² = 2,405
Gelir gidere denk	210 (54,7)	7,5 ± 3,1	d.f. = 2	7,6 ± 3,4	d.f. = 2	4,0 ± 2,7	d.f. = 2	19,1 ± 7,8	d.f. = 2
Gelir giderden az	118 (30,7)	7,8 ± 3,4	p = 0,267	8,4 ± 4,0	p = 0,144	4,0 ± 2,5	p = 0,865	20,2 ± 8,6	p = 0,300
MENOPOZA GİRME DURUMU									
Evet	35 (9,1)	7,5 ± 2,6	z= -0,254	7,7 ± 3,2	z= -0,307	3,7 ± 1,8	z= -0,436	18,8 ± 6,0	z= -0,044
Hayır	349 (90,9)	7,5 ± 3,2	p = 0,800	7,9 ± 3,6	p = 0,759	4,0 ± 2,7	p = 0,663	19,4 ± 8,1	p = 0,965
MENOPOZA YÖNELİK BİLGİ ALMA DURUMU									
Evet	207 (53,9)	7,4 ± 2,9	z= -1,213	7,6 ± 3,3	z= -1,711	4,0 ± 2,7	z= -0,205	19,0 ± 7,5	z= -1,242
Hayır	177 (46,1)	7,7 ± 3,4	p = 0,225	8,1 ± 3,9	p = 0,087	4,0 ± 2,5	p = 0,838	19,8 ± 8,4	p = 0,214
MENOPOZ DÖNEMİNİ NASIL ALGILIYORSUNUZ?									
İyi	56 (14,6)	5,1 ± 3,2	x ² = 52,097	5,5 ± 3,7	x ² = 48,322	2,7 ± 2,6	x ² = 26,500	13,3 ± 8,4	x ² = 60,653
Kötü	153 (39,8)	8,6 ± 2,9	d.f. = 2	9,2 ± 3,2	d.f. = 2	4,7 ± 2,7	d.f. = 2	22,5 ± 7,1	d.f. = 2
Hem iyi hem kötü	175 (45,6)	7,4 ± 2,8	p = 0,000	7,4 ± 3,3	p = 0,000	3,8 ± 2,4	p = 0,000	18,6 ± 7,1	p = 0,000

x²=Kruskal-Wallis Testi

z=Mann-Whitney U Testi

Kadınların bazı sosyodemografik özellikleri ile MSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş ile ürogenital yakınmalar alt boyutunda, eş eğitim durumu ile somatik alt boyutu ve toplam ölçek puanı arasında, menopoz dönemini nasıl algıladığı ile MSDÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Kadınların eğitim durumu, BKİ, çalışma durumu, gelir durumu, menopoza girme ve menopoza yönelik bilgi alma durumu ile MSDÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).



Tablo 12. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı

Özellikler	n (%)	AİLE		ARKADAŞ		ÖZEL BİR İNSAN		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
YAŞ									
45-50 yaş	147 (38,3)	20,3 ± 6,3	$x^2 = 1,751$	16,7 ± 7,2	$x^2 = 0,160$	16,8 ± 6,8	$x^2 = 0,779$	53,8 ± 16,9	$x^2 = 0,359$
51-56 yaş	134 (34,9)	19,2 ± 6,9	d.f. = 2	16,7 ± 7,6	d.f. = 2	16,2 ± 6,8	d.f. = 2	52,1 ± 18,7	d.f. = 2
57 ve üstü	103 (26,8)	20,2 ± 6,5	p = 0,417	16,4 ± 7,7	p = 0,923	16,2 ± 7,0	p = 0,677	52,7 ± 18,0	p = 0,836
EĞİTİM DURUMU									
İlkokul	220 (57,3)	19,7 ± 6,7	$x^2 = 10,789$	15,7 ± 7,8	$x^2 = 23,961$	15,5 ± 7,0	$x^2 = 18,581$	51,0 ± 18,3	$x^2 = 21,727$
Ortaokul	35 (9,1)	17,0 ± 7,0	d.f. = 3	14,5 ± 6,4	d.f. = 3	15,3 ± 5,7	d.f. = 3	46,9 ± 16,6	d.f. = 3
Lise ve dengi	73 (19,0)	20,3 ± 6,4	p = 0,013	17,0 ± 6,6	p = 0,000	17,2 ± 6,4	p = 0,000	54,5 ± 16,1	p = 0,000
Yüksekokul / Fakülte	56 (14,6)	21,7 ± 5,8		20,8 ± 6,3		19,7 ± 6,3		62,3 ± 14,8	
EŞ EĞİTİM DURUMU									
İlkokul	162 (42,2)	18,8 ± 7,0	$x^2 = 16,975$	14,8 ± 7,7	$x^2 = 30,214$	14,5 ± 6,9	$x^2 = 28,459$	48,1 ± 18,6	$x^2 = 30,599$
Ortaokul	49 (12,8)	20,1 ± 6,2	d.f. = 3	15,6 ± 7,1	d.f. = 3	16,0 ± 5,9	d.f. = 3	51,7 ± 15,3	d.f. = 3
Lise ve dengi	87 (22,6)	19,2 ± 6,4	p = 0,001	17,0 ± 6,5	p = 0,000	17,7 ± 6,5	p = 0,000	54,0 ± 16,4	p = 0,000
Yüksekokul / Fakülte	86 (22,4)	22,3 ± 5,7		20,2 ± 6,8		19,1 ± 6,3		61,6 ± 15,6	
BEDEN KİTLE İNDEKSİ									
Normal (18,5-24,9)	87 (22,7)	19,6 ± 6,8	$x^2 = 6,342$	17,8 ± 7,1	$x^2 = 3,108$	17,0 ± 6,7	$x^2 = 1,081$	54,5 ± 18,4	$x^2 = 1,911$
Fazla Kilolu (25-29,9)	189 (49,2)	19,2 ± 6,6	d.f. = 2	16,4 ± 7,6	d.f. = 2	16,2 ± 6,7	d.f. = 2	51,8 ± 17,8	d.f. = 2
Obez (30-39,9)	108 (28,1)	21,2 ± 6,3	p = 0,052	16,0 ± 7,5	p = 0,211	16,4 ± 7,1	p = 0,583	53,5 ± 17,3	p = 0,385

Tablo 12 - devam

Özellikler	n (%)	AİLE		ARKADAŞ		ÖZEL BİR İNSAN		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
ÇALIŞMA DURUMU									
Evet	75 (19,5)	20,5 ± 6,1	z= -0,722	19,6 ± 6,3	z= -3,817	18,4 ± 6,2	z= -2,761	58,5 ± 8,2	z= -2,837
Hayır (Emekli dahil)	309 (80,5)	19,7 ± 6,7	p = 0,470	15,9 ± 7,5	p = 0,000	16,0 ± 6,9	p = 0,006	51,5 ± 7,9	p = 0,005
GELİR DURUMU									
Gelir giderden fazla	56 (14,6)	20,1 ± 7,4	x ² = 2,874	17,8 ± 7,6	x ² = 7,890	17,9 ± 7,2	x ² = 8,416	55,8 ± 17,6	x ² = 8,116
Gelir gidere denk	210 (54,7)	20,2 ± 6,5	d.f. = 2	17,2 ± 7,2	d.f. = 2	16,9 ± 6,9	d.f. = 2	54,2 ± 18,3	d.f. = 2
Gelir giderden az	118 (30,7)	19,2 ± 6,3	p = 0,238	15,0 ± 7,6	p = 0,019	15,0 ± 6,3	p = 0,015	49,2 ± 16,5	p = 0,017
MENOPOZA GİRME DURUMU									
Evet	35 (9,1)	20,6 ± 6,9	z= -0,837	16,9 ± 7,1	z= -0,205	15,0 ± 6,4	z= -1,323	52,5 ± 15,9	z= -0,023
Hayır	349 (90,9)	19,8 ± 6,6	p = 0,403	16,6 ± 7,5	p = 0,838	16,6 ± 6,9	p = 0,186	53,0 ± 18,0	p = 0,982
MENOPOZA YÖNELİK BİLGİ ALMA DURUMU									
Evet	207 (53,9)	20,7 ± 6,2	z= -2,382	18,3 ± 6,9	z= -4,716	18,3 ± 6,4	z= -5,404	57,2 ± 16,3	z= -4,960
Hayır	177 (46,1)	18,9 ± 7,0	p = 0,017	14,6 ± 7,6	p = 0,000	14,3 ± 6,7	p = 0,000	47,9 ± 18,2	p = 0,000
MENOPOZ DÖNEMİNİ NASIL ALGILIYORSUNUZ?									
İyi	56 (14,6)	21,8 ± 5,6	x ² = 4,850	18,1 ± 7,4	x ² = 3,435	18,3 ± 6,9	x ² = 5,978	58,3 ± 16,1	x ² = 6,783
Kötü	153 (39,8)	19,8 ± 6,6	d.f. = 2	16,7 ± 7,7	d.f. = 2	16,4 ± 6,8	d.f. = 2	52,9 ± 17,7	d.f. = 2
Hem iyi hem kötü	175 (45,6)	19,3 ± 6,9	p = 0,088	16,0 ± 7,2	p = 0,179	15,9 ± 6,8	p = 0,050	51,2 ± 18,1	p = 0,034

x²=Kruskal-Wallis Testi

z=Mann-Whitney U Testi

Kadınların bazı sosyodemografik özellikleri ile ÇBASDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim durumu, eşin eğitim durumu ve menopoza yönelik bilgi alma durumu ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında, çalışma durumu, gelir durumu ile ÇBASDÖ toplam ve arkadaş ile özel bir insan alt boyutları arasında, menopoz dönemini nasıl algıladığı ile toplam ve özel bir insan alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Kadınların yaşı, BKİ ve menopoza girme durumu ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).



6.4. KADINLARIN MENOPOZ SEMPTOMLARI ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 13. Menopozun Kadının Aile, Çocuk ve Çevre İlişkilerine Etkisi ile Menopoz Semptomları Ölçeği ile Puanlarına Göre Dağılımı

Özellikler	n (%)	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
1) EŞ İLE İLİŞKİLER									
Olumlu	8 (2,1)	6,1 ± 3,8	$\chi^2 = 24,184$	6,0 ± 4,1	$\chi^2 = 46,210$	2,3 ± 1,8	$\chi^2 = 30,589$	14,4 ± 9,1	$\chi^2 = 49,748$
Olumsuz	137 (35,7)	8,6 ± 3,0	d.f. = 2	9,4 ± 3,2	d.f. = 2	4,9 ± 2,6	d.f. = 2	22,9 ± 7,2	d.f. = 2
Etkilemedi	239 (62,2)	7,0 ± 3,0	p = 0,000	7,0 ± 3,4	p = 0,000	3,5 ± 2,5	p = 0,000	17,5 ± 7,6	p = 0,000
2) ÇOCUK İLE İLİŞKİLER									
Olumlu	14 (3,6)	5,3 ± 3,7	$\chi^2 = 34,949$	5,5 ± 3,6	$\chi^2 = 59,456$	3,5 ± 2,5	$\chi^2 = 20,701$	14,3 ± 8,6	$\chi^2 = 54,882$
Olumsuz	81 (21,1)	9,2 ± 2,8	d.f. = 2	10,5 ± 3,1	d.f. = 2	5,1 ± 2,5	d.f. = 2	24,8 ± 6,8	d.f. = 2
Etkilemedi	289 (75,3)	7,2 ± 3,0	p = 0,000	7,2 ± 3,3	p = 0,000	3,7 ± 2,6	p = 0,000	18,0 ± 7,5	p = 0,000
3) ÇEVRE İLE İLİŞKİLER									
Olumlu	12 (3,1)	5,2 ± 3,8	$\chi^2 = 19,400$	5,5 ± 4,2	$\chi^2 = 26,886$	2,9 ± 2,3	$\chi^2 = 14,817$	13,6 ± 9,0	$\chi^2 = 29,072$
Olumsuz	35 (9,1)	9,5 ± 2,8	d.f. = 2	10,6 ± 3,2	d.f. = 2	5,7 ± 2,7	d.f. = 2	25,8 ± 7,1	d.f. = 2
Etkilemedi	337 (87,8)	7,4 ± 3,0	p = 0,000	7,6 ± 3,4	p = 0,000	3,9 ± 2,6	p = 0,001	18,9 ± 7,6	p = 0,000

χ^2 =Kruskal-Wallis Testi

Menopozun eş, çocuk ve çevresiyle ilişkilerini olumsuz etkilediğini belirten kadınların menopoz semptomları ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ‘olumlu etkiledi’ ve ‘etkilemedi’ yanıtını veren kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).



6.5.ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ PUANLARI İLE MENOPOZA YÖNELİK TUTUMLAR ARASINDA İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 14.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Menopoza Yönelik Tutumlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Özellikler	n (%)	AİLE		ARKADAŞ		ÖZEL BİR İNSAN		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
1) Menopoz tedavi edilmelidir.									
Katılmıyorum	76 (19,8)	20,1 ± 6,7	F = 0,109	16,7 ± 7,2	F = 0,010	16,5 ± 6,7	F = 0,007	53,2± 18,0	F = 0,037
Kısmen katılıyorum	81 (21,1)	19,6 ± 6,5	d.f. = 2	16,5 ± 7,1	d.f. = 2	16,4 ± 6,6	d.f. = 2	52,5± 17,7	d.f. = 2
Katılıyorum	227 (59,1)	19,9 ± 6,6	p = 0,897	16,6 ± 7,7	p = 0,990	16,5 ± 7,0	p = 0,993	53,0± 17,8	p = 0,964
2) Menopoz kadın hayatında doğal karşılanması gereken bir yaşam olayıdır.									
Katılmıyorum	65 (16,9)	20,5 ± 6,2	F = 2,890	18,0 ± 6,5	F = 1,484	18,6 ± 6,1	F = 4,157	57,2± 16,5	F = 2,700
Kısmen katılıyorum	53 (13,8)	17,9 ± 6,5	d.f. = 2	16,0 ± 7,5	d.f. = 2	16,1 ± 7,0	d.f. = 2	50,0± 19,1	d.f. = 2
Katılıyorum	266 (69,3)	20,1 ± 6,7	p = 0,057	16,4 ± 7,6	p = 0,228	16,0 ± 6,9	p = 0,016	52,5± 17,7	p = 0,068
3) Menopoz yaşlanmanın bir işaretidir.									
Katılmıyorum	106 (27,6)	21,2 ± 6,3	F = 3,169	17,6 ± 7,0	F = 6,085	17,8 ± 6,5	F = 4,472	56,7± 16,7	F = 5,493
Kısmen katılıyorum	87 (22,7)	19,6 ± 6,2	d.f. = 2	18,2 ± 6,7	d.f. = 2	16,9 ± 6,5	d.f. = 2	54,7± 17,3	d.f. = 2
Katılıyorum	191 (49,7)	19,2 ± 6,9	p = 0,043	15,3 ± 7,8	p = 0,003	15,5 ± 7,0	p = 0,012	50,0± 18,2	p = 0,004
4) Menopoza girmek kadının toplumda ve ailede statüsünü yükseltir.									
Katılmıyorum	260 (67,7)	20,2 ± 6,6	F = 3,886	16,4 ± 7,4	F = 0,628	15,9 ± 7,0	F = 3,393	52,5± 17,8	F = 1,952
Kısmen katılıyorum	85 (22,1)	18,3 ± 6,7	d.f. = 2	16,6 ± 7,5	d.f. = 2	16,9 ± 6,5	d.f. = 2	51,8± 18,6	d.f. = 2
Katılıyorum	39 (10,2)	21,4 ± 5,9	p = 0,021	17,8 ± 7,5	p = 0,534	18,9 ± 6,2	p = 0,035	58,2± 15,3	p = 0,143

Tablo 14 - devam

Özellikler	n (%)	AİLE		ARKADAŞ		ÖZEL BİR İNSAN		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
5) Menopozla birlikte adet/regl/kanamasının kesilmesi kadının sağlığını olumsuz etkiler.									
Katılmıyorum	93 (24,2)	20,4 ± 6,0	F = 0,428	17,6 ± 7,0	F = 2,288	17,6 ± 6,6	F = 1,967	55,6± 17,2	F = 1,775
Kısmen katılıyorum	110 (28,6)	19,6 ± 6,7	d.f. = 2	17,2 ± 7,6	d.f. = 2	16,4 ± 6,7	d.f. = 2	53,3± 18,1	d.f. = 2
Katılıyorum	181 (47,1)	19,7 ± 6,9	p = 0,652	15,8 ± 7,6	p = 0,103	15,9 ± 7,0	p = 0,141	51,3± 17,8	p = 0,171
6) Menopoz döneminde kadın eşi ile daha az cinsel ilişkide bulunur.									
Katılmıyorum	92 (24,0)	20,4 ± 6,5	F = 0,583	18,5 ± 6,7	F = 5,442	17,7 ± 6,8	F = 2,413	56,7± 17,2	F = 3,010
Kısmen katılıyorum	130 (33,9)	19,5 ± 6,6	d.f. = 2	16,8 ± 7,1	d.f. = 2	16,3 ± 6,2	d.f. = 2	52,6± 16,9	d.f. = 2
Katılıyorum	162 (42,2)	19,9 ± 6,7	p = 0,559	15,3 ± 7,9	p = 0,005	15,8 ± 7,3	p = 0,091	51,0± 18,6	p = 0,050
7) Menopoz kadının çekiciliğinin kaybına yol açar.									
Katılmıyorum	164 (42,7)	20,9 ± 6,5	F = 5,574	17,9 ± 7,2	F = 4,839	17,5 ± 6,7	F = 3,869	56,4± 17,1	F = 5,771
Kısmen katılıyorum	103 (26,8)	18,2 ± 6,7	d.f. = 2	16,0 ± 6,9	d.f. = 2	15,4 ± 6,7	d.f. = 2	49,6± 17,9	d.f. = 2
Katılıyorum	117 (30,5)	19,9 ± 6,4	p = 0,004	15,3 ± 8,0	p = 0,008	15,8 ± 7,0	p = 0,022	50,9± 17,9	p = 0,003
8) Menopoz döneminde bir kadın kendini daha az kadınsı hisseder.									
Katılmıyorum	157 (40,9)	20,9 ± 6,5	F = 3,922	18,3 ± 7,1	F = 7,063	17,3 ± 6,7	F = 2,114	56,4± 17,2	F = 5,387
Kısmen katılıyorum	102 (26,6)	18,5 ± 6,4	d.f. = 2	15,7 ± 7,2	d.f. = 2	15,9 ± 6,7	d.f. = 2	50,1± 17,5	d.f. = 2
Katılıyorum	125 (32,6)	19,7 ± 6,7	p = 0,021	15,2 ± 7,7	p = 0,001	15,8 ± 7,1	p = 0,122	50,8± 18,1	p = 0,005

Tablo 14 - devam

Özellikler	n (%)	AİLE		ARKADAŞ		ÖZEL BİR İNSAN		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
9) Menopoz döneminde birçok kadın kendini anksiyeteli veya sınırlı hisseder.									
Katılmıyorum	77 (20,1)	21,1 ± 6,2	F = 1,802	17,7 ± 7,0	F = 4,423	16,8 ± 6,6	F = 2,896	55,6± 16,4	F = 3,433
Kısmen katılıyorum	114 (29,7)	19,8 ± 6,6	d.f. = 2	17,8 ± 6,8	d.f. = 2	17,5 ± 6,7	d.f. = 2	55,0± 16,5	d.f. = 2
Katılıyorum	193 (50,3)	19,4 ± 6,7	p = 0,166	15,5 ± 7,8	p = 0,013	15,6 ± 6,9	p = 0,056	50,6± 18,8	p = 0,033
10) Menopoz kadının ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırdığı bir dönemdir.									
Katılmıyorum	126 (32,8)	20,5 ± 6,1	F = 1,055	17,4 ± 6,9	F = 1,434	17,2 ± 6,3	F = 1,454	55,1± 15,5	F = 1,569
Kısmen katılıyorum	125 (32,6)	19,3 ± 7,1	d.f. = 2	16,6 ± 7,7	d.f. = 2	16,4 ± 7,0	d.f. = 2	52,3± 19,2	d.f. = 2
Katılıyorum	133 (34,6)	19,8 ± 6,6	p = 0,349	15,9 ± 7,7	p = 0,240	15,7 ± 7,1	p = 0,235	51,4± 18,4	p = 0,210
11) Menopoz döneminde birçok kadın yaşama karşı ilgisini kaybeder.									
Katılmıyorum	224 (58,3)	20,7 ± 6,6	F = 3,997	16,9 ± 7,4	F = 3,018	16,7 ± 6,8	F = 2,678	54,2± 17,4	F = 3,047
Kısmen katılıyorum	91 (23,7)	18,7 ± 6,4	d.f. = 2	17,4 ± 7,5	d.f. = 2	17,2 ± 6,5	d.f. = 2	53,3± 18,2	d.f. = 2
Katılıyorum	69 (18,0)	18,8 ± 6,5	p = 0,019	14,7 ± 7,4	p = 0,050	14,8 ± 7,0	p = 0,070	48,2± 17,8	p = 0,049
12) Menopoz döneminde birçok kadın aklını kaybetmekten korkar.									
Katılmıyorum	265 (69,0)	20,1 ± 6,8	F = 0,737	16,6 ± 7,6	F = 0,135	16,2 ± 7,0	F = 0,572	53,0± 18,4	F = 0,019
Kısmen katılıyorum	67 (17,4)	19,5 ± 6,0	d.f. = 2	16,2 ± 7,2	d.f. = 2	16,9 ± 6,3	d.f. = 2	52,5± 15,9	d.f. = 2
Katılıyorum	52 (13,5)	19,0 ± 6,5	p = 0,479	16,9 ± 7,1	p = 0,874	17,2 ± 6,5	p = 0,565	53,1± 17,0	p = 0,982

Tablo 14 - devam

Özellikler	n (%)	AİLE		ARKADAŞ		ÖZEL BİR İNSAN		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
13) Kadının üretkenliği (verimliliği) menopoz döneminde azalır.									
Katılmıyorum	174 (45,3)	20,0 ± 6,8	F = 1,960	16,5 ± 7,8	F = 0,043	15,9 ± 7,2	F = 1,062	52,4± 18,9	F = 0,296
Kısmen katılıyorum	93 (24,2)	18,8 ± 6,7	d.f. = 2	16,8 ± 7,2	d.f. = 2	17,1 ± 6,7	d.f. = 2	52,6± 17,4	d.f. = 2
Katılıyorum	117 (30,5)	20,6 ± 6,2	p = 0,142	16,6 ± 7,2	p = 0,958	16,8 ± 6,4	p = 0,347	54,0± 16,4	p = 0,744
14) Kadın menopoza girince daha önceki yıllarda olduğu gibi yoğun çalışmaz.									
Katılmıyorum	202 (52,6)	20,7 ± 6,6	F = 3,988	16,6 ± 7,5	F = 0,711	16,7 ± 7,0	F = 0,683	53,9± 17,9	F = 0,718
Kısmen katılıyorum	125 (32,6)	18,6 ± 6,7	d.f. = 2	17,1 ± 7,4	d.f. = 2	16,5 ± 6,5	d.f. = 2	52,1± 17,9	d.f. = 2
Katılıyorum	57 (14,8)	20,0 ± 6,2	p = 0,019	15,7 ± 7,5	p = 0,492	15,5 ± 6,8	p = 0,506	51,1± 17,2	p = 0,489
15) Menopoz döneminde olmaktan mutluyum.									
Katılmıyorum	148 (38,5)	18,7 ± 7,0	F = 4,350	15,2 ± 8,0	F = 5,837	15,2 ± 6,8	F = 5,314	49,1± 18,7	F = 7,179
Kısmen katılıyorum	144 (37,5)	20,3 ± 6,3	d.f. = 2	16,8 ± 6,8	d.f. = 2	16,7 ± 6,6	d.f. = 2	53,8± 16,8	d.f. = 2
Katılıyorum	92 (24,0)	21,2 ± 6,2	p = 0,014	18,5 ± 7,1	p = 0,003	18,0 ± 6,8	p = 0,005	57,7± 16,6	p = 0,001

*F= One Way Anova Testi

Kadınların algıladıkları sosyal destek ile menopoza yönelik tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların %59,1'inin "Menopoz tedavi edilmelidir" ifadesine katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Kadınların çoğunluğunun (%69,3) "Menopoz kadın hayatında doğal karşılanması gereken bir yaşam olayıdır" ifadesine katıldıkları bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin özel bir insan alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

"Menopoz yaşlanmanın bir işaretidir" ifadesine kadınların %49,7'si katılmaktadır. ÇBASDÖ'nin aile, arkadaş, özel bir insan ve toplam alt boyutlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Kadınların %67,7'sinin "Menopoza girmek kadının toplumda ve ailede statüsünü yükseltir" ifadesine katılmadığı, sadece %10,2'sinin katıldığı, %22,1'inin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin aile ve özel bir insan alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Kadınların %47,1'inin "Menopozla birlikte adet/regl/kanamasının kesilmesi kadının sağlığını olumsuz etkiler" ifadesine katıldığı ve ÇBASDÖ'nin tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

"Menopoz döneminde kadın eşi ile daha az cinsel ilişkide bulunur" ifadesine kadınların %42,2'sinin katıldığı belirlenmiştir. ÇBASDÖ'nin arkadaş alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Kadınların nerdeyse üçte birinin (%30,5) "Menopoz kadının çekiciliğinin kaybına yol açar" ifadesine katıldığı görülmüştür. ÇBASDÖ'nin aile, arkadaş, özel bir insan ve toplam olmak üzere tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

"Menopoz döneminde bir kadın kendini daha az kadınsı hisseder" ifadesine kadınların %32,6'sının katıldığı, %26,6'sının kısmen katıldığı, %40,9'unun ise katılmadığı saptanmıştır. Katıldığını belirten kadınların ÇBASDÖ'nin aile, arkadaş ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Kadınların yarısından çoğunun (%50,3) "Menopoz döneminde birçok kadın kendini anksiyeteli veya sinirli hisseder" ifadesine katıldığı, %29,7'sinin ise kısmen

katıldığı, %20,1'inin katılmadığı saptanmıştır. ÇBASDÖ'nin arkadaş ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

“Menopoz kadının ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırdığı bir dönemdir” ifadesine kadınların %34,6'sının katıldığı, %32,6'sının ise kısmen katıldığı, %32,8'inin katılmadığı bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Kadınların yarısından çoğunun (%58,3) “Menopoz döneminde birçok kadın yaşama karşı ilgisini kaybeder” ifadesine katılmadığı, %18,0'inin ise katıldığı, %23,7'sinin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin aile, arkadaş ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

“Menopoz döneminde birçok kadın aklını kaybetmekten korkar” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde kadınların büyük bir kısmının (%69,0) katılmadığı, sadece %13,5'inin katıldığı, %17,4'ünün ise kısmen katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

“Kadının üretkenliği (verimliliği) menopoz döneminde azalır” ifadesine kadınların %45,3'ünün katılmadığı, %30,5'inin ise katıldığı, %24,2'sinin kısmen katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Kadınların %52,6'sının “Kadın menopoza girince daha önceki yıllarda olduğu gibi yoğun çalışamaz” ifadesine katılmadığı, %32,6'sının kısmen katıldığı, %14,8'inin ise katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin sadece aile alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

“Menopoz döneminde olmaktan mutluyum” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde kadınların %38,5'inin katılmadığı, %37,5'inin kısmen katıldığı, %24,0'ünün ise katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ'nin toplam ve alt boyutlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

6.6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İLE MENOPOZ SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 15. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı

		MSDÖ Somatik	MSDÖ Psikolojik	MSDÖ Ürogenital	MSDÖ TOPLAM
ÇBASDÖ Aile	r	-0,143	-0,117	-0,025	-0,117
	p	0,005	0,022	0,620	0,021
	n	384	384	384	384
ÇBASDÖ Arkadaş	r	-0,115	-0,107	0,040	-0,080
	p	0,025	0,036	0,435	0,118
	n	384	384	384	384
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	r	-0,108	-0,074	0,019	-0,070
	p	0,034	0,145	0,707	0,173
	n	384	384	384	384
ÇBASDÖ TOPLAM	r	-0,143	-0,117	0,015	-0,104
	p	0,005	0,022	0,774	0,042
	n	384	384	384	384

* Pearson Korelasyon testi

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutların toplam puanları ile MSDÖ somatik alt boyutu arasında ters yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (aile $r = -0,143$, $p = 0,005$; arkadaş $r = -0,115$, $p = 0,025$; özel bir insan $r = -0,108$, $p = 0,034$; toplam ölçek puanı $r = -0,143$; $p = 0,005$). ÇBASDÖ toplam puanı ve aile, arkadaş alt boyutların toplam puanları ile MSDÖ psikolojik alt boyutu arasında ters yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (aile $r = -0,117$, $p = 0,022$; arkadaş $r = -0,107$, $p = 0,036$; toplam ölçek puanı $r = -0,117$, $p = 0,005$). ÇBASDÖ toplam puanı ve aile alt boyutu toplam puanı ile MSDÖ toplam puanı arasında ters yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (aile $r = -0,117$, $p = 0,021$; toplam ölçek puanı $r = -0,104$, $p = 0,042$).

6.7. MENOPOZA YÖNELİK TUTUMLAR VE MENOPOZ SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 16. Menopoz Yönelik Tutumlar ile MSDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı

İfadeler	n (%)	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
1) Menopoz tedavi edilmelidir.									
Katılmıyorum	76 (19,8)	6,2 ± 3,4	F = 9,740	6,3 ± 4,0	F = 12,195	3,1 ± 2,7	F = 5,971	15,6 ± 8,9	F = 12,912
Kısmen katılıyorum	81 (21,1)	7,5 ± 2,7	d.f. = 2	7,4 ± 3,1	d.f. = 2	4,0 ± 2,2	d.f. = 2	18,9 ± 6,2	d.f. = 2
Katılıyorum	227 (59,1)	8,0 ± 3,0	p = 0,000	8,5 ± 3,4	p = 0,000	4,3 ± 4,3	p = 0,003	20,8 ± 7,8	p = 0,000
2) Menopoz kadın hayatında doğal karşılanması gereken bir yaşam olayıdır.									
Katılmıyorum	65 (16,9)	7,7 ± 3,4	F = 5,655	8,4 ± 3,6	F = 4,000	4,3 ± 3,3	F = 4,073	20,4 ± 9,1	F = 6,181
Kısmen katılıyorum	53 (13,8)	8,8 ± 3,3	d.f. = 2	8,8 ± 3,7	d.f. = 2	4,8 ± 2,4	d.f. = 2	22,4 ± 8,0	d.f. = 2
Katılıyorum	266 (69,3)	7,2 ± 3,0	p = 0,004	7,5 ± 3,5	p = 0,019	3,8 ± 2,5	p = 0,018	18,5 ± 7,5	p = 0,002
3) Menopoz yaşlanmanın bir işaretidir.									
Katılmıyorum	106 (27,6)	7,0 ± 2,9	F = 2,767	7,2 ± 3,4	F = 2,253	3,5 ± 2,6	F = 2,953	17,6 ± 7,5	F = 3,606
Kısmen katılıyorum	87 (22,7)	7,6 ± 2,9	d.f. = 2	8,0 ± 3,4	d.f. = 2	4,1 ± 2,7	d.f. = 2	19,6 ± 7,7	d.f. = 2
Katılıyorum	191 (49,7)	7,8 ± 3,3	p = 0,064	8,1 ± 3,7	p = 0,106	4,2 ± 2,6	p = 0,053	20,2 ± 8,1	p = 0,028
4) Menopoz girmek kadının toplumda ve ailede statüsünü yükseltir.									
Katılmıyorum	260 (67,7)	7,4 ± 3,0	F = 1,863	7,7 ± 3,6	F = 0,925	3,8 ± 2,7	F = 1,736	18,8 ± 7,9	F = 1,757
Kısmen katılıyorum	85 (22,1)	8,1 ± 3,3	d.f. = 2	8,1 ± 3,5	d.f. = 2	4,3 ± 2,5	d.f. = 2	20,6 ± 7,9	d.f. = 2
Katılıyorum	39 (10,2)	7,5 ± 3,4	p = 0,157	8,3 ± 3,6	p = 0,397	4,4 ± 2,4	p = 0,178	20,2 ± 8,0	p = 0,174

Tablo 16 - devam

İfadeler	n (%)	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
5) Menopozla birlikte adet/regl/kanamasının kesilmesi kadının sağlığını olumsuz etkiler.									
Katılmıyorum	93 (24,2)	6,6 ± 2,9	F = 5,794	6,8 ± 3,2	F = 6,546	3,3 ± 2,5	F = 4,540	16,6 ± 7,3	F = 7,740
Kısmen katılıyorum	110 (28,6)	7,8 ± 2,9	d.f. = 2	7,9 ± 3,2	d.f. = 2	4,1 ± 2,4	d.f. = 2	19,8 ± 7,0	d.f. = 2
Katılıyorum	181 (47,1)	7,8 ± 3,3	p = 0,003	8,4 ± 3,8	p = 0,002	4,3 ± 2,8	p = 0,011	20,5 ± 8,5	p = 0,001
6) Menopoz döneminde kadın eşi ile daha az cinsel ilişkide bulunur.									
Katılmıyorum	92 (24,0)	6,3 ± 2,6	F = 9,918	6,6 ± 2,9	F = 11,652	2,7 ± 2,1	F = 15,731	15,7 ± 6,2	F = 16,077
Kısmen katılıyorum	130 (33,9)	7,7 ± 3,0	d.f. = 2	7,6 ± 3,3	d.f. = 2	4,3 ± 2,5	d.f. = 2	19,5 ± 7,7	d.f. = 2
Katılıyorum	162 (42,2)	8,1 ± 3,3	p = 0,000	8,7 ± 3,8	p = 0,000	4,5 ± 2,8	p = 0,000	21,3 ± 8,3	p = 0,000
7) Menopoz kadının çekiciliğinin kaybına yol açar.									
Katılmıyorum	164 (42,7)	6,6 ± 3,0	F = 14,195	6,7 ± 3,4	F = 15,478	3,1 ± 2,3	F = 18,598	16,4 ± 7,3	F = 21,566
Kısmen katılıyorum	103 (26,8)	8,3 ± 3,1	d.f. = 2	8,5 ± 3,4	d.f. = 2	5,0 ± 2,5	d.f. = 2	21,8 ± 7,7	d.f. = 2
Katılıyorum	117 (30,5)	8,2 ± 2,9	p = 0,000	8,8 ± 3,6	p = 0,000	4,3 ± 2,8	p = 0,000	21,3 ± 7,8	p = 0,000
8) Menopoz döneminde bir kadın kendini daha az kadınsı hisseder.									
Katılmıyorum	157 (40,9)	6,6 ± 3,0	F = 14,189	6,5 ± 3,3	F = 21,849	3,2 ± 2,4	F = 14,537	16,3 ± 7,3	F = 23,795
Kısmen katılıyorum	102 (26,6)	8,1 ± 3,0	d.f. = 2	8,2 ± 3,3	d.f. = 2	4,3 ± 2,5	d.f. = 2	20,6 ± 7,3	d.f. = 2
Katılıyorum	125 (32,6)	8,3 ± 3,1	p = 0,000	9,2 ± 3,5	p = 0,000	4,7 ± 2,8	p = 0,000	22,2 ± 8,0	p = 0,000

Tablo 16 - devam

İfadeler	n (%)	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
9) Menopoz döneminde birçok kadın kendini anksiyeteli veya sınırlı hisseder.									
Katılmıyorum	77 (20,1)	6,8 ± 3,6	F = 12,747	6,4 ± 3,8	F = 34,633	3,5 ± 2,6	F = 5,270	16,7 ± 8,8	F = 23,089
Kısmen katılıyorum	114 (29,7)	6,7 ± 2,9	d.f. = 2	6,5 ± 3,0	d.f. = 2	3,6 ± 2,7	d.f. = 2	16,8 ± 7,4	d.f. = 2
Katılıyorum	193 (50,3)	8,3 ± 2,9	p = 0,000	9,2 ± 3,2	p = 0,000	4,4 ± 2,5	p = 0,006	21,9 ± 7,0	p = 0,000
10) Menopoz kadının ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırdığı bir dönemdir.									
Katılmıyorum	126 (32,8)	7,0 ± 3,1	F = 3,044	7,2 ± 3,6	F = 3,507	3,8 ± 2,6	F = 0,817	18,0 ± 8,1	F = 3,149
Kısmen katılıyorum	125 (32,6)	7,7 ± 3,0	d.f. = 2	7,9 ± 3,6	d.f. = 2	3,9 ± 2,6	d.f. = 2	19,5 ± 7,7	d.f. = 2
Katılıyorum	133 (34,6)	7,9 ± 3,2	p = 0,049	8,4 ± 3,5	p = 0,031	4,2 ± 2,7	p = 0,443	20,5 ± 7,8	p = 0,044
11) Menopoz döneminde birçok kadın yaşama karşı ilgisini kaybeder.									
Katılmıyorum	224 (58,3)	6,6 ± 2,8	F = 24,758	6,8 ± 3,4	F = 23,645	3,4 ± 2,5	F = 12,296	16,9 ± 7,3	F = 29,036
Kısmen katılıyorum	91 (23,7)	8,7 ± 3,0	d.f. = 2	9,1 ± 3,3	d.f. = 2	4,8 ± 2,8	d.f. = 2	22,6 ± 7,5	d.f. = 2
Katılıyorum	69 (18,0)	8,9 ± 3,2	p = 0,000	9,4 ± 3,5	p = 0,000	4,7 ± 2,5	p = 0,000	23,0 ± 7,6	p = 0,000
12) Menopoz döneminde birçok kadın aklını kaybetmekten korkar.									
Katılmıyorum	265 (69,0)	7,1 ± 3,0	F = 9,335	7,2 ± 3,5	F = 12,698	3,5 ± 2,4	F = 15,013	17,8 ± 7,6	F = 17,023
Kısmen katılıyorum	67 (17,4)	8,5 ± 2,8	d.f. = 2	9,0 ± 3,3	d.f. = 2	4,9 ± 2,7	d.f. = 2	22,3 ± 7,2	d.f. = 2
Katılıyorum	52 (13,5)	8,6 ± 3,4	p = 0,000	9,4 ± 3,4	p = 0,000	5,2 ± 2,9	p = 0,000	23,2 ± 8,2	p = 0,000

Tablo 16 - devam

İfadeler	n (%)	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		TOPLAM	
		Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test	Mean±SD	Test
13) Kadının üretkenliği (verimliliği) menopoz döneminde azalır.									
Katılmıyorum	174 (45,3)	7,0 ± 3,1	F = 5,075	7,7 ± 3,8	F = 0,789	3,5 ± 2,5	F = 4,962	18,2 ± 8,0	F = 3,733
Kısmen katılıyorum	93 (24,2)	8,2 ± 2,8	d.f. = 2	8,2 ± 3,2	d.f. = 2	4,3 ± 2,5	d.f. = 2	20,7 ± 7,1	d.f. = 2
Katılıyorum	117 (30,5)	7,8 ± 3,2	p = 0,007	7,8 ± 3,5	p = 0,455	4,4 ± 2,8	p = 0,007	20,0 ± 8,3	p = 0,025
14) Kadın menopoza girince daha önceki yıllarda olduğu gibi yoğun çalışamaz.									
Katılmıyorum	202 (52,6)	6,9 ± 3,0	F = 19,140	7,2 ± 3,6	F = 15,916	3,5 ± 2,4	F = 12,916	17,5 ± 7,6	F = 22,456
Kısmen katılıyorum	125 (32,6)	7,7 ± 2,7	d.f. = 2	7,8 ± 3,0	d.f. = 2	4,2 ± 2,5	d.f. = 2	19,7 ± 6,9	d.f. = 2
Katılıyorum	57 (14,8)	9,6 ± 3,2	p = 0,000	10,1 ± 7,8	p = 0,000	5,3 ± 3,2	p = 0,000	25,0 ± 8,4	p = 0,000
15) Menopoz döneminde olmaktan mutluyum.									
Katılmıyorum	148 (38,5)	8,5 ± 2,8	F = 16,028	9,1 ± 3,2	F = 24,171	4,5 ± 2,7	F = 6,934	22,0 ± 7,2	F = 22,050
Kısmen katılıyorum	144 (37,5)	7,4 ± 3,1	d.f. = 2	7,8 ± 3,5	d.f. = 2	4,0 ± 2,5	d.f. = 2	19,2 ± 7,7	d.f. = 2
Katılıyorum	92 (24,0)	6,2 ± 3,1	p = 0,000	5,9 ± 3,4	p = 0,000	3,2 ± 2,6	p = 0,001	15,4 ± 7,7	p = 0,000

*F= One Way Anova Testi

Kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ile menopoza yönelik tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların %59,1'inin "Menopoz tedavi edilmelidir" ifade katılıyorum cevabını verdikleri bulunmuştur. Katıldığı ifade eden kadınların menopozun somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları katılmadığını ifade eden kadınlardan daha yüksek olduğu ve menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların çoğunun (%69,3) "Menopoz kadın hayatında doğal karşılanması gereken bir yaşam olayıdır" ifadesine katılıyorum cevabını verdikleri ve menopozun somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları katılmadığını ifade eden kadınlardan daha düşük olduğu, menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri bulunmuştur ($p<0,05$).

"Menopoz yaşlanmanın bir işaretidir" ifadesine kadınların %49,7'sinin katılıyorum olarak cevap verdiği ve menopoz semptomlarının sadece toplam puanında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınların %67,7'sinin "Menopoza girmek kadının toplumda ve ailede statüsünü yükseltir" ifadesine katılmadığı, sadece %10,2'sinin katıldığı, %22,1'inin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. Bu ifade ile menopoz semptomları ölçeğinin tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Kadınların %47,1'inin "Menopozla birlikte adet/regl/kanamasının kesilmesi kadının sağlığını olumsuz etkiler" ifadesine katıldığı ve menopoz semptomları ölçeğinin tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu ifadeye katıldığı belirten kadınların menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu ve menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri saptanmıştır ($p<0,05$).

"Menopoz döneminde kadın eşi ile daha az cinsel ilişkide bulunur" ifadesine de kadınların %42,2'sinin katıldığı, %33,9'unun kısmen katıldığı ve menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarının katılmadığını belirten kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu ifadeye katılmayan kadınların menopozal semptomlarının daha az olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kadınların nerdeyse üçte birinin (%30,5) "Menopoz kadının çekiciliğinin kaybına yol açar" ifadesine katıldığı, yine yaklaşık üçte birinin (%26,8) kısmen katıldığı ve "Menopoz döneminde bir kadın kendini daha az kadınsı hisseder" ifadesine de %32,6'sının katıldığı, %26,6'sının kısmen katıldığı saptanmıştır. Bu

ifadelere katıldığını belirten kadınların menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları katılmadığını belirten kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Kadınların yarısından çoğunun (%50,3) “Menopoz döneminde birçok kadın kendini anksiyeteli veya sinirli hisseder” ifadesine katıldığı, %29,7’sinin ise kısmen katıldığı saptanmıştır. Menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları bu ifadeye katılmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve bu ifadeye katılan kadınların menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri bulunmuştur ($p<0,05$).

“Menopoz kadının ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırdığı bir dönemdir” ifadesine kadınların %34,6’sının katıldığı, %32,6’sının ise kısmen katıldığı bulunmuştur. Bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre menopoz semptomlarının somatik, psikolojik ve toplam alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınların yarısından çoğunun (%58,3) “Menopoz döneminde birçok kadın yaşama karşı ilgisini kaybeder” ifadesine katılmadığı, %18,0’inin ise katıldığı, %23,7’sinin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. Katılmadığını belirten kadınların katıldığını belirten kadınlara göre menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ve menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri belirtilmiştir ($p<0,05$).

“Menopoz döneminde birçok kadın aklını kaybetmekten korkar” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde kadınların çok büyük bir kısmının (%69) katılmadığı, sadece %13,5’inin katıldığı, %17,4’ünün ise kısmen katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılmayan kadınların menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarının katıldığını belirten kadınlara göre daha düşük olduğu ve menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri bulunmuştur ($p<0,05$).

“Kadının üretkenliği (verimliliği) menopoz döneminde azalır” ifadesine kadınların %45,3’ünün katılmadığı, %30,5’inin ise katıldığı bulunmuştur. Katılmadığını belirten kadınların katıldığını belirten kadınlara göre somatik, ürogenital ve toplam alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Katılmayan kadınların somatik, ürogenital ve toplam alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların yarısından çoğunun (%52,6) “Kadın menopoza girince daha önceki yıllarda olduğu gibi yoğun çalışamaz” ifadesine katılmadığı, %32,6’sının kısmen katıldığı, %14,8’inin ise katıldığı bulunmuştur. Bu ifadeye katılmadığını belirten kadınların katıldığını belirten kadınlara göre menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Katılmayan kadınların menopoz semptomlarının tüm alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

“Menopoz döneminde olmaktan mutluyum” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde kadınların %38,5’inin katılmadığı, %37,5’inin kısmen katıldığı, %24,0’ünün ise katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılan kadınların menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarının katılmadığını belirten kadınlara göre daha düşük olduğu ve menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri bulunmuştur ($p<0,05$).

7. TARTIŞMA

7.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Gelişmiş ülkelerde menopoz daha ileri yaşlarda (Amerika’da 51, İtalya’da 48), gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda (Mısır’da 46, İran’da 44) görüldüğü belirtilmiştir. Dünyada menopoz yaşı yaklaşık 45-55 yaşları arasında iken (ortalama 51 yaş) ülkemizde 45-48 yaşlarında (ortalama 47 yaş) olduğu bildirilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verileri, ülkemizde kadınların %49’unun 48-49 yaş grubunda menopoza girdiğini göstermektedir. Menopoz yaşı; ırk, sosyo-ekonomik durum, evlilik ve çalışma durumu, kalıtım, menarş yaşı, genital faktörler, kullanılan kontraseptif yöntem, sigara kullanımı, gebelik sayısı, beslenme, psikolojik faktörler gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Demirci 2015). Çalışmamızda yer alan kadınların yaş ortalaması $52,7 \pm 4,6$ (min:45, maks:60) olup, %38,3’ü 45–50 yaş arasında, %34,9’u 51–56 yaş grubunda, %26,8’i 57 yaş ve üzerindedir. Toplum temelli çalışmalar menopoz yaş ortalamasının genellikle 45-55 yaşları civarında olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada menopoz yaş ortalaması Avrupa’da 54, Kuzey Amerika’da 51,4, Latin Amerika’da 48,6 ve Asya’da 51,1 olarak rapor edilmiştir (Ceylan ve Özerdoğan 2015). Engin ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ortalaması $51,8 \pm 5,7$ olarak bulunmuştur (Engin ve ark. 2006). Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında %56,6’sının 45-55 yaş aralığında, %41’inin 55 yaş üzerinde olduğu bulunmuştur (Yurdakul ve ark. 2007). Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların yaş ortalaması $53,8 \pm 4,2$ ve ortancası 52 olarak bulunmuştur (Aslan ve ark. 2008). Sert’in çalışmasında kadınların yaş ortalaması $50,1 \pm 4,9$ olduğu, %58,3’ünün 46-55 yaş aralığında olduğu bulunmuştur (Sert 2009). Kapdağlı’nın çalışmasında kadınların yaş ortalaması $54,2 \pm 5,7$ olarak bulunmuştur (Kapdağlı 2009). Özgür ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının $51,6 \pm 2,6$ olduğu, %75’inin 50 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Özgür ve ark. 2010). Ertem’in çalışmasında kadınların yaş ortalaması $55,2 \pm 6,9$ olduğu, kadınların %42’sinin 40-45 yaş grubunda, %38,3’ünün 45-50 yaş grubunda olduğu

bulunmuştur (Ertem 2010). İnceboz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %49,2'sinin 48-55 yaş grubunda olduğu ve kadınların yaş ortalamasının $50,7\pm 6,6$ olduğu saptanmıştır (İnceboz ve ark. 2010). Kal'ın çalışmasında kadınların yaş ortalaması $51,9\pm 3,9$ olarak bulunmuştur (Kal 2011). Tunç'un çalışmasında kadınların yaş ortalamasının 48,3 olduğu ve %50'sinin 50-59 yaş grubunda olduğu bulunmuştur (Tunç 2014). Erkin ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $52,6\pm 5,7$ olduğu, %48,7'sinin 51-60 yaş grubunda olduğu bulunmuştur (Erkin ve ark. 2014). Çelik ve Pasinlioğlu'nun araştırmalarında kadınların %59,3'ünün 45-54 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Çetin ve Eroğlu'nun çalışmalarında kadınların %56'sinin 50-55 yaş grubunda olduğu bulunmuştur (Çetin ve Eroğlu 2015). Araştırma bulguları literatüre benzerlik göstermekte olup kadınların çoğunluğu 45-55 yaş aralığındadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumları incelendiğinde; %57,3'ünün ilkokul, %9,1'inin ortaokul, %19,0'unun lise mezunu olduğu ve %14,6'sının ise üniversite ve üzerinde eğitim aldığı saptanmıştır. Kal'ın çalışmasında da kadınların %67,1'inin okuryazar/ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur (Kal 2011). İnceboz ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %52,2'sinin ilkokul mezunu olduğu ve eğitim durumunun kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (İnceboz ve ark. 2010). Ertem'in çalışmasında kadınların %65,7'sinin ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı ve düşük eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ertem 2010). Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %51,8'inin ilkokul, %19,0'unun ortaokul ve lise, %21,2'sinin ise yüksekokul/fakülte mezunu olduğu ve eğitim durumu ortaokul üzerinde olanların menopozal yakınmalarının daha az görüldüğü saptanmıştır (Çoban ve ark. 2008). Tunç'un çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe menopoz yakınmalarının azaldığı bulunmuştur (Tunç 2014). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında ilkokul mezunu kadınların daha yüksek eğitime kıyasla menopoz belirtilerini daha fazla yaşadığı bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008).

Bu çalışmalara zıt olarak bir çalışmada kadınların %84,8'inin ilkokul mezunu olduğu ve eğitim düzeyinin menopozal yakınmaları etkilemediği bulunmuştur (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Ceylan ve Özerdoğan'ın çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olan kadınların eğitim düzeyi yüksek olan kadınlara göre menopoza daha erken yaşta girdiği bulunmuştur (Ceylan ve Özerdoğan 2015). Kapdağlı'nın belirttiğine göre Jokinen ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada kadının eğitim düzeyinin yüksek

olmasının seksüel disfonksiyon dahil tüm menopozal semptomları belirgin oranda azalttığını ve eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha sık depresyon yaşadıklarını bulmuşlardır. Kapdağlı'nın belirttiğine göre Valadares ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitilmiş ve ev dışında çalışan kadınların menopozal semptomlarla daha kolay başa çıktıklarını, buna bağlı olarak da cinsel isteklerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Kapdağlı 2009). Çetin ve Eroğlu'un çalışmasında kadınların %47,0'sinin okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu, eğitimin menopoz döneminde yaşanan sorunları ve bu sorunlarla baş etme yollarını etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu saptanmıştır (Çetin ve Eroğlu 2015). Literatür bulguları ile karşılaştırıldığında bu çalışmadaki kadınların eğitim durumu diğer çalışmalardaki kadınlarla benzerlik göstermektedir ve kadınların çoğu ilkokul mezunudur.

Çalışmada kadınların %19,5'i çalışmakta, %80,5'i emekli veya çalışmamaktadır. Tortumluoğlu'nun çalışmasında kadınların %92,3'ünün ev hanımı (Tortumluoğlu 2003), Erdem'in çalışmasında ise kadınların %97,0'sinin çalışmadığı bulunmuştur (Erdem 2006). Varma ve arkadaşlarının çalışmasında; kadınların %66,0'sı ev hanımı, %30,0'u emekli, %4,0'ü halen çalışmakta olduğu görülmüştür (Varma ve ark. 2006). Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %78,0'si emekli/ev hanımı, %22,0'si halen çalışmaktadır (Aslan ve ark. 2008). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında kadınların %93,0'ü emekli/ev hanımı olduğu bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008). Sert'in çalışmasında kadınların %86,0'sı emekli/ev hanımı (Sert 2009), Ertem'in çalışmasında kadınların %90,3'ünün çalışmadığı (Ertem 2010), Özgür ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %77,5'inin ev hanımı olduğu bulunmuştur (Özgür ve ark. 2010). Konya ilinde kadınların %93,2'sinin (Kal 2011), Erzurum ilinde kadınların %89,4'ünün (Çelik ve Pasinlioğlu 2014), Sivas ilinde kadınların %93,3'ünün çalışmadığı bulunmuştur (Tunç 2014). Literatür bulguları ile karşılaştırıldığında bu çalışmadaki kadınların çalışma durumu diğer çalışmalardaki kadınlarla benzerlik göstermektedir ve kadınların çoğu ev hanımı veya emeklidir.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin %42,2'si ilkokul, %12,8'i ortaokul, %22,7'si lise, %22,4'ü yüksekokul/fakülte mezunu olduğu bulunmuştur. Erdem'in çalışmasında kadınların eşlerinin %28,9'unun ilkokul mezunu olduğu, %17,5'inin üniversite ve üzeri mezunu olduğu bulunmuştur (Erdem 2006). Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların eşlerinin ise %41,6'sının ilkokul mezunu, %27,0'sinin yüksekokul/fakülte mezunu olduğu bulunmuştur (Çoban ve ark. 2008). Altunbay ve Yurdakul'un çalışmasında kadınların eşlerinin %39,0'unun ilkokul

mezunu, %39,0'unun lise ve üzeri eğitim almış olduğu bulunmuştur (Altunbay ve Yurdakul 2009). Erzurum ilinde yapılan bir çalışmada kadınların eşlerinin %53,2'si ilkokul, %15,2'si ortaokul, %31,6'sı lise ve üzeri mezunu olduğu bulunmuştur (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Çetin ve Eroğlu'nun çalışmasında kadınların eşlerinin %8,2'sinin okur-yazar değil, %15,5'inin okur-yazar, %28,9'unun ilkokul, %13,4'ünün ortaokul, %34,0'ünün lise ve üzeri mezunu olduğu saptanmıştır (Çetin ve Eroğlu 2015). Literatür bulguları ile araştırma bulgularımız paralellik göstermektedir ve kadınların eşlerinin çoğu ilkokul mezunudur.

Araştırmamıza dâhil olan kadınların gelir durumları incelendiğinde %14,6'sının gelir giderden fazla, %54,7'sinin gelir gidere denk, %30,7'sinin gelir giderden az olduğu bulunmuştur. Kıroğlu'nun çalışmasında kadınların %52,5'inin gelir durumlarının orta düzeyde, %47,5'inin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumu düşük olan kadınların menopoza erken girme risklerinin fazla olduğu belirtilmektedir (Kıroğlu 2005). Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %57,8'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu saptanmıştır (Yurdakul ve ark. 2007). Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %56,9'unun maddi gelirlerinin “gelir gidere denk”, %34,4'ünün “gelir giderden az”, %10,7'sinin “gelir giderden fazla” olduğu bulunmuştur (Çoban ve ark. 2008). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ekonomik durumları incelendiğinde, %70,0'inin ailenin gelir gider düzeyini dengeli, %20,8'i geliri giderinden az olarak ifade ettikleri bulunmuştur (Öztürk ve ark. 2008). Ertem'in çalışmasında gelir düzeyi incelendiğinde kadınların %71,4'ünün gelirlerinin giderlerine eşit olduğu, %24,6'sının gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %4,0'ünün gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır (Ertem 2010). Özgür ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların gelir düzeyi algısı incelendiğinde %53,3'ünün orta, %31,7'sinin kötü, %15,0'inin iyi olduğu saptanmıştır (Özgür ve ark. 2010). Kal'ın çalışmasında kadınların çoğunun %37,4'ünün gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Kal 2011). Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında kadınların %68,1'inin maddi durumları orta düzeyde, %22,0'sinin zayıf düzeyde, %9,9'unun iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Literatür bulguları araştırmamızı desteklemektedir ve kadınların çoğunun ekonomik durumlarının orta düzeyde (gelir gidere denk) olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %13,5'i bakıma muhtaç kimsesinin olduğunu ifade etmiştir. Çalışmalarda kadınların %14,5'inin (Yurdakul ve ark 2007) ve

%16,6'sının ailesinde bakıma muhtaç kişi olduğu bulunmuştur ve klimakterik dönemdeki kadınların yaşlı veya bakıma muhtaç anne veya babasının olmasının fizyolojik değişiklikleri etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Koç ve Sağlam 2008). Araştırmamızın bulguları ile bu çalışmalar benzerlik göstermektedir. Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Tortumluoğlu ve Erci çalışmasında kadınların bakıma muhtaç kimse sayısının daha yüksek olduğu (%47,8) bulunmuştur (Tortumluoğlu ve Erci 2003).

Türkiye'de obezite prevalansı gelişmiş batılı ülkelere benzer şekilde, özellikle kadınlarda %30 gibi yüksek oranlara ulaşmıştır (Satman ve ark. 2014). Toplam 24.788 kişinin tarandığı Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP) çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde obezite prevalansı kadınlarda %30, erkeklerde %13, genelde ise %22,3 düzeylerinde tespit edilmiştir (Yetkin ve ark. 2013). BKİ'nin normal sınırlarda tutulması genel sağlık açısından oldukça önemlidir.

Çalışmada kadınların %49,2'sinin "fazla kilolu" ve %28,1'inin "obez", %22,7'sinin ise "normal" kilolu olduğu saptanmıştır. Kadınların BKİ ortalaması $28,1 \pm 4,2$ 'dir. Ertan'ın çalışmasına katılan kadınların çok az bir kısmı (%15,6) normal kilolu, buna karşın 2/3'den fazlası kilolu ve obez grupta yer aldığı saptanmıştır ve kadınların BKİ ortalaması $29,9 \pm 5,7$ olarak bulunmuştur (Ertan 2013). Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında menopoz döneminde olan kadınların ortalama BKİ'i $26,5 \pm 3,1$ 'dir (Aslan ve ark 2008). Ertan'ın belirttiğine göre Timur ve Şahin'in çalışmasında (2010) BKİ ortalaması $27,7 \pm 4,6$, Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında (2007) $28,4 \pm 4,4$, Karaçam ve Şeker'in çalışmasında (2007) ise $28,2 \pm 4,7$ 'dir. Oskay ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) kadınların %87'sinin BKİ 25 ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Ertan 2013). İnceboz ve arkadaşlarının çalışmasında, yüksek BKİ skorunun kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (İnceboz ve ark. 2010). Araştırma bulgularımız ülkemizde yapılan araştırma sonuçları ile paralellik göstermekte olup menapozal dönem kadınlarda obezitenin önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %53,4'ünün sosyal aktivitelere katılarak, %51,3'ünün ibadet ederek, %48,2'sinin elişi yaparak, %8,9'unun hiçbir şey yapmadan boş zamanlarını geçirdikleri saptanmıştır. Tortumluoğlu'nun çalışmasında kadınların %57,2'sinin boş zamanlarında elişi yaptığı, %17,5'inin sosyal aktivitelere katıldığı, %8,0'inin ibadet ettiği, %3,9'unun ise hiçbir şey yapmadığı bulunmuştur

(Tortumluoğlu 2003). Kıroğlu'nun çalışmasında kadınların %25'inin herhangi bir hobisinin olmadığı, %20'sinin ise seyahat etmeyi sevdiği, %10,0'unun arkadaşlarıyla zaman geçirdiği, %7,5'inin sinema, tiyatro ve konsere gittiği, %7,5'inin dikiş diktği, %7,5'inin ahşap boyama yaptığı saptanmıştır (Kıroğlu 2005). Literatürde ev yaşamı dışında başka bir etkinliğe katılmayan kadınlarda menopoz döneminin daha sıkıntılı geçebileceği bildirilmektedir (Koç ve Sağlam 2008).

7.2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Araştırmamıza dâhil olan kadınların evlenme yaşı ortalaması $21,1 \pm 3,4$ (min:15, maks:35), toplam evlilik süresi ortalaması $31,3 \pm 6,7$ (min:2, maks:45) olarak bulunmuştur. Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ilk evlenme yaş ortalaması $20,2 \pm 3,9$ olduğu, evlilik süresinin ortalaması $29,9 \pm 7,5$ olarak bulunmuştur (Çoban ve ark. 2008). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması $19,2 \pm 3,3$ olarak bulunmuştur (Öztürk ve ark. 2008). Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında kadınların %63,1'inin evlenme yaşı 19 yaş ve altı, %36,9'unun 20 yaş ve üzeri olduğu, kadınların %41,1'inin evlilik süresi 30 yıl ve altı, %45,6'sının 31–40 yıl, %13,3'ünün 41 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur (Çelik ve Pasinlioğlu 2014).

Çalışmamıza katılan kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması $3,2 \pm 1,6$ (min:0, maks:12) olarak saptanmıştır. Ertem'in çalışmasında kadınların %89,0'unun gebelik sayısı 1-3 olarak bulunmuştur (Ertem 2010). Çalışmalarda kadınların gebelik sayısı ortalama $3,7 \pm 1,7$ (Aslan ve ark. 2008), $3,8 \pm 1,9$ (Çoban ve ark. 2008), $3,9 \pm 1,8$ bulunmuştur (Kal 2011). Altunbay ve Yurdakul'un çalışmasında kadınların %64,0'ünün dört ve üzerinde gebeliği olduğu bulunmuştur (Altunbay ve Yurdakul 2009). Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında kadınların %17,9'unun gebelik sayısı 1-3 kez, %30,8'inin 4-5 kez, %51,3'ünün 6 ve üzeri olarak bulunmuştur (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Yapılan araştırmalar menopoz yaşı ile doğurganlık arasında ilişki bulunduğunu, doğum sayısının artmasıyla menopoz yaşının artması arasında doğru orantı olduğunu ortaya koymaktadır (Kıroğlu 2005).

Araştırmaya katılan kadınların %99,2'si çocuk sahibi iken, %48,4'ünün 2 çocuğu, %40,6'sının ise 3 ve daha fazla çocuğu olduğu ve çocuk sayısı ortalaması $2,6 \pm 1,2$ olarak bulunmuştur. Ertem'in çalışmasında kadınların %84,0'unun yaşayan

çocuk sayısı 1-3 olarak bulunmuştur (Ertem 2010). Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ortalama çocuk sayısı $2,4\pm 0,9$ (Aslan ve ark. 2008), Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında $2,7\pm 1,2$ 'dir (Çoban ve ark. 2008). Diğer çalışmalarda kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması $3,0\pm 1,1$ (Kal 2011) ve $3,3\pm 1,6$ olarak bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008). Literatürde yaşayan çocuk sayısının artmasının menopoz yaşını geciktiren önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (Koç ve Sağlam 2008). Tortumluoğlu'nun çalışmasında kadınların sahip oldukları çocuk sayısının ortalaması $4,5\pm 2,0$ olarak saptanmıştır (Tortumluoğlu 2003). Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında kadınların %16,3'ünün 1-2 çocuk, %47,2'sinin 3-4 çocuk, %36,5'inin 5 ve üzeri çocuk sahibi olduğu bulunmuştur (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Literatür bulguları ile çalışmamızın bulguları karşılaştırıldığında Ertem'in, Aslan ve arkadaşlarının çalışma bulguları bizim çalışmamızın bulgularından daha düşük bulunmuştur ancak Kal, Tortumluoğlu, Çoban ve arkadaşları, Koç ve Sağlam, Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmalarında çocuk sayısı ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

7.3. Kadınların Menopoz Dönemine Ait Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Kadının doğurganlık döneminin başlamasından postmenopozal döneme kadar geçen sürede sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ve bu sürece ilişkin yeterli bilgi alması kadın sağlığının yükseltilmesinde önemlidir (Ertem 2010).

Araştırmaya katılan kadınların %53,9'unun menopoza yönelik bilgi aldıkları, bilgi alan kadınların %20,1'i doktor, %15,9'u ebe/hemşire, %5,5'i arkadaş, %4,7'si komşu ve akraba, %2,9'u televizyon/radyo, %2,6'sı kitap/dergi/gazete, %2,3'ü internetten bilgi aldığı saptanmıştır. Kadınların yaklaşık üçte birinin menopoza yönelik bilgiyi sağlık çalışanlarından aldığı görülmektedir. Bir çalışmada kadınların %29,2'sinin menopoz dönemine yönelik bilgisi olduğu, %41,6'sının ise kısmen bilgisi olduğu, %29,2'sinin bilgisi olmadığı saptanmıştır (Çoban ve ark. 2008). İzmir ilinde yapılan bir çalışmada kadınların %58,0'inin klimakterik döneme ilişkin bilgi almadığı (Öztürk ve ark. 2008), Mersin ilinde yapılan bir çalışmada ise kadınların yarıdan fazlasının klimakterik dönem hakkında bilgi almadıkları (%54,3), bilgi alan kadınların ise (%38,2) bu bilgiyi çoğunlukla doktordan aldıkları saptanmıştır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında kadınların

%35,2'sinin klimakterik döneme ilişkin bilgi aldığı, bu döneme ilişkin bilgi aldıkları kaynaklar ise %61,8'inin doktor, %16,2'sinin de ebe ve hemşire olduğu saptanmıştır (Koç ve Sağlam 2008). Ergöl'ün araştırmasında kadınların %55,3'ünün menopoza yönelik bilgi almadıklarını ve bilgi alanların ise çoğunlukla bilgiyi (%42,2) doktordan aldıklarını bulmuştur (Ergöl 1999). Altunbay ve Yurdakul'un belirttiğine göre Bezircioğlu ve ark. (2004) kadınların %56,8'inin menopoz hakkında bilgi olmadığını, alanların %38,9'unun doktordan bilgi aldığını bulmuşlardır. Dişçigil ve ark (2008) Muğla ve Aydın yöresinde yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kadınların %40,0'ının doktordan bilgi aldıklarını bulmuşlardır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Sert'in çalışmasında kadınların %45,7'sinin menopoza yönelik bilgi aldığı ve bilgi kaynakları ise %26,7'sinin doktor, %3,3'ünün hemşire/ebe, %1,7'si komşu/akraba, %14,0'ünün kitle iletişim araçları olarak bulunmuştur (Sert 2009). Tunç'un çalışmasında kadınların menopozla ilgili bilgi alma durumunu değerlendirildiğinde; %58,7'sinin bilgi aldığı, %77,2'sinin bu bilgiyi hekimden, %14,1'inin ise ebeden aldığı bulunmuştur (Tunç 2014). Tortumluoğlu'nun çalışmasında kadınların %70,0'ünün menopozal döneme yönelik bilgi almadığı, bilgiyi alan kadınların bilgi kaynağı ise %61,4 doktor, %22,8 kitle iletişim araçları, %8,9 arkadaş/akraba, %6,9 ebe/hemşire olarak bulunmuştur (Tortumluoğlu 2003). Ertan'ın çalışmasında kadınların yaklaşık üçte birinin menopozal döneme yönelik bilgi aldığı ve bilgiyi %81,7'sinin sağlık personelinin, %63,4'ünün komşu veya akrabadan, %32,1'inin ise medyadan aldığı saptanmıştır (Ertan 2013). Erdem'in belirttiğine göre Güngör'ün 2003 yılındaki çalışmasında kadınların %82,8'inin menapozla ilgili bilgilerini doktorlardan, %14,8'inin kitle iletişim araçlarından, %10,7'sinin komşu, arkadaş ve akrabalarından aldıklarını belirttiği saptanmıştır (Erdem 2006). Ergöl'ün çalışmasında kadınların %55,3'ünün klimakterik döneme ilişkin bilgi almadıkları ve bilgi alanların ise bu bilgiyi %42,2'sinin doktordan, %38,5'inin akraba ve komşudan, %19,3'ünün tv, radyo, gazeteden aldıkları saptanmıştır (Ergöl 1999). Abay ve Kaplan'ın çalışmasında sadece 10 kadından birinin menopozal döneme yönelik bilgi aldığı ve bilgi aldığını belirten kadınların %81,3'ü doktor tarafından, %3,1'i ise hemşire veya ebe tarafından bilgilendirildiğini ifade ettiği görülmektedir (Abay ve Kaplan 2015). Sonuçlarımız diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da ebe/hemşireden bilgi alma düzeyi oldukça düşük bulunmuştur.

Ebe/hemşirenin bağımsız rollerinden biri olan sağlık eğitimi ve danışmanlık rolünü yeterince yerine getiremedikleri görülmektedir.

Sağlık eğitiminde kitle iletişim araçlarının önemli bir rolü vardır. Erdem'in çalışmasında kadınların yalnızca %12'sinin menopoza dönemiyle ilgili bilgi aldıkları ve bilgi alınan kaynaklara bakıldığında ilk sırayı televizyon, radyo gibi kitle iletişim araçlarının aldığı görülmüştür (Erdem 2006). Ertem'in çalışmasında ise kadınların %62,0'sinin menopoza ilişkin bilgi aldığı, bilgi kaynağının %70,4 ile televizyon, radyo ve basın olduğu belirtilmiştir (Ertem 2010). Altunbay ve Yurdakul'un belirttiğine göre Pan ve ark (2002) Tayvanlı kadınlarla yaptıkları araştırmada kadınların menopoza hakkında bilgiyi %43 oranında gazete ve magazin yayınlarından, %22 oranında arkadaşlarından, %8 aile üyelerinden aldıklarını bulmuşlardır. Grisso ve ark (1999) Amerikalı zenci ve beyaz klimakterik kadınlarla yaptığı çalışmada beyaz kadınların menopoza hakkında bilgi almak için %70 oranında gazete ve televizyonu tercih ettiklerini bulmuşlardır. Dişçigil ve ark (2008)'nin çalışmasında kadınlar menopoza hakkında en çok medyadan daha sonra sağlık personeli ve arkadaşlarından bilgi almışlardır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Çalışmamızda kadınların %7,8'i kitle iletişim araçlarından bilgi aldığını ifade etmiştir. Bu oran yapılan çalışmaların sonuçlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum, çalışmamızda ilkökul mezunu kadın sayısının fazla olması ve ülkemizde özellikle kitap/dergi/gazete okuma alışkanlığının istenen düzeyde olmaması ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan kadınların menopoza dönemine yönelik şikâyetlerini paylaştığı kişiler incelendiğinde kadınların %34,1'inin "eş", %21,1'inin "çocuk", %15,9'unun "doktor", %10,7'sinin "arkadaş", %4,9'unun "kardeş", %2,3'ünün "hemşire" ile şikâyetlerini paylaştığı bulunmuşken %10,9'unun kimseyle paylaşmadığı saptanmıştır. Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında kadınların %62,4'ünün menopoza dönemine ait şikâyetlerini "eşi", %35,7'sinin "çocukları", %50,6'sının "arkadaş-komşuları" ile paylaştığı, %17,5'inin ise "hiç kimse" ile paylaşmadığı bulunmuştur (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %42,5'inin menopoza dönemine yönelik şikâyetlerini "Eş", %29,9'unun "Doktor/Hemşire", %11,7'sinin "Arkadaş/Kardeş", %8,9'unun "Çocuk" ile paylaştığı, %7,0'sinin ise "Hiç kimse" ile paylaşmadığı saptanmıştır (Çoban ve ark. 2008). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında menopoza döneminde kadınların %58,0'inin eşinden, %40,0'ının çevresinden, %10,5'inin de jinekologdan

destek gördüğü saptanmıştır (Koç ve Sağlam 2008). Literatür bulguları araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların %35,7'sinin menopoza dönemi şikâyetlerinin eşi ile olan ilişkilerini “olumsuz”, %2,1'inin ise “olumlu” etkilediği, %62,2'sinin ise eşi ile olan ilişkilerini etkilemediği bulunmuştur. Bir araştırmada kadınlara eşlerinin menopoza karşı olan yaklaşımları sorulduğunda; %50,7'si eşinin menopoza doğal karşıladığını, %23'ü eşinin ilgilenmediğini, %26,3'ü ise eşinin yaklaşımını bilmediğini ifade ettiği bulunmuştur (Altunbay ve Yurdakul 2009). Eşlerin yaklaşık olarak yarısının klimakterik dönemdeki kadının sorunlarına karşı duyarsız oldukları görülmektedir ki sonuçlarımızda da kadının eşi ile olan ilişkisinde olumlu etkilenmenin çok düşük olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada kadınların %21,1'inin menopoza dönemi şikâyetlerinin çocukları ile olan ilişkilerini “olumsuz”, %3,6'sının ise “olumlu” etkilediği, %75,3'ünün ise çocukları ile olan ilişkilerini etkilemediği bulunmuştur. Kadınların %9,1'inin menopoza dönemi şikâyetlerinin çevresindeki kişiler ile olan ilişkilerini “olumsuz”, %3,1'inin ise “olumlu” etkilediği, %87,8'inin ise çevresindeki kişiler ile olan ilişkilerini etkilemediği bulunmuştur. Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %20,6'sının çocukları ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Yanikkerem ve ark. 2012). Çalışma bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların %39,8'inin menopoza “Kötü”, %14,6'sının “İyi”, %45,6'sının “Hem İyi Hem Kötü” olarak algıladığı saptanmıştır. Kadınların %28,9'u “Adet dönemi ağrı ve sıkıntılarından kurtuluş olduğu için”, %11,7'si “İbadetleri aksatmadan yapabildiği için”, %11,2'si “Aile planlaması yöntemi kullanılmak zorunda olunmadığı için”, %7,6'sı “Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için”, %0,5'i “Aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için” bu dönemi “İyi” olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %78,1'i ise “Vücutta değişiklikler olduğu için”, %4,2'si “Cinsellik azaldığı için”, %3,6'sı “Doğurganlık kaybolduğu için”, bu dönemi “Kötü” olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Tortumluoğlu'nun araştırmasında kadınların %56,4'ünün menopoza dönemini kötü olarak algıladığı, kötü algılamanın en sık nedeni vücutta meydana gelen olumsuz değişiklikler (%97,4) olduğu ve kadınların %19,0'unun menopoza dönemini iyi olarak algıladığı, iyi algılamanın en sık nedeni menstruasyon dönemine yönelik sıkıntılardan kurtuluş (%46,3) olduğu saptanmıştır (Tortumluoğlu 2003). Manisa ilinde yapılan bir

çalışmada kadınların 133'ü vücudundaki değişiklikler, 10'u cinsellikle ilgili sorunlar yaşadığı, 8'i ise doğurganlığını kaybettiği için menopoz dönemini kötü olarak algıladıklarını belirttikleri ve kadınların 67'si aile planlaması yöntemi kullanmadığı, 53'ü adet dönemi ağrı ve sıkıntılarından kurtulduğu için menopoz dönemini iyi olarak algıladıklarını belirttikleri bulunmuştur (Çoban ve ark. 2008). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında kadınların %57,0'sinin menopoz dönemini kötü, %20,4'ünün iyi olarak algıladığı bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008). Sert'in çalışmasında kadınların menopozu algılama durumları incelendiğinde olumlu etkilendiğini ifade eden yok iken, %44,7'sinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Sert 2009). Altunbay ve Yurdakul'un belirttiğine göre Bauld ve Brown (2009) çalışmalarında Avusturalyalı 45-55 yaş arası kadınlarda kötü menopozal semptomların fiziksel sağlığı ve menopoza karşı tutumu olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (Altunbay ve Yurdakul 2009). Bu sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda da kadınların çoğunluğunun gerek vücutlarında ki değişiklikler ve cinsellikle ilgili sorunlar gerekse doğurganlığın kaybı nedenleriyle menopoz dönemini kötü algıladıkları söylenebilir. Buna karşılık Tortumluoğlu'nun belirttiğine göre Mazhar ve Gul-e-Erum'un (2003) Pakistan'da yaptıkları çalışmada, kadınların %75,7'sinin menopozu olumlu bir durum olarak algıladıklarını saptamışlardır (Tortumluoğlu 2004). Çoban ve arkadaşlarının belirttiklerine göre Doğu Araplar üzerinde yapılan bir çalışmada menopoza olumlu yaklaşıldığı saptanmıştır. Bu durumun nedeninin doğum kontrol yöntemlerini kullanmayan bu kadınların bu dönemi doğurganlığın bitmesi olarak görüp sevinmesinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Çoban ve ark. 2008).

Bu araştırmada kadınların menopoz şikâyetlerine yönelik %9,6'sının ise bitkisel ilaç kullandığı (Ihlamur, Adaçayı, Melisa, Civanperçemi, Papatya, Dereotu vs.) saptanmıştır. Altunbay ve Yurdakul çalışmasında araştırma grubundaki kadınların başağrısı-başdönmesi yakınması için %55,6 oranında ağrı kesici kullanmayı tercih ettiklerini, %28,2'sinin herhangi bir şey yapmadıklarını ve %21,9'unun ise sağlık personelinden yardım aldığını, %7,6'sının yorgunluk ve stres gibi somatik ve emosyonel rahatsızlıklara yol açan faktörlerden kaçındıklarını saptamıştır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Bir çalışmada kadınların %96,4'ünün menopoz semptomlarına yönelik bitkisel ilaç kullanmadığı saptanmıştır (Ertan 2013). Bu sonuçlar kadınların alternatif yöntemleri yeterince deneyimlemediklerini, reçetesiz ilaç kullanmayı daha çok tercih ettiklerini göstermektedir. Bizim sonuçlarımıza karşılık Pasinlioğlu ve

Tortumluoğlu (2003)'nin çalışmalarında belirttiğine göre Morelli ve Naquin (2002) egzersiz ve soya ürünlerinin vazomotor yakınmaları azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte Erzurum'da yapılan bir çalışmada sıcak basması yakınması olan kadınların çoğunlukla bitkisel karışımlardan (maydonoz tohumu, çörek otu, papatya çayı, ısırgan otu gibi) faydalandıkları saptanmıştır (Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu 2003). Amanak ve arkadaşlarının belirttiğine göre, MacLennan ve arkadaşları (1996) Avustralya'da yaptıkları çalışmalarında bireylerin %48,5'inin alternatif tedavileri kullandıklarını ve alternatif tedaviyi yaygın olarak kullanan bireyler arasında perimenopoz dönemindeki kadınların çoğunlukta olduğunu saptamışlardır (Amanak ve ark. 2013). Literatürde menopozal yakınmaların alternatif tedavi yöntemleri ile tedavi edilebildiği ve menopozal yakınmalarla baş etmede 45-60 yaş arasındaki kadınların %80'inin reçete olmaksızın alternatif tedavileri kullandıkları belirtilmektedir (Kang ve ark. 2002). Çetin ve Eroğlu'nun çalışmasında belirttiğine göre, Jou ve ark. (2005) Japon kadınlarının %40'ının diyetlerine ekledikleri soya ürünleriyle yaşadıkları sıcak basması şikâyetlerinden kurtulduklarını belirttikleri bulunmuştur (Çetin ve Eroğlu 2015).

7.4. Kadınların Menopoz Semptomları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Kadınlar için çevreden görecekları destek özellikle eşler arası ilişkiler menopoz döneminde oldukça önemlidir. Kadın bu dönemde eşinden ilgi ve destek beklemektedir bu sayede kendine güveni azalan kadın, aldığı ilgiyle rahatlayabilecektir. Ancak unutulmaması gereken bir şey de; erkeklerin de bu dönemde eskisi gibi olmadıklarıdır. Çünkü erkekler de orta yaş bunalımı denen andropozla yaşamaya başlamaktadırlar. Nasıl ki kadınlar erkeklerden ilgi bekliyorsa erkekler de kadınlardan ilgi beklemektedirler. Eğer beklentiler karşılıksız kalırsa aile içinde sorunlar başlamakta ve kavgaları beraberinde getirmektedir. Evlilik ilişkisinin niteliği menopozda ortaya çıkan biyolojik, fizyolojik ve sosyal değişimlere uyumda önemlidir. Birbirleriyle yakın ilişki içinde olan eşler menopoz döneminde karşılaştıkları sorunlarla daha sağlıklı baş edebilmektedirler (Kıroğlu 2005).

Menopoz semptomlarının kadının aile yaşantısı üzerine etkisi incelendiğinde “**Menopoz eşinizle olan ilişkinizi nasıl etkiledi?**” sorusuna kadınların %62,2'sinin

“etkilemedi”, %35,7’sinin “olumsuz etkiledi”, %2,1’inin “olumlu etkiledi” cevabını vermişlerdir. Menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyutlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve olumsuz etkilendiğini belirten kadınların menopoz semptomlarının tüm alt boyut puanlarının yüksek olduğu, menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri saptanmıştır ($p<0,05$). Ertem’in çalışmasında menopozun aile içi ilişkisini etkileme durumu incelendiğinde kadınların %90,0’ının etkilemediği, %10,0’unun ise etkilediği bulunmuştur (Ertem 2010). Özgür ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %17,5’inin menopozdan sonra aileden yardım aldığı bulunmuştur (Özgür ve ark. 2010). Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında da klimakterik dönemdeki kadınların ÇBASDÖ’ye göre en fazla ailelerinden sosyal destek aldığı belirlenmiştir (Koçak ve ark.2017). Literatürde menopoz öncesi premenstrüel sendrom tanımlayanlarda, eş desteği olmayan ve duygusal yönden yetersiz olanlarda menopoz döneminin zor geçtiği, anne-baba, akraba veya arkadaşlarla olan sırdışlığın, eşin verdiği desteği karşılamakta yetersiz kaldığı bildirilmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda eşten alınan sosyal desteğin arkadaştan ve akrabadan alınan sosyal destekten önemli olduğu bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008).

“Menopoz çocuklarınızla olan ilişkinizi nasıl etkiledi?” sorusuna kadınların %75,3’ü “etkilemedi”, %21,1’i “olumsuz etkiledi”, %3,6’sı “olumlu etkiledi” yanıtını vermişlerdir. Menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyutlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuklarıyla ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini belirten kadınların menopoz semptomlarının tüm alt boyut puanlarının yüksek olduğu, menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri saptanmıştır.

“Menopoz çevrenizle (akraba, arkadaş gibi) olan ilişkinizi nasıl etkiledi?” sorusuna kadınların %87,8’inin “etkilemedi”, %9,1’inin “olumsuz etkiledi”, %3,1’inin “olumlu etkiledi” cevabını verdiği bulunmuştur. Menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyutlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Akraba/arkadaş ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini belirten kadınların menopoz semptomlarının tüm alt boyut puanlarının yüksek olduğu, menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri saptanmıştır.

7.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Menopoza Yönelik Tutumlar Arasında İlişkiye Ait Bulgulara Yönelik Tartışma

Menopoz deneyimleri ve menopozun anlamı bireyin kültürel normlarına, sosyal etkilerine ve kişisel bilgilerine göre değişmektedir (Altunbay ve Yurdakul 2009). Kadınların menopoz dönemlerinde en çok desteği arkadaşlarından gördüğü (%45,0) ve aileden gördükleri destek oranının %30,0 olduğu saptanmıştır (Kıroğlu 2005). Bir çalışmada kadınların %74,6'sının menopozu girdiklerini eşlerine söylemeye çekinmedikleri, %53,6'sının menopozu girdiklerini ilk eşine, %24,2'sinin komşusuna, %12,8'inin kardeşine, %6'sının çocuklarına söyledikleri belirtilmiştir (Zivdir ve Sohbet 2017). Sıkıntı içinde ya da zor durumda olan bireye, akrabalarının, aile üyelerinin yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Ardahan 2006). Araştırmalar sosyal desteğin depresyon, olumlu duygular, uyum, benlik saygısı, stres ve psikolojik sıkıntılar ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Sosyal destek arttıkça depresyon, stres ve psikolojik belirtilerde azalma olurken, benlik saygısı, uyum, sağlık ve toplum yanlısı davranışlarda artma olduğu görülmektedir (Gümüş 2015).

Bu çalışmada kadınların %59,1'inin "Menopoz tedavi edilmelidir" ifadesine katıldığı bulunmuştur. Manisa'da yapılan bir çalışmada kadınların %46'sının menopozun tedavi edilmesi gerektiğine inandığı saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Menopoz tedavi edilmelidir ifadesi ile ÇBASDÖ tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bu çalışmada kadınların çoğu (%69,3) "Menopoz kadın hayatında doğal karşılanması gereken bir yaşam olayıdır" ifadesine katılmaktadır. Bu ifade ile ÇBASDÖ'nin özel bir insan alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu ifadeye katılmayan kadınların katılan kadınlara göre ölçek puan ortalamasının daha yüksek, yani algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

"Menopoz yaşlanmanın bir işaretidir" ifadesine kadınların yaklaşık yarısı (%49,7) katıldığını ifade etmiştir. ÇBASDÖ'nin aile, arkadaş, özel bir insan ve toplam alt boyutları ile bu ifade arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır

($p<0,05$). Sosyal desteği fazla olan kadınların menopozu doğal bir süreç olarak gördükleri söylenebilir.

Çalışmada “Menopoza girmek kadının toplumda ve ailede statüsünü yükseltir” ifadesine kadınların, sadece %10,2’sinin katıldığı, %22,1’inin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. Bu ifade ile ÇBASDÖ’nin aile ve özel bir insan alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Burada kadının ailesi ve kendine yakın gördüğü bir insanın desteğinin kadının ailede ve toplum içinde statüsünü arttırdığı, dolayısıyla kendisini daha değerli hissettiği düşünülmektedir.

Kadınların %47,1’inin “Menopozla birlikte adet/regl/kanamasının kesilmesi kadının sağlığını olumsuz etkiler” ifadesine katıldığı ve ÇBASDÖ’nin tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırmada “Menopoz döneminde kadın eşi ile daha az cinsel ilişkide bulunur” ifadesine kadınların %42,2’sinin katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ’nin arkadaş alt boyutu ile bu ifade arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre arkadaş alt boyut puanının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kadınların nerdeyse üçte birinin (%30,5) “Menopoz kadının çekiciliğinin kaybına yol açar” ifadesine katıldığı, yine yaklaşık dörtte birinin (%26,8) kısmen katıldığı ve ÇBASDÖ’nin aile, arkadaş, özel bir insan ve toplam olmak üzere tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal desteği olan kadınların kadınsı özelliklerini kaybettiğine inanmadıkları söylenebilir.

“Menopoz döneminde bir kadın kendini daha az kadınsı hisseder” ifadesine kadınların %32,6’sının katıldığı, %26,6’sının kısmen katıldığı, %40,9’unun ise katılmadığı saptanmıştır. Katıldığını belirten kadınların ÇBASDÖ aile, arkadaş ve toplam alt boyut puanları katılmadığını belirten kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların yaklaşık yarısının (%50,3) “Menopoz döneminde birçok kadın kendini anksiyeteli veya sinirli hisseder” ifadesine katıldığı, %29,7’sinin ise kısmen katıldığı, %20,1’inin katılmadığı saptanmıştır. ÇBASDÖ’nin arkadaş ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve bu ifadeye katılmayan kadınlara göre katılan kadınların puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

“Menopoz kadının ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırdığı bir dönemdir” ifadesine kadınların %34,6’sının katıldığı, %32,6’sının ise kısmen katıldığı, %32,8’inin katılmadığı bulunmuştur. Bu ifade ile ÇBASDÖ’nin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Kadınların yarısından çoğunun (%58,3) “Menopoz döneminde birçok kadın yaşama karşı ilgisini kaybeder” ifadesine katılmadığı, %18,0’inin ise katıldığı, %23,7’sinin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. Katılmadığını belirten kadınların katıldığını belirten kadınlara göre ÇBASDÖ’nin aile, arkadaş ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Sosyal desteği fazla olan bu kadınların yaşama karşı ilgisini kaybetmediği görülmüştür ($p < 0,05$).

“Menopoz döneminde birçok kadın aklını kaybetmekten korkar” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde kadınların çok büyük bir kısmının (%69,0) katılmadığı, sadece %13,5’inin katıldığı, %17,4’ünün ise kısmen katıldığı bulunmuştur. Bu ifade ile ÇBASDÖ’nin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

“Kadının üretkenliği (verimliliği) menopoz döneminde azalır” ifadesine kadınların %45,3’ünün katılmadığı, %30,5’inin katıldığı, %24,2’sinin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ’nin tüm alt boyutları ile bu ifade arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Kadınların yarısından çoğunun (%52,6) “Kadın menopoza girince daha önceki yıllarda olduğu gibi yoğun çalışamaz” ifadesine katılmadığı, %32,6’sının kısmen katıldığı, %14,8’inin ise katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ’nin sadece aile alt boyutu ile bu ifade arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

“Menopoz döneminde olmaktan mutluyum” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde kadınların %38,5’inin katılmadığı, %37,5’inin kısmen katıldığı, %24,0’ünün ise katıldığı bulunmuştur. ÇBASDÖ’nin aile, arkadaş, özel bir insan ve toplam alt boyutlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ve sosyal desteği daha fazla olan kadınların menopoz döneminde mutlu oldukları görülmektedir ($p < 0,05$).

7.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgulara Yönelik Tartışma

Sosyal destek bireyin temel ihtiyaçlarından olan sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi gereksinimlerini karşılar ve böylece bireyi fiziksel ve ruhsal açıdan olumlu yönde destekler (Özbey 2012, Karlıdere ve Özşahin 2008). Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgisini destekler yöndedir. ÇBASDÖ puanı arttıkça MSDÖ puanının azaldığı görülmüştür. ÇBASDÖ toplam puanı ve aile alt boyutu toplam puanı ile MSDÖ toplam puanı arasında ters yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (aile $r = -0,117$, $p = 0,021$; toplam ölçek puanı $r = -0,104$, $p = 0,042$). Sosyal desteğin genel olarak menopozal şikayetleri azalttığı söylenebilir.

ÇBASDÖ puanı ve tüm alt boyutların puanları ile MSDÖ somatik alt boyutu arasında ters yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (aile $r = -0,143$, $p = 0,005$; arkadaş $r = -0,115$, $p = 0,025$; özel bir insan $r = -0,108$, $p = 0,034$; toplam ölçek puanı $r = -0,143$; $p = 0,005$). Bu çalışmada, sosyal desteğin kadınlarda somatik şikayetleri azalttığı saptanmıştır. Elde edilen sonuç literatüre uyumludur (Özbey 2012, Karlıdere ve Özşahin 2008).

ÇBASDÖ puanı ve aile, arkadaş alt boyutların toplam puanları ile MSDÖ psikolojik alt boyutu arasında ters yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (aile $r = -0,117$, $p = 0,022$; arkadaş $r = -0,107$, $p = 0,036$; toplam ölçek puanı $r = -0,117$, $p = 0,005$). Bu bulguya göre, özellikle aile ve arkadaş desteğinin kadınlarda psikolojik şikâyetleri azalttığı söylenebilir. Ankara ilinde yapılan bir çalışmada doğal menopoz grubunda algılanan aile desteğinin artması durumunda menopozal belirti şiddetinin azaldığı bulunmuştur. Bu araştırmanın bulguları ile benzer şekilde sosyal desteğin yetersiz olduğu olgularda menopoz belirti sıklığının da arttığı ifade edilmiştir (Karlıdere ve Özşahin 2008).

ÇBASDÖ puanı ve alt boyutları ile MSDÖ ürogenital alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Klimakterik dönemdeki kadınlarda ürogenital sistem değişikliklerinin en önemli nedeni östrojen seviyesindeki belirgin azalmadır. Kadınlar bu dönemde östrojen eksikliğine bağlı vajinal kuruluk, disparoni, dizüri, üriner inkontinans gibi bazı semptomlar yaşamaktadırlar (Aslan ve ark. 2008, Demirci 2015). Bu nedenle, sosyal desteğin bu alt boyutta anlamsız çıktığı düşünülebilir.

7.7. Menopoza Yönelik Tutumlar ve Menopoz Semptomları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Sosyokültürel faktörlerin yanı sıra, kadının menopoz ve yaşlanmaya karşı tutumu, eş ve çocukların desteği ve geçmiş yaşam deneyimleri menopoz döneminde yaşanan sorunların şiddetini etkileyebilmektedir (Altunbay ve Yurdakul 2009). Etnik yapı, gelenek ve görenek, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının rolü, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler, menopozun algılanması, menopozal tutum ve menopozal yakınmalar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Pınar ve ark. 2015).

Araştırmaya katılan kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ile menopoza yönelik tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların %59,1'inin "Menopoz tedavi edilmelidir" ifadesine katılıyorum cevabını verdikleri bulunmuştur. Katıldığını ifade eden kadınların menopozun somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları katılmadığını ifade eden kadınlardan daha yüksek olduğu ve menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri bulunmuştur ($p= 0.000, 0.000, 0.003$ ve 0.000). Bir çalışmada menopozal yakınmalardan olan sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma ağlama, eklem-kas ağrıları, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağrılı miksiyon ile menopozal tutum ölçek puanı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu verilere yönelik olarak, menopozal yakınmaları olan kadınların menopoza yönelik tutumlarının olumsuz yönde olduğu veya menopoza yönelik olumlu tutum içinde olmanın menopozal şikâyetlerin daha az yaşanmasına neden olacağı söylenebilir (Erbaş ve Demirel 2017). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların %46'sının menopozun tedavi edilmesi gerektiğine inandığı ve bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre daha fazla vazomotor semptomları deneyimlediği saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Bir diğer çalışmada da benzer şekilde menopoza yönelik olumlu tutum içinde olan kadınların menopozal şikâyetleri daha az yaşadığı bulunmuştur (Çoban ve ark. 2008). İzmir ilinde yürütülen bir araştırmada "Menopoza girmiş kadının tedaviye ihtiyacı vardır" ifadesine %72,5 oranında kadının katıldığı bulunmuştur (Öztürk ve ark. 2008). Öztürk'ün çalışma bulguları bizim araştırmamızın bulgularından daha yüksektir.

Kadınların çoğunun (%69,3'ü) “Menopoz kadın hayatında doğal karşılanması gereken bir yaşam olayıdır” ifadesine katılıyorlar cevabını verdikleri ve menopozun somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları katılmadığını ifade eden kadınlardan daha düşük olduğu, menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri bulunmuştur (p= 0.004, 0.019, 0.018 ve 0.002). Abay ve Kaplan'ın çalışmasında kadınların yarısından fazlasının (%54) menopoz algısının olumlu olduğu ve aynı zamanda menopoz algısı olumlu olanların genel, cinsel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının menopoz algısı olumsuz olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Abay ve Kaplan 2015). Manisa'da yürütülen bir çalışmada kadınların çoğunluğu (%71.5) menopozu doğal bir süreç olarak algıladığı belirtilmektedir ve bu kadınların vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel semptom puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Altunbay ve Yurdakul'un belirttiğine göre Güngör ve Oğuzöncül (2003) Elazığ'da yaptıkları araştırmalarında kadınların %70,4'ünün menopozu doğal bir süreç, %20,5'inin ise hastalık olarak kabul ettiklerini saptamışlardır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %88,3'ünün menopoz “kadın yaşamının normal bir olayıdır” ifadesine katıldığı bulunmuştur (Öztürk ve ark. 2008). Ertan'ın belirttiği'ne göre Aydemir ve Dağdeviren'in çalışmasında (2007) kadınların %78,0'inin menopozu doğal bir olay olarak gördükleri ve %52,4'ünün menopozu “adetlerin kesilmesi” olarak ifade ettikleri, Özgür ve Eryılmaz çalışmasında (2007) kadınların %52,4'ü menopozu doğal bir olay kabul ettikleri, %33,2'si menopozu “üretkenliğin sona ermesi” şeklinde ifade ettikleri bulunmuştur (Ertan 2013). Koç ve Sağlam'ın belirttiğine göre Doğu ve Batı kültürlerindeki kadınları karşılaştıran çalışmalarda, doğudaki kadınların menopozu doğal bir süreç olarak gördükleri ve batıdaki yaşlılarına göre yaşamın bu dönemini daha olumlu değerlendikleri bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008). Kadınların menopoza yükledikleri anlamın incelendiği bir çalışmada kadınların %48,6'sı menopozu kadın hayatının doğal bir dönemi olarak gördükleri saptanmıştır (Ertan 2013). Altunbay ve Yurdakul çalışmasında kadınların %51,8'i menopozu doğal bir yaşam olayı olarak ifade ederken, %25,5'i sıkıntı ve stresli bir dönem olduğunu ifade ettiği, kadınların %22,7'sinin ise bu konuda fikrinin olmadığı saptanmıştır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda kadınların %37,5'inin menopoz dönemini çok doğal bir dönem olarak karşıladıkları (Kıroğlu 2005), %35,0'inin menopoz dönemini “Doğal, normal bir süreç” olarak algıladıkları bulunmuştur (Çelik

ve Pasinlioğlu 2014). İzmir ilinde yürütölen bir araştırmada kadınların ve erkeklerin menopoza normal, doğal bir olay olarak algıladıkları ve hatta menopoza giren kadınları önemli oranlarda (kadınların %49'u, erkeklerin %71'i) çekici buldukları saptanmıştır (Öztürk ve ark. 2008).

“Menopoz yaşlanmanın bir işaretidir” ifadesine kadınların %49,7'sinin katılıyorrum olarak cevap verdiği ve menopoz semptomlarının sadece toplam alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p= 0.028). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların yarısından çoğunun (%54,9) menopozun yaşlanmanın bir işareti olarak gördüğu ve bu ifadeye katılan kadınların vazomotor, psikolojik ve fiziksel skorlarında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (Yanikkerem ve ark. 2012). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında “Menopoz yaşlanmanın önemli bir işaretidir” ifadesine kadınların %44,2'sinin katıldığı saptanmıştır (Koç ve Sağlam 2008). Ankara ilinde kadınların %55,3'ünün menopoza “yaşlandığını hissetme” olarak belirttikleri (Ertan 2013), kadınların %60,8'inin menopozal dönemi “yaşlandığını hissetme” olarak algıladıkları ve bu şekilde algılayan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığı saptanmıştır (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Elde edilen bulgular incelendiğinde Koç ve Sağlamın çalışması dışındaki çalışmaların bulguları bizim çalışmamızın bulgularından daha yüksektir kadınların yarısından fazlasının menopoza yaşlanmanın önemli bir işareti olarak kabul ettikleri görülürken bu çalışmada yarısına yakın bir kısmı kabul etmektedir. Kadınların bu dönemi daha rahat ve mutlu geçirebilmeleri için menopoza yaşlılığın başlangıcı olarak değerlendirmek yerine, kendilerine ve çevrelerine daha çok zaman ayırabilecekleri bir yaşam dönemi olarak düşünmeleri gerektiği önemlidir.

Kadınların %67,7'sinin “Menopoza girmek kadının toplumda ve ailede statüsünü yükseltir” ifadesine katılmadığı, sadece %10,2'sinin katıldığı, %22,1'inin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. MSDÖ tüm alt boyutları ile bu ifade arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Bir çalışmada kadınların “Menopoza girmiş bir kadın toplumsal statüsünü yitirir” ifadesine kadınların %83,3'ünün katıldığı bulunmuştur (Öztürk ve ark. 2008). Ertan'ın çalışmasında kadınların menopoza yükledikleri anlam incelendiğinde; kadınların %14,8'inin “daha çok itibar görme, söz sahibi olma” ifadelerini belirttiği saptanmıştır (Ertan 2013). Manisa'da bir çalışmada kadınların %56,7'sinin ‘Menopoza girmek kadının toplumda ve ailede statüsünü yükseltir’ ifadesine katılmadığı ve bu ifadeye katılmayan kadınların katılan kadınlara göre vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel

alt puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Geleneksel toplumlarda yaş ile birlikte kadının statüsü yükselir ve olgunluk kadını güçlendirir. Türk kültüründe yaşlanmak kadına, aile ve toplum içinde statü kazandırır. Yaşlı kadınların özellikle kırsal kesimde toplumsal ve dinsel etkinliklerde ayrıcalığı vardır. Bu araştırmanın bulguları kadının toplumsal statüsüne ilişkin bu literatür bilgisini desteklememektedir. Bununla birlikte literatürde sosyo-ekonomik özelliklerin yakınmaları etkilediği, sosyal statünün yaşla birlikte arttığı toplumlarda ya da kültürlerde kadınların klimakterium dönemine ilişkin olumsuz belirtileri daha az deneyimledikleri belirtilmiştir (Koç ve Sağlam; Öztürk ve ark. 2008).

Araştırmada kadınların %47,1'inin "Menopozla birlikte adet/regl/kanamasının kesilmesi kadının sağlığını olumsuz etkiler" ifadesine katıldığı ve MSDÖ tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu ifadeye katıldığını belirten kadınların menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu ve menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri saptanmıştır. Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %32,8'inin bu ifadeye tamamen katıldığını ve vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında ki istatistiksel veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Zıvdır ve Sohbet'in çalışmasında kadınların %55'i menopozun kadınlar için kötü durum olduğunu, %45,4'ü menopozun hastalık olduğunu, %56'sı 'kadının kısır olması' ifadesini kullandığı saptanmıştır (Zıvdır ve Sohbet 2017). Bir çalışmada kadınların %56,7'sinin menopozu "kanamanın kesilmesi" olarak algıladığı, %22,3'ünün hiçbirinin fikri olmadığı, %15,8'inin ise fiziksel ve psikolojik değişikliklerin yaşadığı bulunmuştur (Öztürk ve ark. 2008). Altunbay ve Yurdakul'un belirttiğine göre Işık (2000) çalışmasında kadınların %70,0'i menopozu adetten kesilme olarak, %21,1'i ise sıkıntı ve hastalıkların başladığı bir dönem olarak tanımlamıştır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Bir araştırmada kadınların %37,1'inin menopozu adet kanaması olmadığı için temizlik olarak gördükleri saptanmıştır (Ertan 2013). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında "Pek çok kadın adetten kesilmekten üzüntü duyar" ifadesine kadınların %58,2'sinin katıldığı saptanmıştır (Koç ve Sağlam 2008). Bir diğer çalışmada kadınların yarısından çoğunun menopozu adetin kesilmesi olarak tanımladığı, çok az bir kısmının menopozu sinirlilik, sıkıntı, terleme, yorulma ve kilo alma olarak tanımladığı bulunmuştur (Erkin ve ark. 2014). Literatür bilgileri

incelendiğinde kadınların menopoz dönemine yönelik algılarında “adetten kesilme” ifadesine yer verilmiş ancak bu algılarına yönelik menopoz semptomlarını ne sıklıkla yaşadığına ilişkin bulgulara rastlanılmamıştır.

“Menopoz döneminde kadın eşi ile daha az cinsel ilişkide bulunur” ifadesine de kadınların %42,2’sinin katıldığı, %33,9’unun da kısmen katıldığı ve menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları katılmadığını belirten kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada cinsel yaşam kalitesi puanları üzerinde menopozal tutumun etkili olduğu bulunmuştur (Erbaş ve Demirel 2017). Bir diğer çalışmada kadınların %50,0’sinin kendilerinde cinsel problem olduğunu ve kadınların %52,0’sinin menopozun cinsel hayatlarını olumsuz yönde etkilediğini düşündüğü bulunmuştur. Bu oranlar kadın cinsel disfonksiyonunun oldukça yaygın bir problem olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte bu çalışmada kadınların %6,0’sinin postmenopozal dönemde cinsel ilişkiyi ayıp-uygunsuz ya da gereksiz olarak değerlendirdiği, %17,0’sinin kadınlık görevi olarak cinsel hayatın devam etmesi gerektiğini düşündüğü, %33,0’ünün hayattaki en önemli görevlerinin annelik olduğunu belirttikleri bulunmuştur (Aslan ve ark. 2008). Ankara ilinde kadınların %15,8’i menopozu “cinselliğin bitmesi/azalması” ifadesi ile belirttiği saptanmıştır (Ertan 2013). Aslan ve arkadaşlarının belirttiğine göre Çayan ve ark.’ın 179 kadın üzerinde yaptığı çalışmada menopozal durumun ve yaşın cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkileri olduğu bulunmuştur (Aslan ve ark. 2008). İzmir ilinde kadınların %43,3’ünün menopozda cinselliğin azalmadığına inanırken, %35,0’inin menopoz giren kadının cinselliğini kaybedeceğine inandığı bulunmuştur (Öztürk ve ark. 2008). Bir araştırmada kadınların %19,4’ünün menopozal dönemi “Cinselliğin azalması/bitmesi” olarak algıladıkları ve menopozu “yaşlandığını hissetme” olarak algılayan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığı saptanmıştır (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Koç ve Sağlam’ın çalışmasında “Kadınlar menopoz sonrasında genellikle cinsel arzularını ve ilgilerini kaybederler” ifadesine kadınların %40,0’inin katılmadığı bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008). Erkin ve arkadaşlarının belirttiğine göre Arslan ve Altınsoy’ un 2004 yılında, 40-75 yaş grubundan 300 kadınla yaptığı çalışmada; kadınların %44,7’si cinsel ilginin azaldığı, %6,7’si cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğunu, %2,0’i ilişki sırasında kuruluk hissettiğini bulmuştur (Erkin ve ark. 2014). Bozkurt ve Sevil’in belirttiğine göre Kömürcü ve İşbilen’in 2011 yılındaki çalışmasında, cinselliğinin olumsuz yönde etkilendiğini düşünenlerin oranı

%71,1'dir. Yaş, menopoz süresi ve eşteki endişenin artması kadınların cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Bozkurt ve Sevil 2016). Mersin ilinde bir çalışmada cinsel ilgide azalma yakınması olan kadınların %57,7'sinin herhangi bir şey yapmama ve %53,4'ünün ise eşi istediğinde ilişkiye girme davranışlarında bulunduğu saptanmıştır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Tortumluoğlu'nun çalışmasında Avrupalı kadınların menopoz dönemini Asyalı kadınlara göre daha olumsuz yaşadığı ve bu dönemi yaşlılığın bir işareti, cinsel yaşamın, güç ve güzelliğin kaybı olarak algıladıkları bulunmuştur (Tortumluoğlu 2004). Bu sonuçlar cinsel sorunların toplumumuzda tabu olarak kabul edilmesi ve sağlık personelinin cinsel problemleri yeterince sorgulamaması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Genellikle kadınların cinsel problemleri ile etkili baş edemedikleri görülmektedir. Ergöl'ün, Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu'nun yapmış oldukları iki çalışmada da klimakterik dönemde cinsel problemi olan kadınların bu sorunun çözümüne yönelik herhangi bir uygulama yapmadıkları saptanmıştır (Ergöl 1999; Tortumluoğlu ve Pasinlioğlu 2003). Bu bulgular cinsel sorun yaşayan kadınların yardım almadaki yetersizliklerini göstermektedir.

Kadınların neredeyse üçte birinin (%30,5'inin) "Menopoz kadının çekiciliğinin kaybına yol açar" ifadesine katıldığı, yine yaklaşık üçte birinin (%26,8'inin) kısmen katıldığı ve "Menopoz döneminde bir kadın kendini daha az kadınsı hisseder" ifadesine de %32,6'sının katıldığı, %26,6'sının kısmen katıldığı saptanmıştır. Katıldığı belirten kadınların menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları katılmadığını belirten kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tüm p değerleri 0,000). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %27,5'inin "Menopoz kadının çekiciliğinin kaybına yol açar" ifadesine katıldığı ve %34,2'sinin de "Menopoz döneminde bir kadın kendini daha az kadınsı hisseder" ifadesine katıldığı belirtilmiştir. Bu iki ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel tüm alt boyutlarının puanları daha yüksek bulunmuştur (Yanikkerem ve ark. 2012). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında ki istatistiksel veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Koç ve Sağlam'ın çalışmasında "Erkekler menopoz sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar." ifadesine kadınların %48,2'sinin katılmadığı bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında "Menopoza giren pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder." ifadesine %42,6'sının katılmadığı saptanmıştır (Koç ve Sağlam 2008). Öztürk ve

arkadaşlarının çalışmasında kadınların %49,2'sinin “Menopozdaki kadın çekicidir, çekiciliği devam eder” yargısına katıldığı saptanmıştır (Öztürk ve ark. 2008). Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında kadınların %26,2'sinin menopozal dönemi “*Kadınlık özelliklerinin yok olması*” olarak algıladıkları bulunmuştur (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında “Birçok kadın menopozdan sonra artık bir kadın olmadığını düşünür.” ifadesine kadınların %45,4'ünün katılmadığı bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008). Kadının sosyal ve ekonomik varoluşunun çocuk doğurma ile ilişkili görüldüğü toplumlarda üreme işlevinin bitmesi ile gerçek bir kadın olunmadığı düşüncesi gelişebilir. Bu düşüncenin oluşmasında psikolojik ve sosyo-kültürel faktörlerin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Kadınların yarısından çoğunun (%50,3'ünün) “Menopoz döneminde birçok kadın kendini anksiyeteli veya sinirli hisseder” ifadesine katıldığı, %29,7'sinin ise kısmen katıldığı saptanmıştır. Menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanları bu ifadeye katılmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve bu ifadeye katılan kadınların menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri bulunmuştur (p= 0.000, 0.000, 0.006, 0.000). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %55,9'unun “Menopoz döneminde birçok kadın kendini anksiyeteli veya sinirli hisseder” ifadesine katıldığı ve bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel tüm alt boyutlarının puanları daha yüksek bulunmuştur (Yanikkerem ve ark. 2012). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında ki istatistiksel veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Koç ve Sağlam'ın çalışmasında “Kadınlar genellikle menopoz döneminde sinirli ve gergin olurlar.” ifadesine kadınların %78,0'inin katıldığı bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2008). Bloch çalışmasında menopoza ilişkin olumsuz tutumları olanların depresyon ve baş ağrısı gibi belirtileri daha şiddetli yaşamakta olduklarını saptamıştır (Bloch 2002). Koç ve Sağlam'ın çalışmasında bulgular daha yüksek olsa da literatür bulguları araştırmamızı desteklemektedir.

“Menopoz kadının ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırdığı bir dönemdir” ifadesine kadınların %34,6'sının katıldığı, %32,6'sının ise kısmen katıldığı bulunmuştur. Bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre menopoz semptomlarının somatik, psikolojik ve toplam alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p= 0.049, 0.031, 0.044). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında “Menopoz kadının ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırdığı bir dönemdir” ifadesine kadınların %31,8'inin tamamen katıldığı,

%30,2'sinin kısmen katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre psikolojik, fiziksel ve cinsel olmak üzere üç alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012).

Kadınların yarısından çoğunun (%58,3) “Menopoz döneminde birçok kadın yaşama karşı ilgisini kaybeder” ifadesine katılmadığı, %18,0'inin ise katıldığı, %23,7'sinin ise kısmen katıldığı bulunmuştur. Katılmadığını belirten kadınların katıldığını belirten kadınlara göre menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ve menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri belirtilmiştir (Tüm p değerleri 0,000). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında “Menopoz döneminde birçok kadın yaşama karşı ilgisini kaybeder” ifadesine kadınların %30,4'ünün tamamen katıldığı, %31,6'sının kısmen katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Yanikkerem ve arkadaşlarının bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

“Menopoz döneminde birçok kadın aklını kaybetmekten korkar” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde kadınların çok büyük bir kısmının (%69,0'unun) katılmadığı, sadece %13,5'inin katıldığı, %17,4'ünün ise kısmen katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılmayan kadınların menopoz semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarının katıldığını belirten kadınlara göre daha düşük olduğu ve menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri bulunmuştur (Tüm p değerleri 0,000). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında “Menopoz döneminde birçok kadın aklını kaybetmekten korkar” ifadesine kadınların %20,6'sının tamamen katıldığı, %24,7'sinin kısmen katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel olmak üzere tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu menopoz semptomlarını daha çok deneyimledikleri saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Yanikkerem ve arkadaşlarının bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Dökmen'in araştırmasında menopozun orta yaş kadınının ruh sağlığını tehdit edici bir durum olmadığı, daha çok eğitim, çalışma durumu ve ekonomik durumun ve beden algısının ruh sağlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Dökmen 2008).

“Kadının üretkenliği (verimliliği) menopoza döneminde azalır” ifadesine kadınların %45,3’ünün katılmadığı, %30,5’inin ise katıldığı bulunmuştur. Katılmadığını belirten kadınların katıldığını belirten kadınlara göre somatik, ürogenital ve toplam alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Katılmayan kadınların somatik, ürogenital ve toplam alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (p=0.007, 0.007, 0.025). Çelik ve Pasinlioğlu’nun çalışmasında kadınların %41,8’inin menopozal dönemi “*Üretkenliğin bitmesi*” olarak algıladıkları bulunmuştur (Çelik ve Pasinlioğlu 2014). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %77,5’inin “menopozdaki kadın üretkenliğini kaybeder” ifadesine katıldığı bulunmuştur (Öztürk ve ark. 2008). Ertan’ın çalışmasında kadınların menopoza yükledikleri anlam incelendiğinde; kadınların %40,0’ının “üretkenliğin bitmesi” ifadesini belirttiği saptanmıştır (Ertan 2013). Menopoz bireysel değişikliklerin yanı sıra kişide kadınlık, cinsellik, estetik kaygıları da doğurabilir ve üretebilme, yaratabilme yeteneğinin sonu geldiğini düşündürebilir. Literatür bulguları araştırma bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Kadınların yarısından çoğunun (%52,6) “Kadın menopoza girince daha önceki yıllarda olduğu gibi yoğun çalışamaz” ifadesine katılmadığı, %32,6’sının kısmen katıldığı, %14,8’inin ise katıldığı bulunmuştur. Bu ifadeye katılmadığını belirten kadınların katıldığını belirten kadınlara göre menopoza semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Katılmayan kadınların menopoza semptomlarının tüm alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tüm p değerleri 0,000). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında “Kadın menopoza girince daha önceki yıllarda olduğu gibi yoğun çalışamaz” ifadesine kadınların %33,2’sinin tamamen katıldığı, %28,7’sinin kısmen katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu menopoza semptomlarını daha çok deneyimledikleri saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Yanikkerem ve arkadaşlarının bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

“Menopoz döneminde olmaktan mutluyum” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde kadınların %38,5’inin katılmadığı, %37,5’inin kısmen katıldığı, %24,0’ünün ise katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılan kadınların menopoza semptomlarının somatik, psikolojik, ürogenital ve toplam alt boyut puanlarının

katılmadığını belirten kadınlara göre daha düşük olduğu ve menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri bulunmuştur (p=0.000, 0.000, 0.001, 0.000). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında “Menopoz döneminde olmaktan mutluyum” ifadesine kadınların %21,1’inin tamamen katıldığı, %44,1’inin kısmen katıldığı belirtilmiştir. Bu ifadeye katılan kadınların katılmayan kadınlara göre vazomotor, psikolojik, fiziksel ve cinsel tüm alt boyut puanlarının daha düşük olduğu menopoz semptomlarını daha az deneyimledikleri saptanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2012). Yanikkerem ve arkadaşlarının bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Koç ve Sağlam’ın çalışmasında “Pek çok kadın için menopoz katlanması oldukça zor bir durumdur.” ifadesine de %60,0’inin katıldığı saptanmıştır (Koç ve Sağlam 2008). Çalışmada kadınların menopozu katlanması oldukça zor bir durum olarak gördükleri ortaya çıkarılmış olup bu durum üzerinde kadının yaşından kaynaklanan ve yaşamış oldukları rol, sorumluluk, ilişkiler ve değişimlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Araştırma kapsamına alınan kadınların %38,3'ü 45–50 yaş arasında olup kadınların yaş ortalaması $52,7 \pm 4,6$ 'dır (min:45, maks:60).
- ✓ Kadınların %57,3'ü ve eşlerinin %42,2'si ilkokul mezunudur.
- ✓ Kadınların %80,5'inin çalışmadığı/emekli olduğu, %86,5'inin ailesinde bakıma muhtaç kimsesinin olmadığı, %54,7'sinin aile gelirinin gidere denk olduğu bulunmuştur.
- ✓ Kadınların %49,2'si “fazla kilolu” olarak bulunmuştur ve BKİ ortalaması $28,1 \pm 4,2$ 'dir.
- ✓ Araştırmaya katılan kadınların %53,4'ünün sosyal aktivitelere katıldığı, %51,3'ünün ibadet ettiği, %48,2'sinin elişî yaparak boş zamanlarını geçirdikleri saptanmıştır.
- ✓ Kadınların evlenme yaşı ortalaması $21,1 \pm 3,4$ (min:15, max:35), toplam evlilik süresi ortalaması $31,3 \pm 6,7$ (min:2, max:45), toplam gebelik sayısı ortalaması $3,2 \pm 1,6$ 'dır (min:0, max:12).
- ✓ Kadınların %99,2'si çocuk sahibidir ve %48,4'ünün 2 çocuğu vardır.
- ✓ Kadınların %90,9'u menopoza girmiştir. Menopoz yaş ortalaması $45,7 \pm 3,9$ 'dur (min:33, mak:56).
- ✓ Kadınların %53,9'unun menopoza yönelik bilgisi mevcuttur. Bilgi kaynakları ise sırasıyla; %20,1'i doktor, %15,9'u ebe/hemşire, %5,5'i arkadaş, %4,7'si komşu ve akraba, %2,9'u televizyon/radyo, %2,6'sı kitap/dergi/gazete, %2,3'ü internettir.
- ✓ Kadınların %34,1'inin “eş” , %21,1'inin “çocuk”, %15,9'unun “doktor”, %10,7'sinin “arkadaş”, %4,9'unun “kardeş”, %2,3'ünün “hemşire” ile menopoz dönemine yönelik şikâyetlerini paylaştığı, %10,9'unun ise şikâyetlerini kimseyle paylaşmadığı bulunmuştur.
- ✓ Kadınların menopoz dönemi şikâyetlerinin eş, çocuk ve çevresindeki kişileri etkileyip etkilemediğine yönelik bilgileri incelendiğinde; kadınların %62,2'sinin eşi ile olan ilişkilerinin etkilenmediği, %75,3'ünün çocukları ile olan ilişkilerinin etkilenmediği, %87,8'inin de çevresindeki kişiler ile olan ilişkilerinin etkilenmediği saptanmıştır.

- ✓ Kadınların menopoz dönemini nasıl algıladıklarına yönelik bilgileri ile ilgili bulguların dağılımı incelendiğinde; kadınların %45,6'sının "Hem İyi Hem Kötü" %39,8'inin menopozu "Kötü", %14,6'sının "İyi", olarak algıladığı saptanmıştır. Kadınların %28,9'unun "Adet dönemi ağrı ve sıkıntılarından kurtuluş olduğu için", bu dönemi "İyi" olarak algıladığı, %78,1'inin ise "Vücutta değişiklikler olduğu için" bu dönemi "Kötü" olarak algıladıkları bulunmuştur.
- ✓ Kadınların sadece %9,6'sı menopoz şikâyetlerine yönelik bitkisel ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçlar; ıhlamur, adaçayı, melisa, civanperçemi, papatya, dereotu vs. olarak saptanmıştır.
- ✓ Yaş arttıkça ürogenital şikâyetler de artmıştır.
- ✓ Menopoz dönemini kötü algılayan kadınların menopoz yakınmaları daha fazladır.
- ✓ Kadınların ve eşlerinin eğitim seviyesi arttıkça algılanan sosyal desteğin de arttığı görülmüştür.
- ✓ Menopozun kadının aile ve sosyal yaşantısına etkisi ile menopoz semptomları arasındaki ilişki incelendiğinde; menopozun eş, çocuk ve çevre ile ilişkisini olumsuz etkilediğini düşünen kadınların menopozal semptomlarının daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- ✓ Menopoza karşı olumlu tutumu olan kadınların olumsuz tutumu olan kadınlara göre daha az menopozal yakınmalarının olduğu görülmüştür.
- ✓ Sosyal desteği olan kadınların menopozu doğal bir süreç olarak kabul ettiği, kadınsı özellikleri etkilemediğine inandığı, kendisini daha az anksiyeteli ve sinirli hissettiği, yaşama karşı ilgisini kaybetmediği ve menopoz döneminde olmaktan mutlu oldukları saptanmıştır ($p<0,05$).
- ✓ Kadınların algıladıkları sosyal destek arttıkça, menopoz semptomlarında ve özellikle de fiziksel ve psikolojik semptomlarda azalma olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda önerilerimiz şunlardır :

- ✓ Klimakterium döneminde kadınlara yapılacak sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinde kadınların bireysel ve sosyokültürel özellikleri dikkate alınmalı, kadınların bu dönemle ilgili beklentileri, değerleri, destek sistemleri ve şikâyetleri değerlendirilmelidir.

- ✓ Kadınlara verilecek olan eğitimlere kadına destek olabileceği düşünölen kişilerin de (eş, çocuk vs.) katılması sağlanmalıdır. Böylece kadınların menopoza karşı tutumlarının olumlu yönde etkileneceği, menopozal yakınmalarının azalacağı ve bu dönemi daha rahat geçirebilecekleri düşünölmektedir.
- ✓ Menopozal dönemdeki kadının, ailesinin ve sosyal çevresinin menopoz konusunda bilgilendirilmesinde; televizyon, radyo, gazete, broşür gibi yazılı ve görsel kaynakların etkin bir şekilde kullanılması sağlanabilir. Böylece, yaşamın doğal bir parçası olan menopoz konusunda toplumsal farkındalık oluşturulabilir.
- ✓ Kadınların yaşamlarının üçte birini klimakterik dönemde geçirdiği göz önüne alındığında; bu konuda bilgi almak isteyen kadınların başvurabilecekleri poliklinikler açılmalı ve bu polikliniklerde eğitimli hemşireler görevlendirilmelidir. Ayrıca, bu eğitimlere kadının istediği, kendisine destek olacağına inandığı bir kişinin de (eş, çocuk, arkadaş, akraba vs.) katılması sağlanabilir.
- ✓ Birinci basamak sağlık hizmeti verilen kurumlarda, klimakterik dönemdeki kadınlarla iç içe olan sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

9. KAYNAKLAR

Abay H, Kaplan S. Menopozal Dönem Yaşam Kalitesini Nasıl Etkiliyor. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 1-2-3: 1-23.

Akın D, Ceyhan E. Resmi ve Özel Genel Lise Örgencilerinin Ailelerinden, Arkadaşlarından ve Öğretmenlerinden Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Açısından Kendini Kabul Düzeylerinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Dergisi. 2005; 2: 69-88.

Aksakallı M, Çapık A, Apay SE, Pasinlioğlu T, Bayram S. Loğusaların Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012; 3(3): 129-135.

Aktaş A. Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastalar ve Bakım Verenleri: Bakım Alma ve Bakım Verme Sürecindeki Psikososyal Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici ve Temel Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. H. Ö. S. Berk).

Aktaş A, Sertel-Berk HÖ. Verilen Sosyal Destek Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri. Psikoloji Çalışmaları Dergisi. 2012; 32(2): 71-84.

Akyolcu N. Meme Kanserinde Cerrahi Girişim Sonrası Cinsel Yaşam. Meme Sağlığı Dergisi. 2008; 4(2) : 77-83.

Altınel T. Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum ve Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E. M. Şahin).

Altunbay D, Yurdakul M. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Baş etme Yöntemleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2009; 25(2) : 43-60.

Amanak K, Sevil Ü. Perimenopozal Dönemde Kontrasepsiyon. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4(1): 203-210.

Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Alternatif/ Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(4): 441-448.

Aras A, Tel H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi. 2009; 10: 63-68.

Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(2): 68-75.

Aslan E, Poçan GA, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T. Menopoz Sonrasındaki Cinsel Disfonksiyonun Hormonal Durum ve Sosyokültürel Faktörlerle Etkileşimi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2008; 5: 263-268.

Barnes LL, Mendes de Leon CF, Wilson RS, Bienias, JL, Evans DA. Social Resources and Cognitive Decline in a Population of Older African Americans and Whites. American Academy of Neurology. 2004; 63: 2322-2326.

Bayraktar R, Uçanok Z. Menapoza İlişkin Yakınmaların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. Aile ve Toplum. 2002; 2(5): 5-12.

Bloch A. Self-awareness During the Menopause. Maturitas. 2002; 41 (1): 61-68.

Bozkurt ÖD, Sevil Ü. Menopoz ve Cinsel Yaşam. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 3(4): 497-503.

Ceylan B, Özerdoğan N. Factors Affecting Age of Onset of Menopause and Determination of Quality of Life in Menopause. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society. 2015; 1: 43-49.

Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin. 1985; 98(2): 310-357.

Çeçen AR. Öğrencilerinin Cinsiyetlerine ve Anababa Tutum Algılarına Göre Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi. 2008; 6(3): 415-431.

Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 16-29.

Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 48-56.

Çelik AS, Pasinlioğlu T. Sıcak Basması İnanç Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Journal of Health Science and Profession. 2015; 2(3): 249-259.

Çetin ÖE, Eroğlu K. Menapoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015; 8(4): 219-225.

Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumluları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008; 22(6): 343-349.

DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment:A meta-analysis. Health Psychology. 2004; 2: 207-218.

Demirci H. Menopoz. İçinde: Karaca Saydam B, Eds. Olgularla Jinekolojik Hastalıklarda Bakım. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara; 2015, s: 200-208.

Dökmen ZY. Menopoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı. Türk Psikoloji Yazıları. 2009; 12(24): 41-55.

Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. Sources and Types of Social Support in Youth Physical Activity. Health Psychology. 2005; 24: 3-10.

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12(1): 17-25.

Elsenbruch S, Benson S, Rücke M. Social Support During Pregnancy: Effects on Maternal Depressive Symptoms, Smoking and Pregnancy Outcome. Human Reproduction. 2007; 22(3): 869–877.

Erbaş N, Demirel G. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarının ve Menopozal Tutumlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; (4): 220–225.

Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effect of Social Integration on Preserving Memory Function in a Nationally Representative US Elderly Population. American Journal of Public Health. 2008; 98: 1215–1220.

Engin E, Dülgerler Ő, Kavlak O, Ertem G. Menopoz Sonrasında Kendilik Algısı, Problem Çözme Becerileri ve Umutsuzluk. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006; 22 (1): 135-145.

Erdem Ö. Menapoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Prof. Dr. K. Eroğlu).

Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(4): 1095-1113.

Ergöl Ş. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Bakımlarına İlişkin Bilgi, Uygulama ve Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1999, Ankara (Danışman: Prof. Dr. K. Eroğlu).

Ertan N. Postmenapozal Dönem Kadınlarda Menapozal Semptomlar, Şiddeti Ve Etkileyen Faktörler. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Doç. Dr. A. Ş. Erenel).

Ertem G. Kadınların Menopoz Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010; 7(1): 469-483.

Fredman RR. Hot Flashes: Behavioral Treatments, Mechanisms and Relation to Sleep. The American Journal of Medicine. 2005; 118(12): 1245-1305.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 113.

Heitman LK. The Influence of Social Support on Cardiovascular Health in Families. Family & Community Health. 2006; 29(2): 131–142.

Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural Perspectives on Menopause. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2007; 21(2): 261-274.

İntepe İH. Premenopozal ve Postmenopozal Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. K. Savan).

İnceboz Ü, Demirci H, Özbaşaran F, Çoban A, Nehir S. Factors Affecting The Quality Of Life İn Climacteric Women In Manisa Region. Trakya Univ Tıp Fak Derg. 2010; 27(2): 111-116.

Görgel EB, Çakıroğlu FP. Menopoz Döneminde Kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara; 2007, s: 7-12.

Gümüş H. Evli Bireylerin Sosyal Destek Düzeyleri ile Yaşam Doyumları ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2015; 4(3): 150-163.

Gürkan ÖC. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2005; Mayıs-Haziran 30-35.

Kal H.E. Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Konya (Danışman: Doç. Dr. E. Ege).

Kang HJ, Ansbacher R, Hammoud MM. Use of Alternative and Complementary Medicine in Menopause. International Journal of Gynecology&Obstetrics. 2002; 79(3): 195-207.

Karataş Z. Ergenlerin Algılanan Sosyal Destek ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012; 9(19): 257-271.

Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2008; 11: 159-166.

Kartal A, Çetinkaya B. Yükseköğretim Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek Durumları ve Sosyal Desteği Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4(12): 3-20.

Kapdağlı D. Postmenopozal Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2009, Adana (Danışman: Prof. Dr. N. Bozdemir).

Kıroğlu F.G. Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Prof. Dr. A. Kasapoğlu).

Koç Z, Sağlam Z. Klimakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi. 2008; 4(15): 100–112.

Koçak DY, Kaya İG, Aslan E. Klimakterik Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Journal of Academic Research in Nursing (JAREN) Dergisi. 2017; 3(2): 66-72.

Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(2): 79–86.

Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social Support And Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. Psychosomatic Medicine. 2005; 67: 869-878.

Liu P, Lu Y, Recker R.R, Deng H, Dvornyk V. Alox12 Gene is Associated With The Onset of Natural Menopause in White Women. National Institutes of Health Public Access Author Manuscript. 2010; 17(1): 152-156.

Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(2): 71-76.

Okkonen E, Vanhanen H. Family Support, Living Alone and Subjective Health of a Patient in Connection with a Coronary Artery Bypass Surgery. *Heart & Lung*. 2006; 35(4): 234 –244.

Özbey S. Eşlerin Algıladıkları Sosyal Desteğin Ailenin Bazı Özellikleri ile İlişkisinin İncelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*. 2012; 13(1): 167-181.

Özcan H, Beji NK. Menopoz Döneminde Cinsellik. *Androloji Bülteni*. 2014; 16(58): 209-211.

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

Özkan S. Klimakteriyum ve menopoz. İçinde: Şirin A, Kavlak O, Eds. *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul; 2008, s: 234-258.

Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. Menopoz Sonrası Kadınların Öz Bakım Gücü ve Etki Eden Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 13(1): 35-43.

Özgür G, Nehir S, Çuhadar D. Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sosyal Destek Düzeylerini Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010; 26(1) : 25-38.

Öztürk S, Temel A.B, Ergül Ş. Kadınların ve Erkeklerin Menopoza İlişkin Görüşleri. *Aile ve Toplum: Eğitim, Kültür ve Araştırma Dergisi*. 2008; 4(14): 61-72.

Özyurt R. Postmenopozal Kadınlarda Mamografik Dansite ve Endometriyal Kalınlık Üzerine Hormon Replasman Tedavisinin Etkileri. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Doç.Dr. B. Boran).

Pınar ŞE, Yıldırım G, Aksoy ÖD, Cesur B. A Problem Peculiar to Women: Mental Health in Menopause. International Journal of Human Sciences. 2015; 12(2): 787-798.

Rahman S, Salehin F, Iqbal A. Menopausal Symptoms Assessment Among Middle Age Women in Kushtia, Bangladesh. BMC Research Notes. 2011; 4: 188.

Satman İ, Yumuk VD, Erem C, Bayram F, Bahçeci M, Araz M, Sönmez A, Peker Y, Küçükerdönmez Ö. Obezitenin tanımı, önemi ve epidemiyolojik veriler. İçinde: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu.1. Baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara; 2014, s: 11-19.

Sert G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H. Arslan).

Sever N. Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ü. Y. Oskay).

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 10. Baskı, Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2002, s:264.

Şahin NH. Klimakteryum Dönemi ve Menopoz. İçinde: Beji NK, eds. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul; 2015, s:135-141.

Şahin P. Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ve Öz Yeterlilik İle İlişkisinin İncelenmesi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. K. Aydın).

Şencan B. Lise Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi İle Sosyal Yetkinlik Beklentisi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Adana (Danışman: Prof. Dr. B. İnanç).

Şimşek D. Yatılı İlköğretim Bölge Okulu ve Ailesi Yanında Kalan İlköğretim Sekizinci Sınıf Öğrencilerinin Akran İlişkileri, Sosyal Destek Algıları ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Adana (Danışman: Prof. Dr. S. Güçray).

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. IX Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; 2009, s:572-578.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilgi Notu. Obezitenin Tespitinde Beden Kitle İndeksinin Kullanılması, URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-49232/h/bkiwebbilginotu.doc>, Erişim Tarihi: 25.04.2016

Timur S, Şahin NH. Menopoz ve Uyku. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 3(3): 61-67.

Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menapozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Erci).

Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Temel Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004; 1: 1-13.

Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk Kadınlarında Menopoz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004; 1; 1-11.

Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi. 2003; 6(3): 77-90.

Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 7(2): 48-58.

TortumluoğluG, Pasinlioğlu T. Klimakterik Yakınması Olan Kadınların Alternatif Tedavi Yöntemlerini Uygulama Durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003; 6(3): 64-76.

Tunç N. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi, Yakınma Ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. Duran).

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2016a. Temel İstatistikler, Hayat Tabloları 2013-2015, Sayı:21509, file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Hayat_Tablolar%C4%B1_06.10.2016%20(2).pdf, Erişim Tarihi: 10.08.2017.

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2016b. Temel İstatistikler, Nüfus İstatistikleri, Yıllara Göre İl Nüfusları 2000-2016, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, Erişim Tarihi: 10.08.2017.

Thrasher JF, Campbell MK, Oates V. Behavior-Specific Social Support for Healthy Behaviors Among African American Church Members: Applying Optimal Matching Theory. *Health Education Behavior*. 2004; 31: 193-205.

Uçan Ö, Taşcı S, Ovayolu N. Osteoporozda Risk Faktörleri ve Korunmanın Önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(6): 73-85.

Uludağ A, Güngör ANÇ, Gencer M, Şahin EM, Coşar E. Kadınların Hayatındaki Başka Bir Dönem: Menopoz ve Menopozun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014; 18(1): 25-30.

Ulusoy MN, Kukulcu K. Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz ile İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 2(2): 206-213.

Uzun R. Cerrahi Menopozun Kadınlara Etkisinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Denizli (Danışman: Prof. Dr. N. Yağcı).

Ünsar S, Sadırlı SK, Demir M. Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2009; 1(1): 17-29.

Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve Cerrahi Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2005; 8: 109-115.

Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik Belirtiler ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. *New Symposium Journal*. 2006; 44(4): 182-188.

Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak Ş. Relationship Between Women's Attitude Towards Menopause and Quality of Life. *Climacteric*. 2012; 15: 552-562.

Yetkin İ, Erdoğan M, Bayraktar M, Çakır N, Güven GS, Kaya A, Yıldız BO, Sunay D, Kocadağ S, Gökçe Y, Subaşı AA. Yetişkinlikte obezite. İçinde: Barışkın E, Ersoy G, Görpelioğlu S, Karaoğlu L, Kılıç BG, Köksal G, Pekcan G, Yalçın SS, Yetkin İ, Zergeroğlu AM, eds. Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite ile Mücadele El Kitabı. Anıl Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara; 2013, s: 19-31.

Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1997; 13: 81-87.

Yıldırım İ. Depresyonun Yordayıcısı Olarak Sınav Kaygısı, Gündelik Sıkıntılar ve Sosyal Destek. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004; 27: 241-250.

Yılmaz E, Özkan S. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2009; 25(2) : 73-88.

Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007; 21(5): 187-193.

Yüncü Z, Yıldız U, Kesebir S, Altıntoprak E, Coşkunol H. Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Olguların Sosyal Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi. 2005; 6(3): 129-135.

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

10.EKLER

Ek-I: Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Soru Formu

1) Yaşınız:

2) Boyunuz:/ cm

3) Kilonuz:/ kg

4) Eğitim Durumunuz?

1) okur-yazar

2) ilkokul mezunu

3) ortaokul mezunu

4) lise ve dengi okul mezunu

5) yüksekokul/fakülte mezunu

6) okur-yazar değil

5) Çalışıyor musunuz?

1) Evet

2) Hayır

3) Emekli

6) Çalışıyorsanız çalışma süreniz:yıl

7) Ailenin toplam aylık geliri:

1) gelir giderden fazla

2) gelir gidere denk

3) gelir giderden az

8) Medeni durumunuz:

1) Evli

2) Bekâr

3) Boşanmış

4) Dul (eşi ölmüş)

9) Eşinizin eğitim durumu nedir?

1) okur-yazar

2) ilkokul mezunu

3) ortaokul mezunu

4) lise ve dengi okul mezunu

5) yüksekokul/fakülte mezunu

6) okur-yazar değil

10) Evlenme yaşı:

11) Toplam evlilik süresi:

12) Toplam gebelik sayısı:

13) Çocuğunuz var mı?

- 1) Evet (Cevabınız evet ise sayısı:.....) 2) Hayır

14) Ailenizde sizin bakımınıza muhtaç kimse var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

15) Bakıma muhtaç birey varsa kaç kişi?:

16) Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Elişi yaparak
2) İbadet ederek
3) Sosyal aktivitelere katılarak (ev gezmeleri, alış-veriş, kitap dergi vs okuyarak)
4) Hiçbir şey yapmadan
5) Diğer.....

17) En son ne zaman adet gördünüz?

18) Adet görmüyorsanız kaç yaşında menopoza girdiniz?:

19) Menapoz dönemine yönelik bilgi aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

20) Menapoz dönemine yönelik bilgi aldıysanız kimden/kimlerden bilgi aldınız?

- 1) Ebe/hemşire
2) Doktor
3) Komşu ve akraba
4) Televizyon/radyo
5) İnternet
6) Arkadaş
7) Kitap/dergi/gazete
8) Diğer.....

21) Bu bilgiyi sağlık çalışanlarından aldıysanız yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

22) Cevabınız hayırsa neden?

.....

23) Menapozla ilişkili olarak yaşadığınız şikayetlerinizi kiminle paylaşmak istersiniz?

.....

Ek-II: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Sevgili hanımlar; menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetlerinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.					
	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
YAKINMALAR	----- ----- ----- -----				
Puanlar =	0	1	2	3	4
1. Sıcak Basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, terleme, çarpıntı hissi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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"/>
4. 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"/>
5. Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşimde zorlanma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-III: Kadınların Menopoza Bakış Açısı Soru Formu

Aşağıdaki ifadeleri okuyun size uygun olan şıkkı işaretleyin.

1. Menopoz tedavi edilmelidir

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

2. Menopoz kadın hayatında doğal karşılanması gereken bir yaşam olayıdır

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

3. Menopoz yaşlanmanın bir işaretidir

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

4. Menopoza girmek kadının toplumda ve ailede statüsünü yükseltir

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

5. Menopozla birlikte adet/regl/kanamasının kesilmesi kadının sağlığını olumsuz etkiler

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

6. Menopoz döneminde kadın eşi ile daha az cinsel ilişkide bulunur

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

7. Menopoz kadının çekiciliğinin kaybına yol açar

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

8. Menopoz döneminde bir kadın kendini daha az kadınsı hisseder

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

9. Menopoz döneminde birçok kadın kendini anksiyeteli veya sinirli hisseder

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

10. Menopoz kadının ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırdığı bir dönemdir

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

11. Menopoz döneminde birçok kadın yaşama karşı ilgisini kaybeder

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

12. Menopoz döneminde birçok kadın aklını kaybetmekten korkar

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

13. Kadının üretkenliği (verimliliği) menopoz döneminde azalır

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

14. Kadın menopoza girince daha önceki yıllarda olduğu gibi yoğun çalışamaz

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

15. Menopoz döneminde olmaktan mutluyum

a) katılmıyorum b)kısmen katılıyorum c)katılıyorum

EK-IV: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin karşısında cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin karşısındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
11. Kararlarımı vermemde ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet

EK-V: Aydınlatılmış Onam Formu

CALIŞMANIN ADI : (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Kadınlarda Üreme Fonksiyonlarının Azalması/Bitmesi (45 yaş) ile Yaşlılık (65 yaş) Dönemi Arasında Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum ve Yakınlıklar Üzerine Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Menopoz, kadının yaşam süreci göz önüne alındığında doğal dönemlerden biridir. Birey toplum içinde doğar, toplum içinde gelişir ve büyür. Bu süreç içerisinde çeşitli durumlarla karşılaşır ve bu durumlarla baş etmeye çalışır. Hoş ve hoş olmayan duyguların (sıkıntılarının, üzüntülerinin, kaygılarının, korkularının ve sevinçlerin vb.) yaşanması her bireyde farklı şekillerde gelişmesine rağmen kişilerin bu durumlarda yanlarında destek sistemlerinin olması başa çıkma mücadelelerinde onlara katkı sağlar. Birey toplumsal bir varlık olmasından kaynaklanan ve bu durumdan doğan bir destek ağı içerisinde olmak ister. Bu ağ bireyin iyi olma durumunu etkiler. Bu araştırmanın temel amacı, menopoz döneminden yaşlılık dönemine kadar devam eden yaşam sürecinde kadınların algıladıkları sosyal destek ile menopoza karşı tutumları ve menopozal şikâyetleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca, sosyo-demografik

değişkenlerin menopozal yakınmalar, menopoza ilişkin tutum ve kadınların algıladıkları sosyal destek üzerine etkisi de araştırılacaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir. Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Anketimiz 69 sorudan oluşmaktadır. Sorular araştırmacı Dilek KÖKKAYA tarafından sizlere sorulacaktır. Çalışmayı kabul etmeniz durumunda, hazırladığımız anket soruları sizlere sorularak verdiğiniz cevaplar kaydedilecektir. Yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmada algılanan sosyal desteğin menopozal yakınmalar ve kadının menopoza karşı tutumu arasındaki ilişki incelenecektir ve kadın için çok önemli olan ve yaşamının yaklaşık 1/3'ünü bu dönemde geçiren kadınların yakınmalarla baş etmesine ve menopoza karşı olumlu tutum geliştirmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu alanda yapılan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Adınız, soyadınız, adresiniz gibi bilgiler hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Araştırma için elde ettiğimiz diğer sonuçlar ileride yayın yapılmak amacıyla kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Hemşire Dilek KÖKKAYA

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartışım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-VI: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU

Toplantı Tarihi: 14.05.2015

Toplantı Sayısı: 13 Karar Sayısı: 29

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

ALINAN KARARLAR

Karar 11- Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Dilek KÖKKAYA'nın, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum ve Yakınlıklar Üzerine Etkisi" başlıklı tez konusunun kabulüne **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür	
Yrd. Doç. Dr. Süheyla RAHMAN	Müdür Yardımcısı	
Yrd. Doç. Dr. Şebnem ŞENOL	Müdür Yardımcısı	
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye	
Doç. Dr. Mehmet GÖRAL	Üye	
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye	
Özcan GERÇEKER	Raportör	

1



Prof. Dr. A. AKTAŞ	Yrd. Doç. Dr. S. RAHMAN	Yrd. Doç. Dr. Ş.ŞENOL	Doç. Dr. M. GÖRAL	Prof. Dr. N. KUTLU	Doç. Dr. S. ÇINAR PAKYÜZ	Raportör Ö. GERÇEKER
Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf

EK-VII: Celal Bayar Üniversitesi Yerel Etik Kurulu Onayı

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	10 / 06 / 2015 / 20478486 - 239				
ARAŞTIRMANIN ADI	Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum ve Yakınlıklar Üzerine Etkisi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ - C.B.Ü. Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire (Yükseklisans Öğrencisi) Dilek Kökkaya				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	05 / 05 / 2015 / 178 – Tarih ve sayılı Araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası görüşülmüş, Bilimsel ve etik açıdan oy birliği ile UYGUN bulunmuştur.				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-----	-----	<input type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan					

EK-VIII: Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 22/03/2016-E.13662



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 61804347-100
Konu : Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ

İlgi : 21/03/2016 tarihli ve Bİla sayılı yazı.

Danışmanlığını yürütmekte olduğunuz Dilek Kökkaya'nın "Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Menapozal Tutum ve Yakınmalar Üzerine Etkisi" konulu tezinin hastanemize herhangi bir nedenle gelen, polikliniklerde muayene ve kontrol için bekleyen refakatçi, ziyaretçi vb. 45-65 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadınlarla yapılması Bilimsel Etik Kurul onayları alındığı için Başhekimliğimizce de uygun görülmüştür.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Emin KURT
Başhekim



Evrakı Doğrulamak İçin : <https://app-ebys.cbu.edu.tr/enVision/Dogrula/NNN19>

Adres Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 4444228 Faks:(0 236) 2338040
E-Posta:bashekimlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://hastane.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Seval Özbalcı
Unvanı: Ayniyat Saymanı
Tel No: 1027



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK-IX: Turnitin Orjinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Menopozal Tutum ve Yakınlıklar Üzerine Etkisi

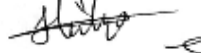
Tezime ilişkin 07/02/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %27'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

14.02.2018

Adı Soyadı :Dilek KÖKKAYA
Öğrenci No :3113100023
Anabilim Dalı :Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı
Programı :Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Yrd.Doç.Dr. Hülya DEMİRCİ



Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örneğe içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihinde tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Dilek	Soyadı	KÖKKAYA
Doğum Yeri	MANİSA	Doğum Tarihi	05.01.1985
Uyruğu	T.C	Tel	0(546) 438 58 84
E-mail	dilek_kkkaya@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2007
Lise	Dündar Çiloğlu Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	Fresenius Medical Care Diyaliz Merkezi	2007-2011
Hemşire	Celal Bayar Üniversitesi Cerrahi Yoğun Bakım	2011-2013
Hemşire	Celal Bayar Üniversitesi Diyaliz Ünitesi	2013-devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu*								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	55							

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Office	İyi
SPSS	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.