



**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI**

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MENOPOZ DÖNEMİ  
İLE İLGİLİ BİLGİ, YAKINMA VE BAŞ ETME DURUMLARININ  
BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
NACİYE TUNÇ**

**2014**

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANA BİLİM DALI**

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MENOPOZ DÖNEMİ  
İLE İLGİLİ BİLGİ, YAKINMA VE BAŞ ETME DURUMLARININ  
BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
NACİYE TUNÇ**

**TEZ DANIŞMANI  
YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM DURAN**

**SİVAS – 2014**

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR.....

Üye Yrd. Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT.....

Üye (Danışman) Yrd.Doç.Dr. Özlem DURAN .....

#### ONAY

Bu tez çalışması, 04/09/2014 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ali ÇELİKSÖZ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

*Eğitimimde bana destek olan hocalarıma, aileme, eşime ve ocuklarıma...*

## TEŞEKKÜR

Araştırma sürecinde tez danışmanım Değerli Hocam **Sayın Yrd.Doç.Dr. Özlem DURAN**'ın bilgi, görüş ve destekleriyle çalışmanın yürütülmesine sağladığı katkısına,

Değerli Hocalarım Sayın **Doç.Dr. Zehra GÖLBAŞI**, **Yrd.Doç.Dr. Handan GÜLER** ve **Yrd.Doç.Dr. Mine BEKAR**'ın veri formlarının geliştirilmesine sağladıkları katkısına,

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, varlıklarıyla güç veren ve tez sürecinde beni sonuna kadar destekleyen **aileme**, **eşime** ve **çocuklarıma** teşekkür ederim.

## ÖZET

### MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MENOPOZ DÖNEMİ İLE İLGİLİ BİLGİ, YAKINMA VE BAŞ ETME DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Naciye TUNÇ  
Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Anabilim Dalı  
Danışman: Yrd.Doç.Dr. Özlem DURAN  
2014, 168sayfa

Araştırma, menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran kadınlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmanın örnekleme; 20.12.2011-15.07.2012 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 254 kadın alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında; Bilgilendirilmiş Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSD), Menopoz Yakınmaları İle Baş Etmeye Yönelik Değerlendirme Çizelgesi, Menopoza Yönelik Bilgi Formu kullanılmıştır. Veri toplama araçları, yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde; Mann Whitney U Testi, Bonferroni düzeltmeli Kruskal Wallis H Testi ve Anova analizi kullanılmıştır.

Araştırmada; kadınların yaş ortalamasının 48.3 olduğu, %48'inin ilkökul mezunu ve % 98.4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Kadınların %49.2'sinin 1-4 yıl önce menopoza girdiği, %80.7'sinin doğal yolla menopoza girdiği, %14.1'inin menopoza yönelik ebeden bilgi aldığı, %92.5'inin ise tedavi aldığı belirlenmiştir. Menopoz döneminde, kadınların %27.2'si eklem ve kas rahatsızlıklarını çok şiddetli yaşadığı ve %32.7'si de idrar sorunlarını, %30.3'ü ise vajinada kuruluğu hiç yaşamadığını belirtmiştir. Kadınların menopoza yönelik sorunlarda baş etme yöntemleri olarak çoğunlukla kolay çıkabilecek elbiseler giyme, sakin bir ortama geçme, ağlama gibi alışılabilen yöntemleri tercih ettikleri belirlenmiştir. Kadınların MSD ölçeği toplam puan ortalaması  $18.92 \pm 7.69$  bulunmuş ve menopoz semptomlarını orta düzeyde yaşadıkları belirlenmiştir. Menopoza yönelik kadınların bilgi puan ortalamalarının  $15.44 \pm 3.63$  olduğu bulunmuş ve aldıkları puanların orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; kadınların menopoz semptomlarını genellikle orta düzeyde

yaşadıkları ve semptomların kadınların eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durumundan etkilendiği, yaşadıkları semptomları kadınların genellikle kendi geliştirdikleri yöntemlerle çözmeye çalıştıkları, bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğu, ebeden bilgi alma oranının az olduğu ve kadınların döneme ögü yeterli bilgi almadıkları belirlenmiştir. Bu doğrultuda ebelerin menopoza yönelik hizmet sunumunda etkin görev almalarını sağlayacak sağlık hizmet sunum modeli geliştirilmesi, hizmet içi eğitimlerle menopoza yönelik hizmetlerde görev alan sağlık personelinin eğitilmesi, elde edilen bilgilerin uygulama alanlarında kullanılması ve menopoz dönemindeki kadınların eşleri ile birlikte bakım-tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmeleri önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Menopoz, menopoza yönelik bilgi, menopoz semptomları, menopoz ile baş etme yöntemleri, ebelik.



## **ABSTRACT**

### **DETERMINATION OF THE INFORMATION, COMPLAINT AND COPING SITUATIONS ABOUT THE PERIOD OF MENOPAUSE OF THE WOMEN IN THE PERIOD OF MENOPAUSE**

Naciye TUNÇ  
Master of Science Thesis, Department of Midwifery  
Supervisor: Assist.Prof.Dr. Özlem DURAN  
2014, 168 pages

This research has been descriptively done with the aim of determining the complaint and coping situations of women who are in period of menopause about this period. The research has been performed on between December 20<sup>th</sup>, 2011 and July 15<sup>th</sup>, 2012. Carried out on the women who apply to The Gynecology and Obstetrics Clinic of Sivas State Hospital, the research includes 254 women who have accepted to take part in it.

While collecting datum of research, the Informed Consent Form, the Personal Information Form, the Menopause Rating Scale (MRS), the Rating Chart about Coping with Menopausal Complaint, the Information Form about Menopause have been used. The data collection tools have been filled with the face to face technique. Mann Whitney U test, Kruskal Wall H test with readjustment of Bonferroni and the Analysis of Variance have been used in evaluating the datum.

In the research, it has been stated that the average of age of the women participating in the research is 48.3 and 48 percent of these women are primary school graduate and 98.4 percent of them are married. And the research shows that 49.2 percent of the women have gone through the menopause before 1 year-4 years and 80.7 percent of them have gone through the menopause in a natural way. Also it defines that 14.1 percent of the women have been informed by midwife and 92.5 percent have been received a treatment. It has been founded that the 27.2 percent of the women who are in period of menopause suffer from knuckle and muscle inconveniences when the symptoms seen very intense and 32.7 percent of them suffer from urine problems when no symptoms have been seen and 30.3 percent suffer from vaginal dryness. This research shows that the women mostly would rather routine methods while dealing with the problems about the menopause. The women's point average in MRS scale has been

founded as  $18.92 \pm 7.69$  and it has been designated that the women live the symptoms at medium level. When the dispersion of the women's information point average about menopause has been examined, it has been founded that their total point is  $15.44 \pm 3.63$  and determined that this point is at medium level.

As conclusion, it has been specified that the women has generally lived the menopause symptoms at medium level and the symptoms has been affected the women's educational status, working condition and economic condition. And the research shows that the women try to solve the symptoms with the help of strategies which they develop themselves. Also their information level are intermediate and the rate of having information from midwife is slight and the women can not get enough information about this period. Accordingly, it has been suggested that the health service presentation model which can provide giving active position to midwives in the service presentation about menopause should be developed and that the medical personnel who takes charge in services about menopause should be trained with in-service training. Moreover it has been suggested that the findings which has been achieved by the help of this research should be used in the field of application and that the women who are in the period of menopause should be informed about the opportunities of nursing-treatment with their husbands.

**Key words:** Menopause, information for menopause, menopausal symptoms, methods coping of menopause, midwifery.

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>i</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>vi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	6
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>7</b>
2.1. MENOPOZ DÖNEMİ.....	7
2.1.1. Menopozun Tanımı .....	7
2.1.2. Menopoz Fizyolojisi.....	7
2.1.3. Menopoza Girme Yaşı.....	9
2.1.4. Doğal Menopoz ve Evreleri.....	9
2.1.5. Cerrahi Menopoz.....	10
2.1.6. Erken Menopoz .....	11
2.2. MENOPOZU ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	12
2.2.1. Beslenme .....	12
2.2.2. Yaşam Biçimi.....	14
2.2.3. Sigara ve Alkol Kullanımı .....	15
2.2.4. Hastalıklar.....	16
2.3. MENOPOZDA GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER .....	16
2.3.1. Kısa Süreli Değişiklikler.....	17
2.3.1.1. Vazomotor Değişiklikler .....	17
2.3.1.2. Emosyonel Değişiklikler .....	18

2.3.1.3. Ürogenital Sistem Değişiklikleri .....	20
2.3.1.4. Saç ve Derideki Değişiklikler.....	21
2.3.1.5. Sindirim Sistemi Değişiklikleri .....	22
2.3.1.6. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri .....	22
2.3.1.7. Cinsel Yaşam.....	23
2.3.2. Uzun Süreli Değişiklikler .....	24
2.3.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişikleri .....	24
2.3.2.2. Kas ve İskelet Sistemi Değişikleri.....	25
2.3.2.3. Uyku Düzeni.....	27
2.4. MENOPOZDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ .....	29
2.4.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT).....	29
2.4.2. Alternatif Yöntemler .....	36
2.4.2.1. Bitkisel Kaynaklı Hormonlar .....	36
2.4.2.1.1. Bitkisel Östrojenler (Fitoöstrojenler).....	37
2.4.2.1.2. Karayılan Otu (Black Cohosh) .....	38
2.4.2.1.3. Melek Otu (Dong Quai) .....	39
2.4.2.1.4. Akşam Çuha Çiçeği (Evening Primrose) .....	39
2.4.2.2. Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar .....	40
2.4.2.2.1. Egzersiz .....	40
2.4.2.2.2. Yoga.....	41
2.4.2.2.3. Gevşeme Teknikleri.....	42
2.4.2.2.4. Diyet.....	42
2.4.2.2.5. Hormon Dışı Tedaviler .....	43
2.4.2.2.5.1. Antikonvülzan İlaçlar.....	43
2.4.2.2.5.2. E Vitamini .....	44

2.4.2.2.5.3. Kalsiyum Preperatları.....	44
2.4.2.2.5.4. Bifosfanatlar .....	44
2.5. MENOPOZDA EBELİK YAKLAŞIMLARI.....	45
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>47</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	47
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN .....	47
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	47
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ARAÇLAR .....	48
3.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 1) .....	48
3.4.2. Kişisel Bilgi Formu (EK 2).....	48
3.4.3. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (EK 3).....	48
3.4.4. Menopoz Yakınmaları ile Baş Etmeye Yönelik Değerlendirme Çizelgesi (Ek 4) .....	49
3.4.5. Menopoza Yönelik Bilgi Formu (Ek 5).....	49
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI .....	50
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	51
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	51
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>52</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>98</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>115</b>
6.1. SONUÇ .....	115
6.2. ÖNERİLER .....	117
<b>EKLER.....</b>	<b>118</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>129</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	52
Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	53
Tablo 4.3. Kadınların Menopoz Dönemi Özelliklerine Göre Dağılımı .....	54
Tablo 4.4. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği İfadelerine Göre Dağılımı .....	54
Tablo 4.5. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme (MSD) Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	56
Tablo 4.6. Kadınların Menopoz Yakınmalarıyla Baş Etmeye Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı (I) .....	57
Tablo 4.6. Kadınların Menopoz Yakınmalarıyla Baş Etmeye Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı (II) .....	58
Tablo 4.7. Kadınların Menopoz Yönelik Bilgi Formu İfadelerine Göre Dağılımı (I) ..	60
Tablo 4.7. Kadınların Menopoz Yönelik Bilgi Formu İfadelerine Göre Dağılımı (II) ..	61
Tablo 4.8. Kadınların Yaş Gruplarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	63
Tablo 4.9. Kadınların Medeni Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	64
Tablo 4.10. Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	65
Tablo 4.11. Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	66
Tablo 4.12. Kadınların Mesleklerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	67
Tablo 4.13. Kadınların Eşlerinin Mesleklerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	68
Tablo 4.14. Kadınların Sağlık Güvencelerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	69
Tablo 4.15. Kadınların Aylık Gelir Düzeylerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	70

Tablo 4.16. Kadınların Ekonomik Durum Değerlendirmelerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	71
Tablo 4.17. Kadınların Doğum Sayılarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	72
Tablo 4.18. Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	73
Tablo 4.19. Kadınların Menopoza Girme Sürelerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	74
Tablo 4.20. Kadınların Menopoza Giriş Şekillerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	75
Tablo 4.21. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	76
Tablo 4.22. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Kaynaklarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	77
Tablo 4.23. Kadınların Menopozla İlgili Tedavi Alma Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	78
Tablo 4.24. Kadınların Hormon Tedavisi Alma Sürelerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	79
Tablo 4.25. Kadınların Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	80
Tablo 4.26. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	81
Tablo 4.27. Kadınların Medeni Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	82
Tablo 4.28. Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	83
Tablo 4.29. Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	84
Tablo 4.30. Kadınların Mesleklerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	85
Tablo 4.31. Kadınların Eşlerinin Mesleklerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	86

Tablo 4.32. Kadınların Sağlık Güvencelerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	87
Tablo 4.33. Kadınların Aylık Gelir Düzeylerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	88
Tablo 4.34. Kadınların Ekonomik Durum Değerlendirmelerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	89
Tablo 4.35. Kadınların Doğum Sayılarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	90
Tablo 4.36. Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	91
Tablo 4.37. Kadınların Menopoza Girme Sürelerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	92
Tablo 4.38. Kadınların Menopoza Giriş Şekillerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	93
Tablo 4.39. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	94
Tablo 4.40. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Kaynaklarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	95
Tablo 4.41. Kadınların Menopozla İlgili Tedavi Alma Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	96
Tablo 4.42. Kadınların Hormon Tedavisi Alma Sürelerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	97



## KISALTMALAR DİZİNİ

**ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists):** Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

**BSO:** Bilateral Salphingo Ooforektomi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**FSH:** Foliküler Stimülan Hormon

**HDL (High-Density Lipoprotein):** Yüksek Dansiteli Lipoprotein

**HRT:** Hormon Replasman Tedavisi

**LDL (Low Density Lipoprotein):** Düşük Dansiteli Lipoprotein

**LH:** Luteinleştirici Hormon

**MWHS (Massachusetts Women's Health Study):** Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması

**MWMHP (Melbourne Women's Midlife Health Program):** Melbourne Orta Yaş Kadın Sağlığı Programı

**SWAN (The Study of Women's Health Across the Nation):** Ulusal Kadın Sağlığı Çalışması

**TAH:** Total abdominal histerektomi

**WHI (Women Health Initiative):** Kadın Sağlığı Girişimi

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın hayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşur. Bu dönemlerden her biri kendine özgü fiziksel, psikişik, hormonal farklılıklar gösterir. Her dönemin kendine göre özellikleri olmasına karşın, ergenlik ve menopoz kadın yaşamındaki etkileri ile en önemli dönemlerdendir (Yurdakul ve ark., 2007).

Menopoz, Yunanca men (ay) ve pausis (sonlanma, durma) kelimelerinden köken almıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği tanıma göre, ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (Şirin, 2008). Kadınlarda menstrüel kanamaların kalıcı kesilmesi folliküler fonksiyondaki kayıp sonucunda oluşan seviyesindeki azalma ile bağlantılıdır. Menopozal dönem; premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönemlerden oluşmaktadır. İlk semptomların görüldüğü dönem premenopozal dönem; en son menstrüel kanamanın görüldüğü dönem menopoz dönemi ve menopozdan bir yıl sonra başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcına kadar süren dönem ise postmenopozal dönem olarak adlandırılmaktadır (Mehmetoğlu, 2005; Sherman, 2005). Kadınlarda 40 yaşlarında over fonksiyonlarında azalma ile başlayan ve bir yıl süreyle menstrüel dönemin görülmemesine kadar devam eden perimenopoz ise yaklaşık olarak yedi yıl sürmektedir (Selam ve ark., 2004).

Literatürde en son adet kanamasının görülmesiyle ilişkilendirilen menopoz, yapılan araştırmalarda da kadınlar tarafından adetten kesilme olarak belirtilmekte ve bir hastalık olmadığı düşünülmektedir (Biri ve ark., 2002; Karakuş, 2006). Fakat menopoz kişiden kişiye ayrı anlamlar taşımaktadır. Oğurlu (2008) tarafından yapılan çalışmada; kadınların %56.8'i menopozu yaşamın normal bir dönemi olarak gördüklerini, adet olmaktan ve gebe kalmaktan kurtuldukları için bu dönemi olumlu olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada kadınların %43.2'si menopoz döneminin sıkıntılı bir dönem olduğunu, yaşlılığın başlangıcı, kadınlığın kaybı nedenleriyle olumsuz olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Mazhar ve Gul-e-Erum'un (2003) Pakistan'da yaptıkları araştırmada da kadınların %75.7'sinin menopozu olumlu bir durum olarak algıladıkları saptanmıştır.

Kadınlar tarafından taşıdığı anlamlar farklı olsa da menopoza, geçiş dönemi ve menopoza öncesi over fonksiyonundaki farklılaşmayı yansıtan somatik değişiklikler ile karakterize bir durum olarak karşımıza çıkar. Çoğu zaman strese bağlı semptomlarla östrojen eksikliğine bağlı olanları ayırt etmek güç olabilir. Pek çok kadında menstruel düzensizlik en önemli semptomdur. Bu anlamda dikkatli değerlendirilmesi gerekir. Genellikle östrojen seviyelerindeki oynamalara bağlıdır. Bu nedenle tıbbi tedavi gerekebilir (Selam ve ark., 2004). Bunların yanı sıra menopoza laboratuvar testleri ile daha somut değerlerle ifade edilebilmektedir. Subjektif olarak ise dolaşımdaki östrojen seviyelerinin ani olarak düşmesi ile ortaya çıkan fiziksel ve duygusal değişimlerle ifade edilir. Meydana gelen bu değişimler kısa ve uzun süreli sorunlar olarak gruplandırılmaktadır (Oğurlu, 2008). Kısa süreli sorunlar somatik (gece terlemesi, sıcak basmaları ve uyku sorunları vb.), psikolojik (anksiyete, depresyon, huzursuzluk, cinsel ilgide azalma vb.) ve atrofik değişiklikler (vajinal atrofi, stres inkontinans ve ağrılı cinsel ilişki vb.) olarak sıralanabilir (Schneider et al., 2002; Taşkın, 2007). Uzun süreli değişiklikler de osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklardır. Özellikle prematür over yetmezliğinde ve cerrahi menopozda bu semptomlar şiddetlidir (Gürkan, 2005; Selam ve ark., 2004).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınların menopoza döneminde en çok fiziksel olarak; sıcak basması, gece terlemesi, kas ve eklem ağrısı, psikolojik olarak ise uykusuzluk, huzursuzluk, sinirlilik, baş ağrısı, sıkıntı hissi ve unutkanlık yakınmaları yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmalarda; kadınlarda sıcak basmasının %72.7-80.4, gece terlemesinin %70.1-78.2, kas-eklem ağrılarının %60.8-100, uykusuzluğun %56-91, sinirliliğin %71-94, baş ağrısının %46-73.6, unutkanlığın %63.5-100, deride kuruluğun %30-50, konstipasyonun %40-100 oranında görüldüğü saptanmıştır (Arıkan, 2005; Biri ve ark., 2005; Erdem, 2006; Oğurlu, 2008; Saka ve ark., 2005; Tortumluoğlu, 2003). Üreme sağlığı fonksiyonları açısından ise %60 vajinal kuruluk, %13-40 disparoni, %23-25 vajinal kaşıntı, %8 koitus sonrası kanama, %28-59 cinsel istekte azalma olduğu belirlenmiştir (Bayram ve ark., 2002; Kabukçu, 2000). Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında da kadınlarda yaşanan yakınmalar; sıcak basması %15.1-80, gece terlemesi %8.2-70.9, kas-eklem ağrıları %38.5-51, uykusuzluk %14-53.5 ve baş ağrısı %60.2 oranında görülmektedir (Chung & Tang, 2006; Cheng et al., 2008; Dog et al., 2001; Kravitz et al., 2003; Lai et al., 2006; Pan et al., 2002; Shin et al., 2005). Yurt dışındaki

ve ülkemizdeki çalışmalar kıyaslandığında yakınma oranlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Çünkü menopozal dönemde görülen yakınmalar ve yakınmaların şiddeti biyolojik, psikososyal ve kültürel değerlerden etkilenmektedir (Hunter & Rendall, 2007). Değişik ülkelerde karşılaştırmalı olarak yapılan bir çalışmada ise kadınlarda sıcak basması yakınması Çin'de %57, Hongkong'da %58, Malezya'da %30.1, Tayvan'da %49.3 ve Tayland'da %70.1 olarak belirlenmiştir (Huang, 2010).

Çalışmalara bakıldığında yakınmaların kadın hayatını tehdit eden ve yaşam kalitesini düşüren özellikte olması dikkat çekmektedir. Bu yakınmalara yönelik baş etme davranışları incelendiğinde; kadınların fiziksel yakınmalarla ilgili olarak kolay çıkarılabilecek giysiler tercih etme, kıyafetlerini değiştirme, sakin bir yere oturup derin nefes alıp verme, sıcaklık hissedilen bölgelere soğuk uygulama yapma, ağrı kesici ilaç kullanma ve masaj yapma gibi yöntemleri uyguladıkları saptanmıştır. Kadınların psikolojik yakınmalara yönelik ise ibadet etme, yalnız ve sakin bir yerde kalma, dışarı çıkıp dolaşma, ağlama, etrafındakilere bağırma tercih etme, yatıp uyuma, kendine sıkıntı yaratan durumlara çözüm arama, uyarıcı besin ve maddelerden uzak kalma gibi baş etme yöntemlerine başvurdukları tespit edilmiştir (Biri ve ark., 2004; Erdem, 2006; Ergöl, 2001; Özgür, 2007). Griffiths ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada; fiziksel yakınmalarda serinlemek için klima açma, soğuk bir şeyler içme, dışarı çıkma, uygun giysiler giyme, egzersiz yapma, daha fazla uyuma, beslenme şeklini değiştirme, yapacağı şeyleri seçme ve zamanı etkin kullanma, unutkanlık için not alma, yaptığı şeyleri iki kez gözden geçirme gibi yöntemleri uyguladıkları saptanmıştır. Psikolojik yakınmalarda ise kadınların yine kendisi gibi menopoz döneminde olanlarla konuşma, kendisine zaman ayırma, yaşadığı yakınmalarla ilgili şaka yapma ve menopoza iyi yönünden bakmaya çalışma, dergi, kitap, broşürden menopoz hakkında daha fazla bilgi edinme, iş dışı etkinliklere katılma, kendini rahatsız edici şeyleri yok sayma, kendini gergin hissettiği anlarda başkalarıyla etkileşim kurmaktan kaçınma gibi yöntemlere başvurduğu tespit edilmiştir.

Kadınlarda görülen menopoz dönemi yakınmaları ve baş etmeleri; kadının eğitim düzeyi, yaşı, mesleği, ekonomik bağımsızlığı, gelir düzeyi, evlilik uyumu, medeni durumu, başka alanlara yönelmiş olması, ailenin büyüklüğü, bu döneme özgü bilgi alma durumu, rol değişimi ve toplumun kadına verdiği değerden etkilenmektedir. Çin ve Japon kadınlarında menopoz dönemi sorunlarının daha az görülmesinin nedeni;

beslenme kültürleri ve menopozal yakınmaları yaşanması gereken değişiklikler olarak kabul edip, kısa sürede uyum sağlamaları olarak gösterilmektedir (Erdem, 2006; Fuh, et al., 2001; Hvas, 2001; Shea, 2006). Khademi ve Cooke (2003) tarafından kentli ve köylü İran'lı kadınların karşılaştırıldığı çalışmada, batılı yasamdan etkilenmiş olan kentli kadınların menopoz yakınmalarına karşı daha olumsuz bir tutum içinde oldukları beklenirken, köylü kadınların daha negatif bir tutum içinde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, doğurganlığın köylü kadınlar için daha önemli ve öncelikli olmasından kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Menopoz dönemi ile ilgili çalışmalara bakıldığında yaşanan sıkıntılarla baş etmede tıbbi destek olarak Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanılmaktadır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, kadınların %83'ünün menopoza yönelik tedavi almadığı, menopoza yönelik tedavi alanların %18.5'inin hormon tedavisi kullandığı belirtilmektedir (Erdem, 2006). Tokuç ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada ise katılımcıların %18.9'u halen HRT kullanmakta, %37'si HRT kullanıp bırakmış, %44.1'i ise hiç HRT kullanmamıştır. Kızıllırmak'ın (2003) araştırmasında; kadınların %79.3'ünün önerilen hormonal tedaviye başladığı, %56.2'sinin tedaviyi 1-6 ay uygulayıp, %19.1'nin de yedi ay ve üzeri uygulayıp bıraktığı saptanmıştır. Önerilen tedaviye başlamama nedeni olarak kadınların %26.3'ü maddi durum yetersizliğini ve %21.1'i ise ilaçların kanser yapacağı kaygısını ifade etmiştir. Kang ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada, kadınların alternatif tedavileri HRT'ye göre daha güvenli buldukları ve HRT'yi kansere neden olması, kanama yapması gibi nedenlerle uygulamak istemediklerini saptanmıştır. Yine aynı çalışmada menopozal yakınmaların alternatif tedavi yöntemleri ile tedavi edilebildiği ve menopozal yakınmalarla baş etmede 45-60 yaş arasındaki kadınların % 80'inin reçete olmaksızın alternatif tedavileri kullandıkları belirlenmiştir (Kang et al., 2002). Koebnick ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında da; menopoz dönemdeki Avrupalı kadınların tedavi yöntemi olarak %13'ünün bitkisel kombinasyonlar, %5'inin ise antidepresanlar kullandığı bulunmuştur.

Kadın, hayatının ortalama olarak üçte birini hatta gelecek için daha da uzun bir süresini menopoz dönemi ile geçirebilmektedir. DSÖ tahminine göre 2030 yılında 1.2 milyar kadın 50 yaşın üzerinde yani menopozlu olacağı bildirilmektedir (Ertem, 2005). Bu açıdan değerlendirildiğinde kadın hayatını her yönüyle etkileyen menopoz yaşı genetik olarak belirlenmekte ve dünya çapında ortalama menopoz yaşı 51 iken, bu oran

45-55 arasında değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde menopoza yaş gelişmiş ülkelere göre daha erkendir. Gelişmiş ülkelerde 49.3 ile 51.4 aralığında iken, gelişmekte olan ülkelere göre 43,5 ile 49.4 arasındadır. Örneğin, Ürdün'de 50-51, Mısır'da 48'dir (Gharaibeh,2010).

Ülkemizde ise kadınlar için yaşam beklentisi 72.3 olup menopoza yaş ortalaması 47.8 olarak kabul edilmektedir (Yahya, 2003). Menopoza giriş zamanının erken veya geç oluşunda bazı faktörler etkili olmaktadır. Çalışan ve sigara kullanan kadınlar menopoza erken girerken, seksüel yaşantısı devam eden, çok doğum yapmış, bekâr veya boşanmış kadınlarda menopoza daha geç görülmektedir (Özdemir & Çöl, 2004; Taşkın, 2009; Topçuoğlu ve ark. 2005). Yapılan araştırmalara göre de eğitim düzeyi, ortalama çocuk sayısı, ölü doğum yapmış olma, ilk doğum yaşı, hipertansiyon, beden kitle indeksi erken menopoza yaşını, sosyo ekonomik düzey ve çalışma durumu ise hem erken hem de geç menopoza yaşını etkilemektedir (Loh et al. 2005; Özdemir & Çöl 2004; Vehid ve ark, 2001). Kadınlar, menopoza girdikleri yaş belirleyici olmakla birlikte hayatlarının önemli bir kısmını menopoza ve döneme özgü yakınmalarla geçirmektedir. Bu nedenle menopoza yönelik kadının bilgili olması yakınmaların kontrol altına alınmasını kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (Selam ve ark., 2004; Şirin, 2008).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda menopozal dönemdeki kadınların sadece %22-29'unun menopoza yönelik bilgi düzeylerinin yeterli olduğu belirlenirken, yaklaşık olarak %40'ının döneme özgü danışmanlık aldığı saptanmıştır. Danışmanlık alanların %71.8'i sağlık personelinin (ebe, hemşire, hekim) danışmanlık alırken; danışmanlık veren sağlık personelinin ise daha çok hekim olduğu, ebe ve hemşirelerin danışmanlık hizmetlerindeki payının %1-10 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Bezircioğlu ve ark., 2004; Biri ve ark., 2004; Ertem, 2005; Nehir ve ark.; 2009; Yurdakul ve ark., 2007). Pan ve arkadaşları (2002) yaptıkları araştırma da ise kadınlar en yaygın bilgi kaynağı olarak gazete ve magazinleri bildirmişlerdir.

Genel olarak bakıldığında menopozun kadın hayatının büyük bir bölümünü kapsadığı ve bu dönemde görülen yakınmaların kadın hayatını önemli derecede etkilediği görülmektedir. Ancak yapılan araştırmalarda kadınların menopoza döneme ilişkin bilgilerinin istendik düzeyde olmadığı belirtilmektedir. Menopozda görülen

yakınmalarla baş etme ise ancak yeterli bilgilendirme ile mümkün olabilmektedir. Konuyla ilgili sağlık personellerine ve özellikle ebelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Araştırmalarla mevcut durumu belirlemek ve sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek önemli olduğu kadar öncelikte arz etmektedir. Kadınların menopoza dönemine yönelik bilgi, yakınma ve baş etme durumunun ayrı ayrı değerlendirildiği pek çok araştırma bulunmaktadır (Billurcu, 2008; Cheng et al., 2008; Çağlayan, 2004; Ford et al., 2005; Karakuş, 2006; Kömürcü, 2006; Mc Veight, 2005; Mishra & Kuh, 2006; Özkan, 2006; Tortumluoğlu 2003; Woods et al., 2005). Ancak konunun bütüncül olarak değerlendirildiği çalışma sayısı sınırlıdır (Biri ve ark., 2004; Erdem, 2006; Oğurlu, 2008; Yeşilmurat, 2001). Bu nedenlerle, konuya bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşmanın önemli olduğu, elde edilen verilerin hizmet sunumu ile ilgili planlama ve değerlendirmelerin yapılmasına katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Ayrıca çalışmanın menopoza alanına yönelik özellikle eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde etkinlik sağlanması planlanmaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma; Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran menopoza dönemindeki kadınların menopoza dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. MENOPOZ DÖNEMİ**

Kadın hayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşur. Bu dönemlerden her biri kendine özgü fiziksel, psikişik, hormonal farklılıklar gösterir. Her dönemin kendine göre özellikleri olmasına karşın, ergenlik ve menopoz kadın yaşamındaki etkileri ile en önemli dönemlerdendir (Yurdakul ve ark., 2007).

#### **2.1.1. Menopozun Tanımı**

Menopoz klimakterik dönem içinde görülen (Menopause, Mena: Ay, Pause: Durma) menstruasyonun kesilmesi anlamına gelmektedir. Genellikle 40-50 yaş arasında bir devrede ortaya çıkar. Bir yıl süre ile menstrasyon olmayan kadınlarda menopozun başladığı kabul edilir (Taşkın, 2009).

Başka bir tanıma göre ise menopoz; klimakteriyum içerisinde ovarian aktivitenin azalmasını takiben adet kanamasının kalıcı olarak durmasıdır (Bayraktar & Uçanok, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği tanıma göre de ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (Şirin, 2008).

#### **2.1.2. Menopoz Fiziyojisi**

Menstrüel düzensizliklerin başlangıcı ile birlikte tanımlanan perimenopozal (geçiş) dönem, menopoz ile birlikte sonlanır. Başlangıç yaşı ortalama 46'dır (39-51 yaş). Yaklaşık süresi beş yıldır. Bu dönemlerde anovulasyon daha sık görülür. Sikluslar menopoz öncesi 2-8 yıl kadar uzayabilir. Siklus uzunluğunu belirleyen başlıca kriter foliküler fazın uzunluğudur. Bu dönemde yükselmiş Foliküler Stimulan Hormon (FSH) düzeyleri, inhibin azalması, normal Luteinleştirici Hormon (LH) düzeyleri ve hafifçe yükselmiş östradiol ile karakterizedir. İnhibin kaybı ile östrojenin yalnız başına gonadotropinleri baskılamadaki yetersizliğini belirgin hale getirir (Durmuşoğlu &



Erenus, 2000; Özkan 2006).

Gonadal yetmezliğin bir sonucu olarak, ovaryan östrojen ve progesteron üretimini ile FSH ve LH sekresyonu arasındaki ilişki menopoz öncesi dönemde değişmektedir. Yaklaşık 35 yaş civarında nadir olan anovulatuvar sikluslar 40 yaş sonrasında yaygınlaşır. Bu nedenle ovaryan progesteron üretilemez. Azalan plazma östrojen seviyeleri hipofiz üzerindeki frenleyici etkisini kaybeder ve FSH düzeyi menopoz sırasında 100 mIU'nin (normalde 4-30 mIU) üzerine çıkar. FSH'ya benzer şekilde, LH seviyeside postmenopozal dönemde artar (Saletu, 2003).

Sonuçta FSH 10-20 kat LH üç kat artar ve maksimal artış menopozdan 1-3 yıl sonra meydana gelir (Durmuşoğlu & Erenus, 2000). FSH yüksekliği LH'dan daha fazladır çünkü LH'nın yarılanma ömrü kısadır (LH'nın yarılanma ömrü 20 dakika iken, FSH'nın yarılanma ömrü 3-4 saattir) ve LH üzerinde inhibin gibi spesifik bir negatif feedback yapıcı peptid yoktur. Postmenopozal over esas olarak androstenedion ve testosteron salgılar. Androstenedionun çoğu adrenal kaynaklıdır. Overlerde testosteron üretimi artmıştır ve bu artmış gonadotropin düzeyinin ovaryan stromaya olan etkisiyle olmaktadır. Ancak testosteronun primer kaynağı olan androstenediondan periferik dönüşüm azaldığından dolaşımdaki total testosteron düzeyleri azalır. Postmenopozal dolaşımdaki östradiol düzeyleri 10-20 pg/mL'dir ve temel kaynağı östron ile androstenedionun periferik konversiyonudur (duyu kaybı). Androstenedionun periferik konversiyonu vücut ağırlığı ile direkt ilişkilidir (Stoppe, 2002).

Vücut ağırlığı arttıkça periferik aromatisasyon artar. Ayrıca obezite ile dolaşımdaki seks hormon bağlayıcı globülin sentezi de artar. Ortaya çıkan serbest androjen artışı bu duruma katkıda bulunur. Postmenopozal dolaşımdaki östron düzeyleri östradiolden daha yüksektir yaklaşık 30-70 pg/mL'dir. Östrojen düşüşü ile androgen-östrojen oranı azalmıştır buna bağlı postmenopozal orta düzeyde hirsutizm tablosu gelişir (Durmuşoğlu & Erenus, 2000). Birçok kadında over siklusunda görülen değişimlerden önce hipofiz gonadotropinlerinin artışı gözlenir. Diğer endokrin bezlerin fonksiyonlarında ise menopozla birlikte değişim gözlenmez (Ertüngealp & Oral, 2000).

Menopoz laboratuvar testleri ile daha somut değerlerle ifade edilebilmektedir. Buna göre, amenore ve hipoöstrojenemi bulguları varlığında 40 IU/L'nin üzerinde serum FSH seviyeleri olarak tanımlanır. Subjektif olarak ise sıcak basmaları gibi

vazomotor semptomlar ile tanı konabilir. Semptomlar dolaşımdaki östrojen seviyelerinin ani olarak düşmesi ile daha belirginleşirler. Özellikle prematür over yetmezliğinde ve cerrahi menopoza bu semptomlar şiddetlidir (Saletu, 2003).

### **2.1.3. Menopoza Girme Yaşı**

Türkiye’de menopoz yaşı ortalama 50’dir. Ancak 40 yaşında görülebildiği gibi, 60 yaşına kadar süren vakalara da rastlandığı bildirilmektedir (Kızılırmak, 2003; Taşkın, 2007).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ortalama menopoz yaşı  $45.6 \pm 4.6$  olarak belirlenmiştir (Saka ve ark., 2005).

Ankara’da 50-65 yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada doğal menopoz yaşının ortalama  $47 \pm 4.2$  olduğu, eğitim, sigara içme, ilk adet yaşı, anne veya kız kardeşin menopoz yaşının bunu etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır (Özdemir & Çöl, 2004).

Vehid ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmaya göre de eğitim düzeyinin, ortalama çocuk sayısının, ölü doğum yapmış olmanın, ilk doğum yaşının, hipertansiyonun, beden kitle indeksinin erken menopozyasına, sosyo-ekonomik düzey ve çalışma durumunun ise hem erken hem de geç menopoz yaşı üzerine etkisi olabileceği sonucu ortaya çıkmaktadır (Vehid ve ark., 2001).

### **2.1.4. Doğal Menopoz ve Evreleri**

#### **Premenopozal Dönem:**

Klimakteriyumun ilk fazıdır. Östrojen hormonunun azalmaya başlamasıyla ortaya çıkan ilk semptomların görüldüğü andan, menopoza kadar geçen süreye premenopozal dönem denir. Bu dönem 2-6 yıllık süreyi kapsar. Bu fazda menstruel siklus düzenin kaybetmiş ve fertilité şansı düşmüştür. Düzensiz siklus birkaç ay ve birkaç yıl sürebilir. Vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi bazı yakınmalar bu devrede ortaya çıkar (Taşkın, 2009).

### **Perimenopozal Dönem:**

Premenopozu, menopozu ve menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsar. Menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstruel periyodu izleyen bir yıllık süreyi de içerisine alan dönemdir (Güney, 2006; Özkan, 2006; Steinberg et al., 2008; Tortumluoğlu, 2003).

### **Postmenopozal Dönem:**

Östrojen hormonunun eksikliğinin, bedenin fizyolojik ve psikolojik dengesi üzerine sistematik etkiler oluşturmaya başladığı andan, yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi kapsayan ve yakınmaların fazla olduğu döneme postmenopozal dönem denir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilité ortadan kalkmıştır (Güney, 2006; Özkan, 2006; Tortumluoğlu, 2003).

Ovarial hormonlardaki azalma ile ilişkili vajinal atrofi ve osteoporoz gibi belirtilerin bulunduğu menopozu izleyen dönemi kapsar. Genital atrofi, osteoporoz, kardiyovasküler rahatsızlıklar ve ciltte bozulmaları içerir (Taşkın, 2009).

### **2.1.5. Cerrahi Menopoz**

Doğal menopozdan önce her iki overin, histerektomi ameliyatıyla ya da fallop tüpleriyle birlikte (Bilateral Salphingo Ooforektomi -BSO) çıkarılması sonucu oluşan menopoz, cerrahi menopoz olarak tanımlanmaktadır (Atasü, 2001; Suparp et al.,2003). Bu tür cerrahi operasyonlarda genellikle uterus ve overler birlikte çıkarılır. Cerrahi menopozda, menopoz semptomları normal menopoza göre daha şiddetlidir. Çünkü normal menopozda overlerin tükenmesi yavaş yavaş olup vücut belli bir şekilde duruma adapte olurken, cerrahi menopozda bu süreç ani olarak gerçekleşir. Total abdominal histerektomi (TAH) operasyonları ve BSO sonrası menopoza girenlerde, ameliyattan 15-20 gün sonra menopoz tedavisine başlanır (Güney, 2006; Özkan, 2006; Varma ve ark., 2005).

Juang ve arkadaşlarının (2005) orta yaş kadınların menopozal statü, sıcak basması, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, cerrahi yolla menopoza girmiş 1270 kadın incelenmiş, ameliyat sonrası

ikinci haftada %10.5'inin sıcak basması yakınmasını deneyimledikleri saptanmıştır. Östrojen eksikliği nedeniyle cerrahi menopoza erken dönemde ve daha şiddetli hissedilen sıcak basması yakınmasının anksiyete ve depresyonu aşırı derecede arttırdığı, bu artış oranının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Kritz ve arkadaşları (2004) tarafından gerçekleştirilen çalışmada; aynı yaş doğal yolla ve cerrahi yolla menopoza giren kadınlar kıyaslandığında, doğal yolla menopoza giren kadınların yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Bezircioğlu ve arkadaşları (2004) tarafından menopoz verilerinin epidemiyolojik değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada; kadınların %8.2'sinin cerrahi menopoza olduğu, Vehid ve arkadaşlarının (2001) ortalama menopoz yaşını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada ise 192 kadının cerrahi yolla menopoza girdiği saptanmış, ancak her iki çalışmada da cerrahi menopoz yaş ortalaması verilmemiştir.

### **2.1.6. Erken Menopoz**

Menopoz 40 yaşından erken gerçekleşmişse buna “erken menopoz” denilmekte, tıbbi literatürde “prematür menopoz” olarak adlandırılmaktadır. Bu şekilde overlerin çok erken dönemde tükenmesi, kadınlarda psikolojik ve fizyolojik yönden pek çok problemi de beraberinde getirir. Prematür menopoz nedenleri multifaktoriyel olarak değerlendirilmektedir. Etkileri kesin olmamakla birlikte nedenleri şu şekilde sıralanabilir: Menarş yaşı, sosyoekonomik durum, sigara ve alkol kullanımı, oral kontraseptif kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve genetik faktörler. Prematür menopoza neden olan bu faktörlerin belirlenmesi, bireylerin menopoz dönemini en hafif şekilde geçirmelerine ve prematür menopoz gerçekleşmeden önce risk tayini yapılabilmesine imkan vermektedir (Arıkan, 2005; Güney, 2006; Şanlıoğlu, 2001).

## 2.2. MENOPOZU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

### 2.2.1. Beslenme

Menopoz sonrasında sağlığın korunması ve kaliteli bir yaşam için diyet ve yaşam biçiminin önemli olduğu bilinen bir gerçektir. Menopozda metabolizmadaki değişimlerle birlikte besin gereksinimleri de farklılık gösterir (Botth et al., 2000).

Menopoz sonrası, ağırlık kazanımının yaygın olduğu bir dönemdir. Östrojen düzeyindeki azalma besin alımını etkiler ve metabolik hızda azalmaya neden olur. Fiziksel aktivite düzeyindeki azalma da ağırlık kazanımı ile ilişkili bulunmuştur. İdeal ağırlığın korunması, kalp ve kemik sağlığı için önemlidir. Ayrıca diyabet ve kanserden korunmayı sağlar (Salamone, 2000). Postmenopozal dönemde sıklıkla karşılaşılan osteoporozdan korunmak için diyetle yeterli miktarda kalsiyum ve D vitamini alımı, düzenli egzersiz, sigara kullanmama ve alkol tüketiminin azaltılması farmakolojik olmayan önlemler olarak bilinmektedir (Yaralı & Esinler, 2003).

Menopoz, kadının metabolizmasında özellikle yağ metabolizmasında yarattığı değişikliklerle kolesterol artışına ve damar sertliğine neden olmaktadır. Kalp hastalıklarında, hipertansiyon oluşumunda risk yaratan bu durum gibi östrojen hormonun azlığı ile sonuçlanan kemik metabolizmasındaki değişimde kalsiyum fosfor emilimini azaltarak kemik erimesine zemin hazırlamaktadır. Aynı miktarda kalori alımına karşı, menopoz döneminde vücut ağırlığında artma olmaktadır. Bütün bu değişiklikler kadının beslenme biçimini de değiştirmesini zorunlu kılmaktadır (Korugan, 2000). Bu nedenle menopoz döneminde kadınların günlük beslenmesi vitamin ve mineral içermelidir. Yağ (özellikle doymuş yağ) ve şeker alımını azaltmak ve besin öğelerinin alımında lif miktarını artırmak ideal kiloyu korumak açısından da önem taşır. Obezite, meme, endometrium kanserleri ve kardiovasküler hastalıklar açısından risk faktörü oluşturduğu için yaş ilerledikçe kilo alma eğilimine karşı koymak çok önemlidir. Çünkü yaşla birlikte bazal metabolizma hızı azalmaktadır. Tuz kısıtlaması gerekli olup, kolesterol kontrolü için de bitkisel yağların kullanımı önem taşımaktadır (Eker, 2000; Korugan, 2000).

Kemik kuvvetini maksimum hale getirmek için 19-49 yaşlar arasında 1000 mg, 50 yaş civarında ise 1000-1500 mg kalsiyum alınması gerekir. Kapalı iklimli ülkelerde

ya da güneşten uzak yaşayanların kalsiyum emilimini artırmak için günde 400-800 IU D vitamini alması gerekir. Yaz ayları boyunca cilt yolu ile yeterli D vitamini yapacak gün ışığı alınır. D vitamini içeren başlıca besinler ise balık, yumurta ve süttür. Ancak yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların bu oranlarda alamadıkları görülmektedir. Güngör'ün (2003) çalışmasında; menopoz döneminde olan 206 kadının %39.1'inin haftada 1-7 porsiyon, %34.5'inin haftada 8-14 porsiyon, %12.8'inin 15 ve daha fazla porsiyon süt-yoğurt ve peynir tükettiklerini, 4.6'sının ise hiç tüketmediklerini belirlemişlerdir.

Bazı kadınlar fitoöstrojen (bitkisel östrojenler) alımını artırdıkları zaman sıcak basmalarında, vajinal kurulukta ve diğer menopozal belirtilerinde rahatlama hisseder. Östrojen benzeri bazı özellikleri olan bu bileşikler, soya fasulyesi ürünlerinde (soya sütü, tofu-soya peyniri), tüm buğdaygiller ve bazı meyve ile sebzelerde bulunurlar. Osteoporoz, kalp hastalıkları ve meme kanseri üzerindeki etkileri de halen araştırılmakta olup, bu maddelerin günlük ne kadar alınacağı konusunda henüz görüş birliği yoktur. Nikander ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, soyanın sıcak basması yakınmasını azalttığı, ancak yüksek ve düşük oranlarda soya tüketimi arasında etkinlik açısından fark bulunmadığı saptanmıştır. Yapılan bir meta analiz çalışmasının sonucunda da, fitoöstrojen tedavisi ile vazomotor semptomların hafifletilmesi arasında ilişkinin kesin olarak kanıtlanmadığı saptanmıştır (Lethaby et al., 2007).

Vitamin A ve E içeren ve sebzelerden zengin, dengeli bir diyet ve bol su cildi besleyerek yumuşatır. Ayrıca cilt için uygun temizleyici ve nemlendiriciler ile düzenli bir bakım genç ve sağlıklı görünüm sağlamak mümkündür. Sağlıklı fiziksel görünüme sahip olmak, kadının ruh sağlığına da olumlu etki yapmaktadır. Bu nedenle menopoza karşı alınacak önlemlerin ilk sırasında sağlıklı ve dengeli beslenme yer almalıdır (Korugan, 2000).

Bir çalışmada yüksek sebze meyve tüketiminin kadınlarda kardiyovasküler hastalıklara karşı koruyucu olabileceği ve diyet önerilerinde daha fazla sebze meyve tüketiminin desteklenmesi tavsiye edilmiştir (Liu et al., 2000).

Dinç ve arkadaşları (2002) tarafından pre ve postmenopozal kadınlarda diyetin kemik mineral yoğunluğu üzerine etkilerini saptamak amacıyla gerçekleştirilen

çalışmada; olguların %25'inin sigara, %4.5'inin alkol kullandığı, verilen eğitim sonrası bu oranların, sigarada %18'e, alkolde ise %2'e indirildiği ve farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi olguların yedi günlük diyet kaydı yöntemiyle, tükettikleri besin türü ve miktarları elde edilmiş, eğitim sonrası aynı yöntemle tüketilen besin öğelerine tekrar bakıldığında; protein, yağ, kalsiyum, fosfor, çinko, vitamin C tüketimlerinin olumlu yönde düzeldiği saptanmıştır (Dinç ve ark., 2002).

### **2.2.2. Yaşam Biçimi**

Kadının yaşam biçimi, sosyal ilişkileri, hobileri ve egzersiz yapıyor olması gibi onu yaşama bağlayacak birçok uğraş, onun sağlıklı bir menopoza süreci ve yaşlılık dönemi geçirmesine yardım edebilir. Egzersiz, dolaşımı ve cilt beslenmesini olumlu yönde etkiler. Kadınların menopoza döneminde, işe yaramazlık duygusu yaşamalarının bir nedeni de sosyal yaşamdan uzak olmalarıdır. Bu anlamda boş zaman etkinlikleri onların olumsuz duygulardan arınmalarına katkı sağlayabilmektedir (Dilşen, 2000).

Sosyo-demografik özellikler, yaşam biçimi ve birlikte olan sağlık sorunları menopoza ilişkili semptomların önemli belirleyicileridir (Li et al., 2003).

Düzenli fiziksel aktivite kemik ve kasları kuvvetlendirir, denge, esneklik ve çevikliği de artıracığı için kemik kırılma riskini de engeller. Egzersiz kalp hastalıkları olasılığını azaltır. Kemik kaybını yavaşlatır, kadının kendine güveni artırır, stresi azaltır, ideal kiloyu korumada çok önemli rol oynar. Haftada üç kez fiziksel aktivitede bulunmak sağlık ve dış görünüş için yararlıdır. Bu aktiviteler menopoza dönemi sonrasında olası kalp ve kemik hastalıklarından korunmada etkilidir (Dilşen, 2000).

Kerrie ve arkadaşları (2001), menopoza dönemindeki kadınlara altı ay süre ile günlük 30 dakikalık orta şiddette yürüyüş egzersizi uygulatmışlar ve antrenman sonunda kadınların vücut ağırlıklarında 1.3 kg'lık anlamlı bir azalma tespit etmişlerdir. McCole ve arkadaşları (2003), menopoza dönemindeki sedanter bayanlar ile sporcuları karşılaştırdıklarında sporcuların yağ yüzdesini anlamlı derecede düşük olarak bulmuşlardır. Karacan ve Günay'ın (2003) yapmış oldukları çalışmada da; menopoza dönemindeki aktivesiz yaşama sahip olan kadınlarda, düzenli olarak yapılan aerobik

egzersizlerin kan lipid profilini ve vücut kompozisyonunu olumlu yönde değiştirerek kardiyovasküler sağlığı korumada etkili olduğu belirlenmiştir. Mirzaiinjmabadi ve arkadaşları tarafından (2006) Avustralya’da 45 ile 60 yaş arasındaki 1500 postmenopozal kadın üzerinde yapılan çalışmada ise menopoza özgü psikolojik semptomların egzersiz yapan kadınlarda yapmayanlara göre belirgin oranda daha az olduğunu saptanmıştır.

Etnik, sosyo-kültürel ve çevresel faktörler de yaşam biçimini şekillendirmekte, menopoz dönemi yakınmalarının ortaya çıkışını etkilemektedir (Malacara et al., 2002).

### **2.2.3. Sigara ve Alkol Kullanımı**

Menopoz döneminde sigara, alkol ve aşırı çay ile kahve tüketmemek gerekir. Bunların fazla kullanımından ortaya çıkacak uyku bozuklukları ve stresten de uzaklaşılmalıdır (Dilşen, 2000; Güngör, 2003).

Sigara ciltte yaşlanmayı ve özellikle ağız etrafındaki kırışıklıkları artırır. Sigara osteoporoza yakalanma riskinin artmasına neden olur. Sigara içenler ayrıca akciğer, ağız, gırtlak, serviks ve mesane kanserlerine, kardiyovasküler ve kronik akciğer hastalıklarına daha sıklıkla yakalanırlar (Linzmayr, 2001).

Sigara dumanındaki kimyasal maddeler üreme fonksiyonlarının azalmasına ve foliküler tükenmenin hızlanmasına neden olmaktadır. Sigara içenlerde menopoz, içmeyenlerden yaklaşık 2-4 yıl daha erken meydana gelmektedir. Günlük içilen sigara miktarının artması ve sigara içme süresinin uzaması da overlerdeki foliküllerin daha erken dönemde tükenmesini hızlandırmaktadır (Taşkın, 2009; Terzioğlu ve ark., 2008).

Whiteman ve arkadaşlarının (2003) çalışmasına göre sigara kullanmaya devam eden kadınların vazomotor yakınmalarının şiddeti ve sıklığı artmakta, sigaranın miktarı ile sıcak basması yakınmaları paralellik göstermektedir.

Fazla miktarda sigara içmek (günde 20 adetten fazla), çay ve kahve tüketmek (günde 4 bardak ve üstü) osteoporoz olasılığını artırdığı için önerilmemektedir (Bensen et al., 2005; Kaplan ve ark., 2005).

Çay, kahve ve alkol gibi içecekler uyarıcı etkileri ile menopozda yaşanan



sıkıntılardan biri olan ani sıcak basması olayını tetikleyebilmektedir. ay ve kahvenin, bazı eser elementlerin barsaklardan emilmesini engelledikleri bilinmektedir. Bazı çalışmalarda kahvedeki metilksantin isimli maddenin kanser olmayan meme kitleleri (fibrokistik meme) yaptığı bildirilmektedir. Kahve ve çay tüketimi uykusuzluğa da sebep olmaktadır (Altunbay, 2005; şahin, 2001).

“Iowa Kadın Sağlığı çalışmasında”, sadece günde bir bardak veya daha fazla alkol tüketen postmenopozal kadınlarda meme kanserine ilişkin artmış bir risk gözleendiği belirtilmiştir (Brett & Cooper, 2003). Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda da; alkol kullanımının geç menopozu neden olduğu bildirilmiştir (ağlayan, 2004; Erdem 2006; Güney, 2006).

#### **2.2.4. Hastalıklar**

Kanser tedavisi görmüş, kimyasal tedavi uygulanmış, diyabet, tiroidle ilgili hastalıklar geçiren, kromozomlarla ilgili bozukluklara sahip olan, infertilite tedavisi alan, virüslerin yol açtığı enfeksiyon geçiren kadınların, erken menopozu girme ihtimalleri artmaktadır. Kabakulak gibi bulaşmalar geçiren kadınlarda overial enfeksiyon görülebilmekte, over tahribatı nedeniyle erken menopozu yol açma riskini artırmaktadır (Eker, 2000).

Ooferektomi (overlerin çıkarılması) operasyonu geçiren 40 ve 50 yaş üstü kadınlara ayrı ve uygun tedavilerin uygulanması gerektiği bulgular arasındadır (Güngör, 2003; Linzmayer, 2001).

Howard ve arkadaşları (2006), 474 postmenopozal kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada, sağlık sorunları olan kadınların sağlıklı kadınlara göre menopoz yakınmalarını çok daha belirgin bir şekilde yaşadıklarını bildirmişlerdir.

### **2.3. MENOPOZDA GÖRÜLEN DEğİŞİKLİKLER**

Menopoz dönemi kadınların ovarian fonksiyonlarının sona ermesiyle birlikte bazı endokrinolojik ve vazomotor semptomlarla karakterize bir dönemdir (Erdem, 2006).

## **2.3.1. Kısa Süreli Değişiklikler**

### **2.3.1.1. Vazomotor Değişiklikler**

Menopozda vazodilatasyon ve vazokontrüksiyon şeklindeki değişiklikleri kadınlar “sıcak basması” ve “gece terlemesi” şeklinde yaşarlar (Erel, 2004; Şen, 2005; Steams et al., 2002). Menopozun erken döneminde başlayan sıcak basmaları; sıklık, süre ve yoğunluk açısından bireylere göre farklılıklar göstermekle birlikte kendiliğinden sonlanmaktadır. Sıcak basması, yüzde, boyunda ve göğüste ani başlayan ısı artımı, kızarıklık ve terleme ve taşikardi şeklindedir (Durmuşoğlu ve ark., 2000).

Genellikle 30 saniye ile 5 dakika arasında süren sıcak basması, günde 1-2 ataktan 50 atağa kadar çıkabilen sıklıkta olabilir Sıcak basmasını takiben sıcaklığın düşmesi ve terleme ile sonuçlanır. Cilt ısısı ortalama olarak 0.1-0.7 derece, kalp atımı ise 4-35 atım artmaktadır. Kızarıklık vücudun üst kısmına yayıldıktan sonra diğer vücut bölgelerine de yayılır. Kızarıklık sırasında fiziksel rahatsızlık duyulur. Deride renk değişikliğine yol açar. Çoğu kadın bu durumdan rahatsızlık duyar. Damarlardaki daralmayı, damarlardaki genişleme izler ve böylece sıcak basmasının arkasından üşüme takip eder. Aynı olay gece uykuda da olur. Sıcak basması izlemi sırasında seri kan örneklerinin alınması, LH düzeyi ile ateş basması arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Her ısı artışında LH’ın yükseldiği bildirilmektedir (Erel, 2004; Güney, 2006; Özkan, 2006; Şen, 2005).

Sıcak basması, menopoz dönemindeki kadınların %70-75’inde görülür, %50’sinde beş yıldan uzun sürebilir, hatta kadınların %25’inde sıcak basmaları daha uzun süre de devam edebilir. Vazomotor semptomlar hipotalamik santral termoregülasyonun bozulması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Yüksek beden kitle indeksi, sigara kullanımı, depresyon ve premenstrüel semptomları olanlarda vazomotor semptomlar daha sık görülür. Düşük estradiol ve yüksek FSH seviyeleri vazomotor ve seksüel semptomlarla ilişkilidir (Elder et al., 2004; Ford et al, 2005; Soules et al., 2001).

Kadının psikolojik yapısı ve hormon düzeyi sıcak basmalarının şiddetine ve sıklığına çok etkilidir. Ani hormon eksilmeleri olan durumlarda olay çok daha şiddetlidir. Bu olay özellikle ooferektomi ameliyatı olan kadınlarda kendini çok belirgin

gösterir. Sıcak basması tek başına olan bir belirti değildir. Çarpıntı, boğulma hissi, terleme, ciltte uyuşukluk, huzursuzluk ve benzeri ek hislerde duyulur (Şen, 2005).

Menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve rahatsız eden semptom vazomotor semptomlar olmakla birlikte, toplumlar arasındaki prevalansı farklılık göstermektedir (Güngör, 2003). Vazomotor semptomların sıklığı, şiddeti ve süresi toplumun kültürü ve menopoza karşı tutumu ile yakın bir ilişki içinde olduğu belirtilmektedir (Erdem, 2006). Peeyananjarassri ve arkadaşları (2006) tarafından, 45-65 yaş arası 270 kadın üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, en sık yaşanan menopozal yakınmalar sıcak basması, gece terlemesi olarak belirlenmiştir Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, sıcak basması %72.7-80.4, gece terlemesi %70.1-78.2 oranında görülmektedir (Arıkan, 2005; Biri ve ark., 2004; Erdem, 2006; Oğurlu,2008; Saka ve ark., 2005; Tortumluoğlu, 2003). Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında da; sıcak basması %15.1-80, gece terlemesi %8.2-70.9 oranında görülmektedir (Chung & Tang 2006; Cheng et al., 2008; Dog, 2001, Fuh 2001; Kravitz et al., 2003; Lai et al., 2006; Pan et al., 2002; Shin et al., 2005).

### **2.3.1.2. Emosyonel Değişiklikler**

Depresyon tüm yaş gruplarında kadınlardan daha sık görülmekle birlikte menopoz döneminin duygudurum değişiklikleriyle direkt ilişkisi konusunda yeterli kanıt yoktur. Menopoz direkt olarak depresyona yol açmamakla birlikte önceden depresyonu veya panik atak tanısı olan kadınlarda vazomotor semptomların ortaya çıkışı depresyonun alevlenmesine neden olabilir. Bazı çalışmalarda da menopoz döneminde ortaya çıkan değişikliklerin ve ovarian hormonların, özellikle de östradiolün azalmasının direkt olarak depresyon gelişmesine neden olabildiği belirtilmiştir (Elder et al., 2004; Marcus et al.,2005).

Hunter (1995), konuyla ilgili yapılan çalışmalara dayanarak, depresyonda esas öngörücünün psikososyal etmenler olduğuna dikkat çekmektedir. Daha önce depresyon geçirmiş olma, sosyoekonomik durum, stresli yaşam olayları ve menopoza ilişkin olumsuz inanışlar söz konusu etmenlerin başlıcalarıdır. Toplumsal değerler de ruhsal belirtilerde etkili olabilmektedir. Örneğin, geleneksel toplumlarda ilerleyen yaşla

birlikte kadının statüsü güçlü bir duruma gelirken sanayileşmiş toplumlarda gençliğe ve güzelliğe verilen önem menopoz dönemini kadın için daha zor hale getirebilmektedir. Dolayısıyla, menopozla ilişkili ruhsal belirti yaygınlığı kültürler arasında farklılık gösterebilir (Cohen, 2005; Fredman et al., 2005).

Menopozda östrojenin azalmasına bağlı olarak görülen diğer bir semptom da anksiyedir (Cohen, 2005). Ancak bu konudaki çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Rocca ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir izlem çalışmasında bilateral ooforektomi ile menopoza girenler kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında ilk 10 yıl boyunca anksiyete skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde kadınların menopozla ilgili duygu ve düşüncelerini tanımlamak amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada kadınların %85.7'sinin menopozu ruhsal sıkıntı yaratan bir olay olarak tanımladıkları ve %65.7'sinin sinirlik yaptığını ifade ettikleri saptanmıştır (Seyisoğlu, 2000).

Menopoz dönemi ve anksiyete arasında herhangi bir ilişki olmadığı yönünde veriler de bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda depresyon ve anksiyete belirti şiddetini değerlendiren benzer iki çalışmada, depresif belirtilerin menopoz sonrası dönemde bulunan kadınlarda halen menstruasyon olan kadınlara oranla daha yaygın olduğu bildirilirken, iki grup arasında anksiyete düzeyleri yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır (Bezircioğlu, 2004; Sağsöz ve ark., 2001).

### 2.3.1.3. Ürogenital Sistem Değişiklikleri

Üretra, vajina ve mesanede östrojen etkilerinin azalmasıyla ürogenital sistemde belirgin fonksiyon bozukluğu gözlenir. Dizüri, sık idrara çıkma, üriner inkontinans ve üriner sistem infeksiyonları östrojen eksikliği nedeniyle bu yaş grubunda sık görülmekte ve yaş ilerledikçe de sıklığı artmaktadır (Elder et al., 2004).

Postmenopozal yaş grubundaki kadınların yaşadıkları bir başka sorun da disparoni ve libido azalmasına bağlı gelişen cinsel işlev bozukluğudur. Östrojen ve androjen eksikliği vajinal dokuda incelmeye ve lubrikasyon (vajinal ıslanma) azalmasına neden olarak disporaniye yol açar. Ayrıca ilişki sırasında üretra ve mesanede irritasyon gelişebilir. Tekrarlayan sistit ve üretrit ile sonuçlanabilir. Seksüel fonksiyonun menopozdaki değişimi ile ilgili yapılan çalışmalarda östrojen, androjen ve dehidroepiandrosteron sülfat azalmasından çok yükselen FSH düzeylerinin seksüel fonksiyon azalmasıyla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Michigan “Ulusal Kadın Sağlığı Çalışması (The Study of Women Across the Nation-SWAN)”, “Melbourne Orta Yaş Kadın Sağlığı Programı (Melbourne Women’s Midlife Health Program-MWMHP)” ve “Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması’nda (Massachusetts Women’s Health Study-MWHS)” testosteron ve yüksek FSH seviyelerinin cinsel isteksizliğe, düşük östradiol seviyelerinin ağrıya neden olduğu belirtilmiştir (Avis et al., 2005; Elder et al., 2004; Sowers, 2009).

Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde; cinsel fonksiyon bozukluğu oranı %29.6-68.9 arasında değişmektedir (Elnashar et al., 2007; Hardip, 2005; Korda et al., 2006; Safarinejad, 2006; Shin et al., 2005; Sidi et al.; 2007; Wilson, 2006).

Birçok çalışmada sigara kullanımı, evlilik süresi, geçirilmiş pelvik operasyonlar ve kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisi olmadığı; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, çalışmama, kronik hastalık öyküsü, eşin sağlık durumu, çok sayıda doğum varlığı ve menopozun kadınlarda cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği bildirilirken (Cayan et al., 2004; Hardip, 2005; Lewis et al., 2004; Shin et al., 2005); başka bir araştırma da ise seksüel fonksiyon bozukluğu için risk faktörlerin arasında en önemli faktör yaş, sigara, medeni durum, menopoz ve diyet ile cinsel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Oksuz ve Malhan, 2006).

Postmenopozal dönemde östrojen etkisinin azalması nedeniyle görülen atrofik

vajinit ve atrofik üretrit de üriner inkontinansa yol açmaktadır. Üriner inkontinans; kişilerin ve ailelerinin psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik refahını etkileyen yaygın bir sorundur (Filiz ve ark., 2006, Melville et al., 2005; Quinn & Domoney, 2009). Türkiye’de kadınlardaki üriner inkontinans prevalansı %20-25 (Özerdoğan et al., 2004) arasında rapor edilmiştir. Dünyada ise rapor edilen menopoz sonrası kadınlardaki üriner inkontinans prevalansı %32-73 arasında değişmektedir (Buchsbaum et al., 2002). Üriner inkontinans ile ilgili risk faktörleri yaş, menopoz, parite, obezite, vajinal doğum ve geçirilmiş histerektomidir (Minassian et al.,2008). Üriner inkontinans kadın yaşamını tehdit etmemesine rağmen kişinin aile içi ve sosyal yaşantısını fiziksel ve psikolojik yönden önemli derecede etkileyen bir problem olması sebebiyle dikkatle ele alınmalı ve değerlendirilmelidir (Özerdoğan et al., 2004)

Bunların yanısıra vulvovajinal atrofi pek çok postmenopozal kadını etkilemekte ve yaşam kalitesini bozmaktadır (Elder et al, 2004; Ibe & Simon, 2010). Pruritus (kaşıntı), östrojen tedavisi ile giderilebilir. Ancak vulva distrofilerinde (normal olmayan gelişim) de pruritus bir belirtidir. Bu nedenle distrofi ile basit atrofının ayırt edilmesi gerekir. Çünkü vulva distrofillerinin %5’inde ilk muayenede karsinomaya rastlanır veya üzerinde karsinoma gelişme riski vardır (Şen, 2005).

#### **2.3.1.4. Saç ve Derideki Değişiklikler**

Kadınlarda sekonder seks karakterlerinden sorumlu başlıca steroid olan östrojen vücutta tüm major organ sistemlerinin fonksiyonlarını etkiler. Deri, östrojenin etkili olduğu üreme sistemi dışında yer alan en büyük organdır (Erdem, 2006). Östrojen kaybının deri üzerine etkileri; kırıxıklık, kuruluk, atrofi, laksite, yara iyileşmesinde gecikme, sıcak basmaları ve vulvar atrofidir. Östrojen replasmanı ile bu etkilerin bir kısmını hafifletebilir (Erdem, 2006; Özkan, 2006).

Menopozun başlaması ile deride hücresel düzeyde değişiklikler meydana gelir. Deride genel bir incelme ve elastikiyet kaybı vardır. Özellikle yüz, boyun ve ellerde görünüm tipiktir. Ağız ve göz etrafında karakteristik değişiklikler olur. El üstündeki değişiklik kolayca fark edilir. Deride epidermis incelir ve yaşlanmayla birlikte bazal tabaka inaktif hale gelir. Deri altındaki venler detaylı bir şekilde belirginleşir. Ayrıca

ciltte hiperpigmentasyon, depigmentasyon da sıkça rastlanan belirtiler arasındadır. Dış görünümdeki bu değişiklik kazı kadınlar için orta yaş stresine neden olan faktörlerden biridir (Bilgin, 2000; Özkan, 2006; Şen, 2005).

Deride oluşan hücresel düzeydeki değişiklikler, elastik konnektif dokuların hücre bölmelerinde yavaşlama, hücrelerin atrofiye uğraması, hücrelerin dejenere olması ve doku onarımındaki azalmadır. Menopozdan sonraki ilk beş yıl içinde deri kollajenin kaybı %30'dur. Sonraki 20 yıl boyunca her postmenopozal yıl için ortalama %2.1'lik bir azalma gözlenir. Postmenopozal dönemdeki kadınlarda ise yüz derilerindeki incelmenin, elastikiyet kaybının ve kollajen dokudaki azalmanın yavaşladığı görülmektedir (Elder et al., 2004; Erdem, 2006; Sowers, 2009).

Menopozun ikinci yarısında deri duyarlılığında yılda %1.1 artış, viskositesinde yılda %1.3 artış ve elastikiyetinde %1.5 azalma olduğu görülür. Östrojen seviyesinin azalması ve adrenokortikal aktivitenin artması ile çene, dudak üstü, göğüs ve karında kalın tüylerin çıkmasına eğilim artmakta, buna karşılık saçlar, koltuk altı ve pubis kılları seyrekleşmektedir (Erdem, 2006; Özkan, 2006).

### **2.3.1.5. Sindirim Sistemi Değişiklikleri**

Östrojenin azalması, ağız kuruluğu, kötü tat ve diş eti hastalıklarına yol açabilir. Ayrıca kolon spazmı ile birlikte distansiyon, konstipasyon ya da diyare, hemoroidde artış ve iştahta artma görülebilir (Erdem, 2006; Evlice ve ark., 2002; Varma ve ark., 2005).

### **2.3.1.6. Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri**

Östrojen hormonu birçok organ ve dokunun gelişiminde rol oynadığı gibi santral sinir sisteminin organizasyonu ve gelişiminde de kalıcı etkilere sahiptir. Otoradyolojik çalışmalar ile hipofiz, hipotalamus, limbik ön beyin ve serebral korteksin bazı lokalizasyonlarında östrojen özel nükleer reseptörlerinin varlığı ortaya konmuştur. Östrojenler beyin biyokimyasını, serotonin dahil bir çok nörotransmitter aminlerin konsantrasyonlarını değiştirerek etkilemektedir. Menopoz döneminde östrojenin azalması ile birlikte beyin hücre sayısında azalma, kısa süreli hafıza kayıpları, görme,

tat alma, duyma, koku duyularında zayıflama görülür. Östrojenin uyarıcı etkisine karşın progesteronun kuvvetli anestezi etkisi vardır (Özkan, 2006).

### **2.3.1.7. Cinsel Yaşam**

Kadın cinselliği anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan multifaktöryel bir durumdur (Demirezen ve ark., 2006). Bireyin yaşantısının biyolojik, psikolojik, kişilerarası ve davranışsal olarak önemli bir yönü olan cinsellik; yaşa, cinsiyete, kişisel tutumlara, örf ve adetlere dayanarak her birey tarafından farklı şekilde tanımlanmaktadır (Can, 2004). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, biyolojik, psikolojik, tıbbi, kişisel ve sosyal yönleri olan çok yönlü bir durum olarak ele alınmaktadır (Salonia et al., 2004).

Menopoz döneminde seksüel ilginin azalmasına sebep olan hormonal ve biyolojik değişimler, aslında kadının menopoz dönemini seksüel açıdan nasıl gördüğü ile de ilgilidir. Seksüel yaşamı doğurganlıkla anlamlandıran kadınlar için bu dönem cinsel yaşamın anlamını yitirmesine ve ilgi azlığına neden olabilmektedir. Hormon seviyelerinin azalmasının yanı sıra, başka nedenlerle alınan ilaçlar, eşler arasında cinsel ilişkide zorluklara; uzun süreli ruhsal sıkıntılar da kadının cinsel ilgisinin azalmasına sebep olabilir. Postmenopozal dönemde kadınların, menopoz yaşına uyumlu bir şekilde cinsel ilgileri azalmaktadır. Cinsel üretkenliği üzerinde fazlaca anlam yükleyen kadınların, menopoz evresinden geçişi daha güç olmaktadır. Menopozun anlamı bireyin kişilik yapısına, eğitim düzeyine, sürdürdüğü yaşam biçimine, anne olup olmamasına ve geleceğe yönelik tasarılarına göre değişebilir. Oysa çocuk doğurma kadının yaşamının, evliliğinin, üretkenliğinin sadece bir parçasıdır (Cohen, 2005; Seyisoğlu, 2000).

Menopozla birlikte östrojen miktarının azalması kadının sekonder seks karakterlerinde gerilemeye yol açar. Memelerde küçülme, vulva ve vajende atrofi, vajinanın salgılarında azalma ve bunun sonucunda vajinada kuruluk olur. Östrojen eksikliğinin mesane ve üretra mukozasında da atrofiye, pelvisin tabanını oluşturan kaslarda tonus azalmasına, deride kollajen kaybına ve incelmeye yol açar (Billurcu, 2008). Vajinal kuruluğa giderecek basit kaydırıcı jel, hormon tedavisi veya başka medikal tedaviler sorunu çözmektedir. Hormon replasman tedavisi ile kadınların %90'ı



menopoz öncesi dönemdeki cinsel isteğini geri kazanmaktadırlar. Hormon tedavisi vajinadaki kuruluğu gidermekte, vajina duvarının güçlenmesini sağlayan egzersizler ve kayganlaştırıcı kremlerde cinsel ilişki sırasındaki yakınmaları azaltmaktadır (Northrup, 2005).

Postmenopozal kadınlarda, yaşlanma ve doğurganlıklarının kaybolması ile psikolojik semptomlar ortaya çıkabilir. Danacı ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir çalışmada cinsiyet hormonları (FSH, LH) düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeylerin ölçen psikometrik testlerden alınan puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

## **2.3.2. Uzun Süreli Değişiklikler**

### **2.3.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişikleri**

Kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda daha az görülmesine karşın, her iki cinsiyette de en sık görülen ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Menopozda kadınlar artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle karşı karşıyadır. Koroner hastalık sonucu oluşan belirtiler östrojenin azalması sonucunda menopozdaki kadında değişik şekilde ortaya çıkar. Bu belirtiler iskeminin oluşturduğu belirtilerdir ve aritmi, ağrı, çarpıntı şeklinde görülür. Menopoz öncesi kadınlarda, aynı yaştaki erkeklere oranla 2.5-4.5 kat daha az kardiyovasküler hastalık riskine sahip olmakla birlikte, 55 yaşını aşmış bir kadında koroner damar hastalığı görülme sıklığı, 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artış gösterir (Hekim, 2001; Kim et al., 2003; Seyisoğlu, 2001).

Kadınlarda ortalama yüksek dansiteli lipoprotein (High Density Lipoprotein-HDL)-kolesterol seviyesi 55-60 mg/dl olup, erkeklerden ortalama 10 mg/dl daha yüksektir. Bu fark menopozal yıllar boyunca da devam etmektedir. Total kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein (Low Density Lipoprotein-LDL) seviyeleri premenopozal kadınlarda erkeklerden daha düşüktür ve yaşlanmayla kademeli olarak artar. Menopozla birlikte hızla yükselir. Menopozdan sonra 60 yaş dolaylarında aterojenik lipid seviyeleri erkektekinden yüksek hale geldiğinde kadınlardaki koroner hastalık riski ikiye katlanır. Bu değişiklikler diyetteki değişikliklerle azaltılabilir. Menopozdaki bu lipid değişiklikleri östrojen tedavisiyle geri döndürülebilir (Güngör, 2003; Shaw et al., 2006).

Gordon ve Speroff (2003) tarafından doğal ve cerrahi menopoza serum lipid ve lipoprotein düzeylerinin araştırıldığı çalışmada; doğal menopoza girenlerin cerrahi menopoza girenlere göre HDL kolesterol seviyesinin düşük ve LDL kolesterol seviyesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir

Östrojen eksikliği yanında daha birçok faktör, postmenopozal dönemde kadının kardiyovasküler riskini belirler. Kardiyovasküler hastalıklar yönünden bazı kadınlar ilave riskler taşımaktadır. Bunlar arasında ileri yaş, prematür menopoz, hipertansiyon, lipid yükseklikleri, sigara kullanımı, obezite, diyabet, 60 yaşından önce annede ya da kız kardeşte veya 50 yaşından önce babada koroner arter hastalığı bulunması ve ırk faktörü bulunmaktadır. Menopoz sonrası kadınlarda kardiyovasküler hastalık sıklığında artma ile birlikte dikkati çeken bir diğer özellik ise kardiyovasküler komplikasyonlardır. Kadınlarda bu komplikasyonlar daha dramatik seyreder (Güngör, 2003).

Postmenopozal semptomları ortadan kaldırmada HRT'nin etkinliği değerlendirilmektedir. Son 10 yıla kadar olan gözlemsel çalışmaların ışığı altında postmenopozal HRT'nin kadını kardiyovasküler olaylardan da koruduğu düşünülmektedir. Wagner ve arkadaşlarının (2002) maymunlar üzerinde yaptığı bir çalışmada östrojenin kardiyoprotektif olduğu bulunmuş, HRT kullanan kadınlarda yapılan gözlemsel çalışmalarda koroner arter hastalığı riskinin %35-50 oranlarında azaldığı saptanmıştır (Wagner et al., 2002; Varas ve ark., 2000). Yakın zamanda yapılan randomize çalışmalarda ise HRT'nin gerek birincil gerekse ikincil korumada kardiyak yönden klinik yararının olmadığını göstererek gözlemsel çalışma verilerini doğrulamamış ve HRT kullanımını ile ilgili karmaşalara neden olmuştur (Manson et al., 2003; Shaw et al., 2006).

### **2.3.2.2. Kas ve İskelet Sistemi Değişikleri**

En yüksek kemik kitlesinin elde edildiği 25-30 yaşlardan sonra kemik kitlesi kayıpları başlar. Düşük östrojen düzeylerine bağlı kayıp menopoz dönemi boyunca da devam eder. Bir kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'inin menopoz sonrası dönemde meydana geldiği belirtilmektedir. Özellikle postmenopozal dönemin ilk 15-20 yılı içerisinde total vücut kemik kitlesinin yaklaşık %30 oranında azaldığı, bu kaybın %52-66 kadarının östrojen eksikliğine, geri kalanının ise

yaşlanmaya bağlı olarak meydana geldiği bildirilmektedir (Tuna, 2005). Daha sonra ise postmenopozal kırıklar görülmeye başlamaktadır (Erdem, 2006; Dilşen, 2000; Garcia-Perez et al., 2004).

Osteoporoz; düşük kemik kütlesi ve kemik mikro mimarisinde bozulma ve buna bağlı olarak kemiklerde kırılabilirliğin artması, genellikle omurga, radius ve kalçada olmak üzere fraktür riskinin yükselmesi ile tanımlanan bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Günümüzde dünya nüfusunun yaş ortalamasının gittikçe artıyor olması, osteoporozun görülme sıklığını da artırmaktadır (Erdem, 2006). Bununda gelecekte, toplumlar üzerinde ekonomik bir yük oluşturması beklenmektedir (Özgürtaş ve ark., 2000; Hvas, 2006).

Kemik dokusundaki kayıpların önemli bir miktarı menopoz başlamasından sonraki ilk 10 yılda görülür ve bu kayıp artarak devam eder (Özgürtaş ve ark., 2000; Chesnut & Rosen, 2001). Osteoporozda ilk belirti genellikle vertebral kemiklerdeki çökme sonucu ortaya çıkan boy kısalmasıdır. Erken belirtilerden bir diğeri de özellikle sırtın alt kısmında görülen sırt ağrısıdır. Kayıpların devam etmesiyle birlikte menopozun ileri dönemlerinde kemikte kırıklar oluşmaya başlar (Edwards et al., 2006). İlk kırıklar, genellikle stroke-lomber vertebralarda spontan çökme kırığı şeklinde görülür. Hafif bir yük kaldırma sonucu ani başlayan sırt ve bel ağrısı ile kendini belli eder (Bediz, 2003).

Osteoporozun mortalite ve morbiditesinin en büyük sorumlusu ise kalça kırıklarıdır (Bediz, 2003). Özellikle kalça kırıklarının bakım ve tedavi maliyetinin diğer kırıklara oranla daha yüksek olmasına rağmen, bütün kırıklar hastane bakımı ve cerrahi tedavi gerektirmektedir. Bu durum hastaların hastanede kalma süresini etkilemektedir. Hastaların ortalama olarak 30 gün hastanede kaldığı bildirilmektedir (Uslu, 2004). Osteoporozla ilgili yaralanmalar sonucu uzun süre hastane bakımı, hareket kabiliyetinde azalma, yaşam kalitesinde azalma görülmekte ve tüm bunlara bağlı depresyona girme sıklığı da artmaktadır. ABD’de sadece tıbbi tedavi için yapılan yıllık harcamaların 13 milyar doların üzerinde olduğu bildirilmektedir (Özcebe & Üstünsöz, 2001; Özgürtaş ve ark., 2000).

Menopozla birlikte, kemik kaybı hızlanmakta ve aynı yaştaki erkeklere göre kadınlarda %10-15 daha düşük kemik yoğunluğu saptanmaktadır. Bu yaş dönemindeki

kemik yoğunluğu değişimleri, kemik kütlesinin gonadal hormonlarla ilişkisinin olabileceğini düşündürmektedir (Uslu, 2004). Woods ve Mitchell (2005) Afrikalı ve Amerikalı kadınlarda osteoporozla yönelik risk faktörlerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınlarda geçirilmiş oofektomi ameliyatının osteoporoz riskini arttırdığı saptanmıştır.

Günümüzde östrojen tedavisi, menopoz sonrası kadınlarda osteoporozdan korunmada etkili bir tedavi olarak görülmektedir. Kadın Sağlığı Girişimi (Women Health Initiative -WHI) çalışması, HRT'nin kalça ve vertebra kırık risklerini anlamlı düzeyde azalttığını bildiren ilk klinik çalışmadır (Rossouw et al., 2002). Fakat WHI çalışmasının aynı zamanda, dört yıldan daha uzun süre HRT kullanımının meme kanseri ve kardiyak risk artışına neden olduğunu saptaması üzerine, HRT'nin bugün için sadece çok şiddetli menopoz yakınmaları olan kadınlarda ve mümkün olan en kısa süre kullanımı önerilmektedir (Rossouw et al., 2002).

### **2.3.2.3. Uyku Düzeni**

Uyku, sağlıklı yaşamın en önemli fizyolojik gereksinimlerinden birisi olması nedeniyle, sağlığın önemli bir değişkenidir (Karadağ, 2007). Menopozal dönemde görülen uyku güçlüğü, gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir. Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku güçlüğü prevalansı %14-53 arasında değişmektedir (Cheng et al., 2008; Chung & Tang, 2006; Kravitz et al., 2003; Lai et al., 2006; Shin, 2005). Timur ve Şahin'in (2009) Malatya'da menopozal dönemdeki 887 kadın üzerinde yaptığı çalışmada uyku güçlüğü prevalansı %54 bulunmuştur.

Gece oluşan yakınmalar kadında uykusuzluğa neden olabilmektedir. Düzenli ve yoğun şekilde sıcak basması olan kadınların %81'inden daha fazlasında kronik uyku güçlüğü semptomunun olduğu saptanmıştır (Freedman, 2006; Hot, 2006). Hollanda'da 10598 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, uyku güçlüğü ile sıcak basması arasında, yaş etkeninin kontrolünden sonra güçlü bir ilişki bulunmuştur (Moe, 2004; Regestein, 2006).

Vazomotor semptomların ve hormon düzeylerindeki özellikle de FSH'daki değişikliklerin uyku sorunlarını tetikleyebileceği düşünülmektedir (NCAM, 2005).

Dzaja ve arkadaşları (2005) semptomatik menopozal kadınların %68-85'inde vazomotor semptomlar, %51-77'sinde ise uyku bozuklukları tespit etmişlerdir. Başka bir çalışmada ise hormon replasmanı alan kadınlarda uyku bozukluklarının iki kat daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Uyku bozukluğu yaşam kalitesini ve çalışma performansını etkileyen bir durum olduğu için üzerinde durulması gereken bir konudur. Uzamış uyku bozuklukları anksiyete ve duyu durum bozukluklarına da zemin hazırlayabilmektedir. Postmenopozal dönemde görülen uyku bozukluğu kadınlarda sadece menopoza bağlanmamalı diğer uyku bozukluğu sebepleri de göz önünde tutulmalıdır (Sowers, 2009).

Uyku kalitesinin algılanışı menopozdaki sağlıklı kadınlarla karşılaştırıldığında, depresyonlu olanlarda farklılık göstermektedir ve uyku esnasında olan sıcak basmalarının şiddetinin daha fazla olduğunu bildirilmektedir (Parry et al., 2006).

Ayrıca östrojen ve progesteronun serumda düşük olmasının, üst hava yollarındaki dilatör kas motor aktivitesini azaltarak uyku apnesinde rolü olduğu düşünülmektedir. Uyku apnesinin en belirgin özelliklerinden biri horlamadır. Bu nedenle postmenopozal kadınlarda horlama daha fazla görülmektedir. Kripke ve arkadaşlarının (2001) postmenopozal kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada da katılımcıların %57'sinin horlama yakınması olduğunu saptamıştır.

Kim ve Lee (2005) tarafından histerektomi ameliyatı sonrası görülen şikayetleri saptamaya yönelik, gerçekleştirilen çalışmada; ağrı, yorgunluk, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları sık rastlanan yakınmalar olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların TAH+BSO ameliyatı sonrası başlayan cerrahi menopoz sürecinde uyku süresinin ve kalitesinin azaldığı, bu durumun da kadını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilediği saptanmıştır.

## 2.4. MENOPOZDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

### 2.4.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Menopozla birlikte olan hipoöstrojenizm, postmenopozal semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Menopozal semptomların tedavisinde, yalnız östrojen veya östrojen progesteron kombinasyonları tüm dünyada 1990'lı yıllardan bu yana kullanılmaktadır (Nelson, 2004). ABD'de menopoz sonrası 50-75 yaşlarında olan kadınların yaklaşık %38'i postmenopozal dönemde HRT'yi ya devamlı kullanmakta veya belli bir süre kullanmış durumda olup bu oran giderek artmaktadır (Erdem 2006; Nelson, 2003) ABD'de menopoz dönemindeki kadınların %20'sinin HRT aldığı ve HRT alanların ancak %40'ının bir yıldan daha uzun süre tedaviye devam ettikleri bildirilmiştir. HRT kullanımının Norveç'te %28, Avustralya'da %26 ve Japonya'da %2.5 olduğu bildirilmektedir (Güngör, 2003; Thunell et al., 2004). HRT kullanımının yaygınlaşması, potansiyel yarar ve yan etkilerini tartışmaya açmıştır (Erdem, 2006; Goshman, 2001; Nelson, 2004).

HRT'ye başlanmasının ana nedenleri olarak; menopoz semptomlarının rahatlatılması, osteoporozun önlenmesi ve tedavi edilmesi, kalp damar hastalığının morbidite ve mortalitenin önlenmesi, LDL kolesterolde azalma, kalın bağırsak kanseri riskini azaltması, ürogenital sistemde östrojen eksikliği sonucu oluşan atrofik semptomların giderilmesi, uzun dönemde alzheimer hastalığının önlenmesi olarak belirtilmiştir (Güngör, 2003; Özşener, 2005).

Menopozal dönemdeki kadınların %75'i vazomotor semptomlar yaşamasına rağmen, bu kadınların yalnızca yarısı rahatsızlık duymaktadır. Kadınların yaklaşık %20'sinde vazomotor sıkıntılar bir yıldan az sürerken, % 50'sinde beş yıl ve daha uzun süre vazomotor şikayetleri yaşamaktadır. Geleneksel östrojen tedavisi, kadınların %90'ında vazomotor semptomların kontrolünde etkili olabilmektedir (Erdem, 2006). Ülkemizde Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği'nin raporuna göre; vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları ve genito-üriner atrofi için günümüzde halen hormon tedavisi en etkin seçenek olarak görülmektedir (Erel, 2004).

Bazı çalışmalarda hormon replasman tedavisinin kardiyovasküler hastalıkların görülme oranını %50 oranında azalttığı bildirilse de, WHI çalışma sonuçları östrojen

kullanımının kardiyovasküler hastalıklar üzerine bir etkisinin olmadığını belirtmektedir (Erdem, 2006; Öge, 2004; Nanette, 2005; Thorp et al., 2001).

### **Hormon Tedavisinin Kontrendikasyonları**

HRT kullanımının kontrendike olduğu durumlar kesin ve göreceli olarak ikiye ayrılmaktadır. Bunlar:

#### **Hormon Tedavisinin Kesin Kontrendikasyonları:**

- Gebelik,
- Ciddi karaciğer hastalığı,
- Endometrium kanseri,
- Meme kanseri,
- Östrojene bağımlı tümör varlığı (Kuliyeva, 2007).

#### **Hormon Tedavisinin Göreceli Kontrendikasyonları:**

- Endometriozis,
- Tromboembolizm öyküsü,
- Ateroskleroz,
- Diyabetes mellitus,
- Hipertansiyon,
- Melanoma (Kuliyeva, 2007).

### **Postmenopozal Hormon Tedavisinde Kullanılan İlaçlar**

#### **Östrojenler:**

Günümüzde postmenopozal replasman tedavisi amacıyla kullanılan başlıca östrojenler:

### **Doğal ve Doğala Yakın Östrojenler:**

- 17-Beta östradiol,
- Mikronize östradiol,
- Östradiol valerat,
- Östradiol,
- Konjuge östrojenler,
- Konjuge equine östrojen (Kızıltepe, 2006).

### **Sentetik Östrojenler:**

- Dietilstilbestrol
- Etinil östradiol (Kızıltepe, 2006).

Etki ve metabolizma farklılıkları olduğu için, östrojenler ayrıca veriliş yoluna göre de sınıflanır. Daha sık kullanılan bu sınıflamaya göre östrojenler iki ana grup altında incelenir. Bunlar:

- Oral östrojenler,
- Parenteral östrojenler.
  - Transdermal östrojenler,
  - Perkütanöz östrojenler,
  - Transvajinal östrojenler,
  - İmplantlar,
  - Enjektabl östrojenler,
  - İntranazal spreyler ve dilaltı östrojenler (Kuliyeva, 2007).



## Oral Östrojenler

Östradiol oral alındıktan sonra barsak ve karaciğerde 17B-OH dehidrogenaz ile östron ve östron sülfata yıkılır. Oral alımı sonrası uzun süre etkisini devam ettirebilmesi için esterleri veya kristalize hali kullanılır. Oral kullanılan östradiol esteri, östradiol valerattır. Tedavi dozu 2 mg/gündür. Bağırsaklardan emildikten sonra östron ve östradiol glukuronid'e dönüştürülerek önce portal yolla karaciğere gelirler ve buradaki konsantrasyonları, dolaşımdaki periferik konsantrasyonlarının yaklaşık 5 katına ulaşır. Oysa üreme döneminde overler ve yağ dokusu tarafından sentezlenen östrojenler karaciğere uğramadan önce dolaşıma katılarak öncelikle hedef hücre ve spesifik reseptörler üzerinde etkili olurlar. İlk geçiş etkisi adı verilen bu durum, hormon bağlayıcı globulin, pıhtılaşma faktörleri (özellikle faktör VII), renin substratı (anjyotensinojen) ve lipoproteinler gibi bazı hepatik proteinlerin sentezini parenteral östrojen kullanımına oranla daha fazla artırır. Ayrıca gerek barsaklardan emilimi esnasında ve gerekse karaciğerdeki metabolizmaları sırasında daha fazla östron üretimi gerçekleştiğinden, oral replasman tedavilerindeki serum östron düzeyleri diğer yollara göre daha yüksek seviyelerde olup, E1 (inaktif östrojen) / E2 (aktif östrojen) oranı hemen hemen daima 1/1'in üzerinde bulunur. Östron seviyelerindeki bu yükselmenin klinik önemi henüz tam olarak açıklığa kavuşmamış olmakla birlikte, safra kolesterol saturasyonunu artırarak, oral replasman tedavisinin komplikasyonlarından biri olan hepatobilyer patolojilere ve özellikle safra taşı oluşumuna yol açtığı bilinmektedir (Nelson, 2004; Rossouw et al., 2002).

Oral östrojenler, ilk geçiş etkilerinden dolayı bazı avantaj ve dezavantajlara sahiptir. Dezavantajları arasında en önemlileri, metabolizmaları ile karaciğerde neden oldukları yüklenmenin yanında, renin substratı, faktör VII ve trigliserid düzeylerindeki artıştır. Ayrıca yüksek doz oral kullanımlarda, insülin rezistansı artarak glikoz toleransı bozulabilir. Tüm bunlara karşılık östrojenin karaciğer üzerinden lipid ve lipoprotein metabolizmasında meydana getirdiği olumlu değişimler (HDL kolesterolde artış; lipoprotein, LDL kolesterol ve total kolesterolde azalma), ilk geçiş etkisinin en önemli avantajları arasında sayılabilir (Rossouw et al., 2002). Fakat yapılan çalışmalarda, östrojenin sağladığı lipid profilindeki olumlu değişimlerin, tüm kardiyoprotektif etkinin sadece %25-30 kadarını oluşturduğu ve bunun da tek başına karaciğer üzerinden meydana gelmediğinin anlaşılması üzerine ilk geçiş etkisi eski önemini kaybetmeye

başlamıştır. Çünkü östrojen, belirli lokalizasyonlardaki (koroner arter, karotis ve serebral arterler gibi) damarların duvarlarında daha belirgin olmak üzere, karaciğere bağlı olmaksızın antioksidan özelliği ile periferik lipoprotein metabolizmasını etkilemekte ve bu bölgelerde antiaterojenik özellik göstermektedir. Oral sentetik östrojenler (etinil östradiol, dietilstilbestrol vs) metabolik yan etkileri, uzun yarılanma ömürlerinden dolayı postmenopozal hormon replasmanında kullanılmamaktadırlar. Etinil östradiol oral kullanılan östrojenler arasında en güçlü olanıdır (Nelson, 2004; Rossouw et al., 2002).

### **Parenteral Östrojenler**

Konjuge östrojenler verildiğinde dolaşımdaki östrojenlerin büyük çoğunluğu östron formundadır. Çünkü bu madde 3 major komponentine metabolize olur. Bunlar; östron sülfat (%50-60) ile normalde insan organizmasında olmayan equilin sülfat (%20-30) ve dihidro equilin sülfat (%15)'dir. Günlük ortalama replasman dozu 0.625 mg olup bu miktar genellikle ideal serum östradiol düzeyi olan 40-100 pg/ml'yi sağlayabilmektedir (Nelson, 2004).

### **Transdermal Östrojenler**

Cilde yapıştırıldıktan sonra belirli bir günlük salınım hızları olan sistemler ile uygulanan östrojenlerdir. Doğal östradiol içerirler ve günlük hormon salınım dozlarına göre 0.025-0.05-0.1 mg'lık formları vardır. Bu dozlar ile serum östradiol düzeyleri ortalama 40-200 pg/ml arasında tutarlar. Transdermal östrojen kullanımı, kardiovasküler sistem, kemik metabolizması ve vazomotor semptomlar üzerine oral kullanımlar kadar etkindir. Bunların yanı sıra pankreas hücrelerinin glikoza cevabını oral östrojenlere göre daha fazla arttırır, karaciğerde insülin klirensini hızlandırır ve bu yolla karbonhidrat metabolizmasına olumlu etki sağlar. İlk geçiş etkisi olmadığı için, normal replasman dozlarında karaciğerdeki pıhtılaşma faktörleri, renin substratı ve hormon bağlayıcı globulin sentezlerini etkilemez. Aynı zamanda antitrombin III seviyelerini oral östrojenlere oranla daha fazla arttırır (Genazzani, 2002). Bu özelliklerinden dolayı hipertansiyon ve tromboembolik hastalık geçiren kadınlarda

yüksek trigliserid seviyesi olanlarda tercih sebebidir. Ayrıca östron düzeylerini oral kullanımda olduğu kadar yükseltmediği için safranın kolestrol saturasyon indeksini bozmaz. Böylece oral yolun komplikasyonlarından biri olan safra taşı oluşumundaki artış transdermal sistemler görülmez (Çiçek ve ark., 2004).

### **Perkütanöz Östrojenler**

20, 50, 100 mg östradiol içeren ve cilt altına yerleştirilen implantlardır. Altı ay süreyle yerinde tutulur, çünkü etkinlikleri uygulamanın üç-altı ayları arasında görülür ve daha sonra süratle geriler. Karaciğerden ilk geçiş etkisi göstermeden sistemik dolaşıma geçerler (Kuliyeva, 2007).

### **Transvaginal Östrojenler**

Özellikle ürogenital atrofilerde süratli etki sağlamak amacıyla kullanılan krem veya vajinal tablet şeklinde preparatlardır. Östrojenler vajina mukozasından süratle emilip dolaşıma katıldıkları için sistemik replasman amacıyla hazırlanmış vajinal halka şekilleri de bulunmaktadır. Vajina mukozası, düşük doz östrojenlere bile cevap verebilir. Bu açıdan sistemik kullanımın kontrendike olduğu hallerde bile sadece atrofiyi düzeltmek için çok düşük dozlarda östrojen vajinal yolla kullanılabilir. Sistemik replasman amacıyla kullanılan vajinal östradiolün avantaj ve dezavantajları, transdermal sistemde olduğu gibidir (Nelson, 2004).

Bazı kadınlarda oral veya transdermal östrojen ile vajinal atrofide tam olarak düzelme görülmemektedir. Lokal vajinal uygulama bu kadınlarda tercih edilmektedir. Özellikle tedaviye hızlı bir yanıt alınmak isteniyorsa vajinal tedavi faydalıdır. Ek olarak östrojenin genitoüriner etkilerini isteyen ve sistemik tedaviden kaçınılması gereken pekçok kadın vardır. Sonuçta, bir yöntem ya da preparatın klinik yanıtta diğerlerine üstün olduğunu gösteren kanıtlar yoktur. Vajinal tedavinin yeterli olup olmadığını değerlendirmek için lateral vajinal duvardan vajinal pH'nın ölçümü basit ve ucuz bir yöntemdir. Vajende lateral ve 1/3 dış kısımdan bakılan asidik pH (<4.5) östrojen etkileri ile iyi korelasyon gösterir (Kızıllıtepe, 2006). Östrojen kremleri immatür ve atrofik vajinal mukozadan kolayca emilirler. Gerçekte başlangıç emilimi hızlıdır ve dolaşımda

yüksek konsantrasyonlara ulaşılabilir. Konjüge östrojen 0.3 mg dozunda ve haftada 2-3 defa uygulanarak minimal emilim ile vajinal atrofinin etkili tedavisi başarılabilir. Tablet olarak veya halkadan düşük doz alınan östradiol miktarı menopozal semptomları tedavi etmede yeterli değildir, fakat lokal ürogenital atrofiyi etkili şekilde düzeltir ve rekürren üriner sistem enfeksiyonlarını azaltır. Sistemik emilim ortaya çıksa da bu düşük doz yöntem ile dolaşımdaki östradiol düzeyleri normal postmenopozal aralıkta kalır. Kan düzeyindeki değişiklik çok düşüktür ve bu yüzden vazomotor semptomları düzeltmeyebilir. Buna rağmen uzun süreli tedavi endometrial kalınlığın ultrasonografik olarak takip edilmesini ve gerekirse biyopsi yapılmasını gerektirir (Nelson, 2004).

### **İntranasal Spreyler ve Dilaltı Östrojenler**

Son yıllarda uygulanmaya başlanan yöntemlerdendir ve yeterli klinik çalışmaları yoktur. Östradiol içeren intranasal spreiler, uygulamayı takiben serum östron ve östradiol seviyelerini süratle yükseltir. Ancak bu değerler 3 saat sonra normal düzeylerine geri döner. Bu uygulama metodu “pulsed östrojen tedavisi” olarak bilinir. Bu nedenle kısa aralıklarla doz uygulaması yapmak gereklidir. Bazı kadınlarda kaşınma, aksırma ve rinore (burun akıntısı) şeklinde nazal semptomlar ortaya çıkmıştır. Dilaltı uygulamalarda ise serum östrojen düzeyi en yüksek seviyesine yaklaşık 1 saat sonra ulaşır (Özerdoğan et al., 2004)

### **Progesteronlar**

Progesteron kadında esas olarak overlerden salgılanır. Bu sekresyon menstrüel siklusun luteal fazında en fazladır. Progesteronlar postmenopozal dönemde tek başlarına kullanılmamaktadır. Progesteronların kullanım amacı östrojenin özellikle endometriumdaki etkilerini karşılamaktır. Östrojen, progesteron ile karşılanmadan kullanıldığı takdirde %20-30 oranında hiperplaziye neden olur ve endometrium kanseri riskini yaklaşık 2.8-8 kat arttırdığı bildirilmektedir. Ancak progesteron ilave edildiği zaman bu risk, replasman kullanmayan kadınlarla aynı düzeye ve hatta daha alt seviyelere düşer (Özerdoğan et al., 2004).

Progesteronların doğal ve sentetik preparatları bulunmaktadır. Doğal

progesteronlar; oral, transdermal ya da enjektabl formlardadır. Östrojenlerde olduğu gibi bunların da gastrointestinal sistemdeki emilimleri yeterli olmayıp süratle inaktive edildiklerinden, oral mikronize formları hazırlanmıştır. Doğal formlardaki progesteronların etki gösterebilmesi için yüksek dozlara gereksinim vardır. Aynı zamanda oral yoldan kullanımları için mikronizasyon işlemine tabi tutulmaları gereklidir. Postmenapozal replasman tedavisinde etki doz aralığının düşük olması sebebi ile ve aynı zamanda temel amaç olan endometriumdaki etkilerinin yüksekliği nedeni ile progesteron yerine progestagenlerin kullanımı tercih edilmektedir. Progestagenler, progesteron reseptörlerine bağlanabilme yeteneğine sahip ve onun biyolojik aktivitesini gösterebilen sentetik bileşiklerdir. Günümüzde kullanılan formları şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Minassian et al., 2008):

#### **Doğal Progesteronlar:**

- Progesteron,
- Mikronize progesteron,
- Didrogesteron.

### **2.4.2. Alternatif Yöntemler**

Menopoz döneminde yakınmaları olan kalan kadınlar, bu dönemi rahat geçirmek ve yakınmalarla baş etmek için değişik tedavi yöntemleri ararlar. Bazı kadınlar HRT'yi tercih ederken, bazıları alternatif tedavilere yönelirler. Bazıları hem alternatif tedaviyi hem de HRT'yi uygularlar, bazı kadınlar ise bu dönemi yakınmalara yönelik hiçbir şey yapmadan geçirirler (NCAM, 2005).

Klimakterik dönemde alternatif tedavi arayışında olan kadınlar genellikle kültürel yapılarıyla bağdaşan tedavi yöntemlerini tercih ederler. Bu yöntemler arasında akupunktur, yoga, rahatlama hareketleri, manipülasyon teknikleri, meditasyon, egzersiz, homeopati, geleneksel Çin ilaçları, doğal östrojen kaynakları, diyet, vitaminler ve minareller yer almaktadır (Cutson & Meuleman 2000, Kang et al., 2002).

#### **2.4.2.1. Bitkisel Kaynaklı Hormonlar**

Birçok kadın, yaşamın normal bir evresi olan menopozda bitkisel kaynaklı ilaçları kullanmak istemiştir (Morelli & Naquin, 2002). Ancak tüm bu bitkisel kaynaklı ilaçların sıcak basmalarını iyileştirmede plasebo kontrollü randomize çalışmalarda etkinliği tam olarak gösterilememiştir. Bu bitkisel kaynaklı ilaçların yan etkileri arasında dispepsi (karın ağrısı), bulantı, kusma, diğer gastrointestinal rahatsızlıklar, baş ağrısı, hipotansiyon, halsizlik ve görme bozuklukları olduğu belirtilmektedir (Erdem, 2006).

#### **2.4.2.1.1. Bitkisel Östrojenler (Fitoöstrojenler)**

Yapısal ve fonksiyonel olarak östradiol içeren veya benzer östrojenik aktiviteye sahip bitki bileşenleridir. İsoflavon ve lignan en önemli fitoöstrojenlerdir. İsoflavonlar; soya, nohut gibi baklagillerde ve kırmızı yoncada, lignanlar ise yağlı tohumlarda yüksek konsantrasyonlarda bulunurlar. Özellikle Japon ve Çin diyetlerinde olduğu gibi yüksek isoflavon içeren diyetlerde, menopozun vazomotor belirtilerinde gözle görülür bir azalma olduğu görülmektedir (Erel, 2004; NCAM, 2005).

Soya ve soya ürünleri yüksek konsantrasyonlarda fitoöstrojen (isoflavon, flavon) içermesi nedeniyle menopoz semptomlarının hafifletilmesinde kullanılır. Soya fasülyesinden doğal olarak yararlanıldığı gibi soya; soya filizi, soya sütü, soya eti, soya yağı, soya unu, soya kepeği, soya sosu ve tofu olarak da tüketilmektedir (Şen & Sevil, 2008). Soyanın tüketiminin, sıcak basmasının oluş derecesini önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Menopoz döneminde Asyalı kadınların batılı kadınlardan daha az sıcak basmaları olduğu bilinmektedir. Bunda beslenme alışkanlıkları en önemli etkenlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Asyalı kadınlar beslenme alışkanlıkları gereği soyayı çok tüketmektedir. Böylece hafif ve orta dereceli olan sıcak basmalarında %50-60 oranında azalma olduğu bildirilmektedir. Plasebo kontrollü yapılan son çalışmalarda günlük 60 gr soya proteini alan kadınların %45'inde sıcak basmalarının önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır. Başka bir pilot çalışmada, günlük 50 mg isoflavone ve 400 mg soya özü alan menopoz dönemindeki kadınların altı hafta sonunda sıcak basmasının oluş derecesinde önemli ölçüde azalma olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalarda da, vazomotor semptomların sıklığı, şiddeti ve süresinde önemli azalmalar olduğu

belirlenmektedir (Neff, 2004; Morelli & Naquin, 2002).

Fransa’da isoflovinin etkilerini araştırmak için yapılan çalışmada; 12 hafta boyunca, 35 mg ve 70 mg isoflovin kapsulleri verilen kadınlar Greene’nin geliştirdiği “Menopoz Skalası” kullanılarak değerlendirilmiş, yüksek doz verilen kadınlarda vazomotor semptomları azaltmada ve somatik semptomların gelişmesini erken dönemde engellemede isoflovin önemli bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Baş ağrısı, memelerde duyarlılık, dem, yorgunluk, iştahsızlık gibi yan etkilerinin ılımlı düzeyde olduğu ve iki dozun yan etkileri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak bu çalışmada soya içeren isoflovinin, geleneksel hormon tedavisi için kontrendikasyonu olan kadınlarda bir alternatif tedavi olarak kullanılması önerilmiştir (Jou et al., 2005).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG), soya ve isoflavonların vazomotor belirtilerin kısa süreli tedavisinde faydalı olabileceğini, ancak östrojenle etkileşme olasılığı nedeniyle özellikle östrojene bağımlı kanser hastalarında dikkat edilmesi gerektiğini bildirmektedir (Carrol, 2006; Messina, 2002).

#### **2.4.2.1.2. Karayılan Otu (Black Cohosh)**

Karayılan otu; sıcak basması, depresyon, emosyonel değişim, terleme ve uyku bozuklukları gibi peri ve postmenopozal semptomların hafifletilmesinde kullanılmaktadır. Menopozal dönemdeki 80 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada; östrojene karşı karayılan otunun etkisine bakılmış, 12 hafta boyunca karayılan otu kullanan kadınların, vazomotor semptomlarında ve vajinal epitelyumlarında düzelmeler olduğu saptanmıştır. Karayılan otunu kullanan grubun vazomotor semptomlarındaki azalmanın, plasebo ve östrojen kullanan gruba göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Morelli & Naquin, 2002). Başka bir çalışmada ise karayılan otunun etkisinin, plasebo grubu ve östrojen grubundan farklı olmadığı bildirilmektedir. Çalışmalarda karayılan otu, tavsiye edilen dozlarda (günlük 40-80/mg) genellikle iyi tolere edilmiş, sadece bazı vakalarda hafif gastrointestinal semptomlara yol açmıştır. Yüksek dozlarda (5-12/gr) vertigo, tremor, zayıf nabız, tansiyonda düşme, bulantı, kusma ve sinir sistemi irritasyonu yapabilmektedir. Karayılan otunun uzun süreli kullanımının etkisi tam

olarak bilinmemektedir. Bu nedenle tür bu bitkisel ilaçların altı aydan daha kısa süreli kullanımları önerilmektedir (Erdem, 2006; Ünlüer, 2005). Karayılan otu bitkisinin gövdesi ya da kökleri kapsül, hapların içindeki katı bitki özü, sıvı bitki özü ve çay şeklinde taze ya da kuru olarak kullanılmaktadır. Günde 1-2 adet yemeklerden önce ya da sonra alınması önerilmektedir (NCAM, 2005).

#### **2.4.2.1.3. Melek Otu (Dong Quai)**

Melek otunun vazodilatör ve antispazmatik etkisi vardır. Çinliler bu bitkiyi 2000 yılından beri kullanmakta olup, etkinliğinin değerlendirildiği çalışma sayısı sınırlıdır. Melek otu ile yapılan klinik bir denemede; postmenopozal kadınlarda sıcak basmaları veya endometrial kalınlaşmanın belirgin olarak azalmadığı bulunmuştur (Fugh-Berman, 2003). Böylelikle melek otunun vazomotor sıkıntıları azaltmada çok kullanışlı olmayacağını bildirilmektedir. Bunun için Çin’de bu bitki tek başına değil, başka türdeki bitkilerle birlikte kullanılmaktadır (Hamm et al., 2002; Morelli & Naquin, 2002).

#### **2.4.2.1.4. Akşam Çuha Çiçeği (Evening Primrose)**

Akşam yıldızı olarak bilinen çuha çiçeği, gamelonik asit içeren çiçek tohumları üretmektedir. Prostaglandin E1 prekürsörüdür. Kadınlarda vazomotor semptomları rahatlattığı düşünülmektedir (Biri ve ark., 2004; Şen & Sevil, 2008). Yan etkileri; gastrointestinal sorunlar ve baş ağrısıdır. Bir çalışmada; menopoza döneminde çuha çiçeği yağı verilen 56 kadının vazomotor semptomlarının plasebo grubu ile aynı oranda azaldığı belirtilmektedir (Erdem, 2006; Hamm et al., 2002; Morelli & Naquin, 2002). Çuha çiçeğinin yan etkilere ve ilaç etkileşimlerine neden olan antikoagülan maddeler içerdiği bildirilmektedir. Bu nedenle menopozal semptomları rahatlatmada kadınlara tavsiye edilmemesi önerilmektedir (ACOG, 2001).



## **2.4.2.2. Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar**

### **2.4.2.2.1. Egzersiz**

Menopoz, ağırlık kazanımının yaygın olduğu bir dönemdir. Östrojen düzeyindeki azalma besin alımını etkiler ve metabolik hızda azalmaya neden olur. Kadının fiziksel aktivite düzeyindeki azalma kilo artışını sağlar. Aynı zamanda fiziksel aktivitenin azalması hızlı kemik kaybı için bir etkidir. İdeal ağırlığın korunması, kalp ve kemik sağlığı için önemlidir. Kadınların egzersiz programına menopoz öncesi dönemde başlaması ve egzersizlerin süresinin 20-60 dakika olması önerilmektedir. Yürüyüş herkesin kolaylıkla yapabileceği bir egzersizdir. Menopozdan sonra üreme organları ve çevresindeki kasların tonüsü azalır. Kegel egzersizleri bu kasları güçlendirir ve düzenli yapıldığında uterus prolapsusunu, stres inkontinansını önleyebilir. Ancak egzersiz bırakıldığında şikayetler geri dönebilir (Güngör, 2003; Kızıllırmak, 2003).

Son yapılan çalışmalarda düzenli egzersiz yapan kadınların yaşadıkları sıcak basmasının şiddetinin, egzersiz yapmayan diğer kadınlara göre daha az olduğunu bildirilmiştir (Morelli & Naquin, 2002). Elavsky ve McAuley'in (2005) yaptıkları çalışmanın sonucunda; yüksek fiziksel aktivitesi olan menopozal dönemdeki kadınlarda vazomotor problemlerin daha az yaşandığı bulunmuştur. Ayrıca yapılan çalışmalarda egzersizin koroner arter hastalığının tedavisinde ve önlenmesinde, genital sistem sorunlarını ve depresif sendromları azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Danacı ve ark., 2000, Morelli & Naquin, 2002; Öge, 2004). Osteoporozdan korunmada da düzenli yapılan egzersizin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Özgürtaş ve ark., 2000). Menopoz dönemindeki kadınların düzenli egzersiz yapma oranının ise %31-48 arasında olduğu bildirilmektedir (Rotem et al., 2005; Tüzin & Tüzin, 2000).

### **Pelvik Taban Kas Egzersizi (PTKE)**

PTKE, Çinlilerin dini inanışları içinde yer almaktadır. Stres üriner inkontinansın tedavisinde kullanılan bu egzersizler, 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. PTKE'nin amacı; pelvik organ desteğini artırarak üriner inkontinansı engellemektir (Kaplan & Demirci, 2010). Ayrıca PTKE vajina kaslarını canlandırıp

güçlendirmeye yarar. Yapılan çalışmalar bu egzersizlerin kan akımını fazlalaştırdığı böylece vajina duvarını kalınlaştırdığı klitoris duyarlılığını artırıp orgazmı da güçlendirdiğini göstermiştir (Northrup, 2005). Eğer kadın idrar yaparken idrarını durdurabiliyorsa kasların gücü iyi demektir. Kadın pubokoksikal kasların yerini saptadıktan sonra egzersizler aşağıdaki gibi yapılır (Taşkın, 2009).

**1. Yavaş:** Kaslar kasılır, üç sayıncaya kadar tutulur, sonra gevşetilir.

**2. Hızlı:** Kaslar mümkün olduğu kadar hızlı olarak sıkılır ve gevşetilir.

**3. İçe çekme-dışa itme egzersizleri:** Vajinada var olduğu düşünülen suyu yukarı doğru emer gibi pelvik taban sıkılarak yukarı çekilir, sonra bu suyu itmeye çalışır gibi aşağı doğru ıkınılır (Taşkın, 2009).

Bu egzersizler günde 6 kere örn; sabah kalkar kalkmaz, sabah ile öğle arasında, öğle üzeri, öğleden sonra, akşamüzeri ve yatarken) her biri 15 saniyeden 15 tekrar halinde yapılması önerilir. Bu kasılma hareketleri dıştan fark edilemeyeceği için her pozisyonda ve koşulda, otururken, ayaktayken, yatarken uygulanabilmektedir (Taşkın, 2009).

#### **2.4.2.2.2. Yoga**

Yoga Hindistan'da yapılan çok eski bir uygulamadır. Gelişen ve devamlı değişikliklere uğrayan yoga, kişinin bir insan olarak önce tam güce, sonra da ruhsal bilince erişmesini sağlayacak yönde ilerlemiştir (Bastille, 2004; Feuerstein, 2000).

Yoga egzersizlerinin denge, germe, gevşeme, kuvvetlendirme yolu ile postmenopozal kadınlarda, gerginlik, uykusuzluk, depresyon, postür ve kemik mineral yoğunluğu üzerinde olumlu etkileri vardır. Yoga, bireyin kendi potansiyel enerjisini açığa çıkarıp, bu enerjiyi bedensel ve ruhsal uyumu için kullanmasını sağlar, bedensel farkındalığını arttırır. Yoga eğitimi, postmenopozal osteoporozlu kadınların ağrı, statik denge, fiziksel ve sosyal işlevler, genel sağlık algılamasını olumlu yönde etkiler. Bu nedenle osteoporozda, klasik egzersiz programlarına alternatif olabilecek bir seçenek olarak düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar, yoganın stresi, kalp hızını ve kan basıncını azalttığını ve sağlığı olumlu etkilediğini göstermektedir (Go & Champaneria, 2002;

Kronenberg & Fugh-Berman, 2002; NCAM, 2005; Tüzün ve ark., 2004).

### **2.4.2.2.3. Gevşeme Teknikleri**

Stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri diğer bir alternatif tedavi yöntemidir. Stresin vücutta bazı değişikliklere sebep olduğu bilinmektedir. Bunlar; trombosit agregasyonunda (birleşme), epinefrin düzeyinde, vitamin ve mineral tüketiminde, kolesterol düzeyinde artma şeklindedir. Bu nedenle sempatik aktivasyonu azaltan gevşeme tekniklerinin kullanılması, sıcak basması gibi semptomları önlemede yararlı olabilir. Derin soluk alıp verme, gevşeme tekniklerinin en basitidir. Gevşeme teknikleri kolay ve kullanışlıdır. Hiçbir olumsuz etkisi yoktur. Gevşeme teknikleri ile birey, vücudundaki gerginlikleri farketmekte, kaslarını kontrol edebilmekte ve vücudunun gergin parçalarını gevşetmeyi ve rahatlamayı öğrenebilmektedir. Gevşeme tekniklerini öğrendikten sonra birey, kendi kendisine kullanabilir. Yapılan çalışmalarda, diyafragmatik solunum teknikleri ile benzer gevşeme cevaplarının alınabileceği, anksiyete, depresyon, kan basıncı artışı ve sıcaklık basmasının şiddetinin ve sıklığının azaltılabileceği gösterilmiştir (NCAM, 2005; Taşkın, 2007).

### **2.4.2.2.4. Diyet**

Günümüzde beslenmeye önem vermenin doğal yoldan kadın sağlığını iyileştirmede önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir. Yaşamın her döneminde çeşitli besinler önemli role sahip olmakla birlikte her dönemde gereksinim duyulan besin miktarları değişiklik gösterir (Güngör, 2003). Diyet ve yaşam tarzlarının kültürel farklılık göstermesi nedeniyle menopozdaki yaklaşım da farklıdır (Karadavut ve ark., 2002; Küçükardalı ve ark., 2006).

Menopozda, sindirim sisteminden emilimi yavaş kompleks karbonhidratlar tercih edilmeli, besinlerdeki selüloz oranı yüksek olmalıdır. Bitkisel yağlar ve omega 3 yağ asitleri, LDL reseptörlerini uyarıcı bir etkiye sahiptirler, kolesterol yükselişinin kontrolünde yararlı olurlar. Hayvansal kaynaklı proteinler seçilirken kolesterol içeriğine dikkat edilmelidir (Güngör, 2003).

Osteoporozun önlenmesi ve tedavisi için yeterli kalsiyum ve D vitamini önemi

bilinmektedir. Kalsiyum ve D vitamini desteği oluşacak kemik kaybını önlemektedir. Menopozda, günlük kalsiyum kaybı 28 mg olup, bu kayıp osteoporoz ile sonuçlanmaktadır. Kaybı karşılayabilecek günlük kalsiyum gereksinimi 900 mg'dır. Amerika'da, günlük 700 IU D vitamini ve 500 mg kalsiyum alımının, 65 yaş ve üstü yetişkinlerde, kemik kırıklarını azalttığı bildirilmektedir (Karadavut ve ark., 2002; Küçükardalı ve ark., 2006; NCAM, 2005; Taşkın, 2007).

B vitaminlerinin, magnezyumun koroner arter hastalığı ve osteoporozu önlemede önemli rol oynadığı bildirilmektedir. Kemiklerdeki yeterli rezervi korumak için günde 1600 mg magnezyum alınması gerekmektedir. Bu miktardaki magnezyum trabeküler kemik kaybını önemli derecede azaltmaktadır. Daha yüksek dozlarda kullanım ise özellikle kalsiyum eksikliğinde kalsiyum/magnezyum dengesini bozacağından önerilmemektedir (Kocabalkan ve ark., 2000; NCAM, 2005).

C, K, P (bioflavonoid) vitaminleri, manganez, boron, selenyum, çinko menopoz döneminde eksikliği görülen, osteoporoz ve koroner arter hastalığı yönünden önemli olan diğer vitamin ve minerallerdir. Bu nedenle kemik yapıyı ve damarları korumak için diğer ana vitamin ve minerallerle birlikte alınması önerilmektedir (Erdemli ve ark., 2002; NCAM, 2005).

#### **2.4.2.2.5. Hormon Dışı Tedaviler**

##### **2.4.2.2.5.1. Antikonvülzan İlaçlar**

Randomize plasebo kontrollü bir çalışmada; antikonvülzan ilaçların günde 900 mg dozda kullanımının sıcak basmalarını %45 oranında azalttığı gösterilmiştir (Guttuso et al., 2003). Bunun yanı sıra antikonvülzanların diğer vazomotor şikayetlere ve eklem kas ağrılarına da iyi geldiği bildirilmiştir (Erel, 2004; Erdem, 2006).

#### **2.4.2.2.5.2. E Vitamini**

Güçlü antioksidan özelliği olan E vitaminin, ateroskleroza önlediği bildirilmektedir. Ayrıca sıcak basması, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, sinirlilik, çarpıntı sıklığını azaltmakta ve kalsiyum metabolizmasında rol oynadığı bilinmektedir. Koroner arter hastalığının önlenmesinde, 22-50 yaşları arasında 400 IU ve 50 yaş üzerindeki kadınlara 600 IU E vitamini önerilmektedir (Karadavut ve ark., 2002; Küçükardalı ve ark., 2006).

#### **2.4.2.2.5.3. Kalsiyum Preperatları**

D vitamini ile birlikte alınan kalsiyumun kemik kütlesinin korunmasına olan katkısı şüpheli olmakla beraber menopozdaki hastalarda kalsiyum desteği önerilmektedir. Günde 1500 mg kalsiyum, 400-800 IU D vitamini alınmasının yeterli olduğu öne sürülmektedir (Erel, 2004; Küçükardalı ve ark., 2006).

#### **2.4.2.2.5.4. Bifosfanatlar**

Bifosfanatlar son yıllarda üretilen, ağızdan alınımına elverişli kemik yoğunluğunu arttıran ilaçlardır. Ülkemizde etidronat, alendronat, risedronat bulunmaktadır. Alendronat ve risedronatın hem günlük, hem de haftada bir alınabilecek formları mevcuttur. Yapılan çalışmalarda günlük ve haftalık alım arasında etkinlik ve yan etkiler bakımından fark bulunamadığı belirtilmektedir. Bifosfanatların en sık yan etkileri karın ağrısı, diare, özafagus, mide ve ince barsaklarda ülserler gibi gastrointestinal bozukluklardır. Bifosfanat kullanımına başlamadan önce olası hipokalsemiyi önlemek için kalsiyum ve D vitamini eksikliği varsa muhakkak düzeltilmelidir. Ancak kalsiyum ile bifosfanatların aynı anda alınması durumunda emilim bozulduğu için eş zamanlı alınmaması gerektiği unutulmamalıdır. Bifosfanatlar genelde iyi tolere edilen, önemli yan etkileri olmayan ilaç gruplarıdır (Erel, 2004; Erdem, 2006).

## 2.5. MENOPOZDA EBELİK YAKLAŞIMLARI

Menopoz dönemi yaklaşan pek çok kadının menopozla ilgili bir fikri bulunmakla birlikte, ebe ve hemşireler menopozla ilgili bilgileri olmayan kadınlarla da karşılaşabilirler. Bu nedenle kadınları yönlendirecek sağlık profesyonellerine ihtiyaçları bulunmaktadır (RCN, 2005; RCN, 2010).

Bazı gelişmiş ülkelerde sınırlı sayıda da olsa alanında uzmanlaşmış personelin çalıştığı menopoz klinikleri mevcuttur. Ebe ve hemşireler menopoz dönemindeki kadınlara bu klinikler aracılığıyla hizmet vermektedir. Fakat günümüzde bazı kadınlar en temel bilgileri edinmemekte, bakım ve tedavi imkânlarına ulaşamamaktadır. Bu kadınların sağlık personeli tarafından uygun şekilde yönlendirmeye gereksinimi olmaktadır (RCN, 2005; RCN, 2010)

Profesyonel bakımın sağlanması için ebe ve hemşirelerin menopoz alanında eğitim rollerini kullanmaları gereklidir. Menopoz alanında çalışacak ebe ve hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumları belli kriterlere göre gözlemlenmeli, içlerinde kriteri karşılayan bu işe uygun ebe ve hemşire seçimi yapılmalıdır. Uzmanlaşacak ebe ve hemşireler menopozla ilgili araştırma faaliyetlerinde bulunarak hem bilgi ve becerilerini geliştirmeli hem de menopoza yönelik bakımın gelişmesini sağlamalıdır (RCN, 2005; RCN, 2010).

Menopoz dönemindeki kadına bütünsel bir bakım sağlanmak isteniyorsa, kadın ve eşi tarafından bir problem listesi düzenlenmelidir. Tedavi kararları ihtiyaca, riske ve bireylerin kabul etme durumuna göre yapılmalı, bireysel risk profili geliştirmelidir. Ebe ve hemşireler menopoz dönemindeki kadına HRT türlerini açıklamalı ve kendi sınırları dahilinde tedavi hakkında bilgi vermelidir. Olumlu yaşam değişiklikleri için teşvik etmelidir. Bu aynı zamanda sağlık profesyonelleri için öğrenme fırsatları da sağlayabilir (RCN, 2005; RCN, 2010).

Yurt dışında menopozal sağlık çalışanı olabilmek için özel bir eğitim alındığına dair sertifika istenmekte ve alanda üst düzeyde çalışma yapıyor olunması gerekmektedir (RCN, 2005; RCN, 2010). Bu açıdan menopoz konusunda ebe ve hemşirelerin danışman olarak üst düzeyde bilgi sahibi ve tecrübeli olmaları oldukça önemlidir. Aynı zamanda güncel gelişmeleri takip etmek ve alanda politika ve prosedürlerin değişmesi

için proje ve uygulamalarda bulunmak önceliklidir (RCN, 2005; RCN, 2010).

Menopoz alanında uzman hemşire olabilmek için bazı ülkelerde en az 2 yıl bazı ülkelerde de 5 yıl menopozal sağlık çalışanı olma şartı vardır. Bu açıdan alanda çalışan ebe ve hemşireler menopoz dönemindeki kadının ayırıcı tanısını değerlendirmeli, kontrol altına almalı, profesyonel önerilerde bulunmalı ve her türlü yardımı kolayca sağlayabilmelidir. Bunların ötesinde kadına yardım ederken menopoz bakımlarını ulusal standartlara göre yapmalı ve ulusal standartlara göre hizmet vermelidir (RCN, 2005; RCN, 2010). Ayrıca menopozal sağlık çalışanları kadının fiziksel, sosyal, psikolojik, duygusal, cinsel, ruhsal ve yaşam tarzını kapsayan bütünsel sağlık gelişimi üstlenmelidir (RCN, 2005; RCN, 2010).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ**

Araştırma, menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma, Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde 20.12.2011-15.07.2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastanede belirtilen tarihler arasında dört tane Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği hizmet vermekte olup, hizmet sunucu olarak kadın doğum uzmanları görev almaktadır. Poliklinikte başvuran bireylere 08.00-12.00 ve 13.00-17.00 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Hastanede menopoza yönelik özel bir klinik bulunmamaktadır. Polikliniğe gelen hastalara da yoğunluk sebebiyle kısıtlı zaman ayrılmakta ve menopoza yönelik rutin bir eğitim verilmemektedir.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne 20.12.2011-15.07.2012 tarihleri arasında menopoz şikayetiyle başvuran 672 kişi oluşturmuştur. Bu kişilerden araştırmaya katılmayı kabul eden 254 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. Kadınların büyük bir çoğunluğu poliklinikteki yoğunluktan ve bir an önce muayene olup tetkiklerini yaptırmak istemelerinden dolayı çalışmaya katılmayı kabul etmediler. Ayrıca poliklinik binasında anketin uygulanacağı rahat fiziki şartlar sağlanamamasından kaynaklı hastaların büyük bir kısmına ulaşamadı.



### **3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ARAÇLAR**

Araştırmanın verileri; Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 1), Kişisel Bilgi Formu (Ek 2), Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek 3), Menopoz Yakınmaları İle Başetmeye Yönelik Değerlendirme Çizelgesi (Ek 4) ve Menopoza Yönelik Bilgi Formu (Ek 5) aracılığı ile toplanmıştır.

#### **3.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 1)**

Bu form, polikliniğe başvuran menopoz dönemindeki kadınların bu araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları anlatılmıştır.

#### **3.4.2. Kişisel Bilgi Formu (EK 2)**

Form araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup, formda kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren dokuz soru, doğurganlık özellikleri ile ilgili iki soru ve menopoz dönemi, menopoza yönelik bilgi kaynakları ve uygulamaları içeren yedi soru olmak üzere toplam 18 soru bulunmaktadır (Erdem, 2006; Karakuş, 2006; Kıroğlu, 2005; Oğurlu, 2008; Özgür, 2007; Özkan, 2006). Bu soruların dokuzu açık uçlu, dokuzu kapalı uçlu sorulardır.

#### **3.4.3. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (EK 3)**

Schneider (1997) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik-güvenirlik çalışması Gürkan (2004) tarafından yapılmıştır (Gürkan, 2005). Ölçek menopoz semptomlarını somatik, psikolojik, ürogenital olarak saptamaya yarayan ve aynı zamanda kadının yaşam kalitesini de belirleyebilen niteliktedir. Ölçek beşli likert tipinde ve 11 sorudan oluşmakta olup, ifadelerin puanlamaları; “Hiç yok” 0 puan, “Hafif” 1 puan, “Orta” 2 puan, “Şiddetli” 3 puan ve “Çok şiddetli” 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 44, en düşük puan ise 0'dır. Ölçekten alınan toplam puanın artması bir yandan menopoz şikayetlerinin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini

göstermektedir (Çoban ve ark, 2008; Gürkan, 2005; Nehir ve ark, 2009). Schneider MSD'nin orijinal metninde; "35 ve/veya daha yüksek" puan elde edildiğinde semptomların çok şiddetli yaşandığını, "20-34" arası şiddetli, "15-19" arası orta, "1-14" arası daha hafif yaşandığını ve "0" puan hiç semptom yaşanmadığını göstermektedir. Bu doğrultuda kadınların menopoz semptomlarını genelde "orta" düzeyde yaşadıkları belirlenmiştir.

**Somatik alt boyutu (4 madde):** 1., 2., 3., 11. maddeler

**Psikolojik alt boyutu (4 madde):** 4., 5., 6., 7., 8. maddeler

**Ürogenital alt boyutu (2 madde):** 9., 10. maddeler

#### **3.4.4. Menopoz Yakınmaları ile Baş Etmeye Yönelik Değerlendirme Çizelgesi (Ek 4)**

Çizelge araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup, menopozal dönemdeki kadınların yaşadıkları sağlık sorunlarıyla baş etme yollarını içeren ifadelerden oluşmaktadır (Erdem, 2006; Ergöl, 2001; Güngör, 2003; Oğurlu, 2008; Özgür, 2007; Saka ve ark, 2005; Tortumluoğlu, 2003). 18 menopoz yakınması başlığı altında dört farklı baş etme seçeneği sunulmuş bunun yanında diğer seçeneği de eklenmiştir. Çizelgeye Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında toplam üç uzman görüşü alınarak son hali verilmiştir.

#### **3.4.5. Menopoza Yönelik Bilgi Formu (Ek 5)**

Menopoza yönelik bilgi formu ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Karakuş, 2006; Kiroğlu, 2005; Özkan, 2006). Bu form menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopoz tedavisi, menopozla baş etme ve beslenme ile ilgili bilgi ifadelerini içermektedir. Form, her bir maddenin kadınların bilgi düzeylerini ölçecek nitelikte olmasına dikkat edilerek 45 maddeden oluşacak şekliyle hazırlanmıştır. Hazırlanan maddeler geçerlilik ve bilimsel dile uygunluk açısından Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği alanında üç uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanların görüşünden elde edilen bilgiler ışığında Menopoza Yönelik Bilgi Formu

düzeltilmiş ve 18 madde çıkarılmıştır. Forma 27 madde ve beş alt boyuttan oluşan son şekli verilmiştir. İşaretleme doğru, yanlış ve bilmiyorum olacak şekilde düzenlenmiştir. Form sorularında yanlıktan kaçınmak için 27 maddenin altı tanesi (2., 10., 12., 16., 19., 26. maddeler) ters olarak puanlandırılmıştır. Puanlama “doğru” yanıtı için 1, “yanlış” yanıtı için 0 puan olarak yapılmıştır. “Bilmiyorum” seçeneği ise puanlamaya dahil edilmemiştir. Menopoza yönelik bilgi formu için alınabilecek en yüksek puan 27, en düşük puan ise 0’dır. Kadınların bu formdan aldıkları puan toplam puana yaklaştıkça menopoza yönelik bilgi düzeyinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

**Menopozun Tanımına Yönelik Sorular (5 madde):** 1., 2., 3., 4., 5. maddeler

**Menopoza yaşını etkileyen faktörlere yönelik sorular (3 madde):** 6., 7., 8. maddeler

**Menopoz Tedavisine Yönelik Sorular (7 madde):** 9., 10., 11., 12., 13., 14., 15. maddeler

**Menopozla Baş Etmeye Yönelik Sorular (5 madde):** 16., 17., 18., 19., 20. maddeler

**Menopoz Döneminde Beslenmeye Yönelik Sorular (7 madde):** 21., 22., 23., 24., 25., 26., 27. maddeler

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI**

Uygulamaya başlamadan önce Sivas Devlet Hastanesi Başhekimliği’nden izin alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren 20 kişiye 15.12.2011- 20.12.2011 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda belirlenen hata veya eksiklikler düzeltilerek asıl uygulamada kullanılan formlar geliştirilmiştir. Katılım gönüllülük esasına dayalı yürütülmüştür. Hazırlıklar tamamlandıktan sonra Sivas Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde araştırmanın uygulaması başlamıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren 254 kadına veri toplama araçları tanıtılarak doldurmaları istenmiştir. Doldurmakta zorlanan ve okuma yazma bilmeyen kadınların anketi araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Her kişiye yaklaşık 20 dakika ayrılmıştır. Formlar gün içinde kullanılmayan poliklinik odalarında sakin ve rahat bir ortam oluşturularak

doldurulmuştur.

### **3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu çalışmadan elde edilen veriler SPSS 14.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin frekans ve yüzdeler dağılımları verilmiştir. Gruplar arasında farklılık incelenirken ikili gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İki'den fazla gruplarda ise normal dağılmayan değişkenlerde Bonferroni düzeltmeli Kruskal Wallis Testi, normal dağılan değişkenlerde ise Anova analizi kullanılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.005 kabul edilmiştir.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU**

Araştırmanın yürütülmesi için Sivas Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya katılan kişilere çalışma hakkında sözel ve yazılı açıklama yapılmıştır ve çalışmaya katılmayı isteyip istemediklerine dair karar vermeleri için yeterli zaman verilmiştir. Kişilerden araştırmada kullanılan verilere isim yazmaları istenmiştir. Çalışmanın metodolojik açıdan uygunluğu için Cumhuriyet Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan danışmanlık alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarını ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	40-49 yaş	84	33.1
	50-59 yaş	<b>127</b>	<b>50.0</b>
	60 yaş ve üzeri	43	16.9
<b>Medeni Durum</b>	Evli	250	98.4
	Bekar	4	1.6
<b>Öğrenim Durumu</b>	Okuryazar değil	49	19.3
	Okuryazar	64	25.2
	İlkokul	<b>122</b>	<b>48.0</b>
	Ortaokul ve üzeri	19	7.5
<b>Eş Öğrenim Durumu</b>	Okuryazar değil	12	4.7
	Okuryazar	11	4.3
	İlkokul	106	42.1
	Ortaokul	47	18.7
	Lise ve üzeri	<b>76</b>	<b>30.2</b>
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	17	6.7
	Çalışmıyor	<b>237</b>	<b>93.3</b>
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	233	91.7
	Memur	15	5.9
	İşçi	2	0.8
	Emekli	4	1.6
<b>Eş Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	<b>223</b>	<b>87.8</b>
	Çalışmıyor	31	12.2
<b>Eşin Mesleği</b>	Memur	78	30.7
	İşçi, esnaf	145	57.1
	İşsiz	31	12.2
<b>Sağlık Güvencesi</b>	SSK	151	59.4
	Bağ-kur	65	25.6
	Yeşil kart	10	4
	Emekli sandığı	28	11.0
<b>Aylık Gelir Düzeyi</b>	500-999 TL	<b>125</b>	<b>49.2</b>
	1000-1499 TL	67	26.4
	1500 TL ve üzeri	62	24.4
<b>Ekonomik Durum Değerlendirmesi</b>	İyi	45	17.7
	Orta	107	42.1
	Kötü	<b>102</b>	<b>40.2</b>
<b>Toplam</b>		<b>254</b>	<b>100</b>

Tablo 4.1’ de kadınların sosyo- demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların yaş ortalamasının 48.3 olup, %50’sinin 50-59 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Kadınların %48’i ilkokul mezunu, %93.3’ünün çalışmadığı, eşlerinin ise %30.2’sinin lise ve üzeri bir okul mezunu, %87.8’inin çalıştığı bulunmuştur. Sosyal güvence açısından incelendiğinde %59.4’ü SSK’lı olduğu belirlenmiştir. %49.2’si 500-999 TL arası gelirinini olduğunu belirtmiş ve %40.2’si ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

**Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayıları</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doğum Sayısı</b>	1-3	<b>99</b>	<b>39.0</b>
	4-6	91	35.8
	7 ve üzeri	64	25.2
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>	2 ve daha az	117	46.1
	3 ve daha fazla	<b>137</b>	<b>53.9</b>
<b>Toplam</b>		<b>254</b>	<b>100</b>

Tablo 4.2’ de kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların %39’unun 1-3 doğum yaptığı, %53.9’unun ise 3 ve daha fazla yaşayan çocuğu bulunduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.3. Kadınların Menopoz Dönemi Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Menopoza Yönelik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Menopoza Giriş Şekli</b>		
Doğal	<b>205</b>	<b>80.7</b>
Müdahale	49	19.3
<b>Menopoza Girme Süresi</b>		
1-4 yıl	<b>125</b>	<b>49.2</b>
5-9 yıl	39	15.4
10-14 yıl	63	24.8
15 yıl ve üzeri	27	10.6
<b>Menopozla İlgili Bilgi Alma Durumu</b>		
Alan	<b>149</b>	<b>58.7</b>
Almayan	105	41.3
<b>Menopozla İlgili Bilgi Kaynağı (n=149 )</b>		
Ebe	<b>21</b>	<b>14.1</b>
Hemşire	5	3.3
Hekim	<b>115</b>	<b>77.2</b>
Diğer (televizyon, gazete, dergi)	8	5.4
<b>Menopozla İlgili Tedavi Alma Durumu</b>		
Tedavi alan	<b>235</b>	<b>92.5</b>
Tedavi almayan	19	7.5
<b>Menopozla İlgili Tedavi İçeriği</b>		
Hormon tedavisi	103	43.8
Kalsiyum ilacı	125	53.2
Hormon tedavisi-kalsiyum ilacı	3	1.3
Hormon tedavisi-kalsiyum ilacı-vitamin	4	1.7
<b>Hormon Tedavisi Alma Süresi (n=235 )</b>		
1-9 yıl	90	38.3
10-19 yıl	51	21.7
20 yıl ve üzeri	94	40.0
<b>Toplam</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3'te kadınların %49.2'sinin 1-4 yıl önce ve %80.7'sinin doğal yolla menopoza girdiği belirlenmiştir. Kadınların %58.7'sinin menopozla ilgili bilgi aldığı, %77.2'sinin hekimden, %14.1'inin ebeden bilgi aldığı saptanmıştır. Menopozla ilgili tedavi alma açısından incelendiğinde %92.5'i menopozla yönelik tedavi olurken, bunlardan %56.2'sinin kalsiyum, %46.8'inin hormon replasman tedavisi aldığı bulunmuştur.

**Tablo 4.4. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği**

## İfadelerine Göre Dağılımı

Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar	Hiç Yok		Hafif		Orta		Şiddetli		Çok Şiddetli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eklemler ve kas rahatsızlıkları (eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)	44	17.3	29	11.4	63	24.8	49	19.3	<b>69</b>	<b>27.2</b>
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)	21	8.3	62	24.4	81	31.9	<b>83</b>	<b>32.7</b>	7	2.7
Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)	<b>56</b>	<b>22.1</b>	57	22.4	52	20.5	46	18.1	43	16.9
Sıcak basması, terlemeler (terleme nöbetleri)	40	15.8	98	38.5	31	12.2	66	26.0	19	7.5
Kalp rahatsızlıkları (normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)	44	17.3	67	26.4	72	28.3	71	28.0	0	0.0
Endişe (içsel huzursuzluk, panik hissi)	35	13.8	<b>107</b>	<b>42.1</b>	52	20.5	57	22.4	3	1.2
İdrar sorunları (idrara yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	<b>83</b>	<b>32.7</b>	49	19.3	63	24.8	16	6.3	43	16.9
Sinirlilik (sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)	51	20.1	69	27.2	75	29.4	55	21.7	4	1.6
Vajinada (haznede) kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşimde zorlanma)	<b>77</b>	<b>30.3</b>	66	26.0	54	21.3	13	5.1	44	17.3
Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	40	15.8	45	17.7	<b>113</b>	<b>44.5</b>	49	19.3	7	2.7
Keyifsizlik hali (kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)	43	16.9	79	31.1	105	41.3	24	9.5	3	1.2

Tablo 4’de kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ifadelerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların %27.2’sinin çok şiddetli eklem ve kas rahatsızlığı yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %32.7’sinin şiddetli fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadığı, %44.5’inin orta



düzye uyu sorunu olduğu, %42.1'inin hafif düzeyde endişe yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %32.7'sinin idrar sorunu yaşamadığı, %30.3'ünün vajinal kuruluğuun olmadığı ve %22.1'inin cinsel yaşamla ilgili herhangi bir sorun yaşamadığı bulunmuştur.

**Tablo 4.5. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme (MSD) Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Alnabilecek Alt-Üst Puan	Alnan Alt-Üst Puan	Puan X ± SS
Somatik şikayetler	0-16	0-14	7.41 ± 3.14
Psikolojik şikayetler	0-16	0-14	6.57 ± 3.12
Ürogenital şikayetler	0-12	0-12	4.94 ± 3.92
Toplam	0-44	0-31	18.92 ± 7.69

Kadınların MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; somatik şikayetler alt boyutundan 7.41 ± 3.14, psikolojik şikayetler alt boyutundan 6.57 ± 3.12, ürogenital şikayetler alt boyutundan 4.94 ± 3.92 puan aldıkları belirlenmiş, toplam ölçek puanlarının ise 18.92 ± 7.69 olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

**Tablo 4.6. Kadınların Menopoz Yakınmalarıyla Baş Etmeye Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı (I)**

<b>Yakınmalar</b>	<b>Uygulamalar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sıcak Basması/Gece Terlemeleri</b>	Kolay çıkabilecek giysiler giyme	<b>103</b>	<b>40.5</b>
	Sıcak ortamdan uzak durma/Dışarıya veya balkona çıkma	83	32.7
	Isınan bölgelere soğuk uygulama yapma	39	15.4
	Herhangi bir uygulama yapmama	29	11.4
<b>Kalp Rahatsızlıkları</b>	Bulunduğu ortamdan daha sakin bir ortama geçme	<b>96</b>	<b>37.7</b>
	Derin soluk alıp verme	82	32.3
	Herhangi bir uygulama yapmama	54	21.3
	Doktor önerisindeki ilaçlarını alma	22	8.7
<b>Uyku Sorunları</b>	Herhangi bir uygulama yapmama	<b>140</b>	<b>55.1</b>
	Her gün aynı saatte yatağa girme	46	18.1
	Bitki çayı kullanma	41	16.2
	Yatmadan önce egzersiz yapma	27	10.6
<b>Keyifsizlik Hali</b>	Yakınları ile paylaşma	<b>81</b>	<b>31.9</b>
	Ağlama	77	30.3
	Yeni uğraşlar bulma/İlgisini durumdan uzaklaştırma	50	19.7
	Herhangi bir uygulama yapmama	46	18.1
<b>Sinirlilik</b>	Ağlama	<b>71</b>	<b>28.0</b>
	Yakınları ile paylaşma	<b>71</b>	<b>28.0</b>
	Gerginliğini etrafındakilerden çıkarma	58	22.7
	Herhangi bir uygulama yapmama	54	21.3
<b>Endişe</b>	Dua etme	<b>97</b>	<b>38.2</b>
	Yakınları ile paylaşma	88	34.6
	Herhangi bir uygulama yapmama	36	14.2
	Yeni uğraşlar bulmaya çalışma	33	13.0
<b>Fiziksel ve Zihinsel Yorgunluk</b>	Dinlenme	<b>154</b>	<b>60.6</b>
	Herhangi bir uygulama yapmama	64	25.2
	Aktiviteleri listeleme ve planlı hareket etme	30	11.8
	Bitki çayı kullanma	6	2.4
<b>Cinsel Sorunlar</b>	Eşyle birlikte olmama/Eşinden uzak durma	<b>109</b>	<b>42.9</b>
	Herhangi bir uygulama yapmama	101	39.8
	Eşyle konuşma ve sorunu bulmaya çalışma	44	17.3
<b>İdrar Sorunları</b>	Ara bezi/Günlük ped kullanma	<b>102</b>	<b>40.2</b>
	Düzenli olarak tuvalete gitme	82	32.3
	Herhangi bir uygulama yapmama	52	20.5
	Alt bölgeyi güçlendirici egzersizler yapma (kegel egzersizi)	13	5.1
	Düzenli olarak tuvalet gitme ve ara bezi kullanma	5	1.9
<b>Vajinada (Haznede) Kuruluk</b>	Herhangi bir uygulama yapmama	<b>133</b>	<b>52.4</b>
	Eşinden uzak durma	81	31.9
	Eşyle konuşma ve sorunu bulmaya çalışma	32	12.6
	Bitkisel yöntemler kullanma	8	3.1

**Tablo 4.6. Kadınların Menopoz Yakınmalarıyla Baş Etmeye Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı (II)**

<b>Baş Ağrısı</b>	Ağrı kesici bir ilaç kullanma	<b>110</b>	<b>43.3</b>
	Temiz havaya çıkıp dolaşma	78	30.7
	Herhangi bir uygulama yapmama	43	16.9
	Başına soğuk uygulama yapma	19	7.5
	Ağrı kesici bir ilaç kullanma, başına soğuk uygulama yapma	4	1.6
<b>Eklem ve Kas Rahatsızlıkları</b>	Ağrı kesici bir ilaç kullanma	<b>82</b>	<b>32.3</b>
	Doktora gitme	58	22.7
	Ağrıyan yerlerini ovma	55	21.7
	Herhangi bir uygulama yapmama	55	21.7
	Ağrı kesici bir ilaç kullanma, doktora gitme	4	1.6
<b>Vücutta Uyuşma ve Karıncalanma Hissi</b>	Herhangi bir uygulama yapmama	<b>81</b>	<b>31.9</b>
	Uyuşan bölgeye mesaj yapma	79	31.1
	Soğuk suyla vücudunu yıkama	63	24.8
	Uyuşan ya da karıncalanan bölgeleri yükseltme	31	12.2
<b>Kabızlık</b>	Herhangi bir uygulama yapmama	<b>156</b>	<b>61.4</b>
	Günde 8-10 bardak su içme	52	20.5
	Her sabah aç karnına ılık su içme	28	11.0
	Sebze ağırlıklı beslenme	18	7.1
<b>Deride Kuruluk ve Kaşıntı</b>	Herhangi bir uygulama yapmama	<b>124</b>	<b>48.8</b>
	Nemlendirici krem ya da vazelin kullanma	61	24.0
	Günde 8-10 bardak su içme	49	19.3
	Doktora gitme	18	7.1
	Nemlendirici krem/vazelin kullanma, günde 8-10 bardak su içme	2	0.8
<b>Deride Kahverengi Leke</b>	Herhangi bir uygulama yapmama	<b>216</b>	<b>85.0</b>
	Güneş çıkmama	26	10.3
	Bitiksel kaynaklı losyonlar kullanma	12	4.7
<b>Saç ve Tüylerde Dökülme</b>	Herhangi bir uygulama yapmama	<b>183</b>	<b>72.0</b>
	Kına yakma	33	13.0
	Saçları daha sık yıkama	21	8.3
	Bitkisel kaynaklı şampuan kullanma	17	6.7
<b>Vücutta Kılınma</b>	Tüylerini (jilet, ağda, cımbız gibi) alma	<b>120</b>	<b>47.2</b>
	Herhangi bir uygulama yapmama	110	43.3
	Tüy dökücü kozmetik ürünleri kullanma	16	6.3
	Beslenmesine dikkat etme	8	3.1

Tablo 4.6’da kadınların menopoz yakınmalarıyla baş etmeye yönelik uygulamalarına bakıldığında; sıcak basması şikayeti yaşayanların; %40.5’inin kolay çıkabilecek elbiseler giymeyi tercih ettiği, kalp rahatsızlığı yaşayanların %37.7’sinin bulunduğu ortamdaki daha sakin bir ortama geçtiği, keyifsizlik halinde %31.9’unun yakınları ile paylaşımında bulunduğu, sinirlilik durumunda %28’inin ağladığı ve yakınları

ile paylaştığı, endişeli olanların %38.2'sinin dua ettiği, fiziksel ve zihinsel yorgunlukta %60.6'sinin dinlendiği, cinsel sorun yaşayanların %42.9'unun eşiyile birlikte olmamayı ya da eşinden uzak durmayı tercih ettiği, idrar sorunlarında %40.2'sinin ara bezi ya da günlük ped kullandığı, vajinada kuruluk durumunda %52.4'ünün herhangi bir uygulama yapmadığı, baş ağrısında %43.3'ünün, eklem ve kas rahatsızlıklarında ise %32.3'ünün ağrı kesici ilaç kullandığı belirlenirken, vücudunda kılınma sorunu yaşayanların %47.2'si tüylerini çeşitli yöntemlerle aldığı bulunmuştur. Bunların yanı sıra uyku sorunları olanların %55.1'inin, vücudunda uyuşma ve karıncalanma yaşayanların, %31.9'unun, kabızlık olanların %61.4'ünün, derisinde kuruluk ve kaşıntı varlığında %48.8'inin, derisinde kahverengi lekelenme bulunanların %85'inin ve saç- tüylerde dökülmesi olanların %72'sinin herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır.

**Tablo 4.7. Kadınların Menopoza Yönelik Bilgi Formu İfadelerine Göre Dağılımı (I)**

Bilgi İfadeleri	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Menopoz son adetten 1 yıl geçmesine rağmen tekrar adet olmamaya denir.	227	89.4	16	6.3	11	4.3
Menopoz kadın hayatında bir hastalık dönemidir.	67	26.4	158	62.2	29	11.4
Menopoz kadının doğurma yeteneğini kaybetmesidir.	227	89.4	18	7.1	9	3.5
55 yaşından sonra menopoza girilmesine geç menopoz denir.	209	82.3	13	5.1	32	12.6
Kadının 40 yaşından önce menopoza girmesine erken menopoz denir.	212	83.4	6	2.4	36	14.2
Bir kadının menopoza girme yaşı annesinin menopoza girme yaşıyla aynı değildir.	89	35.1	49	19.3	116	45.6
Hiç çocuk doğurmamış olan kadınlar menopoza erken girerler.	102	40.2	36	14.2	116	45.6
Sigara kullanan kadınlar menopoza erken girerler.	171	67.3	18	7.1	65	25.6
Menopoz döneminde yaşanan birçok yakınma tedavi edilebilir.	171	67.3	35	13.8	48	18.9
Menopoz döneminin sağlıklı geçirilebilmesi için hormon tedavisine gerek yoktur.	33	13.0	114	44.9	107	42.1
Hormonal tedavi alt bölgeden uygulanan tabletlerle yapılabilir.	31	12.2	56	22.1	167	65.7
Hormonal tedavide ağızdan alınan ilaçların yan etkileri yoktur.	29	11.4	114	44.9	111	43.7
Uzun süreli hormonal tedavi alan kadınlarda meme kanseri daha çok görülür.	99	39.0	18	7.1	137	53.9
Hormonal tedavi kadınlarda idrar kaçırma şikayetini azaltır.	109	42.9	51	20.1	94	37.0
Bitkisel yöntemler doktor kontrolünde kullanıldığında bazı menopozal yakınmaları hafifletebilir.	131	51.6	38	15.0	85	33.4
Menopoz döneminde yapılan egzersiz kalp hastalığı görülme olasılığını azaltmaz.	74	29.1	89	35.1	91	35.8
Menopoz döneminde yapılan egzersiz özellikle sıcak basmasını rahatlatır.	122	48.0	35	13.8	97	38.2
Derin soluk alıp verme egzersizi menopozda görülen sorunları azaltır.	122	48.0	52	20.5	80	31.5
Menopoz döneminde yapılan düzenli egzersiz kemik erimesini durdurmaz.	110	43.3	87	34.3	57	22.4

**Tablo 4.7. Kadınların Menopoza Yönelik Bilgi Formu İfadelerine Göre Dağılımı (II)**

Bilgi İfadeleri	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Güneş ışığı menopozda kemik erimesini önler.	203	79.9	32	12.6	19	7.5
Menopoz döneminde 5-7 porsiyon meyve sebze tüketilmelidir.	233	91.7	8	3.2	13	5.1
Menopoz döneminde 3-4 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketilmelidir.	222	87.4	20	7.9	12	4.7
Menopoz döneminde en az 8 bardak su tüketilmelidir.	223	87.8	15	5.9	16	6.3
Menopoz döneminde hayvansal yağlar kullanılmamalıdır.	169	66.5	42	16.6	43	16.9
Menopoz döneminde çay, kahve gibi içecekler günde en fazla 2 bardak tüketilmelidir.	168	66.1	53	20.9	33	13.0
Menopoz döneminde tuz kısıtlaması yapmaya gerek yoktur.	90	35.4	138	54.3	26	10.3
Kadınların menopoz döneminde sağlık kuruluşuna düzenli olarak yılda bir kontrole gitmeleri gerekir.	219	86.1	25	9.9	10	4

Tablo 4.7’ de kadınların menopoza yönelik bilgi formu ifadelerinin dağılımı yer almaktadır. %89.4’ünün menopozun tanımını doğru olarak yaptığı, %82.3’ünün 55 yaşından sonra menopoza girmenin geç, %83.4’ünün 40 yaşından önce menopoza girmenin erken olduğu ifadesini doğru bulduğu belirlenmiştir. Menopozu kadınların %26.4’ü bir hastalık dönemi, %89.4’ü doğurganlık yeteneğinin kaybı olarak nitelendirirken, menopoz yaşına yönelik %45.6’sı anne yaşı ve çocuk doğurmanın etkisine yönelik bilgileri olmadığını belirtmiştir. Kadınların %67.3’ü sigara kullanan kadınların erken menopoza girdiğini ve menopozda yaşanan birçok yakınmanın tedavi edebileceğini belirtirken, %44.9’u menopoz döneminin sağlıklı geçirilebilmesi için hormon tedavisine gerek olmadığı ifadesini yanlış bulduklarını ifade etmiştir. Hormonal tedavi yöntemlerine yönelik; kadınların %65.7’sinin tedavinin vajinal uygulanan tabletlerle yapıp yapılmadığını, 43.7’ sinin oral ilaçların yan etkileri olup olmadığını, %53.9’unun uzun süreli hormon tedavisinin meme kanser görülme sıklığını artırma durumunu bilmedikleri saptanmıştır. Kadınların %42.9’unun hormonal tedavinin idrar kaçırma şikayetini azaltmadığı, %51.6’sının bitkisel yöntemleri doktor kontrolünde

kullanmanın menopozal yakınmaları hafiflettiği ifadesini doğru buldukları belirlenmiştir. Menopoz döneminde yapılan egzersizler için kadınların %29.1'nin kalp hastalığı görülme olasılığını azaltmadığı, %48'inin sıcak basmasını rahatlattığı ve düzenli solunum egzersizlerinin menopozda görülen sorunları azalttığı ve %43.3'ünün kemik erimesi şikayetini durdurmadığı ifadesini doğru olarak nitelendirdiği bulunmuştur. Menopoz döneminde kadınların %79.9'u güneş ışığının kemik erimesini önlediğini, %91.7'si günlük 5-7 porsiyon sebze meyve tüketilmesinin gerekli olduğunu, %87.4'ü günlük 3-4 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketilmesinin gerekliliğini, %87.8'i en az 8 bardak su tüketilmesini, %66.5'i hayvansal yağların kullanılmamasını, %66.1'i çay-kahve gibi içeceklerin en fazla 2 bardak tüketilmesini, %35.4'ü tuz kısıtlamasının gerekli olmadığını ve %86.1'i ise yılda bir kez düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidilmesinin gerekliliğini doğru olarak değerlendirdiğini ifade etmiştir (Tablo 7).

**Tablo 4.8. Kadınların Yaş Gruplarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Yaş	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Somatik Şikayetler	40-49 yaş	84	6.8 ± 3.2	11.632	<b>0.003</b>
	50-59 yaş	127	7.4 ± 2.9		
	60 yaş ve üzeri	43	8.8 ± 3.3*		
Psikolojik Şikayetler	40-49 yaş	84	7.0 ± 3.2	3.110	0.211
	50-59 yaş	127	6.5 ± 3.2		
	60 yaş ve üzeri	2	6.0 ± 2.8		
Ürogenital Şikayetler	40-49 yaş	84	4.1 ± 4.2	10.545	<b>0.005</b>
	50-59 yaş	127	5.1 ± 3.6		
	60 yaş ve üzeri	43	6.1 ± 4.1*		
Toplam	40-49 yaş	84	17.9 ± 7.9	4.273	0.118
	50-59 yaş	127	19.0 ± 7.4		
	60 yaş ve üzeri	43	20.9 ± 7.8		

Tablo 4.8’de kadınların yaş gruplarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; psikolojik şikayetler alt boyutu ve toplam puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutlarında ise 60 ve üzeri yaş grubunda olan kadınlarda puan ortalamalarının diğer yaş grubunda olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



**Tablo 4.9. Kadınların Medeni Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>MSD Ölçeği Alt Boyutları</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>Puan X ± SS</b>
<b>Somatik Şikayetler</b>	Evli	250	7.5 ± 3.1
	Bekar	4	4.3 ± 1.5
<b>Psikolojik Şikayetler</b>	Evli	250	6.6 ± 3.1
	Bekar	4	7.3 ± 3.2
<b>Ürogenital Şikayetler</b>	Evli	250	5.0 ± 3.9
	Bekar	4	4.0 ± 2.8
<b>Toplam</b>	Evli	250	19.0 ± 7.7
	Bekar	4	15.5 ± 7.1

Kadınların medeni durumlarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının; somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan açısından evli olanlarda, psikolojik şikayetler alt boyutunda ise bekar olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak hücrelerdeki birey sayılarının yetersizliğinden dolayı istatistiksel anlamlılık testi yapılamamıştır.

**Tablo 4.10. Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Öğrenim Durumu	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Somatik Şikayetler	Okuryazar değil	49	8.5 ± 3.2*	9.544	0.023
	Okuryazar	64	6.8 ± 2.9		
	İlkokul	122	7.3 ± 3.1		
	Ortaokul ve üzeri	19	7.2 ± 3.4		
Psikolojik Şikayetler	Okuryazar değil	49	6.6 ± 3.1	6.145	0.105
	Okuryazar	64	5.8 ± 2.7		
	İlkokul	122	7.0 ± 3.2		
	Ortaokul ve üzeri	19	6.6 ± 3.5		
Ürogenital Şikayetler	Okuryazar değil	49	6.0 ± 3.8*	8.179	0.042
	Okuryazar	64	5.3 ± 4.1		
	İlkokul	122	4.6 ± 3.9		
	Ortaokul ve üzeri	19	3.5 ± 3.2		
Toplam	Okuryazar değil	49	21.0 ± 7.8	6.191	0.103
	Okuryazar	64	17.9 ± 7.8		
	İlkokul	122	18.9 ± 7.4		
	Ortaokul ve üzeri	19	17.3 ± 8.4		

Tablo 4.10’da kadınların öğrenim durumlarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; psikolojik şikayetler alt boyutu ve toplam puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

Somatik şikayetler alt boyutunda okuryazar olmayan kadınların okuryazar olan kadınlara, ürogenital şikayetler alt boyutunda ise okuryazar olmayan kadınların ortaokul ve üzeri öğrenime sahip olan kadınlara göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.11. Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Eş Öğrenim Durumu	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Somatik Şikayetler	Okuryazar değil	12	6.9 ± 3.8	5.939	0.204
	Okuryazar	11	7.0 ± 3.3		
	İlkokul	106	7.0 ± 2.9		
	Ortaokul	47	8.1 ± 2.7		
	Lise ve üzeri	76	7.8 ± 3.5		
Psikolojik Şikayetler	Okuryazar değil	12	6.2 ± 3.4	10.814	<b>0.029</b>
	Okuryazar	11	3.9 ± 1.8*		
	İlkokul	106	6.8 ± 3.0		
	Ortaokul	47	6.3 ± 3.2		
	Lise ve üzeri	76	6.9 ± 3.3		
Ürogenital Şikayetler	Okuryazar değil	12	5.9 ± 4.4	0.734	0.947
	Okuryazar	11	5.4 ± 4.8		
	İlkokul	106	4.9 ± 3.6		
	Ortaokul	47	5.1 ± 4.3		
	Lise ve üzeri	76	4.8 ± 3.9		
Toplam	Okuryazar değil	12	19.0 ± 9.7	2.725	0.605
	Okuryazar	11	16.3 ± 8.4		
	İlkokul	106	18.7 ± 7.1		
	Ortaokul	47	19.6 ± 7.4		
	Lise ve üzeri	76	19.5 ± 8.3		

Kadınların eşlerinin öğrenim durumlarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının; somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı ( $p>0.05$ ), psikolojik şikayetler alt boyutunda da eşi okuryazar olan kadınların puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11;  $p<0.05$ ).

**Tablo 4.12. Kadınların Mesleklerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>MSD Ölçeği Alt Boyutları</b>	<b>Meslek</b>	<b>n</b>	<b>Puan X ± SS</b>
<b>Somatik Şikayetler</b>	Ev hanımı	233	7.4 ± 3.1
	Memur	15	7.7 ± 3.1
	İşçi	2	5.0 ± 0.0
	Emekli	4	6.8 ± 5.6
<b>Psikolojik Şikayetler</b>	Ev hanımı	233	6.6 ± 3.1
	Memur	15	7.1 ± 2.8
	İşçi	2	5.0 ± 0.0
	Emekli	4	3.8 ± 4.5
<b>Ürogenital Şikayetler</b>	Ev hanımı	233	5.0 ± 4.0
	Memur	15	3.3 ± 3.0
	İşçi	2	6.0 ± 0.0
	Emekli	4	5.0 ± 4.8
<b>Toplam</b>	Ev hanımı	233	19.1 ± 7.6
	Memur	15	18.1 ± 7.9
	İşçi	2	16.0 ± 0.0
	Emekli	4	15.5 ± 13.3

Tablo 4.12’de kadınların mesleklerine göre MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; somatik ve psikolojik şikayetler alt boyutlarında memurların, ürogenital şikayetler ve toplam puanda ise ev hanımlarının daha yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir. Ancak hücrelerdeki birey sayılarının yetersizliğinden dolayı istatistiksel anlamlılık testi yapılamamıştır.

**Tablo 4.13. Kadınların Eşlerinin Mesleklerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Eşin Mesleği	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Somatik Şikayetler	Memur	78	7.8 ± 3.4	1.572	0.456
	İşçi/esnaf	145	7.3 ± 3.0		
	İşsiz	31	7.1 ± 3.1		
Psikolojik Şikayetler	Memur	78	6.3 ± 3.5	2.12	0.347
	İşçi/esnaf	145	6.6 ± 2.9		
	İşsiz	31	7.2 ± 3.0		
Ürogenital Şikayetler	Memur	78	5.2 ± 3.9	1.073	0.585
	İşçi/esnaf	145	4.9 ± 4.0		
	İşsiz	31	4.5 ± 3.8		
Toplam	Memur	78	19.3 ± 8.4	0.606	0.739
	İşçi/esnaf	145	18.8 ± 7.3		
	İşsiz	31	18.7 ± 7.5		

Kadınların eşlerinin mesleklerine göre MSD ölçeği puan ortalamalarının; somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.13; p>0.05).

**Tablo 4.14. Kadınların Sağlık Güvencelerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Sağlık Güvencesi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Somatik Şikayetler	SSK	151	7.5 ± 3.0	4.734	0.192
	Bağ-Kur	65	7.8 ± 3.1		
	Yeşil Kart	10	5.8 ± 2.7		
	Emekli Sandığı	28	6.7 ± 3.8		
Psikolojik Şikayetler	SSK	151	6.5 ± 3.2	9.944	<b>0.019</b>
	Bağ-Kur	65	7.3 ± 2.5*		
	Yeşil Kart	10	4.0 ± 3.8		
	Emekli Sandığı	28	5.9 ± 3.3		
Ürogenital Şikayetler	SSK	151	4.7 ± 3.8	3.582	0.310
	Bağ-Kur	65	5.7 ± 4.2		
	Yeşil Kart	10	3.8 ± 1.3		
	Emekli Sandığı	28	4.7 ± 4.6		
Toplam	SSK	151	18.7 ± 7.5	9.876	<b>0.020</b>
	Bağ-Kur	65	20.9 ± 6.9*		
	Yeşil Kart	10	13.6 ± 5.3		
	Emekli Sandığı	28	17.3 ± 9.9		

Tablo 4.14'te kadınların sağlık güvencelerine göre MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

Psikolojik şikayetler alt boyutu ve toplam puanda ise Bağ-Kur'lu olan kadınların puan ortalamalarının Yeşil Kart'lı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.15. Kadınların Aylık Gelir Düzeylerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Aylık Gelir Düzeyi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Somatik Şikayetler	500-999 TL	125	7.0 ± 3.0	5.245	0.073
	1000-1499 TL	67	7.3 ± 3.3		
	1500 TL ve üzeri	62	8.3 ± 3.1		
Psikolojik Şikayetler	500-999 TL	125	6.3 ± 3.0	3.091	0.213
	1000-1499 TL	67	7.0 ± 3.4		
	1500 TL ve üzeri	62	6.7 ± 2.9		
Ürogenital Şikayetler	500-999 TL	125	5.0 ± 4.0	0.053	0.974
	1000-1499 TL	67	4.9 ± 3.7		
	1500 TL ve üzeri	62	4.9 ± 4.0		
Toplam	500-999 TL	125	18.3 ± 7.8	1.539	0.463
	1000-1499 TL	67	19.2 ± 8.1		
	1500 TL ve üzeri	62	19.8 ± 7.1		

Kadınların aylık gelir düzeylerine göre MSD ölçeği puan ortalamalarının; somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.15;  $p>0.05$ ).

**Tablo 4.16. Kadınların Ekonomik Durum Değerlendirmelerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Ekonomik Durum Değerlendirmesi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	P
Somatik Şikayetler	İyi	45	8.3 ± 3.1*	6.922	0.031
	Orta	107	7.7 ± 3.1		
	Kötü	102	6.7 ± 3.1		
Psikolojik Şikayetler	İyi	45	6.2 ± 2.6	3.992	0.136
	Orta	107	7.0 ± 3.0		
	Kötü	102	6.3 ± 3.4		
Ürogenital Şikayetler	İyi	45	5.0 ± 4.1	0.029	0.986
	Orta	107	5.0 ± 3.9		
	Kötü	102	4.9 ± 3.9		
Toplam	İyi	45	19.6 ± 7.2	2.152	0.341
	Orta	107	19.6 ± 7.6		
	Kötü	102	17.9 ± 8.0		

Tablo 4.16’da kadınların ekonomik durum değerlendirmelerine göre MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan ortalamasında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

Somatik şikayetler alt boyutunda da ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarının kötü olarak nitelendirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).



**Tablo 4.17. Kadınların Doğum Sayılarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Doğum Sayısı	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Somatik Şikayetler	1-3	99	7.7 ± 3.6	1.339	0.512
	4-6	91	7.1 ± 2.8		
	7 ve üzeri	64	7.4 ± 2.9		
Psikolojik Şikayetler	1-3	99	6.4 ± 3.5	4.017	0.134
	4-6	91	7.1 ± 2.5		
	7 ve üzeri	64	6.1 ± 3.2		
Ürogenital Şikayetler	1-3	99	4.5 ± 3.7	3.244	0.198
	4-6	91	4.9 ± 4.3		
	7 ve üzeri	64	5.6 ± 3.7		
Toplam	1-3	99	18.7 ± 8.4	0.056	0.972
	4-6	91	19.1 ± 7.0		
	7 ve üzeri	64	19.0 ± 7.6		

Kadınların doğum sayılarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının; somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.17;  $p>0.05$ ).

**Tablo 4.18. Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Yaşayan Çocuk Sayısı	n	Puan X ± SS	Test Değeri (MWU)	
				U	p
Somatik Şikayetler	2 ve daha az	117	7.9 ± 3.3	6970	0.071
	3 ve daha fazla	137	7.0 ± 2.9		
Psikolojik Şikayetler	2 ve daha az	117	6.8 ± 2.9	7301.5	0.216
	3 ve daha fazla	137	6.4 ± 3.3		
Ürogenital Şikayetler	2 ve daha az	117	5.2 ± 3.9	7417	0.302
	3 ve daha fazla	137	4.7 ± 4.0		
Toplam	2 ve daha az	117	19.8 ± 7.4	7050.5	0.097
	3 ve daha fazla	137	18.1 ± 7.9		

Tablo 4.18’de kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.19. Kadınların Menopoza Girme Sürelerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Menopoz Süresi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Somatik Şikayetler	1-4 yıl	125	7.3 ± 3.0	0.602	0.896
	5-9 yıl	39	7.5 ± 3.0		
	10-14 yıl	63	7.7 ± 3.3		
	15 yıl ve üzeri	27	6.9 ± 3.8		
Psikolojik Şikayetler	1-4 yıl	125	7.3 ± 3.0*	16.452	0.001
	5-9 yıl	39	6.8 ± 3.1		
	10-14 yıl	63	5.7 ± 2.9		
	15 yıl ve üzeri	27	5.0 ± 3.2		
Ürogenital Şikayetler	1-4 yıl	125	4.4 ± 3.8	5.721	0.126
	5-9 yıl	39	5.9 ± 4.0		
	10-14 yıl	63	5.3 ± 3.8		
	15 yıl ve üzeri	27	5.4 ± 4.5		
Toplam	1-4 yıl	125	19.0 ± 7.1	1.446	0.695
	5-9 yıl	39	20.2 ± 7.2		
	10-14 yıl	63	18.7 ± 7.9		
	15 yıl ve üzeri	27	17.3 ± 10.2		

Kadınların menopoza girme süresi ile somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ), psikolojik şikayetler alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.19;  $p<0.05$ ).

**Tablo 4.20. Kadınların Menopoza Giriş Şekillerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Menopoza Giriş Şekli	n	Puan $\bar{X} \pm SS$	Test Değeri (MWU)	
				U	p
Somatik Şikayetler	Doğal	205	7.5 ± 3.1	4514.5	0.268
	Müdahale	49	7.0 ± 3.2		
Psikolojik Şikayetler	Doğal	205	6.6 ± 3.1	4776.5	0.590
	Müdahale	49	6.2 ± 3.3		
Ürogenital Şikayetler	Doğal	205	5.0 ± 4.0	5019	0.994
	Müdahale	49	4.8 ± 3.6		
Toplam	Doğal	205	19.1 ± 7.7	4554	0.309
	Müdahale	49	18.0 ± 7.7		

Menopoz semptom değerlendirme ölçeği alt puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların menopoza girme şekilleri ile somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmektedir (Tablo 4.20.)

**Tablo 4.21. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Bilgi Alma Durumu	n	Puan X ± SS	Test Değeri (MWU)	
				U	p
Somatik Şikayetler	Alan	149	6.9 ± 3.0	6278	<b>0.007</b>
	Almayan	105	8.0 ± 3.2		
Psikolojik Şikayetler	Alan	149	6.6 ± 3.2	7627	0,731
	Almayan	105	6.4 ± 2.8		
Ürogenital Şikayetler	Alan	149	4.4 ± 3.8	6453.5	<b>0.017</b>
	Almayan	105	5.6 ± 4.0		
Toplam	Alan	149	18.0 ± 7.6	6579	<b>0.030</b>
	Almayan	105	20.1 ± 7.6		

Kadınların menopozla ilgili bilgi alma durumlarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının; somatik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan açısından bilgi alan kadınlarda almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

Psikolojik şikayetler alt boyutunda da menopoza yönelik bilgi alma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.21;  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.22. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Kaynaklarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>MSD Ölçeği Alt Boyutları</b>	<b>Bilgi Kaynağı</b>	<b>n</b>	<b>Puan X ± SS</b>
<b>Somatik Şikayetler</b>	Ebe	21	7.4 ± 3.4
	Hemşire	5	7.0 ± 2.7
	Hekim	115	6.8 ± 3.0
	Diğer	8	8.0 ± 2.5
<b>Psikolojik Şikayetler</b>	Ebe	21	6.9 ± 3.3
	Hemşire	5	6.2 ± 5.2
	Hekim	115	6.4 ± 3.1
	Diğer	8	9.3 ± 3.4
<b>Ürogenital Şikayetler</b>	Ebe	21	3.9 ± 3.6
	Hemşire	5	4.4 ± 1.7
	Hekim	115	4.5 ± 4.0
	Diğer	8	5.9 ± 2.8
<b>Toplam</b>	Ebe	21	18.2 ± 7.6
	Hemşire	5	17.6 ± 4.1
	Hekim	115	17.7 ± 7.8
	Diğer	8	23.1 ± 6.0

Tablo 4.22’de kadınların menopozla ilgili bilgi kaynaklarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; somatik şikayetler alt boyutunda hekimden, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puanda ise hemşireden bilgi alanların daha düşük puana sahip oldukları saptanmıştır. Ancak hücrelerdeki birey sayılarının yetersizliğinden dolayı istatistiksel anlamlılık testi yapılamamıştır.

**Tablo 4.23. Kadınların Menopozla İlgili Tedavi Alma Durumlarına Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Tedavi Alma Durumu	n	Puan X ± SS	Test Değeri (MWU)	
				U	p
Somatik Şikayetler	Tedavi alan	235	7.5 ± 3.1	1743	0.109
	Tedavi almayan	19	6.1 ± 3.1		
Psikolojik Şikayetler	Tedavi alan	235	6.6 ± 3.0	2063	0.577
	Tedavi almayan	19	5.9 ± 4.0		
Ürogenital Şikayetler	Tedavi alan	235	5.1 ± 3.9	1715,5	0.091
	Tedavi almayan	19	3.5 ± 3.4		
Toplam	Tedavi alan	235	19.2 ± 7.6	1607.5	<b>0.042</b>
	Tedavi almayan	19	15.4 ± 7.6		

Kadınların menopoza yönelik tedavi alma durumlarına göre MSD ölçeği puan ortalamalarının; somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Toplam puanda ise menopoza yönelik tedavi alanların almayanlara göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.23;  $p<0.05$ ).

**Tablo 4.24. Kadınların Hormon Tedavisi Alma Sürelerine Göre MSD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

MSD Ölçeği Alt Boyutları	Tedavi Alma Süresi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (F)	
				F	p
Somatik Şikayetler	1-9 yıl	42	7.4 ± 3.3	0.180	0.856
	10-19 yıl	24	7.9 ± 2.9		
	20 yıl ve üzeri	44	7.7 ± 2.7		
Psikolojik Şikayetler	1-9 yıl	42	7.5 ± 3.4	3.109	0.340
	10-19 yıl	24	6.5 ± 2.6		
	20 yıl ve üzeri	44	7.2 ± 2.6		
Ürogenital Şikayetler	1-9 yıl	42	4.4 ± 3.3	0.566	0.50
	10-19 yıl	24	5.6 ± 4.3		
	20 yıl ve üzeri	44	5.3 ± 3.6		
Toplam	1-9 yıl	42	19.3 ± 7.6	0.493	0.902
	10-19 yıl	24	20.0 ± 7.1		
	20 yıl ve üzeri	44	20.1 ± 6.6		

Kadınların menopoza hormon tedavisi alma sürelerine göre MSD ölçeği puan ortalamalarının; somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler alt boyutları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.24;  $p>0.05$ ).



**Tablo 4.25. Kadınların Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Bilgi Grupları</b>	<b>Alnabilecek Alt-Üst Puan</b>	<b>Alınan Alt-Üst Puan</b>	<b>Puan X ± SS</b>
Menopozun tanımı	0-5	2-5	4.07 ± 0.89
Menopoz yaşını etkileyen faktörler	0-3	0-3	1.17 ± 0.74
Menopozun tedavisi	0-7	0-6	3.03 ± 1.90
Menopozla baş etme	0-5	0-4	1.78 ± 1.29
Menopoz döneminde beslenme	0-7	1-7	5.40 ± 1.45
Toplam	0-27	6-24	15.44 ± 3.63

Kadınların menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; bilgi gruplarına göre menopozun tanımından  $4.07 \pm 0.89$ , menopoz yaşını etkileyen faktörlerden  $1.17 \pm 0.74$ , menopozun tedavisinden  $3.03 \pm 1.90$ , menopozla baş etmeden  $1.78 \pm 1.29$ , menopoz döneminde beslenmeden  $5.40 \pm 1.45$  puan aldıkları belirlenmiş, toplamda ise puanlarının  $15.44 \pm 3.63$  olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25).

**Tablo 4.26. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Yaş	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Menopozun Tanımı	40-49 yaş	84	4.2 ± 0.8	3.945	0.139
	50-59 yaş	127	4.1 ± 0.9		
	60 yaş ve üzeri	43	3.9 ± 0.8		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	40-49 yaş	84	1.2 ± 0.7	0.542	0.762
	50-59 yaş	127	1.1 ± 0.7		
	60 yaş ve üzeri	43	1.1 ± 0.7		
Menopozun Tedavisi	40-49 yaş	84	3.2 ± 2.0	2.310	0.315
	50-59 yaş	127	3.0 ± 1.8		
	60 yaş ve üzeri	43	2.7 ± 1.9		
Menopozla Baş Etme	40-49 yaş	84	2.1 ± 1.3*	9.756	<b>0.008</b>
	50-59 yaş	127	1.7 ± 1.3		
	60 yaş ve üzeri	43	1.4 ± 1.2		
Menopoz Döneminde Beslenme	40-49 yaş	84	5.4 ± 1.3	2.347	0.309
	50-59 yaş	127	5.5 ± 1.6		
	60 yaş ve üzeri	43	5.3 ± 1.3		
Toplam	40-49 yaş	84	16.0 ± 3.6*	6.267	<b>0.044</b>
	50-59 yaş	127	15.4 ± 3.7		
	60 yaş ve üzeri	43	14.4 ± 3.2		

Tablo 4.26’da kadınların yaş gruplarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi ve menopoz döneminde beslenme gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Bunun yanı sıra menopozla baş etmede 40-49 yaş grubunda olanların diğerlerine ve toplam puanda ise 40-49 yaş grubunda olanların 60 ve üzeri yaşında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.27. Kadınların Medeni Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Bilgi Grupları</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>Puan X ± SS</b>
<b>Menopozun Tanımı</b>	Evli	250	4.1 ± 0.9
	Bekar	4	4.5 ± 0.6
<b>Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler</b>	Evli	250	1.2 ± 0.7
	Bekar	4	1.5 ± 0.6
<b>Menopozun Tedavisi</b>	Evli	250	3.0 ± 1.9
	Bekar	4	4.5 ± 1.0
<b>Menopozla Baş Etme</b>	Evli	250	1.8 ± 1.3
	Bekar	4	3.5 ± 0.6
<b>Menopoz Döneminde Beslenme</b>	Evli	250	5.4 ± 1.5
	Bekar	4	6.0 ± 1.2
<b>Toplam</b>	Evli	250	15.4 ± 3.6
	Bekar	4	20.0 ± 1.4

Kadınların medeni durumlarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puan açısından bekar olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak hücrelerdeki birey sayılarının yetersizliğinden dolayı istatistiksel anlamlılık testi yapılamamıştır (Tablo 4.27).

**Tablo 4.28. Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Öğrenim Durumu	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Menopozun Tanımı	Okuryazar değil	49	4.1 ± 0.8	2.436	0.653
	Okuryazar	64	4.0 ± 1.0		
	İlkokul	122	4.1 ± 0.9		
	Ortaokul ve üzeri	19	4.3 ± 0.7		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	Okuryazar değil	49	1.1 ± 0.8	9.170	<b>0.012</b>
	Okuryazar	64	1.0 ± 0.8		
	İlkokul	122	1.2 ± 0.7		
	Ortaokul ve üzeri	19	1.6 ± 0.5*		
Menopozun Tedavisi	Okuryazar değil	49	2.4 ± 2.0	8.132	0.088
	Okuryazar	64	3.2 ± 1.8		
	İlkokul	122	3.1 ± 1.9		
	Ortaokul ve üzeri	19	3.5 ± 1.7		
Menopozla Baş Etme	Okuryazar değil	49	1.4 ± 1.2	10.920	<b>0.011</b>
	Okuryazar	64	1.5 ± 1.3		
	İlkokul	122	2.0 ± 1.3*		
	Ortaokul ve üzeri	19	1.9 ± 1.4		
Menopoz Döneminde Beslenme	Okuryazar değil	49	5.4 ± 1.3	1.495	0.621
	Okuryazar	64	5.5 ± 1.3		
	İlkokul	122	5.4 ± 1.6		
	Ortaokul ve üzeri	19	5.1 ± 1.3		
Toplam	Okuryazar değil	49	14.5 ± 3.5	6.838	0.104
	Okuryazar	64	15.2 ± 3.2		
	İlkokul	122	15.8 ± 3.9		
	Ortaokul ve üzeri	19	16.4 ± 3.3		

Tablo 4.28’de kadınların yaş gruplarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; menopozun tanımı, menopozun tedavisi ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puanda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Menopoz yaşını etkileyen faktörlerde ortaokul ve üzeri öğrenime sahip olan, menopozla baş etmede ise ilkokul mezunu olan kadınların okuryazar olan ve olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.29. Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Eş Öğrenim Durumu	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
<b>Menopozun Tanımı</b>	Okuryazar değil	12	4.5 ± 0.5	4.711	0.497
	Okuryazar	11	3.9 ± 0.9		
	İlkokul	106	4.0 ± 1.0		
	Ortaokul	47	4.0 ± 0.9		
	Lise ve üzeri	76	4.1 ± 0.8		
<b>Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler</b>	Okuryazar değil	12	1.3 ± 0.8	2.153	0.911
	Okuryazar	11	1.0 ± 0.6		
	İlkokul	106	1.2 ± 0.8		
	Ortaokul	47	1.1 ± 0.8		
	Lise ve üzeri	76	1.1 ± 0.7		
<b>Menopozun Tedavisi</b>	Okuryazar değil	12	2.3 ± 2.3	6.825	0.297
	Okuryazar	11	2.1 ± 1.7		
	İlkokul	106	3.1 ± 1.8		
	Ortaokul	47	2.9 ± 1.9		
	Lise ve üzeri	76	3.2 ± 1.9		
<b>Menopozla Baş Etme</b>	Okuryazar değil	12	1.7 ± 1.6	6.597	0.186
	Okuryazar	11	1.4 ± 0.8		
	İlkokul	106	1.8 ± 1.2		
	Ortaokul	47	1.8 ± 1.2		
	Lise ve üzeri	76	1.9 ± 1.3		
<b>Menopoz Döneminde Beslenme</b>	Okuryazar değil	12	5.5 ± 0.5	5.786	0.466
	Okuryazar	11	6.0 ± 0.9		
	İlkokul	106	5.4 ± 1.6		
	Ortaokul	47	5.6 ± 1.2		
	Lise ve üzeri	76	5.2 ± 1.6		
<b>Toplam</b>	Okuryazar değil	12	15.2 ± 3.7	2.809	0.618
	Okuryazar	11	13.8 ± 3.7		
	İlkokul	106	15.5 ± 3.8		
	Ortaokul	47	15.4 ± 3.2		
	Lise ve üzeri	76	15.4 ± 3.5		

Kadınların eşlerinin öğrenim durumlarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.29; p>0.05).

**Tablo 4.30. Kadınların Mesleklerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Bilgi Grupları</b>	<b>Meslek</b>	<b>n</b>	<b>Puan X ± SS</b>
<b>Menopozun Tanımı</b>	Ev hanımı	233	4.1 ± 0.9
	Memur	15	4.1 ± 0.7
	İşçi	2	2.0 ± 0.0
	Emekli	4	4.3 ± 1.0
<b>Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler</b>	Ev hanımı	233	1.1 ± 0.7
	Memur	15	1.5 ± 0.5
	İşçi	2	0.0 ± 0.0
	Emekli	4	2.3 ± 0.5
<b>Menopozun Tedavisi</b>	Ev hanımı	233	3.0 ± 1.9
	Memur	15	3.7 ± 1.6
	İşçi	2	3.0 ± 0.0
	Emekli	4	4.0 ± 1.2
<b>Menopozla Baş Etme</b>	Ev hanımı	233	1.8 ± 1.3
	Memur	15	2.2 ± 1.5
	İşçi	2	1.0 ± 0.0
	Emekli	4	2.0 ± 1.2
<b>Menopoz Döneminde Beslenme</b>	Ev hanımı	233	5.4 ± 1.5
	Memur	15	5.5 ± 1.4
	İşçi	2	7.0 ± 0.0
	Emekli	4	4.5 ± 1.0
<b>Toplam</b>	Ev hanımı	233	15.3 ± 3.7
	Memur	15	17.1 ± 3.3
	İşçi	2	13.0 ± 0.0
	Emekli	4	17.0 ± 0.0

Tablo 4.30’da kadınların mesleklerine göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi grupları ile toplam puanda emekli olanların, menopozla baş etme grubunda memurların, menopozla beslenme grubunda ise işçilerin daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur. Ancak hücrelerdeki birey sayılarının yetersizliğinden dolayı istatistiksel anlamlılık testi yapılamamıştır.

**Tablo 4.31. Kadınların Eşlerinin Mesleklerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Eşin Mesleği	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Menopozun Tanımı	Memur	78	4.0 ± 0.9	0.846	0.89
	İşçi/esnaf	145	4.1 ± 0.9		
	İşsiz	31	4.1 ± 0.9		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	Memur	78	1.1 ± 0.7	4.297	0.056
	İşçi/esnaf	145	1.3 ± 0.7		
	İşsiz	31	1.0 ± 0.7		
Menopozun Tedavisi	Memur	78	3.1 ± 2.0	2.621	0.543
	İşçi/esnaf	145	3.0 ± 1.8		
	İşsiz	31	2.6 ± 2.2		
Menopozla Baş Etme	Memur	78	1.7 ± 1.3	1.171	0.832
	İşçi/esnaf	145	1.8 ± 1.3		
	İşsiz	31	1.9 ± 1.4		
Menopoz Döneminde Beslenme	Memur	78	5.3 ± 1.6	5.092	0.667
	İşçi/esnaf	145	5.4 ± 1.4		
	İşsiz	31	5.5 ± 1.5		
Toplam	Memur	78	15.2 ± 3.6	2.037	0.450
	İşçi/esnaf	145	15.6 ± 3.5		
	İşsiz	31	15.2 ± 4.2		

Kadınların eşlerinin mesleğine göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.31;  $p>0.05$ ).

**Tablo 4.32. Kadınların Sağlık Güvencelerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Sağlık Güvencesi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Menopozun Tanımı	SSK	151	4.1 ± 0.8	2.951	0.012
	Bağ-Kur	65	4.0 ± 1.0		
	Yeşil Kart	10	3.2 ± 0.9*		
	Emekli Sandığı	28	4.3 ± 0.8		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	SSK	151	1.2 ± 0.8	3.622	0.225
	Bağ-Kur	65	1.2 ± 0.7		
	Yeşil Kart	10	0.7 ± 0.7		
	Emekli Sandığı	28	1.3 ± 0.6		
Menopozun Tedavisi	SSK	151	3.1 ± 1.9	1.102	0.171
	Bağ-Kur	65	2.9 ± 2.0		
	Yeşil Kart	10	2.0 ± 1.5		
	Emekli Sandığı	28	3.4 ± 1.9		
Menopozla Baş Etme	SSK	151	1.8 ± 1.2	1.354	0.393
	Bağ-Kur	65	1.7 ± 1.4		
	Yeşil Kart	10	1.3 ± 1.1		
	Emekli Sandığı	28	2.1 ± 1.4		
Menopoz Döneminde Beslenme	SSK	151	5.4 ± 1.5	7.207	0.068
	Bağ-Kur	65	5.5 ± 1.3		
	Yeşil Kart	10	4.1 ± 1.8		
	Emekli Sandığı	28	5.6 ± 1.1		
Toplam	SSK	151	15.6 ± 3.5	6.467	0.002
	Bağ-Kur	65	15.2 ± 3.7		
	Yeşil Kart	10	11.3 ± 2.6*		
	Emekli Sandığı	28	16.6 ± 3.7		

Tablo 4.32’de kadınların sağlık güvencelerine göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Menopozun tanımı



grubunda Yeşil Kartlı olanların SSK'lılar ve Emekli Sandığı'na bağlı olanlara, toplamda ise Yeşil Kartlı olanların diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.33. Kadınların Aylık Gelir Düzeylerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Aylık Gelir Düzeyi	n	Puan $\bar{X} \pm SS$	Test Değeri (KW)	
				H	p
Menopozun Tanımı	500-999 TL	125	4.0 $\pm$ 1.0	3.811	0.149
	1000-1499 TL	67	4.3 $\pm$ 0.7		
	1500 TL ve üzeri	62	4.0 $\pm$ 0.9		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	500-999 TL	125	1.1 $\pm$ 0.7	2.427	0.297
	1000-1499 TL	67	1.3 $\pm$ 0.8		
	1500 TL ve üzeri	62	1.1 $\pm$ 0.7		
Menopozun Tedavisi	500-999 TL	125	3.2 $\pm$ 2.0	2.503	0.286
	1000-1499 TL	67	3.0 $\pm$ 1.8		
	1500 TL ve üzeri	62	2.8 $\pm$ 1.9		
Menopozla Baş Etme	500-999 TL	125	1.7 $\pm$ 1.2	0.439	0.803
	1000-1499 TL	67	1.7 $\pm$ 1.3		
	1501 TL ve üzeri	62	1.9 $\pm$ 1.4		
Menopoz Döneminde Beslenme	500-999 TL	125	5.5 $\pm$ 1.5	2.079	0.354
	1000-1499 TL	67	5.3 $\pm$ 1.5		
	1500 TL ve üzeri	62	5.3 $\pm$ 1.3		
Toplam	500-999 TL	125	15.5 $\pm$ 3.9	1.346	0.510
	1000-1499 TL	67	15.6 $\pm$ 3.4		
	1500 TL ve üzeri	62	15.0 $\pm$ 3.5		

Kadınların aylık gelir düzeylerine göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.33;  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.34. Kadınların Ekonomik Durum Değerlendirmelerine Göre Menopozla Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Ekonomik Durum Değerlendirmesi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Menopozun Tanımı	İyi	45	3.9 ± 0.9	1.075	0.584
	Orta	107	4.1 ± 0.8		
	Kötü	102	4.1 ± 0.9		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	İyi	45	1.1 ± 0.6	2.564	0.277
	Orta	107	1.2 ± 0.7		
	Kötü	102	1.1 ± 0.7		
Menopozun Tedavisi	İyi	45	2.8 ± 1.6	2.109	0.348
	Orta	107	2.9 ± 1.9		
	Kötü	102	3.1 ± 1.9		
Menopozla Baş Etme	İyi	45	1.5 ± 1.2	1.864	0.394
	Orta	107	1.7 ± 1.2		
	Kötü	102	1.9 ± 1.3		
Menopoz Döneminde Beslenme	İyi	45	5.0 ± 1.4	4.669	0.097
	Orta	107	5.6 ± 1.1		
	Kötü	102	5.3 ± 1.7		
Toplam	İyi	45	14.5 ± 3.0	3.337	0.189
	Orta	107	15.7 ± 3.3		
	Kötü	102	15.5 ± 4.0		

Tablo 4.34'te kadınların ekonomik durum değerlendirmelerine göre menopozla yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puanda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.35. Kadınların Doğum Sayılarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Doğum Sayısı	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Menopozun Tanımı	1-3	99	3.9 ± 0.8	9.801	0.123
	4-6	91	4.2 ± 0.9		
	7 ve üzeri	64	4.1 ± 0.9		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	1-3	99	1.2 ± 0.8	3.703	0.186
	4-6 çocuk	91	1.3 ± 0.7		
	7 ve üzeri	64	1.0 ± 0.7		
Menopozun Tedavisi	1-3	99	3.1 ± 1.9	6.273	0.085
	4-6	91	3.3 ± 1.9		
	7 ve üzeri	64	2.6 ± 1.9		
Menopozla Baş Etme	1-3	99	1.9 ± 1.3	5.579	0.141
	4-6	91	1.8 ± 1.3		
	7 ve üzeri	64	1.5 ± 1.2		
Menopoz Döneminde Beslenme	1-3	99	5.1 ± 1.6	6.541	0.120
	4-6	91	5.6 ± 1.4		
	7 ve üzeri	64	5.6 ± 1.2		
Toplam	1-3	99	15.2 ± 3.8	6.484	0.079
	4-6	91	16.1 ± 3.6		
	7 ve üzeri	64	14.8 ± 3.2		

Kadınların doğum sayılarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.35;  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.36. Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Yaşayan Çocuk Sayısı	n	Puan X ± SS	Test Değeri (MWU)	
				U	p
Menopozun tanımı	2 ve daha az	117	4.1 ± 0.8	5.611	0.930
	3 ve daha fazla	137	4.0 ± 1.0		
Menopoz yaşını etkileyen faktörler	2 ve daha az	117	1.2 ± 0.8	8.400	0.329
	3 ve daha fazla	137	1.1 ± 0.7		
Menopoz Tedavisi	2 ve daha az	117	3.1 ± 2.0	8.828	0.721
	3 ve daha fazla	137	3.0 ± 1.9		
Menopozla Baş Etme	2 ve daha az	117	1.9 ± 1.3	13.108	0.247
	3 ve daha fazla	137	1.7 ± 1.3		
Menopoz Döneminde Beslenme	2 ve daha az	117	5.2 ± 1.5	11.208	0.052
	3 ve daha fazla	137	5.5 ± 1.4		
Toplam	2 ve daha az	117	15.5 ± 3.6	17.149	0.829
	3 ve daha fazla	137	15.4 ± 3.7		

Tablo 4.36’da kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puanda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.37. Kadınların Menopoza Girme Sürelerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Menopoz Girme Süresi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (KW)	
				H	p
Menopozun Tanımı	1-4 yıl	125	4.1 ± 1.0	5.209	0.157
	5-9 yıl	39	4.2 ± 0.9		
	10-14 yıl	63	3.9 ± 0.8		
	15 yıl ve üzeri	27	4.3 ± 0.7		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	1-4 yıl	125	1.2 ± 0.7	2.579	0.461
	5-9 yıl	39	1.3 ± 0.8		
	10-14 yıl	63	1.1 ± 0.8		
	15 yıl ve üzeri	27	1.3 ± 0.6		
Menopozun Tedavisi	1-4 yıl	125	3.0 ± 1.9	1.535	0.674
	5-9 yıl	39	2.8 ± 1.8		
	10-14 yıl	63	3.1 ± 2.1		
	15 yıl ve üzeri	27	3.3 ± 1.9		
Menopozla Baş Etme	1-4 yıl	125	1.8 ± 1.3	1.695	0.638
	5-9 yıl	39	1.9 ± 1.3		
	10-14 yıl	63	1.6 ± 1.3		
	15 yıl ve üzeri	27	1.6 ± 1.1		
Menopoz Döneminde Beslenme	1-4 yıl	125	5.4 ± 1.3	0.731	0.866
	5-9 yıl	39	5.1 ± 2.0		
	10-14 yıl	63	5.5 ± 1.4		
	15 yıl ve üzeri	27	5.5 ± 1.4		
Toplam	1-4 yıl	125	15.5 ± 3.8	0.962	0.810
	5-9 yıl	39	15.2 ± 3.8		
	10-14 yıl	63	15.2 ± 3.5		
	15 yıl ve üzeri	27	15.9 ± 2.9		

Kadınların menopoza girme sürelerine göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme alt boyutu bilgi formu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.37; p>0.05).

**Tablo 4.38. Kadınların Menopoza Giriş Şekillerine Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Menopoza Giriş Şekli	n	Puan X ± SS	Test Değeri (MWU)	
				U	p
Menopozun Tanımı	Doğal	205	4.1 ± 0.9	4960.5	0.887
	Müdahale	49	4.1 ± 0.8		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	Doğal	205	1.2 ± 0.7	4790	0.580
	Müdahale	49	1.1 ± 0.8		
Menopozun Tedavisi	Doğal	205	3.1 ± 1.9	4738.5	0.533
	Müdahale	49	2.9 ± 1.8		
Menopozla Baş Etme	Doğal	205	1.8 ± 1.3	4387.5	0.158
	Müdahale	49	1.6 ± 1.2		
Menopoz Döneminde Beslenme	Doğal	205	5.4 ± 1.5	4709.5	0.485
	Müdahale	49	5.6 ± 1.3		
Toplam	Doğal	205	15.5 ± 3.8	4804.5	0.635
	Müdahale	49	15.3 ± 2.7		

Tablo 4.38’de kadınların menopoza giriş şekillerine göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam bilgi formu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.39. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Bilgi Alma Durumu	n	Puan X ± SS	Test Değeri (MWU)	
				U	p
Menopozun Tanımı	Alan	149	4.2 ± 0.8*	5166.5	0.001
	Almayan	105	3.7 ± 0.8		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	Alan	149	1.3 ± 0.7*	6694	0.032
	Almayan	105	1.0 ± 0.7		
Menopozun Tedavisi	Alan	149	3.1 ± 1.8	7065.5	0.183
	Almayan	105	2.8 ± 1.9		
Menopozla Baş Etme	Alan	149	1.8 ± 1.3	7561	0.641
	Almayan	105	1.7 ± 1.2		
Menopoz Döneminde Beslenme	Alan	149	5.5 ± 1.4*	6528	0.021
	Almayan	105	5.1 ± 1.4		
Toplam	Alan	149	16.1 ± 3.8*	5924	0.001
	Almayan	105	14.5 ± 3.1		

Kadınların menopozla ilgili bilgi alma durumlarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının; menopozun tedavisi ve menopozla baş etme açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puanda ise menopoz döneminde bilgi alan kadınların almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.39;  $p<0.05$ ).

**Tablo 4.40. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Kaynaklarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Bilgi Grupları</b>	<b>Bilgi Kaynağı</b>	<b>n</b>	<b>Puan X ± SS</b>
<b>Menopozun Tanımı</b>	Ebe	21	4.1 ± 0.8
	Hemşire	5	4.6 ± 0.5
	Hekim	115	4.3 ± 0.9
	Diğer	8	4.3 ± 0.7
<b>Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler</b>	Ebe	21	1.4 ± 0.6
	Hemşire	5	1.2 ± 0.4
	Hekim	115	1.2 ± 0.7
	Diğer	8	1.9 ± 0.8
<b>Menopozun Tedavisi</b>	Ebe	21	3.4 ± 1.7
	Hemşire	5	2.4 ± 0.5
	Hekim	115	3.1 ± 1.9
	Diğer	8	4.1 ± 2.0
<b>Menopozla Baş Etme</b>	Ebe	21	1.8 ± 1.3
	Hemşire	5	0.6 ± 0.5
	Hekim	115	1.8 ± 1.3
	Diğer	8	3.1 ± 1.4
<b>Menopoz Döneminde Beslenme</b>	Ebe	21	5.3 ± 1.4
	Hemşire	5	5.4 ± 0.5
	Hekim	115	5.6 ± 1.5
	Diğer	8	5.3 ± 1.2
<b>Toplam</b>	Ebe	21	16.0 ± 3.9
	Hemşire	5	14.2 ± 1.1
	Hekim	115	16.0 ± 3.8
	Diğer	8	18.6 ± 3.5

Tablo 4.40'ta kadınların menopozla ilgili bilgi kaynaklarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; menopozun tanımı grubunda hemşirelerden, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme grupları ile toplam puanda diğer (televizyon, gazete, dergi) bilgi kaynaklarından, menopozla beslenme grubunda ise hekimden bilgi alanların daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur. Ancak hücrelerdeki birey sayılarının yetersizliğinden dolayı istatistiksel anlamlılık testi yapılamamıştır.



**Tablo 4.41. Kadınların Menopozla İlgili Tedavi Alma Durumlarına Göre Menopoza Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Tedavi Alma Durumu	n	Puan X ± SS	Test Değeri (MWU)	
				U	p
Menopozun Tanımı	Tedavi alan	235	4.1 ± 0.9	2217	0.957
	Tedavi almayan	19	4.1 ± 0.7		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	Tedavi alan	235	1.1 ± 0.7	1882	0.211
	Tedavi almayan	19	1.4 ± 0.8		
Menopozun Tedavisi	Tedavi alan	235	3.0 ± 1.9	2160.5	0.813
	Tedavi almayan	19	3.1 ± 1.8		
Menopozla Baş Etme	Tedavi alan	235	1.8 ± 1.3	2133.5	0.741
	Tedavi almayan	19	1.9 ± 1.5		
Menopoz Döneminde Beslenme	Tedavi alan	235	5.4 ± 1.5	1654	0.053
	Tedavi almayan	19	4.9 ± 1.3		
Toplam	Tedavi alan	235	15.4 ± 3.6	2135	0.750
	Tedavi almayan	19	15.4 ± 3.9		

Kadınların menopozla ilgili tedavi alma durumlarına göre menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.41;  $p>0.05$ ).

**Tablo 4.42. Kadınların Hormon Tedavisi Alma Sürelerine Göre Menopozla Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Grupları	Tedavi Alma Süresi	n	Puan X ± SS	Test Değeri (F)	
				F	p
Menopozun Tanımı	1-9 yıl	42	4.1 ± 0.7	0.638	0.441
	10-19 yıl	24	4.0 ± 1.0		
	20 yıl ve üzeri	44	4.2 ± 0.9		
Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler	1-9 yıl	42	1.1 ± 0.9	0.243	0.722
	10-19 yıl	24	1.3 ± 0.8		
	20 yıl ve üzeri	44	1.1 ± 0.6		
Menopozun Tedavisi	1-9 yıl	42	3.5 ± 2.0	2.322	0.529
	10-19 yıl	24	3.5 ± 2.0		
	20 yıl ve üzeri	44	3.1 ± 1.5		
Menopozla Baş Etme	1-9 yıl	42	2.2 ± 1.3	2.027	0.317
	10-19 yıl	24	1.8 ± 1.2		
	20 yıl ve üzeri	44	1.8 ± 1.2		
Menopoz Döneminde Beslenme	1-9 yıl	42	5.7 ± 1.5	0.987	0.594
	10-19 yıl	24	5.8 ± 1.2		
	20 yıl ve üzeri	44	5.3 ± 1.8		
Toplam	1-9 yıl	42	16.5 ± 3.6	2.892	0.643
	10-19 yıl	24	16.3 ± 3.6		
	20 yıl ve üzeri	44	15.6 ± 3.6		

Kadınların hormon tedavisi alma sürelerine göre menopozla yönelik bilgi puan ortalamalarının; menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi, menopozla baş etme ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.42;  $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınlar yaşamlarının yaklaşık 1/3'ünü postmenopozal dönemde geçirmektedirler. Yapılan kesitsel çalışmalarda ise Türk kadınının menopoza girme yaşının 41-51.2 yaş arasında olduğu belirtilmektedir (Özdemir, 2004; Saka ve ark., 2005; Vehid ve ark., 2001, Yanmaz, 2005). Araştırmamızda ise kadınların yaş ortalaması 48.3'tür. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında kadınların yaş ortalamalarının 41-51.5 arasındadır (Çoban ve ark., 2008; Göde ve ark., 2008; Gürkan, 2005; Nehir ve ark., 2009; Özdemir & Çöl, 2004; Saka ve ark., 2005; Tortumluoğlu, 2004; Yanmaz, 2005). Araştırma sonucu diğer çalışma sonuçlarına yakın değerdedir.

Araştırmada kadınların öğrenim durumları içerisinde en fazla %48 ile ilkokul mezunu kadınlar yer almaktadır. Eşlerinin öğrenim durumuna bakıldığında da %42.1'i ilkokul mezunudur. Kadınların %98.4'ünün evli ve %91.7'sinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Eşlerinin ise %87.8'inin çalıştığı, %57.1'inin işçi/esnaf olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %59.4'ünün SSK'lı, %49.2'sinin 500-999 TL arası gelire sahip olduğu ve %40.2'sinin ekonomik durumunu kötü olarak algıladığı bulunmuştur (Tablo 4.1). Ülkemizde bu konuda yapılan diğer çalışmalarda evli olanların oranı %75-80 arasında değişmektedir (Bezircioğlu ve ark., 2004; Oskay, 2000). Hiç evlenmemişlerin oranı da; Şanlıoğlu'nun (2001) çalışmasında %19.4, Özdemir'in (2001) çalışmasında ise %1.1 olarak bulunmuştur. Yine konuya ilişkin benzer çalışmalarda kadınların; % 51.44-92.3'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Bezircioğlu ve ark., 2004; Engindeniz, 2005; Tortumluoğlu, 2003). Araştırma sonuçları diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %39'unun 1-3 doğum yaptığı, %35.8'inin 4-6 doğum yaptığı, %25.2'sinin 7 ve üzeri doğum yaptığı tespit edilmiştir. Kadınların %46.1'inin ise 2 ve daha az çocuğu olduğu, 53.9'unun da 3 ve daha fazla çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). İntepe'nin (2007) İstanbul'da yaptığı araştırma da ise 1-4 çocuğu olanlar araştırmaya katılanların %91.8'ini oluştururken, 5 ve üzeri çocuğu olanlar ise, %7.8'ini oluşturmaktadır. Çalışmamız çocuk sayısı bakımından Acar'ın çalışmasıyla farklılık, İntepe'nin çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı bölgeden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların %49.2'sinin 1-4 yıl önce menopoza girdiği, %80.7'sinin de doğal yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmaya bakıldığında, kadınların (menopoz yaşı  $47.10 \pm 0.29$ )  $7.17 \pm 6.01$  yıl önce menopoza girdiği (Göde ve ark., 2008), %47-67'sinin doğal yolla menopoza girdiği belirlenmiştir (Çoban ve ark., 2008; Kızıltepe, 2006; Nehir ve ark., 2009). Araştırma sonucu diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Kadınların menopozla ilgili bilgi alma durumunu değerlendirildiğinde; %58.7'sinin bilgi aldığı, %77.2'sinin bu bilgiyi hekimden, %14.1'inin ise ebeden aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda menopozal dönemdeki kadınların sadece %22-29'unun menopoz dönemine yönelik bilgi düzeylerinin yeterli olduğu belirlenirken, yaklaşık olarak %40'ının döneme özgü danışmanlık aldığı saptanmıştır. Danışmanlık alanların %71.8'i sağlık personelinin (ebe, hemşire, hekim) danışmanlık alırken; danışmanlık veren sağlık personelinin ise daha çok hekim olduğu, ebe ve hemşirelerin danışmanlık hizmetlerindeki payının %1-10 arasında değiştiği bulunmuştur (Bezircioğlu ve ark., 2004; Biri ve ark., 2004; Ertem, 2005; Nehir ve ark., 2008; Yurdakul ve ark., 2007). Elde edilen sonucun araştırma yapılan kurumda Kadın Doğum Poliklinikleri'nde daha çok kadın doğum uzmanlarının görev almasından, ebe ve hemşirelerin bu birimlerde istihdam edilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ebeden alınan bilginin azlığı ise ebelerin Kadın Doğum Poliklinikleri'nde aktif rol almadıklarını, bilginin daha çok Aile Sağlığı Merkezleri aracılığıyla sınırlı düzeyde verildiğini düşündürmektedir.

Kadınların tedavi alma durumlarına bakıldığında; %92.5'inin menopoza yönelik tedavi aldığı, bunların çoğunluğunun da hormon (%40.6) ve kalsiyum (%49.2) tedavisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Menopoz dönemi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde yaşanan sıkıntılarla baş etmede tıbbi destek olarak HRT kullanılmaktadır (Erdem, 2006; Rotem et al., 2005; Sturdee & Mc Lennan, 2004; Thorp et al., 2001; Tokuç ve ark., 2006). Ülkemizdeki yapılan diğer araştırmalarda kadınların %83'ü menopoza yönelik tedavi almamış, menopoza yönelik tedavi alanların %18.5'i hormon tedavisi kullanmıştır (Erdem, 2006). Tokuç ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada ise katılımcıların %18.9'u halen HRT kullanmakta, %37'si HRT'yi kullanıp bırakmış, %44.1'i ise hiç HRT kullanmamıştır. Çalışmamızda HRT kullanım oranı oldukça yüksektir. Bu bakımdan araştırma sonucu diğer çalışmalara göre farklılık

göstermektedir. Bu farkın menopoza yönelik yaşanan sorunlarda sıklıkla medikal çözümler sunulması ve alternatif yöntemlerin tercih edilmeyişi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %27.2'sinin çok şiddetli eklem ve kas rahatsızlığı yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %32.7'sinin şiddetli fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadığı, %44.5'inin orta düzeyde uyku sorunu olduğu, %42.1'inin hafif düzeyde endişe yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %32.7'sinin idrar sorunu yaşamadığı, %30.3'ünün vajinal kuruluğun olmadığı ve %22.1'inin cinsel yaşamla ilgili herhangi bir sorun yaşamadığı bulunmuştur (Tablo 4.4). Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınların menopoz döneminde en çok fiziksel olarak; sıcak basması, gece terlemesi, kas ve eklem ağrısı, psikolojik olarak ise uykusuzluk, huzursuzluk, sinirlilik, baş ağrısı, sıkıntı hissi ve unutkanlık yakınmaları yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmalarda; kadınlarda sıcak basmasının %72.7-80.4, gece terlemesinin %70.1-78.2, kas-eklem ağrıların % 60.8-100, uykusuzluğun %56-91, sinirliliğin %71-94, baş ağrısının %46.0-73.6, unutkanlığın %63.5-100, deride kuruluğun %30-50, konstipasyonun %40-100 oranında görüldüğü saptanmıştır (Arıkan, 2005; Biri ve ark., 2005; Erdem, 2006; Oğurlu, 2008; Saka ve ark., 2005; Tortumluoğlu, 2003). Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında da kadınlarda yaşanan yakınmalar açısından; sıcak basması %15.1-80, gece terlemesi %8.2-70.9, kas-eklem ağrıları %38.5-51, uykusuzluk %14-53.5 ve baş ağrısı %60.2 oranında görülmektedir (Chung & Tang, 2006; Cheng et al., 2008; Dog, 2001; Kravitz et al., 2003; Lai et al., 2006; Pan et al., 2002; Shin et al., 2005). Araştırma sonuçları şiddetli ve orta düzeyde yaşanan semptomlar açısından fiziksel ve zihinsel yorgunluk, kalp rahatsızlıklarında, hafif düzeyde yaşanan semptomların ise tamamı açısından diğer çalışma sonuçları ile farklılaşmaktadır. Bu durumun kadınların geleneksel aile yapısı nedeniyle ev ortamında aktif rol almamalarından, beslenme örüntülerinden ve aile-eş desteğini harekete geçirmek için bilgilendirme yapılmayışından kaynaklanabilmektedir.

Kadınların menopoz yakınmalarıyla baş etmeye yönelik uygulamalarına bakıldığında; sıcak basması şikayeti yaşayanların; %40.6'sının kolay çıkabilecek elbiseler giymeyi tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, duş alma, ince giysi giyme, üzerini çıkarma, vücudun belli yerlerine buz uygulama, vantilatör kullanma girişimlerinde buldukları belirlenmiştir

(Özgür, 2007; Tortumluoğlu, 2003). Araştırma sonucu diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan kalp rahatsızlığı yaşayanların %37.8'inin bulunduğu ortamdaki daha sakin bir ortama geçtiği bulunmuştur (Tablo 4.6). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar da ise rahat bir yere oturup dinlenmeye çalıştıkları, kendi kendine konuştukları ve müzik dinledikleri belirlenmiştir (Özgür, 2007; Oğurlu, 2008). Literatür çalışmalarında da beslenmeye dikkat etme, düzenli spor yapma, dinlenme vb, ayrıca şikayetler çok şiddetliyse bir hekime başvurma önerilmektedir (Atasü, 2001; Karacan & Günay, 2003). Çalışmamızda kadınların, literatür sonuçları ile karşılaştırıldığında daha çok alışlagelen girişimlerde buldukları saptanmıştır. Bu durumun kadınların diğer baş etme yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Keyifsizlik halinde kadınların %31.9'unun yakınları ile paylaşımda bulunduğu (Tablo 4.6); ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da en fazla kendilerine yakın hissettikleri kişileri arama, ziyarete gitme, dışarı çıkma, torunla oynama girişiminde buldukları belirlenmiştir (Özgür, 2007). Bu anlamda çalışmamız diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Sinirlilik durumunda kadınların %28'inin ağladığı ve yakınları ile paylaştığı bulunmuştur (Tablo 4.6). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda, ağlamayı, etrafındakilere bağırma, sıkıntı ve şikayetlerini diğer insanlarla paylaşmayı tercih ettikleri belirlenmiştir (Erdem, 2006; Özgür, 2007). Sonuç diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ağlama ve yakınlarıyla paylaşma gibi yöntemler birer baş etme yöntemi olsa da kadınların diğer baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Endişeli olan kadınların %38.2'sinin dua ettiği bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu sonuç Erdem (2006) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Kadınların dua ederek rahatlamalarının dini ritüellerle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların fiziksel ve zihinsel yorgunlukta %60.6'sının dinlendiği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Diğer çalışmalara baktığımızda ise, beslenmeye dikkat etme, öğün atlamama, spor yapma, dinlenme, enerji veren yiyecek ve içecekleri tüketme ve hatırlamayı kolaylaştıracak faaliyetlerde bulunma fiziksel ve

zihinsel yorgunluk ile başa çıkmada yardımcı olabilecek yöntemler olarak belirtilmiştir (Özgür, 2007; Tortumluoğlu, 2004). Araştırma sonucumuz diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Cinsel sorun yaşayan kadınların %42.9'unun eşiyle birlikte olmamayı ya da eşinden uzak durmayı tercih ettiği bulunurken (Tablo 4.6), diğer çalışmalarda da eşleri ile konuşup kendilerine karşı anlayışlı ve yardımcı olmasını istedikleri ya da herhangi bir uygulama yapmadıkları saptanmıştır (Oğurlu, 2008; Özgür, 2007). Baş etme davranışlarına bakıldığında, kadınların menopoza yönelik yeterli bilgi almamalarından ve kültürel olarak cinselliğin rahat konuşulamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İdrar sorunlarında kadınların %40.2'sinin ara bezi ya da günlük ped kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.6). Diğer çalışmalarda ise öncesi kısıtlı sıvı tüketmek ve ilaç kullanmak gibi yöntemleri tercih ettiği belirtilmektedir (Oğurlu, 2008; Özgür, 2007). Kadınların idrar sorunları ile baş etmeleri için kegel egzersizleri, düzenli spor yapma, yeterli su tüketimi, diüretiklerden uzak durma vb girişimler önerilmektedir (Saka ve ark., 2005). Araştırma sonucumuz diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir. Kadınların günlük ped kullanma gibi palyatif çözümlere başvurmaları menopoza yönelik bilgi eksikliğinden kaynaklanabilmektedir.

Vajinada kuruluk sorunu yaşayan kadınların %52.4'ünün herhangi bir uygulama yapmadığı belirlenmiştir. Özgür (2007) çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur. Bu sonucun, ülkemizde üreme sistemine yönelik sorunların rahat konuşulamaması ve bundan dolayı sorunlara çözüm bulunulamayışı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların baş ağrısında %43.3'ünün ağrı kesici ilaç kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu sonuç diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Erdem, 2006; Oğurlu, 2008). Baş ağrısı için ağrı kesici ilaç kullanmaları, ağrı kesicilerin rahatlatıcı ve sakinleştirici etkileri ile bir an önce rahatlamak istemelerinden kaynaklanabilmektedir. Aynı zamanda ağrıyla baş etme yöntemleri ile ilgili bilgi eksikliği de bir neden olabilir.

Eklem ve kas rahatsızlıklarında ise kadınların %32.3'ünün ağrı kesici ilaç kullandığı belirlenirken (Tablo 4.6), ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ise kadınların; hava ısısına uygun giyinmeyi, yürüyüş ve egzersiz yapmayı tercih ettikleri

saptanmıştır (Özgür, 2007; Yağmur, 2003). Literatürlerde de hızlı yürüme, tenis, dans etme, aerobik ve ağırlık kaldırma gibi egzersizlerin kemik kütlelerinde artışa neden olduğu belirtilmektedir (Clifton-Bligh & Sambrook, 2003). Çalışmamız diğer çalışma ve kaynaklarla örtüşmemektedir. Kadınların da bu şikayetlerle baş etmek için sporu değil de medikal tedaviyi tercih etmeleri, yeterli bilgilendirilmemelerinden kaynaklanabilmektedir.

Vücutunda kıllanma sorunu yaşayan kadınların %47.2'si tüylerini çeşitli yöntemlerle aldığı bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu sonuç Erdem'in (2006) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Kadınların tüylerini alarak kurtulmaya çalışmaları, kendilerini rahatsız eden kıllanma sorunuyla baş etmede istendik bir davranış olarak düşünülebilir.

Uyku sorunları olan kadınların %55.1'inin, herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Diğer çalışmalarda uyumak için sessiz bir ortam seçtikleri, akşamları kafeinli yiyecek ve içeceklerden uzak durdukları ve kitap okudukları ve gece yatmadan önce süt, yoğurt vb. yiyecek ve içecekler, bitki çayları tükettikleri saptanmıştır (Özgür, 2007). Literatürlerde de benzer önerilerde bulunduğu görülmüştür (Saka ve ark., 2005). Araştırma sonucumuz hem diğer çalışmalarla hem literatürle farklılık göstermektedir. Bu farklılığın menopoz semptomlarıyla baş etmeye yönelik bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Vücutunda uyuşma ve karıncalanma yaşayan kadınların %31.9'unun herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Bir çalışmada; kadınların masaj yapma gibi yöntemler tercih ettiği belirtilmektedir (Erdem, 2006). Araştırma literatürle farklılık göstermektedir. Bu farklılık, menopoz semptomlarıyla baş etmeye yönelik bilgi eksikliğinden kaynaklanabilmektedir.

Kabızlık olan kadınların %61.4'ünün herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Diğer çalışmalarda sebze ağırlıklı beslenildiği belirtilmiştir (Erdem, 2006; Oğurlu, 2008). Araştırma diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın yöreye özgü beslenme örüntülerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların derisinde kuruluk ve kaşıntı varlığında %48.8'inin herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Ergöl'ün (2001) çalışması bizim çalışmamızla paralellik gösterirken, Erdem'in (2006) çalışmasında kadınların nemlendirici krem kullandığı belirtilmiştir. Kadınların saç ve deride yaşanan sorunla baş



etme davranışı olarak herhangi bir uygulama yapmamaları, kadınların bu sorunu menopozla ilişkilendirmeyip, yaşlanmanın bir belirtisi gibi görmelerinin ve kadınların kendilerine gerekli bakımı göstermemelerinin sonucu olarak yorumlanabilir.

Derisinde kahverengi lekelenme bulunan kadınların %85'inin herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Sonuç diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir (Erdem, 2006; Ergöl, 2001). Kadınların saç ve deride yaşanan sorunla baş etme davranışı olarak herhangi bir uygulama yapmamaları, bu sorunu menopozla ilişkilendirmeyip, yaşlanmanın bir belirtisi gibi görmelerinden kaynaklanabilmektedir.

Saç-tüylerde dökülmesi olan kadınların %62'sinin herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6). Sonuç diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir (Erdem, 2006; Oğurlu, 2008).

Araştırmaya katılan kadınların menopoza yönelik bilgi formu ifadelerinde; %89.4'ünün menopozun tanımını doğru olarak yaptığı, %82.3'ünün 55 yaşından sonra menopoza girmenin geç, %83.5'inin 40 yaşından önce menopoza girmenin erken olduğunu değerlendirdiği belirlenmiştir. Menopozu kadınların %26.4'ü bir hastalık dönemi, %89.4'ü doğurganlık yeteneğinin kaybı olarak nitelendirmiştir (Tablo 4.7). Literatürde en son adet kanamasının görülmesiyle ilişkilendirilen menopoz, ülkemizde yapılan araştırmalarda da kadınlar tarafından adetten kesilme olarak belirtilmekte ve bir hastalık olmadığı düşünülmektedir (Biri ve ark., 2002; Karakuş, 2006). Fakat menopoz kişiden kişiye ayrı anlamlar taşımaktadır. Oğurlu (2008) tarafından yapılan çalışmada; kadınların %56.8'i menopoza yaşamın normal bir dönemi olarak gördüklerini, adet olmaktan ve gebe kalmaktan kurtuldukları için bu dönemi olumlu olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada kadınların %43.2'si menopoz döneminin sıkıntılı bir dönem olduğunu, yaşlılığın başlangıcı, kadınlığın kaybı nedenleriyle olumsuz olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Böylelikle araştırma sonucu diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz yaşına yönelik %45.7'si anne yaşı ve çocuk doğurmanın etkisine yönelik bilgileri olmadığını belirtmiştir. Kadınların %67.3'ü sigara kullanan kadınların erken menopoza girdiğini ve menopozda yaşanan birçok yakınmanın tedavi edebileceğini ifade etmiştir (Tablo 4.7). Literatürde çalışan ve sigara kullanan kadınların menopoza erken girdiği, seksüel yaşantısı devam eden, çok doğum

yapmış, bekâr veya boşanmış kadınlarda ise menopozun daha geç görüldüğü bildirilmektedir (Özdemir, 2004; Taşkın, 2009; Topçuoğlu et al., 2005). Yapılan araştırmalara göre de eğitim düzeyi, ortalama çocuk sayısı, ölü doğum yapmış olma, ilk doğum yaşı, hipertansiyon, beden kitle indeksi, erken menopoz yaşını, sosyo-ekonomik düzey ve çalışma durumu ise hem erken hem de geç menopoz yaşını etkilemektedir (Loh et al., 2005; Özdemir & Çöl, 2004; Vehid ve ark., 2001). Araştırma sonucunun özellikle sigara kullanımı ve semptomlara yönelik tedavi seçenekleri konusunda hekim ağırlıklı bilgilendirmeden kaynaklandığı, menopoz yaşına yönelik ise bir bilgilendirme yapılmayışı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %44.9'u menopoz döneminin sağlıklı geçirilebilmesi için hormon tedavisine gerek olmadığı ifadesini yanlış bulduklarını ifade etmiştir. Hormonal tedavi yöntemlerine yönelik; kadınların çoğunun (%65.8) tedavinin vajinal uygulanan tabletlerle yapıp yapılmadığını, yarıya yakınının (43.7) oral ilaçların yan etkileri olup olmadığını, %53.9'unun uzun süreli hormon tedavisinin meme kanser görülme sıklığını artırma durumunu bilmedikleri saptanmış, %42.9'unun hormonal tedavinin idrar kaçırma şikayetini azaltmasını, %51.6'sının bitkisel yöntemleri doktor kontrolünde kullanmanın menopozal yakınmaları hafiflettiğini doğru olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.7). Kızılırmak'ın (2003) araştırmasında, kadınların %79.3'ünün önerilen hormonal tedaviye başladığı, %56.2'sinin tedaviyi 1-6 ay uygulayıp, %19.1'nin de 7 ay ve üzeri uygulayıp bıraktığı saptanmıştır. Önerilen tedaviye başlamama nedeni olarak kadınların %26.3'ü maddi durum yetersizliğini ve %21.1'i ise ilaçların kanser yapacağı kaygısını ifade etmiştir. Yurt dışında Kang ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada, kadınların alternatif tedavileri HRT'ye göre daha güvenli buldukları ve HRT'yi kansere neden olması, kanama yapması gibi nedenlerle uygulamak istemediklerini saptanmıştır. Yine aynı çalışmada menopozal yakınmaların alternatif tedavi yöntemleri ile tedavi edilebildiği ve menopozal yakınmalarla baş etmede 45-60 yaş arasındaki kadınların %80'inin reçete olmaksızın alternatif tedavileri kullandıkları belirlenmiştir (Kang et al., 2002). Koebnick ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında da; menopoz dönemdeki Avrupalı kadınların tedavi yöntemi olarak %13'ünün bitkisel kombinasyonlar, %5'inin ise antidepresanlar kullandığı bulunmuştur. Araştırmada kadınlar tarafından büyük oranda menopoz döneminin sağlıklı geçirilmesinde hormonal tedavinin gerekliliği vurgulanırken, tedavi

seçeneklerinde oral ilaç kullanımıyla ilgili bilgilenmenin fazla olduğu, önerilen ilaçların yan etkiler hakkında bilinenlerin ise azlığı dikkat çekmektedir. Bu bakımdan özellikle yurt dışındaki çalışma sonuçlarından oldukça farklılaşmaktadır. Bu durum, kadınların hekim kaynaklı hizmet almasından, hekimlerin de alternatif yöntemlere yönelik bilgi vermemesinden kaynaklanabilmektedir.

Menopoz döneminde yapılan egzersizler için kadınların; %29.1'nin kalp hastalığı görülme olasılığını azaltmadığı, %48'inin sıcak basmasını rahatlattığı ve düzenli solunum egzersizlerinin menopozda görülen sorunları azalttığı ve %43.3'ünün kemik erimesi Şikayetini durdurmadığı ifadesini doğru olarak nitelendirdiği bulunmuştur. Menopoz döneminde kadınların %79.9'u güneş ışığının kemik erimesini önlediğini belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Literatürde egzersizin, dolaşımı ve cilt beslenmesini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Dilşen, 2000). Ortaya çıkan sonuç, kadınların egzersizle ilgili bilgilerinin sınırlı düzeyde olduğunu, bunu da çevrelerinde bulunan menopozda giren kadınlardan duyduklarını düşündürmektedir. Güneş ışığının kemik erimesini önlediğini bilmelerinin nedeni de halk arasında yaygın bir bilgi olmasından kaynaklanabilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %91.7'si günlük 5-7 porsiyon sebze meyve tüketilmesinin gerekli olduğunu, %87.4' günlük 3-4 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketilmesinin gerekliliğini, %87.8'i en az 8 bardak su tüketilmesini, %66.5'i hayvansal yağların kullanılmamasını, %66.1'i çay-kahve gibi içeceklerin en fazla 2 bardak tüketilmesini, %35.4' tuz kısıtlamasının gerekli olmadığını ve %86.2'si ise yılda bir kez düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidilmesinin gerekliliğini doğru olarak değerlendirdiğini ifade etmiştir. (Tablo 4.7). Literatürde menopozda beslenme fiberden zengin, rafine karbonhidrattan fakir, hayvansal kaynaklı yağ oranı düşük bir diyet Şeklinde olması, sigara, alkol ve aşırı kahve tüketiminden kaçınılması gerektiği belirtilmektedir (Dilşen, 2000; Eker, 2000; Güngör, 2003; Korugan, 2000). Bir çalışmada yüksek sebze meyve tüketiminin kadınlarda kardiyovasküler hastalıklara karşı koruyucu olabileceği ve diyet önerilerinde daha fazla sebze meyve tüketiminin desteklenmesi tavsiye edilmiştir (Liu et al., 2000). Güngör ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları bir çalışmada, menopoz döneminde olan 206 kadının %39.1'inin haftada 1-7 porsiyon, %34.5'inin haftada 8-14 porsiyon, % 12.8'inin 15 ve daha fazla porsiyon süt-yoğurt ve peynir tükettiklerini, %4.6'sının ise hiç tüketmediklerini belirlemişlerdir.

Araştırma sonucuna baktığımızda kadınların beslenmeyle ilgili bilgilerinin çoğunluğunun doğru olduğu görülmektedir. Ancak tuz kısıtlamasının gerekli olmadığını düşünenlerin oranı azımsanacak düzeyde değildir. Kadınların %28.4'ünün orta düzeyde kalp rahatsızlığı yaşamalarıyla bu durumun ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Kadınların MSD Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; somatik şikayetler alt boyutundan  $7.41 \pm 3.14$  (alnabilecek alt ve üst değerler min:0 max:16), psikolojik şikayetler alt boyutundan  $6.57 \pm 3.120$  (alnabilecek alt ve üst değerler min:0 max:16), ürogenital şikayetler alt boyutundan  $4.94 \pm 3.92$  (alnabilecek alt ve üst değerler min:0 max:12) puan aldıkları belirlenmiş, toplam ölçek puanlarının ise  $18.92 \pm 7.69$  olduğu bulunmuştur. (Tablo 4.5). Schneider MSD'nin orijinal metninde; "35 ve/veya daha yüksek" puan elde edildiğinde semptomların çok şiddetli yaşandığını, "20-34" arası şiddetli, "15-19" arası orta, "1-14" arası daha hafif yaşandığını ve "0" puan hiç semptom yaşanmadığını göstermektedir. Bu doğrultuda kadınların menopoz semptomlarını genelde "orta" düzeyde yaşadıkları belirlenmiştir. Çoban ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise; katılımcılar, somatik şikayetler alt boyutundan  $6.6 \pm 3.8$ , psikolojik şikayetler alt boyutundan  $7.6 \pm 4.0$ , ürogenital şikayetler alt boyutundan  $3.7 \pm 2.9$ , MSD Ölçeği'nin toplamından  $18.0 \pm 8.7$  puanları aldıkları saptanmıştır. Sonuçlar yaklaşık olarak çalışmamızla paralellik göstermektedir. Kadınların MSD Ölçeği'nden aldıkları puanların düşük olduğu görülmektedir. Bu sonucun, çalışmanın menopoz şikayetiyle hastaneye başvuran ve takip altında olan kadınlar üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınlarda 60 yaş ve üzerinde somatik ve ürogenital şikayetlerin anlamlı derecede fazla görüldüğü ( $p < 0.05$ ), psikolojik şikayetler ve toplam puan açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.8,  $p > 0.05$ ). Tortumluoğlu (2003) çalışmasında, 45-49 yaş grubu kadınların menopozal yakınmaları daha fazla oranda yaşadıklarını saptamıştır. Literatür çalışmalarında kadınların 40-50 yaşlar arasında meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişikliklerden dolayı daha fazla yakınma yaşadıklarının ifade edilmesi (Pernoll, 2002) araştırma sonucuyla farklılaşmaktadır Bu durumun tedavi seçeneği olarak kadınların daha çok HRT kullanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. McVeigh (2005) çalışmasında ise 50 ve üzeri yaş grubu kadınların daha genç kadınlara göre menopoz semptomlarını daha fazla yaşadıklarını tespit etmiştir. Araştırma sonucu bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Özellikle bu yaş grubunda somatik şikayetlerin diğer kronik hastalıkların yüküne bağlı, ürogenital şikayetlerin ise yaşa bağlı faktörlerden dolayı yüksek olarak belirlendiği düşünülmektedir.

Araştırmada evli olan kadınlarda somatik ve ürogenital şikayetlerin ve toplam puanın bekar olanlarda da psikolojik şikayetlerin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9,  $p<0.05$ ). Araştırma sonucunda evli kadınlarda somatik ve ürogenital şikayetlerdeki artış aktif üreme ve doğurganlığa bağlı maternal hastalık yükünden, bekarlarda psikolojik şikayetlerin fazlalığı ise destek sistemlerinin yetersizliğinden kaynaklanabilmektedir.

Araştırmada okuryazar olmayan kadınlarda okuryazar olanlara göre somatik şikayetlerin, ortaokul ve üzeri öğrenimi olanlara göre de ürogenital şikayetlerin anlamlı derecede daha fazla görüldüğü belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Psikolojik şikayetler ve toplam puan açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.10,  $p>0.05$ ). Bu bakımdan eğitim düzeyi yükseldikçe menopoza yakınmalarının azaldığı söylenebilir. Şahin (2000) ve Özgür'ün (2007) çalışmalarında da benzer sonuçların elde edilmesi nedeniyle araştırma sonucu literatürle paralellik göstermektedir.

Kadınların eşlerinin öğrenim duruma göre eşi okuryazar olan kadınların diğerlerine kıyasla psikolojik şikayetlerinin daha düşük düzeyde olduğu, somatik, ürogenital şikayetler ve toplam puan açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.11,  $p>0.05$ ). Bu açıdan nedenselliği ortaya koyacak farklı çalışmalar yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

Mesleki açıdan memur olan kadınların somatik ve psikolojik şikayetleri, ev hanımlarının ise ürogenital şikayetleri ve toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12,  $p<0.05$ ). Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında ev hanımlarının menopozdan daha fazla etkilendikleri belirlenirken, diğer araştırmalarda çalışma yaşamı nedeniyle kadınların sürekli bir uğraşı içerisinde olmalarının menopoz yakınmalarından daha az etkilenmelerine neden olduğu belirtilmiştir (Bayraktar & Uçanok, 2002; Bezircioğlu ve ark., 2004; Çayköylü ve ark., 2003). Bu yönden ürogenital ve toplam puan açısından araştırma sonucu literatürle benzerlik göstermekte ancak somatik ve psikolojik şikayetler boyutunda ise farklılaşmaktadır. Diğer bir yandan literatüre baktığımızda ailedeki bireylerin bakımından ve ev işlerinin

yürütülmesinden sorumlu olan kadının çalışma yaşamına başlamasıyla artan rolleri, kadına ağır yük getirmiş ve ev içi sorumluluklarının yerine getirilmesinde aksamalara yol açmıştır. Bu durum kadını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Akdemir, 2002; Karataş, 2000; Kuzgun & Sevim, 2004). Araştırma sonucunun bu nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların eşlerinin mesleğinin MSD Ölçeği puan ortalamalarını anlamlı düzeyde değiştirmede bulunmuştur (Tablo 4.13,  $p>0.05$ ). Eşin mesleki statüsünün kadının menopoza yönelik hizmetlere ulaşım durumunda ve yakınmalarla baş etmesine katkısı olabileceği düşünüldüğünden, yakınmaların bireysel olarak ifade edilmesini etkilemediği görülmektedir. Ancak konuyla ilgili nedenselliğin farklı çalışmalarla incelenmesine gereksinim bulunmaktadır.

Araştırmada Bağ-Kur'lu kadınların Yeşilkart'lı olanlara göre psikolojik şikayetler grubunda ve toplam puanda ortalamalarının daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ), somatik ve ürogenital şikayetler açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.14,  $p>0.05$ ). Sosyal güvence durumunun sağlık hizmetlerine ulaşım bakımından etkili olduğu bilinmekle birlikte, nedenselliği ortaya koyacak farklı çalışmalar yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Kadınların aylık gelir düzeyi ile MSD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.15,  $p>0.05$ ). Sosyoekonomik statüsünün sağlık hizmetlerine ulaşım bakımından etkili olduğu bilinmekle birlikte, nedenselliği ortaya koyacak farklı çalışmalar yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

Ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren kadınların kötü olarak değerlendirenlere göre somatik şikayetlerinin daha fazla olduğu ( $p<0.05$ ), ürogenital ile psikolojik şikayetler ve toplam puan açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.16,  $p>0.05$ ). Farklı polpülasyonlarda araştırma sonucunda elde edilen nedenselliğin araştırılması gerekmektedir.

Kadınların doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile MSD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.17; Tablo 4.18,  $p>0.05$ ). Çoban ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada 3 ve daha az sayıda çocuğu olanların menopozal şikayetlerinin daha az, 4 ve üzeri çocuğu olanların ise daha

yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonucu literatürle farklılık göstermektedir.

Menopoza girme süresi 1-4 yıl olan kadınların 10 yıl ve üzeri olanlara göre psikolojik şikayetlerinin daha fazla olduğu ( $p<0.05$ ), somatik ve ürogenital şikayetler ile toplam puan açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.19;  $p>0.05$ ). Bu durumun menopoza daha önce giren kadınların daha sonra giren kadınlara göre menopoz ve şikayetleriyle baş etme yönünden kendini geliştirmiş olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların menopoza giriş şekilleri ile MSD Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.20;  $p>0.05$ ). Araştırmamızda menopoza giren kadınların menopoza yönelik tedavi alma oranı yüksek bulunmuştur. Bu nedenle menopoza girme şekli ne olursa olsun kadınların hormon tedavisine ulaştığı, böylelikle menopoza girme şeklinin de menopozal şikayetleri etkilemediği düşünülmektedir.

Menopoza yönelik bilgi alan kadınların almayanlara göre somatik ve ürogenital şikayetler ile toplam puan açısından daha yüksek puana sahip olduğu saptanırken ( $p<0.05$ ), psikolojik şikayetler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.21;  $p>0.05$ ). Kadınlar menopozal yakınmaları genellikle yaşlılığın getirdiği yakınmalar olarak algılamaktadır. Bu bakımdan bilgi sahibi olan kadınlar, menopozal şikayetlerin farkında oldukları için bilgi sahibi olmayanlara göre somatik, ürogenital ve toplam puan açısından daha yüksek oranda yakınma ifade edebilmektedir.

Kadınların menopoza yönelik bilgi kaynaklarına bakıldığında; hekimden bilgi alanların somatik şikayetlerinin, hemşireden bilgi alanların ise psikolojik ve ürogenital şikayetleriyle toplam puanlarının daha az olduğu bulunmuştur (Tablo 4.22;  $p<0.05$ ). Bu durumun hekimlerin daha çok medikal tedavi ile somatik şikayetleri gidermeye yönelik yaklaşımlarından, hemşirelerin ise diğer yakınmalarına yönelik bilgilendirmelerinden ve farkındalık sağlamalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Menopoza yönelik kadınların tedavi alma durumunun somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetler açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı ( $p>0.05$ ) ancak toplam puan ortalamalarının tedavi alan grupta daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.23;  $p<0.05$ ). Bu anlamda araştırma sonucu Özgür'ün (2007) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Oysa menopoz tedavisi gören kadınların menopozal şikayetlerini

yaşama şiddeti ve menopozla ilgili olumsuz ifade kullanma oranının tedavi görmeyenlere göre daha az olması beklenmektedir. Bu durum; menopozun tedavisi ile ilgili sınırlılıktan kaynaklanabileceği gibi kadınların bireysel özellikleri ve tedavinin yanı sıra baş etmeye yönelik yaklaşımların verilmemesi gibi olasılıkları düşündürmektedir.

Kadınların hormon tedavisi alma sürelerinin MSD Ölçeği puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.24;  $p>0.05$ ). Bu sonuç, tedaviden beklenen etkinin alınamamasıyla açıklanabilmektedir.

Kadınların menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; bilgi gruplarına göre menopozun tanımından  $4.07 \pm 0.89$ , menopoz yaşını etkileyen faktörlerden  $1.17 \pm 0.74$ , menopozun tedavisinden  $3.03 \pm 1.90$ , menopozla baş etmeden  $1.78 \pm 1.29$ , menopoz döneminde beslenmeden  $5.40 \pm 1.45$  puan aldıkları belirlenmiş, toplamda ise puanlarının  $15.44 \pm 3.63$  olduğu saptanmıştır. Menopozla ilgili bilgi formundan alınabilecek en yüksek puanın “27”, en düşük puanın ise “0” olduğu düşünüldüğünde kadınların aldığı puanların orta düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.25). Şanlıoğlu'nun (2001) yaptığı çalışmada, kadınların %48.2'si menopozun tanımını, %25.9'u ise menopoz döneminde her kadının şikayet yaşayıp yaşamadığını bilmediklerini belirtmişlerdir. Araştırma sonucu; kadınların hizmet aldıkları kurumda menopoza yönelik yeterli düzeyde bilgilendirme yapabilecek ebe ve hemşire gibi sağlık personelinin istihdam edilmeyişinden, menopoza yönelik özel bir klinik olmayışından ve polikliniğe başvuran kadınlara ayrılan zamanın sınırlı olmasından kaynaklanabilmektedir.

Kadınların yaşının menopoz tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopoz tedavisi gruplarını anlamlı düzeyde etkilemediği görülmüştür ( $p>0.05$ ). Menopozla baş etme açısından 40-49 yaş grubunun puanının daha yüksek olduğu, toplam puanda 40-49 yaş grubunun 60 yaş ve üzeri yaş grubuna göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Tablo 4.26;  $p<0.05$ ). Menopoza daha erken dönemde giren kadınlarda yaşın etkisine bağlı ilginin yüksek oluşunun ve bilgi almaya yatkınlığın puan ortalamasına yansıdığı düşünülmektedir.

Evli olan kadınların bilgi puan ortalamalarının tüm gruplarda bekarlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.27;  $p<0.05$ ). Ünal ve arkadaşları (2008) ile



Korur'un (2010) yaptıkları çalışmalarda evli kadınların bekarlara göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandığı bulunmuştur. Bu açıdan düşünüldüğünde evli olan kadınların Kadın Doğum Polikliniği hizmetlerinden daha çok yararlanmaları nedeniyle, bilgiye ulaşma açısından avantajlı konumda oldukları ve bunun sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Ortaokul ve üzeri mezun olanların menopoz yaşını etkileyen faktörler grubunda okuryazar olan olmayanlara göre yüksek puan aldığı bulunmuştur. İlkokul mezunu olan kadınlar da menopozla baş etme grubunda okuryazar olan ve olmayanlara göre daha yüksek puan almıştır ( $p<0.05$ ). Menopozun tanımı, menopozun tedavisi ve menopoz döneminde beslenme grupları ile toplam puanda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Tablo 4.28;  $p>0.05$ ). Nehir ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça menopoza özgü bilgilenmenin arttığı saptanmıştır. Bu anlamda literatürün araştırmamızı desteklediği görülmektedir. Sonuç, kadın öğrenim durumunun olumlu etkisiyle ilişkili olabilmektedir.

Eşlerin öğrenim durumu kadınların menopoza yönelik bilgi puanlarını etkilememiştir (Tablo 4.29; Tablo,31;  $p>0.05$ ). Ergöl'ün (2001) ve Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmalarında eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça, kadınların menopozal döneme özgü sorunları bilme durumlarında anlamlı bir değişiklik olmadığını saptanmıştır. Bu açıdan nedenselliği ortaya koyacak farklı çalışmalar yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

Emekli olanların menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopozun tedavisi gruplarında ve toplamda, memurların menopozla baş etme grubunda, işçilerin ise menopoz döneminde beslenme grubunda daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Tablo 4.30;  $p<0.05$ ). Farklı meslek gruplarının bilgi puan ortalamalarını farklı düzeyde etkilediği bulunmakla birlikte, nedenselliği değişik popülasyonlarda inceleyen çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Kadınların eşlerinin mesleğine bakıldığında, menopoza yönelik bilgi puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.31;  $p>0.05$ ). Eş mesleki statüsünün kadının menopoza yönelik hizmetlere ulaşım durumunda ve yakınmalarla baş etmesinde katkısı olabileceği düşünüldüğünden, menopoza yönelik bilgilenmeyi etkilemediği görülmektedir. Ancak konuyla ilgili nedenselliğin farklı çalışmalarla

incelenmesine gereksinim bulunmaktadır.

Yeşilkartlı olanların, SSK'lı ve Emekli Sandığı'na bağlı olanlara göre menopozun tanımı grubundan daha yüksek, toplam puanda da daha düşük puan aldığı saptanmıştır (Tablo 4.32;  $p<0.05$ ). Sosyal güvence durumunun sağlık hizmetlerine ulaşım bakımından etkili olduğu bilinmekle birlikte, nedenselliği ortaya koyacak farklı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Kadınların aylık gelir düzeyinin ve ekonomik durumunun menopoza yönelik bilgi puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.33; Tablo; 34;  $p>0.05$ ). Sosyoekonomik statünün sağlık hizmetlerine ulaşım bakımından etkili olduğu bilinmekle birlikte, nedenselliği ortaya koyacak farklı çalışmalar yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

Kadınların doğum sayısının menopoza yönelik bilgi puanını anlamlı düzeyde etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.35;  $p>0.05$ ). Farklı polpülasyonlarda araştırma sonucunda elde edilen nedenselliğin araştırılması gerekmektedir.

Kadınların yaşayan çocuk sayısının menopoza yönelik bilgi puanını anlamlı düzeyde etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.36;  $p>0.05$ ). Bu anlamda nedenselliği ortaya koyacak farklı çalışmalar yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Kadınların menopoza girme sürelerinin menopoza yönelik bilgi puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.37;  $p>0.05$ ) Farklı polpülasyonlarda araştırma sonucunda elde edilen nedenselliğin araştırılmasına gereksinim bulunmaktadır.

Kadınların menopoz giriş şekillerinin menopoza yönelik bilgi puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.38;  $p>0.05$ ). Bu anlamda nedenselliği ortaya koyacak farklı çalışmalar yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Menopoz döneminde bilgi alan kadınların menopozun tanımı, menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopoz döneminde beslenme gruplarında ve toplam puanda daha yüksek puan aldığı ( $p<0.05$ ) fakat menopozun tedavisi ve menopozla baş etme açısından gruplar arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.39;  $p>0.05$ ). Bu durumun sadece sağlık personeli ağırlıklı bilgilendirme değil, diğer kaynaklardan da bilgilendirmeyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Ancak bilgi alanların büyük oranda

hekimden bilgi alması ve menopozun tedavisi ile baş etme gruplarında fark olmayışı ilgi çekicidir.

Hemşirelerden bilgi alan kadınların menopozun tanımını grubunda, diğer kaynaklardan (televizyon, gazete, dergi) bilgi alanların menopoz yaşını etkileyen faktörler, menopoz tedavisi, menopoz döneminde baş etme grupları ile toplam puanda, hekimden bilgi alanların ise beslenme grubunda daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.40;  $p<0.05$ ). Kadınlara verilen menopoz dönemine yönelik planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınmalarını azalttığı, menopozal tutum puan ortalamalarını olumlu yönde arttırdığı bulunmuştur (Tortumluoğlu & Erci, 2004). Bu bağlamda bilgi kaynakları açısından aslında sağlık personelinde (ebe, hemşire, hekim gibi) bilgi alanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olması beklenirken, diğer kaynaklardan (televizyon, gazete, dergi gibi) bilgi alanların birçok alanda daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Erdem'in (2006) yaptığı çalışma sonucu da araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç menopoz dönemine yönelik asıl hizmet sunucuların görev ve sorumluluklarını etkin şekilde yerine getirmemelerinden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

Menopoz döneminde tedavi alma durumu ile hormon tedavisi alma süresinin bilgi puanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.40; Tablo, 4.41;  $p>0.05$ ). Bu durumun tedaviye yönlendirme yaklaşımlarında kadınların bireysel özellikleri, semptomları ve genel olarak menopoz dönemine yönelik bilgi gereksinimlerinin gözatılmemişinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇ

Menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırma grubuna alınan kadınların;

Menopoza girme yaşının 48.3 olduğu, bu sonucun ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla paralellik gösterdiği, kadınların ve eşlerinin eğitim seviyelerinin büyük bir çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu

Büyük bir çoğunluğunun doğal yolla menopoza girdiği,

Menopoza yönelik bilgi alma durumlarının istenilen düzeyde olmadığı ve ebeler tarafından bilgilendirilen kadın oranının düşük düzeyde olduğu,

Büyük kısmının menopoza yönelik tedavi aldığı, bunların çoğunluğunun da hormon ve kalsiyum tedavisi olduğu,

Menopozal yakınmalara bakıldığında %27.2'sinin çok şiddetli eklem ve kas rahatsızlığı yaşadığı, %32.7'sinin şiddetli fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadığı, %44.5'inin orta düzeyde uyku sorunu olduğu, %42.1'inin hafif düzeyde endişe yaşadığı belirlendiği %32.7'sinin idrar sorunu yaşamadığı, %30.3'ünün vajinal kuruluğun olmadığı ve %22.1'inin cinsel yaşamla ilgili herhangi bir sorun yaşamadığı,

Menopoz yakınmalarıyla baş etmeye yönelik uygulamalarına bakıldığında; sıcak basması şikayeti yaşayanların yarıya yakınının kolay çıkabilecek elbiseler giymeyi tercih ettiği, kalp rahatsızlığı yaşayanların çoğunun bulunduğu ortamdan daha sakin bir ortama geçtiği, keyifsizlik halinde çoğunun yakınları ile paylaşımda bulunduğu, sinirlilik durumunda çoğunun ağladığı ve yakınları ile paylaştığı, endişeli olanların dua ettiği, fiziksel ve zihinsel yorgunlukta yarıdan fazlasının dinlendiği, cinsel sorun yaşayanların yarıya yakınının eşiyile birlikte olmamayı ya da eşinden uzak durmayı tercih ettiği, idrar sorunlarında çoğunun ara bezi ya da günlük ped kullandığı, vajinada kuruluk durumunda yarıdan fazlasının herhangi bir uygulama yapmadığı, baş ağrısında

çoğunun, eklem ve kas rahatsızlıklarında ise çoğunun ağrı kesici ilaç kullandığı belirlenirken, vücudunda kıllanma sorunu yaşayanların yarıya yakınının tüylerini çeşitli yöntemlerle aldığı, bunların yanı sıra uyku sorunları olanların, vücudunda uyuşma ve karıncalanma yaşayanların, kabızlık olanların, derisinde kuruluk ve kaşıntı-kahverengi lekelenme bulunanların ve saç-tüylerde dökülmesi olanların çoğunluğunun herhangi bir uygulama yapmadığı,

Menopoz tanımına yönelik sorulara çoğunluğun doğru cevap verdiği, menopoz yaşını etkileyen etmenler ve menopoz tedavisine yönelik sorulara genel olarak yarıya yakınının ya doğru cevap verdiği ya da bilmediklerini ifade ettiği, menopoz döneminde beslenmeye yönelik sorulara genel olarak doğru cevap verdiği,

Kadınların MSD ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde en yüksek puanı somatik şikayetler alt boyutundan alındığı,

Somatik şikayetler alt boyutundan alınan puanın, yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek, bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynaktan etkilendiği,

Ürogenital şikayetler alt boyutundan alınan puanın, yaş, eğitim durumu, meslek, bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynaktan etkilendiği,

Psikolojik şikayetler alt boyutundan alınan puanın, sağlık güvencesi, menopoza girme süresi, meslek ve bilgi alınan kaynaktan etkilendiği,

Kadınların menopoza yönelik bilgi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, menopoz döneminde beslenmeden aldığı,

Menopozun tanıma yönelik bilgi puan ortalama dağılımının, medeni durum, meslek, sağlık güvencesi, bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynaktan etkilendiği,

Menopoz yaşını etkileyen faktörlere yönelik bilgi puan ortalama dağılımının, medeni durum, eğitim durumu, meslek, bilgi ala durumu ve bilgi alınan kaynaktan etkilendiği,

Menopozun tedavisine yönelik bilgi puan ortalama dağılımının, medeni durum, meslek, bilgi alınan kaynaktan etkilendiği,

Menopoz döneminde beslenmeye yönelik bilgi puan ortalama dağılımının, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve bilgi alınan kaynaktan etkilendiği,

Menopozla baş etme yönelik bilgi puan ortalama dağılımının, medeni durum, meslek, bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynaktan etkilendiği bulunmuştur.

## **6.2. ÖNERİLER**

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

Araştırmanın yürütüldüğü gibi menopoza yönelik hizmetleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yürüten sağlık kurumlarında menopoza yönelik etkin ve verimli hizmet sunumu için menopoz kliniklerinin açılması,

Açılan bu kliniklerde menopoz hakkında yeterli bilgi ve deneyimi olan sağlık personelinin tam zamanlı istihdamının sağlanması,

Ebelerin ve hemşirelerin menopoza yönelik hizmet sunumunda etkin görev almalarını sağlayacak sağlık hizmet sunum modellerinin geliştirilmesi,

Menopoza yönelik hizmet sunan ebe, hemşire ve hekimlerin menopoza yönelik mesleki bilgi ve beceri düzeyini artıracak hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, edinilen bilgilerin uygulama alanlarında kullanılması,

Kadınların eşleri ile birlikte sağlık personeli tarafından menopoza yönelik bakım ve tedavi seçenekleri konusunda etkin biçimde bilgilendirmeleri önerilmektedir.

## EKLER

### EK 1:

#### *BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU*

#### CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

#### MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MENOPOZ DÖNEMİ İLE İLGİLİ BİLGİ, YAKINMA VE BAŞETME DURUMLARI

#### **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Menopozun kadın hayatının büyük bir bölümünü kapsadığı ve bu dönemde görülen yakınmaların kadın hayatını önemli derecede etkilediği görülmektedir. Bu nedenle menopoz dönemindeki kadınların döneme ilişkin bilgi, yakınma ve baş etme durumu belirlemek ve sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek önemli olduğu kadar öncelikte arz etmektedir. Araştırma ile kadınların menopoz dönemine ilişkin bilgi ve yakınmaları ile baş etme durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen verilerin gerek kadın sağlığı ile ilgili hizmetlerin planlanmasına gerekse değerlendirilmesine olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bu günün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginiz için teşekkür ederiz.

---

YUKARIDA BELİRTİLEN AMACA YÖNELİK ARAŞTIRMAYA  
KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Tel. No: .....

TARİH

ADI-SOYADI

İMZA

**EK 2:**

***KİŞİSEL BİLGİ FORMU***

**1. Yaşınız:** .....

**2. Öğrenim durumunuz:**

- Okuryazar değil  
 Okuryazar (ilkokulu bitirmemiş)  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise mezunu  
 Üniversite mezunu

**3. Mesleğiniz:** .....

**4. Medeni durumunuz**

- Evli  
 Bekar

**5. Eşinizin öğrenim durumu:**

- Okuryazar değil  
 Okuryazar (ilkokulu bitirmemiş)  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise mezunu  
 Üniversite mezunu



**6. Eşinizin mesleği:**

Memur

İşçi

Esnaf

İşsiz

Diğer (Açıklayınız: .....

**7. Sağlık güvence durumunuz: .....**

**8. Aylık gelir durumunuz (TL olarak): .....**

**9. Aylık gelir durumunuzu göz önüne alarak ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

İyi

Orta

Kötü

**10. Yaşayan çocuk sayınız: .....**

**11. Doğum sayınız: .....**

**12. Menopoz yılı (Kaç yıldır menopoz yaşıyorsunuz?): ..... yıl**

**13. Menopoza giriş şekliniz.**

Doğal olarak

Ameliyat ile

Diğer (İlaçlar (KT), Işın (X- Ray))

**14. Menopoz dönemi ve özellikleri ile ilgili bilgi aldınız mı?**

Evet (15. soruya geçiniz)

Hayır (16. soruya geçiniz)

**15. Yanıtınız evet ise kimden-nereden bilgi aldınız?**

- Ebe       Arkadaşlar  
 Hemşire       Kitaplar, broşürler  
 Doktor       Televizyon, radyo  
 Akrabalar       Diğer (Açıklayınız: .....

**16. Menopoza yönelik tedavi alıyor musunuz?**

- Hormon tedavisi  
 Kalsiyum ilacı  
 Vitamin  
 Hormon tedavisi + Kalsiyum ilacı  
 Hormon tedavisi + Kalsiyum ilacı + Vitamin

**17. Hormon tedavisini kaç yıldır alıyorsunuz?: ..... yıl**

### EK: 3

#### *MENOPOZ SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ*

**Açıklama:** Aşağıda verilen menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçek üzerinde işaretleyiniz. Şikayetinizin olmadığı yakınmalar için hiç yok seçeneğini işaretleyiniz.

YAKINMALAR	PUANLAR				
	0	1	2	3	4
	Hiç Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
1. Sıcak basması, terlemeler (terleme nöbetleri)					
2. Kalp rahatsızlıkları (normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3. Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4. Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5. Sinirlilik (sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6. Endişe (içsel huzursuzluk, panik hissi)					
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8. Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9. İdrar sorunları (idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10. Vajinada (haznede) kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)					

## EK 4:

### MENOPOZ YAKINMALARI İLE BAŞETMEYE YÖNELİK DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ

**Açıklama:** Aşağıda menopoz döneminde görülebilen yakınmalar ve yakınmalarda kullanılacak baş etme yöntemleri verilmiştir. Her bir yakınma için verilen yöntemlerden kullandıklarınız varsa işaretleyiniz. Eğer başka bir yöntem kullanıyorsanız, diğer seçeneğini işaretleyerek karşısına hangi yöntemi kullandığınızı belirtiniz.

<b><u>Sıcak basması / Gece terlemeleri</u></b>
<input type="checkbox"/> Kolay çıkabilecek giysiler giyme <input type="checkbox"/> Isınan bölgelere soğuk uygulama yapma <input type="checkbox"/> Sıcak ortamdaki uzak durma / Dışarıya veya balkona çıkma <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....
<b><u>Kalp rahatsızlıkları</u></b> (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)
<input type="checkbox"/> Derin soluk alıp verme <input type="checkbox"/> Bulunduğu ortamdan daha sakin bir ortama geçmek / Soğukkanlı olmaya çalışma <input type="checkbox"/> Doktor önerisindeki ilaçlarını alma <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....
<b><u>Uyku sorunları</u></b> (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)
<input type="checkbox"/> Bitkisel çaylar kullanma <input type="checkbox"/> Yatmadan önce egzersiz yapma <input type="checkbox"/> Her gün aynı saatte yatağa girme <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....
<b><u>Keyifsizlik hali</u></b> (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme)
<input type="checkbox"/> Ağlama <input type="checkbox"/> Yakınları ile paylaşma <input type="checkbox"/> Yeni uğraşlar bulma / İlgisini durumdan uzaklaştırma <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....
<b><u>Sinirlilik</u></b> (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)
<input type="checkbox"/> Gerginliğini etrafındakilerden çıkarma (bağırma vs. ) <input type="checkbox"/> Ağlama <input type="checkbox"/> Yakınları ile paylaşma <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....
<b><u>Endişe</u></b> (İşsel huzursuzluk, panik hissi)
<input type="checkbox"/> Dua etme <input type="checkbox"/> Yakınları ile paylaşma <input type="checkbox"/> Yeni uğraşlar bulmaya çalışma <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....

<p><b><u>Fiziksel ve zihinsel yorgunluk</u></b> (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)</p> <p><input type="checkbox"/> Aktiviteleri listeleme ve planlı hareket etme  <input type="checkbox"/> Dinlenme  <input type="checkbox"/> Bitkisel kökenli çaylar içme  <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama  <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....</p>
<p><b><u>Cinsel sorunlar</u></b> (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)</p> <p><input type="checkbox"/> Eşyle birlikte olmama / Eşinden uzak durma  <input type="checkbox"/> Eşyle konuşma ve sorunu bulmaya çalışma  <input type="checkbox"/> Bitkisel yöntemler kullanma  <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama  <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....</p>
<p><b><u>İdrar sorunları</u></b> (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)</p> <p><input type="checkbox"/> Düzenli olarak tuvalete gitme  <input type="checkbox"/> Ara bezi / Günlük ped kullanma  <input type="checkbox"/> Alt bölgeyi güçlendirici egzersizler yapma (Kegel egzersizi)  <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama  <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....</p>
<p><b><u>Vajinada (haznede) kuruluk</u></b> (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)</p> <p><input type="checkbox"/> Eşinden uzak durma  <input type="checkbox"/> Eşyle konuşma ve sorunu bulmaya çalışma  <input type="checkbox"/> Bitkisel yöntemler kullanma  <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama  <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....</p>
<p><b><u>Baş ağrısı</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Ağrı kesici bir ilaç kullanma  <input type="checkbox"/> Başına soğuk uygulama yapma  <input type="checkbox"/> Temiz havaya çıkıp dolaşma  <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama  <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....</p>
<p><b><u>Eklem ve kas rahatsızlıkları</u></b> (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)</p> <p><input type="checkbox"/> Ağrı kesici bir ilaç kullanma  <input type="checkbox"/> Doktora gitme  <input type="checkbox"/> Ağrıyan yerlerini ovma  <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama  <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....</p>
<p><b><u>Vücutta uyuşma ve karıncalanma hissi</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Uyuşan bölgeye masaj yapma  <input type="checkbox"/> Uyuşan ya da karıncalanan bölgelere bir minderle yükseltme  <input type="checkbox"/> Soğuk suyla vücudunu yıkama  <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama  <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....</p>

<b><u>Kabızlık</u></b>
<input type="checkbox"/> Sebze ağırlıklı beslenme <input type="checkbox"/> Günde 8-10 bardak su içme <input type="checkbox"/> Her sabah aç karnına ılık su içme <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....)
<b><u>Deride kuruluk ve kaşıntı</u></b>
<input type="checkbox"/> Nemlendirici krem ya da vazelin kullanma <input type="checkbox"/> Günde 8-10 bardak su içme <input type="checkbox"/> Doktora gitme <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....)
<b><u>Deride kahverengi leke</u></b>
<input type="checkbox"/> Bitkisel kaynaklı losyonlar kullanma <input type="checkbox"/> Güneşe çıkmama <input type="checkbox"/> Kozmetik ürünler kullanma <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....)
<b><u>Saç ve tüylerde dökülme</u></b>
<input type="checkbox"/> Bitkisel kaynaklı şampuan kullanma <input type="checkbox"/> Kına yakma <input type="checkbox"/> Saçları daha sık yıkama <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....)
<b><u>Vücutta kılınma</u></b>
<input type="checkbox"/> Tüylerini ( jilet, ağda, cımbız gibi yöntemlerle) alma <input type="checkbox"/> Tüy dökücü kozmetik ürünleri kullanma <input type="checkbox"/> Beslenmesine dikkat etme <input type="checkbox"/> Herhangi bir uygulama yapmama <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız: .....)


**EK 5:****MENOPOZA YÖNELİK BİLGİ FORMU**

**Açıklama:** Aşağıda menopoz dönemine yönelik bilgi ifadeleri ve bu ifadelere katılma, katılmama ve karasız olma ile ilgili seçenekler yer almaktadır. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

<b>BİLGİ İFADELERİ</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Bilmiyorum</b>
Menopoz son adetten 1 yıl geçmesine rağmen tekrar adet olmamaya denir.			
Menopoz kadın hayatında bir hastalık dönemidir.			
Menopoz kadının doğurma yeteneğini kaybetmesidir.			
55 yaşından sonra menopoza girilmesine geç menopoz denir.			
Kadının 40 yaşından önce menopoza girmesine erken menopoz denir.			
Bir kadının menopoza girme yaşı annesinin menopoza girme yaşıyla aynı değildir.			
Hiç çocuk doğurmamış olan kadınlar menopoza erken girerler.			
Sigara kullanan kadınlar menopoza erken girerler.			
Menopoz döneminde yaşanan birçok yakınma tedavi edilebilir.			
Menopoz döneminin sağlıklı geçirilebilmesi için hormon tedavisine gerek yoktur.			
Hormonal tedavi alt bölgeden uygulanan tabletlerle yapılabilir.			
Hormonal tedavide ağızdan alınan ilaçların yan etkileri yoktur.			
Uzun süreli hormonal tedavi alan kadınlarda meme kanseri daha çok görülür.			
Hormonal tedavi kadınlarda idrar kaçırma şikayetini azaltır.			
Bitkisel yöntemler doktor kontrolünde kullanıldığında bazı menopozal yakınmaları hafifletebilir.			
Menopoz döneminde yapılan egzersiz kalp hastalığı görülme olasılığını azaltmaz.			
Menopoz döneminde yapılan egzersiz özellikle sıcak basmasını rahatlatır.			
Derin soluk alıp verme egzersizi menopozda görülen sorunları azaltır.			
Menopoz döneminde yapılan düzenli egzersiz kemik erimesini durdurmaz.			
Güneş ışığı menopozda kemik erimesini önler.			
Menopoz döneminde 5-7 porsiyon meyve sebze tüketilmelidir.			
Menopoz döneminde 3-4 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketilmelidir.			
Menopoz döneminde en az 8 bardak su tüketilmelidir.			
Menopoz döneminde hayvansal yağlar kullanılmamalıdır.			
Menopoz döneminde çay, kahve gibi içecekler günde en fazla 2 bardak tüketilmelidir.			
Menopoz döneminde tuz kısıtlaması yapmaya gerek yoktur.			
Kadınların menopoz döneminde sağlık kuruluşuna düzenli olarak yılda bir kontrole gitmeleri gerekir.			

**EK 6:**

## **İZİN BELGESİ**

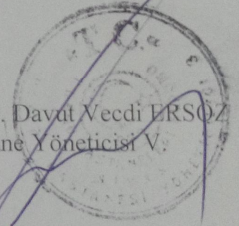
 T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Sivas Devlet Hastanesi

Sayı: 93848782/900  
Konu: Tez Çalışması Hk.

İLGİLİ MAKAMA

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim dalında öğrenimini devam ettiren Naciye TUNÇ'un Sivas Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 15.12.2011 – 15.07.2012 tarihleri arasında anket çalışması uygulaması hususunda gerekli izinler verilmiştir.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Davut Vecdi ERSOZ  
Hastane Yöneticisi V.



---

Adres: Sivas Devlet Hastanesi-Personel Birimi  
İnönü Bulvarı No:55-58079 SIVAS  
İnternet Adresi: [www.sivasdh.gov.tr](http://www.sivasdh.gov.tr)

Telefon: 444 68 58/1109-1511  
Faks: (0346) 221 09 32



**EK 7:**

## **ÖZGEÇMİŞ**

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Naciye TUNÇ
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 12/02/1988
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Sivas Devlet Hastanesi
E-posta Adresi	<a href="mailto:ncy_yvc@hotmail.com">ncy_yvc@hotmail.com</a>

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Kongre Lisesi, 1990
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2008
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2014

### İş Tecrübesi

Özel Sivas Anadolu Hastanesi	Ebe, 2008-2009
Sivas Devlet Hastanesi	Ebe, 2009-2014

## KAYNAKÇA

- Akdemir, N. (2002). Yaşlılarda Evde Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Geriatri Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, 235-240s.
- Altunbay D. (2005). Klimakterium Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemleri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tez Özetleri.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2001). Committee on Practice Bulletins, Clinical Management Guidelines For Bstetriciangynecologists” Use Of Botanicals For Management Of Menopausal Symptoms, Obstet Gynecol, 97, 1-11.
- Arıkan, İ. (2005). Postmenapozal Hastalarda Vücut Kitle İndeksi ve Hormon Profiline Endometriyal Kalınlığa Etkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 67-81s.
- Atasü, T. (2001). Yaslanma ve Menopozun Meydana Gelişi, Ed: Atasü T., Özekici Ü., Hekim N., Menopoz Tedavisi ve Kanseri, Nobel Tıp Kitap Evi, 1.Baskı, İstanbul, 35-47s.
- Avis, N.E., Zhao, X., Johannes, J.B., Ory, M., Brockwell, S., Greendale, G.A. (2005). Correlates of Sexual Function Among Multi-Ethnic Middle-Aged Women: Results From the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Menopause, 385-398pp.
- Bastille, J.V., Gill-Body, K.M. (2004). A Yoga-based exercise program for people with chronic post stroke hemiparesis, Physical Therapy, 84(1), 33-48.
- Bayraktar, R. ve Uçanok, Z. (2004). Menopoz İlişkin Yaklaşımların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi, Aile ve Toplum Dergisi, 5(2), 5-12s.
- Bayram, M., Saygun, M., Çakmak, A., Sevinç, C. (2002). Kırıkkale merkezinde yaşayan kadınların menopoz konusundaki bilgileri, yaklaşımları nedir? Bu konuda eğitimin yararları nasıldır?, Türk Fertilite Dergisi,10(2), 23-27s.
- Bediz, D. (2003). I.Basamakta Menopoz ve Osteoporozda Karşılaşılan Sorunları,

3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, 70-72.

- Bensen R, Adachi JD, Papaioannou A. (2005). Evaluation of easily measured risk factors in the prediction of osteoporotic fractures. *BMC Musculoskelet Disord*, 175-182s.
- Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öniz, A. (2004). Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 199-207s.
- Bezircioğlu, İ., Öniz, A., Kındıroğlu, N., DüNDAR, P. (2004). Menopoz Verilerinin Epidemiyolojik Değerlendirilmesi, *Kadın Doğum Dergisi*, 2(4), 316-319s.
- Bilgin, Z. ve Bilgin, O. (2000). Menopoz ve Deri. Ed: Ertüngealp E., Seyisoglu H., *Menopoz ve Osteoporoz*, 1.Baskı, Form Rekam Hizmetleri, İstanbul, 24-25s.
- Billurcu, N.D. (2008). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Şanlıurfa, Susan Quilliam, (Çev. Edi. Cengiz Sepkin), *Kadın Aşk ve Cinsellik*, CSA Global Yayın Ajansı, İstanbul, 174-181s.
- Biri, A., Bakar, Ç. ve Maral, I. (2004). 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgileri, Menopoz İle İlgili Yakınmaları ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanma Durumları, *Jinekoloji-Obstetrik*, 14(2), 68-72s.
- Both, S.L., Nelson, M.E., Mason, J.B., Angelo, G., Meydani, S.N. (2000). Dietary Supplements For Peri-and Early Postmenopausal Women: A Quantitative Proposal Based on Disparities Between Recommendation and Dietary Intakes, *Nutr Clin Care*, 2, 361-371.
- Brett, K.M., Cooper G.S. (2003). Associations with Menopause and Menopausal Transition in A Nationally Representative US Sample, *Maturitas*, 45, 89-97.
- Buchsbaum, G.M., Chin, M., Glantz, C., Guzick, D. (2002). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns, *Obstetrics and Gynecology*, 100(2), 226-229.
- Can, G. (2004). Kanserde Cinsel Sağlık, *Türk Androloji Bülteni*, 19, 355-356s.
- Carrol, D. (2006). Menapoz Döneminde Sıcak Basmaları İçin Hormon Dışı Tedaviler, *Güncel Tıp Dergisi*, 14(5), 23-32.
- Cayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., Ulusoy, E. (2004). The

- Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women, 72, 52–57.
- Cheng, M.H., Hsu, C.Y.Ü, Wang, S.J.W., Lee, S.J., Wang, P.H., Fuh, J.L. (2008). The Relationship Of Self-Reported Sleep Disturbance, Mood, And Menopause İn A Community Study, *Menopause*, 15(5).
- Chesnut, C.H. ve Rosen, C.J. (2001). Antirezorptif Tedavilerin Osteoporotik Kırıkların Azaltılmasındaki Etkilerine Yeniden Bakış, *Journal Of Bone And Mineral Resarch*, 16(12), 2163-2173.
- Chung, K.F. ve Tang, M.I. (2006). Subjective Sleep Disturbance And İts Correlates İn Middle-Aged Hong Kong Chinese Women, *Maturitas*, 53, 396-404.
- Clifton, Bligh R. ve Sambrook P. (2003), Osteoporozda Son Durum. *Modern Medicine*,11(2),146.
- Cohen, L.S., Soares, C.N., Joffe, H. (2005), “Diagnosis and Management of Mood Disorders During the Menopausal Transition”, *The American Journal of Medicine*, 118(12), 93-97.
- Cutson, T.M., Meuleman, E. (2000). Managing Menopause, *Am Fam Physican*, 61(5), 1285-1288.
- Çağlayan, E.K. (2004). Hormon Replasman Tedavisinin Perimenopoz ve Postmenopozal Kadınlarda Psikolojik Semptomlara Etkisi, *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*, İstanbul, 72s.
- Çayköylü A., Yazıcı G., Arslan M., Yiğit A. (2003), Menopozda Psikiyatrik Bozukluklar. *Türk Fertilite Dergisi*,11, 9-15.
- Çiçek, M., Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A. (2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, *Güneş Kitabevi*, Ankara, 1163-1180.
- Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz, Ü. (2008). Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumluları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi, 22(6), 343-349.
- Danacı, A., Oruç, S., Adıgüzel, H., Yıldırım, A. (2000). Menopoz Döneminde Cinsel,

Psikolojik ve Hormonal Değişkenlerin İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(4), 293-299.

Demirezen, E., Erdoğan, S., Önem, K. (2006). Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi, Androloji Bülteni, 25, 177-180.

Dilşen, G. (2000), Osteoporoz, Menopoz ve Osteoporoz, Ertüngealp E., Seyisoğlu H., (Editörler) Menopoz Ve Osteoporoz Kitabından, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, ss.82-84.

Dinç, A., Eryavuz, M., Özenoğlu, A., Can, G. (2002). Peri ve Postmenopozal Kadınlarda Diyetin Kemik Mineral Yoğunluğu Üzerine Etkisi, Osteoporoz Dergisi, 3(2), 52- 56.

Dog, T.L., Riley, D., Carter, T. (2001). An Integrative Approach to Menopause, Alternative Therapies in Health and Medicine, Aliso Viejo, 7 (4), 45-57.

Durmuşoğlu, F., Erenus, M. (2000). Nörovejetatif Semptomlar, Menopoz ve Osteoporoz (Ed. Ertüngealp E, Seyisoğlu H.), Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği, İstanbul, 23-27.

Dzaja, A., Arber, S., Hislop, J., Kerkhofs, M., Kopp, C., Pollmächer, T. (2005). Women's Sleep In Health and Disease, J Psychiatr Res, 39, 55-76.

Edwards, B.J., İris, M., Ferkel, E. (2006). Postmenopausal Woman With Minimal Trauma Fractures Are Unapprised Of The Existence Of Low Bone Mass Or Osteoporosis, Maturitas, 53, 260-266.

Eker, E. (2000). Menopozda Psikiyatrik Semptomlar ve Cinsellik, Editör Ertüngealp E. Seyisoğlu H., Menopoz ve Osteoporoz, İstanbul, Bölüm 5, 38-41.

Elavsky, S., McAuley, E. (2005). Physical Activity, Symptoms, Esteem, And Life Satisfaction During Menopause, Maturitas, 52, 374-385.

Elder, J.A., Messinger-Rapport, B.J., Thacker, H.L. (2004). Special Issues in Women's Health: Hormonal Health Issues of Early & Late Postmenopausal Women, In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL (eds). Current Geriatric Diagnosis & Treatment, New York, McGraw Hill Co. Inc.

pp.359-67.

- Elnashar, A.M., El, D.İ.M., El, D.M.M., Ali, O.M., El, S.M., Hassan, M. (2007). Female Sexual Dysfunction in Lower Egypt, *Brit J Obstet Gynaecol*, 114, 201–206.
- Erdem, Ö. (2006). Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 56-97.
- Erdemli, E., Serin, S., Tekelioglu, M. (2002). Osteoporoz Yeni Çözüm, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55(1), 11-16.
- Erel, C.T. (2004). Menopoz Olgularındaki Sıcak Basması Semptomunda Tedavi Seçenekleri Nedir?, *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 6, 53-57.
- Ergöl, S. (2001). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Bakımlarına İlişkin Bilgi, Uygulama ve Tutumları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 152s.
- Ertem, G. (2005). Geçmişten Günümüze Menopoz, 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, ss.234-235.
- Ertüngealp, E., Oral, E. (2000). Yaşlanmanın Biyolojisi ve Endokrinolojik Değişimler, Ertüngealp E, Seyisoğlu H .Editör. Menopoz ve Osteoporoz, İstanbul, Bölüm 2, 11-22.
- Evlice, Y., Tamam, L., Karatas, G. (2002). Menopoz ve Tedavi Sürecinde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 108-112.
- Feuerstein, G. (2000). Toward a definition of yoga therapy, *International Journal of Yoga Therapy*, 10, 5-10.
- Filiz, T.M., Uludağ, C., Çınar, N., Gorpelioglu, S., Topsever, P. (2006). Risk Factors For Urinary İncontinence in Turkish Women, *Saudi Med J*, 27(11), 1688-1692.
- Ford, K., Sowers, M., Crutchfield, M., Wilson, A., Jannausch, M. (2005), A Longitudinal Study of the Predictors of Prevalence and Severity of Symptoms Commonly Associated With Menopause, *Menopause*; 12, 308-317.
- Fredman, R. (2005). Hot Flashes, Behavioral Treatments, Mechanisms and Relation to

- Sleep, *The American Journal of Medicine*, 118(12), 1245-1255.
- Freedman RR, Roehrs TA. (2006) Effects of REM sleep and ambient temperature on hot flash-induced sleep disturbance. *Menopause*, 13, 576-83.
- Fugh-Berman, A. (2003). Bust Enhancing Herbal Products, *Obs. & Gyn.*,101, 1345-1349.
- Fuh, J.L., Wang, S.J., Lu, S.R., Juang, K.D., Chin, L.M. (2001). The Kinmen Women Health Investigation (Kiwi): a Menopausal Study of a Population Aged 40-54, *Maturitas*, 39, 117-124.
- Garcia-Perez, M.A., Moneno-Mercer, J., Tarin, J.J., Cano, A. (2004). Bone Turnover Markers and Pth Levels in Surgical Versus Natural Menopause, *Calcif Tissue Int.*, 74(2), 143-149.
- Genazzani, A.R. (2002). Estrogen Effect on Neuroendocrine Function: The New Challenge of Pulsed Therapy, *Climacteric*, 5(2), 50-56.
- Gharaibeh M, Al-Obeisat S, Hattab J. (2010). Severity of menopausal symptoms of Jordanian women, 13(4), 385-394.
- Go, V.L., Champaneria, M.C. (2002). The New World Of Medicine, Prospecting For Health, *Nippon Naika Gakkai Zasshi*, 20, 159-163.
- Gordon, J.D., Speroff, L. (2003). *Klinik Jinekolojik Endokronoloji ve İnfertilite*, El kitabı, Ç: Isık AZ., Vicdan K., Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul, 298-321.
- Goshman, L. (2001). Postmenopausal Hormone Replacement Therapy Ongoing Evaluation Of Benefits And Risks, *Pharma- Cotherapy Perspectives*, pp 28-33.
- Göde F., Doğan E., Saatlı B., Posacı C. (2008). Postmenopozal Hastalarda Hormon Tedavisi ve Diğer Antirezorbaktif Ajanların Kullanım Yaygınlığı ve Etkilerinin Karşılaştırılması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*, İzmir, 9s.
- Green, D.J., Watts, K., Maiorana, A.J., Driscoll, J.G. (2001), "A Comparison of Ambulatory Oxygen Consumption During Circuit Training and Aerobic Exercise in Patients with Chronic Heart Failure", *J. Cardiopulm Rehabil.*, No.21(3), pp.167-174.

- Griffiths A., MacLennan S., Wong Y.Y.V. (2010). Women's Experience of Working through the Menopause, A Report for The British Occupational Health Research Foundation, The University of Nottingham, Nottingham, 58s.
- Guttuso, T.J., Kurlan, R., McDermott, M.P.Kiebertz, K. (2003). Gabapentin's effects on hot flashes in postmenopausal women: A randomized controlled trial, *Obstetrics Gynecology*, 101(2), 337-345.
- Güney, N. (2006). Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı ve Perimenopozal Semptomların Tespiti, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 93s.
- Güngör, L. (2003). Elazığ Yeni Mahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yasayan 45 Yaş ve Üstü Kadınların Menopoz Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları, Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, 55s.
- Gürkan, Ö.C. (2005). Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, ss.30-35.
- Hamm, B.R., Dahl, N.V. (2002). Herbs, Menopause and Dialysis, *Seminars in Dialysis*, 15(1), 53-59.
- Hardip Kaur Dhillon, Harbindar Jeet Singh and Nor Aliza Abdul Ghaffar. (2005). Department of Obs. & Gyn., School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, *Maturitas*, 52, 256–263.
- Hekim, N. (2001). Menopozun Oluşumu ve Devamındaki Endokrinolojik Değişiklikler ve Getirdiği Sorunlar, Ed: Atüsü T., Özekici Ü., Hekim N., *Menopoz Tedavisi ve Kanseri*, Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul, 1.Baskı, 47-63.
- Hot, F. (2006). Severe Hot Flashes May Be Linked To Chronic Sleep Problems, *Obesity, Fitness&Wellness Week*, 22, 1386.
- Howard, J.R., O'Neill, S., Travers, C. (2006). Factors Affecting Sexuality in Older Australian Women: Sexual Interest, Sexual Arousal, Relationships and Sexual Distress in Older Australian Women, *Climacteric*, 9(5), 355-367.
- Hunter, M., Rendall, M. (2007). Bio-Psycho-Socio-Cultural Perspectives on Menopause, *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*,



21(2), 261-274.

Hvas, L. (2001). Positive Aspects Of Menopause, A Qualitative Study, *Maturitas*, 39, 11-17

Hvas, L. (2006). Menopausal Women's Positive Experience Of Growing Older, *Maturitas*, 54(3), 245-251.

Ibe, C., Simon, J.A. (2010). Vulvovaginal atrophy: Current and future therapies (CME), *The*

İntepe H.İ. (2007). Premenopozal ve Postmenopozal Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 97s.

Jou, H.J., Ling, P.Y., Wu, S.C. (2005). Comparison of 70mg and 35mg Isoflavone Soya Supplement for Menopause Symptoms, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90(2), 159-160.

*Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1042-1050.

Juang, K.D., Wang, S.J., Lu, S.R., Lee, S.J., Fuh, J.L. (2005). Hot Flashes are Associated Withpsychological Symptoms of Anxiety and Depression in Peri- And Post- But Not Premenopausal Women, *Maturitas*, 52(2), 119-126.

Kabukçu, N. (2000). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Sağlık Sorunlarının Tanımlanması ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Adana, 56s.

Kang, H.J., Ansbacher, R., Hammoud, M.M. (2002). Use of Alternative and Complemen-Tary Medicine in Menopause, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 79(3), 195-207.

Kaplan S, Sergek E. ve Sertbas G. (2005). Postmenopozal dönem kadınlarda kalkaneus kemik mineral yoğunluğu etkileyen faktörlerinin belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8, 76- 89.

Kaplan, S., Demirci, N. (2010). Üriner inkontinansta konservatif tedavi metotları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 1-12.

- Karacan, S., Günay, M. (2003). Aerobik Antrenman Programının Menopoz Dönemindeki Kadınların Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Etkisi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 23(3), 257-273.
- Karadağ, M. (2007). Uyku Bozuklukları Sınıflaması, Akciğer Arşivi, 8(3), 88-91.
- Karadavut, K., Basaran, A., Çakçı, A. (2002). D Vitaminin Yeri, Osteoporoz Dünyasından, Geriatri, 5(3), 115-122.
- Karakuş, E. (2006). Menopoz Döneminde Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri, Ankara, ss.65.
- Karataş, S. (2000). Sosyal Değişme ve Yaşlılık, Antropoloji ve Yaşlılık, G. Erkan, V. Işıkhan (Ed), H.Ü.Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 006, Ankara, 152-162.
- Kerrie. L.M., Degarmo, R., Langley, J. (2001). Increasing Daily Walking Lowers Blood Pressure in Postmenopausal Women, Medicine and Science in Sports and Exercise, 33(11), 1825-1831.
- Khademi, S., Cooke, M.S. (2003). Comparing The Attitudes of Urban And Rural Iranian Women Toward Menopause, Maturitas, 46(2), 113-121.
- Kıroğlu, F.G. (2005). Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara, 139s.
- Kızılırmak A. (2003). Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Nedeniyle Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma Durumu, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, s.86-90.
- Kızıltepe, S. (2006). Hormon Tedavisi Alan Premenapozal ve Postmenapozal Kadınların Mammografi Bulgularındaki Değişiklikler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana, 118 s.
- Kim, Y.H., Ha, E.H., Shin, S.J. (2003). A Study on The Menopausal Symptoms and Quality of Life in Middle Aged Women, Taehan Kanho Hakhoe Chi., 33(5), 6001-6004.
- Kim, Y.H., Lee, K.A. (2005). Symptom Experience in Women After Hysterectomy,

Jogmn., 34, 233-240.

- Kocabalkan, F., Baykal, Y., Bozoglu, E. (2000). Yaşlılarda Kardiyovasküler Risk Faktörü Olarak Homosistein, *Geriatri*, 3(2), 69-73.
- Koebnick, C., Reimann, M., Carlson, A. (2005). The Acceptability of Isoflavones as a Treatment of Menopausal Symptoms: a European Survey Among Postmenopausal Women, *Climacteric*, 8, 230-242.
- Korda, J.B., Braun, M., Christ, H., Hellmich, M., Engelmann, U. (2006), Prevalence of Female Sexual Dysfunction in Germany Results of the Crossover–Study. The Cologne 20.000 Community Survey, 9th Congress of European Society for Sexual Medicine Book of Abstracts, *J Sex Med*, 26.
- Korugan, Ü. (2000), Menopozda Beslenme, Menopoz Ve Osteoporoz, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (Editörler), Menopoz Ve Osteoporoz Kitabından, Form Reklâm Hizmetleri, İstanbul, 68.
- Korur, A. (2010). Adana İl Merkezinde Yasayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, 81s.
- Kömürcü, N. (2002). Hemşire ve Ebelerin Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bilgi ve Düşünceleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5,1.
- Kravitz, H.M., Ganz, P.A., Bromberger, J., Powel, L.H., Tyrreell, K.S., Meyer, M.M. (2003). Sleep Difficulty in Women at Midlife: A Community Survey of Sleep and the Menopausal Transition, *Menopause*, 10(1), 19-28.
- Kripke, D.F., Brunner, R., Freeman, R., Hendrix, S.L., Jackson, R.D., Masaki, K., Carter, R.A. (2001). Sleep Complaints Of Postmenopausal Women, *Clinical Journal Of Women’s Health*, 1(5), 244-252.
- Kritz, Silverstein, D., Von Muhlen, D.G., Ganiats, T.G., Barrett-Conner, E. (2004). Hysterectomy Status, Estrogen Use and Quality of Life in Older Women: The Rancho Bernardo study, *Qual Life Res.*,13(1), 55-62.
- Kronenberg, F., Fugh-Berman, A. (2002). Complementary and Alternative Medicine For Menopausal Symptoms: a Review of Randomized, Controlled Trial, *Ann*

Intern Med, 137, 805-813.

Kuliyeva, S. (2007). Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Hormon Tedavisi ve Antimuskarinik İlaçların Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana, 90s.

Kuliyeva, S. (2007). Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Hormon Tedavisi ve Antimuskarinik İlaçların Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana, 90s.

Kuzgun, Y., Sevim, S. (2004), Kadınların Çalışmasına Karşı Tutum ve Dini Yönelim Arasındaki İlişki, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 37(1), 14-27.

Küçükardalı, Y., Solmazgül, E., Kaplan, M., Sahan, B., Salmanoglu, M. (2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Popülasyonunda Osteoporoz Taraması, Turkish Journal of Geriatrics, 9(1), 25-29.

Lai, J.N., Chen, C.M., Chen, P.C., Wang, J.D. (2006). Quality of Life and Climacteric Complaints Amongst Women Seeking Medical Advice in Taiwan: Assessment Using The Whoqol-Bref Questionnaire, Climacteric, No.9, 119-128.

Lethaby, A.E., Brown, J., Marjoribanks, J. (2007). Phytoestrogens For Vasomotor Menopausal Symptoms Cochrane Database, 17;(4), 1395.

Lewis, R.W., Meyer, K.S., Bosch, R., Fugl, A.R., Laumann, E.O., Lizza, E., Martin, A. (2004), Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction, J Sex Med, 1, 35–9.

Li, C., Samsioe, G., Borgfeldt, C. (2003). Menopause-Related Symptoms: What are the Background Factors? A Prospective Populationbased Cohort Study of Swedish Women (The Women's Health in Lund Area study). Am J Obstet Gynecol, 189, 1646- 1653.

Linzmayr, L. (2001). Double-Blind, Placebo-Controlled Psychometric Studies on The Effects a Combined Estrogen-Progestin Regimen Versus Estrogen Alone on Performance, Mood and Personality of Menopausal Syndrome Patients,

Arzneim.-Forsch/Drug Res., 51(1), 238-245.

- Liu, J., Burdette, J.E., Xu, H. (2001). Evaluation of Estrogenic Activity of Plant Extracts For the Potential Treatment of Menopausal Symptoms, *J Agric Food Chem.*,49, 2472-2479.
- Loh, F.H., Khinb L.W., Saw, S.M. (2005). The age of Menopause and the Menopause Transition in a Multiracial Population: A Nationwide Singapore Study, *Maturitas*, 52(3/4), 169–80
- Malacara, J.M., Çetin, T.C., Bassol, S. (2002). Symptoms at Pre- and Postmenopause in Rural and Urban Women From Three States of Mexico, *Maturitas*; 43, 11-19.
- Manson, J.E., Hsia, J., Johnson, K.C., Rossouw, J.E., Assaf, A.R., Lasser, N.L. (2003). Estrogen Plus Progestin and the Risk of Coronary Heart Disease, *N Engl J Med*, 349, 523-534.
- Marcus, S.M., Young, E.A., Kerber, K.B., Kornstein, S., Farabaugh, A.H., Mitchell, J., Wisniewski, S.R., Balasubramani, G.K., Trivedi, M.H., Rush, A.J. (2005). Gender differences in depression: findings from the Stard study”, *J Affect Disord*, 87,141–150.
- Mazhar, S.B.,Gul-e Erum. (2003). Knowledge and Attitude of Older Women Towards Menopause, *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 13(11), 621-624.
- McCole, S.D., Brown, M., Moore, G.E., Zmuda, J.M., Cwynar, J.D., Hagberg, J.M. (2003). Enhanced Cardiovascular Hemodynamics in Endurance-Trained Postmenopausal Women Athletes, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2(6), 1073-1079.
- McVeigh, C. (2005). Perimenopause: More Than Hot Flushes and Night Sweats for Some Australian Women, *Jognn Clinical Research*, 34(1), 11.
- Mehmetoğlu, H.Ç. (2005), Kadın ve Menopoz, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ders Notları*, ss. 28-32.
- Melville, J.L., Katon, W., Delaney, K., Newton, K. (2005). Urinary Incontinence In US Women: A Population-Based Study. *Arch Intern Med*, 65, 537-542.

- Menopause, *Am Fam Physician*, 66(1), 29-34.
- Messina, M.J. (2002). Soy Foods and Soybean Isoflavones and Menopausal Health, *Nutrition in Clinical Care*, 5(6), 272-282.
- Minassian, V.A., Drutz, H.P., Al-Badr, A. (2008). Urinary İncontinence As A World wide Problem, *Int J Gynaecol Obstet*, 82, 327-338.
- Minassian, V.A., Stewart, W.F., Wood, G.C. (2008).Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics and Gynecology*, 111(2), 324-331.
- Mirzaiinjmaadi K, Anderson D, Barnes M. The relationship between exercise, body mass index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *International Journal of Nursing Practice* 2006; ss.28–34.
- Mishra, G.,Kuh, D. (2006). Perceived Change İn Quality Of Life During The Menopause, *Social Science & Medicine*, 62 (1), 93-102.
- Moe, K.E. (2004). Hot Flashes and Sleep in Women, *Sleep Medicine*, 8, 487-497.
- Morelli, V.,Naquin, C. (2002). Alternative Therapies for Tranditional Disease States
- Nanette, S. (2005). The Menopausal Transition, *The American Journal of Medicine*, 118, 8-13.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCAM), (2005). Menopause, <http://nccam.nih.gov/health/menopause.htm>
- Neff, M.J. (2004). Nams Releases Position Statement on the Treatment of Vasomotor Symptoms Associated with Menopause, *Am Fam Physician*, 70(2), 393-399.
- Nehir, S., Çoban, A., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz, Ü. (2009). Menopozal Belirtilerin ve Evlilik Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 15-21.
- Nelson, HD. (2004). Commonly used types of postmenopausal estrogen for treatment of hot flashes: scientific review, *JAMA*, 291(13), 1610-20.
- Nikander, E., Kilkkinen, A., Metsa-Heikkila, M. (2003). A Randomized Placebo-Controlled Crossover Trial With Phytoestrogens in Treatment of Menopause in

- Breast Cancer Patients, *Obstet Gynecol*, 101(6), 1213-1220.
- Northrup C. (2005). Çev. Füsün Doruker. Menopoz gerçeği. Akdeniz yayıncılık, Ankara, 290-315.
- Oğurlu, N. (2008). Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 121s.
- Oksuz, E., Malhan, S. (2006). Prevalence And Risk Factors For Female Sexual Ysfunction in Turkish Women, 175, 654-658.
- Oskay Ü. (2000). Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Sağlığın Korunup Geliştirilmesi, 4.Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı, Ege Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Ege Kadın Araştırmaları Derneği Yayını, İzmir, 128-131.
- Öge, A. (2004). Yaşlanmayla Oluşan Endokrin Değişiklikler Tedavi Yaklaşımları, *Türk Geriatri Dergisi*, 7(2), 117-121.
- Özcebe, H., Üstünsöz. A. (2001). Menopoz ve Postmenopozal Dönemde Kadın Sağlığı, *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(1), 60-67.
- Özdemir O. (2001) Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 50-65 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz Ve İlişkili Özellikler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 102s.
- Özdemir, O., Çöl, M. (2004). The Age At Menopause and Associated Factors At The Health Center Area In Ankara, Turkey. *Maturitas*, 49, 211-219.
- Özerdoğan, N., Beji, N.K., Yalçın, O. (2004). Urinary incontinence: Its prevalance, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey, *Gynecologic and Obstetetric Investigation*, 58(3), 145-150.
- Özgür N. (2007). Klimakterium Dönemideki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 144s.
- Özgürtaş, T., Yıldız, C., Kutluay, T. (2000). Osteoporozun tanımı, teşhisi ve tedavisi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 10(4), 1-4.

- Özkan, A. (2006). Cerrahi Yolla Menopoza Giren Kadınlara Verilen Eğitimin, Menopozal Yakınmaları Algılamasına ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 43s.
- Özşener, S. (2005). Menopoz ve Osteoporoz, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı, 54-56.
- Pan HA, Wu MH, Hsu CC, Yao BL, Huang KE (2002). The perception of menopause among women in taiwan, *Maturitas*, 41 (4), 269-274.
- Parry BL, martinez LF, Maurer EL, Lopez AM, Sorenson DL, Meliska CJ. (2006). Sleep, rhythms, and women's mood, part 2: menopause. *Sleep Med Rev*, 10, 197-208.
- Peeyananjarassri, K., Cheewadhanaraks, S., Hubbard, M., Zoa Manga, R., Manocha, R. (2006). Menopausal Symptoms in a Hospital-Based Sample of Women in Southern Thailand, *Climacteric*, 9(1), 23-29.
- Pernoll M.L. (2002). *Obstetrik ve Jinekoloji*. Çeviren: Ayhan A., Bozdağ G., PalmeYayıncılık, Ankara, 743-754.
- Quilliam S (2004). Çev. Edi.: Cengiz Sepkin. Kadın aşk ve cinsellik. CSA Global Yayın Ajansı, İstanbul, 174-181.
- Quinn, S.D., Domoney, C. (2009). The effects of hormones on urinary incontinence in postmenopausal women, *Climacteric*, 12(2), 106-113.
- Regestein QR (2006). Hot flashes and sleep. *Menopause*, 13 (4), 549-552.
- Rocca WA, Grossardt BR, Geda YE, Gostout BS, Bower JH, Maraganore DM, Andrade M, Melton LJ. (2008). Long-term risk of depressive and anxiety symptoms after early bilateral oophorectomy. *Menopause*, 15(6): 1-10.
- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML. (2002) . Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial, *JAMA*, 288, 321-333.
- Rotem, M., Kushnir, T., Levine, R., Ehrenfeld, M. (2005). A Psycho-Educational



- Program For Improving Women's Attitudes and Coping With Menopause Symptoms, *Obstet Gynecol Neonatal*, 34(2), 233-240.
- Royal College of Nursing. (2005). *Menopause: Lifestyle and therapeutic approaches*, London, 33s.
- Royal College of Nursing. (2010). *Women's health an the menopause*, London, 24s.
- Safarinejad MR. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res*, 18, 382-395
- Sağsöz, N., Oğuztürk, O., Bayram M. (2001). Anxiety and Depression Before and After the Menopause, *Arch Gynecol Obstet.*, 264(4), 199-202.
- Saka, G., Ceylan, A., Ertem, M., Palanci, Y., Toksöz, P. (2005). Diyarbakır il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları, *Dicle Tıp Dergisi*, 32(2), 77- 83.
- Salamone LM, Cauley JA, Black DM, Lang W. (2000) Effect of a lifestyle intervention on bone mineral density in premenopausal women: a randomized trial. *Am J Clin Nutr*, 70, 97-103.
- Saletu B. (2003). Sleep, vigilance and cognition in postmenopausal women: placebocontrolled studies with 2 mg estradiol valerate,with and without 3 mg dinogest, *Climacteric*, 6(2), 37-45.
- Salonia A., Zanni G., Briganti A., Fabbri F., Rigatti P., Montorsi F.(2004). The role of theurologist in the management of female sexual dysfunctions. *Curr Opin Urol.*, 14(6), 389-393.
- Schneider HPG., Behre HM. (2002). Contemporary evaluation of climacteric complaints: Its impact on quality of life. In: *Hormone replacement therapy and quality of life*. The Parthenon Publishing Group, Boca Raton, London, New York, Washington, 45-61
- Selam, B., Topçuoğlu, A. (2004). Menopozda hormon replasman tedavisi kullanımı ile ilgili tartışmalar ve güncel yaklaşım, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3, 38-43.
- Seyisoglu H. (2000). Post-menopozal dönemde Kardiovasküler sistem, Ed: Ertüngealp

- E, Seyisoglu H., Menopoz ve Osteoporoz. 1. Baskı, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 96-104.
- Seyisoğlu, H. (2001). Menopoz ve Seksüel Yasam, Ed: Atüsü T., Özekici Ü., Hekim N., Menopoz Tedavisi ve Kanser, Nobel Tıp Kitap Evi, 1.Baskı, İstanbul, 385-396.
- Shaw LJ, Bairey Merz CN, Pepine CJ, Reis SE, Bittner V, Kelsey SF (2006) Insights from the NHLBISponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study: Part I: gender differences in traditional and novel risk factors, symptom evaluation, and gender-optimized diagnostic strategies. *J Am Coll Cardiol*, 47(3), 4-20.
- Sherman, S. (2005). Defining the Menopausal Transition, *The American Journal of Medicine*,118(12), 3-7.
- Shin C, Lee S, Lee T, Shin K, Yi H, Kimm K et al. (2005). Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged korean women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 395-402
- Shin, C., Lee, S., Lee, T., Shin, K., Yi, H., Kimm, K., Cho, N. (2005). Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women, *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 59(4), 395-402.
- Sidi, H., Puteh, SE., Abdullah, N., Midin, M. (2007). The Prevalence of Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Malaysian Women, *J Sex Med.*, 4, 311–321.
- Soules, M.R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W. (2001). Stages of Reproductive Aging Menopause, 7, 402-407.
- Sowers M, Zheng H, Tomey K, (2009). Changes in body composition in women over six years at mid-life: ovarian and chronological aging. *J Clin Endocr Met*, 92, 895-901.
- Steams V., Ullmer L., Lopez JF., Smith Y., Isaacs C., Hayes DF. (2002). Hot flushes. *Lancet*, 360, 1851-1861.
- Steinberg, E.M., Rubinow, D.R., Bartko, J.J., Fortinsky, P.M., Haq, N., Thompson, K., Schmidt, P.J. (2008). A Cross-Sectional Evaluation of Perimenopausal

- Depression, Clin Psychiatry, 69(6), 973-980.
- Stoppe, G. (2002). Critical Appraisal of Effects of Estrogen Replacement Therapy on Symptoms of Depressed Mood, Arch Women Ment Health, 5(2), 39-47.
- Sturdee, D.W., Mc Lennan, A.H. (2004). Evolution and Revolution at the Menopause, Climacteric, 7, 325-326.
- Suparp J., Mungkorn V., Sangchai R., Saitivipawee P. (2003). Quality of life middle-aged female staff officers in the Royal Thai Navy Base, Bangkok, J Med Assoc Thai., 86(11), 1015-23.
- Şahin N.H. (2001). Klimakterik dönemde beslenme. İ.Ü.F.N.H.Y.O. Hemşirelik Dergisi, (12)47, 45.
- Şanlıoğlu, S. (2001). Kastamonu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yasayan 45-60 Yaş Grubu Kadınların Menopoz İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 83s.
- Şen, E., Sevil, Ü. (2008). Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, İstanbul, 16(62), 136-142.
- Şen, Y.Ç. (2005). Menopoz Kadınında Uyku Kalitesinin Saptanması ve Uyku Kalitesini Bozan Etkenlerin Belirlenmesi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 43s.
- Şirin, A. (2008), Kadın Sağlığı, Bedray Yayınları, İstanbul, 234-258.
- Taşkın, L. (2007). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 242s.
- Taşkın, L. (2009). Doğum Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 572-583.
- Taşkın, L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 697s.
- Terzioğlu, F. ve Ark. (2008). Sigara ve İnfertilite, Sağlık Bakanlığı Yayın No:731, Ankara, ss. 13s.

- Thorp, M.J., Gavin, N.I., Ohsfeld, R.L. (2001). Hormone Replacement Therapy In Postmenopausal Women, Utilization Of Health Care Resources By New Users, *American and Gynecology*, 185(2), 318-319.
- Thunell, L., Stadbrg E., Milsom I.A. (2004). Longitudinal population study of climacteric symptoms and their treatment in a random sample of swedish women, *Climacteric*, 357-365.
- Timur, S., Şahin, N.H. (2009). Effects Of Sleep Disturbance On The Quality Of Life Of Turkish Menopausal Women, A Population-Based Study, *Maturitas*, 64, 177-181.
- Tokuç, B., Kaplan P.B., Balık G.Ö., Gül H. (2006). Trakya üniversitesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 4, 281-287.
- Topçuoğlu, A., Uzun, H., Aydın, S., Kahraman, N., Vehid, S., Zeybek, G., Topçuoğlu, D. (2005). The effect of hormone replacement therapy on oxidized low density lipoprotein levels and paraoxonase activity in postmenopausal women, *Tohoku J Exp Med*.Jan; 205(1), 79-86.
- Tortumluoğlu, G. (2003). Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzurum, 113s.
- Tortumluoğlu, G. (2004). Asyalı ve Türk Kadınlarda Menopoz, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134.
- Tortumluoğlu, G. (2004). Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1, 1-13.
- Tortumluoğlu, G., Erci B. (2004). Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 48-58.
- Tuna, V. (2005). Cerrahi Menopoz ve Doğal Menopoz Olgularında Kan Lipid Profili. Trombotik Sistem, Arteriyel Elastisite ve Psikoseksüel Parametrelerdeki Değişiklikler, *Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve*

Araştırma Hastanesi, İstanbul, 98s.

- Tüzin, F., Tüzin, S. (2000). Postmenopozal Osteoporozda Egzersiz. Ed: Ertüngealp E., Seyisoğlu H., Menopoz ve Osteoporoz, Form Rekam Hizmetleri, İstanbul, 452-462.
- Tüzün, S., Aktas, İ., Akarırmak, Ü., Sipahi, S., Tüzün, F. (2004). Postmenopozal osteoporozda yoga eğitiminin denge ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Osteoporoz Dünyasından, 10(3), 118-122.
- Uslu, H. (2004). Postmenopozal Raloksifen HCI Kullanımının Serum Kemik Mineral Yoğunluğu Skorlarına Etkisi, Zeynep Kamil Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 78s.
- Ünalın, D., Öztürk, A., Tolga, Y., Taşdelen, C., Yazlak, Z., Öğüt, E., Gündüz, E., Elmalı, F. (2008). Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan ssk mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(3), 45.
- Ünlüer, E. (2005). Postmenopozal Kadınlarda Yılan Otu Tedavisinin Vasküler Elastisite, Kan Lipid Profili ve Vazomotor Semptomlar Üzerine Etkilerinin Araştırılması, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 52s.
- Varas-Lorenzo C, Garcia-Rodriguez LA, Perez-Gutthann S, Duque-Oliart A. (2000). Hormone replacement therapy and incidence of acute myocardial infarction. A population-based nested case-control study. *Circulation*, 101, 2572-2578.
- Varma G.S., Oguzhanoğlu, N.K., Karadag, F., Özdel, O., Amuk, T. (2005). Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8, 109-115.
- Vehid, S., Aran, S. N., Köksal, S., (2001). Silivri Bölgesi Kadınlarında Menopoz ve Özellikleri, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(6), 493-499.
- Wagner JD, Clarkson TB, St Clair RW, Schwenke DC, Shively CA, Adams MR. Estrogen and progesterone replacement therapy reduces low density lipoprotein accumulation in the coronary arteries of surgically postmenopausal cynomolgus

- monkeys. J Clin Invest, 19991(88), 1995-2002.
- Whiteman MK., Staropoli CA., Benedict JC., Borgeest C., Flaws JA. (2003) Risk factors for hot flashes in midlife women. J Women Health., 12 (5), 459-472
- Wilson, T. (2006). The Pfizer Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors, <http://blogcritics.org/archives/2006/01/14/195416.php>.
- Woods, N.F., Mitchell, E.S. (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and signifiante in women's lives, The American Journal of Medicine, 118(12), 14-24.
- Yağmur, Y. (2003). Malatya İlinde 15-34 Yaş Arası Kadınlarda Osteoporoz RiskFaktörlerini Belirleme ve Osteoporozdan Korunmada Sağlıklı Yaşam BiçimiDavranışlarını Geliştirme. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 67-92.
- Yanmaz, A.P., Med. Dr., Göker, N. (2005). Cerrahi Menopoz Hastalarında Transdermal ve İnranasal Östrojen Tedavilerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana, 42s.
- Yaralı, H., Esinler, İ. (2003). Menopoz ve Beslenme. IV.Uluslararası Beslenme ve Diyabetik Kongresi Kitabı, Diyarbakır, ss.60-62.
- Yeşilmurat N. (2001). Menopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bilgilerinin ve Yakınmalarının Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 139s.
- Yurdakul, M., Eker, A., Kaya, D. (2007). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, Elazığ, 21(5), 93-187.

