

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**

**ESKİŞEHİR TEPEBAŞI İLÇESİNDE YAŞAYAN 40- 59 YAŞ
GRUBU KADINLARDA MENOPOZAL SEMPTOMLAR VE
YAŞAM KALİTESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURCU CEYLAN

DANIŐMAN

Yrd. Doç. Dr. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

HAZİRAN 2010

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**

**ESKİŞEHİR TEPEBAŞI İLÇESİNDE YAŞAYAN 40- 59 YAŞ
GRUBU KADINLARDA MENOPOZAL SEMPTOMLAR VE
YAŞAM KALİTESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURCU CEYLAN

DANIŐMAN


Yrd. Doç. Dr. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

HAZİRAN 2010

KABUL VE ONAY SAYFASI

Burcu CEYLAN Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “Eskişehir’de Yaşayan 40-59 Yaş Arası Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi” başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “KABUL” kararı verilmiştir.

28.06.2010


Prof. Dr. Başar TEKİN
JÜRİ BAŞKANI

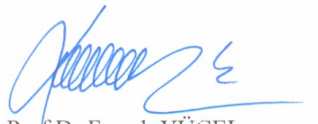

Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU
ÜYE


Doç. Dr. Didem ARSLANTAŞ
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. F. Deniz SAYINER
ÜYE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
.....02.07.2010..... tarih ve837/3871..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ferruh YÜCEL
Sağ. Bil. Enst. Müdürü

ÖZET

Bu araştırma, 40–59 yaş grubu kadınlarda menopozal yakınmaları ve bu yakınmaların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanan, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Çalışmamızın evrenini, Eskişehir ili Büyükşehir Belediyesine bağlı Tepebaşı ilçesi'nde ikamet etmekte olan 40–59 yaş arası 30.580 kadın oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; incelenen olayın görülme sıklığı bilinmediği için p değeri 0,50 alınarak; örneklem büyüklüğü $\pm 0,03$ 'lük sapmayla 1030 olarak saptandı. Evreni temsil etmesi amacıyla tabakalı örnekleme yapılarak, ilçede bulunan toplam 43 mahalleden nüfus oranlarına göre örnekleme alınacak birey sayıları tespit edildi. Araştırma verilerinin toplanacağı sokaklar, o mahalle için belirlenen örneklem sayısı göz önüne alınarak tespit edildi. Buna göre mahallelerden her yirmi kişi için bir sokak belirlendi. Menopozal semptomlarla ilgili sağlıklı veri elde etmek için cerrahi olarak menopoza girenler, gebe veya emziriyor olanlar, hormon tedavisi alan (hormonal kontrasepsiyon ve Hormon Replasman Tedavisi) veya son 6 ay süresince herhangi bir (tiroid hastalıklarında kullanılan hormon tedavisi gibi) hormon tedavisi almış olan kadınlar çalışma dışında bırakıldı. Bu kriterler ve çalışmaya katılmak istemeyenler göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamız 874 kadın ile tamamlandı.

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından, literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen sosyo-demografik ve menopozal özelliklerini sorgulayan bir anket formu ile SF–36 genel yaşam kalitesi ölçeği ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Bu veri toplama araçları, ev ziyaretlerinde kadınlara araştırmacıyı ve çalışmayı kısaca tanıtan bilgilendirilmiş onay formu okunup sözlü onayları alındıktan sonra dolduruldu. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Elde edilen veriler; Student t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Tukey HSD Testi, Pearson Korelasyon ve Chi-Square testleri kullanılarak analiz edildi.

Bulgularımızda; kadınların yaş ortalaması 48.58 ± 5.61 , menopoz yaşı ortalaması 46.4 ± 4.4 , ortalama doğum sayısı $2,53 \pm 1,37$ ve ortalama menopoz süreleri ise 6.34 ± 4.35 yıl olarak bulunmuş olup %47.14'ünün postmenopozal grupta olduğu saptandı. Kadınların %56,8'inin ilkokul mezunu, %84,4'ünün evli, %80,9'unun ev hanımı olduğu, %62,9'unun kronik bir hastalığının bulunmadığı, %79,2'sinin egzersiz

yapmadığı ve %30.6'sının obez olduğu tespit edildi. Sigara kullanma oranı ise %28,7 olup, günlük içilen ortalama sigara sayısı 12,66±7,77 olarak saptandı.

Menopozal semptomların yaşanma sıklığı tüm menopozal gruplar göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; en çok görülen semptomlar %79'luk oranla kas ve eklemlerde ağrı ile yorgun ve yıpranmış hissetme, %78 bel ağrısı ve %76 baş ve boyun arkasında ağrılar olup en az sıklıkta yaşanan semptom ise %28'lik oranla yüz tüylerinde artma olarak tespit edildi. MÖYKÖ'nin her bir alt alan puan ortalamaları; vazomotor alan için 5.25±5.5, psikososyal alan için 20.72±11.55, fiziksel alan için 29.48±19.16 ve cinsel alan için ise 6.12±6.72 olarak belirlendi. MÖYKÖ puanları, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim, evlilik memnuniyeti, hane gelir algısı, gebelik ve doğum sayısı, VKİ, sigara, egzersiz, kronik hastalık varlığı ve menopozal durumlarına göre önemli oranda farklıydı. 40-44 yaş aralığındaki kadınlar (p<0.001), fakülte/yüksekokul mezunları (p<0.001), memurlar (p<0.01), bekarlar (p<0.01), evlilik hayatından memnun olanlar (p<0.001), gelirleri giderlerini karşılayanlar (p<0.001), hiç gebe kalmamış veya hiç doğum yapmamış olanlar (p<0.001), kronik hastalığı olmayanlar (p<0.001), normal kiloda olanlar (p<0.01), sigara içenler (p<0.05), egzersiz yapanlar (p<0.001) ve premenopozal dönemde olan kadınlar (p<0.001) daha düşük puan ortalamalarına dolayısıyla da daha iyi yaşam kalitelerine sahiptiler.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde; ileri yaş, düşük eğitim seviyesi, kötü sosyoekonomik düzey, artan düzensiz siklus ve menopoz süresi, evlilik memnuniyetsizliği, egzersiz yapmama ve postmenopozal dönemde olma menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini kötü yönde etkilemekteydi (p<0.001). Sigara kullanımı, obezite ve kronik hastalık varlığının da yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu saptandı (p<0.01).

Klimakterik dönemdeki kadınlarda, menopozal dönemler arasında yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği dönem postmenopozal dönemdir. Çalışma bulgularımıza göre yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği alanlar, fiziksel ve psikososyal alanlardı. Menopozal kadınlarda en yaygın görülen semptomlar; kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış hissetme, bel ağrısı ile baş ve boyun arkasında ağrılarıdır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SUMMARY

This is a descriptive and cross-sectional type of investigation which is planned to identify menopausal complaints of woman aged between 40-59 and effects of these complaints to life quality.

The universe of this research consisted of living Tepebaşı district in Eskişehir and age between 40-59 years, 30.580 menopausal women. The sample of largeness to determined as 1052, with $\pm 3\%$ deviation and $p:0.05$ accepted for to investigate event is unknown to be seen frequency. With the aim of representing of the universe, by doing stratified sampling the number of person taken as sampling were determined according to 43 street's population rate. The streets which will be collected research data were determined by considering the number of samples. According to this, a street was determined for every twenty people in the neighborhoods. Women who were surgical menopause, pregnant, breast-feeding, users of hormone therapy (hormonal contraception, hormonal replacement therapy), receiving any kind of hormone therapy in the preceding 6 months or with thyroid or adrenal illness were all excluded from the data analysis. When these criterias and those who don't want to participate in the study were taken into consideration, our research was completed with 874 women.

In the collection of data; "Participant Information Form" - questionizes socio-demographic, gynecologic and menopausal characteristics- developed in accordance with literature knowledge, SF-36 general quality of life scale and Menopause-Specific Quality of Life Scale was used. This study was approved by Eskişehir Osmangazi University Medicine Faculty Ethics Committee and each subject gave a written informed consent. These data collection tools were filled after an acceptance form which introduces the study and the researcher to the women shortly at home visits. The evaluation of data was done on the computer by using SPSS 15.0 package program. The data obtained was analyzed by using One-way ANOVA, Tukey HSD Test, Pearson Correlation and Chi-Square tests.

In our findings ; the average age of women is 48.58 ± 5.61 , average age of menopause is 46.4 ± 4.4 , average number of birth is $2,53 \pm 1,37$, the mean duration of menopause is 6.34 ± 4.35 years and It is determined that $\%47.14$ of these are in the postmenopausal group . It was ascertained that $\%56,8$ of women are primary school

graduates, %84,4 are married , %62.9 of them haven't got a chronic disease, %79.2 don't do any exercises and %30.6 are obese. The rate of smoking is %28,7 and the average number of cigarettes smoked per day was determined as $12,66 \pm 7,77$.

When the frequency of menopausal symptoms experienced are evaluated considering the all menopausal groups, the rate of the most common symptoms are aching in muscles and joints, and feeling tired or worn out ,%78 are low backache and %76 are aches in back of neck or head. And it was determined that the most uncommon symptom is an increased facial hair with the rate of %28. Mean scores for each domain were: for vasomotor domain, 5.25 ± 5.5 ; for psychosocial domain, 20.72 ± 11.55 ; for physical domain, 29.48 ± 19.16 ; for sexual domain, 6.12 ± 6.72 . There were significant differences in the MENQOL mean scores by age, marital status, education, marriage satisfaction, occupation, house income perception, number of pregnancy and birth, smoking, exercise, BMI, being chronic disease and menopausal period. Women aged 40-44 years ($p < 0.001$), graduate faculty/high school ($p < 0.001$), employee ($p < 0.01$), singles ($p < 0.01$), pleased with marriage life ($p < 0.001$), incomes to cover in expenses ($p < 0.001$), who had never pregnancy and birth ($p < 0.001$), haven't chronic disease ($p < 0.001$), who exercised ($p < 0.001$), smoking ($p < 0.05$), normal weight interval ($p < 0.01$) and premenopausal period ($p < 0.001$) women had significantly lower scores indicating better quality of life. In the SF-36 Quality of Life Scale; older age, low education level, poor socio-economic level, increasing irregular menstrual cycles and menopause length, marital dissatisfaction, not doing exercise and being in the postmenopausal period affected badly the quality of life of the women in the menopausal period ($p < 0.001$). It was found that smoking, obesity and existence of chronic diseases have negative impact on quality of life, too ($p < 0.01$).

Women in Climacteric period, among the menopausal periods postmenopausal period is the most effective period which effects the quality of life. According to our study findings the most affected areas by the quality of life were physical and psychosocial areas. The most common symptoms in menopausal women, aching in muscles and joints, feeling tired or worn, low backache and aches in back of neck or head.

Key Words: Menopause, Menopause-Specific Quality Of Life Scale, The SF-36 Quality Of Life Scale

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kadın Sağlığı	4
2.2. Menopoz, Tanımı Ve Terminolojisi	7
2.3. Menopozun Tarihçesi	10
2.4. Reprodüktif Yaşlanma Ve Menopozun Endokrinolojisi	13
2.5. Menopozu Etkileyen Faktörler	18
2.6. Menopozun Farklı Kültürlerdeki Yeri	20
2.7. Menopozda Görülen Semptomlar	23
2.7.1. Östrojen Eksikliğinin Kısa Dönem Etkileri	24
2.7.2. Östrojen Eksikliğinin Uzun Dönem Etkileri	30
2.8. Menopoz Ve Yaşam Kalitesi	34
2.9. Menopozda Hemşirelik Yaklaşımı	38
3. GEREÇ ve YÖNTEM	41
3.1. Araştırmanın Tipi	41
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	41
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	42
3.4. Verilerin Toplanması	45
3.4.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar	45
3.4.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	51
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	51
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	51
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	52

4. BULGULAR	53
4.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikleri, Genel Sağlık Durumu Ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	54
4.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza Yönelik Bilgi Ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular	60
4.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikler, Genel Sağlık Durumu Ve Alışkanlıklarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	62
4.4. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikler, Genel Sağlık Durumu Ve Alışkanlıkları İle Menopoza Yönelik Bilgi ve Düşüncelerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	84
4.5. Klimakterik Dönemde Menopozal Semptomların Yaşanma Sıklığına Ait Bulgular	95
5. TARTIŞMA	97
5.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikleri, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	97
5.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza Yönelik Bilgi ve Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması	103
5.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikler, Genel Sağlık Durumu Ve Alışkanlıklarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması	105
5.4. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikler, Genel Sağlık Durumu Ve Alışkanlıkları İle Menopoza Yönelik Bilgi Ve Düşüncelerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması	110

5.5. Klimakterik Dönemde Menopozal Semptomların Yaşanma Sıklığına Ait Bulguların Tartışılması	117
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	121
6.1. Sonuçlar	121
6.2. Öneriler	126
7. KAYNAKLAR DİZİNİ	127
8. EKLER DİZİNİ	140
EK 1:	140
EK 2:	144
EK 3:	147
EK 4:	149
EK 5:	151
9. ÖZGEÇMİŞ	156

ŞEKİLLER ve TABLOLAR DİZİNİ	Sayfa
Şekil 1. Kadın yaşamı dönemleri	6
Şekil 2. Klimakterik Dönem Şeması	8
Şekil 3. Yaşa bağlı primordial folikül azalması	14
Şekil 4. Perimenopozal dönemdeki hormonal değişiklikler	14
Şekil 5. Postmenopozal kadınların hipofiz ve steroid hormon seviyelerinin premenopozal kadınlarla karşılaştırılması	17
Tablo 1. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların cinsiyeti nedeniyle yaşamları boyunca karşılaştığı riskler	5
Tablo 2. STRAW Evreleme Sistemi	10
Tablo 3. Menopozla ilgili ortaya çıkan kısa ve uzun dönem semptomları ve diğer sorunlar	24
Tablo 4. Menopozla Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden En Sık Kullanılanlar	37
Tablo 5. Nüfus oranlarına göre Tepebaşı ilçesindeki mahallelerden alınacak örnek sayıları ve mahallelere girilen sokaklar	43
Tablo 6. SF-36'nın Her bir Alt Başlığının Son Puanlaması ve Değerlendirilmesi	49
Tablo 4.1.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 4.1.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	57
Tablo 4.1.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	59
Tablo 4.2.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Döneme Yönelik Bilgi Alma, Bilginin Alındığı Kaynak, Dönemi Algılama Biçimlerinin Dağılımı	61
Tablo 4.3.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Vücut Kitle İndeksine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	63
Tablo 4.3.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Adet Düzenine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	64
Tablo 4.3.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Öğrenim Düzeyine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	67

Tablo 4.3.4. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Hane Gelir Algılarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	70
Tablo 4.3.5. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Evlilik Memnuniyetine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	74
Tablo 4.3.6. Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Kronik Hastalık Varlığına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	76
Tablo 4.3.7. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	77
Tablo 4.3.8. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sigara Kullanımına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	78
Tablo 4.3.9. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Bir Günde İçtikleri Sigara Miktarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	79
Tablo 4.3.10. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Dönemlerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	82
Tablo 4.3.11. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoz Süreleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon	83
Tablo 4.4.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	87
Tablo 4.4.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	90
Tablo 4.4.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre MÖYKÖ puan ortalamalarının Dağılımı	92
Tablo 4.4.4. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza Yönelik Algı ve Bilgilerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	93
Tablo 4.4.5. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Dönemlerine Göre MÖYKÖ puan ortalamalarının Dağılımı	94
Tablo 4.5.1. Menopoz Semptomlarının Tüm Gruplarda Yaşanma Oranları	96

KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS: Acquired immundeficiency syndrome

CYBE: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

E1: Östron

E2: Östradiol

SHBG: Seks Hormonu Bağlayıcı Globulin

DHEA: Dehidroepiandrosteron

DHEAS: Dehidroepiandrosteron Sülfat

FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon

LH: Lüteinize Edici Hormon

GH: Growth Hormon

GnRH: Gonadotropin Relasing Hormon

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

SF-36: Short Form-36/Kısa form-36

MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

X: Aritmetik Ortalama

SS: Standart Sapma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam sürecinde her insan bazı fiziksel, biyolojik ve psikolojik farklılıklar içeren belli kritik dönemlerden geçerek sürekli gelişme gösterir. İnsan yaşamı, doğum öncesi dönem, ilk bebeklik yılları, okul öncesi dönem, ergenlik dönemi, gençlik dönemi, orta yaşlılık ve yaşlılık dönemlerini geçerek ayrı ayrı gelişmelere tanıklık eder. Her bir dönem bir sonraki dönemin verimini etkileyecek birikimler sağlar. Kadınlar da tüm yaşam evrelerinin farklı gelişimsel süreçlerinde kadın cinsiyetine özgü belli bazı biyolojik ve psikolojik deneyimler yaşarlar. Menarş, gebelik, doğum ve menopoz, kadın kimliği açısından en önemli dönemlerdir (140, 181).

Orta yaş dönemi kadınlar için, evrensel bir geçiş dönemi olan menopoz, overlerin foliküler aktivitesinin kaybı ile menstruasyonun kalıcı olarak sona ermesidir. Kadın yaşamında üreme çağı sonrası ile yaşlılık dönemi başlangıcı arasında yer alan menopoz fizyolojik bir süreç olmasının yanı sıra, yol açabileceği sonuçlar açısından da önemli bir dönüm noktasıdır (14, 82, 115). Menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesinden yaklaşık 10 yıl kadar önce over fonksiyonlarının azalmaya başlaması ve ardından menopoz, ilerleyici doku atrofileri ve yaşlanmanın ortaya çıkacağı uzun geçiş dönemi, menopozdan ayrı bir tanımlamayla klimakterium olarak adlandırılır (139). Klimakterium; kadın yaşamının reproduktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan overlerdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir dönemdir. Bu dönem premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopozal dönemi içine alan ortalama 40–65 yaş dönemini kapsayan bir geçiş dönemidir (64, 178).

Klimakterik dönemde, östrojen üretiminin azalmasına bağlı olarak kadınlarda birtakım değişiklikler olur ve bu değişiklikler döneme özgü belirtiler olarak kendini gösterir. Ani östrojen eksikliğine bağlı olarak özellikle östrojen reseptörü içeren pelvik ve ekstrapelvik dokularda fonksiyonel, metabolik ve organik değişimler meydana gelir. Bu değişiklikler; menstrual kanama paterninin bozulması, vazomotor ve psikolojik semptomlar ile atrofik değişiklikler, uzun süreli östrojen eksikliğine bağlı geç dönemlerde ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilen kalıcı sistem değişimleri

(kardiyovasküler sistem ve kemik dokusuna ait değişimler) ile nörolojik sistem değişiklikleri (Alzheimer, Demans) olarak karşımıza çıkmaktadır (82, 113, 197).

Bugün 6.8 milyar olan dünya nüfusunun, 1 milyar 200 milyonunu menopozal dönemdeki kadınlar oluşturmaktadır (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2010). Kadınlar yaşamlarının 1/3'ni klimakterik dönem ve bu döneme özgü yakınmalarla geçirmektedirler. Türkiye İstatistik Kurumu 2008 yılı nüfus sayımı verilerine göre 40–59 yaş arasındaki kadın nüfusu 7.746.542 olup, bu nüfus menopozal dönem semptomları yaşamakta ya da postmenopozal dönem değişikliklerden etkilenmektedir. Menopozal kadın popülasyonunun büyüklüğü ve bu dönemde kadınların yaşadıkları sıkıntılar göz önüne alınacak olursa menopoz önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (31, 32).

Dünyanın hızlı gelişimine paralel olarak, kadınların sorunları artmakta ve eğitim gereksinimleri çeşitlenmekte, sağlıklı yaşama olanakları genişlemektedir. Bilim ve teknolojinin gelişimi, toplumsal ve kültürel değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. (72). Menopoza girme yaşı, şikâyetler, tedavi, sonuçları, menopoz öncesi ve sonrası yapılması gerekenler, menopozda beslenme gibi pek çok konuda ne yazık ki toplumun genelinde yeterli bilinç düzeyinin olmadığı bilinmektedir (72). Menopoz konusunda hemşireler tarafından kadınlara verilecek eğitim, onların menopoz dönemini sağlıklı geçirebilmelerini ve sosyal hayata uyum yapmalarını sağlayacaktır. Bu konuda menopozal dönemdeki kadınların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi; hatalı alışkanlıkların ve tutumların değişmesine, kadının ve çevresinin dönemselsel olarak kendisini algılayış biçiminin farklılaşmasına, evliliklerin huzurlu devamlılığına yarar sağlayarak eğitimlerinin plan ve uygulamalarına yön verecektir.

Menopozal yakınmalar ve menopoza bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (32, 109, 135, 189). Menopozal dönemdeki yaşam kalitesi; kadının, menopoz ile birlikte meydana gelen değişiklikler ve şikâyetler ile ne derece baş edebildiği ve bu geçiş döneminde kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bu da genel sağlık durumunu yakından ilgilendiren temel süreçlerdendir (112). Ülkemizde son yıllarda

yaşam kalitesi çalışmalarının önemi anlaşılmıştır. Ancak menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini belirleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu saptamadan yola çıkılarak çalışmamız; Eskişehir Tepebaşı ilçesinde ikamet etmekte olan 40–59 yaş arası kadınların menopozal semptomlarını ve menopozun yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır. Menopozun kadınların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin bilinmesi, daha nitelikli sağlık hizmeti sunulması ve kadınların yaşam standartlarının yükseltilmesi için gereklidir.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. KADIN SAĞLIĞI

Kadının üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları kadın sağlığını özel kılmaktadır. 6.8 milyar olan dünya nüfusunun en az yarısını kadınlar oluşturmaktadır (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2010). Kadın sağlığının durumunu incelerken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'lerde yaptığı ve halen bütün dünyanın kabul ettiği "Sağlık" tanımı yol göstericidir. Bu tanımda; "sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halinde olması" şeklinde ifade edilmektedir. Bu tanıma göre kadın sağlığını, hastalık ve sakatlık yönünden olduğu kadar, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin olup olmaması ve bütün bu "tam iyilik halini" etkileyen faktörler yönünden de incelemek ve tanımlamak gerekmektedir (4). Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim düzeyi, ekonomik özgürlüğü veya sosyal bazı imkânların kullanılmasında etkili olan toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, ailede ve toplumda kadının yeri de "Sağlık" kavramı ve tanımı içerisinde incelenmesi gereken konulardır. Ayrıca; kadının genel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin varlığı ve yaygınlığı, ulaşılabilirliği, niteliği ve kullanımı da kadın sağlığını etkileyen önemli konulardır (4).

Kadın ve erkeğin biyolojik farklılığı onların farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmalarının temelini oluşturmaktadır. Kadın fizyolojisine bağlı olarak ortaya çıkan gebelik, doğum, menopoz gibi süreçler ve bu süreçlerin kendine özgü sorunları, kadın ve erkeğin sağlık gereksinimlerindeki farkların sebepleri olarak sayılabilir. Ayrıca kadınların bazı hastalık ve durumlar için yaşa göre değişken risk grubunda olmaları da kadınlara yönelik sağlık sorunlarının ayrıca ele alınması ve özgün yaklaşımlar getirilmesini gerektirir (140).

Kadınlardan beklenen yaşam süresi erkeklerden daha fazladır. Kadınlar daha uzun yaşadıkça, yaşamın niteliği önem kazanmaktadır. Kadınların erkeklerden daha fazla oranda hastalık ve sakatlık yaşadığı pek çok toplumda mevcut olan bir gerçektir ve bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır. Bu faktörler şöyle açıklanabilir: İlk olarak; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha yüksek morbidite oranlarının bir

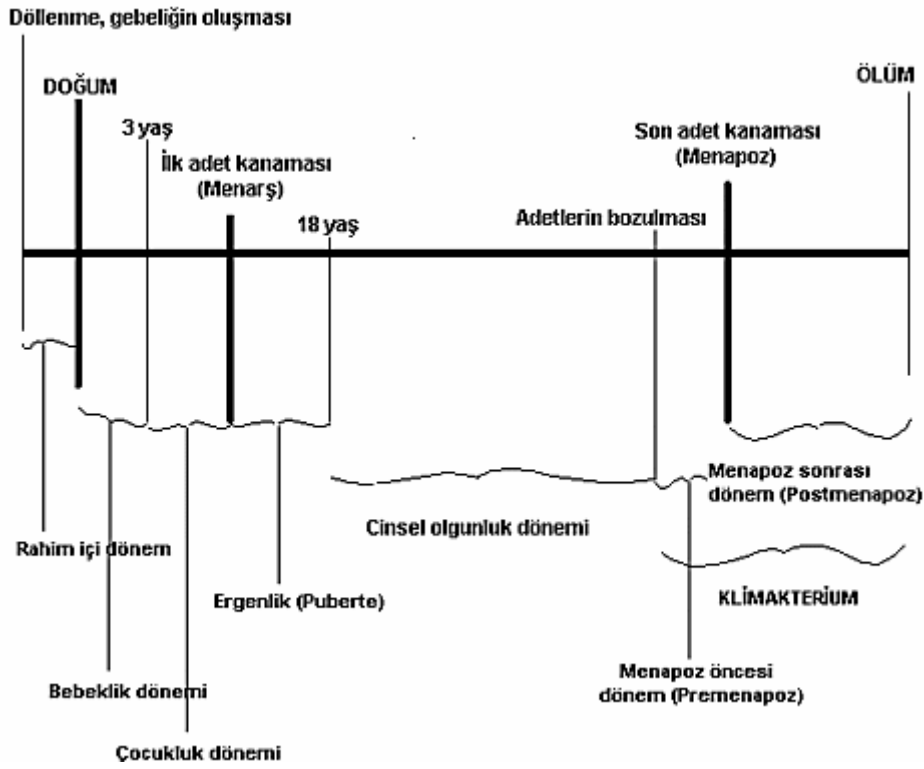
nedenidir. Kadınlar hemen hemen bütün ülkelerde yaşlı nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. İkincisi, kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıkları, erkeklerden daha yüksektir. Yaşam süreci boyunca hem kadın hem de erkekler cinsiyete özel hastalıklar açısından risk taşımaktadır. Ancak kadının ve erkeğin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde görülür ki, kadınlar üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşarlar ve bu duyarlılık üreme çağında (15–49 yaş) daha da artar. Örneğin gelişmekte olan ülkelerde 15–44 yaş grubunda, hastalık yükü nedenleri arasında, üreme sistemi hastalıklarına bağlı yük, kadınlarda (%36.6), erkeklere (%12.3) kıyasla 3 kat daha fazladır. Kadınlarda CYBE’lerin de hastalık yükü erkeklere oranla 6 kat daha fazla olmaktadır (5). Üçüncüsü ise; kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği “toplumsal cinsiyet” rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını etkileyen olumsuzluklardır. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde “kadın” cinsiyeti yönünden daha fazladır (3, 216).

Biyolojik ve sosyal faktörlerin kadınların sağlığı üzerinde yaşam boyu toplanıp yığılma etkisi vardır. Bu nedenle kadınlar tüm yaşamları boyunca sağlıklarını bozabilecek nedenler açısından değerlendirilmelidir (Tablo 1.1). Örneğin çocukluğunda gelişme geriliği olan bir genç kız ileride doğum öncesi ve sonrasında artmış komplikasyon riski ile karşı karşıyadır (181).

Tablo 1. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların cinsiyeti nedeniyle yaşamları boyunca karşılaştığı riskler (181)

Yaşam boyu sağlık sorunları			
Cinsiyet ayrımı		Çevresel riskler	
Depresyon		Mesleki riskler	
Bebeklik ve çocukluk (0–9 yaş) Cinsiyet seçme Genital sakatlama Beslenmede cinsiyet ayrımı Sağlık bakımında ayrımcılık	Ergenlik dönemi (10–19 yaş) Erken yaşta gebelik Düşük CYBE, AIDS Yetersiz beslenme Artmış madde kullanımı riski	Reproduktif dönem (20–44 yaş) İstenmeyen gebelik CYBE, AIDS Düşük Gebelik komplikasyonları Malnutrisyon, demir eksikliği anemisi	Postreproduktif yıllar (45 yaş ve ↑) Menopozal semptomlar Kardiyovasküler hastalıklar Genital kanserler Osteoporoz Osteoartrit Diyabet

Kadınların toplum nüfusunun büyük bir çoğunluğunu oluşturduğu; birey, aile ve toplum sağlığını doğrudan etkilediği göz önüne alındığında kadın sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi önemlidir. Kadın yaşamı sınırları kesin olmamakla beraber bebeklik, çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakterium-menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş evreye ayrılabilir (Şekil 1) (61).



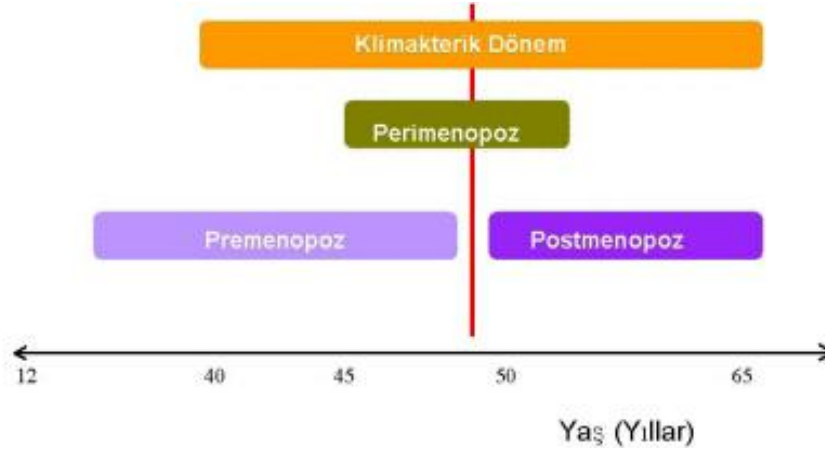
Şekil 1. Kadın yaşamı dönemleri (61)

2. 2. MENOPOZ, TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ

Menopoz, DSÖ'nün önerdiği ve yaygın olarak kabul görüp kullanılan tanıma göre; ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (67). Fizyolojik olarak foliküler fonksiyonların kaybına bağlı ortaya çıkan östrojen sekresyonunda azalma ile ilişkilidir (75). Menopoz teşhisi retrospektiftir çünkü adetlerin kesildiğini güvenle kabul etmek için son adeti 12 aylık bir amenore devresi izlemelidir (16).

Menopoz tanımı yaygın olarak kabul görmeye birlikte menopoz öncesi ve sonrası dönemlerin tanımlanması ile ilgili karışıklık yaşanmaktadır. Perimenopozun belirli bir tanımı yoktur ve aynı şekilde menopoz ve yaşlılık süreci kişiden kişiye ve toplumdan topluma farklılık gösterdiği için klimakteriumun sınırlarını tam olarak belirlemek olası değildir.

Adet kesilmesinden yaklaşık 10 yıl kadar önce over fonksiyonlarının azalmaya başlaması ve ardından menopoz, ilerleyici doku atrofileri ve yaşlanmanın ortaya çıkacağı uzun geçiş dönemi, menopozdan ayrı bir tanımlamayla klimakterium olarak adlandırılır (139). Klimakterium; Yunanca bir kelime olup "merdiven basamağı" anlamına gelmekte ve kadın hayatındaki önemli bir aşamayı tanımlamaktadır. Kadın yaşamının reproduktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan overlerdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. Bu dönemin belirgin olayı 40-50 yaş arasında gerçekleşen, menstruasyonun kesilmesi yani menopozdur (64, 178).



Şekil 2:Klimakterik Dönem Şeması www.menopoz.com

Klimakterium kendi içinde premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olarak bölümlere ayrılmaktadır (Şekil 2). Menopoz olayı premenopoz, perimenopoz ve postmenopozu birbirinden ayırmaktadır.

Premenopoz; Klimakteriumun ilk fazıdır. Bu fazda menstrual siklus düzenini kaybetmiş ve fertilité şansı düşmüştür. Düzensiz siklus birkaç ay veya birkaç yıl sürebilmektedir. DSÖ' nün kabul ettiği tanımlamaya göre menopozdan 2–6 yıl önceki devre olan premenopozda, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı, emosyonel rahatsızlıklar ve bazı yakınmalar ortaya çıkmaktadır (108, 176, 178).

Perimenopoz; Premenopozun bir bölümünü, menopozu ve menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsamaktadır (Şekil 2). Menopoz öncesi normal ovulatuvar siklulardan menstruasyonun sonlanmasına kadar geçen süre adet düzensizlikleri ile karakterizedir ve perimenopozal geçiş yılları olarak isimlendirilir. 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 içerisine alan dönemdir (93). Yaşla birlikte fertilité azalsa da nadiren ovulasyon olabilir ve istenmeyen gebeliklere perimenopozda sık rastlanır (204). Perimenopoz bazı kadınlarda uzun bir süre yaşanabileceği gibi kısa bir dönemle de sınırlı kalabilir ve semptomların çeşitliliği ve yoğunluğu kişilere göre farklılık gösterir (48).

Son menstrual siklusun görülmesi **menopoz** olarak tanımlanmaktadır. Menopoz; kadın yaşamında üreme çağı sonrası ile yaşlılık dönemi başlangıcı arasında yer alan fizyolojik bir süreç olmasının yanı sıra, yol açabileceği sonuçlar açısından da önemli bir dönüm noktasıdır (115).

Postmenopoz; fertilitenin ortadan kalktığı, ovarial hormonlardaki azalmaya bağlı vajinal atrofi ve osteoporoz gibi belirtilerin bulunduğu, menopozu izleyen 6–8 yıllık dönemi kapsamaktadır (108, 178). Postmenopozal dönemde meydana gelen hormonal ve fizyolojik değişiklikler, bu yaş grubundaki kadınları ayrıcalıklı kılmaktadır. Kadınların hayatlarına orta yaş döneminde farklı stresörlerin de girmesiyle, menopozal değişikliklerle başa çıkmaları daha da zorlaşmaktadır. Aile içinde meydana gelen değişiklikler, çocukların evden okul, iş veya evlilik için ayrılması v.b. durumlar kadını etkilemektedir (8, 17).

Reproduktif yaşlanmanın bulgu ve belirtileri ırk, etnik köken, kültür, coğrafi bölge ve sosyoekonomik durumdan etkilenir. Bu nedenle doğal yolla menopoza giren tüm kadınlar için STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop-Üreme Yaşlanması Çalıştayının Evreleri) bir evreleme sistemi geliştirmiştir (Tablo 2) (170). Bu evreleme sisteminde ovarian hormon salınımında tama yakın bir azalmayı gösteren son menstruasyon referans noktası olarak kabul edilir. Menopozal geçiş {Evre -2 (erken) ve Evre -1 (geç)} menstrual siklus değişiklikleri ve hormonal değişikliklerle karakterizedir. Menopozal geçiş FSH seviyesinde yükselme ve siklus uzunluğunda değişikliklerle başlar, son menstrual siklus ile sona erer. Perimenopoz Evre -2 ile başlar son adetten sonraki 12. ayda sona erer. Evre +1 (erken) ve Evre +2 (geç) postmenopozal dönemdir. Erken postmenopoz son adetten sonraki 5 yılı kapsar. Bu dönemde over hormon fonksiyonlarında daha ileri bir kayıp ve kemik yoğunluğunda hızlı azalma olur. Evre +1 son adetten sonraki ilk 12 ay ve sonraki dört yıl olmak üzere ikiye bölünür. Evre +2 geç postmenopozal dönem ölüme kadar olan süredir (Tablo 2) (170).

Tablo 2: STRAW Evreleme Sistemi (19)

Evreler	-5	-4	-3	-2	-1	1	2
Terminoloji	Reproduktif Dönem			Menopozal Geçiş		Postmenopoz	
	Erken	Tepe	Geç	Erken	Geç*	Erken*	Geç
				Perimenopoz			
Süresi	Değişken			Değişken		5 yıl	
Menstrüel Siklus	Değişkenden düzenliye doğru	Düzenli		Değişken siklus uzunluğu	Arada amenorenin olduğu 2 ve üzerinde siklus	Yok	
Endokrinolojik Değişiklikler	Normal FSH		FSH↑	FSH↑		FSH↑	

* sıklıkla vazomotor değişiklikler eşlik eder

Bu olaylar değişken bir zaman periyodunda ve hipoöstrojenizmle devam eden hızlı bir oosit azalması ile olur.

2. 3. MENOPOZUN TARİHÇESİ

On dokuzuncu yüzyılda orta yaş dönemindeki kadınların yaygın olarak depresyon ve kaygı ifade eden melankolik bir hal yaşaması, yirminci yüzyılın başlarında depresyon, gerginlik, çabuk sinirlenme ve kişilikte değişimler menopoz başlangıcına işaret eden belirtiler olarak değerlendirilip, menopozun sonucu olarak görülmüştür. Geleneksel biyolojik-tıbbi yaklaşım, menopozu kadının zihinsel, duygusal, fiziksel sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan östrojen eksikliği olarak ele almaktaydı (148). 1980'lere gelindiğinde kadının orta yaş dönemindeki tüm sıkıntılarının hormonla ilgili olduğu düşüncesinin hatalı olacağı ortaya atıldı (92). Hipokrat'tan bu yana tıp alanında östrojenle ilgili birçok araştırma yapılmıştır ve bu araştırmalar yapılmaya devam etmektedir.

Hipokrat, kadındaki baş ağrısı, ateş basması, çarpıntı vb. menopoz sıkıntılarının belli bir yaştan sonra onun doğum organının yer değiştirmesiyle kalbine ve kafasına yaptığı baskılar sonucunda ortaya çıktığını ileri sürmüştür (64). Menopoz Hipokrat'tan sonra pek çok kişi tarafından ele alınsa da, Rönesansa kadar bir bilimsel gelişme kaydedilememiştir. Kadında yaşlanınca ortaya çıkan adet kesilme durumu ilk defa 1776 yılında, Fothergill tarafından İngiltere’de “ Medical Observation and Inquiries” adlı bir dergide yazılı olarak ele alınmış, hatta çözümüne yönelik girişimler tartışılmıştır (16, 133, 85). Gardanne 1816 yılında, Paris’te menopozu çeşitli yönleriyle ele almış ve bu konuya yönelik gözlemlerini bir kitapta toplamıştır. Araştırmacı bir bakıma menstruasyonun kesilmesi anlamına gelen “La Menespausie” deyimini ortaya atan ilk kişidir. Daha sonrada Grekçe’den (eski Yunancadan) gelen bu iki kelime “men” ve “pause” (adet kesilmesi /ay kesilmesi) kadınların bu devrelerini ifade eden deyim olarak günümüze kadar gelmiştir (16, 133). 1840 yılına kadar overlerle menstruasyon arasındaki fonksiyonel ilişki tespit edilememiştir (15). Negrier d’Angers 1840 yılında overdeki follikül ile menstruasyon kanamasının ilişkisini gözlemiş ve yayınlamıştır. Tilt 1857’de İngiltere’de ilk defa 500 klimakterik kadını gözlemlemiş, bu kadınların sıkıntılarının ciddiyetini ortaya koyarak, onların rahat etmeleri için sedatif verilmesini önermiştir. Aksi takdirde menopozun sıkıntılarını gidermek için kadınların alkol aldıklarını, sonuçta bu durumun onlarda alkol alışkanlığı yaptığını ileri sürmüştür. Ayrıca Tilt, menopozdaki kadınların çevreden gelen olumsuz etkilere karşı hassas olduklarını da gözlemiştir. Menopozdaki atılmayan pis maddeler içeren kanın menopoz sıkıntılarına neden olduğuna dair teoriye itiraz etmiş, bu devirde asıl nedenin nörolojik değişiklikler olduğunu, bu değişikliğin temelinde ise değişen overin nörolojik fonksiyonunun yattığını ileri sürmüştür (5, 15).

Rönesans’tan sonra modern tıp gelişmeye başlamış, ancak menopoz 19. asırda modern tıp açısından ele alınabilmiştir. 19. yy’da menopoz konusu en çok Fransız araştırmacıların ilgi odağı olmuştur. 1890’lı yılların başından itibaren, tıp alanında menopozla ilgili araştırmalar artmıştır (16, 133). Fraenkal, Almanya’da 1903 yılında, over fonksiyonlarının bozulması sonucu ortaya çıkan östrojen azalmasına bağlı, ateş basması, santral sinir sistemi belirtileri, depresyon, halsizlik, vajinal atrofi gibi olayları tanımlamıştır (16, 68, 133). 1923’te Allen ve Doisy, sağlıklı dişi farelerde foliküllerden

elde ettikleri ve adına “folikülün” dedikleri sıvının kastre farelere verildiğinde, östrojen meydana getirdiğini göstermişlerdir. Allen ve Doisy'nin bu buluşlarından sonra overlerle ilgili olmayan pek çok menopoz teorisi terk edilmiştir (13). 1932 yılında da östronun kimyasal yapısı bulunmuştur. Yine aynı yıl kısırak idrarından ekuilin, ekuilenin ve diğer östrojenler izole edilmiştir (konjüge östrojen). Östrondan östradiol elde edilmesi yine bu yıllarda bulunmuştur (159).

İlk defa 1936 yılında Albright menopozda kanda azalan östrojen değerine bağlı olarak gonodotropinlerin yükseldiğini yayınlamıştır. İnholffen, 1936 yılında etinil östradiolün sentezini yapmıştır. Menopozda Hormon Replasman Tedavisi (HRT) amaçlı konjüge östrojenler önce İngiltere, Almanya ve Fransa'da kullanılmaya başlanmış, ABD'de ise menopozda HRT amacı ile östrojen kullanılması izni 1942 yılında çıkmıştır (15).

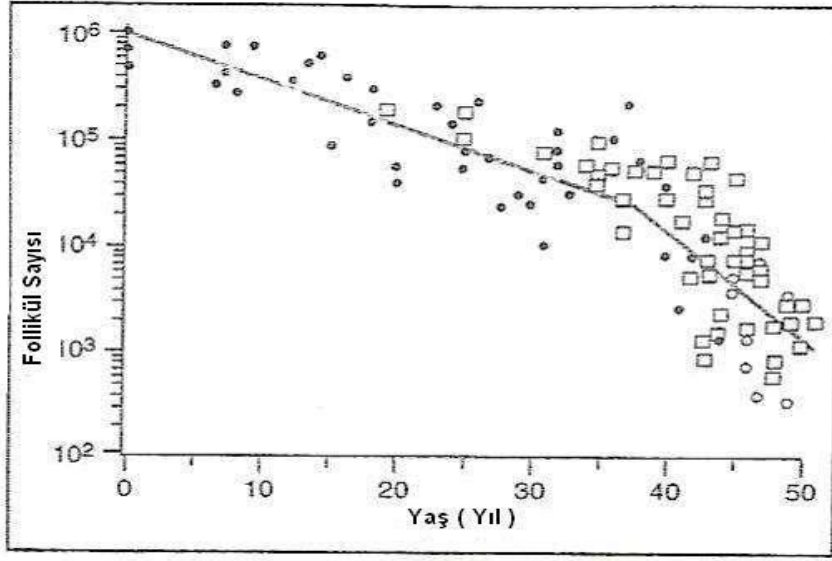
Avrupa'da ilk kez menopoz konusunda küçük çapta tıbbi toplantı Uluslararası Sağlık Vakfı tarafından 1971'de Cenevre'de düzenlenmiştir (159). Menopoz konusundaki ilk uluslararası kongre Fransa'da La Grande Motte'de toplanmıştır (Haziran 1976). Bu kongrede menopoz konusunda bütün dünyada klinik araştırmalar yapan 165 kişi bir araya gelmiş ve konuyu sistematik ve bir uluslararası standarda getirme tartışması yapmışlardır (6). Menopoz konusunda ikinci uluslararası kongre Kudüs'te (İsrail, 1978) toplanmıştır. Avrupa Menopoz Derneği ise 1990 yılında kurulup ilk toplantısını 1990 yılında Nice (Fransa) şehrinde yapmıştır (16).

Ülkemizde menopozla ilgili bilimsel araştırmalar 1970'li yıllardan sonra yapılmaya başlanmış olup, 1986 yılında Jinekolojik Endokrinoloji Derneği kurulmuştur. Menopoz ve östrojen tedavisi konusunda kapsamlı ilk Türkçe kitap 1973 yılında “Klinikte Menopoz ve Tedavisi” ismiyle yayınlanmıştır (16, 64). 1992 yılında “ Türk Menopoz ve Osteoporoz Derneği” kurulmuş ve aynı yılın Eylül ayında ilk ulusal menopoz kongresi düzenlenmiştir (www.menopauseosteoporosis.org). Uluslararası Menopoz Topluluğu (IMS) ve DSÖ, 2001 yılında 18 Ekim'i “Dünya Menopoz Günü” olarak ilan etmiştir.

2. 4. REPRODÜKTİF YAŞLANMA VE MENOPOZUN ENDOKRİNOLOJİSİ

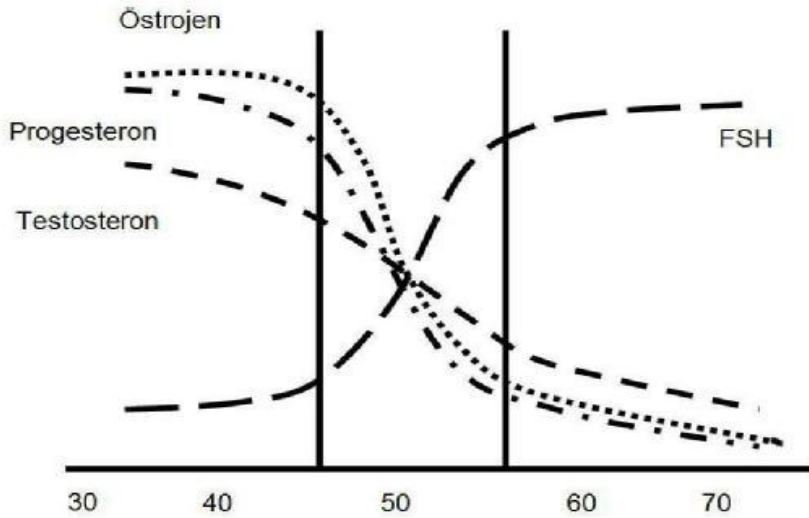
Overler intra-uterin gelişimin 11–12. gebelik haftasında morfolojik olarak farklılaşmaya başlarlar. Erken gebelik haftalarında oogoniumlar mitoz ile bölünerek hızla sayılarını arttırlar. Ancak 15. gebelik haftasına yaklaşınca bilinmeyen bir mekanizma ile mayoz bölünmeye geçerler ve 1. mayoz bölünmenin diploten evresinde dururlar. 1. mayozun başlaması oogoniumların oosite geçişinin başlangıcıdır. Ovulasyonla birlikte 1. mayoz bölünme tamamlanır. 20. gebelik haftası, primordial foliküllerin geliştiği ve sayı olarak en fazla olduğu dönemdir. Oositlerin büyük bir kısmı doğumdan önce dejenere olur ve doğumda overlerde 2 milyondan az oosit kalır. Menarşe kadar dejenerasyon devam eder ve menarşta yaklaşık 200.000–400.000'e iner (192). Tüm reproduktif dönem süresince ovulasyon ile atılan oosit sayısı 400 kadar iken, oositlerin atreziye uğramasıyla, perimenopozal dönemde kalan oosit sayısı ortalama 8000'e düşer (Şekil 3) (158). Wollman ve Treloar yaşam boyunca menstrual siklus sayısının kadınlar arasında farklılık gösterdiğini ve bunun da foliküllerin atrezi hızına bağlı olduğunu ileri sürmüşlerdir (190, 200).

Kadınlar 40'lı yaşlara geldiğinde anovulatuvar sikluslar görülmeye başlar ve siklus uzunluğu artar. Hatta menopozdan yaklaşık 2–8 yıl öncesinde düzensiz siklusların başlayıp siklusların çoğunun anovulatuvar olduğu bildirilmektedir (190). Perimenopozal dönemde siklularda uzama dışında menstrual düzensizlikler de sıklıkla ortaya çıkar. Her siklusta daha az folikül gelişir ve sonunda foliküller tükenir (171).



Şekil 3: Yaşa bağlı primordial folikül azalması.

Premenopozal menstrual siklus değişiminin habercisi, artmış FSH ve azalmış inhibin düzeyidir. E2 (Östradiol) ve LH düzeyleri ise henüz değişmemiştir. Östradiol düzeyleri foliküler gelişme sona erene kadar, normal sınırlarda kalır. FSH ve inhibin değişimi ters orantısı, bize inhibinin folikül durumunu belirten en önemli belirteç olduğunu göstermektedir. Overyan foliküllerdeki inhibin sekresyonundaki düşüş 35 yaş civarı başlar, fakat 40 yaşından sonra hızlanır (Şekil 4) (211).



Şekil 4: Perimenopozal dönemdeki hormonal değişiklikler

Endometriumun yeterince gelişebilmesi için daha uzun süre östrojen stimülasyonu gerekmekte, bu da siklus süresinde düzensizlik, daha ağırlı ve çoğu kez daha yoğun menstrual kanamalara neden olmaktadır. Overyal folliküller tükenince östrojen seviyesi daha da düşmekte, bu süreç yeterli endometriyal hiperplazinin oluşmaması ve takiben menstruasyonun kesilmesi ile sonuçlanmaktadır (210).

Postmenopozal dönemde gonadotropinlerin baskılanmasındaki yetersizliğin ana sebebi inhibinin azalmasıdır. Daha ileri dönemlerde overdeki direncin daha da artması ile folikülogenez tamamen yavaşlar ve östradiol düzeyi ovulasyonu sağlayan LH pikine imkân vermeyecek seviyelere iner. Böylece anovuluar sikluslar ortaya çıkar (41, 67, 128, 134, 211).

Premenopozal dönemde folikül sayısı azaldıkça, kalan foliküllerin FSH uyarımına direnci de artmaktadır. Azalan negatif feedback ve inhibin uyarımı ile hipofiz aşırı uyarılmakta ve FSH' da görülen primer yükselmeye neden olmaktadır. FSH düzeyinin 40 mIU/ml'nin üzerine çıkması, over foliküllerinin FSH'a direncinin arttığını gösterirken, 100mIU/ml'nin üzerindeki değeri foliküllerdeki tükenmeyi göstermektedir (176). Sonuç olarak menopoza giren kadında FSH'ın üreme çağına göre 10-15 misli, LH'ın ise 3-5 misli arttığı görülmektedir. Aynı zamanda bu devre, kadında disfonksiyonel kanamaların en çok görüldüğü devredir (%70). Yapılan istatistikler göstermiştir ki, uterusla ilgili cerrahi girişimler kadınların en çok bu çağında görülmektedir (13, 164, 176).

Menopoz döneminde 40 mIU/ml'nin üzerine çıkan serum FSH ve LH değerleri, menopozdan 1-3 yıl sonra en yüksek seviyelerine ulaşır ve daha sonra yavaş yavaş azalarak yaşlılıkta en alt seviyesine inerler. Yarılanma ömrü uzun olan FSH (yarılanma ömrü 4 saat), LH' dan (yarılanma ömrü 30 dakika) daha sonra azalmaya başlar (67, 134, 166).

Her ne kadar, endokrin ve menstrual fonksiyonlarda, menopozdan 3 yıl öncesine kadar bazı değişiklikler olsa da; overyan östrojen üretimindeki asıl azalma menopozdan 6 ay öncesine kadar oluşmaz. Reprodüktif dönemde serum östradiol düzeyi siklus

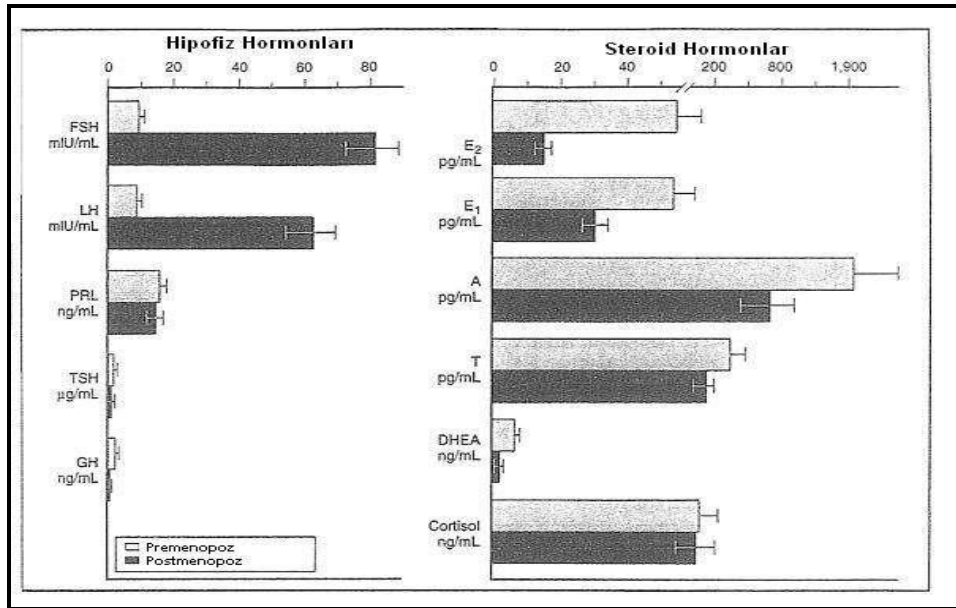
gününe göre 40–450 pg/ml arasında değişir, ortalama 24 saatlik salınım miktarı ise 350 mikrogramdır. Postmenopozal dönemde ise düzeyi 10–20 pg/ml'ye, 24 saatlik salınım miktarı 24–45 mikrograma iner. Bu düşüşteki en büyük pay E2 (östradiol) 'nindir. Söz konusu olan E2 nin en büyük kaynağı adrenal bezlerden salınan testosteron ve östrondur (67, 87, 118, 134).

Androjenlerin östrojene dönüşümü primer olarak kas ve yağ dokusunda olur (211). Bu nedenle, şişman kadınlarda sıklıkla yüksek östrojen düzeyleri mevcuttur ve karşılanmamış östrojen bu kadınlarda endometrial kanser riskini artırır (87). Şişman kadınlarda görülen yüksek östrojen düzeyleri onları menopozal semptomlardan korumaz (165). Zayıf kadınlar ise düşük östrojen düzeylerine sahiptir, bu da onlardaki artmış osteoporoz riskine işaret eder (50). Karşılanmamış östrojeni biraz açacak olursak; östrojeni karşılayacak yeterince progesteron olmaması anlamına gelmektedir. Menopozdan sonra progesteron üretimi kesilir. Progesteron düzeylerinin düşüşü gonadal steroidlere cevap veren meme ve endometrium gibi organları etkiler (71).

Postmenopozda yapılan ooferektomi, dolaşımdaki östron veya östradiol düzeylerinde hiçbir anlamlı değişime yol açmaz. Estronun çoğu, androstenedionun ekstrasglandüler aromataz tarafından periferik dönüşüm ürünüdür. Aromataz, karaciğer, yağ dokusu ve bazı hipotalamik nükleuslarda bulunmuştur. Postmenopozda, testosteron yapımı sabit kaldığı halde, testosteronun sadece yaklaşık %0.1'i estradiole dönüşür. Premenopozda, östrojen yapım oranları, ovarium siklusuyla değişirken, postmenopozda, dolaşımda östron ve estradiol düzeyleri sabit kalır (163).

Menopozal overin, androjen yapımı reproduktif overe göre azalır. Bu azalma androstenedion açısından %50, testosteron açısından %28 civarındadır. Bu durumda menopozal dönemdeki kadında reproduktif çağa göre vücuttaki androstenedionun yapım kaynağı değişir. %50 overde, %50 sürrenalde yapılırken, %80 sürrenalde %20 overde yapılır hale gelir (66).

Postmenopozal dönemdeki östrojenin büyük bir kısmı, östrondur (E1). E1/ E2 oranı E1 lehine artış gösterir. Östron albümine zayıf bağlandığı ve seks hormon bağlayıcı globuline (SHBG) bağlanmadığı için daha hızlı klirens sahiptir. Yaş ilerledikçe adrenal glandın yaşlanmasına bağlı olarak dehidroepiandrosteron (DHEA) ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) düzeylerinin azalmasına rağmen, adrenal östrojen, androstenedion ve testosteron salınım düzeyleri genelde sabit kalır. En önemli bulgular; östradiol ve östron seviyelerindeki belirgin düşmelerdir. Serum östradiol seviyesi östrona göre daha fazla azalır. Östron primer olarak androjenlerin periferik aromatzasyonu ile oluşur. FSH ve LH'daki yükselmeler dışında diğer hipofiz hormonları etkilenmez. Özellikle Büyüme Hormonu (GH), Tiroid Stimulan Hormon (TSH), Adrenokortikotropik Hormon (ACTH) seviyeleri normaldir. Serum prolaktin seviyeleri çok hafif olarak azalabilir çünkü prolaktin seviyeleri östrojen seviyelerinden etkilenir (Şekil 5) (67, 118, 171, 211).



Şekil 5: Postmenopozal kadınların hipofiz ve steroid hormon seviyelerinin premenopozal kadınlarla karşılaştırılması (19).

2. 5. MENOPOZU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Doğurganlık döneminden over işlevinin azalma dönemine geçiş derece derece olur. Bu nedenle her kadın için kesin bir menopoz başlangıç yaşı saptamak güçtür. Bu dönem çoklukla 40 yaşlarında başlar ve kadından kadına değişir. Irk, iklim, beslenme, soyaçekim, genel sağlık ve sosyo-ekonomik koşullardan etkilenir. Klimakteriumda premenopoz döneminin süresi değişik olup genellikle birkaç yıl sürer, fakat bazı durumlarda birkaç ayda son bulabilir. Menopoz yaşı konusunda dünyada yüzlerce araştırma yapılmıştır. Toplum tabanlı çalışmalarda yaş insidansının dağılımı; 40 yaş dolayında başlayıp 54 yaş dolayında biten çan şeklinde bir eğri oluşturur (19, 35, 37, 42, 63, 64, 70, 84, 103, 112, 120, 121, 127, 138, 147, 149, 175, 180, 182, 187, 201, 206, 212).

Menopoz yaşı konusunda en doğru bilginin prospektif takiplere bağlı analizler sonucunda elde edilebileceği genel kanıdır. Gray bu tip analizleri toplamış ve gelişmiş ülkelerde (Avustralya, İngiltere, Finlandiya, Almanya, İsrail, Hollanda, Yeni Zelanda, İskoçya, İsveç, İsviçre vb) yaşayan Avrupa orijinli beyaz kadınlarda ortalama menopoz yaşını 50 olarak bulmuştur. Yine bu çalışmada Asyalı, Afrikalı, Uzak Doğulu ırklarda ve zencilerde ortalama menopoz yaşının 43-49 arasında olduğu belirtilmektedir (78). ABD kökenli, kesitsel çalışmalarda ortalama menopoz yaşı, 50-52 yaş arasında bildirilmektedir (172). Ülkemizde de yapılan çalışmalarda menopoz yaşı ortalama 45-49 yaş arasında rapor edilmektedir. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği'nin 2002 yılında yayınlanan raporuna göre menopoz yaşı 47'dir (218). Mc Kinlay ve arkadaşlarının çalışmasında perimenopozal değişikliklerin başlama yaşı ortalama 45.1 olarak tespit edilmiş, kadınların %95'inde perimenopozal değişikliklerin 39 ile 51 yaşlar arasında görüldüğü ve perimenopozal dönemin 2 ile 8 yıl arasında, ortalama olarak 5 yıl sürdüğü bildirilmiştir (134).

Doğal menopozların %1-4'ü 40 yaşın altında ortaya çıkar. "Erken menopoz" ya da "prematür over yetmezliği" adı verilen bu durumun etiyolojisi henüz belli olmamakla birlikte genetik olarak X kromozomundaki delesyonlar sorumlu tutulmaktadır (205).

Bunun yanı sıra ortaya atılmış pek çok faktör olmasına karşın, söz konusu faktörlerin kesin olduğuna dair görüş birliği yoktur. Bu faktörler:

1. Genetik
2. Sigara kullanımı
3. Bitkisel beslenme
4. Zayıf vücut yapısı
5. Alkol kullanmama
6. Erken menarş?
7. Düzensiz adetlerin erken başlaması
8. Yüksek yerlerde yaşamak
9. Geçirilmiş histerektomi operasyonu
10. Geçirilmiş endometrial ablasyon
11. Azalan gebelik sayısı (192).

Bu faktörlerin dışında; otoimmünite, gonadal disgeneziler, enfeksiyonlar, metabolik hastalık ve iatrojenik nedenler (kemoterapi, radyoterapi ya da bilateral ooferektomi) suçlanmaktadır (208).

Sigara içen kadınlar yaklaşık 1,5 yıl erken menopoza girmektedir. Sigara içme foliküllerin atrezisini hızlandırmakta ve içilen sigaranın sayısı ve süresi ile doza bağlı olarak menopoz yaşı erkene çekilmektedir (54, 136, 205). Sigara östrojenin hepatik metabolizmasını hızlandırarak östrojen yapımını ya da dolaşımdaki androjenleri artırarak biyoyararlı östrojeni azaltmaktadır (192). Alkol tüketimi geç menopoza ilişkilendirilmiştir. Alkol tüketenlerin kanında ve idrarında yüksek östrojen seviyesi bulunduğu ve kemik dansitelerinin çok iyi olduğu bildirilmektedir (76, 185). Bitkisel beslenme tarzı ve zayıf vücut yapısının menopoza girişi hızlandığı belirtilmektedir (130). Ağır fiziksel aktivite ve yüksek rakımlı bölgelerde yaşama ile erken menopoz arasında da ilişki bulunmuştur (40, 77).

Menopoz yaşının genetik geçişle ilişkili olduğuna inanılmaktadır. Birçok çalışmada kişinin menopoz yaşı ile annesinin menopoz yaşı benzer bulunmuştur (22, 130, 184). İlk âdetin erken yaşta oluşu ile erken menopozun ilişkili olduğu görüşü yapılan çalışmalarda destek bulmamıştır (9, 10). Gebelik sayısının artışı geç menopoz ile ilişkilendirilmiştir (184, 189, 198). Çeşitli endikasyonlarla histerektomi ya da endometrial ablasyon yapılan kadınlarda da erken menopoz gösterilmiş ve bu durum overlerin kan akımının azalmasına bağlanmıştır (53, 168).

2. 6. MENOPOZUN FARKLI KÜLTÜRLERDEKİ YERİ

Menopozun algılanması, menopozal tutum ve menopozal yakınmalar üzerinde; gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel ve sosyal özellikler önemli bir etkiye sahiptir (77). Bu nedenle bu konunun değerlendirilmesi kültürlere ve bireylere göre yapılmalıdır. Kadınlar bu dönemde benzer biyolojik değişiklikler yaşamalarına rağmen menopozu farklı yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalar menopozun algılanması, menopozal tutum ve bu dönemde görülen yakınmalar açısından hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir. (36, 149, 120, 121, 84, 212, 187).

Hayatlarında en önemli rolünü çocuk doğurmak olarak kabul eden kadınlar için menopoz bir “son”u sembolize etmektedir. Bazı kadınlar için ise menopoz fiziksel yeteneklerin, enerjinin ve çekiciliğinin kaybı olarak algılanmaktadır. Batı kültüründe yaşam tecrübesinin kazandırdığı bilgeliğin değeri yeterli düzeyde kabul görmediği için yaşlılar; statü, fonksiyon ve rol kaybının sıkıntısını yaşamaktadırlar. Kadınların statü kazandığı kültürlerde (örneğin Hindistan, Uzakdoğu, Güney Pasifik adaları gibi) durum tam tersidir ve bu toplumlarda menopozdaki kadınlar arasında depresyon görülme oranı menopozu kayıp olarak değerlendiren kadınlara göre daha düşüktür (11, 46, 110, 129, 141).

Doğu ve Batı kültürlerindeki kadınları karşılaştıran çalışmalar, doğudaki kadınların menopozu doğal bir süreç olarak gördüklerini ve batıdaki yaşlılarına göre yaşamın bu dönemini daha olumlu değerlendirdiklerini göstermiştir. Menopozal dönemi Avrupalı kadınların Asyalı kadınlara göre daha olumsuz yaşadıkları ve bu dönemi yaşlılığın bir işareti, cinsel yaşamın, güç ve güzelliğin kaybı olarak algıladıkları belirlenmiştir (94, 102, 126).

Sosyal statünün yaşla birlikte arttığı toplumlarda ya da kültürlerde kadınların klimakterik döneme ilişkin olumsuz belirtileri daha az yaşadıkları görülmüştür. Menopoza yönelik yapılan kültürlerarası çalışmalar; Avrupalı ve Kuzey Amerikalı

kadınların menopoza ilişkin daha fazla şikâyetleri olduğunu ve bu nedenle sağlık kuruluşlarına daha çok başvurduklarını ortaya koymaktadır (13). Ayrıca, beyaz, orta sınıftan gelen ve Avrupa kökenli Amerikalı kadınların diğerlerine göre özellikle hormon tedavisini içeren tedaviye daha fazla başvurdukları ve genel olarak Batılı kadınların Batılı olmayanlara göre daha fazla hormon kullandıkları görülmektedir (Menopoz Novo Nordisk-2004).

Kuzeydoğu Tayland da köylerde yapılan bir çalışmaya göre; kadınlar menopozu menstruasyon korkusundan kurtulma, menstruasyon kanamasının yokluğu, daha rahat seyahat etme özgürlüğü, gebelik ve menstruasyon kramplarından kurtulma gibi avantajları sağlayan doğal ve biyolojik bir olay olarak görmektedirler (18). Lock'un çalışmasında, Asya kadınlarının ilerleyen yaşla birlikte toplumda söz sahibi olmaları, dini törenlere katılmaya hak kazanmaları, kendilerine ayıracak zamanlarının olması, menopozal yakınmaları yaşanması gereken değişiklikler olarak kabul etmeleriyle menopoza daha kısa sürede uyum sağladıkları belirtilmektedir (122). Arapların ve Müslümanların yoğun olduğu Asya ülkelerinde kadınlar menopozu sosyal özgürlüğün başlangıcı olarak algılamaktadırlar. Menopozun bu kadınlar için farklı bir önemli yönü de menstruasyonlu iken yerine getiremedikleri ibadetlerini rahatça, kesintisiz yerine getirebilme düşüncesinin olmasıdır. Yine doğum kontrol yöntemlerini uygun bulmayıp çok sayıda çocuk doğuran bu kadınlar için menopoz farklı bir kurtuluş yoludur (39). İran'da erkek ya da kadın yaşlandıkça statü kazanır bu nedenle yaşlılık dört gözle beklenir. Genç kadın yemek yapmak, hayvanlara bakmak, çocuk doğurmak, ailesine hizmet etmek gibi birçok fiziksel gücü gerektiren görevleri üstlenmiştir. Oysa yaşlılarda bu görevler çok daha aza indirgenmiştir. Yaşlılık bir nevi kadının kendisine daha çok zaman ayırması demektir (111). Bunun gibi yaşlılığın statü kazandırdığı kültürlerde, özellikle de kırsal kesimlerdeki toplumsal ve dinsel etkinliklerde menopozun özel bir yeri ve fonksiyonu vardır. Bu kültürlerde kadınların yaşamdan kazandıkları bilgelikleri, gençlik değerlerinden daha üstün tutulur (152).

Asyalı kadınların batılı kadınlardan daha az sigara ve alkol kullandıkları, eşlerine işlerinde daha çok yardım ettikleri, aile içinde çok daha fazla sorumluluk yüklendikleri, daha fazla egzersiz yaptıkları, daha az yağ ve karbonhidrat tükettiklerinden dolayı

menopozal yakınmaları daha az deneyimledikleri de belirtilmiştir (123). Çinli ve Tayvanlı kadınların geleneksel Çin ilaçlarını yaygın olarak menopozla baş etmede kullanması ve menopoza doğal bir yaşam olayı olarak algılamasının da bu sonuçlarda etkili olduğu bildirilmektedir (191). Özellikle Hintli kadınlar, toplumsal ilişkilerde bazı özgürlükler tanıdığı, aile ve toplum içinde konumunu olumlu yönde değiştirdiği için menopoza bir ödül olarak algılarlar (25).

Türk kadınları ise menopozal dönemi hem Asyalı hem de geneli Müslüman olan ülkelerin kadınlarından daha olumsuz algılamakta ve menopozal yakınmaları daha sık yaşamaktadırlar. Türkiye’de yapılan çalışmalarda kadınların genel olarak menopozal döneme yönelik olumsuz tutum içinde oldukları belirlenmiştir (63, 187, 194). Türk kadınının menopoza olumsuz algılamasının nedenleri arasında; annelik rolünün, evlilik ilişkisinin ve kadınlık cazibesinin kaybı, vücut postüründeki değişiklikler, fiziksel güç kaybı ve cinsel yaşamın sonu biçimindeki algılama sayılabilir (97, 150). Ülkemizde, menopozun kadınları psikolojik ve cinsellik açısından etkilemediği, kadınların rol, sorumluluk ve ilişkiler açısından menopoza olumsuz bir değişiklik olarak algılamadıklarını tespit eden çalışmalar da mevcuttur (20, 49).

Kent ve kırsal kesimde yapılan farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar, menopoz yaşantısının anlaşılması açısından her kültürün kendi içinde de farklı sosyo-ekonomik düzeylere bağlı, değişiklikler gösterebileceği görüşüne önemli ölçüde destek sağlamaktadır. Örneğin, faktör sıralamasında kentte ilk sırada psikolojik, kırsalda ise vazomotor faktörler yer almaktadır. Kentte 35-44 yaşlarında psikolojik belirtiler, 45-54 yaşlarında ise somatik belirtiler görülürken, kırsalda tüm belirtiler 45-54 yaşlarında ortaya çıkmaktadır (29).

2. 7. MENOPOZDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

Klimakterik dönemde, östrojen üretiminin azalmasına bağlı olarak kadınlarda birtakım değişiklikler olur ve bu değişiklikler döneme özgü belirtiler olarak kendini gösterir. Ani östrojen eksikliğine bağlı olarak özellikle östrojen reseptörü içeren pelvik ve ekstrapelvik dokularda fonksiyonel, metabolik ve organik değişimler meydana gelir. Bu değişikliklere bağlı; bu dönemde birtakım problemler yaşanır. Klimakteriumda yaşanan problemler özetlenecek olursa;

- 1- Menstrual kanama paterninin bozulması (hipomenore, hipermenore, anovulasyon ve fertilitede azalma, menstruasyon aralıklarının bozulması ve amenore),
- 2- Vazomotor semptomların görülmesi (sıcak basması, terleme, sıkıntı),
- 3- Psikolojik semptomların görülmesi (anksiyete, gerginlik, depresyon ve irritabilite),
- 4- Atrofik değişiklikler (vulva, introitus ve vajinadaki atrofilere bağlı kaşıntı, disparoni gibi şikâyetler, alt üriner sistem atrofisi ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sık idrara çıkma, idrar inkontinansı, aseptik üretrit ve sistit),
- 5- Uzun süreli östrojen eksikliğine bağlı geç dönemlerde ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilen kalıcı sistem değişimleri (kardiyovasküler sistem ve kemik dokusuna ait değişimler) ve
- 6- Nörolojik sistem değişiklikleri (Alzheimer, Demans) 'dir (82, 113, 197) .

Klimakterik dönemde yaşanan değişiklikler, kadının yaşam tarzını ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu dönemde kadında östrojen hormonunun azalması sonucu ortaya çıkan değişiklikler ortaya çıkış dönemine göre; erken (kısa süreli sorunlar) ve geç dönem (uzun süreli sorunlar) semptom ve bulgular olmak üzere iki aşamada incelenmektedir. Kısa süreli sorunlar aynı zamanda premenopozal döneme ait sorunları, uzun süreli sorunlar da postmenopozal döneme ait sorunları kapsamaktadır (Tablo 3) (65, 82, 98, 197).

Tablo 3. Menopozla bağlı ortaya çıkan kısa ve uzun dönem semptom ve diğer sorunlar (82)

<p>1. Östrojen eksikliğinin kısa dönem etkileri</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Vazomotor semptomlar➤ Psikolojik semptomlar➤ üriner semptomlar➤ Vulvo-vajinal semptomlar <p>2. Östrojen eksikliğinin uzun dönem etkileri</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Osteoporoz➤ Kardiyovasküler Hastalık➤ Demans
--

2. 7. 1. Östrojen Eksikliğinin Kısa Dönem Etkileri

➤ Vazomotor Semptomlar:

Bu grup içerisinde ateş (sıcak) basması ve gece terlemesi sayılabilir. Sıcak basması tanım itibari ile klimakterium dönemindeki bir kadında görülen, sıklıkla deride al basması ve terlemenin de eşlik ettiği sıcaklık hissidir. Ani başlayan boyundan yüze yayılan kızarıklık ve tüm vücutta artan sıcaklık hissini anlatır (173, 174). Sonrasında, vücut sıcaklığının düşmesine bağlı bir uşme periyodu sıcak basmasını izlemektedir. Genellikle 30 saniye ile 5 dakika arasında sürebilir. Yine günde 1–2 ataktan, 50 atağa kadar sıklıkta olabilir (160). Sıcak basması Őikâyeti, erken ve cerrahi menopozda olan kadınlarda normal menopozda olan kadınlardan daha Şiddetli görülür. Ayrıca radyoterapi, kemoterapi ya da ilaç ile (GnRH agonistleri gibi) menopoz daha Şiddetli sıcak basmalarına sebep olmaktadır (160).

Vazomotor semptomlar %10–13 oranında premenopozda, %37–50 oranında perimenopozda, %20–62 oranında postmenopozal kadınlarda rapor edilmiştir (79, 134). Steams ve arkadaşları çalışmalarında sıcak basmalarının premenopozal kadınlar arasında %10, postmenopozal kadınlar arasında %50 oranında görüldüğünü saptamışlardır (174). Sıcak basmaları ortalama 1-5 yıl sürmekte, yaş ilerledikçe sıklık ve süresi azalmaktadır (14). Ancak kadınların %15'inde sıcak basmalarının 15 yıldan daha uzun sürdüğünü rapor eden çalışmalar da vardır (173, 174). Sıcak basmalarının uzun sürdüğü ve şiddetli olduğu bu kadınlarda uyku düzeni ve günlük aktivite bozulmuş, yaşam kalitesi kötüleşmiştir.

Zayıf, egzersiz yapmayan ve sigara içen kadınlarda sıcak basmaları daha fazla olmakta, acılı yemek yeme, alkol, kafein alımı ve sıcak hava da sıcak basmalarını arttırabilmektedir (62). Sıcak basmalarının fizyopatolojisinde katekolaminlerin azalmasına bağlı hipotalamustaki ısı merkezinin olumsuz etkilenmesi, endorfin seviyesinin hipotalamusta azalması, LH ve GnRH'nin artması, gibi teoriler öne sürülse de başta östrojen olmak üzere progesteronun da birlikte ortamdan çekilmesi en kabul gören açıklamadır. Ayrıca sıcak basmalarını serotoninin de uyarabileceği düşünülmektedir (160, 173, 174).

➤ **Psikolojik Semptomlar:**

Menopozal dönemde ruhsal belirtilerin, özellikle de depresif bozuklukların prevalansında artış olduğu kanısı yaygın olup ilk kez Kraepelin (1906) menopozal dönemde ortaya çıkan ve bu nedenle involüsyonel (klimakterik) melankoli adını verdiği durumu, psikotik bir sendrom olarak tanımlamış ve bu genel kanı 1950'lere kadar sürmüştür. Menopoz döneminde görülen psikolojik değişiklikler fizyolojik nedenler yanında bireysel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü etkenlerle de ilişkili bulunmuştur (20, 95, 101, 188).

Menopoz dönemindeki kadınlarda görülen emosyonel belirtiler şunlardır:

- * Depresif ruh hali
- * Sinirlilik,
- * Kendine olan güvende azalma,
- * Karar vermede zorluk çekme,
- * Kaygı (endişe),
- * Unutkanlık,
- * Dikkat toplamada güçlük çekme,
- * Kendini değersiz hissetme,
- * Uykusuzluk,
- * Yorgunluk hissi,
- * İsteksizlik,
- * Yaşam olaylarından kolayca etkilenme,
- * Sık ve kolay ağlama ve
- * Cinsel istekte azalmadır (106, 161).

Psikologlar tarafından yapılan araştırmalar, menopozun yaş ilerlemesine bağlı ortaya çıkan gelişimsel bir değişim dönemi olduğunu ve kadınların bu döneme ilişkin yaşadıkları sıkıntılarının adet kanamasının sona ermesinden çok sağlık, yaşlanma, psikolojik ve sosyal yaşamdaki değişiklikler gibi psikososyal etkilere bağlanabileceğini göstermiştir. Jinekologlar tarafından yapılan çalışmalarda ise menopoza bağlı ortaya çıkan belirtiler, hormon düzeyindeki değişimlere bağlanmıştır. Bu iki farklı bakış açısı psikososyal görüş ve biyolojik görüş adı altında ifade edilmektedir. Tam olarak kanıtlanmış olmasa da menopoz döneminde meydana gelen psikososyal ve biyolojik değişiklikler psikolojik problemler için tetikleyici olmaktadır (161). Ancak Kaptanoğlu'nun çalışmasında toplum tabanlı tarama çalışmalarında, menopoz ile psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmektedir (106).

Depresyonun etyolojisiyle ilgili biyolojik hipotezler, genellikle depresyonda noradrenalin, serotonin, dopamin gibi nörotransmitterlerin Merkezi Sinir Sistemi'nde azaldığı temeline dayanır. Bu nörotransmitterleri etkileyebilecek menopoz dönemine özėü hormonal değişikliklerden en önemlisi, östrojen düzeyindeki düşüştür. Östrojenin noradrenalin sentezini azalttığı, antidopaminerjik etki gösterdiği bildirilmiştir. Östrojenin nörotransmitterler üzerindeki bu etkileri bağlamında, östrojen düzeyinin düşüşü ile menopozal dönemde ortaya çıkan depresyonun ilişkili olduğunu söylemek mümkün değildir. Bazı araştırmacılar, menopozdaki östrojen eksikliğinin, dopamin

reseptör duyarlılığında veya serotonin sentezi için kullanılabilen triptofan yapımında bu etkileşimlere dair somut bulgular, ortaya konulamamıştır (202).

Yaşam dönemlerinden, 40–60 yaşlar arasına denk düşen orta yaş dönemi, her insanın sosyal, ailesel, bedensel çeşitli sorunlarla baş etmesi gereken bir dönemdir. Orta yaşın getirdiği sorunları, kadınlar için menopozla açıklamak veya menopoza özgü bazı sorunları orta yaşa özgü sorunlar olarak ele almak yanılığa yol açabilir (106). Menopoz döneminde yaşanan en önemli ailesel değişikliklerden birisi, çocukların evlilik veya eğitim nedeniyle evden ayrılmalarıdır. Deykin (1966) bu ayrılığın yarattığı uyum sorunlarını, “boş yuva sendromu” olarak adlandırmıştır. Balinger (1975) çalışmasında, son bir yıl içinde çocukları herhangi bir nedenle evden ayrılan kadınlarda psikiyatrik bozukluk gelişme riskinin arttığını saptamıştır. Bağımlı kişilik özellikleri olan, eğitim düzeyi düşük, var oluşunu evi ve çocuklarında bulan kadınların daha şiddetli uyum sorunu yaşayabilecekleri ifade edilmektedir (24).

Cooke (1985), ev dışında bir işte çalışan kadınların menopoz döneminde yaşanan sorunları daha kolay aşabildiklerini bildirmiştir (45). Menopoz dönemindeki ruhsal, fiziksel belirti yoğunluğuna kişinin yer aldığı sosyal sınıfın etkisi, ilk kez Jaszmann (1969) tarafından araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, eğitim düzeyi düşük kadınların eğitim düzeyi yüksek olanlara oranla menopoz döneminde daha yüksek ruhsal sorun yaşadıkları saptanmıştır (25). Özellikle evlilik ilişkisinin niteliğinin, menopozal dönemde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlere uyum sağlamada önemli olduğu vurgulanmıştır. Eşiyle sıcak, yakın ilişkileri olan kadınların özellikle menopoz döneminde ortaya çıkan, cinsel isteksizlik, cinsel ilişki sıklığında azalma gibi sorunları daha az yaşadıkları bildirilmiştir (51). Hunter (1991), perimenopozal dönemdeki fizyolojik değişikliklerin depresyon gelişimine etkisinin %2, bu döneme özgü psikososyal etkenlerin etkisinin ise %51 olduğunu bildirmiştir (25).

➤ **Üriner Semptomlar:**

Menopozal dönemde genital sistemde gelişen anatomik ve fonksiyonel değişiklikler, bu sistemle çok yakın ilişki içinde olan ve embriyolojik olarak aynı kökenden gelişen alt üriner sistemin fonksiyonunu da etkilemektedir (169). Alt üriner sistemin özellikle mukozasında yüksek affiniteye olmak üzere, submukozal bağ ve kas dokuları ile vasküler yapılarında östrojen reseptörleri olduğu bilinmektedir. Menopozal dönemde östrojen yetmezliği sonucu bu dokularda gelişen atrofik değişikliklerin alt üriner sistemin fonksiyonunu bozduğu ileri sürülmektedir (199). Postmenopozda, üretral değişimlere ilişkin en sık rastlanan problem, üretral sendromdur. Üretral sendrom, idrar yaparken yanma, idrar tutma güçlüğü, kesik kesik idrar yapma, noktüri ve sık idrar yapma şikâyetlerinden oluşmaktadır (163).

Menopozal dönemde östrojen yetmezliği ile üretral ve paraüretral düz kasların adrenerjik uyarıya duyarlılığının azalması, sfinkter tonüsünün azalmasına yol açmaktadır. Yine bu dönemde paraüretral kas ve bağ dokusunda gerek yaşa bağlı gelişen dejenerasyon gerekse östrojen yetmezliği sonucu oluşan atrofi ile mesane boynu anatomik desteği azalmakta ve stres anında hipermobilitate gelişmektedir. İstirahat anında üretra içi basıncın ve fonksiyonel üretral uzunluğun azalması yanında mobilitenin de artması, mesane boynu ve proksimal üretraya yansıyan basıncın azalmasıyla üretral sfinkterik yetmezliğe yol açarak menopozal dönemdeki kadınlarda inkontinans gelişimini kolaylaştırmaktadır (83, 209). Üriner inkontinans menopozal sendromun bir parçası olarak kabul edilse de inkontinans ile östrojen yetmezliği arasında direkt nedensel bir ilişkinin olduğu gösterilememiştir. 20-59 yaş grubu kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %39.6 iken, postmenopozal dönemdeki kadınlarda bu oran %56'ya kadar yükselmektedir (117). Menopozal dönemde prevalansı hızla artan üriner inkontinansın bu dönemde eş zamanlı başlayan ovarian yetmezlik, psikosomatik değişiklikler ve yaşa bağlı sistem yetmezliklerinden en çok hangisinin etkisi sonucu geliştiğini belirlemek olası değildir (209).

➤ **Vulvo-vajinal semptomlar:**

Vajina, vulva, üretra ve mesane trigonunun embriyonik yakınlıkları vardır ve çok sayıda östrojen reseptörleri içerirler. Bu nedenle, genitüriner yaşlanma, dolaşımdaki östrojen miktarından etkilenir. Genitüriner dokularda atrofi, aynı hızda gerçekleşmez. Atrofi premenopozal dönemde başlar ve yıllar boyu sürer. Vulva, müller kökenli olmadığı halde, östrojen yetmezliği karşısında, çok hızlı atrofi gösterir (163). Atrofik vulva ve vajende önce kollajen ve yağ dokusunun zayıflaması nedeni ile sıvı azalarak kuruluk oluşur, devamında vajen epitelinde incelmeye meydana gelir (192). Bu durumda vajina çok kolay travmatize olur. Postmenopozdaki kanamaların %15'i kadarında neden, vajinal travmadır. Vajinal kuruluk 30'lu yaşların sonlarında düzenli menstrual siklusa rağmen %16 civarında iken, perimenopozal dönem süresince artmakta ve erken postmenopozal dönemde %40-45'lere ulaşır, geç postmenopozal dönemde %75'in üzerine çıkmaktadır (124, 128). Başka bir çalışmada ise vajinal kuruluk postmenopozal dönemde ortalama %55 oranında rapor edilmektedir (120). Östrojen yetmezliği, vajinal pH'ı, 3.5-4.5'ten 6-8'e değiştirir. Alkalin ortam, vajinayı, çok sayıda patojen bakteri istilasına elverişli hale getirir. Vajinit insidansı, postmenopozal dönemde giderek artar (163).

Klimakterik kadında, uterin prolapsus, sistosel ve rektosel insidansları artar. Burada, nedenin östrojen yetmezliği olduğuna dair fazla kanıt yoktur. Bu insidans artışı, östrojen kaybı ile birlikte, yaşa bağlı hücre bölünmesi yavaşlaması ve doku elastikliğinin azalması ile ilişkilendirilmektedir. Östrojen kaybından etkilenen üretranın distal kısmı sertleşir ve esnekliği giderek azalır. Bu durum, ektropion, divertiküller ve üretresele eğilim yaratır. Postmenopozal dönemde üç servikal lezyon; erozyon, ektropion ve ülser giderek daha sık görülmeye başlar (163).

İnsandaki seksüel cevap birçok faktöre bağlıdır. Fizyolojik, sosyal, kültürel, psişik ve kişisel faktörler seksüel aktiviteyi belirler. Seksüel değişim kadının yaşı ile ilgili olarak yaygın bir şikâyet olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan vajinal kuruluk ve diğer vulvo-vajinal değişiklikler seksüel ilgide azalmaya yol açabilir. Bu durum seksüel aktivitedeki bozukluğun fiziksel nedenini açıklar (48).

Seksüel konfor ve fonksiyonda azalma, düşen östrojen seviyesi ile ilişkili olmakla birlikte seksüel disfonksiyonun diğer önemli nedeni de androjen yetersizliğidir (167). Testosteron seviyesi kadınlarda 30'lu yaşlarda pik yapar ancak yaşla birlikte azalarak 40'lı yaşlardan sonra testosteron ve androjenlerde azalma belirginleşir (52).

Menopoz sonrasında derinin kollajen içeriğinde dolayısıyla elastikiyetindeki azalmanın doğrudan menopoza bağlı olup olmadığı da araştırılmış ve azalmanın kronolojik yaşlanmadan çok östrojen düzeyinin azalmasına bağlı olduğu belirtilmiştir. Affinito ve ark. nın yaptığı bir çalışmada deri kollajenindeki azalmanın östrojen düzeyine bağlı olduğu, menopoz sonrasındaki azalmanın menopozdan önceki döneme göre istatistiksel olarak çok daha hızlı gerçekleştiği saptanmıştır (1). Deride bulunan östrojen, progesteron ve androjen reseptörleri, deriyi hormonal değişikliklere duyarlı hale getirir (43, 86, 153). Östrojen reseptörlerinin en yoğun olarak, genital bölge ve yüz derisinde bulunduğu saptanmıştır. Bu nedenle özellikle yüz ve genital bölge derisinde, östrojen düzeyinin azalmasına bağlı olarak önemli değişiklikler gözlenmektedir (43). Bu durum, yüzde kılınma, androjenik alopesi oluşumu ya da nadiren yağlı deri, akne ve komedon oluşumu gibi yağ bezlerinin etkinliğinde değişim, deride kırıma ve lekelenme şeklinde kendini belli eder. Genellikle dudak üstü ve çenede kılınma, bu durumun aksine pubik ve aksiller kıllarda incelme gözlenmektedir (207).

2. 7. 2. Östrojen Eksikliğinin Uzun Dönem Etkileri

➤ **Osteoporoz:**

Kemik dokusunun hacim, yoğunluk ve kalitesinin azalması ve kırığa karşı duyarlılığının artması ile karakterize olan osteoporoz, kronik bir kemik hastalığıdır. Kemik kütlelerinde ya da kemik dansitesinde azalma olarak tanımlanır. Kemikler daha kırılabilir ve esnekliğini kaybetmiş hale gelirler (105).

Osteoporoz, ani östrojen azalmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Östrojen eksikliği serum sitokin seviyesini artırır bu da trabeküler kemikte osteoklast öncülerin hassasiyetini artırarak artmış kemik yıkımına neden olur (56). Kalsitoninin de

osteoklastlar üzerindeki spesifik reseptörlere bağlanarak siklik AdenozinMonoFosfat (C AMP) üretimini artırdığı ve osteoklastik kemik rezorpsiyonunu azalttığı gösterilmiştir (44). Östrojende tıpkı kalsitonin gibi parathormonun rezorptif etkisine zıt etki gösterir. Menopoz döneminde östrojen eksikliği ile birlikte kalsitonin üretimi de azalmaktadır (2). Bu azalma, kadınlarda ön kol distali ve vertebral kemik gibi trabeküler kemiğin yoğun olduğu bölgelerdeki kırık oranlarını artırmaktadır (99). Kadınlarda 35 yaşından sonra, kemik mineral yoğunluğunun yaklaşık olarak her yıl %0,1'i kaybedilmektedir (21). Kemik kaybı 30-35'li yaşlardan itibaren kalça ve alt ekstremitede başlamakta ve burada yaşam boyunca oluşacak kemik kaybının üçte biri 50 yaşından önce gerçekleşmektedir (89). Perimenopozal dönemde yıllık kemik kaybı ortalama %2 civarındadır. 40 yaşından sonra yavaş fazda her yıl %0.3-0.5, hızlı fazda %2-3 kemik kaybı olur. Bu dönemde spongioz kemikteki kayıp %8-10 civarındadır ve trabeküler kemikteki kayıptan daha fazladır (151). Erken postmenopozal dönemde hızlı bir kemik kaybı oluşmaktadır ve sonrasında kemik kaybı azalmaktadır. İlk 5-7 yıllık sürede vertebral kemik kaybı, ölçme yöntemine göre değişmekle birlikte, %15-40 civarındadır, sonra yılda %0.5-0.75 hızına inmektedir (89).

Postmenopozal dönemde yağ dokusunda androjenlerin dönüşümü ile oluşan östrojen, perimenopozal dönemde olduğu gibi kemik dansitesi üzerine olumlu etkiye sahiptir. Postmenopozal kadında tek östrojen kaynağı yağ dokusu olduğundan yağ dokusunun önemi postmenopozal kadında perimenopozal kadından daha fazladır (57). Yağ dokusunun diğer önemi içerdiği leptin nedeniyledir. Leptin kemiğin ilik kısmının farklılaşmasını sağlar (179). Menopoz sonrasında kemik kaybında majör faktör östrojen yetmezliği iken perimenopoz döneminde östrojen üretimi anlamlı miktarda azalma göstermediği için kemik yoğunluğundaki azalmadan östrojen eksikliği değil, başka faktörler sorumludur. Öncelikle etkili olan faktör, kas gücünde oluşan zayıflığa bağlı olarak kemik üzerindeki basınç etkisinin azalması sonucu kemiğin yeniden şekillenmesinin yavaşlamasıdır (155).

Kadınlar, erkeklerden daha uzun yaşam süresine, daha küçük kemiklere sahip oldukları ve menopoz sonrası kemik kütle kayıpları arttığı için yaşam boyu osteoporotik kırık riskleri erkeklerden daha yüksektir (34). Osteoporoz, postmenopozal kadınlarda

morbidite ve mortalite nedenidir. Epidemiyolojik çalışmalar postmenopozal kadınların %25'inin vertebral kemik kırığı yaşadıklarını göstermektedir. Bu yüksek insidans nedeniyle postmenopozal osteoporozda sessiz epidemi denmektedir (154). Osteoporoz sorunu yaşayanların %80'i kadın olduğu için osteoporoz önemli bir kadın sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı almayan birçok kadında osteoporoz gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (59).

➤ **Kardiyovasküler Hastalık:**

Menopoz kardiyovasküler sistem açısından kesin bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Reprodüktif dönemde kadınlar, erkeklere oranla yaklaşık 2.5–4.5 kat daha az kardiyovasküler hastalık riskine sahip iken menopoz ile erkeklerde görülen seviyeye ulaşırlar (17, 67). Perimenopozal dönemden postmenopozal döneme geçiş sırasında hemen hemen bütün kadınlarda atherojenik lipid profilinde artış oluşmaktadır (104, 131). Perimenopozal dönemde sistolik kan basıncının değişmediği, fakat menopozun hemen öncesi dönemde arttığı gösterilmektedir. Bu değişikliğin nedeni yaşlanmaya bağlanmıştır. Pre ve perimenopozal kadınlarda diyastolik kan basıncı, açlık kan şekeri, insülin düzeyi, vücut ağırlığında artış, boyda kısalma açısından değişiklikler olduğu belirtilmektedir. Ancak bu değişiklikler açısından pre ve perimenopozal kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (132).

Perimenopozal dönemden postmenopozal döneme geçildiğinde tüm kadınlarda lipid profilinde anlamlı değişiklikler olmaktadır. Bu dönemler arasında total kolesterol ve LDL düzeylerinde artış saptanırken, total HDL değerlerinde farklılık saptanmamıştır. Yine bu dönemlerdeki; sistolik ve diyastolik kan basınçlarında, kan insülin düzeylerinde, açlık kan şekeri değerlerinde ve kan Trigliserid düzeylerinde istatistiksel olarak bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (132). Mathewes çalışmasında perimenopozdan postmenopozda geçişte istatistiksel olarak anlamlı oranda vücut ağırlığının arttığı ve boyda kısalma olduğunu belirlemiştir (132).

Kadınlarda kardiyovasküler sistem üzerindeki değişiklikler premenopozal dönemde başlayıp perimenopozal dönemde belirginleşir ancak klinik etkiler postmenopozal dönemde ortaya çıkmaktadır. Bu durum östrojen eksikliğinin postmenopozal dönemde daha belirgin hale gelmesi ve yaşla ilişkilendirilmiştir (104, 131).

➤ **Alzheimer Hastalığı ve Demans:**

Beyin korteksi, limbik sistem, hipokampus, serebellum, hipotalamus, preoptik saha ve amigdalada östrojen reseptörlerinin varlığı bilinmektedir. Beynin bu sahalarında östrojen, nörotransmitter sentez ve salınımını modifiye etmektedir. Beynin hipokampus ve bazal önbeyin bölgeleri hafıza fonksiyonu olayının yer aldığı ve hormonal değişimlerden etkilenen sahalarıdır (85). Yaşa bağlı olarak kadınlarda bu bölgede nöron kayıpları erkeklerden daha çoktur. Kadınlarda 50-60'lı yaşlarda beyin ağırlığında azalma olurken bu sınır erkekler için 60-70'li yaşlardır. Sağlıklı postmenopozal dönem kadınlarının parietal lob ve hipokampus bölgelerindeki atrofi ve hacim kayıpları erkeklerden daha çoktur (74).

Öğrenme, kısa dönem hafıza ve dikkat konularındaki kognitif fonksiyonlar direkt olarak östrojenin etkisi altındadır. Östrojen bu etkisini spesifik intrasellüler reseptörler aracılığı ile yürütmektedir. Ayrıca dendritik nöronlarda yeni sinapsisler oluşturarak Santral Sinir Sistemi (SSS) vasküler yapılarında düz kas relaksasyonuna neden olur ve beyin perfüzyonunu artırır. Beyinde nörotransmitter ve nöropeptit sentez ve salınımı kognitif fonksiyonların düzenlenmesi ile yakın ilişki içinde olup, östrojen varlığı ya da eksikliğinde olguların kognitif fonksiyonlarında değişimlerin görülebileceği düşünülmektedir (69).

Beynin farklı bölgelerinin klinik etkileri farklıdır. Pratikte frontal, parietal ve oksipital nöronları kognitif fonksiyonlarla ilgilidir. Temporal lob nöronları ise serebral nöbet nedeni olabilecek nöron aktivitesini azaltarak kontrol edici bir etki gösterirler. Östrojen beyin kognitif fonksiyon ile ilgili bölgelerinde neokortikal nöron artımı yapar. Östrojenin bu nörotrofik etkisi en fazla oksipital beyin bölgelerindedir ve bu

bölgenin Alzheimer Hastalığı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Alzheimer Hastalığı'nda en geç oksipital korteks etkilenirken en erken ve ciddi boyutta etkilenen bölge temporal kortekstir. Beyinde demans olayı, nöral zedelenme ile nöral onarım cevabı arasındaki balans ölçüsünde gelişir. Östrojen replasmanı nöral yapım ve onarımını artırarak demansta düzelmeye sağlamaktadır (85). Nörofizyolojik ve biyokimyasal kanıtlar, östrojenin kognitif fonksiyonu etkileyebileceğini göstermesine rağmen asemptomatik kadınlarda kesin fayda açık şekilde gösterilememiştir. Östrojenin Alzheimer hastalığının gelişimini önleme ya da geciktirmede etkili olduğuna dair güvenilir kanıtlar mevcut değildir (69).

2. 8. MENOPOZ VE YAŞAM KALİTESİ

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler, yaşam süresini artırarak dünya yaşlı nüfusunun çoğalmasına yol açmıştır. M.Ö 1000 yılında 18 olarak bilinen ortalama kadın ömrü, günümüzde 80'li yaşlara kadar ulaşmıştır (32, 116, 193). Devlet Planlama Teşkilatı Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus öngörülerine göre, 2005-2010 yılları arasında ülkemiz için kadınlarda ortalama yaşam süresinin 75.51 yıl olacağı belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan çeşitli araştırma sonuçlarına göre, ortalama menopoza yaşı ise 46 ile 47 yaş arasında değişmektedir (16, 14, 91, 215, 193). Buna göre 75 yıl yaşayacağı ön görülen bir kadın, ömrünün 1/3'lük dilimini menopozal dönemde geçirecektir ve yine bu verilere göre kadın nüfusunun beşte biri menopoz sonrası dönemde olacaktır. Bugün 6.8 milyar olan dünya nüfusunun, 1 milyar 200 milyonunu menopozal dönemdeki kadınlar oluşturmaktadır (2010, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu). Türkiye İstatistik Kurumu 2008 yılı nüfus sayımı verilerine göre 40-59 yaş arasındaki kadın nüfusu 7.746.542 olup, bu nüfus menopozal dönem semptomları yaşamakta ya da postmenopozal dönem değişikliklerden etkilenmektedir. Menopozal kadın popülasyonunun büyüklüğü ve bu dönemde kadınların yaşadıkları sıkıntılar göz önüne alınacak olursa menopoza önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (31, 32). Bu rakamlar göz önüne alındığında, ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü'nün

belirlediği hedefler doğrultusunda, menopozal dönemdeki kadınların unutulmaması ve kadının sağlık gereksinimlerinin yaygın olarak yürütülenin aksine sadece doğurganlık dönemiyle sınırlanmayıp, tüm yaşam evrelerinde aynı duyarlılıkla sürdürülmesi gerekmektedir (14, 16, 91, 193, 215).

Tüm dünyada ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte ileri yaşta ortaya çıkan kronik hastalıklar önem kazanmıştır. Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı almayan birçok kadında kronik hastalıklar gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (143). Bu nedenle kadın hayatının üçte birinden fazlasını kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için uygun sağlık bakımı büyük bir önem kazanmaktadır (183). Yaşam kalitesi kavramı; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavram olan yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümü olarak da kullanılmaktadır (26).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir ve kişinin fiziksel durumunun, psikososyal fonksiyonlar üzerine etkilerini değerlendirir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkilidir. Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine verilen önem insandan insana farklılık gösterir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi bileşenleri (örneğin; değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, kronik hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bileşenleri daha önemlidir (12, 96).

Menopozal dönemdeki yaşam kalitesi; kadının, menopoz ile birlikte meydana gelen değişiklikler ve şikâyetler ile ne derece baş edebildiği ve bu geçiş döneminde kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bu da kadının genel sağlık durumunu yakından ilgilendiren temel süreçlerdendir (112). Yaşam kalitesini

ölçmek için geliştirilen genel ve hastalığa ya da duruma özgü yaşam kalitesi ölçekleri bulunmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümünde amaç; kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır. Değerlendirmede, örneğin kişinin günde kaç saat uyuduğundan ziyade uykusundan memnun olma derecesi ve uyku paterninde oluşan bozuklukların onu rahatsız etme derecesi önemlidir (55). Günümüzde ideal bir yaşam kalitesi ölçeği arayışı halen sürse de literatürde en sık kullanılan ve kabul gören menopoz ile ilgili ölçekler aşağıdaki tabloda sunulmuştur (100).

Tablo 4. Menopozda Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden En Sık Kullanılanlar (100, 162)

Ölçek	Yazar	Kapsadığı alan	Maddeler	Değerlendirilen zaman
Greene Climacteric Scale	Gerald Greene (1976)	<u>3 Alan</u> <ul style="list-style-type: none"> • Psikososyal • Somatik • Vazomotor 	21 maddelik semptomlar listesi	Şu an
Women's Health Questionnaire (WHQ)	Myra Hunter (1992)	<u>9 Alan</u> <ul style="list-style-type: none"> • Depresif durum • Somatik semptomlar • Vazomotor • Anksiyete/korkular • Seksüel davranış • Uyku problemleri • Menstrual semptomlar • Hafıza/konsantrasyon • Çekicilik 	23 maddelik sözcük öbekleri halinde semptom ve hisler listesi	Geçmiş birkaç gün
Qualifemme	Floch JP (1994)	<u>4 Alan</u> <ul style="list-style-type: none"> • Klimakterik • Psikososyal • Somatik • Ürogenital 	32 maddelik semptomlar listesi	Şu an
The Menopause-Specific QoL Questionnaire (MENQOL)	Hilditch JR (1992)	<u>4 Alan</u> <ul style="list-style-type: none"> • Vazomotor • Psikososyal • Fiziksel • Seksüel 	29 maddelik semptomlar, belirtiler ve hisler listesi	Geçen ay
Menopause Rating Scale (MRS)	Schneider HPG (1996)	<u>3 Düzey</u> <ul style="list-style-type: none"> • Psikososyal semptomlar • Somatovejetatif semptomlar • Ürogenital semptomlar 	11 maddelik semptomlar listesi	Şu an
Menopause Quality of Life Scale (MQOL)	Jacobs et al. (2000)	<u>4 Alan</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel • Vazomotor • Psikososyal • Seksüel 	48 maddelik sözcük öbekleri halinde semptom ve hisler listesi	Şu an
Utian Quality of Life Scale (UQOL)	Utian WH (1970–2000)	<u>4 Faktör</u> <ul style="list-style-type: none"> • İşsel yaşam kalitesi • Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi • Duygusal yaşam kalitesi • Seksüel yaşam kalitesi 	23 maddelik sözcük öbekleri halinde semptom ve hisler listesi	Geçen ay

2. 9. MENOPOZDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Klimakterik dönem pek çok önemli değişikliğin ve buna bağlı sorunların yaşandığı, fiziksel ve psikososyal sağlığın olumsuz etkilendiği bir dönemdir (135). Menopoz kadının hayatında fizyolojik bir olay olmasına karşın bilgisizlik, geleneksel inanç ve uygulamalar, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve konuya yeterince önem verilmemesi sorunların boyutunu daha ciddi hale getirebilmektedir. Bu sorunlar yalnız kadını değil hem aileyi hem de toplumu etkilemektedir (38). Bu nedenle menopozal dönem kadınların eğitim, danışmanlık ve tedavi almaksızın geçirebilecekleri bir dönem olmaktan çıkmıştır. Kadınların bu dönemi sorunsuz geçirmesi için sağlık çalışanlarına ve ailelere önemli roller düşmektedir (177). Klimakterium ve menopoz döneminde bedensel, hormonal ve psikososyal değişimler geçiren kadının yaşam kalitesini arttırmak ve sağlığını sürdürüp, geliştirmek amacıyla klinik tıp, biyoloji, hemşirelik, epidemiyoloji, antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi konusu insan olan bilimlerin birlikte ve uyumlu çalışmaları gerekmektedir (145). Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler, kadının klimakterik döneme özgü sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır (108).

Menopozal ve postmenopozal kadınların sağlık ihtiyaçları daha genç olan kadınlardan ve aynı yaş grubundaki erkeklerden farklılık gösterir. Dolayısıyla kadınların, menopoz döneminde yaşadıkları sorunların farkında olma ve çözümleri konusunda, sürekli eğitime gereksinimleri vardır (145). Bu sebeple hemşireler, menopozal dönemdeki kadınlara yardım edebilmek için, dönemin özelliklerini, oluşabilecek değişiklikleri ve bu değişiklikler karşısında yapılması gereken sağlık hizmetlerini çok iyi bilmeli ve gelişmeleri yakından takip etmelidirler.

Kadının premenopoz ve postmenopoz dönemini daha sağlıklı geçirebilmesi için bu döneme ilişkin bilgisinin olması gerekir. Bilinmeyen sağlık sorunlarının çözümü daha zordur ve kişiyi zamanında tedavi olmaktan alıkoyar. Bu nedenle hemşirenin kadına yardımcı olabilmesi için kadının bu döneme ilişkin öncelikle ne bildiğinin ortaya konulması ve gerekli bilginin verilmesi önemlidir (28, 81, 135). Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri alanında çalışan hemşireler, menopozal yaş grubundaki

kadınların eğitiminde; klimakterik devrenin normal bir süreç olduğunu, aşırı yorgunluk ve çevresel problemlerin bu dönemde görülen semptomları arttırdığını, kilo artışını önleyen fakat besleyici bir diyetin uygulanmasını, sosyal aktivitelere katılmanın gerilimi azaltarak, anksiyetenin giderilmesine yardımcı olacağını, menopozun cinsel yaşamının sona erdiği anlamına gelmediğini, sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi için her sene fiziksel muayenenin gerekli olduğunu vurgulamalıdır (81).

Hemşireler bu dönemde eğitim ile birlikte danışmanlık hizmeti de vermelidirler. Klimakterik döneme yönelik yaptıkları danışmanlık ile kadınların menopoz hakkında yaşayacakları sorunlarla baş etme yollarını öğrenmelerine ya da en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olabilirler (88, 157). Kadınlara döneme özgü bilgiler vererek, sorularını cevaplayarak, iyimser ve kendilerine güvenli tutumlar geliştirmelerine yardımcı olabilirler (157).

Menopozal dönemdeki kadının sağlık bakımı için hemşirenin genel hedefleri:

1. Kadınların, menopoza ilişkin beklentileri, kültürel değerleri, sosyal destek sistemleri ile ilgili veri toplamak,
2. Kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek, bakımı ve danışmanlığı bu verilere göre planlamak,
3. Kadının temel gereksinimlerinin karşılanmasında kadına ve ailesine sağlık eğitimi ve danışmanlık vermek,
4. Kadınların, sağlığı koruyucu ve geliştirici yaşam biçimi davranışlarını kazanma ve uygulamalarında aktif rol almalarını ve kendi sağlıklarına ilişkin karar verme sürecine katılabilmelerini sağlamaktır (177).

Dorothea E. Orem'e göre, bireyin benlik kavramı, iletişimi ve kültürü ile şekillenen temel insan gereksinimleri karşılanmadığında, sağlık durumu olumsuz etkilenmektedir. Bu doğrultuda sağlığın korunması ve sürdürülmesinde anahtar rol oynayan hemşirelik, yaşamın her döneminde olduğu gibi klimakterium dönemindeki kadına da bütünsel (holistik) bir anlayışla yaklaşmalıdır (176).

Menopoza bağlı olarak fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşayan kadınların hemşirelik bakım hizmetleri; kadınların temel gereksinimleri, günlük yaşam aktiviteleri, kadın fizik ve ruh sağlığı ile birlikte hastalıklarına yönelik bağımsızlığı artırıcı, işlevselliği sürdürücü, güvenliği sağlayıcı, tedavi edici ve komplikasyonları önleyici girişimleri içermektedir (60). Pek çok kuramcı tarafından incelenen ‘‘Temel İnsan Gereksinimleri’’ klimakterik kadın için de vazgeçilmezdir. Klimakteriumdaki biyo- psiko-sosyal değişiklikler nedeni ile kadının farklı ve özel bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Klimakterik kadınların temel bakım gereksinimleri bu özellikler ve öncelikler doğrultusunda incelenmekte ve aşağıdaki girişimleri içermektedir:

1. Uygun beslenmenin sürdürülmesi,
2. Yeterli uyku ve dinlenme,
3. Uygun fiziksel aktivite,
4. Düzenli seksüel yaşam,
5. Vazomotor değişikliklerle baş etme,
6. Sosyal destek,
7. Gebelikten korunma,
8. Stresle başa ıkma,
9. Deri değişiklikleri ile baş etme ve estetik,
10. Kişisel değer ve benlik sayęısının sürdürülmesi,
11. HRT danışmanlığı (176, 186).

Dünyada yaşanan hızlı değişim ve gelişme, bununla bağlantılı olarak görülen hızlı nüfus artışı ve ekosistemin bozulması, küreselleşme sağlık ve eğitim alanında yaşanan olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Bilim ve teknik alanda birbirini izleyen gelişme ve oluşumlar kadını da değişmeye zorlamakta, sürekli eğitimi zorunlu kılmaktadır (72). Bu çerçeveden bakıldığında kadın, değişen dünyanın olumlu tarafına uyum sağlamak ve olumsuzluklarla ilgili nlem almak ve sorun çözme becerisi kazanmak durumundadır. Yaşamlarının üçte birini menopozal dönemde geçiren kadınlara iyi bir yaşam kalitesi sunmak, sağlık hizmetlerini düzenleyen ve sunanların temel hedeflerinden biri olmalıdır (177).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, 40–59 yaş grubu kadınlarda menopozal yakınmaları ve bu yakınmaların yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanan, kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır.

3. 2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, Eskişehir Büyükşehir Belediyesine bağlı Tepebaşı ilçesinde ikamet etmekte olan 40–59 yaş grubundaki çalışma kriterlerimize uyan kadınlar arasında gerçekleştirildi. Araştırmaya 19.12.2008 tarihinde başlandı ve verileri Aralık 2008 – Haziran 2009 tarihleri arasında toplandı.

2008 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre Eskişehir il nüfusu, 741.739'dur. Bu nüfusun 368.486'sı erkek, 373.253'ü kadındır. Kadın nüfusun 97.247'sini 40–59 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. Eskişehir okuma yazma oranının en yüksek olduğu illerden birisidir. Türkiye'de ortalama okuma yazma oranı % 80.5 iken Eskişehir'de bu oran %93'e ulaşmıştır. Bu oran kadın nüfus için %89'dur. Tepebaşı bölge nüfusunun %37'si ise lise dengi ve üniversite mezunudur. Okuma yazma bilmeyen oranı ise Türkiye ortalamasının altında olup %3'tür.

Eskişehir Büyükşehir Belediyesine bağlı Tepebaşı ve Odunpazarı olmak üzere iki ilçe bulunmaktadır. Çalışma bölgemizi oluşturan, Eskişehir Büyükşehir Belediyesi altında hizmet veren Tepebaşı İlçe Belediyesi; 9 Eylül 1993 Tarih 21693 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 504 sayılı Kararname uyarınca ilk kademe Belediyesi olarak kurulmuştur. 06.03.2008 Tarih ve 5747 Sayılı "Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçerisinde İlçe Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" gereği ile İlçe Belediyesi statüsüne dönüşmüştür.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

2008 yılı ADNKS verilerine ait mahalle nüfuslarına ulaşamadığı için çalışmanın evreni 2006 yılı nüfus kayıtlarına göre belirlendi. İl Sağlık Müdürlüğü 2006 yılı nüfus kayıtlarına göre çalışmamızın evrenini, Eskişehir Büyükşehir Belediyesine bağlı Tepebaşı ilçesinde yaşayan 40–59 yaş grubundaki 30.580 kadın oluşturdu. Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü 2006 yılı nüfus kayıtlarından elde edilen verilere göre bu ilçede 43 mahallenin bulunduğu saptandı. Evreni temsil etmesi amacıyla tabakalı örnekleme yapılarak, bu mahallelerden nüfus oranlarına göre “Büyükölçe Oransal Seçim” ile örnekleme alınacak birey sayıları tespit edildi. Araştırma verilerinin toplanacağı sokaklar, o mahalle için belirlenen örneklem sayısı göz önüne alınarak tespit edildi. Buna göre mahallelerden her yirmi kişi için bir sokak belirlendi (**Tablo 5**).

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; incelenen olayın görülme sıklığı bilinmediği için p değeri 0,50 alınarak;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot pq}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq} \text{ formülü kullanıldı.}$$

Buna göre örneklem büyüklüğü 1030 olarak saptandı.

P= İncelenen olayın görülme sıklığı olasılığı:0,50

N= Evrendeki birey sayısı:30.580

q= İncelenen olayın görülmemesi sıklığı olasılığı:0,50

t= t tablosundan saptanan teorik değer (yanılma payı):1,96

d= 0,03 (± %3 sapma istenildiği için)

n= Örneklem alınacak birey sayısı:**1030** (Akdur R, Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi. 1996)

Tablo 5. Nüfus oranlarına göre Tepebaşı ilçesindeki mahallelerden alınacak örnek sayıları ve mahallelere girilen sokaklar

Tepebaşı İlçesindeki Mahalleler	40–59 Yaş Grubu Kadın Sayısı	Örnekleme Alınacak Kadın Sayısı	Örneklemin Alındığı Sokaklar
Alınca	16	1	825. sok.
Aşağısöğütünü	65	2	1024. sok.
Bahçelievler	705	24	İstanbul ve Dumanlı sok.
Batıkent	1329	45	Özenç, Bademliyol ve Durusoy sok.
Boyacıoğlu	7	1	125. sok
Cumhuriye	663	22	Vural ve Temel sok.
Çamlıca	2669	90	Birlik cad. Altınar, Laleli, Konak ve Torlu sok.
Eğriöz	39	1	134. sok.
Ertuğrulgazi	1730	58	Kanalboyu, Özdemirler, Güneş ve Halay sok.
Esentepe	1210	41	Egemenlik, Esne ve Yeşilmeydan sok.
Eskibağlar	608	20	Gürbüz ve Kırımlıer sok.
Fatih	676	23	Üryan sok. ve Azizler sok.
Fevziçakmak	1088	37	Şenlen ve Eryiğit sok.
Gökdere	16	1	386.sok.
Güllük	517	17	Balbal sok.
Hacıalibey	296	10	Dumruloğlu sok.
Hacıseyit	484	16	Doç. Dr. Niyazi Heper sok.
Hasanbey	19	1	255. sok.
Hayriye	239	8	Yurt sok.
Hoşnudiye	1040	35	Vardar ve Hacet sok.
Işıklar	641	22	Tufanlı ve Şimşek sok.
İhsaniye	156	5	Uluvatan sok.
Kavacık	9	1	588. sok.
Keskin	124	4	837. sok.
Kozkayı	39	1	167. sok.
Kumlubel	326	11	Uygur sok.
Mamure	635	21	Kırım cad. ve Dural sok.
MustafaKemalPaşa	280	9	Uygurlar sok.
Ömerağa	723	24	Ölçer ve Acar sok.
Satılmışoğlu	145	5	1092. sok.
Sazova	418	14	Doğanyurt sok.
Sütlüce	776	26	İstiklal cad. ve Emreler sok.
Şarhöyük	898	30	Bulum ve Erdağ sok.
Şeker	556	19	Samur sok.
Şirintepe	3121	105	Yaşardoğu, Kısmetliler, Saraçoğlu, Bereketli,

			Yeşilkaya ve Etik sok.
Tunalı	770	26	Ahmet Güven ve Diyar Sok.
Uluönder	2373	80	Rauf Orbay ve Ali Fuat Cebesoy cad. Aktüre, Şahap ve Şehit Abdülkadir Fidan sok.
Yeni	633	21	Sivrihisar cad. ve Yenidere sok.
Yenibağlar	1239	42	Kocatürk, Oba ve Martı sok.
Yeşiltepe	1873	63	Ergül, Çorak, Meram ve Çam sok.
Yukarısöğütönü	87	3	932. sok.
Zafer	1053	35	Gaffar Okkan cad. ve Akarsoy sok.
Zincirlikuyu	299	10	Güner sok.
Toplam	30.580	1030	

Örneklem kapsamına alınan kadınlar buldukları menopozal duruma göre; premenopoz, perimenopoz ve 5 yıl ↓ postmenopoz ve 5 yıl ve ↑ postmenopoz olmak üzere dört gruba ayrıldı:

- Premenopoz grubu; son 12 ay boyunca düzenli menstrual kanaması olan grup,
- Perimenopoz grubu; son 12 aydır düzensiz menstrual kanamaya sahip olan grup,
- Postmenopoz grubu; son 12 aydır menstrual kanaması olmayanlar olarak tanımlandı (70, 149, 170, 201) . Postmenopoz grubu 5 yıl ↓ postmenopoz ve 5 yıl ve ↑ postmenopoz olmak üzere iki grupta ele alındı (35, 112).

VKİ, vücut ağırlığı (kg) / boy (m)² olarak hesaplandı. DSÖ'nün tanımına göre VKİ<18.5kg/m² ise zayıf; 18.5kg/m²<VKİ<25kg/m² arasında ise normal kilo ağırlığında; VKİ>25kg/m² ise kilolu; VKİ>30kg/m² ise obez olarak tanımlandı (221). Egzersiz ise T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı'nın öngördüğü tanıma göre, haftada 3-4 kez yapılan, 30-60dk.lık fiziksel aktivite olarak değerlendirilmiştir (www.beslenme.saglik.gov.tr).

Örneklem seçme kriterleri:

- 40- 59 yaş arasında olma,
- Tepebaşı ilçesinde ikamet ediyor olma,
- Gebe ya da emziriyor olmama,
- Menopozal semptomlar ile ilgili sağlıklı veri elde etmek için postmenopozal olgularda; doğal menopozda olma (cerrahi menopozda olmama),
- Hormon tedavisi almıyor {hormonal kontrasepsiyon veya Hormon Replasman Tedavisi (HRT)} olma ve
- Son 6 ay süresince herhangi bir hormon tedavisi almamış olma olarak belirlendi (37, 42, 70, 120, 127).

Örneklem içerisine alınan 1030 kişiden 37'si HRT ya da hormon tedavisi aldığı, 59'u cerrahi menopozda olduğu, 2'si çocuğunu emzirdiği, 58'i de araştırmaya katılmayı kabul etmediği için örneklem dışında bırakılarak çalışma toplam 874 kişi ile gerçekleştirildi.

3. 4. Verilerin Toplanması

3. 4. 1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

3. 4. 1. 1. Anket Formu

Çalışmanın verilerini elde etmek amacı ile araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen 25 sorudan oluşan formdur (Bkz. Ek 2) (37, 42, 70, 84, 112, 120, 121, 127, 138, 182, 187, 201). Bu formda kadınların sosyo-demografik ve jineko-obstetrik özelliklerine, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin soruların yanı sıra menopozal döneme ait bilgi ve algılarını ölçmeye yönelik sorulara da yer verildi. Sosyo-demografik özelliklerle ilgili bölümde kadınların yaşları, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, aylık hane gelirleri ve hane gelir algıları, evde bakıma muhtaç birey varlığı ve evlilik memnuniyeti gibi sorular yer aldı. Obstetrik ve jinekolojik bilgilerine ulaşmak için kadınların gebelik, doğum, düşük ve kürtaj sayılarına, adet düzenine, menopoz yaşına, menopoz süresine ve jinekolojik ameliyat geçirme durumları

ile ilgili sorulara yer verildi. Genel sağlık durumu ve alışkanlıklara ilişkin özelliklerden; kronik hastalık varlığı, VKİ'i (Vücut Kitle İndeksi), egzersiz yapma, sigara ve alkol kullanma durumu ve boş zamanlarını değerlendirme biçimi yer aldı. Araştırmada tıbbi hastalıkların varlığı, hekim tarafından tanılanmış olması koşulu aranarak sorgulandı.

3. 4. 1. 2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form- 36)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (203). Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması amaçlanmıştır. SF-36 farklı hasta gruplarına (örn; kardiyak hastalıklar) ya da farklı tedavi gruplarına (örn: steroid tedavisi) uygulanabildiği gibi toplum içindeki sağlıklı bireylere de uygulanabilmektedir. Bu araştırmada SF-36'nın kullanılmasının önemli bir nedeni de SF-36'nın toplumdaki sağlık değişikliklerini ölçmeye duyarlı bir ölçek olduğunun bildirilmesidir (Hemingway ve ark 1997).

Birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan SF-36'nın, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Güvenirlilik için ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş her bir alt ölçek için Cronbach alfa kat sayıları 0,7324-0,7612 arasında bulunmuştur. Pınar'ın yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında SF-36'nın test-retest değeri 0.94, iç tutarlılığında cronbach alpha değeri 0.92 olarak bulunmuştur (114).

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır (Bkz. Ek 3). Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), yaşamsallık (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçek aynı zamanda bir yıllık sağlık algısındaki değişimi de ölçmektedir (203).

Değerlendirme, bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. SF 36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (Pozitif puanlama). Alt ölçekler sağlığı, 0–100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. SF-36’da ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir (114, 203).

- SF–36 sorularının puanlanması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

Soru 2, Soru 6 ve Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Soru 3a – 3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3

Soru 4a – 4d ve Soru 5a – 5c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2

Soru 7

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

Soru 8 (eğer 7 ve 8. sorular yanıtlanmış ise)

Başlangıç puan değeri	7. soru başlangıç değeri	Son puan değeri
1	1.0	6
1	2-6 arasında	5
2	1-6 arasında	4
3	1-6 arasında	3
4	1-6 arasında	2
5	1-6 arasında	1

Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	4.75
3	3.5
4	2.25
5	1.0

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Soru 10 ve Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

* Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Tablo 6. SF 36'nın Her bir Alt Başlığının Son Puanlaması ve Değerlendirilmesi

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham değer aralığı
Fiziksel fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10 – 30	20
Fiziksel rol	4a+4b+4c+4d	4 – 8	4
Ağrı	7+8	2 – 12	10
Genel sağlık algısı	1+11a+11b+11c+11d	5 – 24.4	19.4
Yaşamsallık	9a+9e+9g+9i	4 – 24	20
Sosyal işlev	6+10	2 – 10	8
Mental rol	5a+5b+5c	3 – 6	3
Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	6 – 30	24
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	2	1 – 5	4

$$\text{Boyut değeri} = \frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$$

olarak hesaplanır (114, 203).

3. 4. 1. 3. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu (Menopause-Specific Quality of Questionnaire=MENQOL) John R. Hilditch ve arkadaşları (1992) tarafından menopozal döneme özgü kadınların yaşam tarzındaki farklılıkları ölçerek, zaman içinde meydana gelen yaşam kalitesindeki değişimi sorgulamak amacıyla geliştirilmiştir (90). Ölçeği Türk toplumuna uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Kharbouch ve Şahin 2005 yılında yapmışlar ve Cronbach's Alpha değerlerini; vazomotor alan için 0.73, psikososyal alan için 0.84, fiziksel alan için 0.88 ve cinsel alan için 0.84 olarak belirlemişlerdir (112). Bozkurt ve Sevil de MÖYKÖ'nin postmenopozal dönemdeki kadınlarda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 2004 yılında yapmıştır. Bu çalışmada test-tekrar test güvenilirlik katsayısı vazomotor alan için 0.93, psikososyal alan için 0.97, fiziksel alan için 0.97 ve cinsel alan için 0.88 olarak bulunmuştur (35). 29 maddeden oluşan anket Likert tipte bir ölçektir. Sorular dört konu başlığı altında toplanmıştır. 1-3. sorular vazomotor, 4-10. sorular psikososyal, 11-26. sorular fiziksel ve 27-29. sorular cinsel konu başlıkları altında yer almıştır (90).

Verilerin toplanması aşamasında kadınların son bir ay içerisinde yaşamış oldukları yakınmalar sorgulanmakta olup, sorulara “hayır” ya da “evet” şeklinde cevap alınmaktadır. Cevap “Evet” ise yakınmanın şiddeti 0–6 arasında puanlanmakta; 0 “hiç sıkıntı vermedi”, 6 “aşırı sıkıntı verdi” olarak bireydeki rahatsızlığın boyutu sorgulanmaktadır (90).

MÖYKÖ'nin analizinde her soru maddesi 1-8 puan arasında puanlandırılmıştır 1 puan o konu ile ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını, 2 puan o konunun var olduğunu, yaşandığını ancak rahatsız edici olmadığını göstermektedir. 3-8 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini tanımlamaktadır. Bu ölçekte genel bir skora yapılmamaktadır. Çünkü her konu başlığının genel iyilik hali üzerine katkı oranı bilinmemektedir (35, 90, 112).

Konu başlıklarına ait soru adedi eşit olmadığından, skorların ortalamaları o konu başlığına ait genel skor olarak değerlendirilmektedir. Böylece her sorunun 1 ile 8 arasında toplam puanı olmaktadır. Vazomotor (3 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 24, en düşük puan 3'tür. Psikososyal (7 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 56, en düşük puan 7'dir. Fiziksel (16 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 128, en düşük puan 16'dır. Cinsel (3 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 24, en düşük puan 3'tür. Puanın düşük olması kadındaki yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (35, 90, 112).

3. 4. 1. 4. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Anket formunun ön uygulaması 27.11.2008-06.12.2008 tarihleri arasında Fatih mahallesi'nde ikamet etmekte olan 23 kişi ile gerçekleştirildi. Ön uygulama sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son şekli verildi.

3. 4. 1. 5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanması 19.12.2008-19.06.2009 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veri toplama formları uygulanmadan önce kişilere çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verildi ve sözlü izin alındı. Araştırma verileri ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Veri toplama aşamasında bir kişiyle görüşme ortalama 15 dakika sürdü.

3. 5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında (SPSS 15.0 paket programında) yapıldı. Adetleri düzenli olan kadınlar ile düzensiz olan kadınların, kronik hastalığı olanlar ile olmayanların, egzersiz yapanlar ile yapmayanların, sigara ya da alkol kullananlarla kullanmayanların ve sosyal güvencesi ya da bakıma muhtaç bireye sahip olan kadınlar ile sahip olmayan kadınların yaşam kalitesi düzeyi arasındaki farkları saptamak için Student t testi kullanıldı. Kadınların VKİ'leri, öğrenim durumları, hane gelir algıları, evlilik memnuniyetleri, medeni durumları, meslekleri, yaş grupları,

obstetrik özellikleri ve menopozal dönemlerine göre yaşam kalitesi düzeylerindeki farklılıkları belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapıp, farkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ise Tukey HSD Testi kullanıldı. Menopoz ve adet düzensizliğinin süresi ile kadınların yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi bulmak için Pearson Korelasyon ve MÖYKÖ semptomları ile menopozal gruplar arasındaki ilişki Chi-Square Testi ile değerlendirildi.

3. 6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvuruldu ve 2008/21 sayılı etik kurul onayı alındı (Bkz. Ek 5). Ayrıca Tepebaşı ilçesi bölgesinde araştırma yapılabilmesi için Eskişehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alındı (Bkz. Ek 4).

4. BULGULAR

Eskişehir Tepebaşı ilçesinde ikamet etmekte olan 40-59 yaş arasındaki kadınların menopozal semptomlarını ve menopozun yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular 5 bölüm halinde sunulmuştur;

1. Klimakterik dönemdeki kadınların sosyo-demografik, jineko-obstetrik özellikleri, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin bulgular
2. Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza yönelik bilgi ve düşüncelerine ilişkin bulgular
3. Klimakterik dönemdeki kadınların sosyo-demografik, jineko-obstetrik özellikler, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı
4. Klimakterik dönemdeki kadınların sosyo-demografik, jineko-obstetrik özellikler, genel sağlık durumu ve alışkanlıkları ile menopoza yönelik bilgi ve düşüncelerine göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı
5. Klimakterik dönemde menopozal semptomların yaşanma sıklığına ait bulgular

4.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikleri, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde olguların; sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik, genel sağlık durumuna ilişkin özelliklerine yer verildi. Sosyo-demografik özelliklerden; kadının yaşı, öğrenim durumu, çalışma ve sosyal güvence durumu, medeni durumu, bakıma muhtaç birey varlığı, evlilik memnuniyeti ve gelir algısı ile ilgili bulgular sunuldu. Obstetrik ve jinekolojik özelliklerinden; gebelik, doğum, kürtaj ve abortus sayısı, geçirilmiş jinekolojik operasyon varlığı, genel sağlık durumuna yönelik özelliklerinden ise kronik hastalık varlığı ve türü, VKİ, sigara ve alkol kullanma, egzersiz yapma, boş zamanlarını değerlendirme biçimine ilişkin veriler yer aldı .

Tablo 4.1.1’de araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Araştırma grubundaki kadınların yaş aralığı 40 ile 59 arasında olup, yaş ortalaması 48.58 ± 5.61 olarak belirlendi. Kadınların çoğunluğunu 40-44 yaş grubunda (%29.50), sosyal güvenceye sahip (%87.40), ilkokul mezunu (%56.80), evli (%84.40), ev hanımı (%80.90) olanlar ve bakıma muhtaç bireye sahip olmayanlar (%85.20) oluşturdu. Yine kadınların büyük çoğunluğu (%77.30) evlilik hayatından memnundu.

Kadınların aylık hane gelirlerinin 200 TL ile 6000 TL arasında değiştiği ve aylık gelir ortalamasının da 919.25 ± 536.45 olduğu belirlendi. Kendi ifadelerine göre çoğunluğunun (%60.10) geliri giderinden azdı.

Tablo 4.1.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (N=874)	%
Yaş		
40- 44	258	29.50
45- 49	237	27.00
50- 54	222	25.40
55- 59	157	18.10
Sosyal Güvence Durumu		
Var	764	87.40
Yok	110	12.60
Öğrenim Durumu		
Okuma/yazma yok	62	7.10
İlkokul mezunu	496	56.80
Ortaokul mezunu	116	13.30
Lise mezunu	136	15.60
Fakülte/yüksekokul mezunu	64	7.30
Meslek		
İşçi	45	5.10
Memur	46	5.30
Emekli	76	8.70
Ev hanımı	707	80.90
Medeni Durum		
Bekâr	20	2.30
Evli	738	84.40
Dul	85	9.70
Boşanmış	26	3.00
Ayrı yaşayan	5	0.60
Bakıma Muhtaç Birey Varlığı		
Var	129	14.80
Yok	745	85.20
Evlilik Memnuniyeti		
Çok memnun	114	15.40
Memnun	572	77.30
Memnun değil	42	5.70
Hiç memnun değil	12	1.60
Gelir Algısı		
Geliri giderinden az	525	60.10
Geliri giderini karşılıyor	335	38.30
Geliri giderinden fazla	14	1.60

Tablo 4.1.2’de klimakterik dönemdeki kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri verilmektedir. Kadınların %40.62’sinin adetlerinin düzenli, %12.24’ünün adetlerinin düzensiz, %47.14’ünün de adet görmediği belirlendi. Bu veriler doğrultusunda araştırmamızdaki kadınların menopoza ilişkin durumları değerlendirildiğinde; %40.62’sinin premenopozal grupta, %12.24’ünün perimenopozal grupta, %19.00’inin 5 yıl altındaki postmenopozal grupta ve %28.14’ünün de 5 yıl ve üzeri postmenopozal grupta olduğu saptandı.

Kadınların jinekolojik ameliyat geçirip geçirmediikleri incelendiğinde, %88.20’si herhangi bir jinekolojik ameliyat geçirmemişti. Geçirilen jinekolojik ameliyatlardan %39.80’i myomektomi, %29.10’u tüp ligasyonu, %19.40’ı sezaryen ve %11.70’i ise diğer (sağ ve sol overektomi, servikal konizasyon, histerektomi, sistosel, salpenjektomi) jinekolojik ameliyat türlerinden oluşmaktaydı. Geçirilen jinekolojik ameliyatın üzerinden ortalama 10.26 ± 5.95 yıllık süre geçmişti.

Çalışma grubumuzdaki 411 adet görmeyen kadının (%47.14) menopoz süreleri 1 yıl ile 20 yıl arasında değişmekte olup, menopoz yılı ortalaması 6.34 ± 4.35 tir. Menopoz yaşları ise 30 yaş ile 57 yaş arasında olup menopoz yaşı ortalaması 46.40 ± 4.40 olarak bulundu.

Obstetrik özelliklerine bakıldığında, kadınların %43.20’sinin gebelik sayısının 3 ya da 4 olup ortalama gebelik sayısı 3.47 ± 2.01 olarak bulundu. Kadınların %54.50’sinin 2 ve daha az sayıda doğum yaptığı ve ortalama doğum sayısının 2.53 ± 1.37 olduğu belirlendi. Kadınların %69.50’sinin düşük yapmadığı, %68.50’sinin ise hiç kürtaj olmadığı tespit edildi. Ortalama düşük sayısı 0.46 ± 0.88 , kürtaj sayısı ise 0.47 ± 0.87 olarak belirlendi.

Tablo 4.1.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Jinekolojik ve Obstetrik Özellikler	Sayı (N=874)	%
Adet Görme Durumu		
Düzenli Gören	356	40.62
Düzensiz Gören	107	12.24
Görmeyen	411	47.14
Menopozal Dönem		
Premenopoz	356	40.62
Perimenopoz	107	12.24
< 5 yıl Postmenopoz	165	19.00
5 yıl ve üzeri postmenopoz	246	28.14
Jinekolojik Operasyon Öyküsü		
Var	103	11.80
Yok	771	88.20
Geçirilmiş Jinekolojik Ameliyat Türü		
Tüp ligasyon	30	29.10
Myomektomi	41	39.80
Sezaryen	20	19.40
Diğer*	12	11.70
Menopoz Yılı (X=6.34±4.35)	411	47.14
Menopoz Yaşı (X=46.40±4.40)	411	47.14
Gebelik Sayısı (X=3,47±2,01)		
0	38	4.30
1-2	261	29.90
3-4	378	43.20
5 ve ↑	197	22.60
Doğum Sayısı (X=2,53±1,37)		
0	41	4.70
1-2	477	54.50
3-4	287	32.90
5 ve ↑	69	7.90
Düşük Sayısı (X=0,46 ± 0,88)		
0	607	69.50
1	175	20.00
2	63	7.20
3 ve ↑	29	3.30
Kürtaj Sayısı (X=0,47 ± 0,87)		
0	599	68.50
1	179	20.50
2	65	7.40
3 ve ↑	31	3.60

Diğer*: Tüp ligasyon + Sezaryen (3 kişi), Sağ overektomi (1), Sol overektomi (1), Servikal konizasyon (1), Histerektomi (3), Sistosal (2), Salpenjektomi (1).

Tablo 4.1.3'te klimakterik dönemdeki kadınların genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınlarda kronik hastalık varlığı incelendiğinde; kadınların %37.10'unun sistemik hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Hastalığa sahip olanların %32,10'unun hipertansiyonu, %11.10'unun diyabeti, %5.90'nın bel-boyun fıtığı ve %4.00'nin romatizmal hastalığı bulunmaktaydı. Kadınların %21.60'ı diğer grubunda sınıflanan, daha seyrek görülen hastalıklara, %25.30'u ise birden fazla sayıda hastalığa sahipti.

Kadınlarda boy uzunluğu 1.36cm ile 1.80cm arasında olup ortalama boy uzunlukları 1.61 ± 6.35 , ağırlıkları 38kg ile 137kg arasında olup kilo ortalaması 72.37 ± 12.40 olarak saptandı. Katılımcıların VKİ'leri hesaplandığında %1.40'nın zayıf ($VKİ < 18,5 \text{ kg/m}^2$), %25.80'inin normal ($18,5 \text{ kg/m}^2 \leq VKİ \leq 25 \text{ kg/m}^2$), %42.10'unun kilolu ($VKİ > 25 \text{ kg/m}^2$) ve %30.70'inin obez ($VKİ > 30 \text{ kg/m}^2$) olduğu tespit edildi. VKİ ortalaması ise 28.04 ± 4.86 bulundu.

Kadınların %79.20'sinin egzersiz yapmadığı, egzersiz yaptığını ifade eden 182 kişinin (%20.80) ise büyük çoğunluğunun egzersiz olarak yürüyüşü tercih ettiği saptandı. Sigara kullanma oranı %28.70'ti. Sigara kullanan katılımcıların günlük kullandıkları sigara sayısı 1 ile 40 arasında değişmekte olup, günlük içilen ortalama sigara sayısı 12.66 ± 7.77 olarak bulundu. Kadınların büyük oranda alkol kullanmadığı sadece %4.80'inin alkol aldığı tespit edildi.

Kadınların boş zamanlarını değerlendirme biçimlerine göre dağılımı incelendiğinde; %34.00'ı ev işi yaparak, %28.10'u el işi yaparak, %8.60'ı gezerek, %7.30'u televizyon izleyerek, %5.60'ı kitap okuyarak, %16.40'ı ise diğer uğraşlar ile boş zamanlarını değerlendirdiklerini belirtti.

Tablo 4.1.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları	Sayı (N=874)	%
Sistemik Hastalık		
Var	324	37.10
Yok	550	62.90
Sistemik Hastalığın Türü		
Hipertansiyon	104	32.10
Diyabet	36	11.10
Romatizmal Hastalık	13	4.00
Bel-Boyun Fıtığı	19	5.90
Diğer*	70	21.60
Birden fazla sayıda**	82	25.30
VKİ (X=28.04±4.86)		
Zayıf	12	1.40
Normal	227	25.80
Kilolu	367	42.10
Obez	268	30.70
Egzersiz Yapma		
Yapan	182	20.80
Yapmayan	692	79.20
Sigara Kullanma		
Kullanan	251	28.70
Kullanmayan	623	71.30
Alkol Kullanma		
Kullanan	42	4.80
Kullanmayan	832	95.20
Boş Zamanları Değerlendirme		
Ev işi	297	34.00
El işi	246	28.10
TV izlemek	64	7.30
Gezmek	75	8.60
Kitap okumak	49	5.60
Diğer***	143	16.40

Diğer*; Astım Hastası (30 kişi), Behçet Hastası (1), Crohn Hastası (1), Böbrek Hastası (3), Kalp Hastası (7), Migren (10), Epilepsi Hastası (3), Menisküs (1), Panik atak (2), Mide ülseri (5), Depresyon (1), Ortopedik engelli (1), Hepatit C (2) ve Akdeniz anemisi (2)

Birden fazla hastalığa sahip olan**; Hipertansiyon + Diyabet (41 kişi), Kalp Hastası + Hipertansiyon + Diyabet (12), Kalp Hastası + Hipertansiyon (5), Hipertansiyon + Romatizma (4), Diyabet + Romatizma (1), Hipertansiyon + Panik atak (4), Hipertansiyon + Bel fıtığı (3), Hipertansiyon + Osteoporoz (2), Astım + Bel fıtığı (2), Hipertansiyon + Diyabet + Hepatit C (1), Astım + Diyabet + Hipertansiyon (1), Astım + Romatizmal Hastalık (1), Astım + Diyabet (1), Bel- Boyun fıtığı + migren (1), Bel- Boyun fıtığı + Romatizma (2), Bel- Boyun fıtığı + Romatizma + Hipertansiyon (1).

Diğer***: Kursu giderek (8 kişi), yürüyüş yaparak (44), boş zamanım yok (8), spor yaparak (8), dinlenerek (yatarak-uyuyarak) (19), resim çizerek (1), dikiş dikerek (1), müzik dinleyerek (2), bilgisayar başında (3), eşime yardım ederek (2), sineme-tiyatroya giderek (1), ibadet yaparak (9), ailemle (18), torunuma bakarak (19).

4.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza Yönelik Bilgi Ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların menopoza ait bilgilerinin olup olmadığı, bilgisi olan kadınların menopoza ait bilgiyi nereden aldığı, bu dönemi algılayış biçimleri ve nedenleri yer almaktadır.

Kadınların %48.20'sinin menopozal döneme yönelik bilgi almadığı, bilgiyi alan kadınların ise bu bilgiyi %26.30 oranında en çok hekimlerden aldığı belirlendi. Kadınların %61.00'ı bu dönemi kötü olarak algıladıklarını ve dönemi olumsuz algılamalarının en yaygın nedenini bu dönemde vücutta yaşlanmayla ilişkili meydana gelen olumsuz değişiklikler (%82.00) olarak ifade ettiler. Kadınların %39.00'ı ise dönemi olumlu olarak algıladıklarını ve bunun nedenini çoğunlukla (%34.30) adet dönemine yönelik ağrı ve sıkıntılardan kurtuluş olarak gördüklerini belirttiler.

Tablo 4.2.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Döneme Yönelik Bilgi Alma, Bilginin Alındığı Kaynak, Dönemi Algılama Biçimlerinin Dağılımı

Menopozal Döneme Yönelik Bilgi ve Algılama Biçimleri	Sayı (N=874)	%
Bilgi Alma Durumu		
Evet	453	51.80
Hayır	421	48.20
Bilginin Alındığı Kaynak		
Komşu-akrabalar	113	24.90
Hemşire-ebe	82	18.10
Hekim	119	26.30
Kitle iletişim araçları	87	19.20
Birden fazla*	52	11.50
Dönemi Algılama Biçimi		
Olumlu	341	39.00
Olumsuz	533	61.00
Dönemi Olumlu Algılama Nedenleri		
Korunma yöntemi kullanmak zorunda olunmadığı için	67	19.60
Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için	80	23.50
Adet dönemi ağrı ve sıkıntılarından kurtuluş olduğu için	117	34.30
İbadetler aksatılmadan yapılabildiği için	56	16.40
Aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için	21	6.20
Dönemi Olumsuz Algılama Nedenleri		
Doğurganlık kaybolduğu için	59	11.10
Cinsellik azaldığı için	37	6.90
Vücutta yaşlanmayla ilişkili değişiklikler olduğu için	437	82.00

Birden fazla*: Kitle iletişim + Doktor (10 kişi), Kitle iletişim + Komşu-akrabalar (12), Kitle iletişim + hemşire-ebe (16), Komşu- akrabalar + hemşire-ebe (2), Doktor + hemşire-ebe (8), Hepsi (4).

4.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikler, Genel Sağlık Durumu Ve Alışkanlıklarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.3.1' de klimakterik dönemdeki kadınların VKİ değerlerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımına yer verildi. VKİ değerlerine göre zayıf, normal kiloda, kilolu ve obez kadınların fiziksel fonksiyon alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı ($F=8.206$, $p<0.001$). Obez olanların puan ortalaması ile normal kiloda olan kadınların puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark ($p<0.001$), kilolu olanların puan ortalamaları arasında ise önemli fark ($p<0.01$) saptandı. Fiziksel fonksiyon alt alanında en düşük yaşam kalitesine sahip olan grup obez olanlardı.

SF 36 ölçeğinin genel sağlık algısı alt alan puan ortalamalarına göre zayıf, normal kiloda, kilolu ve obez kadınlar arasında farklılık bulundu ($F=3.736$, $p<0.05$). Bu farklılık normal kiloda olan kadınlar ile obez kadınlar arasındaydı ($p<0.05$). Normal kiloda olan kadınların obez kadınlardan daha iyi genel sağlık algısına sahip oldukları tespit edildi.

VKİ değerlerine göre zayıf, normal kiloda, kilolu ve obez kadınların yaşamsallık alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark saptandı ($F=2.818$, $p<0.05$). Tukey HSD Post Hoc test kullanılarak yapılan ileri analizde yaşamsallık alanı yaşam kalitesi için gruplar arasında farklılık tespit edilmemiştir. Mental sağlık alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları zayıf, normal kiloda, kilolu ve obez kadınlar arasında da farklılık gösterdi ($F=2.875$, $p<0.05$). Zayıf kadınlar ile normal kiloda ve obez olan kadınlar arasında fark vardı ($p<0.05$). En iyi mental sağlık alanı yaşam kalitesine normal kiloda olan kadınlar sahipken, en düşük mental sağlık alanı yaşam kalitesine zayıf kadınlar sahipti. Kadınların VKİ değerlerine göre (zayıf, normal kiloda, kilolu ve obez) SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon, mental rol ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Vücut Kitle İndeksine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	VKİ (kg/m ²)	N	X ± SS	F	P
Fiziksel fonksiyon	Zayıf	12	77.50±23.78	8.206	0.000
	Normal	227	81.60±20.86		
	Kilolu	367	77.20±23.14		
	Obez	268	71.27±25.56		
	Toplam	874	76.52±23.65		
Fiziksel rol	Zayıf	12	58.33±48.06	1.838	0.139
	Normal	227	65.86±41.62		
	Kilolu	367	64.71±41.62		
	Obez	268	58.02±43.17		
	Toplam	874	62.87±42.25		
Ağrı	Zayıf	12	65.83±25.16	1.388	0.245
	Normal	227	63.00±26.31		
	Kilolu	367	63.26±26.62		
	Obez	268	59.20±28.83		
	Toplam	874	62.00±27.24		
Genel sağlık algısı	Zayıf	12	50.77±12.43	3.736	0.011
	Normal	227	59.81±18.77		
	Kilolu	367	56.24±15.63		
	Obez	268	55.20±17.88		
	Toplam	874	56.77±17.24		
Yaşamsallık	Zayıf	12	47.91±13.39	2.818	0.038
	Normal	227	61.70±20.24		
	Kilolu	367	59.10±17.58		
	Obez	268	58.93±17.82		
	Toplam	874	59.57±18.39		
Sosyal işlev	Zayıf	12	71.87±25.63	.076	0.973
	Normal	227	74.88±22.50		
	Kilolu	367	74.96±23.36		
	Obez	268	75.18±25.48		
	Toplam	874	74.97±23.81		
Mental rol	Zayıf	12	50.00±48.19	1.967	0.117
	Normal	227	61.52±42.51		
	Kilolu	367	60.58±43.89		
	Obez	268	53.48±44.32		
	Toplam	874	58.50±43.80		
Mental sağlık	Zayıf	12	46.18±17.26	2.875	0.035
	Normal	227	60.11±16.33		
	Kilolu	367	58.40±16.48		
	Obez	268	58.97±16.84		
	Toplam	874	58.85±16.61		

Tablo 4.3.1'in devamı

SF-36 alt alanları	VKİ (kg/m ²)	N	X ± SS	F	P
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Zayıf	12	49.58±23.50	1.966	0.118
	Normal	227	48.43±20.28		
	Kilolu	367	47.45±21.80		
	Obez	268	44.06±23.50		
	Toplam	874	46.70±22.01		

Tablo 4.3.2'de klimakterik dönemdeki kadınların adet düzenine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımına yer verildi. Çalışma grubumuzdaki adetleri düzenli olan kadınlar ile düzensiz olanlar arasında fiziksel fonksiyon, yaşamsallık, sosyal işlev, mental sağlık ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). Adetleri düzenli olanlar ile düzensiz olan kadınların fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı ve mental rol alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında ise farklılık vardı ($p<0.05$). Adetleri düzenli olan kadınlar adetleri düzensiz olan kadınlardan daha yüksek puan ortalamalarına dolayısı ile daha iyi yaşam kalitesine sahiptiler.

Tablo 4.3.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Adet Düzenine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Adet Düzeni	Sayı (N=874)	X ± SS	t	p
Fiziksel fonksiyon	Düzenli	355	85.29±17.26	1.896	0.059
	Düzensiz	107	81.68±17.34		
Fiziksel rol	Düzenli	355	74.29±38.18	2.568	0.011
	Düzensiz	107	62.61±42.11		
Ağrı	Düzenli	355	68.24±26.32	2.586	0.010
	Düzensiz	107	60.76±25.83		
Genel sağlık algısı	Düzenli	355	60.16±16.28	2.275	0.023
	Düzensiz	107	56.06±16.48		
Yaşamsallık	Düzenli	355	62.39±18.23	1.504	0.134
	Düzensiz	107	59.76±15.05		
Sosyal işlev	Düzenli	355	79.33±20.71	-0.252	0.801
	Düzensiz	107	79.90±20.72		
Mental rol	Düzenli	355	66.76±41.88	2.302	0.023
	Düzensiz	107	55.45±45.31		
Mental sağlık	Düzenli	355	60.37±15.86	1.033	0.302
	Düzensiz	107	58.56±15.89		
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Düzenli	355	50.61±19.94	1.089	0.278
	Düzensiz	107	47.89±23.42		

Tablo 4.3.3’de klimakterik dönemdeki kadınların öğrenim düzeylerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların öğrenim düzeylerine göre fiziksel fonksiyon alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı ($F=25.755$, $p<0.001$). Okuma/yazması olmayan grupla diğer dört grup arasında, ilkokul mezunu olanlar ile lise ve fakülte/yüksekokul mezunu olan grup arasında ileri düzeyde önemli fark vardı ($p<0.001$).

SF-36 ölçeğinin fiziksel rol alt alan puan ortalamaları öğrenim düzeylerine göre ileri düzeyde önemli farklılık göstermekteydi ($F=10.905$, $p<0.001$). Okuma/yazması olmayan grupla diğer dört grup arasında ileri düzeyde önemli fark vardı ($p<0.001$). Fiziksel rol alanında okuma/yazması olmayanların yaşam kalitesi diğer dört gruptan düşüktü, en yüksek yaşam kalitesine ise lise mezunu kadınlar sahipti.

SF 36 ağrı alt alanı puan ortalamalarına göre öğrenim durumları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı ($F=6.677$, $p<0.001$). Okuma/yazması olmayan grup ile ilkokul ve ortaokul mezunu olan grup arasında önemli fark ($p<0.01$), yine okuma/yazması olmayan grup ile lise ve fakülte/yüksekokul mezunu olan grup arasında ise ileri düzeyde önemli fark bulundu ($p<0.001$). Öğrenim görmemiş olan grupla, ilkokul mezunu olan grup; ortaokul mezunu olan grupla fakülte/yüksekokul mezunu olan grup arasında fark vardı ($p<0.05$).

Kadınların öğrenim durumlarına göre, genel sağlık algısı alt alanı puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark vardı ($F=14.382$, $p<0.001$). Okuma/yazması olmayan grupla ortaokul mezunu grup arasında önemli fark ($p<0.01$), lise ve fakülte/yüksekokul mezunu olanlar ile okuma/yazması olmayan grup ve ilkokul mezunu grup arasında ise ileri düzeyde önemli fark saptandı ($p<0.001$).

Yaşamsallık alt alanı puan ortalamaları, kadınların öğrenim durumları göz önüne alındığında; ileri düzeyde önemli farklılık gösterdi ($F=16.122$, $p<0.001$). Okuma/yazması olmayan kadınların ilkokul mezunu kadınlar hariç diğer üç grup ile

aralarında ileri düzeyde önemli farklılık bulundu ($p<0.001$). İlkokul mezunu kadınlar ile okuma/yazması olmayan ve ortaokul mezunu kadınlar arasında ise önemli fark saptandı ($p<0,01$). Çalışma grubumuzdaki kadınların öğrenim düzeyleri ile sosyal işlev alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kadınların öğrenim durumlarına göre mental rol alt alanı puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark tespit edildi ($F=6.523$, $p<0.001$). Lise mezunu kadınlar ile ilkokul mezunu kadınlar arasında fark ($p<0.05$), okuma/yazması olmayan kadınlar ile ortaokul ve fakülte/yüksekokul mezunu kadınlar arasında önemli fark ($p<0,01$), okuma/yazması olmayan kadınlar ile lise mezunu kadınlar arasında ise ileri düzeyde önemli fark saptandı ($p<0.001$).

Mental sağlık alt alanından alınan puan ortalamaları kadınların öğrenim durumlarına göre ileri düzeyde önemli farklılık göstermekteydi ($F=11.741$, $p<0.001$). Okuma/yazması olmayan kadınlar ile diğer tüm gruplar arasında ileri düzeyde önemli farklılık ($p<0.001$), ilkokul mezunu kadınlar ile fakülte/yüksekokul mezunu kadınlar arasında ise önemli farklılık vardı ($p<0.01$).

Bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt alan puan ortalamaları kadınların öğrenim durumlarına göre önemli derecede farklıydı ($F=4.025$, $p<0.01$). Okuma/yazması olmayan kadınlar ile fakülte/yüksekokul mezunu kadınlar arasında fark ($p<0.05$), yine okuma/yazması olmayan kadınlar ile lise mezunu kadınlar arasında önemli fark bulundu ($p<0.01$).

SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, mental rol, mental sağlık ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt alanlarından alınan puan ortalamaları göz önüne alınarak değerlendirme yapıldığında; en iyi yaşam kalitesine fakülte/yüksekokul mezunu kadınlar, en düşük yaşam kalitesine ise okuma/yazması olmayan kadınların sahip olduğu görüldü.

Tablo 4.3.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Öğrenim Düzeyine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Öğrenim Düzeyi	N	X ± SS	F	p
Fiziksel fonksiyon	Okuma/yazma yok	62	53.79±31.79	25.755	0.000
	İlkokul mezunu	496	74.94±23.16		
	Ortaokul mezunu	116	79.87±21.46		
	Lise mezunu	136	84.08±17.79		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	88.67±14.80		
	Toplam	874	76.52±23.65		
Fiziksel rol	Okuma/yazma yok	62	33.46±39.18	10.905	0.000
	İlkokul mezunu	496	61.49±42.09		
	Ortaokul mezunu	116	70.47±40.72		
	Lise mezunu	136	71.32±40.19		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	70.31±40.79		
	Toplam	874	62.87±42.25		
Ağrı	Okuma/yazma yok	62	47.45±25.07	6.677	0.000
	İlkokul mezunu	496	61.24±28.14		
	Ortaokul mezunu	116	64.00±25.89		
	Lise mezunu	136	66.28±25.75		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	68.79±22.35		
	Toplam	874	61.97±27.24		
Genel sağlık algısı	Okuma/yazma yok	62	48.10±18.39	14.382	0.000
	İlkokul mezunu	496	54.94±16.80		
	Ortaokul mezunu	116	57.50±16.77		
	Lise mezunu	136	62.46±16.41		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	65.89±15.02		
	Toplam	874	56.77±17.24		
Yaşamsallık	Okuma/yazma yok	62	48.06±18.11	16.122	0.000
	İlkokul mezunu	496	57.64±18.25		
	Ortaokul mezunu	116	63.79±17.34		
	Lise mezunu	136	63.71±18.21		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	69.21±13.09		
	Toplam	874	59.57±18.39		
Sosyal işlev	Okuma/yazma yok	62	67.74±24.95	1.662	0.157
	İlkokul mezunu	496	75.60±24.40		
	Ortaokul mezunu	116	74.67±24.80		
	Lise mezunu	136	75.18±21.67		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	77.14±19.61		
	Toplam	874	74.97±23.81		
Mental rol	Okuma/yazma yok	62	40.32±41.43	6.523	0.000
	İlkokul mezunu	496	55.37±44.06		
	Ortaokul mezunu	116	64.94±42.58		
	Lise mezunu	136	68.13±42.13		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	68.22±42.17		
	Toplam	874	58.50±43.80		

Tablo 4.3.3'ün devamı

SF-36 alt alanları	Öğrenim Düzeyi	N	X ± SS	F	p
Mental sağlık	Okuma/yazma yok	62	48.45±14.53	11.741	0.000
	İlkokul mezunu	496	57.82±17.06		
	Ortaokul mezunu	116	61.38±14.39		
	Lise mezunu	136	61.91±15.60		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	65.82±15.37		
	Toplam	874	58.85±16.61		
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Okuma/yazma yok	62	38.54±24.80	4.025	0.003
	İlkokul mezunu	496	46.15±22.75		
	Ortaokul mezunu	116	46.25±20.61		
	Lise mezunu	136	50.69±19.90		
	Fak./Y.Okul mezunu	64	51.09±17.53		
	Toplam	874	46.69±22.01		

Tablo 4.3.4'te klimakterik dönemdeki kadınların hane gelir algılarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Kadınların hane gelir algılarına göre fiziksel fonksiyon alt alanı puan ortalamaları arasında önemli fark ($F=7.085$, $p<0.01$), fiziksel rol ve ağrı alt alan puan ortalamaları arasında fark bulundu ($F=4.568$, $p<0.05$; $F=3.176$, $p<0.05$). Bu fark hane gelir düzeyini giderinden az belirten grup ile gelirin gideri karşıladığını ifade eden grup arasındaydı.

Genel sağlık algısı alt ölçeği puan ortalamalarının hane gelir algılarına göre ileri düzeyde önemli farklılık gösterdiği bulundu ($F=20.894$, $p<0.001$). Hane gelir düzeyinin giderinden fazla olduğunu belirten grup ile gelirin giderinden az olduğunu belirten grup arasında önemli fark saptandı ($p<0.01$). Diğer tüm grupların puan ortalamaları arasında ise ileri düzeyde önemli fark tespit edildi ($p<0.001$).

Kadınların hane gelir algılarına göre yaşamsallık, mental rol ve mental sağlık alt alan ölçeği puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark ($F=20.813$, $p<0.001$; $F=14.971$, $p<0.001$; $F=14.582$, $p<0.001$), bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt alanı puan ortalaması arasında ise fark bulundu ($F=3.991$, $p<0.05$). Gelirinin giderini karşıladığını ifade eden grup ile gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden grup arasında ileri düzeyde önemli farklılık vardı ($p<0.001$). Çalışmamızdaki kadınların hane

gelir algularına göre sosyal işlev alt alanından aldıkları puan ortalamaları arasında fark bulunmadı ($F= .820, p>0.05$).

Hane gelir algularına göre, ölçeğin alt alanlarından alınan puan ortalamaları göz önünde bulundurularak kadınların yaşam kalitesi düzeyleri değerlendirildiğinde; fiziksel fonksiyon, mental rol ve mental sağlık alt alanlarında, geliri giderini karşılayan kadınlar en yüksek yaşam kalitesine sahipken, geliri giderinden az olan kadınlar en düşük yaşam kalitesine sahipti. Ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alanlarında da yine hane geliri giderini karşılayan kadınlar en yüksek yaşam kalitesine sahipken geliri giderinden fazla olan kadınlar ise en düşük yaşam kalitesine sahipti.

Tablo 4.3.4. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Hane Gelir Algılarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Hane Gelir Algısı	N	X ± SS	F	p
Fiziksel fonksiyon	Geliri giderinden az	525	74.10±25.96	7.085	0.001
	Geliri giderini karşılayan	335	80.28±19.31		
	Geliri giderinden fazla	14	77.50±15.03		
	Toplam	874	76.52±23.65		
Fiziksel rol	Geliri giderinden az	525	59.38±42.87	4.568	0.011
	Geliri giderini karşılayan	335	67.98±41.07		
	Geliri giderinden fazla	14	71.42±35.16		
	Toplam	874	62.87±42.25		
Ağrı	Geliri giderinden az	525	60.32±28.48	3.176	0.042
	Geliri giderini karşılayan	335	64.81±25.33		
	Geliri giderinden fazla	14	55.71±16.83		
	Toplam	874	61.97±27.24		
Genel sağlık algısı	Geliri giderinden az	525	54.58±16.83	20.894	0.000
	Geliri giderini karşılayan	335	60.89±16.86		
	Geliri giderinden fazla	14	40.57±17.83		
	Toplam	874	56.77±17.24		
Yaşamsallık	Geliri giderinden az	525	56.47±18.28	20.813	0.000
	Geliri giderini karşılayan	335	64.55±17.63		
	Geliri giderinden fazla	14	56.42±15.24		
	Toplam	874	59.57±18.39		
Sosyal işlev	Geliri giderinden az	525	75.23±24.49	0.820	0.441
	Geliri giderini karşılayan	335	74.25±22.93		
	Geliri giderinden fazla	14	82.14±17.48		
	Toplam	874	74.97±23.81		
Mental rol	Geliri giderinden az	525	52.00±44.63	14.971	0.000
	Geliri giderini karşılayan	335	68.35±40.95		
	Geliri giderinden fazla	14	66.66±34.59		
	Toplam	874	58.50±43.80		
Mental sağlık	Geliri giderinden az	525	56.46±17.21	14.582	0.000
	Geliri giderini karşılayan	335	62.63±14.88		
	Geliri giderinden fazla	14	58.03±17.40		
	Toplam	874	58.85±16.61		
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Geliri giderinden az	525	45.05±22.69	3.991	0.019
	Geliri giderini karşılayan	335	49.35±19.98		
	Geliri giderinden fazla	14	44.64±35.32		
	Toplam	874	46.69±22.01		

Tablo 4.3.5’de klimakterik dönemdeki kadınların evlilik memnuniyetine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımına yer verildi. SF-36 fiziksel fonksiyon alt alanı puan ortalamaları kadınların evlilik memnuniyetlerine göre önemli farklılık gösterdi ($F=3.885$, $p<0.01$). Evlilik hayatından hiç memnun olmayanlar ile çok memnun olanlar ve memnun olanlar arasında fark bulundu ($p<0.05$).

Kadınların evlilik memnuniyetine göre fiziksel rol alt alanından alınan puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı ($F=10.482$, $p<0.001$). Evlilik hayatından hiç memnun olmayanlar ile memnun olmayanlar arasında fark ($p<0.05$), memnun olmayanlar ile memnun olanlar arasında önemli fark bulundu ($p<0.01$). Evlilik hayatından hiç memnun olmayan grup ile çok memnun ve memnun olan grup arasında ise ileri düzeyde önemli fark vardı ($p<0.001$).

Ağrı alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları ifade edilen evlilik memnuniyetine göre ileri düzeyde önemli farklılık göstermekteydi ($F=12.470$, $p<0.001$). Evlilik hayatından memnun olmayanlar ile çok memnun ve memnun olan kadınların puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli farklılık vardı ($p<0.001$). Evlilik hayatından memnun olmayanlar ağrı alanında en düşük yaşam kalitesine sahipken, memnun olanlar en yüksek yaşam kalitesine sahipti.

Genel sağlık algısı alt ölçeği puan ortalamaları evlilik memnuniyetine göre ileri düzeyde önemli farklılığa sahipti ($F=12.311$, $p<0.001$). Evlilik hayatından çok memnun olanlar ile memnun olanlar arasında fark ($p<0.05$), çok memnun olanlar ile hiç memnun olmayanlar arasında önemli fark ($p<0.01$), evlilik hayatından memnun olmayan kadınlar ile çok memnun ve memnun olanlar arasında ise ileri düzeyde önemli fark saptandı ($p<0.001$).

Kadınların evlilik memnuniyetine göre yaşamsallık alt alanından aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark vardı ($F=20.307$, $p<0.001$). Evlilik hayatından çok memnun olanlar ile hiç memnun olmayanlar arasında fark ($p<0.05$), çok memnun olanlar ile memnun olanlar arasında ise önemli fark olduğu belirlendi

($p<0.01$). Memnun olmayanlar ile çok memnun ve memnun olanlar arasında ise ileri düzeyde önemli fark bulundu ($p<0.001$).

SF-36 sosyal işlev alt alanı puan ortalamaları kadınların evlilik memnuniyetine göre ileri düzeyde önemli farklılık göstermekteydi ($F=13.495$, $p<0.001$). Evlilik hayatından çok memnun olanlar ile hiç memnun olmayanlar arasında farklılık varken ($p<0.05$), çok memnun olanlar ile memnun olmayanlar; memnun olanlar ile hiç memnun olmayanlar arasında ise önemli farklılık bulundu ($p<0.01$). Memnun olan grup ile memnun olmayan grubun puan ortalamaları arasında ise ileri düzeyde önemli farklılık olduğu tespit edildi ($p<0.001$).

Kadınların mental rol alt alanından aldıkları puan ortalamalarının evlilik memnuniyetlerine göre ileri düzeyde önemli farklılık gösterdiği saptandı ($F=13.705$, $p<0.001$). Evlilik hayatından çok memnun olanlar ile memnun olmayanlar ve hiç memnun olmayanlar; evlilik hayatından memnun olanlar ile memnun olmayanlar ve hiç memnun olmayanların puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli farklılık vardı ($p<0.001$).

Kadınların evlilik memnuniyetine göre mental sağlık alt alanından aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark bulundu ($F=21.799$, $p<0.001$). Evlilik hayatından çok memnun olan grup ile memnun olan grup arasında fark vardı ($p<0.05$). Çok memnun olan grup ile hiç memnun olmayan grup arasında önemli fark ($p<0.01$), memnun olmayan grup ile çok memnun ve memnun olan grup arasında ise ileri düzeyde önemli fark olduğu tespit edildi ($p<0.001$).

SF-36 bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt alanından alınan puan ortalamaları kadınların evlilik memnuniyetlerine göre önemli derecede farklıydı ($F=5.117$, $p<0.01$). Evlilik hayatından çok memnun olan kadınlar ile memnun olmayan ve hiç memnun olmayan kadınlar arasında fark bulundu ($p<0.05$).

SF-36 ölçeğinin alt alanlarının puan ortalamaları göz önüne alınarak değerlendirme yapıldığında; kadınların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve sosyal işlev alt alanlarında en yüksek yaşam kalitesine evlilik hayatından memnun olan grup, en düşük yaşam kalitesine evlilik hayatından hiç memnun olmayan grup sahipti. Genel sağlık algısı, yaşamsallık ve mental sağlık alanlarındaki yaşam kalitelerine bakıldığında evlilik hayatından çok memnun olan kadınlar en iyi, memnun olmayanlar en kötü yaşam kalitesine sahip olan gruptu. Mental rol ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alanlarında ise en yüksek yaşam kalitesinin evlilik hayatından çok memnun olanlarda, en düşük yaşam kalitesinin ise evlilik hayatından hiç memnun olmayan grupta olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3.5. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Evlilik Memnuniyetine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Evlilik Memnuniyeti	N	X ± SS	F	p
Fiziksel fonksiyon	Çok memnunum	114	77.76±23.58	3.885	0.009
	Memnunum	572	79.02±21.15		
	Memnun değilim	42	73.69±20.15		
	Hiç memnun değilim	12	59.58±26.75		
	Toplam	740	78.21±21.70		
Fiziksel rol	Çok memnunum	114	63.59±40.48	10.482	0.000
	Memnunum	572	66.56±41.24		
	Memnun değilim	42	45.23±42.85		
	Hiç memnun değilim	12	10.41±29.11		
	Toplam	740	63.98±41.84		
Ağrı	Çok memnunum	114	62.17±25.43	12.470	0.000
	Memnunum	572	64.44±27.16		
	Memnun değilim	42	39.23±15.42		
	Hiç memnun değilim	12	52.91±25.80		
	Toplam	740	62.47±26.97		
Genel sağlık algısı	Çok memnunum	114	62.64±19.27	12.311	0.000
	Memnunum	572	57.40±15.92		
	Memnun değilim	42	45.85±16.65		
	Hiç memnun değilim	12	46.47±20.25		
	Toplam	740	57.38±16.96		
Yaşamsallık	Çok memnunum	114	67.06±17.58	20.307	0.000
	Memnunum	572	60.35±17.57		
	Memnun değilim	42	42.97±15.69		
	Hiç memnun değilim	12	51.66±20.59		
	Toplam	740	60.26±18.19		
Sosyal işlev	Çok memnunum	114	74.45±22.52	13.495	0.000
	Memnunum	572	78.14±22.84		
	Memnun değilim	42	58.33±22.87		
	Hiç memnun değilim	12	55.20±27.92		
	Toplam	740	76.08±23.45		
Mental rol	Çok memnunum	114	65.49±40.62	13.705	0.000
	Memnunum	572	61.65±43.69		
	Memnun değilim	42	28.57±37.22		
	Hiç memnun değilim	12	11.11±29.58		
	Toplam	740	59.54±43.80		
Mental sağlık	Çok memnunum	114	64.80±15.89	21.799	0.000
	Memnunum	572	59.82±15.84		
	Memnun değilim	42	42.65±15.42		
	Hiç memnun değilim	12	49.30±16.83		
	Toplam	740	59.44±16.50		

Tablo 4.3.5'in devamı

SF-36 alt alanları	Evlilik Memnuniyeti	N	X ± SS	F	p
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Çok memnunum	114	51.40±23.96	5.117	0.002
	Memnunum	572	46.91±20.84		
	Memnun değilim	42	40.11±22.15		
	Hiç memnun değilim	12	31.66±18.50		
	Toplam	740	46.97±21.56		

Tablo 4.3.6'da klimakterik dönemdeki kadınların kronik hastalık varlığına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer aldı. Çalışma grubumuzda kronik hastalığı olan kadınlar ile kronik hastalığı olmayan kadınların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, mental rol ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı ($p<0.001$).

Kronik hastalığı olan kadınlar ile olmayan kadınların sosyal işlev ve mental sağlık alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında ise önemli fark bulundu ($p<0.01$). Herhangi bir kronik hastalığı olmayan kadınların kronik hastalığı olanlardan daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları görüldü.

Tablo 4.3.6. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Kronik Hastalık Varlığına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Kronik Hastalık	Sayı (N=874)	X ± SS	t	p
Fiziksel fonksiyon	Yok	550	81.77±20.40	8.408	0.000
	Var	324	67.56±26.04		
Fiziksel rol	Yok	550	69.82±39.86	6.353	0.000
	Var	324	51.00±43.62		
Ağrı	Yok	550	66.27±25.74	6.226	0.000
	Var	324	54.63±28.19		
Genel sağlık algısı	Yok	550	59.91±16.24	7.245	0.000
	Var	324	51.41±17.59		
Yaşamsallık	Yok	550	61.56±17.91	4.216	0.000
	Var	324	56.17±18.74		
Sosyal işlev	Yok	550	76.92±22.13	3.055	0.002
	Var	324	71.63±26.13		
Mental rol	Yok	550	63.94±42.71	4.815	0.000
	Var	324	49.22±44.13		
Mental sağlık	Yok	550	60.23±16.59	3.220	0.001
	Var	324	56.50±16.41		
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Yok	550	48.82±20.14	3.578	0.000
	Var	324	43.06±24.50		

Tablo 4.3.7’de klimakterik dönemdeki kadınların egzersiz yapma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Egzersiz yapan kadınlarla, egzersiz yapmayan kadınların fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt alanlarının puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı ($p < 0.001$). Egzersiz yapan kadınlar ile yapmayanların fiziksel rol, sosyal işlev ve mental sağlık alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında ise önemli fark vardı ($p < 0.01$). Egzersiz yapan kadınlar ile yapmayan kadınlar arasındaki bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt ölçeği puan ortalamaları farklıyken ($p < 0.05$), ağrı ve mental rol alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasında fark görülmedi ($p > 0.05$).

Ölçeğin tüm alt alanlarında alınan puan ortalamalarına bakıldığında, egzersiz yapan kadınların yapmayanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları saptandı.

Tablo 4.3.7. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Egzersiz	Sayı (N=874)	X ± SS	t	p
Fiziksel fonksiyon	Yapmayan	692	74.30±24.35	-6.430	0.000
	Yapan	182	84.97±18.57		
Fiziksel rol	Yapmayan	692	60.65±42.58	-3.149	0.002
	Yapan	182	71.29±39.98		
Ağrı	Yapmayan	692	61.49±27.44	-1.004	0.316
	Yapan	182	63.77±26.45		
Genel sağlık algısı	Yapmayan	692	55.28±17.05	-5.065	0.000
	Yapan	182	62.45±16.79		
Yaşamsallık	Yapmayan	692	58.08±18.04	-4.711	0.000
	Yapan	182	65.21±18.68		
Sosyal işlev	Yapmayan	692	73.68±24.15	-3.139	0.002
	Yapan	182	79.87±21.85		
Mental rol	Yapmayan	692	57.99±43.50	- .669	0.503
	Yapan	182	60.43±44.98		
Mental sağlık	Yapmayan	692	57.89±16.23	-3.325	0.001
	Yapan	182	62.47±17.59		
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Yapmayan	692	45.86±22.00	-2.183	0.029
	Yapan	182	49.86±21.84		

Tablo 4.3.8’de klimakterik dönemdeki kadınların sigara kullanma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına yer verildi. Sigara kullanan kadınlar ile kullanmayan kadınların genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasında fark bulunmuşken ($p<0.05$), fiziksel rol alt ölçeği puan ortalamaları arasında önemli fark ($p<0.01$), fiziksel fonksiyon alt ölçeği puan ortalamaları arasında ise ileri düzeyde önemli fark vardı ($p<0.001$). Sigara kullanan kadınlar ile kullanmayan kadınların ağrı, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasında fark saptanmadı ($p>0.05$).

Fark bulunan alt alanlara yaşam kalitesi açısından bakıldığında, sigara kullanan kadınların kullanmayanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları görüldü.

Tablo 4.3.8. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sigara Kullanımına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Sigara	Sayı (N=874)	X ± SS	t	p
Fiziksel fonksiyon	Kullanmayan	623	74.14±24.71	-5.346	0.000
	Kullanan	251	82.62±19.52		
Fiziksel rol	Kullanmayan	623	60.60±42.49	-2.651	0.008
	Kullanan	251	68.85±41.05		
Ağrı	Kullanmayan	623	61.08±27.03	-1.563	0.118
	Kullanan	251	64.28±27.71		
Genel sağlık algısı	Kullanmayan	623	56.09±17.33	-2.013	0.044
	Kullanan	251	58.68±16.62		
Yaşamsallık	Kullanmayan	623	58.76±18.17	-2.140	0.033
	Kullanan	251	61.71±18.76		
Sosyal işlev	Kullanmayan	623	75.44±23.96	0.839	0.402
	Kullanan	251	73.94±23.36		
Mental rol	Kullanmayan	623	57.81±43.72	-0.813	0.417
	Kullanan	251	60.48±43.95		
Mental sağlık	Kullanmayan	623	58.87±16.33	-0.120	0.905
	Kullanan	251	59.02±17.01		
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Kullanmayan	623	46.29±22.55	-0.948	0.344
	Kullanan	251	47.80±20.61		

Tablo 4.3.9’da klimakterik dönemdeki kadınların bir günde içtikleri sigara miktarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına yer verildi. kadınların bir günde içtikleri sigara sayısı ile fiziksel işlev, fiziksel rol, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark yokken ($p>0.05$), ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında fark bulundu ($p<0.05$).

Ağrı alanındaki fark; günde 11 ile 20 arasında sigara içen kadınlar ile 20’nin üzerinde sigara içen kadınlar arasındaki puan ortalamaları arasında bulunmuş olup ağrı alanında en iyi yaşam kalitesine günde 20’nin üzerinde sigara içen kadınların sahip olduğu bulundu. Genel sağlık algısı alanındaki fark ise; günde 10 ve altında sigara içen kadınlar ile 11 ile 20 arasında sigara içen kadınlar arasında bulunmuş olup günde 10 ve altında sigara içen kadınların daha iyi genel sağlık algısına sahip oldukları belirlendi.

Tablo 4.3.9. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Bir Günde İçtikleri Sigara Miktarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Sigara Miktarı/gün	N	X ± SS	F	p
Fiziksel fonksiyon	1- 10	139	83.88±17.28	0.908	0.405
	11-20	101	80.44±22.53		
	21 ve ↑	11	83.18±17.92		
	Toplam	251	82.47±19.59		
Fiziksel rol	1- 10	139	70.86±39.76	0.732	0.482
	11-20	101	64.60±42.90		
	21 ve ↑	11	72.72±46.70		
	Toplam	251	68.42±41.31		
Ağrı	1- 10	139	64.27±26.78	3.109	0.046
	11-20	101	62.44±28.17		
	21 ve ↑	11	84.18±29.56		
	Toplam	251	64.41±27.70		
Genel sağlık algısı	1- 10	139	61.01±16.95	3.619	0.028
	11-20	101	55.20±16.61		
	21 ve ↑	11	56.51±13.62		
	Toplam	251	58.47±16.87		
Yaşamsallık	1- 10	139	63.63±19.16	1.776	0.172
	11-20	101	59.00±18.04		
	21 ve ↑	11	62.27±20.78		
	Toplam	251	61.71±18.84		
Sosyal işlev	1- 10	139	75.62±22.08	1.604	0.203
	11-20	101	70.79±24.38		
	21 ve ↑	11	79.54±28.10		
	Toplam	251	73.85±23.35		
Mental rol	1- 10	139	65.94±41.79	2.786	0.064
	11-20	101	53.46±45.72		
	21 ve ↑	11	48.48±50.25		
	Toplam	251	60.15±44.09		
Mental sağlık	1- 10	139	59.95±16.63	1.278	0.280
	11-20	101	58.04±18.13		
	21 ve ↑	11	51.89±18.10		
	Toplam	251	58.83±17.33		
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	1- 10	139	46.90±20.47	0.506	0.604
	11-20	101	48.51±20.92		
	21 ve ↑	11	52.72±19.28		
	Toplam	251	47.80±20.57		

Tablo 4.3.10'da klimakterik dönemdeki kadınların menopozal dönemlerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına yer verildi. SF-36 ölçeğinden alınan alt alan puan ortalamaları incelendiğinde; menopozal dönemlere göre fiziksel fonksiyon alt alan puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı (F=51.171, p<0.001). Perimenopozal grup ile 5 yıl ↓ postmenopozal grup arasında önemli (p<0.05), diğer tüm menopozal gruplar arasında ileri düzeyde önemli fark bulundu (p<0.001).

Menopozal dönemlere göre, fiziksel rol alt alan puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark vardı (F=19.631, p<0.001). 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup ile perimenopozal ve 5 yıl ↓ postmenopozal grup arasında fiziksel rol alt alan puan ortalamaları farklı bulundu (p<0.05). Premenopozal grup ile 5 yıl ↓ postmenopozal grup arasında önemli (p<0.01), premenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasında ise ileri düzeyde önemli fark olduğu (p<0.001) belirlendi.

Menopozal dönemlere göre, ağrı alt alanı puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı (F=15.699, p<0.001). Premenopozal grup ile perimenopozal grup arasında fark (p<0.05), 5 yıl ↓ postmenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasında önemli fark (p<0.01), perimenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasında ise ileri düzeyde önemli fark (p<0.001) olduğu bulundu.

Menopozal dönemlere göre, genel sağlık algısı alt alanı puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı (F=10.640, p<0.001). Bu fark sadece premenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasındaydı (p<0.001).

SF 36 ölçeğinin yaşamsallık alt alanı puan ortalamaları menopozal dönemlere göre ileri düzeyde önemli farklılık göstermekteydi (F=7.663, p<0.001). 5 yıl ↓ postmenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasında fark (p<0.05), perimenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı (p<0.001).

Sosyal işlev alt alanı puan ortalamaları, menopozal dönemlere göre ileri düzeyde önemli farklılık göstermekteydi ($F=12.753$, $p<0.001$). Perimenopozal grup ile 5 yıl ↓ postmenopozal grup arasında fark saptandı ($p<0.05$). Premenopozal grup ile 5 yıl ↓ postmenopozal grubun sosyal işlev alt alanı puan ortalamaları arasında önemli fark ($p<0.01$), 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup ile premenopozal ve perimenopozal grup arasında ise ileri düzeyde önemli fark ($p<0.001$) olduğu görüldü.. En düşük puan ortalamasına 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup sahipti.

Menopozal dönemlere göre, mental rol alt alanı puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı ($F=10.645$, $p<0.001$). 5 yıl ↓ postmenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasında fark ($p<0.05$), premenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasında ise ileri düzeyde önemli fark bulundu ($p<0.001$).

Mental sağlık alt alanı puan ortalaması menopozal dönemlere göre farklılık göstermekteydi ($F=2.723$, $p<0.05$). Farklılık sadece premenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup ($p<0.05$) arasındaydı.

Menopozal dönemlere göre, bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt alanı puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli fark saptandı ($F=14.449$, $p<0.05$). 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup ile perimenopozal ve 5 yıl ↓ postmenopozal grup arasında ileri düzeyde önemli fark varken ($p<0.001$), perimenopozal grup ile 5 yıl ve ↑ postmenopozal grup arasında önemli fark ($p<0.01$) bulundu.

SF 36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol alt alanlarından alınan puan ortalamaları göz önüne alınarak değerlendirme yapıldığında; premenopozal dönemdeki kadınlar en iyi yaşam kalitesine sahipken menopoz süresi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmektedir. Kadınların ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, mental rol, mental sağlık ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt alanlarından aldıkları puan ortalamalarına göre yaşam kalitesi düzeylerine bakıldığında, premenopozal grup en yüksek yaşam kalitesine sahipken, sırasıyla 5 yıl ↓ postmenopoz, perimenopoz ve 5 yıl ve ↑ postmenopozal grupta yaşam kalitesinin giderek düştüğü tespit edildi.

Tablo 4.3.10. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Dönemlerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 alt alanları	Menopozal Dönemler	N	X ± SS	F	p
Fiziksel fonksiyon	Premenopoz	356	85.26±17.25	51.171	0.000
	Perimenopoz	107	81.68±17.34		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	73.81±22.43		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	63.45±28.22		
	Toplam	874	76.52±23.65		
Fiziksel rol	Premenopoz	356	74.22±38.14	19.631	0.000
	Perimenopoz	107	62.61±42.11		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	60.15±42.22		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	48.37±43.47		
	Toplam	874	62.87±42.25		
Ağrı	Premenopoz	356	68.33±26.34	15.699	0.000
	Perimenopoz	107	60.76±25.83		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	62.03±26.59		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	53.24±27.22		
	Toplam	874	61.97±27.24		
Genel sağlık algısı	Premenopoz	356	60.18±16.27	10.640	0.000
	Perimenopoz	107	56.06±16.48		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	56.58±17.44		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	52.27±17.80		
	Toplam	874	56.77±17.24		
Yaşamsallık	Premenopoz	356	62.37±18.20	7.663	0.000
	Perimenopoz	107	59.76±15.03		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	59.96±19.06		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	55.16±18.79		
	Toplam	874	59.57±18.39		
Sosyal işlev	Premenopoz	356	79.35±20.69	12.753	0.000
	Perimenopoz	107	79.90±20.72		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	71.59±24.51		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	68.75±26.95		
	Toplam	874	74.97±23.81		
Mental rol	Premenopoz	356	66.85±41.86	10.645	0.000
	Perimenopoz	107	55.45±45.31		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	59.79±42.69		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	46.88±44.12		
	Toplam	874	58.50±43.80		
Mental sağlık	Premenopoz	356	60.40±15.85	2.723	0.043
	Perimenopoz	107	58.56±15.89		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	59.19±17.77		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	56.50±17.02		
	Toplam	874	58.85±16.61		

Tablo 4.3.10'un devamı

SF-36 alt alanları	Menopozal Dönemler	N	X ± SS	F	p
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	Premenopoz	356	50.64±19.92	14.449	0.000
	Perimenopoz	107	47.89±23.42		
	5 yıl ↓ postmenopoz	165	48.57±23.15		
	5 yıl ve ↑ postmenopoz	246	39.20±21.77		
	Toplam	874	46.69±22.01		

Tablo 4.3.11'de menopozda olan 411 kadında, menopoz süresi ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği'nin tüm alt alanları arasındaki korelasyon değerlerine yer verildi. Menopoz süresi ile tüm alt alanlardan alınan puan ortalamaları arasında negatif yönlü ilişki bulundu. Buna göre, menopoz süresi arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesinin alt alanlarından alınan puan ortalamaları da düşmekteydi. Fiziksel fonksiyon ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alt alan puanlarında menopoz süresi arttıkça ileri düzeyde önemli azalma olduğu saptandı ($p<0.001$). Menopoz süresinin artmasıyla fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı ve yaşamsallık alt ölçek puanlarının önemli derecede azaldığı ($p<0.01$), mental rol ve mental sağlık alt ölçek puanlarının ise azaldığı görüldü ($p<0.05$).

Tablo 4.3.11. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoz Süreleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

SF-36 alt alanları	Menopoz süresi
Fiziksel fonksiyon	$r = -0.233$ $p=0.000$
Fiziksel rol	$r = -0.139$ $p=0.005$
Ağrı	$r = -0.160$ $p= 0.001$
Genel sağlık algısı	$r = -0.145$ $p=0.003$
Yaşamsallık	$r = -0.145$ $p=0.003$
Sosyal işlev	$r = -0.071$ $p=0.152$
Mental rol	$r = -0.110$ $p=0.025$
Mental sağlık	$r = -0.104$ $p=0.035$
1 yıllık sağlık algısındaki değişim	$r = -0.182$ $p=0.000$

4.4. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikler, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları İle Menopoza Yönelik Bilgi ve Düşüncelerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma grubumuzdaki kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği alt alan puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; kadınların vazomotor alan puan ortalaması 5.25 ± 5.5 , psikososyal alan puan ortalaması 20.72 ± 11.55 , fiziksel alan puan ortalaması 29.48 ± 19.16 ve cinsel alan puan ortalaması ise 6.12 ± 6.72 olarak belirlendi.

Tablo 4.4.1'de klimakterik dönemdeki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların yaş gruplarına göre MÖYKÖ (Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği)'nin vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli farklılık ($p < 0.001$), cinsel alan puan ortalamaları ise önemli farklılık göstermekteydi ($p < 0.01$). Vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları; 40-44 yaş grubu kadınlarda diğer yaş grubundaki kadınlara göre ileri düzeyde önemli derecede düşüktü. Vazomotor alan puan ortalamaları 45-49 yaş grubundaki kadınlarda 55-59 yaş grubu kadınlara göre daha düşük bulundu ($p < 0.05$). Psikososyal alan puan ortalamaları; 45-49 yaş grubu kadınlarda 55-59 yaş grubu kadınlara göre önemli derecede düşük ($p < 0.01$), 50-54 yaş grubundakilerde ise 55-59 yaş grubundakilere göre daha düşük bulundu ($p < 0.05$). Fiziksel alan puan ortalamaları 55-59 yaş grubu kadınlarda diğer yaş grubu kadınlara göre ileri düzeyde yüksek tespit edildi ($p < 0.001$). Tüm alt alanlardan alınan puan ortalamalarına göre, vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alanlarda en iyi yaşam kalitesine 40-44 yaş grubu kadınların sahip olduğu ve yaş arttıkça tüm alanlarda yaşam kalitesinin bozulduğu görülmektedir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların medeni durumlarına göre MÖYKÖ'nin vazomotor alan puan ortalamaları farklı değilken ($p > 0.05$), psikososyal alan puan ortalamaları arasında fark ($p < 0.05$), fiziksel alan puan ortalamaları arasında ise önemli fark ($p < 0.01$) saptandı. Buna göre psikososyal alanda evli kadınlar dul olanlara göre daha düşük puan ortalamalarına ve daha iyi yaşam kalitesine sahipti. Fiziksel alanda,

dul kadınlar bekar kadınlardan önemli derecede yüksek ($p<0.01$), evli kadınlardan ise daha yüksek ($p<0.05$) puan ortalamalarına sahip olup bu alanda en düşük düzeyde yaşam kalitesine dul kadınlar sahipti.

MÖYKÖ'nin vazomotor ve cinsellik alt alan puan ortalamaları kadınların mesleklerine göre farklı değilken ($p>0.05$), psikososyal alan puan ortalamaları önemli farklılık ($p<0.01$), fiziksel alan puan ortalamaları ise ileri derecede önemli farklılık göstermekteydi ($p<0.001$). Fiziksel ve psikososyal alanlardaki puan ortalamaları çalışmayan kadınlarda (ev hanımı+emekli) çalışanlara (işçi+memur) oranla önemli derecede yüksek bulunmuş olup daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlendi.

Kadınların öğrenim durumlarına göre vazomotor, fiziksel ve psikososyal alan puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı fark varken ($p<0.001$) cinsel alan puan ortalamaları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). Fark bulunan tüm alt alanlarda okuma/yazması olmayan kadınlar diğer öğrenim düzeyindeki kadınlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahipti. Buna göre kadınların öğrenim düzeyleri yükseldikçe puan ortalamalarının düştüğü, dolayısıyla yaşam kalitelerinin de anlamlı derecede iyileştiği görüldü.

Çalışmamızda psikososyal ve cinsel alan puan ortalamaları kadınların evlilik memnuniyetlerine göre ileri derecede önemli farklılık gösterirken ($p<0.001$), vazomotor alan puan ortalamaları önemli fark ($p<0.01$) ve fiziksel alan puan ortalamaları ise farklılık ($p<0.05$) göstermekteydi. Kadınların vazomotor alan puan ortalamaları evlilik hayatından çok memnun olanların hiç memnun olmayanlara göre daha düşük bulunmuş olup bu alandaki yaşam kalitesi en düşük olanlar evlilik hayatından hiç memnun olmayan kadınlardı. Psikososyal alanda; evlilik hayatından çok memnun ya da memnun olanların puan ortalamaları, memnun olmayan ve hiç memnun olmayanlara göre önemli derecede düşüktü ve en iyi yaşam kalitesine evlilik hayatından çok memnun olan kadınlar sahipti. Fiziksel alanda da gruplar arasında fark olduğu, bu farkın evlilik hayatından hiç memnun olmayanlar ile memnun olanlar arasında bulunduğu belirlendi. Hiç memnun olmayan grup daha düşük yaşam kalitesine sahipti. Cinsel alanda ise evlilik hayatından memnun olmayanların puan ortalaması memnun ya da çok memnun

olanlara göre önemli derecede yüksek bulunmuş olup, cinsel alanda da en düşük yaşam kalitesine evlilik hayatından hiç memnun olmayan kadınların sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki kadınların hane gelir algılarına göre fiziksel ve psikososyal alt alan puan ortalamalarının ileri düzeyde önemli derecede farklı ($p<0.001$), vazomotor ve cinsel alan puan ortalamalarının ise önemli oranda farklı olduğu belirlendi ($p<0.01$). Gelirlerinin giderlerini karşıladığını ifade eden kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları, gelirlerini giderlerinden az olarak ifade edenlere göre önemli oranda düşük bulundu. Bu verilere göre, gelirlerinin giderlerini karşıladığını ifade eden kadınların tüm alt alanlardaki yaşam kalitesi, geliri giderden daha az veya fazla ifade edenlere göre daha iyi düzeydeydi.

Kadınlardaki sosyal güvence varlığının psikososyal ve fiziksel alt alandan alınan puan ortalamalarını etkilediği belirlendi. Buna göre psikososyal ve fiziksel alanlardan alınan puan ortalamalarının sosyal güvencesi olan kadınlarda olmayanlara göre önemli oranda düşük olduğu ve sosyal güvence varlığının bu alanlardaki yaşam kalitesini iyileştirdiği saptandı ($p<0.01$). Çalışma grubumuzdaki kadınların evlerinde bakıma muhtaç bireylerin varlığı, onların sadece psikososyal alandan aldıkları puan ortalamalarını etkilemiş olup bakıma muhtaç bireyi olmayan kadınların bu alandaki puan ortalamalarının bakıma muhtaç bireyi olanlara göre önemli oranda düşük ve daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu belirlendi ($p<0.01$).

Tablo 4.4.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanları				
Sosyo-Demografik Özellikler	Vazomotor X ± SS	Psikososyal X ± SS	Fiziksel X ± SS	*Cinsel X ± SS
Yaş				
40-44	2.75 ± 4.25	17.55 ± 10.64	21.94 ± 17.05	4.86 ± 5.01
45-49	5.46 ± 5.56	20.61 ± 10.96	29.10 ± 17.99	6.54 ± 6.64
50-54	6.60 ± 5.50	21.66 ± 11.08	30.97 ± 17.20	6.65 ± 7.24
55-59	7.15 ± 5.73	24.76 ± 13.00	40.27 ± 21.24	6.81 ± 8.15
Test değeri	F=31.587 p= 0.000	F=14.044 p= 0.000	F=33.934 p= 0.000	F=4.405 p=0.004
Sosyal Güvence Varlığı				
Var	5.15 ± 5.39	20.17 ± 11.30	28.71 ± 18.39	5.99 ± 6.61
Yok	6.00 ± 6.14	24.55 ± 12.54	34.80 ± 23.23	7.05 ± 7.39
Test değeri	t= -1.389 p= 0.167	t= -3.461 p= 0.001	t= -2.629 p= 0.010	t= -1.425 p= 0.157
Öğrenim Durumu				
Okuma/yazma yok	8.74 ± 5.59	28.01 ± 12.72	43.12 ± 20.56	6.79 ± 8.09
İlkokul mezunu	5.62 ± 5.57	21.84 ± 11.56	30.73 ± 18.51	6.41 ± 6.73
Ortaokul mezunu	3.86 ± 4.49	18.62 ± 10.47	25.79 ± 20.14	6.11 ± 6.81
Lise mezunu	4.34 ± 5.38	16.58 ± 9.89	24.84 ± 17.39	5.19 ± 6.07
Fakülte/yüksekokul mezunu	3.50 ± 4.92	17.67 ± 10.70	23.12 ± 16.99	5.26 ± 6.26
Test değeri	F= 11.774 p= 0.000	F= 14.659 p= 0.000	F= 14.001 p= 0.000	F= 1.289 p= 0.273
Meslek				
İşçi	4.66 ± 5.79	18.53 ± 10.63	23.82 ± 18.34	5.24 ± 6.93
Memur	3.50 ± 5.58	15.63 ± 10.32	17.86 ± 16.95	5.32 ± 6.19
Emekli	5.26 ± 4.82	20.65 ± 9.80	31.71 ± 17.24	5.06 ± 7.08
Ev hanımı	5.41 ± 5.53	21.20 ± 11.77	30.36 ± 19.26	6.34 ± 6.69
Test değeri	F= 1.930 p= 0.123	F= 3.976 p= 0.008	F= 7.962 p= 0.000	F= 1.367 p= 0.252
Medeni Durum				
Bekâr	3.40 ± 4.76	17.70 ± 12.07	19.10 ± 15.45	0.00 ± 0.00
Evli	5.14 ± 5.52	20.31 ± 11.42	29.16 ± 18.72	7.20 ± 6.71
Dul	6.70 ± 5.19	24.07 ± 11.95	35.38 ± 22.47	0.00 ± 0.00
Boşanmış	4.84 ± 5.01	22.30 ± 11.30	26.73 ± 14.85	0.00 ± 0.00
Ayrı yaşayan	7.00 ± 8.77	28.60 ± 12.38	32.00 ± 32.76	0.00 ± 0.00
Test değeri	F= 2.294 p= 0.058	F= 3.088 p= 0.015	F= 3.737 p= 0.005	

Tablo 4.4.1'in devamı

Sosyo-Demografik Özellikler	Vazomotor X ± SS	Psikososyal X ± SS	Fiziksel X ± SS	*Cinsel X ± SS
Bakıma muhtaç birey varlığı				
Var	4.44 ± 5.21	23.16 ± 11.76	30.00 ± 19.17	6.73 ± 7.59
Yok	5.40 ± 5.53	20.30 ± 11.46	29.39 ± 19.17	6.02 ± 6.55
Test değeri	t= 1.814 p= 0.070	t= -2.601 p= 0.009	t= -0.330 p= 0.741	t= -1.006 p= 0.316
Evlilik memnuniyeti				
Çok memnunum	4.71 ± 5.35	20.22 ± 11.61	30.10 ± 19.28	7.42 ± 6.54
Memnunum	5.02 ± 5.48	19.59 ± 11.13	28.35 ± 18.53	6.70 ± 6.47
Memnun değilim	7.02 ± 5.48	27.64 ± 10.64	34.26 ± 15.67	11.21 ± 7.36
Hiç memnun değilim	9.08 ± 7.32	33.08 ± 11.48	40.83 ± 27.03	13.66 ± 9.78
Test değeri	F= 4.019 p= 0.007	F= 11.992 p= 0.000	F= 3.068 p= 0.027	F= 10.156 p= 0.000
Hane Gelir algısı				
Geliri giderinden az	5.76 ± 5.74	22.61 ± 11.77	31.64 ± 19.98	6.63 ± 7.22
Geliri giderini karşılayan	4.49 ± 5.06	17.69 ± 10.55	25.97 ± 17.50	5.26 ± 5.75
Geliri giderinden fazla	4.64 ± 4.19	22.35 ± 11.00	32.42 ± 13.79	7.78 ± 6.93
Test değeri	F= 5.627 p= 0.004	F= 19.491 p= 0.000	F= 9.289 p= 0.000	F= 4.698 p= 0.009

* Evli kadınlar cevaplamıştır.

Tablo 4.4.2'de klimakterik dönemdeki kadınların jinekolojik ve obstetrik özelliklerine göre MÖYKÖ puan ortalamalarının dağılımına yer verildi. Çalışmamızdaki kadınlardan adetleri düzenli olanların tüm alt alanlardaki puan ortalamaları düzensiz olanlara göre ileri derecede önemli oranda farklı bulundu ($p < 0.001$). Buna göre adetleri düzenli olan kadınların tüm alanlarda adetleri düzensiz olanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları belirlendi. Kadınlardaki jinekolojik operasyon öyküsüne bakıldığında ise, jinekolojik operasyon öyküsü olan kadınların psikososyal ve fiziksel alandan aldıkları puan ortalamaları operasyon öyküsü olmayanlara göre daha düşük bulunmuş olup bu alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir ($p < 0.05$).

MÖYKÖ'nin tüm alt alanları kadınların gebelik ve doğum sayılarından ileri derecede anlamlı oranda etkilenmekteydi ($p<0.001$). Kadınların gebelik ve doğum sayıları arttıkça tüm alt alanlardan alınan puan ortalamaları da ileri derecede önemli oranda yükselmekteydi. Bu verilere göre hiç gebe kalmayan ya da hiç doğum yapmayan kadınlar, gebelik ve doğum sayıları 1-2 ya da 3 ve ↑ olanlara göre tüm alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahipti.

Kadınların düşük sayılarına göre MÖYKÖ'nin sadece fiziksel alanından alınan puan ortalamaları etkilenmekteydi. Buna göre hiç düşük yapmayan kadınların fiziksel alan puan ortalaması 1-2 ya da 3 ve ↑ düşük yapan kadınlara göre daha düşük bulundu ($p<0.05$). Kürtaj sayılarının puan ortalamalarına etkisine bakıldığında ise; kadınların kürtaj sayılarına göre vazomotor alan puan ortalamaları önemli oranda farklılık gösterirken ($p<0.01$), psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları farklılık göstermekteydi ($p<0.05$). Fark bulunan alanlardan alınan puan ortalamaları, hiç kürtajı olmayan kadınlarda 1-2 ya da 3 ve ↑ kürtajı olan kadınlara göre önemli oranda düşük bulundu.

Tablo 4.4.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanları				
Jineko-Obstetrik Özellikler	Vazomotor X ± SS	Psikososyal X ± SS	Fiziksel X ± SS	*Cinsel X ± SS
Adet Düzeni				
Düzenli	2.21 ± 3.64	16.50 ± 10.35	20.89 ± 16.06	4.46 ± 4.66
Düzensiz	5.86 ± 5.44	21.20 ± 9.32	29.67 ± 16.89	6.58 ± 6.38
Test değeri	t= -7.825 p= 0.000	t= -4.901 p= 0.000	t= -5.579 p= 0.000	t= -3.817 p= 0.000
Jinekolojik Operasyon Öyküsü				
Var	5.37 ± 5.66	23.11 ± 11.59	33.02 ± 19.23	6.63 ± 6.69
Yok	5.24 ± 5.48	20.49 ± 11.51	29.01 ± 22.75	6.05 ± 6.72
Test değeri	t= -0.233 p= 0.815	t= -2.239 p= 0.025	t= -2.001 p= 0.046	t= -0.810 p= 0.418
Gebelik sayısı				
0	3.55 ± 5.08	17.05 ± 11.32	20.44 ± 15.59	2.52 ± 5.95
1-2	4.30 ± 5.21	19.04 ± 10.66	25.39 ± 17.51	5.42 ± 5.92
3 ve ↑	5.80 ± 5.57	21.73 ± 11.82	31.94 ± 19.61	6.68 ± 7.01
Test değeri	F= 8.780 p= 0.000	F= 6.953 p= 0.001	F= 15.391 p= 0.000	F= 9.003 p= 0.000
Doğum sayısı				
0	3.70 ± 5.05	17.92 ± 11.46	22.41 ± 16.73	2.75 ± 5.91
1-2	4.65 ± 5.19	19.01 ± 10.44	26.56 ± 17.46	5.84 ± 6.10
3 ve ↑	6.24 ± 5.79	23.35 ± 12.45	34.21 ± 20.57	6.89 ± 7.43
Test değeri	F= 10.48 p= 0.000	F= 16.227 p= 0.000	F= 19.975 p= 0.000	F= 8.036 p= 0.000
Düşük sayısı				
0	5.03 ± 5.47	20.18 ± 11.46	28.26 ± 18.80	5.85 ± 6.56
1-2	5.59 ± 5.52	21.65 ± 11.70	32.68 ± 19.76	6.68 ± 7.14
3 ve ↑	7.17 ± 5.60	24.41 ± 11.17	28.75 ± 19.35	7.24 ± 6.23
Test değeri	F= 2.693 p= 0.068	F= 2.928 p= 0.054	F= 4.593 p= 0.010	F= 1.717 p= 0.180
Kürtaj sayısı				
0	4.84 ± 5.38	20.07 ± 11.29	28.27 ± 18.90	5.89 ± 6.66
1-2	6.06 ± 5.70	22.16 ± 12.18	32.17 ± 19.71	6.52 ± 6.74
3 ve ↑	6.93 ± 5.27	21.96 ± 10.47	31.64 ± 17.95	7.51 ± 7.46
Test değeri	F= 5.826 p= 0.003	F= 3.036 p= 0.049	F= 3.816 p= 0.022	F= 1.452 p= 0.235

* Evli kadınlar cevaplamıştır.

Tablo 4.4.3'te klimakterik dönemdeki kadınların genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına göre MÖYKÖ'ü alt alanlarına ait puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çalışmamızdaki kadınların kronik hastalık varlıklarına göre MÖYKÖ'nin vazomotor, psikososyal ve fiziksel alt alanlarından alınan puan ortalamaları etkilenmekteydi. Kronik hastalığı olan kadınların bu alanlardaki puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre ileri derecede önemli oranda yüksek bulundu ($p<0.001$). Kronik hastalığı olan kadınların bu alanlardaki puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre ileri derecede önemli oranda yüksek bulunmuş olup, bu sonuçlar daha kötü yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir ($p<0.001$).

Çalışma grubumuzdaki kadınların zayıf, normal kiloda, kilolu ya da obez olmalarına göre MÖYKÖ'ünden aldıkları puan ortalamaları fiziksel alanda ileri derecede önemli farklılık ($p<0.001$), vazomotor alanda önemli farklılık ($p<0.01$), psikososyal alanda ise farklılık ($p<0.05$) göstermektedir. Normal kiloda olan kadınlar tüm alanlarda en düşük puan ortalamasına, dolayısıyla daha iyi yaşam kalitesine sahip olan gruptu.

Egzersiz yapmanın puan ortalamalarına etkisi değerlendirildiğinde; egzersiz yapan kadınların vazomotor, psikososyal ve fiziksel alandan aldıkları puan ortalamaları egzersiz yapmayanlara göre ileri derecede önemli oranda farklıyken ($p<0.001$), cinsel alan puan ortalamaları önemli farklılık göstermekteydi ($p<0.01$). Egzersiz yapan kadınlar tüm alanlarda yapmayanlara göre önemli oranda daha düşük puan ortalaması ve daha iyi yaşam kalitesine sahipti.

Kadınlardaki sigara kullanımı vazomotor ve fiziksel alanları etkilemiş olup, sigara içen kadınların vazomotor ve fiziksel alanlardan aldıkları puan ortalamaları içmeyenlere oranla daha düşük bulundu ($p<0.05$). Alkol kullanımı ise MÖYKÖ'nin tüm alanlarından alınan puan ortalamalarını etkilememekteydi ($p>0.05$).

Tablo 4.4.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına Göre MÖYKÖ puan ortalamalarının Dağılımı

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanları				
Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları	Vazomotor X ± SS	Psikososyal X ± SS	Fiziksel X ± SS	*Cinsel X ± SS
Kronik Hastalık				
Var	6.33 ± 5.61	23.09 ± 11.40	35.43 ± 18.94	6.69 ± 7.38
Yok	4.62 ± 5.33	19.34 ± 11.41	25.99 ± 18.44	5.79 ± 6.28
Test değeri	t= -4.483 p= 0.000	t= -4.688 p= 0.000	t= -7.228 p= 0.000	t= -1.842 p= 0.066
VKİ				
Zayıf	5.25 ± 6.29	24.33 ± 11.38	28.25 ± 10.60	7.83 ± 8.14
Normal	4.25 ± 5.15	19.37 ± 11.77	25.36 ± 19.04	5.56 ± 6.20
Kilolu	5.24 ± 5.40	20.45 ± 11.02	28.86 ± 19.05	6.58 ± 7.06
Obez	6.10 ± 5.77	22.04 ± 11.99	33.77 ± 18.96	5.92 ± 6.58
Test değeri	F= 4.645 p= 0.003	F= 2.662 p= 0.047	F= 8.278 p= 0.000	F= 1.430 p= 0.233
Egzersiz Yapma				
Yapan	4.03 ± 4.90	17.89 ± 10.74	24.84 ± 18.19	4.86 ± 5.20
Yapmayan	5.58 ± 5.60	21.47 ± 11.64	30.70 ± 19.24	6.45 ± 7.03
Test değeri	t= 3.678 p= 0.000	t= 3.754 p= 0.000	t= 3.701 p= 0.000	t= 3.385 p= 0.001
Sigara Kullanma				
Kullanan	4.62 ± 5.42	19.68 ± 10.86	27.12 ± 18.67	5.90 ± 6.53
Kullanmayan	5.49 ± 5.51	21.09 ± 11.75	30.35 ± 19.23	6.18 ± 6.76
Test değeri	t= 2.113 p= 0.035	t= 1.694 p= 0.091	t= 2.251 p= 0.025	t= 0.553 p= 0.580
Alkol Kullanma				
Kullanan	3.95 ± 5.34	19.19 ± 12.07	25.33 ± 21.03	6.50 ± 7.73
Kullanmayan	5.32 ± 5.50	20.80 ± 11.52	29.69 ± 19.05	6.10 ± 6.67
Test değeri	t= 1.580 p= 0.114	t= 0.885 p= 0.377	t= 1.440 p= 0.150	t= -0.368 p= 0.713

* Evli kadınlar cevaplamıştır.

Tablo 4.4.4'te klimakterik dönemdeki kadınların menopoza yönelik algı ve bilgilerine göre MÖYKÖ'ü puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çalışma grubumuzdaki kadınlardan menopozal döneme yönelik bilgisi olanların vazomotor alan puan ortalamaları bilgisi olmayanlara göre önemli derecede düşük ($p<0.01$), psikososyal alan puan ortalamaları da bilgisi olmayanlara göre daha düşük ($p<0.05$) bulundu. Kadınların menopoza ait bilgilerinin olup olmamasının fiziksel ve cinsel alanlardan alınan puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi ($p>0.05$). Kadınların menopoz algılarına göre MÖYKÖ'nin sadece vazomotor alanından aldıkları puan ortalamaları etkilenmektedir. Menopozu olumlu algılayan kadınların vazomotor alandan aldıkları puan ortalamaları olumsuz algılayanlara göre önemli oranda düşük ve vazomotor alan yaşam kaliteleri daha iyiydi ($p<0.01$).

Tablo 4.4.4. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza Yönelik Algı ve Bilgilerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanları				
Menopozal Döneme Yönelik Algı ve Bilgi	Vazomotor <i>X</i> ± <i>SS</i>	Psikososyal <i>X</i> ± <i>SS</i>	Fiziksel <i>X</i> ± <i>SS</i>	*Cinsel <i>X</i> ± <i>SS</i>
Menopozal Bilgisi				
Var	4.76 ± 5.33	19.95 ± 11.56	28.34 ± 19.59	6.11 ± 6.76
Yok	5.78 ± 5.63	21.54 ± 11.49	30.55 ± 18.41	6.14 ± 6.68
Test değeri	t= -2.743 p= 0.006	t= -2.036 p= 0.042	t= -1.713 p= 0.087	t= -0.066 p= 0.947
Menopoz Algısı				
Olumlu	4.59 ± 5.15	20.33 ± 11.46	29.12 ± 19.80	6.03 ± 6.53
Olumsuz	5.68 ± 5.67	20.97 ± 11.60	29.71 ± 18.76	6.18 ± 6.84
Test değeri	t= -2.942 p= 0.003	t= -0.802 p= 0.423	t= -0.450 p= 0.653	t= -0.312 p= 0.755

* Evli kadınlar cevaplamıştır.

Tablo 4.4.5'te klimakterik dönemdeki kadınların menopozal dönemlerine göre MÖYKÖ'ü alt alanlarına ait puan ortalamalarının dağılımına yer verildi. Kadınların menopozal dönemlerine göre vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları ileri derecede önemli oranda farklı bulundu ($p<0.001$). Premenopozal gruptaki kadınların tüm alt alanlardan aldıkları puan ortalamalarının, perimenopoz ve postmenopozal gruptaki kadınlara göre ileri derecede önemli oranda düşük olduğu görüldü ($p<0.001$). Ayrıca vazomotor alanda perimenopoz grubundaki kadınların puan ortalamaları, postmenopoz grubundaki kadınlardan daha düşük ($p<0.05$); fiziksel alanda ise önemli oranda daha düşük bulundu ($p<0.01$). Buna göre premenopozal gruptaki kadınların peri ve postmenopozal dönemdeki kadınlara göre tüm alt alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları söylenebilir.

Tablo 4. 4. 5. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Dönemlerine Göre MÖYKÖ puan ortalamalarının Dağılımı

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanları				
Menopozal Dönemler	Vazomotor X ± SS	Psikososyal X ± SS	Fiziksel X ± SS	*Cinsel X ± SS
Premenopoz n=356	2.24 ± 3.67	16.45 ± 10.33	20.79 ± 16.05	4.45 ± 4.65
Perimenopoz n=107	5.89 ± 5.44	21.29 ± 9.29	29.84 ± 16.78	6.61 ± 6.39
Postmenopoz n=411	7.13 ± 5.68	23.52 ± 12.30	35.48 ± 19.81	7.11 ± 7.79
Test değeri	F= 81.460 p= 0.000	F= 34.682 p= 0.000	F= 56.417 p= 0.000	F= 14.330 p= 0.000

* Evli kadınlar cevaplamıştır.

4.5. Klimakterik Dönemde Menopozal Semptomların Yaşanma Sıklığına Ait Bulgular

Çalışmamızda MÖYKÖ'nin dört alanında tüm gruplar göz önüne alındığında, vazomotor semptomların yaşanma sıklığının %51.75, psikososyal semptomların %53.49, fiziksel semptomların %57.82 ve cinsel alan semptomlarının ise %34.36 oranında olduğu belirlendi. Tablo 4.5.1'de çalışma grubumuzdaki kadınlarda MÖYKÖ semptomlarının yaşanma oranları görülmektedir. MÖYKÖ maddelerinin frekans dökümünden elde edilen verilere göre yakınmaların toplam grup genelinde en yüksek sıklıktan en düşüğe doğru sıralanışı;

- %79.17 yorgun ve yıpranmış hissetme,
- %79.06 kas ve eklemlerde ağrı,
- % 77.80 bel ağrısı, % 76.20 baş ve boyun arkasında ağrılar,
- % 72.88 hafızada zayıflama,
- % 69.10 enerjide azalma hissi, % 65.56 fiziksel güçte azalma,
- % 62.70 dayanma gücünde azalma,
- % 61.44 şişkinlik hissi, % 61.09 endişeli ve gergin hissetme,
- % 55.60 sıcak basması ya da yüzde kızarıklık ile % 55.14 kilo alma,
- % 54.46 depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme,
- % 51.83 terleme, %52.28 uyuma güçlüğü ve % 52.05 kendini eskisinden daha az başarılı hissetme,
- % 50.45 gaz çıkarma ya da gaz ağrıları, % 49.88 sık idrara çıkma,
- % 48.97 yalnız kalma isteği,
- % 47.82 gece terlemesi,
- % 43.59 diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olma),
- % 43.24 ciltte kuruluk,
- % 42.10 öksürürken ya da gülerken idrar kaçıрма,
- % 41.41 hayatından memnun olmama,
- % 36.89 cinsellikten kaçınma, % 34.05 cinsel istekte değişiklik,
- % 32.83 cildin görünümünde, renginde ve esnekliğinde değişiklik,
- % 32.16 cinsel ilişki sırasında vajinada kuruluk ve
- % 28.26 en düşük oranla yüz tüylerinde artma olarak tespit edildi.

Tablo 4.5.1. Menopoz Semptomlarının Tüm Gruplarda Yaşanma Oranları

Semptomlar	Sayı (N=874)	%
Vazomotor		
Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	486	55.60
Gece terlemesi	418	47.82
Terleme	453	51.83
Psikososyal		
Hayatından memnun olmama	362	41.41
Endişeli ve gergin hissetme	534	61.09
Hafızada zayıflama	637	72.88
Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	455	52.05
Depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme	476	54.46
Diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olma)	381	43.59
Yalnız kalma isteği	428	48.97
Fiziksel		
Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	441	50.45
Kas ve eklemlerde ağrı	691	79.06
Yorgun ve yıpranmış hissetme	692	79.17
Uyuma güçlüğü	457	52.28
Baş ve boyun arkasında ağrılar	666	76.20
Fiziksel güçte azalma	573	65.56
Dayanma gücünde azalma	548	62.70
Enerjide azalma hissi	604	69.10
Ciltte kuruluk	378	43.24
Kilo alma	482	55.14
Yüz tüylerinde artma	247	28.26
Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	287	32.83
Şişkinlik hissi	537	61.44
Bel ağrısı	680	77.80
Sık idrara çıkma	436	49.88
Öksürürken ya da gülerken idrar kaçıрма	368	42.10
Cinsel*	N=740	%
Cinsel istekte değişiklik	252	34.05
Cinsel ilişki sırasında vajinada kuruluk	238	32.16
Cinsellikten kaçınma	273	36.89

5. TARTIŞMA

Eskişehir Tepebaşı ilçesinde ikamet etmekte olan 40-59 yaş arasındaki kadınların menopozal semptomlarını ve menopozun yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmış olup aşağıda başlıklar halinde sunulmuştur.

5.1. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikleri, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma; Eskişehir Tepebaşı İlçesi Bölgesi'nde, 40–59 yaş arası 874 kadın üzerinde gerçekleştirildi. Araştırma grubundaki kadınların çoğunluğu 40–44 yaş grubunda (%29.50) olup, yaş ortalaması 48.58 ± 5.61 olarak belirlendi (Tablo 4.1.1).

Türkiye'de klimakterik dönemdeki kadınlarda bu döneme özgü belirti ve yakınmaları belirlemeye yönelik yapılan çalışmalardan elde edilen yaş ortalamasına ilişkin sonuçlar araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Aydemir ve Dağdeviren' in Edirne il merkezinde 40–59 yaş grubu 410 kadında yaptığı çalışmasında yaş ortalaması 48.18 ± 5.41 , Kharbouch ve Şahin'in İstanbul'da 45-59 yaş arası 202 menopozal dönemdeki kadın üzerinde yaptığı çalışmada 51.23 ± 4.17 , Uptan'ın (1999) klimakterik dönemdeki 50 kadın üzerinde yaptığı çalışmada 48.4 ± 2.82 , Başer ve Taşkın'ın (2002) Kayseri ilinde 93 menopozal dönemdeki kadınlar ile yaptığı çalışmada ise kadınların yaş ortalaması 48.89 ± 4.82 olarak bulunmuştur (19, 27, 112, 196). Timur ve Şahin'in Malatya'da 45-59 yaş arası menopozal dönemdeki 887 kadın üzerinde yaptığı çalışmada 50.55 ± 4.13 , Özgür ve Eryılmaz'ın İstanbul'da klimakterium dönemindeki 313 kadında yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 49.22 ± 4.78 , Tortumluoğlu ve Erci'nin Erzurum ilinde 40–60 yaş arası 87 klimakterik kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması 48.36 ± 6.49 bulunmuştur (147, 180, 187).

Çalışma grubumuzda okur-yazar olmayan kadın oranı %7.10, lise ve üzeri eğitim görenlerin ise %22.90'dı (Tablo 4.1.1). TNSA–2008 verilerine göre kadınlar arasında eğitimi olmayan-ilkokulu bitirmeyen kadınların oranı %18.3, lise ve üzeri öğrenim alanların oranı %21.1 olup bizim bulgumuzdan daha yüksekti (219). Bu durum araştırma yaptığımız yaş grubunun 40-59 yaş grubuyla sınırlı olması ve Eskişehir ilinin eğitim düzeyinin Türkiye'nin özellikle doğu bölgelerindeki illere göre daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Araştırma bulgularımıza göre kadınların %10.40'ı çalışmakta ve %8.70'i de emeklidir (Tablo 4.1.1). Başbakanlık Nisan 2009 TÜİK verilerine göre ülkemizde çalışan kadın oranı %25.50'dir ve çalışma durumu ile medeni durum arasında güçlü bir ilişki vardır (220). Ayrıca bu oran kırsal alanda çalışan kadınları da kapsamaktadır. Evli olmayan kadınlar arasında çalışanların oranı, evli olanlara oranla çok daha yüksektir. Bizim çalışmamızda çalışan kadın oranının düşük bulunması; araştırma yapılan gruptaki kadınların çoğunluğunun (%84.40) evli olması, kentte yaşaması ve sadece 40-59 yaş grubundakileri kapsamıyla açıklanabilir. Türkiye'de aynı yaş grubunda yapılmış çalışmalarda, kadınların büyük çoğunluğunun bizim çalışmamızda da olduğu gibi evli olduğu belirlenmiştir (27, 35, 37, 64, 112, 147, 180, 182, 187, 212). Sosyal güvencenin varlığı, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkileyen ve artıran önemli faktörlerden biridir. Araştırmamızdaki kadınların %87.40'ının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) durum raporuna göre 1999 yılı itibariyle, Türkiye'de sosyal sigorta programlarının kapsadığı nüfus %86.40' tır (www.unicef.com.tr).

Çalışma grubumuzdaki kadınların %60.10'u hane gelirlerinin giderlerini karşılamadığı ifade etmiş, aylık hane gelir ortalamasının 919.25 ± 536.45 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). Ülkemizde bölgelere göre sosyo ekonomik durumun önemli farklılıklar göstermesi, kadınların kendi değerlendirmelerine göre gelir durumlarını adlandırmaları sonuçlarda farklılıklara neden olabilmektedir. Bizim çalışma bulgumuz Kharbouch ve Şahin, Karaçam ve Şeker, Timur ve Şahin, Yurdakul ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla benzer bulunmuş olup, bu çalışmalarda da kadınların çoğu gelirlerinin giderlerini karşılamadığını ifade etmişlerdir (112, 180, 212).

Bozkurt ve Sevil'in İzmir'de postmenopozal kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınların %82.5'inin, hem bizim hem de yukarıdaki çalışmalardan farklı olarak, gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu bulmuşlardır (35). Bu çalışmadaki kadınların ileri yaş grubunda olmaları ve çoğunluğunun emeklilerden oluşması göz önüne alınacak olursa, bu durum beklenen bir sonuçtur.

Araştırma grubumuzdaki kadınların %40.62'si premenopozal, %12.24'ü perimenopozal, %19.00'ı 5 yıl altında ve %28.14'ü ise 5 yıl ve üzeri postmenopozal grupta (%47.14'ü postmenopozda) yer almaktaydı (Tablo 4.1.2). Timur ve Şahin'in 45-59 yaş aralığındaki kadınlarda yaptıkları çalışmada, kadınların %55.6'sının postmenopozal dönemde olduğu saptanmıştır (180). Kharbouch ve Şahin'in 45-59 yaş aralığındaki kadınlarda yaptıkları çalışmada %56.4'ü postmenopozal dönemdedir (112). Tortumluoğlu ve Erci'nin 40-60 yaş arası kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınların %40.2 sinin postmenopozal dönemde olduğu, Yurdakul ve ark.'nın yaş sınırlaması yapmaksızın menopoz kliniğine başvuran kadınlarda yaptıkları çalışmada %48.2 sinin 1-5 yıldır menopozal dönemde olduğu bulunmuştur (187, 212). Liu ve Eden'in (2008) 45-65 yaş aralığındaki kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınların %63.6'sının, Lu ve arkadaşlarının (45-65 yaş aralığı) çalışmasında %54.3'ünün, Peeyananjarassri ve arkadaşlarının (45-65 yaş aralığı) çalışmasında %51.1'inin postmenopozal dönemde olduğu belirlenmiştir (121, 127, 149). Menopozal döneme ilişkin çalışmalarda örnekleme alınan kadınların yaş gruplarında farklılıklar olabilmektedir. Çalışma grubumuzdaki kadınların yaş aralığı ile diğer çalışmalarda alınan yaş aralığının farklı olmasının, her üç menopozal dönemde bulunan kadınların oranında değişiklikler oluşturduğu düşünülmektedir. Ayrıca klimakterik dönemin başlangıç ve bitiş süreleri çevresel, sosyal ve kültürel faktörlerin etkisiyle ülke ve bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir (29). Bu durum da menopozal dönemlerde bulunan kadın oranlarını değiştirebilmektedir.

Çalışmamızdaki kadınların ortalama doğum sayısı 2.53 ± 1.37 idi (Tablo 4.1.2). TNSA-2008 verilerine göre ülkemizde bu oran 2.15 olup çalışmamızdaki bulgulara paralellik göstermektedir (219). Araştırmamızda kadınların %19.40'ı doğumlarını

sezaryen ile gerçekleştirmiştir (Tablo 4.1.2). TNSA–2008 verilerine göre ülkemizde sezaryen oranı %36.7 olup çalışma bulgumuzdan yüksektir (214). Çalışma grubumuzdaki kadınların ortalama gebelik sayısı 3.47 ± 2.01 ; ortalama düşük sayısı 0.46 ± 0.88 ve ortalama kürtaj sayısı ise 0.47 ± 0.87 bulundu. Timur ve Şahin'in çalışmalarında kadınların gebelik sayısı ortalamasının 5.13 ± 2.60 , doğum sayısı ortalamasının 4.04 ± 2.04 , düşük sayısı ortalamasının 1.72 ± 1.26 ve kürtaj sayısı ortalamasının ise 1.67 ± 0.99 olduğu bulunmuştur (180). Kharbouch ve Şahin'in yaptığı çalışmada ise gebelik sayısı ortalamasının 3.96 ± 2.62 , doğum sayısı ortalamasının 2.68 ± 1.44 , düşük sayısı ortalamasının 0.42 ± 0.85 ve kürtaj sayısı ortalamasının ise 0.85 ± 1.28 bulunmuştur (112). Çalışma bulgumuz Timur ve Şahin'in çalışma bulgularına göre düşük olup; Kharbouch ve Şahin'in çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir. Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ortalama doğum, gebelik, düşük ve kürtaj sayıları 2008 TNSA'ya göre batı bölgelerine oranla daha yüksek bulunmuştur (219). Timur ve Şahin'in çalışması da Doğu Anadolu bölgesinde yer alan Malatya ilinde yapıldığından dolayı ortalama doğum, gebelik, düşük ve kürtaj sayılarının yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur.

Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği ülkemizdeki ortalama menopoz yaşını 2002 yılında 47 olarak açıklamıştır (218). Araştırma grubumuzdaki kadınlarda ortalama menopoz yaşı 46.40 ± 4.40 olarak belirlendi (Tablo 4.1.2). Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda menopoz yaş ortalaması 44.98 ± 4.63 ile 48.16 ± 4.55 arasında değişmekte olup çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir (19, 35, 37, 63, 64, 112, 147, 180, 182, 187, 212). Dünya'da ise çeşitli ülkelerde menopoza girme yaş ortalamaları farklı rapor edilmiştir. Aydemir ve Dağdeviren'in tezinde belirtildiği üzere; doğal menopoza girme yaş ortalaması Güney Kore'de 46.9, Porto Riko'da 51.3, İran'da 50.4, ABD'de 51.3 yıl olarak bildirilmiştir (19). Çeşitli çalışmalarda saptanan menopoz yaşları incelendiğinde; Çin'de 49.54 ± 3.06 ; Sydney'de yaşayan Çinli kadınlarda 50.3; Malezya'da 50.78 ± 2.47 ; Sydney'de yaşayan Hintli kadınlarda 48.21 ± 3.7 , Yunan kadınlarında 48.6; yine Sydney'de yaşayan Arap kadınlarında 47.9 ± 5.0 ; Thailand'da ise 48.74 ± 3.07 olarak belirlenmiştir (42, 84, 120, 121, 127, 149, 175). Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür, menopoz yaşıyla ilgili çeşitli kültür ve toplumlarda farklılıklar

görülmektedir. Ancak genel olarak menopoza girme yaşının gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha geç olduğu söylenebilir. Bu sonucun nedenleri; genetik ve sosyal faktörler, beslenme durumu ve çevresel nedenler olarak açıklanmaktadır (14).

Çalışma grubumuzdaki kadınlarda kronik hastalık varlığına ait veriler incelendiğinde; %37.10'unda kronik hastalığın varlığı belirlendi. Kronik hastalıklardan en sık görüleni hipertansiyonu (%32.10) (Tablo 4.1.3). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında sistemik hastalık varlığı %42.5 oranında bulunmuş olup bizim bulgumuzla benzer şekilde kadınlarda en sık görülen hastalık hipertansiyonu (%43.2) (35). Timur ve Şahin'in çalışmasında sistemik hastalık varlığı %45.3, Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında %50.9, Kharbouch ve Şahin'in (2007) çalışmasında ise %54.5 olarak bulunmuştur (107, 112, 180). Bulgumuz ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına benzerlik göstermekle birlikte daha düşüktür. Bu düşüklüğün nedeni, çalışma grubumuzda alt yaş sınırimızın diğer çalışmalardan 5 yaş daha küçük olması ile açıklanabilir.

Obezite halen dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık problemidir. Araştırma grubumuzdaki kadınların VKİ'lerine bakıldığında %1.40'ının zayıf, %25.80'inin normal ağırlıkta, %42.10'unun kilolu ve %30.70'inin de obez olduğu belirlendi (Tablo 4.1.3). VKİ'leri ortalaması ise 28.04 ± 4.86 bulundu. VKİ ortalaması; Uptan'ın çalışmasında 24.29 ± 3.01 , Timur ve Şahin'in çalışmasında 27.74 ± 4.55 , Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında 28.4 ± 4.39 , Karaçam ve Şeker'in çalışmasında ise 28.24 ± 4.71 olarak belirlenmiştir (107, 180, 196). Çalışma sonuçları bulgumuzla benzerlik göstermektedir. 2003 TNSA sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu kadınlarda obezite sıklığı %22.7 olarak bulunmuştur (217). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırması, Lovejoy ile Aktener ve arkadaşlarının çalışmalarında menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda obezite oranının doğurgan çağıdaki kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (7, 125, 144). Lu ve arkadaşlarının Sydney'de yaşayan Arap kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınların %28.4'ünün, Hafiz ve arkadaşlarının Sydney'de yaşayan Hintli kadınlarda yaptıkları çalışmada (n=203) %9.4'ünün, Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan Çinli kadınlarda yaptıkları çalışmada (n=310) ise

%2.1'inin, Williams ve arkadaşlarının Amerika'da 40–65 yaş arası 2703 postmenopozal kadın üzerinde yaptıkları çalışmada ise %36'sının obez olduğu belirlenmiştir (84, 120, 127, 206). Beslenme kültürü ve alışkanlıkları ile genetik ve coğrafik faktörlerin toplumlar arasındaki farklı sonuçların saptanmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda egzersiz yaptığını ifade eden kadınların oranı %20.80'di (Tablo 4.1.3). Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda egzersiz yapma oranı %12 ile %58.9 gibi geniş bir aralıkta değişim göstermektedir (107, 180, 196, 212). Bizim bulgumuz, egzersiz yapma oranını %19.3 bulan Kharbouch ve Şahin'in çalışma sonucuyla benzerlik göstermektedir (112). Araştırmalarda farklı sonuçların elde edilmesi; egzersizin sorgulanma ya da kadınlar tarafından egzersizin algılanma şekliyle ilişkilendirilebilir.

Ülkemizde kadınlar arasında sigara içme alışkanlığı giderek artmaktadır. Çalışmamızda sigara içen kadın oranı %28.70 olarak belirlendi (Tablo 4.1.3). TNSA-2003 verilerine göre ülkemizde kadınların %28' i sigara içmekte olup bu sonuç çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir (219). Ülkemizde klimakterik dönemdeki kadınlarda yapılan çalışmalarda sigara içme oranı %17.4 ile %23.3 arasında saptanmıştır (35, 107, 112, 180, 212). Çan'ın sigara içme alışkanlığı ve sigarayı bırakma konulu çalışmasında ise, sigara içme oranının sanayileşmiş ülkelerde giderek azalma gösterirken üçüncü dünya ülkelerinde artış içerisinde olduğu; bu oranın dünyada kadınlarda %12, gelişmekte olan ülkelerde %7 iken gelişmiş ülkelerde %24, ülkemizde ise %24.3 olduğu bildirilmiştir (<http://www.hastarehberi.com>).

Alkol kullanma oranı araştırma grubumuzdaki kadınlarda %4.80 olarak belirlendi (Tablo 4.1.3). İstanbul il merkezinde yapılan çalışmalarda alkol kullanma oranı çalışma bulgumuzdan daha yüksek oranda, Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında %7.9, Hotun'un çalışmasında %9 olarak bulgulanmıştır (91, 112). Bu farklılık şehirlerarasındaki yaşam tarzı farklılıklarından kaynaklanabilir. Hilditch ve arkadaşları Kanada'da yaptıkları çalışmada ise kadınların %26.1'inin alkol kullandığını saptamıştır (90). Dini ve kültürel değerler göz önüne alındığında Türk kadınlarında alkol kullanma oranının az olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışma grubumuzdaki kadınların çoğunun boş zamanlarında ev (%34.00) ve el işi (%28.10) yaptıkları görüldü (Tablo 4.1.3). Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında da kadınların %47'sinin boş zamanlarında el işi ve ev işi ile uğraştıkları belirlenmiştir (112). Bu durum çalışma grubundaki kadınların sosyal etkinlik ve boş zamanları değerlendirme aktivitelerinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

5.2. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza Yönelik Bilgi ve Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda kadınların %48.20'sinin menopozal döneme yönelik bilgi almadığı, bilgiyi alan kadınların ise bu bilgiyi en yüksek oranla (%26.30) hekimlerden aldığı saptandı (Tablo 4.2.1). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında kadınların %45.8'inin; Tortumluoğlu ve Erci'nin çalışmasında %65.5'inin; Ergöl'ün çalışmasında ise %55.3'ünün döneme yönelik bilgi almadıkları belirlenmiştir (35, 63, 187). Bu çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi döneme yönelik sahip oldukları bilgiyi sırasıyla, %38.5; %70 ve %42.2 olarak en yüksek oranlarda hekimlerden aldıkları tespit edilmiştir. Uptan ise klimakterik kadınlarla yaptığı çalışmasında kadınların bu döneme yönelik bilgiyi çoğunlukla komşu ve akrabalarından aldıklarını saptamıştır. Aynı çalışmada kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe basılı yayın ve radyo, TV'den daha çok bilgi edindikleri, eğitim düzeyi düştükçe arkadaş-komşu deneyimlerinden daha çok yararlandıkları saptanmıştır (196).

Menopozun algılanması toplumlar ve kadınlar arasında farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedenleri toplumun sosyo kültürel değerleriyle ilişkilendirilmektedir (78, 186). Çalışmamızda menopozu olumsuz olarak algılayan kadınlar bunun nedenlerini sırasıyla; %82 oranında vücutta yaşlanmaya bağlı değişikliklerin ortaya çıkması, doğurganlığın kaybolması ve cinselliğin azalması olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.2.1). Konuyla ilgili olarak yapılan diğer araştırmalarda da araştırma bulgularımıza benzer şekilde, aynı nedenlerle kadınların dönemi olumsuz olarak algıladıkları belirtilmektedir

(81, 187, 213). Araştırma bulgularımıza göre kadınların %34.30'u en yüksek oranla, adet dönemi ağrı ve sıkıntılarından kurtulduğu için dönemi olumlu olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Daha sonra sırasıyla, gebe kalmaktan kurtulduğu, korunma yöntemi kullanmak zorunda kalmadığı, ibadetlerini aksatmadan yapabildiği ve aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için olumlu algıladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.1). Araştırmamızın sonuçları konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (81, 119, 187).

Aydemir ve Dağdeviren'in çalışmasında kadınların %78'inin menopozu doğal bir olay olarak gördükleri ve %52.4'ünün menopozu "adetlerin kesilmesi" olarak tanımladıkları bulgulanmıştır. Menopozu tanımlamak için verilen diğer yanıtları sıklık sırasıyla "doğurganlığın sona ermesi", "doğal bir olay", "fiziksel bir değişiklik", "hayatta yeni bir dönem" ve "yaşlılığın başlaması" olarak saptamışlardır (19). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında kadınların %44.2'sinin menopozu sıkıntı-stres ve sonrasında sırasıyla "rahatlama (%20.8)", "çocuk doğuramama (%12.5)", "yaşlanma (%8.3)", "doğal bir olay (%7.5)" ve " kayıp (%6.7)" olarak algıladıkları tespit edilmiştir (35). Özgür ve Eryılmaz'ın çalışmasında ise kadınların %33.2'si menopozu "üretkenliğin sona ermesi" şeklinde ifade etmişlerdir. Yine bu çalışmada kadınların %52.4'ünün menopozu doğal bir olay kabul ettikleri ve %38.7'sinin ise olumsuz olarak algıladıkları görülmüştür (147). Özkan ve Kömürcü'nün çalışmasında ise kadınların %53.2'sinin menopoz tanımını bilmediği, %46.8'inin ise menopozu adetten kesilme olarak tanımladıkları saptanmıştır (146).

5.3. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikler, Genel Sağlık Durumu Ve Alışkanlıklarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Klimakterik dönemde kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir. Bu etkilenmenin derecesini değerlendirmek amacıyla çalışmamızda SF-36 genel yaşam kalitesi ölçeği ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi ölçeği kullanıldı.

Öğrenim durumu ve yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında; SF-36'nın sosyal işlev alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçekleri eğitim durumundan önemli derecede etkilenmekteydi ($p<0.001$). Okuma/yazması olmayan grupta yaşam kalitesi belirgin bir şekilde bozukken, eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinde iyileşmekte olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.3). Eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda sosyo-ekonomik göstergelerin de daha kötü olması, yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmeyi artırmaktadır. Çalışma bulgumuz diğer çalışma bulgularıyla uyumluluk göstermektedir (19, 73, 138, 146, 149, 182).

Çalışmamızda kadınların hane gelir algıları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında; sosyal işlev alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçeklerin gelir algısından etkilendiği görüldü. Hane gelirlerinin giderlerini karşıladığını ifade edenler tüm alanlarda geliri giderlerinden düşük ve fazla olanlara göre en iyi yaşam kalitesine sahiptiler. Fiziksel fonksiyon, mental rol ve mental sağlık alt alanlarında gelirlerini giderlerinden az olarak tanımlayan kadınlar; ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık ve bir yıllık sağlık algısındaki değişim alanlarında ise gelirlerini giderlerinden daha fazla olarak tanımlayanlar en düşük yaşam kalitesine sahipti (Tablo 4.3.4). Tokuç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aylık geliri asgari ücretten düşük olan kadınların yaşam kalitesi skorlarının yüksek gelirlilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (182). Genazzani ve arkadaşlarının çalışmasında da sosyo ekonomik düzeyi düşük olan kadınların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur (73). Yurdakul ve arkadaşlarının Mersin'de yaptıkları ($n=83$) araştırmada çalışmamızdaki gibi, bir yıllık sağlık algısındaki değişim alanında geliri giderinden fazla olan kadınların; mental rol,

mental sağlık, fiziksel rol ve fiziksel sağlık alanlarında ise geliri giderinden az olan kadınların en düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir (212). Aydemir ve Dağdeviren'in çalışmasında ise fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt leklerinin sosyo ekonomik düzeyden etkilendiği saptanmış ve sosyo ekonomik düzeyi düşük olanlarda yaşam kalitesinin de daha kötü olduğu yönünde verilere ulaşılmıştır (19).

Kadınların evlilik memnuniyeti ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye bakıldığında SF-36'nın tüm alt leklerinin evlilik memnuniyetinden önemli derecede etkilendiği görüldü (Tablo 4.3.5). Klimakterik dönemde SF-36 yaşam kalitesi leğinin kullanılıp da bu konunun ele alındığı kaynaklara rastlamadığımızdan ulaştığımız sonucun uygunluğunu değerlendiremedik. Ancak oban ve arkadaşlarının Manisa Celal Bayar niversitesi menopoz kliniğine menopozal semptomlarla başvuran 226 klimakterik kadın üzerinde evlilik uyumunu Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen evlilik uyum leği ile araştırmışlar ve bu dönemdeki kadınların uyumsuz evlilik ilişkisi içinde olduklarını belirlemişlerdir (47). Yine bu çalışmada klimakterik dönemdeki kadınların evlilik uyumu ile menopozal semptomları arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu ve evlilik uyum puanları ile menopoza ilişkin tutum puanları arasında ise pozitif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (47). Uçanok ve Bayraktar ise Türk toplumunda evlilik ilişkisinin niteliğinin, klimakterik döneme ilişkin Őikyetler ile baş etmede oldukça önemli rolü olduğunu belirtmişlerdir (195).

Çalışmamızda klimakterik dönemdeki kadınlarda SF-36 alt ölçeklerinden genel sağlık algısı, yaşamsallık ($p<0.05$), fiziksel rol ($p<0.01$) ve fiziksel fonksiyonun ($p<0.001$) sigara kullanımından önemli derecede etkilendiği görüldü. Bu etkilenme sigara kullanan kadınların yaşam kalitelerinin kullanmayanlara göre daha kötü olduğu yönündeydi (Tablo 4.3.8). Aydemir ve Dağdeviren'in çalışmasında sigara kullanımından sadece fiziksel rol alt leğinin etkilendiği ve hiç sigara kullanmamış olanların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (19). Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara içme durumu ile fiziksel fonksiyon ve ağrı alt ölçekleri arasında önemli bir ilişki görülmüştür. Burada sigara içmeyenlerde ağrı alanı

yaşam kalitesi daha iyi iken fiziksel fonksiyon alanı yaşam kalitesi sigara içenlerde daha yüksek bulunmuştur (212).

Çalışmamızda günlük içilen sigara miktarına göre ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında da fark bulundu. Günlük tüketilen sigara miktarı arttıkça ağrı alanı yaşam kalitesinin iyileştiği, sigara sayısı azaldıkça da genel sağlık algısı yaşam kalitesinin iyileştiği gözlemlendi (Tablo 4.3.9). Günlük içilen sigara sayısının artışıyla birlikte genel sağlık algısıyla ilgili yaşam kalitesinin kötüleşmesi, sigaranın sağlık üzerindeki zararlı etkilerinin daha sık görülmesiyle açıklanabilir. Klimakterik dönemde, içilen sigara miktarının yaşam kalitesi üzerine etkisini SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak değerlendiren çalışmalara literatürde rastlanmadı. Ancak Odabaşı ve arkadaşları, sigara kullanımının postmenopozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğunu hem kullanım süresi, hem de içilen sigara miktarına bağlı olarak azalttığını belirtmişlerdir (142).

Egzersiz yapmak, sağlığa ilişkin parametrelerin korunması ve kontrol altına alınmasındaki sayısız önem ve etkilerinin yanı sıra, pek çok hastalık ve semptomlarının tedavisinde son derece yararlı ve etkili bir sağlıklı yaşam davranışı olarak bilinmektedir. Çalışmamızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı ve mental rol hariç diğer tüm alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları kadınların egzersiz yapma durumundan önemli derecede etkilenmekteydi. Bu alt ölçeklerde egzersiz yapan kadınların yaşam kalitesi egzersiz yapmayanlardan daha yüksek bulundu (Tablo 4.3.7). Yurdakul ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, menopozal dönemdeki kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır (212). Lotta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bulgumuzla benzer şekilde düzenli fiziksel egzersiz yapmanın postmenopozal dönemdeki kadınlarda vazomotor semptomlarda azalmaya ve yaşam kalitesinde artmaya neden olduğu saptanmıştır (124). Mirzaiinjmabadi ve arkadaşları Avustralya'da 45 ile 60 yaş arasındaki 1500 postmenopozal kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, egzersiz yapan ve yapmayan kadınları karşılaştırmışlardır. Çalışmalarının sonucunda, menopoza özgü psikolojik semptomların egzersiz yapan kadınlarda, belirgin oranda daha az olduğunu saptamışlar ancak egzersiz ile vazomotor semptomlar ve cinsel semptomlar arasında belirgin bir

ilişki bulamamışlardır (137). Guthrie ve arkadaşlarının 45 ile 55 yaşları arasındaki kadınlarda yaptıkları bir çalışmada ise, fiziksel aktivitenin kadının kendini iyi hissetmesini sağladığını, stres ve depresyon oranlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır (80).

SF-36 ölçeği'nden elde edilen puan ortalamalarına göre yaşam kalitesinin VKİ'nden etkilenme derecesine bakıldığında, fiziksel sağlığın VKİ'nden daha fazla etkilendiği görüldü. Bunun dışında genel sağlık algısı, yaşamsallık ve mental sağlık alanlarından elde edilen puanlar da gruplar arasında farklıydı (Tablo 4.3.1). Çalışma grubumuzdaki kadınlarda fiziksel fonksiyon yaşam kalitesi obez kadınlarda en kötüyken; genel sağlık algısı, yaşamsallık ve mental sağlık alanlarındaki yaşam kaliteleri ise zayıf olan grupta daha kötü bulundu. Aydemir ve Dağdeviren'in Edirne'de 40–59 yaş arası kadınlarda yaptıkları çalışmada (n=410) genel sağlık algısının çalışma bulgumuzdan farklı olarak obez kadınlarda daha kötü olduğu bildirilmiştir (19). Fuh ve arkadaşlarının Kinmen adasındaki 40–54 yaş arası kadınlarda menopoza ve yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada (n=1360) da fiziksel sağlığın VKİ'nden etkilendiği ve bu etkilenmenin de obez kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (70).

Kronik hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan semptom ve komplikasyonlar yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır. Çalışmamızda da SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanları kronik hastalık varlığından önemli derecede etkilenmekteydi. Kronik hastalığı olmayan kadınların kronik hastalığı olanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları görüldü (Tablo 4.3.6). Ulaşılan bu sonuç literatür bulgularıyla uyumluluk göstermektedir (19, 73, 182, 201).

Çalışmamızda menopoza süresi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt alanları arasında negatif yönlü ilişki saptandı. Buna göre kadınların menopoza süresi arttıkça SF-36 ölçeği tüm alt alanlarıyla ilgili yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekteydi. Peeyananjarassri ve ark. tarafından menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi ilişkisini değerlendirmek amacıyla 45–65 yaş arası 270 kadın üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da menopozda geçirilen süre arttıkça yaşam kalitesinin bozulduğu saptanmıştır (149).

Araştırmamızda kadınların adet düzenlerinin yaşam kalitelerini etkileme durumu değerlendirildi ve fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, mental rol alt ölçeklerinin adet düzeninden etkilendiği saptandı. Buna göre adetleri düzenli olan kadınlar adet düzensizliği yaşayan kadınlardan daha iyi yaşam kalitesine sahiptiler (Tablo 4.3.2). Bu durumun, kadının yaşam şeklini planlayamaması ve beklenmedik durumlarla karşılaşma riskini artırması nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Literatür incelendiğinde; klimakterik dönemde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak adet düzeninin yaşam kalitesine etkisinin sorgulandığı araştırmalara rastlanmadı.

Menopozal dönemlere göre SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden mental sağlık alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçeklerin puan ortalamaları menopozal gruplar arasında ileri derecede önemli farklılık göstermekteydi. En büyük farklılık pre ve postmenopozal gruplar arasında olup, premenopozal kadınlar postmenopozallere göre, postmenopozal kadınlarda da 5 yıl ↓ menopoz süresine sahip olanlar 5 yıl ve ↑ menopoz süresine sahip olanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahiptiler. Tüm alt ölçeklerde premenopozal gruptaki kadınlar en iyi yaşam kalitesine sahipken, 5 yıl ve ↑ postmenopozal grubun en kötü yaşam kalitesine sahip olduğu saptandı (Tablo 4.3.10). Bu bulgu diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (19, 37, 70, 73, 182, 201). Mishra ve arkadaşlarının Avustralya’da 45–50 yaşları arasındaki menopozal kadınlar arasında yaptıkları çalışmada premenopozal kadınların yaşamsallık, ağrı ve mental rol alt alanları hariç diğer tüm alt alanlarda postmenopozal kadınlardan daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur (138).

5.4. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sosyo-Demografik, Jineko-Obstetrik Özellikler, Genel Sağlık Durumu Ve Alışkanlıkları İle Menopoza Yönelik Bilgi Ve Düşüncelerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma grubumuzdaki kadınların MÖYKÖ'nin alt alanlarına ait yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde;

Kadınların **MÖYKÖ'nin vazomotor alan puan ortalaması 5.25±5.5** olarak tespit edildi. Vazomotor alan puan ortalaması; Kharbouch ve Şahin'in İstanbul'da yaptıkları çalışmada (n=202, 45-59 yaş aralığı) 4.44±1.59, Timur ve Şahin'in Malatya'daki çalışmalarında (n=887, 45-59 yaş aralığı) 4.19±1.96 olup çalışma bulgumuzla karşılaştırıldığında, vazomotor alan yaşam kalitesi daha iyi bulunmuştur (112, 180). Bozkurt ve Sevil'in menopoz kliniğine başvuran postmenopozal kadınlarda yaptıkları çalışmada (n=120) vazomotor alan puan ortalaması 12.58±5.39 olarak saptanmış olup bulgumuzla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi daha düşük düzeyde rapor edilmiştir (35). Williams ve arkadaşlarının Amerika'da postmenopozal kadınlarda yaptıkları çalışmada (n=2703, 40-65 yaş aralığı) ise bu alandaki puan ortalaması 3.2±2.2 olarak bildirilmiştir (206). Bulgular arasındaki farklılıklar çalışmaların yapıldığı bölge ve ülkelerin, çalışma metodolojilerinin farklı olmasıyla açıklanabilir.

Kadınların **MÖYKÖ psikososyal alan puan ortalaması 20.72±11.55** olarak belirlendi. Psikososyal alan puan ortalaması; Kharbouch ve Şahin'in araştırmasında 3.85±1.68, Timur ve Şahin'in çalışmasında 3.74±1.62 olarak bulgumuzdan oldukça düşük, Bozkurt ve Sevil'in araştırmasında ise 25.74±11.77 olup, sonucumuzdan daha yüksek bulunmuştur (35, 112, 180). Amerika'da Williams ve arkadaşlarının araştırmasında ise 3.3±1.8 olarak bildirilmiştir (206).

Kadınların **MÖYKÖ fiziksel alan puan ortalaması 29.48±19.16** bulundu. Fiziksel alan puan ortalaması; Kharbouch ve Şahin'in araştırmasında 4.23±1.25, Timur ve Şahin'in çalışmasında 4.16±1.23 olarak saptanmış olup çalışmamızdaki kadınların fiziksel alan yaşam kalitesi, İstanbul ve Malatya'da yapılan bu çalışmalardaki

kadınlardan oldukça düşük düzeyde kalmaktadır (112, 180). Bozkurt ve Sevil'in araştırmasında ise 57.09 ± 17.61 olarak tespit edilerek kadınların fiziksel alan yaşam kaliteleri çalışma bulgumuza göre daha düşük bulunmuştur (35). Williams ve arkadaşlarının araştırmasında ise 3.5 ± 1.5 olarak bildirilmiştir (206).

Kadınların **MÖYKÖ cinsel alan puan ortalaması** 6.12 ± 6.72 olarak saptandı. Cinsel alan puan ortalaması; Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında 4.55 ± 2.30 , Timur ve Şahin'in çalışmasında 3.87 ± 2.09 olarak belirlenmiş olup diğer alanlarda olduğu gibi bizim bulgumuzdan düşük, Bozkurt ve Sevil'in araştırmasında ise 11.36 ± 5.90 bulunarak bulgumuzdan yüksek olarak belirlenmiştir (35, 112, 180). Williams ve arkadaşlarının araştırmasında ise 2.9 ± 2.1 olarak bildirilmiştir (206).

Kadınların yaş gruplarına göre MÖYKÖ'nin vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları ileri düzeyde önemli farklılık, cinsel alan puan ortalamaları ise önemli farklılık göstermekteydi. MÖYKÖ'nin dört alanında da 40-44 yaş grubu kadınların puan ortalamaları diğer yaş grubundaki kadınlara göre ileri düzeyde önemli derecede düşüktü, dolayısıyla tüm alanlarda daha iyi yaşam kalitelerine sahiptiler (Tablo 4.4.1). Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında (45-59 yaş arası kadınlarda) yaş gruplarına göre vazomotor ve fiziksel alan puan ortalamaları arasında önemli fark bulunmuş, psikososyal ve cinsel alan puan ortalamaları ise önemli farklılık göstermemiştir. Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında da vazomotor alanda yaşam kalitesi çalışmamızda olduğu gibi artan yaş ile birlikte kötüleşmektedir (112). Chen ve ark. (2008) da artan yaş ile vazomotor ve cinsel alan yaşam kalitesi düzeyinin düştüğünü saptamışlardır (42). Williams ve arkadaşlarının çalışmasında ise MÖYKÖ'nin dört alanında da 60-65 yaş arası kadınların 40-44 ve 45-59 yaş arası kadınlardan daha iyi yaşam kalitelerine sahip oldukları rapor edilmiştir (206). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında yaş gruplarına göre kadınların vazomotor, fiziksel ve cinsel alan yaşam kalitelerinin farklılık göstermediği, psikososyal alan yaşam kalitesinin farklılık gösterdiği saptanmış olup artan yaşla birlikte iyileştiği belirtilmiştir (35). Timur ve Şahin'in çalışmasında ise yaş gruplarına göre tüm alt alanların puan ortalamaları arasında önemli fark olduğu bildirilmiş ve bu çalışmada da bizim çalışmamız ile

Kharbouch ve Şahin'in çalışmasına paralel olarak, tüm alt alanlarda kadınların yaşları küçüldükçe daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur (180). Blumel ve arkadaşlarının çalışmasında da psikososyal alan hariç vazomotor, fiziksel ve cinsel alan yaşam kalitelerinin yaştan etkilendiği, artan yaşla birlikte yaşam kalitelerinin bozulduğu yönünde verilere ulaşılmıştır (33).

Çalışma grubumuzdaki kadınların medeni durumlarına göre MÖYKÖ'nin vazomotor alan puan ortalamaları farklı değilken, psikososyal alan puan ortalamaları fark, fiziksel alan puan ortalamaları önemli farklılık göstermiştir. Bu farklılıklar ve puan ortalamaları göz önüne alındığında psikososyal alanda ayrı yaşayanlar, fiziksel alanda dul kadınlar diğer gruplara göre daha kötü yaşam kalitesine sahiptirler (Tablo 4.4.1). Kharbouch ve Şahin'in yaptığı çalışmada psikososyal alan dışında vazomotor, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (112). Bozkurt ve Sevil'in yapmış olduğu çalışmada cinsel alan hariç vazomotor, fiziksel ve psikososyal alan puan ortalamaları ile medeni durum arasında fark tespit edilmemiştir (35). Timur ve Şahin'in çalışmasında ise MÖYKÖ'nin tüm alt alanlarının puan ortalamaları kadınların medeni durumlarına göre farklılık göstermemiştir (180). Blumel ve arkadaşlarının Şili'de yaptıkları çalışmada yaşam kalitesinin evlilik durumundan etkilenmediği bildirilmiştir (33). Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan Çinli kadınlarda yaptıkları çalışmada da evlilik durumu ile menopozal semptomlar arasında bir ilişki olmadığı görülmektedir (120). Peeyananjarassri ve arkadaşlarının Tayland'da yaptıkları hastane tabanlı (n=270) çalışmalarında evli kadınların vazomotor semptomları dul, ayrı yaşayan ya da bekâr kadınlardan önemli oranda daha fazla yaşadıkları bulgulanmıştır (149). Lu ve arkadaşlarının çalışmasında ise vazomotor alan semptomlarından sıcak basmaları ve gece terlemelerini evli kadınlar bekar, dul, ayrı yaşayan ya da boşanmış kadınlardan önemli oranda daha düşük sıklıkta yaşadıkları rapor edilmiştir. Yine bu çalışmada eşinden ayrı yaşayan kadınlar vazomotor ve psikososyal alanlarda diğer gruplardan önemli oranda daha yüksek puan almışlardır (127).

MÖYKÖ'ü vazomotor ve cinsellik alt alan puan ortalamaları kadınların mesleklerine göre farklı değilken, psikososyal alan puan ortalamaları önemli farklılık, fiziksel alan puan ortalamaları ise ileri derecede önemli farklılık göstermekteydi. Puan ortalamalarına göre çalışmayanlar (ev hanımı+emekli) çalışanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahipti (Tablo 4.4.1). Timur ve Şahin'in çalışmasında ise mesleklere göre vazomotor, psikososyal ve cinsel alan puan ortalamaları arasında fark yokken, fiziksel alan puan ortalamaları arasında önemli fark saptanmış ve çalışan kadınlar çalışmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip bulunmuşlardır (180). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında ise meslekler arasında yaşam kalitesi düzeyleri anlamlı fark göstermemiştir (35). Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan Çinli kadınlarda yaptıkları çalışmada, çalışan kadınların psikososyal alan semptomlarını emekli ve ev hanımlarından daha yüksek oranda yaşadıkları tespit edilmiştir (120).

Kadınların öğrenim durumlarına göre vazomotor, fiziksel ve psikososyal alan puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı fark varken cinsel alan puan ortalamaları arasında fark bulunmadı. Öğrenim düzeyi yükseldikçe puan ortalamalarının düştüğü, dolayısıyla yaşam kalitelerinin de anlamlı derecede iyileştiği görüldü (Tablo 4.4.1). Kharbouch ve Şahin ile Timur ve Şahin'in yapmış oldukları çalışmalarda da çalışma bulgumuzla uyumlu olarak öğrenim durumları ile vazomotor, fiziksel ve psikososyal alan yaşam kaliteleri arasında fark olduğu, cinsel alan yaşam kaliteleri arasında önemli fark bulunmadığı bildirilmiştir (112, 180). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında ise öğrenim durumuna göre sadece fiziksel alan puanları arasında fark bulunduğu görülmektedir (35). Hafız ve arkadaşlarının Sydney'de yaşayan Hintli kadınlarda yaptıkları çalışmada (n=203) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamasına rağmen, kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe tüm alan semptomlarını daha yoğun yaşadıkları bulunmuştur (84). Lu ve arkadaşlarının çalışmasında da öğrenim görmemiş kadınların tüm semptomları öğrenim görmüş kadınlardan daha yüksek sıklıkta yaşadıkları belirlenmiştir (127). Peeyanjarassri ve arkadaşlarının Tayland'da yaptıkları hastane tabanlı (n=270) çalışmalarında eğitim seviyesi düştükçe fiziksel semptomların yaşanma sıklığının arttığı bulunmuştur (149).

Çalışmamızda psikososyal ve cinsel alan puan ortalamaları kadınların evlilik memnuniyetlerine göre ileri derecede önemli farklılık gösterirken, vazomotor alan puan ortalamaları önemli fark ve fiziksel alan puan ortalamaları ise farklılık göstermekteydi. Tüm alt alanlarda en düşük yaşam kalitesine sahip olan grup evlilik hayatından hiç memnun olmayanlardı (Tablo 4.4.1). Literatürde MÖYKÖ’i kullanılarak evlilik memnuniyetinin sorgulandığı çalışmalara rastlanmadığından bulgumuzun uygunluğu değerlendirilemedi.

Çalışmamızdaki kadınların hane gelir algılarına göre fiziksel ve psikososyal alt alan puan ortalamalarının ileri derecede önemli oranda, vazomotor ve cinsel alan puan ortalamalarının ise önemli oranda farklı olduğu belirlendi. Kadınların fiziksel ve cinsel alandaki yaşam kaliteleri; geliri giderinden fazla olanlarda, vazomotor ve psikososyal alanda ise geliri giderinden az olan kadınlarda daha düşüktü (Tablo 4.4.1). Yurdakul ve arkadaşları, Timur ve Şahin ile Kharbouch ve Şahin’in yapmış oldukları çalışmalarda ise gelir durumuna göre tüm alt alanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (112, 180, 212).

MÖYKÖ’nin tüm alt alanları, kadınların gebelik ve doğum sayılarından ileri derecede anlamlı oranda etkilenmekteydi. Kadınların gebelik ve doğum sayıları arttıkça tüm alt alanlardan aldıkları puan ortalamaları yükselmekte ve yaşam kaliteleri düşmekteydi (Tablo 4.4.2). Kharbouch ve Şahin’in çalışmasında cinsel alan yaşam kalitesinin doğum sayısı arttıkça düştüğü belirlenmiştir (112). Liu ve Eden’in Sydney’de yaşayan Çinli kadınlarda yaptıkları çalışmada pariteye göre dört alan semptomları arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamış, ancak bir doğumu olan ya da hiç doğum yapmayan kadınların iki ve üzeri doğum yapanlara göre vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan semptomlarını daha yüksek oranda yaşadıkları tespit edilmiştir (120). Blumel ve arkadaşlarının çalışmasındaysa doğum sayısı arttıkça vazomotor ve psikososyal alan yaşam kalitelerinde bozulma olduğu belirlenmiştir (33). Punyahotra ve arkadaşları da menopozal yakınmaların artan pariteyle birlikte artış gösterdiğini saptamışlardır (152).

Kadınların MÖYKÖ'nin vazomotor, psikososyal ve fiziksel alt alanlarından aldıkları puan ortalamaları kronik hastalık varlığına göre etkilenmekteydi. Kronik hastalığı olan kadınların bu alanlardaki puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre ileri derecede önemli oranda yüksek ve yaşam kalitelerinin ise düşük olduğu bulundu (Tablo 4.4.3). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında, kadınların sistemik hastalık varlığına göre psikososyal, fiziksel ve cinsel alan yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmamışken, vazomotor alan yaşam kaliteleri arasında fark bulunmuş ve bu alanda hastalığı olanların yaşam kalitelerinin bozulduğu saptanmıştır (35). Kharbouch ve Şahin'in yapmış oldukları çalışmada, MÖYKÖ tüm alt alanlarında yaşam kalitesi kronik hastalık varlığından etkilenmekte ve kronik hastalığa sahip olan kadınlarda yaşam kalitelerinin bozulduğu görülmektedir (112). Genazzani ve arkadaşları ile Waidysekera ve arkadaşlarının menopozal kadınlarda yapmış oldukları çalışmalarda da kronik hastalığı olan kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (73, 201).

Çalışma grubumuzdaki kadınların VKİ'lerine göre MÖYKÖ'nden aldıkları puan ortalamaları fiziksel alanda ileri derecede önemli farklılık, vazomotor alanda önemli farklılık, psikososyal alanda ise farklılık göstermektedir. Normal kiloda olan kadınlar tüm alanlarda en düşük puan ortalamasına dolayısıyla da zayıf, kilolu ve obez olan kadınlara göre en yüksek yaşam kalitesine sahip olan gruptu (Tablo 4.4.3). Lu ve arkadaşlarının çalışmasında kilolu ve obez kadınlar tüm alanlarda, özellikle de vazomotor alanda normal kilolu kadınlarla karşılaştırıldığında, en düşük yaşam kalitesine sahip grup olarak belirlenmiştir (127). Liu ve Eden'in çalışmasında da (2007) obez kadınlar vazomotor, fiziksel ve psikososyal semptomları daha yüksek oranda rapor etmişlerdir (120).

Kadınlarda sigara kullanımının vazomotor ve fiziksel alanları etkilediği, sigara içen kadınların vazomotor ve fiziksel alanlardan aldıkları puan ortalamalarının içmeyenlere oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4.3). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında tüm alt alanlarda yaşam kalitesi sigara kullanımından etkilenmemektedir (35). Williams ve arkadaşlarının çalışmasında ise psikososyal, fiziksel ve vazomotor alan yaşam kalitelerinin sigara kullanımından önemli derecede

etkilendiği ve bu alanlardaki yaşam kalitelerinin hiç sigara içmeyenlerde, daha önceden içip bırakmış veya halen kullananlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (206).

Çalışma grubumuzdaki kadınlarda menopozal döneme yönelik bilgisi olanların vazomotor ve psikososyal alan yaşam kalitesi bilgisi olmayanlara göre önemli derecede yüksek bulundu. Menopoz algılarına göre ise MÖYKÖ'nin sadece vazomotor alanından alınan puan ortalamaları etkilenmekteydi. Buna göre menopozu olumlu algılayan kadınların vazomotor alan yaşam kalitesi menopozu olumsuz algılayanlara göre önemli oranda yüksek bulundu (Tablo 4.4.4). Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında MÖYKÖ'nin tüm alt alanlarında yaşam kalitesinin kadınların menopozu algılayış şekline etkilendiği bildirilmiştir. Yine bu çalışmada kadınların klimakterium dönemi ile ilgili bilgi alma durumlarına göre vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan yaşam kaliteleri arasında fark olmadığı, cinsel alan yaşam kalitesinin bilgi alan kadınlarda olmayanlara göre daha iyi olduğu görülmektedir (35). Liu ve Eden'in çalışması ile Peeyananjarassri ve arkadaşlarının çalışmalarında ise menopozu karşı pozitif tutum ve düşünceleri olan kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadıkları gösterilmiştir (120, 149).

Kadınların menopozal dönemlerine göre vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları ileri derecede önemli oranda farklı bulundu. Buna göre premenopozal gruptaki kadınların tüm alt alanlardaki yaşam kalitesi, perimenopoz ve postmenopozal gruptaki kadınlarla karşılaştırıldığında ileri derecede önemli oranda yüksekti (Tablo 4.4.5). Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında vazomotor alan puanları menopozal dönemlere göre benzer bulunmuş olup psikososyal alan puanlarının farklı, fiziksel ve cinsel alan puanlarının ise önemli oranda farklı olduğu belirlenmiştir. Farklı bulunan tüm alanlarda en yüksek puan ortalamalarına ve en düşük yaşam kalitelerine 5 yıl ve ↑ postmenopozal grubun sahip olduğu bildirilmiştir (112). Peeyananjarassri ve arkadaşlarının Tayland'da yaptıkları hastane tabanlı (n=270) çalışmalarında menopozal gruplar arasında alt alan puanlarının ileri derecede önemli farklılık yarattığı belirlenmiştir. Bu çalışmada vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan yaşam kalitesinin perimenopozal gruptaki kadınlarda diğer gruplardan daha kötü olduğu saptanmıştır ancak cinsel alan yaşam kalitesi postmenopozal grupta daha kötü bulunmuştur (149). Lu ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışmamızda olduğu gibi postmenopozal kadınlar pre

ve perimenopozal kadınlarla karşılaştırıldığında tüm alanlarda daha düşük yaşam kalitesine sahip bulunmuştur (127). Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan yunanlı kadınlarda yaptıkları çalışmada ise semptom bazında değerlendirme yapılmış ve bazı menopozal semptomlar menopozal dönemlerle ilişkilendirilmiştir. Buna göre postmenopozal kadınlar arasında, yorgun ve yıpranmış hissetme, fiziksel güçte azalma, bel ağrısı ve cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk semptomları pre ve perimenopozal dönemdeki kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (121).

Kadınların menopoz sürelerine göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; fiziksel, vazomotor ve cinsellik alt alan puan ortalamaları arasında negatif yönlü ilişki bulundu. Buna göre kadınların menopoz süreleri arttıkça fiziksel, vazomotor ve cinsellik alt alan puan ortalamaları önemli derecede azalmakta ve yaşam kaliteleri ise iyileşmekteydi. Bairy ve arkadaşlarının güney Hindistan'da menopoz kliniğine başvuran postmenopozal kadınlarda yaptıkları (n=353) çalışmada menopoz süresi arttıkça vazomotor, fiziksel ve cinsel alan yaşam kalitelerinin bozulduğu tespit edilmiştir (23). Bozkurt ve Sevil'in yapmış oldukları çalışmada bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak, kadınların menopoz sürelerine göre yaşam kaliteleri farklılık göstermemiştir (35).

5.5. Klimakterik Dönemde Menopozal Semptomların Yaşanma Sıklığına Ait Bulguların Tartışılması

Klimakterik dönemdeki kadınlarda bu döneme özgü sağlık sorunları ülkeler ve kültürlerle göre farklılık gösterebilmektedir. Bu semptomların ne düzeyde yaşandığı ve yaşam kalitesini ne derecede etkilediğinin bilinmesi, klimakterik dönemdeki kadınlara daha iyi bakım verilmesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda MÖYKÖ'nin dört alanında tüm gruplar göz önüne alınarak değerlendirme yapıldığında, semptomların yaşanma sıklığı vazomotor alanda %51.75, psikososyal alanda %53.49, fiziksel alanda %57.82 ve cinsel alanda ise %34.36 oranında belirlenmiştir (Tablo 4.5.1). Chen ve arkadaşlarının Çin'de 40-60 yaşları

arasında 353 kadında yapmış oldukları çalışmada vazomotor semptomlar %52.7, psikososyal semptomlar %90.4, fiziksel semptomlar %98 ve cinsel alan semptomları ise %64 oranında bulgulanmıştır (42). Bener ve arkadaşlarının Birleşik Arap Emirliklerinde yaptıkları çalışmada semptomların yaşanma oranı vazomotor alanda %40, psikososyal alanda %58.7, fiziksel alanda %69 ve cinsel alanda %37 olarak bulunmuştur (30). Çalışma bulgularımız, Bener ve arkadaşlarının çalışma bulgularına benzer, Chen ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında ise vazomotor alanda semptom yaşanma oranı benzer, diğer üç alanda ise onların bulgularından daha düşük oranda tespit edilmiştir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların fiziksel alan semptomlarını diğer alan semptomlarından daha yüksek oranda yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.5.1). Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan Yunan kadınlarında (n=217), Chen ve arkadaşlarının Çinli kadınlarda, Hafız ve arkadaşlarının Sydney'de yaşayan Hintli kadınlarda (n=203), Bener ve arkadaşlarının Birleşik Arap Emirliklerinde ve Bairy ve arkadaşlarının Güney Hindistan'da hastane tabanlı 352 postmenopozal kadında yapmış oldukları çalışmalarda bizim çalışma bulgumuzdaki gibi fiziksel semptomların diğer alan semptomlarından daha çok yaşandığı tespit edilmiştir (23, 30, 42, 84, 121).

Çalışmamızda kadınların vazomotor semptomlardan en çok yaşadıkları semptom %55.60 oranla sıcak basması ya da yüzde kızarıklık olarak tespit edildi (Tablo 4.5.1). Lu ve arkadaşlarının çalışmasında ise vazomotor alan semptomlarından gece terlemeleri %86'lık oranla en fazla yaşanan semptom olarak bulunmuştur (127). Bairy ve arkadaşlarının çalışmasında da en çok yaşanan vazomotor semptomun %49.3 oranla gece terlemeleri olduğu belirlenmiştir (23). Liu ve Eden'in çalışmasında ise sıcak basmaları (%43.3) en sık yaşanan semptom olarak bulunmuştur (121).

Psikososyal alan semptomlarından en çok yaşanan semptomun ise hafızada zayıflama (%72.88) olduğu tespit edildi (Tablo 4.5.1). Chen ve arkadaşlarının çalışmasında en çok yaşanan psikososyal alan semptomu bizdeki gibi hafızada zayıflama (%84.1), Lu ve arkadaşları ile Hafız ve arkadaşlarının çalışmalarında (%85, %37) depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme olarak bulunmuştur (42, 84, 127). Bairy

ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da en çok yaşanan psikososyal alan semptomu hafızada zayıflama (%68.5) olarak saptanmıştır (23). Liu ve Eden'in çalışmasında ise %55.6 oranla endişeli ve gergin hissetme olarak bildirilmiştir (121).

En çok yaşanan fiziksel alan semptomu %79.17 oranla yorgun ve yıpranmış hissetme ile %79.06 oranla kas ve eklemlerde ağrı olarak tespit edildi (Tablo 4.5.1). Chen ve arkadaşlarının çalışmasında en çok yaşanan fiziksel semptom, baş ve boyun arkasında ağrılar (%69.4), Lu ve arkadaşlarının çalışmasında ise (%91.6) eklem ve kas ağrıları olarak tespit edilmiştir (42, 127). Bairy ve arkadaşlarının postmenopozal kadınlarda yaptıkları çalışmada ise en yüksek oranda yaşanan fiziksel semptom %73 oranla eklem ve kas ağrıları olarak bulunmuştur (23). Liu ve Eden'in çalışmasında %66.4 oranla yorgun ve yıpranmış hissetme iken, Hafız ve arkadaşlarının çalışmasında %52.7 oranla dayanma gücünde azalma olarak tespit edilmiştir (84, 121).

Cinsel alan semptomlarından cinsellikten kaçınmanın en yüksek oranda (%36.89) yaşandığı tespit edildi (Tablo 4.5.1). En sık yaşanan cinsel alan semptomu cinsel istekte değişiklik olarak; Liu ve Eden'in çalışmasında %41, Lu ve arkadaşlarının çalışmasında %81.3, Hafız ve arkadaşlarınınkinde %38.8, Chen ve arkadaşlarının çalışmalarında da %49.3 oranlarında bulunmuştur (42, 84, 121, 127).

Çalışma grubumuzdaki kadınların tüm semptomlar arasında en yoğun yaşadıkları semptomlar; yorgun ve yıpranmış hissetme (%79.17), kas ve eklemlerde ağrı (%79.06), bel ağrısı (%77.80), baş ve boyun arkasında ağrılar (%76.20) ve hafızada zayıflama (%72.88), en az yaşanan semptom ise %28.26 oranında yüz tüylerinde artma olarak tespit edildi (Tablo 4.5.1). Peeyananjarassri ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma, Syed ve arkadaşlarının çalışması ile Bairy ve arkadaşlarının postmenopozal kadınlarda yapmış oldukları çalışmada en sık rastlanan semptom kas ve eklemlerde ağrı (%77.7, %82.6 ve %67.7) olarak bulunmuştur (23, 149, 175). Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan yunanlı kadınlarda yaptığı çalışma ile Lu ve arkadaşlarının Sydney'de yaşayan Arap kadınlarında yaptıkları çalışmalarda en çok yaşanan semptom çalışma bulgumuza benzer şekilde yorgun ve yıpranmış hissetme (%66.4 ve %85.8) olarak saptanmıştır (121, 127). Lu ve arkadaşlarının çalışması, Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan yunanlı

kadınlarda yaptığı çalışma ile Bairy ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda en az deneyimlenen semptomun çalışma bulgumuza benzer şekilde yüz tüylerinde artma (%35, %22.1, 15.3) olduğu görüldü (23, 121, 127). Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en yüksek oranda yaşanan semptom %84.1 oranla hafızada zayıflama iken en az yaşanan semptom %26.9 oranla hayatından memnun olmama olarak bulunmuştur (42).

Tipik menopoz semptomları olarak görülen sıcak basmaları, gece terlemeleri, terleme ve vajinal kuruluk çalışmamızda sırasıyla %55.60, %47.82, %51.83 ve %32.16 oranlarında bulundu (Tablo 4.5.1). Bu semptomlar Bairy ve arkadaşlarının çalışmasında sırasıyla %43.8, %44.9, %44.9 ve %42; Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan yunanlı kadınlarda yaptığı çalışma bulgularında sırasıyla %43.3, %38.7, %35.9 ve %22.1; Hafız ve arkadaşlarının Sydney'de yaşayan Hintli kadınlarda yaptıkları çalışmada %34, %30, %27 ve %32; Chen ve arkadaşlarının çalışmasında ise %46.7, %32.3, %41.1 ve %45 oranlarında belirlenmiştir (23, 42, 84, 121). Çalışmamızda belirlediğimiz oranların Bairy ve arkadaşları ile Chen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma bulgularına yaklaşık olarak benzer, Liu ve Eden'in çalışması ile Hafız ve arkadaşlarının çalışmalarından daha yüksek oranda olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Eskişehir il merkezindeki 40–59 yaş arası kadınlarda menopozal semptomları ve menopozun yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi planlanıp yürütülmüş olan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, şu şekilde özetlenebilir:

- Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalaması 48.58 ± 5.61 olup %29.50'si 40–44 yaş grubundaydı.
- Çalışma grubumuzdaki kadınların %87.40'ı sosyal güvenceye sahip, %7.10'unun okuma/yazması yokken, %56.80'i ilkokul mezunu, %80.90'ı ev hanımı, %84.40'ının evli olduğu ve %14.80'inin evde bakıma muhtaç bireye sahip oldukları belirlendi.
- Evlilik hayatından memnun olanların oranı %77.30, gelirlerinin giderlerini karşılamadığını ifade edenlerin oranıysa %60.10'du.
- Kadınların %88.20'si herhangi bir jinekolojik ameliyat geçirmediğini, ameliyat geçirenler ise %39.80 en yüksek oranla myomektomi olduklarını ifade etti.
- Kadınların %40.62'sinin premenopozal, %12.24'ünün perimenopozal, %19'unun 5 yıl altı postmenopozal ve %28.14'ünün de 5 yıl ve üzeri postmenopozal grupta olduğu saptandı. Ortalama menopoz yaşı 46.40 ± 4.40 , ortalama menopoz süresi ise 6.34 ± 4.35 yıldır.
- Kadınların ortalama gebelik sayısı 3.47 ± 2.01 ve ortalama doğum sayısı ise 2.53 ± 1.37 'ydi.
- Kronik hastalığa sahip olan kadınların oranı %37.10 olup, hipertansiyon %32.10 oranıyla en sık görülen hastalıktı.
- Katılımcılar arasında egzersiz yapma oranı %79.20 olarak belirlendi. VKİ'leri hesaplandığında %1.40'ı zayıf, %25.80'i normal, %41.10'u kilolu ve %30.70'i ise obezdi.
- Sigara kullanma oranı %28.70 olarak belirlenmiş olup günlük içilen ortalama sigara sayısı 12.66 ± 7.77 'ydi. Alkol kullanma sıklığı %4.80 oranında bulunarak

kadınların büyük oranda alkol kullanmadığı tespit edildi. Boş zamanlarını ise en çok ev işi (%34.00) ve elişi yaparak (%28.10) geçirdikleri belirlendi.

- Çalışma grubumuzdaki kadınların %48.20'sinin menopozal döneme yönelik bilgi almadığı, bilgiyi alan kadınların ise bu bilgiyi %26.30 en yüksek oranla hekimlerden aldığı belirlendi.
- Kadınların %61.00'ı bu dönemi kötü olarak algıladıklarını ve kötü algılamalarının en yaygın nedenini bu dönemde vücutta yaşlanmayla ilişkili meydana gelen olumsuz değişiklikler (%82.00) olarak ifade ettiler. Dönemi iyi olarak algılayanların oranı %39.00 olup bunun nedenini çoğunlukla (%34.30) adet dönemine yönelik ağrı ve sıkıntılardan kurtuluş olarak belirttiler.
- SF-36 ölçeği'nden elde edilen puan ortalamalarına göre yaşam kalitesinin VKİ'nden etkilenme derecesine bakıldığında, fiziksel sağlığın VKİ'nden daha fazla etkilendiği görüldü ($p < 0.001$) ve bu alanda en düşük yaşam kalitesi obez kadınlardaydı. Bunun dışında genel sağlık algısı, yaşamsallık ve mental sağlık alanlarından elde edilen puanlar da gruplar arasında farklılık göstermekte olup ($p < 0.05$), zayıf kadınlar bu alanlarda en düşük yaşam kalitesine sahipti.
- Menopoz süresi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt alanları arasında negatif yönlü ilişki bulundu. Buna göre kadınların menopoz süreleri arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesinin alt alan puan ortalamalarında düşme görüldü.
- Adetleri düzenli olan kadınların fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı ve mental rol alanlarındaki yaşam kaliteleri düzensiz olanlara göre daha iyiydi.
- Araştırmamızda SF-36'nın sosyal işlev alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçekleri öğrenim durumundan etkilenmekteydi. Öğrenim düzeyi düştükçe yaşam kalitesi de bozulmaktaydı.
- Kadınların gelir algılarına göre yine sosyal işlev alt ölçeği hariç diğer tüm alt ölçeklerin puan ortalamaları farklılık göstermekteydi. Gelirlerinin giderlerini karşıladığını ifade edenlerde diğer gruplara göre; genel sağlık algısı, yaşamsallık, mental rol ve mental sağlık alt alanlarında yaşam kalitesi daha iyiydi.
- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt alanları kadınların evlilik memnuniyetinden önemli derecede etkilenmekteydi. En kötü yaşam kalitesine sahip olan grup evlilik hayatından hiç memnun olmayan kadınlardı.

- SF-36'nın tüm alanları kadınların kronik hastalık varlığından önemli derecede etkilenmekte olup kronik hastalığı olmayan kadınlar olanlara göre her alanda daha iyi yaşam kalitesine sahiptiler.
- SF-36'nın ağrı ve mental rol alanları hariç diğer alanlarından alınan puan ortalamaları egzersiz yapan kadınlar ile yapmayanlar arasında farklılık göstermekteydi. Tüm alanlarda egzersiz yapan kadınların daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları belirlendi.
- Sigara kullanan kadınların fiziksel rol ve fonksiyon ile genel sağlık algısı ve yaşamsallık alanlarındaki yaşam kaliteleri kullanmayanlara göre daha yüksek bulundu. Günlük içilen sigara miktarının ise genel sağlık algısı ve ağrı alanlarını etkilediği, günlük içilen sigara miktarı arttıkça ağrı alanındaki yaşam kalitesinin iyileştiği, genel sağlık algısının ise bozulduğu tespit edildi.
- SF-36'nın tüm alt alanları menopozal gruplar arasında da önemli farklılık göstermekte olup, tüm alanlarda en iyi yaşam kalitesine premenopozal gruptaki kadınlar sahipti.
- Kadınların MÖYKÖ vazomotor alan puan ortalaması 5.25 ± 5.5 , psikososyal alan puan ortalaması 20.72 ± 11.55 , fiziksel alan puan ortalaması 29.48 ± 19.16 ve cinsel alan puan ortalaması ise 6.12 ± 6.72 olarak belirlendi.
- Kadınların yaş gruplarına göre MÖYKÖ'nin vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları arasında ileri düzeyde önemli farklılık, cinsel alan puan ortalamaları ise önemli farklılık göstermekteydi. Buna göre artan yaşla birlikte kadınların tüm alanlarda yaşam kalitelerinin bozulduğu saptandı.
- Çalışma grubumuzdaki kadınların medeni durumlarına göre MÖYKÖ'nin psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları önemli derecede etkilenmekte olup ($p < 0.01$), psikososyal alanda ayrı yaşayanlar, fiziksel alanda dul olanlar en düşük yaşam kalitesine sahiptiler.
- Kadınların öğrenim durumlarına göre vazomotor, fiziksel ve psikososyal alan puan ortalamaları ileri derecede anlamlı oranda farklıydı. Cinsellik hariç tüm alt alanlarda kadınların öğrenim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitelerinin de iyileşmekte olduğu görüldü.
- MÖYKÖ'ü psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları kadınların çalışma durumlarına göre önemli farklılık göstermekteydi ($p < 0.01$). Bu alanlarda memur

olarak çalışan kadınlar işçi olarak çalışanlara ve çalışmayanlara göre en düşük puan ortalamalarına ve en iyi yaşam kalitesine sahiptiler.

- Kadınların evlilik memnuniyetlerinin tüm alanlardan alınan puan ortalamalarını önemli oranda etkilediği görüldü. Evlilik hayatından hiç memnun olmayan kadınlar tüm alanlarda yaşam kalitesi en bozuk olan gruptu.
- Çalışmamızdaki kadınların tüm alanlardan aldıkları puan ortalamaları hane gelir algılarına göre önemli oranda farklılık göstermekteydi ($p<0.01$). Buna göre vazomotor ve psikososyal alanda geliri giderlerini karşılamayanların, fiziksel ve cinsel alanda ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirten kadınların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu belirlendi.
- Kadınların evlerinde bakıma muhtaç bireylerin varlığı onların sadece psikososyal alandan aldıkları puan ortalamalarını etkilemiş olup bakıma muhtaç bireyi olmayan kadınların psikososyal alan puan ortalamaları bakıma muhtaç bireyi olanlara göre önemli oranda düşük bulunmuştur.
- Sosyal güvence varlığı kadınların psikososyal ve fiziksel alt alanlarından aldıkları puan ortalamalarını etkilemekteydi.
- Adetleri düzenli olan kadınların tüm alt alanlardaki puan ortalamaları düzensiz olanlara göre ileri derecede önemli oranda düşüktü ($p<0.001$).
- Kadınların gebelik ve doğum sayıları MÖYKÖ'nin tüm alt alanlarından alınan puan ortalamalarını ileri derecede anlamlı oranda etkilenmekteydi ($p<0.001$). Düşük sayılarına göre sadece fiziksel alandan alınan puan ortalamaları, kürtaj sayılarına göre ise vazomotor ($p<0.01$), psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları ($p<0.05$) farklılık göstermekteydi. Fark bulunan alanlarda kadınların gebelik, doğum, düşük ve kürtaj sayıları arttıkça yaşam kaliteleri de bozulmaktaydı.
- Kronik hastalık varlığına göre MÖYKÖ'nin vazomotor, psikososyal ve fiziksel alt alanlarından alınan puan ortalamaları etkilenmekteydi.
- VKİ'lerine göre alınan puan ortalamaları fiziksel alanda ileri derecede önemli farklılık ($p<0.001$), vazomotor alanda önemli farklılık ($p<0.01$) ve psikososyal alanda ise farklılık ($p<0.05$) göstermektedir. Fark bulunan alanlarda en iyi yaşam kalitesine sahip olan grup normal kiloda olanlardı.

- Egzersiz yapan kadınlar tüm alanlarda egzersiz yapmayanlara göre önemli oranda daha düşük puan ortalamalarına dolayısıyla da daha iyi yaşam kalitelerine sahiptiler.
- Sigara kullanımı vazomotor ve fiziksel alanları etkilemiş olup, sigara içen kadınların vazomotor ve fiziksel alanlardan aldıkları puan ortalamaları içmeyenlere oranla daha düşük bulundu ($p<0.05$). Alkol kullanımı ise tüm alanlardan alınan puan ortalamalarını etkilememekteydi ($p>0.05$).
- Menopozal döneme yönelik bilgisi olan kadınların vazomotor ve psikososyal alan puan ortalamaları bilgisi olmayanlara göre önemli derecede düşük bulundu.
- Kadınların menopoz algılarına göre MÖYKÖ'nin sadece vazomotor alanından alınan puan ortalamaları etkilenmekte olup menopozu olumlu algılayanların vazomotor alan yaşam kalitesi olumsuz algılayanlara göre daha iyiydi.
- Kadınların menopozal dönemlerine göre vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları ileri derecede önemli oranda farklı bulunmuş olup ($p<0.001$), tüm alanlarda premenopozal gruptaki kadınlar peri ve postmenopozal gruptakilere oranla daha iyi yaşam kalitesine sahip olan gruptu.
- Menopozal semptomlardan en çok görülen semptomlar %79.17'lik oranla yorgun ve yıpranmış hissetme ile % 79.06 kas ve eklemlerde ağrı, %77.80 bel ağrısı ve %76.20 baş ve boyun arkasında ağrılar olup en az sıklıkta yaşanan semptom ise %28.26 oranında yüz tüylerinde artma olarak belirlendi.

6.2. Öneriler

Çalışma bulgularımız ışığında önerilerimiz:

- Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık sorunlarına ilişkin istatistiksel verilerin ülke genelini temsil edebilmesi için farklı bölgeleri temsil eden bilimsel çalışmaların arttırılması ve daha çok sayıdaki klimakterik kadında tekrarlanması önemlidir.
- Bulgularımız menopozal semptomların kadınların yaşam kalitesini önemli oranda etkilediğini göstermektedir. Bu bağlamda kadınlara yönelik menopoz dönemi ve semptomlarıyla ilgili koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında eğitim çalışmalarının yapılması, bu amaçla seminer, kurs ve konferans gibi eğitim etkinliklerinin düzenlenmesi gerekmektedir.
- Menopozal eğitim kurslarının ülkemizde çok yaygın olmadığı gerçeği göz önüne alındığında ve örneklem grubumuzun yarısından fazlasının ev hanımı olduğu düşünüldüğünde, basın-yayın organlarında özellikle televizyon programlarında menopoz konusunda profesyonel kişiler tarafından hazırlanan içeriklere yer verilmelidir.
- Menopoz konusu, sadece kadın sağlığı kapsamında ele alınmayıp, ailenin huzuru ve devamlılığı için erkeklerin de kadın sağlığı ve menopoz konusunda bilinçlenmelerine yardımcı olacak yetişkin eğitim programlarından yararlanmaları sağlanmalıdır ve yerel yönetimler de bu konuda daha duyarlı olmalı, yetişkin eğitimi çalışmalarına önderlik etmelidirler.
- Menopoza yönelik bilgilendirme, doğru tutum ve davranış kazandırma çalışmalarında ve menopoz kliniklerinde hemşirelerin görev almaları ile klimakterik dönemdeki kadınlara bu dönemi daha rahat geçirebilmeleri için sağlık eğitimi, destek, danışmanlık ve bakım hizmetlerinin sunumunun daha nitelikli olması sağlanacaktır.

Eğitim programlarıyla desteklenen kadınların; risklere yönelik bilgi sahibi olduğunda sorunları daha erken tanıyıp, sorunlarla daha iyi başedebileceği, özbakım gücünün yükseleceği ve yaşam kalitesinin artacağı düşüncesindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Affinito, P., Palomba, S., Sorrentino, C, et al., 1999, Effects of postmenopausal hypoestrogenism on skin collagen, *Maturitas*, 33, 239-247p.
2. Agnusdei, D., Civitelli, R., et al, 1990, Calcitonin and estrogens, *J. Endocrinol Invest.* 13, 8, 625p.
3. Akın, A. ve Demirel S., 2003, Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25, 73-82s.
4. Akın, A. ve Özvarış, B.Ş., 1997, Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, (Ed.: Bertan, M., Güler, Ç.), Güneş Kitabevi, Ankara, 116-162s.
5. Akın, A. ve Sevensan, F., 2006, Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu, *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2, 13, 1-5s.
6. Akın, G., 2006, Her yönüyle yaşlılık, *Palme Yayıncılık*, Ankara, 200-206s.
7. Aktener, A.Y., Dülger, H.İ., Erkayhan, G.E., Görmeli, G. ve ark., 2006, Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme Çağı ve Menopoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık Sıklığı, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23, 3, 119-126s.
8. Altunbay, D., 2005, Klimakterium dönemindeki kadınların menopozal yakınmaları ve başatme yöntemleri, *Mersin Üniversitesi, Yüksek Lisans Tez Özetleri*.
9. Amundsen, D.W. and Diers, C.J., 1970, The age of menopause in classical Greece and Rome, *Hum Biol.*, 42, 79-86p.
10. Amundsen, D.W. and Diers, C.J., 1973, The age of menopause in medieval Europe. *Hum Biol.*, 45, 605-612p.
11. Anderson, D., Yoshizawa, T., Gollschewski, S., Atogami, F. and Courtney, M., 2004, Menopause in Australia and Japan: effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms, *Climacteric*, Jun, 7, 2, 165-174p.
12. Arslan, Ş. and Kutsal, Y., 1999, Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi, *Geriatri*, 2, 173-178s.
13. Atasü, T., 2001, Menopoz – Tedavisi ve Kanseri, *Nobel Tıp Kitabevleri*.
14. Atasü, T., 2001, Yaşlanma ve Menopozun Meydana Gelişi, (Ed.: Atasü, T., Özekici, Ü., Hekim, N.) *Menopoz Tedavisi ve Kanseri*, 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 35-47s
15. Atasü, T., 2001, Menopoz ve hormon replasman tedavisinin tarihçesine bir bakış, *Menopoz-tedavisi ve kanseri*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1-11s.
16. Atasü, T. ve Gezer, A., 2001, Menopoz Tanım ve Terminolojisi, (Ed: Atasü, T., Özekici, Ü., Hekim, N.) *Menopoz Tedavisi ve Kanseri*, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 13-27s.
17. Atasü, T. ve Şahmay, S., 1996, Klimakterium ve Menopoz. *Jinekoloji (Kadın Hastalıkları)*, Ünlversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık A.Ş., Ankara, 635-648s.
18. Avis, N.E., 1997, Kadınların menopoza bakışları, *Menopozitif*, sayı 1 Aralık.
19. Aydemir H.İ. ve Dağdeviren H.N., 2007, Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, Edirne.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

20. Aydemir, Ö., Yağcı, E., Gülseren, L. ve ark., 1999, Menopoz Döneminde Anksiyete ve Depresyon, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10, 268-274s.
21. Aygün, M., Manisalı, M., Yılmaz, E., Okay, M. ve Özaksoy, D., 2000, İzmir Bölgesi Kadın Popülasyonunda DEXA Kemik Mineral Yoğunluğu Referans Değerleri, Tanısal ve Girişimsel Radyoloji, 6, 2, 212-217s.
22. Baird, D.D., Tylavsky, F.A. and Anderson, J.J.B., 1988, Do vegetarians have earlier menopause?, *Am J Epidemiol*, 907p.
23. Bairy, L., Adiga, S., Bhat, P. and Bhat, R., 2009, Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49, 106-109p.
24. Ballinger, C.B., 1975, Psychiatric morbidity and the menopause: Screening of general population sample, *Br Med J* iii, 344p.
25. Ballinger, C.B., 2005, Psychiatric aspects of the menopause, *Br J Psych*, 156, 773-787, 1990p.
26. Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T., “Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri” , *Romatizma*, 20, 1, 55-63s.
27. Başer, M. ve Taşkın, L., 2002, Hormon Replasman Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
28. Bayık, A. ve Altuğ, S., 1990, Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınlarda Menopozun Epidemiyolojik İncelemesi ve Menopozla İlgili Sorunların Saptanması, E.Ü.H.Y.O. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirgesi, İzmir, 336-346s.
29. Bayraktar, R., 2003, Menopoz ve andropoz'a ilişkin belirtilerin psiko-sosyal ve kültürel belirleyicileri: kırsal-kentsel farklılıklar, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, II. Ulusal Geriatri Kongresi, Konuşma Metinleri, 20-24 Ekim, Kemer, Antalya.
30. Bener, A., Rizk, D.E., Shaheen, H. et al., 2000, Measurement-specific quality-of-life satisfaction during the menopause in an Arabian Gulf country, *Climacteric*, 3, 43-49p.
31. Bezircioğlu, İ., Öniz, A., Kındıroğlu, N. ve Dündar P., 2004, Menopoz verilerinin epidemiyolojik değerlendirilmesi, *Kadın Doğum Dergisi*, 2, 4, 316-319s.
32. Bilgin, Z.İ. ve Bilgin O., 2000, Menopoz ve deri, (Ed.: Ertüngealp E., Seyisoglu H.) *Menopoz ve Osteoporoz*, 1. Baskı, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 90-95s.
33. Blumel, J.E., Castelo-Branco, C., Binfa, L., Gramegna, G., Tacla, X., Aracena, B., Cumsille, M.A. and Sanjuan, A., 2000, Quality of life after the menopause: a population study, *Maturitas*, 34, 17-23p.
34. Bonen, S., Vanderschueren, D., Cheng, X.G. et al., 1997, Age-related (type II) femoral neck osteoporosis in men: biochemical evidence for both hypovitaminosis D- and androgen deficiency-induced bone resorption, *J Bone Miner Res*, 12, 2119-2126p.
35. Bozkurt, Ö.D. ve Sevil, Ü., 2004, Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
36. Brambilla, D.J., McKinlay, S.M. and Johannes, C.B., 1994, Defining the perimenopause for application in epidemiologic investigations, *Am J Epidemiol.*, 140, 1091-1095p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

37. Budakoğlu, İ., Özcan, C., Eroğlu, D. ve Yanık, F., 2007 July, Quality of life and postmenopausal symptoms among women in a rural district of the capital city of the Turkey, *Gynecological Endocrinology*, 23, 7, 404-409s.
38. Can, D., 1997, Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Hormon Replasman Tedavisini Benimsememe Nedenleri ve Bu Tedavinin Menopozal Sendrom Üzerine Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, GATA, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara.
39. Carolan, M., 2000 July/August, Menopause: Irish women's voices, *JOGNN*, 397-404p.
40. Cassou, B., Derriennic, F., Monfort, C., Dell'Accio, P. and Touranchet, A., 1997, Risk factors of early menopause in two generations of gainfully employed French women, *Maturitas*, 26, 65-74p.
41. Chakravar, H.S., Collins, W.P., Foreast, J.D. et al., 1989, Relation between plasma hormone profiles symptoms and response to östrojen treatment in women approaching the Menopause, *Br. Med. J*, 1, 983-985p.
42. Chen, Y., Lin, S-Q., Wei, Y., Gao, H-L. and Wu, Z-L., March 2007, Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gynecological Endocrinology*, 23, 3, 166-172p.
43. Ciocca, D.R. and Roig, L.M., 1995, Estrogen receptors in human nontarget tissues, *Biological and clinical implications*, *Endocr Rev*, 16, 35-62p.
44. Civitelli, R. and Gonnelli, S., 1988, Bone turnover in postmenopausal osteoporosis, *J. Clin. Invest*, 82, 4, 1268p.
45. Cooke, D.J., 1985, Psychosocial vulnerability to life events during the Climacteric, *Br J Psych*, 147,71p.
46. Çayköylü, A., Yazıcı, G., Arslan, M. ve Yiđit, A., 2003, Menopozda Psikiyatrik Bozukluklar, *Türk Fertilité Dergisi*, 11, 9-15s.
47. Çoban, A., Nehir, S., Özbaşaran, F. ve İnceboz, Ü., 2008, Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumları ve Menopoz İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22, 6, 343-349s.
48. Çolgar, U., 2006, *Reproduktif Endokrinoloji ve İnfertilite* (Ed: Çolgar U). İstanbul Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi, 1. Baskı, 323-347s.
49. Danacı, A.E., Oruç, S., Adıgüzel, H. ve ark., 2003, Relationship of sexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period, *West Indian Med J*, 52, 27-30p.
50. Daniell, H.W., 1976, Osteoporosis of the slender smoker, Vertebral compression fractures and loss of metacarpal cortex in relation to postmenopausal cigarette smoking and lack of obesity, *Arch Intern Med*, 136, 298-304p.
51. Davidson, J.M., 1985, Sexual behaviour and its relationship to ovarian hormones in the Menopause, *Maturitas*, 7, 193p.
52. Dennerstein, L., Smith, A.M.A., Morse, C.A. and Burger, H., 1994, Sexuality and the Menopause, *J Psychosom Obstet Gyneacol*, 15, 59-66p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

53. Derksen, J.G., Brodmann, H.A., Wiegerinck, M.A., Vader, H.L. and Heintz, A.P., 1998, The effect of hysterectomy and endometrial ablation on follicle stimulating hormone (FSH) levels up to 1 year after surgery, *Maturitas*, 29, 133-138p.
54. Di Prospero, F., Luzi, S. and Iacopini, Z., 2004, Cigarette smoking damages women's reproductive life, *Reprod Biomed Online*, 8, 246-247p.
55. Dilbaz, N., 1996, Yaşam Kalitesi, Ölçümü ve Psikiyatri, *Psychomed*, 2, 1, 20-24s.
56. Dormire, S.L., July/August, 2003, .What We Know About Managing Menopausal Hot Flashes: Navigating Without a Compass, *JOGNN Principles & Practice*, 32, 4.
57. Douchi, T., Yamamoto, S., Oki, T. et al., 2000, Difference in the effect of adiposity on bone density between pre- and postmenopausal women, *Maturitas*, 34, 261-266p.
58. Durmuşoğlu, F. ve Erenus, M., 2000, Nörovejetatif semptomlar, Menopoz ve Osteoporoz (Ed.:Ertüngealp E, Seyisoğlu H), *Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği*, İstanbul, 23-27s.
59. DüNDAR, P., Oral, A., Eser, E., Dinç, G. ve Gülümser, G., 2003, Kadınlarda Osteoporoz ve Yaşam Kalitesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*.
60. Engin, E., Dülgerler, Ş., Kavlak, O. ve Ertem, G., 2006, Menopoz Sonrasında Kendilik Algısı, Problem Çözme Becerileri ve Umutsuzluk, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22 , 1, 135-145s.
61. Erbaş, N., Bekar, M. ve Gölbaşı, Z., 2004, 40-60 yaş grubu menopozal dönem kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi, *Klinik Bilimler ve Doktor*, 10, 612-619s.
62. Erel, C.T., Ocak 2004, Menopoz Olgularındaki Sıcak Basması Semptomunda Tedavi Seçenekleri Nelerdir?, *Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 7, 1, 54-57s.
63. Ergöl, Ş., Ocak/Mart 2001, Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları, *Sağlık ve Toplum*, 1, 49-57s.
64. Ertem, G.K. ve Şirin, A., 2000, Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarına Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi, I. Uluslararası ve VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 29 Ekim-2 Kasım, Antalya, 256-259s.
65. Ertüngealp, E., 2002, Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Sonuçları, İstanbul, Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği ve Türkiye Jinekoloji Obstetrik Derneği.
66. Ertüngealp, E. ve Oral, E., 2000, Yaşlanma Biyolojisi ve Endokrinolojik Değişiklikler, (Ed.: Ertüngealp E., Seyisoğlu H.) Menopoz ve Osteoporoz, 1. Baskı, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 11-22s.
67. Ertüngealp, E. ve Seyisoğlu, H., 1996, :Klimakterium ve Menopoz, (Ed.:Kişnişiçi H.A.) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitabevi, 1319-1351s.
68. Faddy, M.J. and Gosden, R.G., 1995, A mathematical model of follicle dynamics in the human ovary, *Hum Reprod*, 80, 3537-3545p.
69. Frances, R. ve Batzer, M.D., 2002, (Çevirmen: Dr. Murat Kahramanoğlu), Çağdaş Sorunlar, Perimenopoz ve Menopoz.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

70. Fuh, J., Wang, S., Lee, S., Lu, S. ve Juang, K., 2003, Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen island, *Quality of Life Research*, 12, 53-61p.
71. Gambrell, R., Jr Bagnell, C.A. and Greenblatt, R.B., 1983, Role of estrogens and progesterone in the etiology and prevention of endometrial cancer review, *Am J Obstet Gynecol*, 146, 696-707p.
72. Gedikoğlu, Ş., 1991, Türkiye’de Yaygın Eğitimden Çağdaş Halk Eğitime, Kadioğlu Matbaası, Ankara.
73. Genezzani, A., Nicolucci, A., Campagnoli, C., Crosignani, P., Nappi, C., Serra, G. et al., 2002, Assessment of the quality of life in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users, *Maturitas*, 42, 267-280p.
74. Genazzani, A. and Salvestroni, C., 1998, Estrogens and Neurotransmitters in the management of the menopause annual review, *Studd. J* (Ed.:Casternto Hall, Carnforth, U.K.) The Parthenon Pub. Group. Inc., 169-175p.
75. Gezer, A., Şentürk, L. ve Ertüngealp, E., 2004, Menopoz ve postmenopoz, (Ed.:Çiçek, M., Akyürek, C., Çelik, Ç.) *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi*, Ankara, 1163- 1180s.
76. Ginsburg, E.S., Mello, N.K., Mendelson, J.H., Barbieri, R.L., Teoh, S.K., Rothman, M., Gao, X. and Sholar, J.W., 1996, Effects of alcohol ingestion on estrogens in postmenopausal women, *JAMA*, 276, 1747-1751p.
77. Gonzales, G.F. and Villena, A., 1997, Age at menopause in Central Andean Peruvian women, *Menopause*, 4, 32-38p.
78. Gray, R.H., 1976, The menopause-epidemiological and demographic consideration, (Ed.: BEARD. R.J.), *The Menopause Lancaster*, M. T. P. Press.
79. Guthrie, J.R., Dennerstein, L., Hopper, J.L. and Burger H.G., 1996, Hot flushes, menstrual status and hormone levels in a population-based sample of midlife women, *Obstet Gynecol*, 88, 3, 437-442p.
80. Guthrie, J.R., Smith, A.M., Dennerstein, L. et al., 1994, Physical activity and the menopause experience: a cross-sectional study, *Maturitas*, 20, 2-3, 71-80p.
81. Güler, K., 1984, Menopoz ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Hemşirelik Bülteni*, 1, 4, 14-19s.
82. Günalp, G. ve Güven, S., 2006, 60 yaş üzerindeki hastalarda menopoza bağlı sorunlar ve tedavisi, (Ed.:Arıoğul S) *Geriatric ve gerontoloji*, Nobel Tıp Kitabev, Ankara, 447-455s.
83. Güven, S., Güvendağ-Güven, E.S. ve Beksaç, M.S., 2006, Ürojinekoloji, (Ed.:Beksaç, M.S.), *Jinekoloji, Öncü Basımevi*, Ankara, 1, 406-424s.
84. Hafız, I., Liu, J. and Eden, J., 2007, A quantitative analysis of the menopause experience of Indian women living in Sydney, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47, 329-334p.
85. Hassa, H., 2005, Estrojenler santral sinir sistemi ilişkisi ve tedavide kullanımları açısından güncel yaklaşımlar, *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği, Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler*, 2, 47-54s.
86. Hall, G.K. and Phillips, T.J., 2004, Skin and hormone therapy, *Clin Obstet Gynecol*, 47, 437-449p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

87. Harlap, S., 1992, The benefits and risks of replacement therapy: an epidemiologic overview, Am J Obstet Gynecol, 166, 1986-1992p.
88. Hawkins, J. and Higgins, L., 1981, Gynecological Nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia/Toronto, 463-470p.
89. Hedlund, L.R. and Gallagher, J.C., 1989, The effect of age and menopause on bone mineral density of the proximal femur, J Bone Miner Res, 4, 639-642p.
90. Hilditch, J.R., Lewis, J., Peter, A., Maris, B.V., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G.H., Norton, P.G. and Dunn, E., 1996, A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties, Maturitas, 24, 161-175p.
91. Hotun, N., 1996, Kadınların Klimakterik dönemlerine özgü gereksinimleri ve hemşirenin rolü, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Anahit Çoskun).
92. Hunter, M.S., 1990, Somatic Experience Of The Menopause, A Prospective Study, Psychosom Med, 52, 356- 368p.
93. Hurd, W.W., 1998, Menopause, (Ed.:Berek JS), Novak's Gynecology 20th edition, Williams-Wilkinson, Baltimore.
94. Hvas, L.,2001,Positive aspects of Menopause, A qualitative study, Maturitas, 39, 11-17p.
95. Igarashi, M., Saito, H., Morioka, Y.et al., 2000, Stress vulnerability and climacteric symptoms: life events, coping behavior, and severity of symptoms, Gynecol Obstet Invest, 49, 170-178p.
96. Işık, A., Hayat Kalitesi (Quality Of Life) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. [Serial online]. 2007. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2593.
97. Işık, E, 1996, Psikiyatrik yönden menopoz, IV. Ulusal Konsültan Liyezon Psikiyatrisi Kongresi, 30 Ekim- 1 Kasım, İstanbul.
98. Işık, G. ve Vural, G., 2001, Menopoz Polikliniğine Başvuran Ve Hormon Replasman Tedavisi Başlanan Kadınların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri, Hemşirelik Araştırma Dergisi (HEMAR-G), Ankara, 1, 39-47s.
99. Işık, M. ve Cankurtaran, M., 2006, Senil osteoporoz ve tedavisi, (Ed.:Arioğul,S.) Geriatri ve gerontoloji, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 735-752s.
100. İnceboz, Ü., 15-18 Ocak 2009, Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Özet Kitabı, Almira Otel Bursa, 287s.
101. Jasienska, G., Ziolkiewicz, A., Gorkiewicz, M.et al., 2005, Bodymass, depressive symptoms and menopausal status: an examination of the "Jolly Fat" hypothesis, Women's Health, 15, 145-151p.
102. Jimenez, L.J. and Perez, S.G., 1999, The attitude of the woman in menopause and its influence on the Climacteric, Ginecol Obstet Mex, 67, 319-322p.
103. J.J. Gold, 1979, Jinekolojik Endokrinoloji, (Çeviri Ed.: Kazancıgil A.) 2.Baskı, Güven Kitabevi Yayınları, Ankara

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

104. Kannel, W.B., Hjortland, M.C., McNamara, P.M. and Gordon, T., 1976, Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham study, *Ann Intern Med*, 85, 447-452p.
105. Kaleli, S. ve Ertüngealp, E., 2006, Postmenopozal Osteoporoz ve Tedavisi, *Reproduktif Endokrinoloji ve İnfertilite* (Ed:Çolgar U), İstanbul Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi, 1. Baskı, 379-398s.
106. Kaptanoğlu, C., 1996/1, Psikiyatrik Açından Menopoz, *Klinikte Menopoz “Değerlendirme ve Yönetim”* (Ed: Hassa H), Organon Yayınları, 27-37s.
107. Karaçam, Z., Şeker, S.E., 2007, Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women, *Maturitas*, 58, 75-82p.
108. Karanisoğlu, H., 1996, Klimakterik Dönem, (Ed.:Coşkun, A.) *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 11, 204-211s.
109. Kathleen, A., O’Connor, Darryl, J, Holman and James, W., 2001, Wood Menstrual cycle variability and the perimenopause, *American Journal of Human Biology*, 13, 465-478p.
110. Kaur, S., Walia, I. and Singh, A., 2004, How Menopause Affects the Lives of Women in Suburban Chandigarh, India, *Climacteric*, Jun 7, 2, 175-180p.
111. Khademi, S. and Cooke, S.M., 2003, Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward Menopause, *Maturitas*, 46 , 2, 113-121p.
112. Kharbouch, S.B. ve Şahin, N.H., 2005, Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
113. Kızıltepe, S., 2006, Hormon Tedavisi Alan Premenopozal ve Postmenopozal Kadınların Mamografi Bulgularındaki Değişiklikler, Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.
114. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N. and Memiş A., 1999, Reliability and validity of the Turkish version of Short-Form (SF-36), *Turkish J Drugs Therapy*, 12, 102-106p.
115. Köklü, A.B., Özkan, S. ve Vural, B., Kasım 2004, Hormon Replasman Tedavisinin Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri, Sendrom.
116. Kuh, D.L., Wadsworth, M. and Hardy, R., 1997, Women’s health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 923-933p.
117. Küçük, Dikencik B., 2002, Üriner inkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri, Kadınlarda Üriner inkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, (Ed.:Kızılkaya, Beji N.) İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 29-50s.
118. Langscope, C., Joffe, W. and Grifuing, G., 1981, Production rates of androgenes and estrogens in postmenopausal women, *Maturitas*, 3, 215-225p.
119. Lee, K.H., 1997, Korean urban women’s experience of Menopause, *New life, health care women Int*, 18, 2, 139-148p.
120. Liu, J. and Eden, J., 2007, Experience and attitudes toward menopause in Chinese women living in Sydney- A cross sectional survey, *Maturitas*, 58, 359-365p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

121. Liu, J., MCH, MBBS and Eden, J.A., MD, MBBS, 2008, The menopausal experience of Greek women living in Sydney, *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 15, 3, 476-481p.
122. Lock, M., 1991, Symptom reporting at menopause: a review of cross-cultural findings, *J Br Menopause Soc.*, 2002 Dec, 8, 4, 132-136p
123. Lock, M., 1994, Menopause in cultural context, *Exp Gerontol*, 29, 3, 307-317p.
124. Lotta, L. et al., 2004, "Vasomotor Symptoms and Quality of Life in Previously Sedentary Postmenopausal Women Randomised to Physical Activity or Estrogen Therapy", *Maturitas*, 48, 2, 97-105p.
125. Lovejoy, J.C., 1998, The influence of sex hormones on obesity across the female life Span, *J Womens Health*, 7, 1247-1256p.
126. Lowdermik, D.L., Perry, S.E. and Bobok, I.M., 1997, Maternity and Women's Health Care Infertility, *St Louis Mosby.*, 1200-1213p.
127. Lu, J., Liu, J. and Eden, J., 2007, The experience of menopausal symptoms by Arabic women in Sydney, *Climacteric*, 10, 72-79p.
128. MacDonald, P.C., Edman, C.D., Hemsell, D.L., Porter, J.C. and Siiteri, P.K., 1978, Effect of obesity on conversion of plasma androstenedione to estrone in postmenopausal women with and without endometrial cancer, *Am J Obstet Gynecol*, 130, 448-455p.
129. Macgregor, E.A., 2006, Migraine and the Menopause, *J Br Menopause Soc.*, Sep 12, 3, 104-108p.
130. MacMahon, B. and Worcester, J., 1966, Age at Menopause, United States 1960- 1962p., *Vital Health Stat 1*, 11, 1-20p.
131. Matthews, K.A., Meilahn, E., Kuller, L.H., Kelsey, S.F., Caggiula, A.W. and Wing, R.R., 1989, Menopause and risk factors for coronary heart disease, *N Engl J Med*, 321, 641-646p.
132. Matthews, K.A., Wing, R.R., Kuller, L.H., Meilahn, E.N. and Plantinga, P., 1994, Influence of the perimenopause on Cardiovascular Risk Factors and Symptoms of Middle-aged Healthy Women, *Arch Intern Med*, 154, 2349-2355p.
133. Mattingly, F.R. and Thompson, J.D., 1985, Historical Development of Pelvic Surgery Operative and Gynecology, Sixth Edition, J.B Lippincott Company, Philadelphia, 3-12p.
134. McKinlay, S.M., Brambilla, D.J. and Posner, J.G., 1992, The normal menopause transition, *Maturitas*, 14, 103-115p.
135. Mete (Kılıç), S., 1990, Kadınlarda Menopoz Dönemi Sağlık Sorunları, *Türk Hemşireler Dergisi*, 39, 2.
136. Midgette, A.S. and Baron, J.A., 1990, Cigarette smoking and the risk of natural Menopause, *Epidemiology*, 1, 474-480p.
137. Mirzaiinjmadadi, K., Anderson, D. and Barnes, M., 2006, The relationship between exercise, body mass index and menopausal symptoms in midlife Australian women, *International Journal of Nursing Practice*, 12, 28-34p.
138. Mishra, G.D., Brown, W.J. and Dobson, A.J., 2003, Physical and mental health: Changes during menopause transition, *Qual Life Research*, 12, 4, 405-412p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

139. National Institutes of Health: Menopause. U.S. Department of Health and Human Services, February 2001, Public Health Service, NIH Publication 01, 3886p.
140. Notelovitz, M., 2005, Optimizing women's health: Adult women's health & medicine, Climacteric, 8, 205-209p.
141. O'Connell, E., March /April 2005, Mood, Energy, Cognition and Physical Complaints:A Mind/Body Approach to Symptom Management During the Climacteric, JOGNN Clinical Issues, 34, 2.
142. Odabaşı, E., Güler, S., Çakır, B., Turan, M. Ve Kutlu, M., 2001, .Postmenopozlu kadınlarda sigara içiminin kemik mineral yoğunluğuna etkisi, Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor, 7, 2, 144-147s.
143. Ofluoğlu, D. ve ark., 2001, Osteoporozu Olan Türk Kadınlarında Yaşam Kalitesi, www.osteoporoz.org.tr
144. Onat, A., 2000, Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı, (Ed.:Onat, A.) TEKHARF Türk erişkinlerinde kalp sağlığı, risk profili ve kalp sağlığı, 2. Baskı, Ohan Matbaacılık, İstanbul, 16-23s.
145. Oskay, Ü., 2000, Klimakterium Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Sağlığın Korunup Geliştirilmesi, Hemşirelik Bülteni, XII, 46, 53-63s.
146. Özkan, A. ve Kömürcü, N., 2006, Cerrahi Yolla Menopoza Giren Kadınlara Verilen Eğitimin, Menopozal Yakınmaları Algılamasına ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
147. Özgür, N. ve Eryılmaz, H.Y., 2007, Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
148. Palmund, I., 1997, The Social Construction Of Menopause As Risk, J Psychosom Obstet Gynaecol, 18, 87- 92p.
149. Peeyananjarassri, K., Cheewadhanaraks, S., Hubbard, M., Zoa,Manga R., Manocha, R. and Eden, J., 2006, Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand, Climacteric, 9, 1, 23-29p.
150. Peykerli, G., Ekşi, A. ve Ertem, Vehit H., 2001, Bir grup Türk kadınının menopozla ilgili duygu ve düşünceleri, (Ed.:Atasü, T.) Menopoz-Tedavisi ve Kanseri, Nobel Tıp Kitabevleri, 35-46s.
151. Prior, J.C., 1998, Perimenopause: the complex endocrinology of the menopausal transition, Endocrinol rev, 13, 47-57p.
152. Punyahotra, S., 1999, An Asian perspective of the menopause, Maturitas, 27, 1, 3.
153. Raine-Fenning, N.J., Brincat, M.P. and Muscat-Baron, Y., 2003, Skin aging and menopause: Implications for treatment, Am J Clin Dermatol, 4, 371-378p.
154. Raisz, L.G., 2000, Screening for osteoporosis:a clinical, social and economic dilemma. Mayo Clin Proc, 78, 885-887p.
155. Reid, I.R., Ames, R., Evans, M.C. et al., 1992, Determinants of total body and regional bone mineral density in normal postmenopausal women- a key role for fat mass, J Clin Endocrinol, 75, 45-51p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

156. Report of a WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. Geneva: World Health Organization, 1996.
157. Reynolds, M. and Tindall, V.R., 1984, Gynaecological Nursing, Blackwell Scientific Publications, London.
158. Richardson, S.J., 1993, The biological basis of the menopause, *Baillieres Clin Endocrinol Metab.*, 7, 1-16p.
159. Rozenbaum, H., 1998, 100 years of hormone replacement therapy, In IV. European Congress on Menopause, (Ed.:Martin, H., Birkhauser, Henri Rozenbaum) Vienna-Austria.
160. Samsioe, G., Dören, M. and Lobo, R.A., 2003, Menopause, Mosby, Elseiver Ltd, London, 30-40p.
161. Schmidt, P.J., Rubnow, D.R., 1992, Menopause Related Affective Disorder Justification for Further Study, *Am J Psychiatry*, 148, 844p.
162. Schneider, HPG., MacLennan, A.H. and Feeny, D., 2008, Assessment of health-related quality of life in menopause and aging, *Climacteric*, 11, 2, 93-107p.
163. Scott, J.R., Disala, P.J., Hammond, C.B. and Spellacy, W.N., Ocak 1997, Danforth *Obstetrik ve Jinekoloji* (Çev:Erez, R., Ed.: Erez, S.), Yedinci Edisyon, 771-789s.
164. Shakhathreh, F.M. and Mas'ad, D., 2006, Menopausal symptoms and health problems of women aged 50-65 years in southern Jordan, *Climacteric*, Aug:9, 4, 305-311p.
165. Sherman, B.M., Wallace, R.B., Bean, J.A., Chang, Y. and Schlabaugh, L., 1981, The relationship of menopausal hot flushes to medical and reproductive experience, *J Gerontol*, 36, 306-309p.
166. Sherman, R.M., West, J.H. and Korenman, S.G., 1990, The menopausal transition, analysis of LH, FSH, Estrodial and Progesterone concentration during menstrual cycles of older woman, *J Clin. Endocrinal. Metab*, 42, 629-636p.
167. Shifren, J.A., 2002, Clinician's guide to androgen use in women, *Menopause management Suppl*, 7-9p.
168. Siddle, N., Sarrel, P. and Whitehead, M., 1987, The effect of hysterectomy on the age at ovarian failure: identification of a subgroup of women with premature loss of ovarian function and literature review, *Fertil Steril*, 47, 94-100p.
169. Smirh, P., 1972, Age changes in the female urethra, *Br. J. Urol.*, 44, 667p.
170. Soules, M.R., Sherman, S., Parrot, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W. et al., 2001, Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), *Fertil Steril*, 76, 874-878p.
171. Speroff, L., 1996, Menopause and Postmenopausal Hormone Therapy, (Ed.: Glass, R.H., Kasa, N.G., Speroff, L.) *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 5 th ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 583-649p.
172. Speroff, L., 1999, The menopause: a signal for the future, (Ed.:Lobo, R.A.) *Treatment of the postmenopausal woman basic and clinical aspects*, 2nd edition, Lippincott Williams and Wilkinson, Philadelphia.
173. Speroff, L., Glass, R.H. and Kase, N.G., 1999, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 725-780p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

174. Steams, V., Ullmer, L., Lopez, J.F., Smith, Y., Isaacs, C. and Hayes, D.F., 2002, Hot flushes, *Lancet*, 360, 1851-1861p.
175. Syed Alwi, S.A., Lee, P.Y., Awi, I., Malik, P.S. and Md Haizal, M.N., 2009, The menopausal experience among indigenous women of Sarawak, Malaysia, *Climacteric* Jul 16, 1-9p.
176. Şahin, N.H., 1998, Bir Kilometre Taşı: MENOPOZ, Çevik Matbaacılık, Ağustos.
177. Şahin, N.H., 2009, Menopoz ve Yaşam Kalitesi, 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Özet Kitabı, 15-18 Ocak, Almira Otel, Bursa, 276-280s.
178. Taşkın, L., 2000, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, IV.Baskı, Ankara, 451-464s.
179. Thomas, T., Burguera, B., Melton, III L.J. et al., 2001, Role of serum leptin, insulin and estrogen levels as potential mediators of the relationship between fat mass and bone mineral density in men versus women, *Bone*, 29, 114-120p.
180. Timur, S., Şahin, N.H., 2008, Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
181. Tinker, A., 2000, Women's health: the unfinished agenda, *Int J Gynaecol Obstet*, 70, 149-158p.
182. Tokuç, B., Kaplan, P.B., Balık, G.Ö. ve Gül, H., 2006, Trakya Üniversitesi Hastanesi Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi, *Trakya Üniversitesi Tıp Dergisi*, 3, 4, 281-287s.
183. Topçuoğlu, D. ve Topçuoğlu, M.A., 2004, Menopozda Cinsel Yaşamın Organik ve Psikolojik Yönü, *Haseki Tıp Bülteni*, 42, 3, 177- 182p.
184. Torgerson, D.J., Avenell, A., Russell, I.T. and Reid, D.M., 1994, Factors associated with onset of menopause in women aged 45-49, *Maturitas*, 19, 83-92p.
185. Torgerson, D.J., Campbell, M.K., Thomas, R.E. and Reid, D.M., 1997, Alcohol consumption may influence onset of the menopause, *BMJ*, 315, 188p.
186. Tortumluoğlu, G., 2004, Klimakterik Dönemdeki Kadınların Temel Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN, 1303, 5134p.
187. Tortumluoğlu, G. ve Erci, B., 2003, Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum Ve Sağlık Davranışlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
188. Tot, Ş., 2004, Menopozun Psikiyatrik Yönleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 114-119s.
189. Treloar, A.E., Menarche, menopause and intervening fecundability, *Hum Biol.*, 174, 46, 89-107p.
190. Treloar, A.E., Boynton, R.E., Behn, B.G. and Brown, B.W., 1967, Variation of the human menstrual cycle through reproductive life, *Int J Fertil*, 12, 77-126p.
191. Tsao, L.I., 2002, Relieving discomforts: the help-seeking experiences of Chinese perimenopausal women in Taiwan, *Journal of Advanced Nursing*, 39, 6, 580-588p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

192. Turhan, N.Ö. ve Doğan, D., 2006, Perimenopoz ve tedavisi, Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite (Ed:Umur Çolgar), İstanbul Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi, 323-347s.
193. Tüzin, F. ve Tüzin, S., 2000, Postmenopozal osteoporozda egzersiz, (Ed.: Ertüngealp, E. ve Seyisoğlu, H.) Menopoz ve Osteoporoz, 1. Baskı, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 452-462s.
194. Uçanok, Z., 1994, Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
195. Uçanok, Z. ve Bayraktar, R., 1996, Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi, 3P Dergisi: Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji, 4, 11-20s.
196. Uptan, S., 1999, Klimakterik dönemdeki kadınların özbakım gücünün artırılmasında hemşirenin rolü, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
197. Valet, A., Goerke, K. and Steller, J., 1994, Klimakteryum, Klinik Muayene Tanı ve Tedavi Acil Klavuzu Kadın Hastalıkları ve Doğum, (Çev.:Şahap Karaaliler) Genişletilmiş 2. Baskı, Yüce Yayınları, İstanbul, 441-445s.
198. Van Noord, P.A., Dubas, J.S., Dorland, M., Boersma, H. and te Velde, E., 1997, Age at natural menopause in a population-based screening cohort: the role of menarche, fecundity and lifestyle factors, Fertil Steril, 68, 95-102p.
199. Versi, E. and Cordero, L.D., 1988, Estrogens and lower urinary tract function, (Ed.:Shudd Ju) The Menopause, Oxford, Blackwell scientific pub., 76p.
200. Vollman, R.F., 1977, The menstrual cycle, Major Probl Obstet Gynecol.,7, 1-193p.
201. Waidyasekera, H., Wijewardena, K., Lindmark,G. and Naessen, T., 2009, Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women, Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 16-1, 164-170p.
202. Wallis,G.J. and Luttge,W.G., 1980, Influence of estrogen and progesteron on glutamic acid decarboxylase activity in discrete regions of the rat brain, J Neurochem, 34, 609p.
203. Ware, J.E. and Sherbourne, C.D., 1992, The MOS SF-36 item Short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection, Med Care, 30, 473-483p.
204. Weber, A.M., Belinson, J.L. and Piedmonte, M.R., 1999, Risk factors for endometrial hyperplasia and cancer among women with abnormal bleeding, Obstet Gynecol, 93, 594-598p.
205. Willet, W., Stampfer, M.J., Bain, C., Lipnick, R., Speizer, F.E., Rosner, B., Cramer, D. and Hennekens, C.H., 1983, Cigarette smoking, relative weight and menopause, Am J Epidemiol, 117, 651-658p.
206. Williams, R.E., Levine, K.B., Kalilani, L., Lewis, J. and Clark, R.W., 2009 Feb, Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on Health-related quality of life, Maturitas, 20, 62, 2, 153-159p.
207. Wines, N. and Willsteed, E., 2001, Menopause and the skin, Australas J Dermatol, 42, 149-160p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

208. Woods, N.F., Faan, R.N., Ellen, Sullivan and Mitchell, R.N., 2004, Perimenopause: an update, Nurs Clin N Am, 39, 117-129p.
209. Yalçın, Ö.T., 1996/1, Menopozal Dönemde Üriner İnkontinans ve Tedavisi, Klinikte Menopoz “Değerlendirme ve Yönetim” (Ed: Hassa H), Organon Yayınları, 53-73s.
210. Yeni, E., 2004, Menopoz ve Cinsellik, (Ed.:Kadroğlu, A., Başar, M., Semerci, İ., Orhan, İ., Aşçı, R., Yaman, M.Ö., Çayan, S., Usta, M.F., Kendirci M.) Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, İstanbul, Türk Androloji Derneği Yayınları, 652-666s.
211. Yıldırım, A., 1996, Menopozda Oluşan Fizyolojik Değişiklikler, (Ed.:Hassa, H.) Klinik Menopoz, İstanbul, Organon Yayınları, 1-12s.
212. Yurdakul, M., Eker, A. ve Kaya, D., 2007, Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21, 5, 187-193s.
213. Yürekli, A., 1998, Menopoz ve psikolojik destek, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 4, 2, 49-54p.
214.: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Verileri; 2009
215.: Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, macro Internatinal Inc, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, 2004.
216.: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Üreme sağlığına giriş katılımcı rehberi, 2005.
217.: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2003.
- 218.....: Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği “Hormon Replasman Tedavisi” Konsensus Grubu Kararları, 23-24 Kasım 2002 Abant-Bolu.
- 219.....: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ön Raporu 2008, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- 220.....: Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı İş Gücü Araştırması 2009 Mayıs Dönemi Sonuçları, www.tuik.gov.tr. (2009-31-07).
- 221.....: World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health: obesity and overweight. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>

8. EKLER DİZİNİ

EK-1

DEĞERLİ KATILIMCI

40–59 yaş arasındaki kadınlarda görülen menopozal semptomlar ve bu semptomların yaşam kalitesine etkilerini belirlemeye yönelik bir araştırma yapmaktayız. Bu araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek lisans programı tez çalışmasıdır.

Araştırmaya Eskişehir Tepebaşı ilçesi'ne bağlı mahallelerde oturan ve 40–59 yaş grubunda olan 1030 kişinin katılımı planlanmıştır. Sizin bu çalışmaya davet edilmeniz nedeni Eskişehir Tepebaşı ilçesinde ikamet ediyor olmanız ve 40–59 yaş grubu arasında bulunmanızdır. Sizin bu araştırma konusuyla ilgili bir sorununuz olmasa bile katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size sorulan soruları cevaplamanız istenecektir. Bu sorular; çalışmaya katılanların kişisel ve sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik katılımcı bilgi formu, SF–36 yaşam kalitesi ölçeği ve Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan sorulardır. Sorulara verdiğiniz cevapların kayıtları, kimliğiniz belirtilmeden sadece bu araştırmada kullanılacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Burcu GÜVEN
Yüksek Lisans Öğrencisi

Eskişehir OGÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

**ESKİŞEHİR' DE YAŞAYAN 40- 59 YAŞ GRUBU KADINLARDA
MENOPOZAL SEMPTOMLAR VE YAŞAM KALİTESİ**

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Tarih:

Anket No:

1) Yaşınız:

2) Boyunuz:

Kilonuz:

BMİ:.....

3) Sosyal Güvence? 1.Var.....

2. Yok.....

4) Son adet tarihiniz:

5) Kaç yıldır adet görmüyorsunuz?

6) Hala adet görenler için:

Adetlerim düzenli, önceden tahmin edilebilir.....

Adetlerim düzensiz, önceden tahmin edilemez.....

7) Adetleriniz ne kadar süredir düzensiz?.....

8) Medeni Durumunuz?

Bekar.....

Evli.....

Dul.....

Boşanmış.....

Ayrı yaşayan.....

9) Eğitim Düzeyiniz?

1. Hiç eğitim almadım.....

2. İlkokul Mezunu.....

3. Ortaokul Mezunu.....

4. Lise Mezunu.....

5. Fakülte / Yüksek Okul Mezunu.....

10) Mesleğiniz?

1. İşçi.....

2. Memur.....

3. Emekli.....

4. Ev Hanımı.....

- 11) Aylık geliriniz?TL
1. Gelirim giderimden az.....
2. Gelirim giderimi karşılıyor.....
3. Gelirim giderimden fazla.....
- 12) Ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birey var mı?
1. Hayır
2. Evet
- 13) Evlilik hayatınızdan memnun musunuz?
1. Çok memnunum
2. Memnunum
3. Memnun değilim
4. Hiç memnun değilim.....
- 14) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
1. Hayır
2. Evet
Cevabınız evet ise nedir?
- 15) Düzenli egzersiz yapar mısınız?
1. Hayır.....
2. Evet.....
- 16) Sigara kullanıyor musunuz?
1. Hayır
2. Evet.....
Ne kadar?tane- paket / gün
- 17) Alkol kullanıyor musunuz?
1. Hayır
2. Evet.....
Ne kadar?
- 18) Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
.....
.....
- 19) Menopozal döneme yönelik bilgi aldınız mı?
1. Evet..... 2. Hayır.....
- 20) Menopozal döneme yönelik bilgi almışsanız, kimden aldınız?
1. Komşu ve akrabalar 2. Hemşire-Ebe
3. Doktor 4. Kitle iletişim araçları

21) Menopozal dönemi nasıl algılıyorsunuz?

1. Olumlu 2. Olumsuz

22) Olumlu ise neden?

1. Aile planlama yöntemi kullanılmak zorunda olunmadığı için
2. Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için
3. Adet dönemi ağrı ve sıkıntılarından kurtuluş olduğu için
4. İbadetler aksatmadan yapılabildiği için
5. Aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için

23) Olumsuz ise neden?

1. Doğurganlık kaybolduğu için
2. Cinsellik azaldığı için
3. Vücutta değişiklikler olduğu için

24) Herhangi bir jinekolojik ameliyat geçirdiniz mi?

1. Hayır 2. Evet

Evet ise ne zaman, ne ameliyatı geçirdiniz?

.....

25) Doğurganlık öyküsü

1. Gebelik sayınız?
2. Doğum sayınız?
3. Düşük sayınız?
4. Kürtaj sayınız?

26) Menopozal durum

1. Premenopoz
2. Perimenopoz
3. Postmenopoz

EK-2

SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

EK- 3

MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen her bir sorun için **geçen ay** bir sorun yaşayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Sorunu yaşamadıysanız Yok'u; eğer sorunu yaşadıysanız Var'ı işaretleyip, sorundan ne derece rahatsız olduğunuzu daire içine alınız.

Hiç rahatsız edici değil _____ Son derece rahatsız edici
0 1 2 3 4 5 6

1. Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
2. Gece terlemesi	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
3. Terleme	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
4. Hayatından memnun olmama	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
5. Endişeli ve gergin hissetme	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
6. Hafızada zayıflama	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
8. Depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
9. Diğer insanlara tahammüslüzlük (hoşgörüsüz olma)	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
10. Yalnız kalma isteği	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
12. Kas ve eklemlerde ağrı	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
14. Uyuma güçlüğü	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6

16. Fiziksel güçte azalma	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
17. Dayanma gücünde azalma	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
18. Enerjide azalma hissi	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
19. Ciltte kuruluk	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
20. Kilo alma	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
21. Yüz tüylerinde artma	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
23. Şişkinlik hissi	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
24. Bel ağrısı	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
25. Sık idrara çıkma	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
27. Cinsel istekte değişiklik	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada kuruluk	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6
29. Cinsellikten kaçınma	..... Yok	..... Var	→	0	1	2	3	4	5	6

EK-4

T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

18 Aralık 2008

Sayı : B.10.4.ISM.4.26.00.09-775.01-1330- 26059
Konu: Anket Uygulaması

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi: 26.11.2008 tarih ve 590 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Burcu GÜVEN'in ev ziyaretlerinde anket uygulaması yapması ile ilgili Valilik Makamından alınan 15.12.2008 tarih ve 25831 sayılı onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgileriniz ile ilgiliye duyurulmasını rica ederim.


Mehmet KALYONCU

Vali a.

Vali Yardımcısı

GELEN EVRAK

EKİ: 1

Geliş Tarihi: 22.12.2008

Geliş No : 435

Eki

İsmet İnönü Cad.No: 63 ESKİŞEHİR
Tel: 0222 230 27 86 Dahili: 115-125-126
eposta : egitimsube@essaglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Eğitim Şubesi
Fax:0 222 230 80 49

T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

15 Aralık 2008

Sayı : B.10.4.ISM.4.26.00.09- 775.01-1315-25831
Konu: Anket Uygulaması

VALİLİK MAKAMINA

İlimiz Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Burec GÜVEN'in "Eskişehir'de yaşayan 40-59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi" konulu tez çalışması ile ilgili anket uygulamasını ev ziyaretlerinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Tasviplerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Hüseyin Seyhan FİDAN
Sağlık Müdürü

OLUR
15.12/2008
Ekrem BALLI
Vali a.
Vali Yardımcısı



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararları

ETİK KURUL

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Klinisyen Doktor (Başkan
Yardımcısı)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı
Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Tel: +90-222-239 29 79 / 1380 - 2709
Tel & Faks: +90-222-229 00 64
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr
E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Belde YASAR
Klinisyen Doktor
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı
Biyokimya Anabilim Dalı
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBATALIK
Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demetg@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap İSİKSOY
Patoloji Uzmanı
Patoloji Anabilim Dalı
E-Mail: icesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIC
Farmakoloji Uzmanı (Raportör)
Farmakoloji Anabilim Dalı
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇIOĞLU
Deontoloji Uzmanı
Deontoloji Anabilim Dalı
E-Mail: elcioglu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER
Eczacı
Eğitim, Uygulama ve Araştırma
Hastanesi
E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Sayı: 2009/112
Konu: Toplantı
Ref: MSW-Etik-Toplantı/2009-04-03

09 Nisan 2009

Sayın Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Tarafınızdan yürütülmekte olan "Eskişehir'de yaşayan 40-59 yaş arasındaki kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi" başlıklı proje hakkında alınan görüşler ve Etik Kurul Kararı ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

EK: Halk Sağlığı ABD, Doç. Dr. Atıla EROL'dan
alınan görüşler ve Etik Kurul Kararı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tel: +222 239 37 70 - 239 29 79 / 4405 - 4406
Faks: - 222 239 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik
Kurulu
Meşelik Kampüsü (Yerleşkesi)
26480 ESKİŞEHİR

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARI**

<p>03 Nisan 2009 21) KONU BAŞLIK</p>	<p>GELEN GÖRÜŞLER: Proje (PR-08-12-23-06): Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı-Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN (Tez Danışmanı), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Burcu GÜVEN "Eskişehir'de yaşayan 40-59 yaş arasındaki kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi" (Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın 17.02.2009 gün ve 31 sayılı yazısı ve Doç.Dr. Atıla EROL'dan alınan yazı)</p>	
<p>03 Nisan 2009 GÖRÜŞLER: 21</p>	<p>Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın 17.02.2009 gün ve 31 sayılı yazısı: "Eskişehir'de yaşayan 40-59 yaş arasındaki kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi" isimli proje olumlu bulunmuştur. Ancak bu projede örnek büyüklüğü hesabı yapılırken hangi değişkenin sıklığının dikkate alındığı belirtilmediği için değerlendirme yapılamamıştır.</p> <p>Doç.Dr. Atıla EROL'dan alınan yazı: Toplum ve kadın sağlığı açısından önemli problem olan menopozun belirtilen düzeyinde ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu döneme özgü belirtilerin ayrıntılı tesbiti ve yaşam kalitesi ile ilişkisi incelenmektedir. Çalışmanın amacına uygun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış örnekler seçilmiştir. Çalışma evreni ve örneklem büyüklüğü ve belirlenmesi titizlikle ele alınmıştır. Etik kurallar göz önünde bulundurularak ve deneklerin rızası alınarak çalışma planlanmıştır. Bu veriler göz önünde bulundurularak toplum sağlığı açısından önemli ve yararlı bir proje olduğu kanaatine varılmıştır.</p> <p>NOT: Gelen görüşlerin iletilmesi uygun görülmüştür.</p>	
<p>03 Nisan 2009 KARAR: 21</p>	<p>BAŞVURU BİLGİLERİ:</p>	<p>PROTOKOL KODU: ESOĞU Etik Kurul, 23 Aralık 2008, No: (PR-08-12-23-06)</p> <p>PROJENİN ADI: "Eskişehir'de yaşayan 40-59 yaş arasındaki kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi"</p> <p>BAŞVURULAR: a) Kurumsal: Anabilim/Bilim Dalı / / /2008, Bölüm Başkanlığı Dalı / / /2008, Dekanlık: / / /2008, b) Bireysel: Etik Kurul Başkanlığına Müracaatı 22/12/2008, Etik Kurul Üyelerine 22/12/2008.</p> <p>TEZ SORUMLUSU/KOORDİNATÖR/PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ, ÜNVANI/ADI: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik Anabilim Dalı-Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN</p> <p>TEZİ YAPAN ARAŞTIRMACI, ÜNVANI/ADI: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği- Yüksek Lisans Öğrencisi Burcu GÜVEN</p> <p>ESOGU ARAŞTIRMA MERKEZİ: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik Anabilim Dalı</p> <p>DESTEKLEYİCİ FİRMA: Yok.</p>
<p>ARAŞTIRMA NİTELİĞİ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AMAÇLARI AÇISINDAN: a) <i>Tanımsal (Descriptive):</i> Örnekte dağılım, frekans dağılımları, b) <i>Analitik (Inferential):</i> ilişkilerin bulunması ▪ YAPILIŞ AMACINA GÖRE: b) <i>Uygulamalı</i> ▪ UYGULAMA BİÇİMLERİ: a) <i>Kaynak tarama (review), b) İleriye yönelik (prospective), c) Kesitsel (cross sectional)</i> ▪ ARAŞTIRMA DÜZENLERİ: 1) Tek örnek düzeni (one sample design), 2) Bağımsız iki grup düzeni (independent randomized two group design), 3 ▪ İLAC ARAŞTIRMALARI: <i>Bu kapsamda değildir. Klinik çalışmadır.</i> 	
<p>DEĞERLENDİRİLEN ve/veya GEREKLİ DİĞER İLGİLİ BELGELER:</p>	<p>İNCELENEN DOSYA TANIMLAMASI BELGE ADI/PROTOKOL: "Eskişehir'de yaşayan 40-59 yaş arasındaki kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi", ESOĞU Etik Kurul tarihi 23 Aralık 2008, Türkçe.</p> <p>DOSYADA BULUNAN BELGELER BELGE ADI/PROTOKOL: Çalışma protokolü Türkçe olarak verilmiştir. BELGE ADI/PROTOKOL: Helsinki Bildirgesi çalışmacılar tarafından imzalanmıştır. BELGE ADI/PROTOKOL: Madrid Deklarasyonu çalışmacılar tarafından imzalanmıştır. BELGE ADI/PROTOKOL: Aydınlatma ve Onam Formu mevcuttur. BELGE ADI/PROTOKOL: Çalışmacıların özgeçmişleri mevcuttur. BELGE ADI/PROTOKOL: Yaşam kalitesi ölçeği, menopozla özgü yaşam kalitesi ölçeği ve anket mevcuttur. BELGE ADI/PROTOKOL: Çalışma ile ilgili gerekli literatürler verilmiştir.</p> <p>GÖRÜŞE GÖNDERİLEN YERLER BELGE ADI/PROTOKOL: Psikiyatri Anabilim Dalı ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın katkıları olabilir.</p> <p>ALINAN KARARLAR BELGE ADI/PROTOKOL: 23 Aralık 2008: Eksikliğin giderilmesi şartıyla yapılabilir bir çalışmadır. Psikiyatri Anabilim Dalı ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın katkıları olabilir. BELGE ADI/PROTOKOL: 17 Şubat 2009: Bilgi edinilmiştir.</p>	

		BELGE ADI/PROTOKOL: 03 Nisan 2009: Gelen görtüşlerin iletilmesi uygun görülmüştür.
ÇALIŞMA ESASLARI:		HELSİNKİ DEKLERASYONU (2008 Seul yeniden gözden geçirilmesi) araştırmaclar tarafından uyulacağı kabul edilmelidir. TCK 90 MADDESİNE UYULMASI YASA GEREĞİDİR. İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZUNA UYULMALIDIR. 23 Aralık 2008 gün ve 21 sayılı karar ile bildirilmiştir.
ETİK KURULUMUZUN ALDIĞI KARARLARIN ÇERÇEVESİ		Etik Kurul kararları hukuksal açıdan önemli birer uzman görüşü kararı niteliğindedir. Gerektiğinde mahkemelerde de kullanılacağı dikkate alınarak, 5237 Sayılı TCK ve 5271 Sayılı CMK kanunları çerçevesine uyum sağlanması, insan üzerinde deneylerin TCK kapsamına alınması ile de yasal zorunluluk olmuştur. Etik Kurulumuzun aldığı kararların hukuksal çerçevesinin açıklaması aşağıda yapılmaktadır. 23 Aralık 2008 gün ve 21 sayılı karar ile bildirilmiştir.
AYDINLATMA ve ONAM FORMU HAKKINDA BİLGİ		
23 Aralık 2008 gün ve 21 sayılı karar ile bildirilmiştir.		
İSTATİSTİKSEL (BİYOİSTATİSTİK) ANALİZ		PROJE HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN BİYOİSTATİSTİKSEL PRENSİPLER (Prof. Dr. K. ÖZDAMAR) 23 Aralık 2008 gün ve 21 sayılı karar ile bildirilmiştir.
YAZIM İLKELERİ		MAKALE YAZIM OLGUSUNDA ETİK KURUL KARARLARI Etik Kurulumuz yayınlarda temel olarak ele aldığı ilkeler: Etik Kurul Yönergesinin 32. Maddesi temelinde ele alınan ilkeler gelecek öneri, tenkit ve itirazlara göre yeniden yapılandırılacağı vurgulanarak aşağıda sunulmaktadır. 23 Aralık 2008 gün ve 21 sayılı karar ile bildirilmiştir. Yazarlar tüm bu ilkeleri benimseyerek yayın yapmak zorundadırlar.
ÇALIŞMANIN ONAY GEREKÇESİ ve SÜRECİ		KLİNİK DENEYSEL ÇALIŞMALAR Yayınlarda çalışmanın Yerel Etik Kurulunca kabul gerekçesi istenmektedir. CMK 34. Maddesi de dikkate alınarak, aşağıdaki Bölüm eklenmiştir. A) Çalışmanın yapılma gerekçesi B) Etik Kurulun onay gerekçesi C) Hastayı/deneğin bilgilendirilmesinde ve onamındaki temel noktalar A) Klinik Çalışma Gerekçesi (Çalışmanın amacı/hipotezi) Menopozal kadınların soysa-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek, menopozal semptomları ne ölçüde yaşadıklarını ölçmek, sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile yaşadıkları menopoz semptomları arasındaki ilişkiyi saptamak ve 40-59 yaş grubundaki kadınlarda menopozal semptomların yaşam kalitesine etkisini incelemektir. B) Klinik Çalışma için Etik Kurul Onayı Gerekçesi: 1. Yasa ve Etik Kurallara/Çalışma esaslarına uyma taahhüdü: Çalışmaclar tarafından I. Helsinki deklarasyonunun son revizyonu (HELSİNKİ DEKLERASYONU (2008 Seul yeniden gözden geçirilmesi) okunup, bu metni kabul ettiklerini ve uygulayacaklarını belirtirler. Psikiyatri, toplumsal, epidemiyolojik konularındaki araştırmalarda Madrid (1996) Bildirgesi (eski Hawaii, 1977) göz önüne alınır. 2. Ayrıca İyi Klinik Uygulamalar (GCP) metoduna (Sağlık Bakanlığının 29.12.1995 gün ve 51748 sayılı kılavuzu) sadık kalmaları gerekmektedir. 3. TCK 90. Maddesine uyulması yasa gereğidir. 2. CMK 34. Maddesinde belirtilen kararların gerekçeli olması hükmü uyarınca Etik Kurulumuz projeleri Etik Kurulumuz projelerin genel irdelenmesini ve kararlarını; A) 2577 İdari Yargılama Usulü Kanunu 1 ve 2. maddesine göre işlemler; yetki, şekil, sebep, konu ve maksat yönleri, eylem ve işlemler, sözleşmelere ilişkin olarak, başvuruclar karşılıklı haklar temelinde incelemekte, öneriler sunmakta, B) TCK'nun 61. Maddesi gereği; "somu olay olmalı ve uygulamaya biçimi, kullanılan araçlar, zaman ve yer, konunun önem ve değeri, zarar oluşma durumu ve tehlikenin ağırlığı, kusur olasılığı, amaç ve saiki, göz önünde" bulundurarak almaktadır. 3. Hukuksal olarak tanımlanan yaklaşımların yerine getirilmesi gereklidir. Bunlar; a) Enredici Kurallar (Mecburi, amir kaideler), b) Tamamlayıcı Kurallar (İhtiyari, yedek kaideler), c) Yorumlayıcı Kurallar (Tefsir edici kaideler), d) Tanımlayıcı Kurallar (Tarif edici kaideler) kapsamaktadır. 4. Klinik test uygulamanın bilgilendirme ve rıza sonucu yapılacağı ve çalışmaya alınma ve çıkarılma gerekçelerinin net tanımlanması gereklidir.

	<p>5. Çalışmanın özelliği: Müdahale çalışması olup, tek grupta ön test-son test tekniğine uygun olarak yapılacaktır.</p> <p>C) BİLGİLENDİRME ve RIZA</p> <p>1. Hasta ve/veya hukuksal rıza verebilecek bireyin bilgilendirildikten sonra yazılı rızası olmalıdır (Yargıtay 13. Daire görüşü). Hasta bilgilendirmenin amacının; hastaya yönelik olduğu ve bu bilgi sonunda çalışmanın yapılması için hastanın hekimden talepte bulunacağı varsayımı dikkate alınmalıdır.</p> <p>ETİK KURUL ONAYI: Etik Kurulumuz CMK ilgili Maddelerine (33 ve 34) göre Etik Kurul Onay tarihleri (tüm üyeler, alt komisyonlar ve bilim dallarının bilimsel görüşlerinden oluşan gerekçelerin gelmesi ile ilgili)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23 Aralık 2008: Eksikliğin giderilmesi şartıyla yapılabilir bir çalışmadır. Psikiyatri Anabilim Dalı ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın katkıları olabilir. • 17 Şubat 2009: Bilgi edinilmiştir. • 03 Nisan 2009: Gelen görüşlerin iletilmesi uygun görülmüştür.
YAN TESİR BİLDİRİMİ:	<p>YAN TESİR BİLDİRİMİ-28.04.2005: (Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü 45085 Sayılı Yazısı uyarınca yeniden düzenlenmiştir)</p> <p>23 Aralık 2008 gün ve 21 sayılı karar ile bildirilmiştir.</p>
KARAR:	<p>03 Nisan 2009 tarihli Karar Özeti: Gelen görüşlerin iletilmesi uygun görülmüştür.</p>

Prof. Dr. M. A. AKŞİT
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER
Eczacı



Etik Kurul Başkanlığı'na

Konu : Proje değerlendirmesi.

Tez Konusu: Eskişehir'de yaşayan 40-59 yaş arasındaki kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi

Toplum ve kadın sağlığı açısından önemli problem olan menapozun belirtiler düzeyinde ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu döneme özgü belirtilerin ayrıntılı tesbiti ve yaşam kalitesi ile ilişkisi incelenmektedir.

Çalışmanın amacına uygun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ölçekler seçilmiştir.

Çalışma evreni ve örneklem büyüklüğü ve belirlenmesi titizlikle ele alınmıştır. Etik kurallar göz önünde bulundurularak ve deneklerin rızası alınarak çalışma planlanmıştır.

Bu veriler göz önünde bulundurularak toplum sağlığı açısından önemli ve yararlı bir proje olduğu kanaatine varılmıştır.

Saygılarımla

Doç. Dr. Afila Erol

9. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Emirdağ'da doğan Burcu (Güven) Ceylan, 1990-1995 yılları arasında Eskişehir Hürriyet İlkokulu, 1995-1998 yılları arasında Eskişehir Tunalı Ortaokulu, 1998-2002 yılları arasında Eskişehir Prof. Dr. Orhan Oğuz (YDA) Lisesi'nde lise öğrenimini tamamlamıştır. 2002-2006 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu hemşirelik bölümünde lisans öğrenimini tamamlamıştır.

Temmuz 2006 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Enfeksiyon servisinde çalışmaya başlamış ve halen bu görevini sürdürmektedir.

2007 yılı güz döneminde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2010 bahar döneminde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde hemşirelikte meslek esasları dersi stajlarında haftada iki gün destek vermiştir.