

2014

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nurcan GÖKGÖZ

T.C
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ



**POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN
MENOPOZ SEMPTOMLARINA YÖNELİK
UYGULADIKLARI TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP
YAKLAŞIMLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nurcan GÖKGÖZ

Danışman: Doç. Dr. Gül PINAR

Eş Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

ANKARA, 2014

TC.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

**POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN
MENOPOZ SEMPTOMLARINA YÖNELİK
UYGULADIKLARI TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP
YAKLAŞIMLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nurcan GÖKGÖZ

Danışman: Doç. Dr. Gül PINAR

Eş Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

ANKARA, 2014

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KABUL VE ONAY




Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarına
Yönelik Uyguladıkları Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp
Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Nurcan GÖKGÖZ
Yüksek Lisans Tezi

31.12.2014

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gül PINAR

Eş Danışman
Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

Jüri Üyelerinin Adları
Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN 
Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN 
Yrd. Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ 

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayanın Adı
Enstitü Müdürü
Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

31.12.2014

İmza

Nurcan GÖKGÖZ

TEŞEKKÜR

Bilimsel ve akademik düşünme becerisi kazanmamı sağlayan, yüksek lisans eğitimim boyunca yetişmemde büyük emekleri olan, her zaman yakın ilgisini gördüğüm, öğrencisi olmakla gurur duyduğum Sayın Hocam Doç. Dr. Gül PINAR'a,

Özellikle tez döneminde, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, desteğini hiç esirgemeyen, harcadığı emek ve zamanla bireysel ve akademik bakış açımı zenginleştiren, Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN'a,

Tez süresince görüşlerine başvurduğum, desteklerini hissettiğim Sayın Hocalarım Yrd. Doç. Dr. Demet AKTAŞ, Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN, Yrd. Doç. Dr. Müzeyyen ARSLAN, Yrd. Doç. Dr. Nurcan ERTUĞ'a,

Tez dönem arkadaşlarım, Melek KOÇ, Gonca K. BARAN, Handan ORAL, Yeşim ASLANTÜRK, Dilek ÇELİKGÖZ, Ebru İNAN KIRMIZIGÜL ve Kübra ÖZCAN'a,

Araştırmanın izni ve uygulanabilmesinde yardımcı olan Turgut Özal Üniversitesi Hastanesi yöneticileri ve tüm personeline,

Hayatım boyunca sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen annem, babam ve kız kardeşlerime,

Aldığım her kararı destekleyen, hayatıma anlam katan sabır, anlayış ve sonsuz destekleri için sevgili eşim ve çocuklarıma,

İçtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1.Araştırma Soruları.....	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Menopozun Tanımı.....	5
2.2. Klimakteriyum.....	6
2.2.1. Premenopoz.....	6
2.2.2. Perimenopoz.....	7
2.2.3.Postmenopoz.....	7
2.3. Menopozun Fizyolojisi.....	7
2.4. Menopozda Görülen Sağlık Sorunları.....	9
2.4.1. Siklus Bozuklukları.....	10
2.4.2. Vazomotor semptomlar.....	10
2.4.3.Psikolojik Semptomlar.....	12
2.4.4. Atrofik Değişiklikler.....	15
2.4.5. Bağı Dokusu Değişiklikleri.....	16
2.4.6. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	16
2.4.7 .Osteoporoz.....	17

2.5. Menopoz ve Tedavi.....	19
2.5.1. Medikal tedavi.....	19
2.5.2. TAT Kullanımı.....	19
2.5.2.1. Biyolojik Temelli Yöntemler.....	21
2.5.2.2. Vücut Terapileri.....	23
2.5.2.3. Akıl-Beden Teknikleri.....	23
2.5.2.4. Enerji Tedavileri.....	24
2.5.2.5. Alternatif ve Medikal Sistemler.....	24
2.6. Yaşam Kalitesi.....	25
2.7. Menopoz Döneminde Sağlık Profesyonellerinin Rolü.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Şekli.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	28
3.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3.5. Veri Toplama Araçları.....	30
3.5.1. Tanıtıcı bilgi formu.....	30
3.5.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ).....	30
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	32
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
4. BULGULAR.....	34

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
4.2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre TAT Kullanımına İlişkin Bulgular	44
4.3. Kadınların Tanımlayıcı Bulgularına Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular	47
4.4. Kadınların Kullandıkları TAT Yöntemlerine Göre MÖYKÖ Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular	54
5. TARTIŞMA	61
5.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	61
5.2. Kadınları Tanımlayıcı Özelliklerine Göre TAT Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.3. Kadınların Tanımlayıcı Bulgularına Göre MÖYKÖ Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların Dağılımının Tartışılması	76
5.4. Kadınların Kullandıkları TAT Yöntemlerine Göre MÖYKÖ Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	80
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	85
7. KAYNAKLAR	91
8. EKLER	109
EK 1. ÖLÇEK SAHİBİNDEN ALINAN İZİN	109
EK 2. ETİK İZİN	110
EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	111
EK 4. BİREYSEL BİLGİ FORMU	113
EK 5. MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	120
9. ÖZGEÇMİŞ	121

ÖZET

Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarına Yönelik Uyguladıkları Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Araştırma, postmenopozal dönemdeki kadınların, menopoz semptomlarına yönelik başvurdukları tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları ve bunun yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Turgut Özal Üniversitesi Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne başvuran 270 kadın oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak oluşturulmuş Bireysel Bilgi Formu ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde ortalama, frekans, yüzde, Ki-kare, Mann-Whitney U testi, Bonferroni düzeltmeli Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 54±5.0'dir. Kadınların menopoz döneminde sıklıkla sıcak basması (%86.9), terleme (%82.1) ve vajinal kuruluk/disparoni (%81.7) yaşadıkları saptanmıştır. Ev hanımlarında, ileri yaş grubunda, düzenli ilaç kullananlarda, cerrahi yolla menopoza girenlerde, hormon tedavisi görmeyenlerde ve cerrahi operasyon öyküsü olanlarda menopozal semptomların daha yoğun görüldüğü ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışmada TAT kullanma oranı %62.2 olarak bulunmuştur. Kadınlar sıklıkla soya (%50), kara yılan otu (%28.9) bitkisel çay (%11.2), akupunktur (%39.7) ve hidroterapi (%10.3) gibi yöntemlere başvurmaktadır. Gebelik deneyimi olan ve hormon tedavisi alanların TAT kullanımına daha meğilli oldukları tespit edilmiştir ($p<0.05$). TAT kullananlarda menopozal semptomların daha az görüldüğü ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmanın sonucunda, kadınların yarısından fazlasının, TAT kullanmalarına rağmen konuyla ilgili sağlık çalışanlarından yeterli bilgi almadıkları belirlenmiştir. TAT kullanımı ile menopoz semptomlarını daha iyi kontrol edilebildiği

belirlendiğinden, menopoz dönemindeki kadınlara güvenli TAT kullanımı hakkında eğitim, danışmanlık hizmeti verilmesi ve daha ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Menopoz, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Impact Of Complementary And Alternative Medical Approaches To Menopause Symptoms Implemented By Postmenopausal Women On Their Quality Of Life

This is a descriptive study aiming to determine the complementary and alternative treatment methods implemented by women in the postmenopausal period to address menopausal symptoms and identify the impact of these methods on their quality of life.

The study sample consists of 270 women who visited the Turgut Ozal University Hospital Menopause Polyclinic. The data was collected using the Individual Information Form and the Life Quality Scale for Menopause, which were developed by the researcher based on literature knowledge. Data analysis was conducted by using average, frequency, percentage, chi-square, the Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis test with Bonferroni correction.

The average age of the participant women is 54 ± 5.0 . The most common menopausal symptoms among the women were hot flashes (86.9%), sweating (82.1%) and vaginal dryness/dyspareunia (81.7%). It has been demonstrated in many studies that these menopausal symptoms are more intense in housewives, the elderly, those taking medication regularly, those for whom surgery caused the onset of menopause, those not receiving any hormone therapy and those with a surgical history. It has also been proven that there was a decrease in life quality for these groups of women ($p<0.05$).

This study found that the rate of CAM use was 62.2%. Women most frequently turn to methods like soybeans (50%), black bugbane (28.9%), herbal tea (11.2%), acupuncture (39.7%) and hydrotherapy (10.3%). It was determined that those with a maternal history and receiving hormone therapy were more inclined to implementing CAM ($p<0.05$). It was also found that those implementing CAM had more rare menopausal symptoms and had a higher quality of life ($p<0.05$).

The research outcomes indicate that more than half of the participant women implement CAM; however, they do not seek enough information on this issue from healthcare professionals. It is suggested that menopausal women receive education, consultancy and take on further activities as menopausal symptoms are proved to be better-controlled through CAM.

Keywords: Complementary and alternative treatment, Menopause, quality of life.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KVS	: Kardiyovasküler Şstem Hastalıkları
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
DXA	: Dual-energy X-ray Absorptiometry
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TAH-BSO	: Total Abdominal Histerektomi-Bilateral Salpingooferektomi
KSA	: Kadın Sağlığı Araştırması
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
FSH	: Folikülü sitümüle eden hormon
LH	: Luteinleştirici hormon
LDL	: low density lipoprotein
HDL	: High Density Lipoprotein
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Klimakterium terminolojisinin şematik görünümü.....7

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Östrojen ve progesteron hormon eksikliklerinde hedef organlarda görülen semptomlar	9
Tablo 2.2. Östrojen azalmasına bağlı görülen semptomlar	10
Tablo 2.3. Ürogenital atrofi semptomları	16
Tablo 2.4. Osteoporoz risk faktörleri	17
Tablo 2.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi sınıflaması	21
Tablo 4.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	35
Tablo 4.2. Kadınların jinekolojik ve sağlık durumuna ilişkin verilerinin dağılımı	36
Tablo 4.3. Kadınların ilaç kullanma durumuna ilişkin verilerinin dağılımı	37
Tablo 4.4. Kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı	38
Tablo 4.5. Kadınların menopoza bağlı sağlık sorunu yaşama durumlarının Dağılımı	39
Tablo 4.6. Kadınların menopoz semptomlarına yönelik TAT kullanma özelliklerinin Dağılımı	40
Tablo 4.7. Kadınların menopoz semptomlarına yönelik tercih ettikleri TAT yöntemlerinin dağılımı	41
Tablo 4.8. Kadınların kullandıkları TAT yönteminin etkinliğine ilişkin görüşlerinin dağılımı	42
Tablo 4.9. Kadınların kullandıkları TAT etkilerinin ve TAT kullanma edenlerinin dağılımı	43
Tablo 4.10. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımı	44
Tablo 4.11. Kadınların obstetrik özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımı	45
Tablo 4.12. Kadınların sağlık öyküsüne göre TAT kullanma durumlarının dağılımı	46
Tablo 4.13. Kadınların düzenli ilaç alma özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımı	46
Tablo 4.14. Kadınların menopoz yaşına göre TAT kullanma durumlarının Dağılımı	47
Tablo 4.15. MÖYKÖ puan ortalamalarının dağılımı	48

Tablo 4.16. Kadınların yaşlarına göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 4.17. Kadınların eğitim durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	49
Tablo 4.18. Kadınların çalışma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	50
Tablo 4.19. Kadınların cerrahi operasyon geçirme durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	51
Tablo 4.20. Kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	52
Tablo 4.21. Kadınların HRT kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	53
Tablo 4.22. Kadınların menopoza girme şekline göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	54
Tablo 4.23. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	55
Tablo. 4.24. TAT kullanan kadınların kullandıkları TAT yöntemlerine göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	56
Tablo 4.25. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların sağlık sorunu yaşama durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	57
Tablo 4.26. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların cerrahi operasyon geçirme durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	58
Tablo 4.27. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı.....	59

1. GİRİŞ

Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık yarısını kadınlar oluşturmaktadır. Geleneksel rolleri dışındaki görevleri ile de tarihin her döneminde kadının toplumsal yaşamdaki yeri ve önemi azımsanmayacak kadar büyüktür (1). Kadın; çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık dönemlerini kapsayan yaşam döngüsü içinde her bir döneme özel fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşamaktadır. Menopoz dönemi psikolojik ve fizyolojik değişimlerin yaşandığı özel bir dönem olarak değerlendirilmektedir (2). Bununla birlikte menopoz dönemi, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sağlık sorunlarına neden olan ve menopoza özgü semptomlarla birlikte seyrettiği için özel olarak değerlendirilmesi gereken bir süreçtir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) menopozu; ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması olarak tanımlamaktadır (4). Normal biyolojik bir süreç olan menopoz; cerrahi, kemoterapi yada radyasyon tedavisi sonrasında over fonksiyon kaybına bağlı da ortaya çıkabilmektedir (5,6). Beklenen yaşam süresinin uzaması, kadının yaşamının üçte birlik bölümünde menopoz ve menopoza bağlı sağlık sorunları ile karşı karşıya kalacağını göstermektedir (3).

Menopoz yaşı farklı faktörlerin etkisinde kalarak toplumdan topluma değişiklikler göstermektedir (2). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın sonuçlarına göre ülkemizde kadınların %49'u 48-49 yaş aralığında menopoza girmektedir (7). Türkiye Kadın sağlığı araştırması (KSA) sonuçlarında ise ülkemizde menopoz yaş ortalamasınının 46 olduğu belirlenmiştir (8). Dünyada menopoz yaşını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; menopoz yaşının gelişmiş ülkelerde 48 ile 51 yaş aralığında olmak üzere Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 51 yaş, gelişmekte olan ülkelere Hindistan'da 40.32 ile 48.84 yaş aralığında değiştiği kabul edilmektedir (9,10). Bununla birlikte kadının beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kadınların menopoza girme yaşının yükseleceği öngörülmektedir (11).

Menopoz döneminde östrojen düzeyinin azalmasına bağlı yaşanan fiziksel ve ruhsal değişiklikler kadınların bazı sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (12). Bu sorunlar menopozun erken dönemlerinde; sıcak basması, terleme, dikkat ve hafıza sorunları iken, geç döneminde cinsel disfonksiyonlar, ürogenital atrofi, vulvada kaşıntı, disparoni, uterin kanamalar, idrar inkontinansı, kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları ve osteoporozdur. Bu sağlık sorunları kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerini yerine getirmelerine engel olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (9,13). Menopozal semptomların görülme şekli ve bu semptomların kadınlar tarafından algılanışı toplumdan topluma hatta aynı toplum içindeki etnik gruplara göre farklılık gösterebilmektedir (10). Ferrand ve arkadaşları çalışmalarında Tunus’lu kadınların menopozla ilişkili somatik ve psikolojik yakınmaları, Fransız kadınlara göre daha şiddetli yaşadıklarını saptamışlardır (14). Bununla birlikte kadınların büyük çoğunluğunun menopoz ve menopoza bağlı sorunlar hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları bilinmektedir (15).

DSÖ sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlaması yaşam kalitesi kavramının yerleşmesinde önemi rol oynamıştır (16). Yaşam kalitesi kişinin hedefleri ile ona ulaşması arasındaki bağın kurulmasını sağlayan öznel ve nesnel değerlendirmeleri kapsamaktadır. Yaşam kalitesi kişinin sosyal yaşamını, fiziksel, fizyolojik ve psikolojik sağlık durumunu da içine alan geniş bir kavramdır (2).

Menopozal dönemde geçirilen sürenin artması ve menopoza bağlı yaşanan sağlık sorunlarının kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, tedaviyi kaçınılmaz kılmaktadır (17). Tedavi seçeneklerinden biri olan hormon replasman tedavisinin (HRT) menopozal semptomların en aza indirgenmesinde ya da ortadan kaldırılmasında oldukça etkili olduğuna vurgu yapılmaktadır (10,18,19). HRT ile %80-90 oranında premenopozal semptomlar azalmaktadır. Ancak, birçok kadın için yetersiz kalması veya kadının HRT için isteksiz olması, risklere karşı yararlarının sınırlı olması, HRT kullanımına engel olabilmektedir. Aynı sebepler tamamlayıcı ve alternatif tedaviye (TAT) olan ilgiyi artırmaktadır (19,20).

Bu bakımdan menopoz semptomlarını hafifletmek ve yaşam kalitesini artırmak için daha güvenli ve doğal olduğuna inanılan alternatif tedavi yöntemleri tercih edilmektedir (21). Bunun yanısıra kadınların kendi sağlıklarının kontrolünü

alternatif yaklaşımlarla etkin kıldıkları düşüncesi de TAT'a olan ilgiyi artırmaktadır (20). DSÖ'nün 2002-2005 "Geleneksel Tıp Strateji" raporunda birçok gelişmiş ülkede TAT kullanımına olan ilgi artmakla birlikte, herhangi bir TAT uygulamasını kullanma yüzdesinin %65'e ulaştığı bildirilmektedir (22).

Yapılan çalışmalar, güvenilirliği tam olarak ortaya konulamamasına rağmen menopozdaki kadınların büyük bir bölümünün tamamlayıcı yöntemlere başvurduğunu göstermektedir (23,24). Kessel ve Kronenberg'in araştırmasında kadınlarda menopoz dönemi semptomlarla başetmede, TAT yöntemlerinden fitoterapi kullanımının yaygın olduğu belirtilmektedir (24). DSÖ 2014-2023 Geleneksel Tıp Strateji Raporunda son yıllarda TAT yöntemlerine olan ilginin arttığı, TAT yöntemlerinin güvenli kullanımı için strateji geliştirmenin zorunlu olduğunu bildirilmektedir (25). Nitekim ülkemizde "Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ile bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri, bu yöntemlerin yapılabileceği sağlık kuruluşlarının belirlenmesi, çalışması ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esasları düzenlenmiştir (26). Toplumun tamamlayıcı terapilere yönelik ilgilerinin artması ile birlikte sağlık profesyoneli olmayan kişi ve kuruluşlar TAT uygulamalarında rol almaktadır. Bu durum birey, aile ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonellerinin üyesi olan hemşirelerin TAT uygulamalarında rol almasını zorunlu hale getirmiştir (23).

Literatür incelendiğinde; ülkemizde kadınların menopoz semptomlarına yönelik geliştirdikleri başetme yolları ve menopozda TAT kullanımına ilişkin birçok çalışmalara rastlanırken menopoz döneminde TAT kullanımının yaşam kalitesine etkisini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu ihtiyaçtan yola çıkarak çalışma, kadınların menopoz semptomlarına yönelik kullandıkları TAT uygulamaları ve bunun yaşam kalitesine olan etkisinin saptaması amacıyla yapılmıştır. Ayrıca, araştırma sonuçlarının literatüre katkı sağlaması, hemşirelerin danışman ve eğitici rolleri ile bu konudaki aktif katılımlarının öneminin vurgulanması hedeflenmiştir.

1.1. Araştırma Soruları

- Menopoz döneminde TAT kullanım oranı nedir?
- Menopoz döneminde kullanılan TAT yöntemleri nelerdir?
- Menopoz döneminde TAT kullanımını etkileyen faktörler nelerdir?
- TAT kullanımı ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) puan ortalamaları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopozun Tanımı

Günümüzde yaşamının en az üçte birini menopozal dönemde geçirmekte olan kadınların oranı toplam nüfusunun beşte birine ulaşmaktadır. Bu sebeple kadının bu döneminin doğru ve özgün değerlendirilmesi gerekmektedir (3).

Türkçeye Fransızcadan geçen menopoz sözcüğü 19. yüzyılın sonlarında modern Latince menopausis sözcüğünden türetilmiştir. Meno- eki, Yunanca men (ay) kelimesinden ve pause Yunanca pausein (durmak) sözcüğünden ön gelir (27,28). Menopoz, over fonksiyonunun tamamen durmasıyla birlikte kadının doğurganlık döneminin bittiği ve hayat değişiminin başladığı yaşam periyodu olarak değerlendirilmektedir (28). Bir yıl boyunca amenore nedenleri ortadan kaldırıldığı halde menstruasyon olmayan kadınlarda menopozun başladığı kabul edilmektedir (29). DSÖ menopozu “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması” olarak tanımlanmaktadır (4).

Menopoz yaşını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda farklı bulgular ortaya çıkmaktadır (29,30). Pek çok ülkede menopoz yaşı 48-51 olarak tespit edilmiştir (9-10). 2013 TNSA verilerine göre ülkemizdeki menopoz yaşı 48-49'dur (7). Menarj yaşı son 100 yılda önemli ölçüde düşüş gösterme eğiliminde olmasına karşın menopoz yaşında ciddi değişiklikler gözlenmemiştir (30). Bununla birlikte aile öyküsü, sigara, puberte prekoks, sol eli kullanma, iyonizan ışınlarla maruz kalma erken menopozla, obezite, alkol, yüksek ekonomik düzey geç menopoz ile ilişkilendirilmektedir (2,3,29). Irk, oral kontraseptif kullanımı, gebelik sayısı ve menarş yaşı ile menopoz yaşı arasında bir ilişki bulunamamıştır (27).

Menopoz kadın yaşamında doğal bir süreç olmasının yanı sıra, kadınlar cerrahi olarak da menopoza girmektedir. Menstruasyon döngüsü hipotalamus, hipofiz ve yumurtalık hormonlarının karmaşık bir geribildirim sisteminin işleyişi ile gerçekleşmektedir. Folikül havuzu başlangıçta belirlenen oosit sayısına bağlı olarak tükenmektedir. Folikül sayısının kritik bir eşiğin altına düşmesi ile doğal menopoz oluşmaktadır (27,30). Kadınların büyük bir bölümü menopoza doğal yollardan geçiş

yapmakla birlikte bir bölümü de her iki overin çıkarılması ya da overyan fonksiyonlarının kemoterapi veya radyoterapi gibi iatrojenik etkiye maruz kalmaları sebebi ile cerrahi olarak menopoza sürecine girmektedirler (9,31).

Psikolojik ve fizyolojik değişimlerin yaşandığı menopoza klimakterik olarak tanımlanan dönem içinde geniş bir yaş aralığını kapsamaktadır (32). Bu nedenle menopoza süreci evrelere bölünerek değerlendirilmektedir.

2.2. Klimakteriyum

Klimakteriyum Yunanca bir kelime olup "merdiven basamağı" anlamına gelmekte, 40–45 yaşlarında başlayıp yaşlılık döneminin başlangıcı olan 65 yaşa kadar sürmektedir. Klimakterik dönem içerisinde; premenopoz, perimenopoz, menopoza ve postmenopoz dönemleri yer almaktadır. "Yaş dönümü" de denilen klimakteriyum dönemi, kadının cinsel olgunluk döneminden sonraki hormon yapımının ve üreme kapasitesinin azaldığı bir dönem olup, en çarpıcı değişikliği menopozdur. Klimakteriyum, cinsel olgunluk döneminden yaşlılık dönemine kadar uzanan devredir. Bu yönü ile klimakteriyum ve menopoza kelimeleri birbirine karıştırılmaktadır. Menopoz bu dönem içinde görülen bir evredir (27,32). Bu sürecin sağlıklı değerlendirilebilmesi için döneme özgü biyolojik faktörler kadar psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir (2,33).

2.2.1. Premenopoz

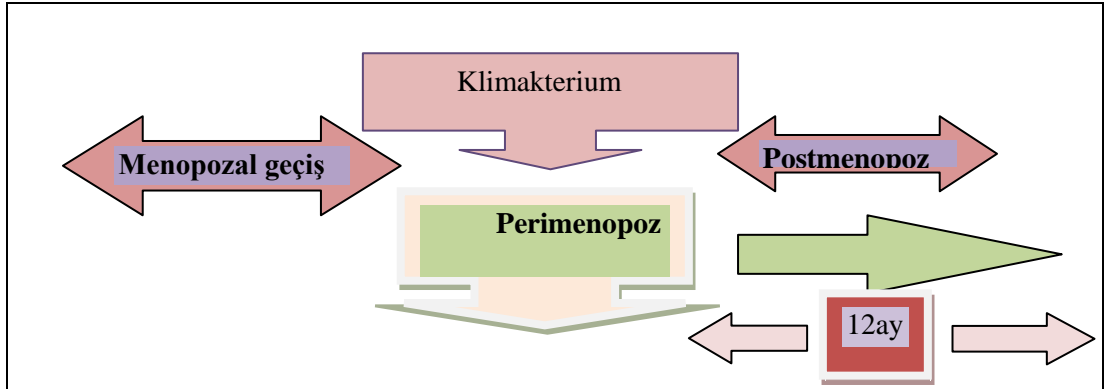
Klimakteriyumun ilk fazıdır ve düzenli siklus aralıklarından menopoza amenoresine geçiş ile menstrüel düzensizlikle karakterizedir (34). Bu fazda menstrual siklus düzenini kaybetmiş ve fertilitate şansı düşmüştür. Düzensiz siklus birkaç ay veya birkaç yıl sürebilmektedir. DSÖ'nün tanımına göre menopozdan 2–6 yıl önceki devre olan premenopozda, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı, emosyonel rahatsızlıklar gibi yakınmalar ortaya çıkmaktadır (27).

2.2.2. Perimenopoz

Perimenopoz; premenopozu, menopoza ve menopoza sonraki ilk bir yılı kapsamaktadır (27). Perimenopoz DSÖ'nün tanımına göre; menopoza öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrual periyodu izleyen bir yıllık süreyi içine alan dönemdir(4). Perimenopoz bir geçiş aşamasıdır. Yumurtalıklarda estrojen aktivitesinin kısmi ve tam kaybı özellikle yetersiz östrojen salınımı kadınların menopoza özgü sağlık sorunlarının bu dönemde yoğun olarak yaşanmasına neden olmaktadır.

2.2.3. Postmenopoz

Menopozu izleyen dönemi kapsar. Postmenopozal dönem kriteri olarak doğal yolla menopoza giren kadınlar için en az bir yıllık amenoreik bir periyot, cerrahi postmenopozda olan kadınlar için ise operasyon sonrası en az üç aylık bir sürenin geçmesi şartları aranmaktadır (35). Overin üreme ve östrojen üretme fonksiyonlarını yitirdikten sonraki süreyi kapsamaktadır ve yaşlılık dönemine kadar devam etmektedir (27,36).



Şekil 2.1. Klimakterium terminolojisinin sematik görünümü (Uludağ'dan 37).

2.3. Menopozun Fizyolojisi

Düzenli ovulatuvar sıklulardan menopoza geçiş, kadında bazı hormonal ve klinik değişiklikleri meydana getirmektedir (27).

İnsan embriyosunda, overde oogenez üçüncü gebelik haftasında başlamaktadır. Fetusun gelişmesi sırasında 7 milyondan fazla primordial folikülü bulunmaktadır. Puberteye kadar yumurtalıklarda belirgin bir fonksiyon meydana gelmemektedir. Buna rağmen bu döneme ulaşabilen yumurta sayısı 300.000'den azdır. Bunlardan olgun hale gelip atılanların sayısı sadece 400 veya 500 civarında olmaktadır. Her bir mestrüel döngüde FSH etkisi ile 6-12 primordial büyümeye başlamaktadır. Bunlardan biri dominant hale geçerek diğerlerinin büyümesini durdurup atreziye uğramasına neden olmaktadır. Bu nedenle 37 yaşına kadar primordial folikül sayı ve kalitesi azalmakta, bu yaştan sonra atrezi hızla gelişmektedir. Folikül Uyarıcı Hormonun (FSH) hızla artışı sonucu Lütein Yapıcı Hormon (LH) / FSH dengesi, FSH lehine bozulmaktadır. Erken dönemde FSH yükselmesi overlerde multifoliküller gelişmesine neden olmaktadır. Özellikle perimenopozal geçiş sürecinde östradiol salınımı artmakta ve foliküler faz kısalmaktadır. Bu durum siklus süresinde klinik açıdan tespit edilemeyen bir kısaltmaya neden olmaktadır (30,34,38). Sonraki dönemde FSH'ın yükselmesine rağmen foliküler gelişimi yavaşlamakta ve foliküler faz uzamaktadır. Erken olgunlaşan follüküller ve oosit kaybı menopoza geçişte önemli birer etken olmaktadır. FSH'ı inhibe eden ve overlerden salgılanan inhibinin yaşlanma ile birlikte azalma göstermesi de belirleyici bir faktör olmaktadır (28,30,34).

Özellikle postmenopozal dönemde androjen üretimi de azalmaktadır. Postmenopozal dönemde androstenedionun temel kaynağı adrenaller olup overin hiçbir katkısı bulunmamaktadır. Ancak testosteron, postmenapozal gonadotrop hormonlarda meydana gelen yükselme sonucu, over stromasından salgılanan testosteron ile kompanse edilmektedir. Birkaç yıl devam eden bu yükselme daha sonraları tekrar azalmaktadır. Böylece püberte ile ortaya çıkan seksüel kıllanma, libido, kemik yoğunluğu, adele kütlesi ve immün gelişim gibi androjen ile ilgili özelliklerin tümü, menopozdan sonra gerileme göstermektedir. Ayrıca adrenal glandlar dehidroepiandrosteron (DHEA), dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS), testosteron, östrojen, kortizol ve aldosteron üretmektedir. DHEA ve DHEAS düzeyleri yaş ilerledikçe menopozdan bağımsız olarak azalmakta, adrenal östrojen, androstenedion, testosteron kortizol ve aldosteron salınım düzeyleri genelde sabit kalmaktadır (37,38).

Menopoz iki önemli sürecin etkisinde gelişmektedir. Birincisi gonodotropinlere duyarlı oositler overden kaybolmaktadır. İkincisi geride kalan az sayıda oositler gonodotropinlere yanıt vermemektedir (34). Böylece menopoz yaşına gelindiğinde, over foliküllerinin tamamen tükenmesi ile ovulasyon durmakta, östrojen salgılanmamakta ve overlerde atrofi görülmektedir. Üreme çağı proliferasyon fazı değerlerine göre Folikül Stimulan Hormon (FSH) 13 kat, Luteinizan Hormon (LH) 3 kat artmaktadır. Bu artış 40 IU /L ye ulaştığında menopoz dediğimiz son adet kanaması görülmektedir. Östrojenin daha da düşmesi ile menstruasyon kesilerek ve postmenopozal dönem başlamaktadır. Cerrahi menopozda ise serum FSH VE LH değerleri postmenopozal düzeye yaklaşık bir ay sonra ulaşmaktadır. FSH ve LH menopozdan bir kaç yıl sonra en yüksek seviyelerine ulaşmakta, seliniumda en alt seviyeye düşmektedir (30,34,37).

Tablo 2.1. Östrojen ve progesteron hormon eksikliklerinde hedef organlarda görülen semptomlar.

Hedef Organ	Semptomlar
Vulva-Vagi na	Disparoni, kasıntı ve akıntı
Mesane-Üretra	Sık ve ağrılı idrara çıkma, idrarı tutamama
Pelvik taban	Sarkma
Cilt-mukoz membranlar	Kuruma, kasıntı, travmalardan kolay etkilenme
Kardiyovasküler sistem	Koroner arter hastalıkları, angina pectoris
İskelet sistemi	Bel, sırt ağrıları, kalça kırığı, postür değişikliği
Santral sinir sistemi	Terleme, ateş basması, sıkıntı, depresyon
Meme	Küçülme

2.4. Menopozda Görülen Sağlık Sorunları

Menopoz dönemi doğal fizyolojik bir olgunlaşma basamağı olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, menopoza özgü semptomlar, psikolojik ve fizyolojik belirtiler ile ortaya çıkmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (10). Belirtiler genellikle menopoz öncesi başlayıp bir ila beş yıl boyunca devam etmektedir. Ancak bazı durumlarda belirtilen bu süre 10 yıla kadar uzayabilmektedir (28). Kadınların% 85'i vazomotor semptomları yaşarken depresyon, anksiyete, kolay

yorulma ve uykusuzluk, cinsel ilişki (disparoni) sırasında ağrı, ürogenital semptomlar ve osteoporoz riskiyle de karşı karşıya kalabilmektedirler (28,37,9). Klimakteryumda östrojen yetmezliğine bağlı semptom ve bulgular, ortaya çıkış dönemine göre iki grupta incelenmektedir (27,39).

Tablo 2.2. Östrojen azalmasına bağlı görülen semptomlar.

Premenepozal dönem	Postmenepozal dönem
Siklus Bozuklukları	Genital atrofi
Vazomotor semptomlar	Kardiyovasküler hastalık
Duygudurum değişiklikleri	Osteoporoz
	Ciltte bozulma

2.4.1. Siklus Bozuklukları

Menstrual siklus değişiklikleri, en yaygın görülen değişikliklerden biri olarak kadın hayatında yerini almaktadır. Düzenli siklus aralıklarından menopoza amenoresine geçiş dinamik bir süreç olan belirgin menstrüel düzensizlik dönemiyle ortaya çıkmaktadır (41). Erken yaşta menopoza girenlerde amenoreden önceki siklus düzensizlikleri daha kısa süreli olmaktadır. Anovulatuvar döneme geçilmesine rağmen yüksek FSH geride kalan foliküllerin östradiol salgısını uyarmaktadır. Progesteronunda salgılanması ile korpus luteum oluşmaktadır. Fakat kandaki östrojen düzeyi yeterli düzeyde yükselip düşmemesi endometriyal siklusun gerçekleşmesine engel olmaktadır. Anovular siklus nedeni ile foliküllerin sürekli östrojen salgılaması endometriumu sürekli proliferatif fazda tutmaktadır. Endometriyum yıkılmaya başladığında da rejenerasyonu sağlayacak folikül gelişmesi olmadığı için kanama fazla olmaktadır. Endometriyum tabakasının sürekli estrojenin etkisi altında olması kanser riskini artırdığından sürekli uyarının kontrol altına alınmasını gerekli kılmaktadır (27).

2.4.2. Vazomotor semptomlar

Sıcak basması ve gece terlemeleri menopoza dönemindeki kadınların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki göstermektedir (42). Hipotalamik termoregülatuar

merkezin disfonksiyonu yumurtalık östrojen üretiminin azalmasına neden olmaktadır (43). Santral sinir sistemindeki bu değişimler sıcak basmaları, uyku bozuklukları, moral değişimi ve hafıza sorunlarına neden olmaktadır (28).

Vazomotor değişiklikler sıcak basması ve gece terlemeleri ile karakterize olup, %80 oranında görülmektedir (28). Sıcak basması yakınması çoğu kadında menopozdan bir yıl önce başlamakta 5 yıldan daha uzun sürmektedir(30). Bununla beraber sıcak basmalarının dört, beş yıl içinde geçmesi beklenmektedir. Sıcak basmalarının günde on hatta elli atak olmasına karşın beş atak şeklinde olabileceği değişik gruplar gösterilmiştir (28). Sıcak basmaları vücudun üst yarısı, baş ve yüzde sıcaklık hissi ile başlayıp tüm vücuda yayılmaktadır (27,28,39). Episod iki ila yedi dakika sürmekle birlikte bir- beş dakika arasında devam edebilmektedir. Nöbetler esnasına vazodilatasyon sonucu deride renk kızarıklığı ve ateş basması hissi yaşanmaktadır. Sıcak basması sırasında vücut sıcaklığında artma ve nabız sayısında artış olmaktadır. Çarpıntı ile birlikte ellerde kan akımının hızlanması ile sıcaklık düşerek terleme gerçekleşmektedir (28,37). Bundan sonra üşüme, ürperme, anksiyete, sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu tabloya eşlik edebilmektedir. Uykuda oluşan sıcak basmaları ise gece terlemeleri olarak isimlendirilmektedir (28).

Sıcak basmasının prevalansı kültürler arası farklılıklar göstermektedir. Sıcak basması prevalansının Hong Konglu kadınlarda %10-22, Japon kadınlarda %17, Tayvanlı kadınlarda %23, Kuzey Amerikalı kadınlarda %45 ve Hollandalı kadınlarda %80 olduğu bildirilmektedir. Sıcak basması ve gece terlemesi, Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınlarda diğer toplumdaki kadınlara göre daha yaygın görülmektedir. Japon kadınların fitoöstrojenden zengin beslenmesi, Kafkas kadınlara göre sıcak basması ve gece terlemesini daha az yaşamalarına neden olmaktadır (4). Bener'in Katar'da yaptığı bir çalışmada Arap kadınların %33.3'ünün sıcak basması yaşadığı saptanmıştır (44).

Türkiye'de Sözeri Varma ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada kadınların %64'ünün sıcak basması ve %54'ünün gece terlemesi yaşadığı saptanmıştır. Klimakterium döneminde, kadınların %58'inde sıcak basmalarının görüldüğü bulgulanmıştır (45). Bununla birlikte sıcak basması şikayetlerinin görülme sıklığının zannedildiği kadar fazla olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Nitekim Ceylan ve Özerdoğan'ın yaptıkları araştırmada kadınların en sık yaşadığı menopoz

semptomunun yorgun hissetme, kaslarda ve eklemlerde ağrı (% 79.1) olduğu tespit edilmiştir (46).

Menopozal dönemde vazomotor sorunların indirgenmesinde ya da ortadan kaldırılmasında HRT etkili olmakla birlikte kanser riskinin artacağına ilişkin korku ve yan etkilere ilişkin endişeler kadınların hormon tedavisini kullanmalarına engel olabilmektedir (47).

2.4.3. Psikolojik Semptomlar

Menopoz, biyolojik, sosyal ve psikolojik değişimler nedeniyle ile kadının hayatında kritik bir geçiş dönemidir olarak dikkat çekmektedir (47). Bu dönemde kadın biyolojik, kültürel, sosyoekonomik ve yaşam tarzı faktörlerinden etkilenmektedir (48). Menopozdaki hormonal değişikliklerin, merkezi sinir sistemi üzerinden birtakım ruhsal değişikliklere yol açıp duygu durum ve davranışları etkileyebileceği düşünülmekle birlikte östrojen seviyesinin psikolojik yakınmalar üzerindeki etkisi tam bilinmemektedir. Ancak psikolojik yakınmalar üzerinde sıcak basmaları, uykusuzluk, vajinal atrofi etkili olmaktadır (34).

Farklı kültürlerde meopozun yaşanma biçiminin incelendiği bir literatür derlemesinde menopozun yaşanması açısından kültürlerarası farklılıklar olduğu belirtilmiştir (49). Düzenli menstrüasyon olmanın birçok kültürde doğurganlık ve dişiliğin göstergesi olması, menopozun kadınlığın kaybı olarak değerlendirilmesine yol açabilmektedir. Özellikle sosyokültürel ve ekonomik düzeyi yüksek olan, genç kalmaya, cinselliğe önem verilen toplumlarda kadınlar menopozu üreticiliğin, kadınlığın, cinsel çekiciliğinin sonu olarak görebilmektedirler. Bazı toplumlarda ise kadın yaşlandıkça değer kazanmakta ve hamile kalma tehlikesinin ortadan kalkması ile menopozu bir ödül olarak algılanmaktadır. Bu toplumlarda menopoz fizyolojik bir süreç olarak sorunsuz yaşanmaktadır (27).

Kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları psikolojik belirtiler; depresif ruh hali-sinirlilik, kendine olan güvende azalma, karar vermede zorluk çekme, kaygı, unutkanlık, dikkat toplamada güçlük çekme, kendini yetersiz hissetme, uykusuzluk, yorgunluk hissi, baş dönmesi nöbetleri, cinsel istekte azalma, ağlama isteği, anksiyete, günlük olaylardan çabuk etkilenme, instabilite, iştah artışı, genel

isteksizlik, uyku düzensizliği ve sabah erken uyanma, toplumdan uzaklaşma şeklinde görülmektedir (32).

Yirminci yüzyılın başlarında depresyon, gerginlik, çabuk sinirlenme ve kişilikteki değişimler, menopozun başlangıcına işaret eden belirtiler olarak değerlendirilmiş olup, menopoz döneminde ortaya çıkan kişilik bozuklukları ve nevrotik belirtiler ise menopozun bir sonucu olarak kabul edilmiştir (49). Özellikle menopoza geçiş sırasında vazomotor semptomların varlığı, cerrahi menopoz, olumsuz kişisel yaşam öyküsü, yaşlanma ve menopoza yönelik olumsuz tutumlar depresif belirtilerin daha fazla yaşanmasına neden olmaktadır (50). Karlıdere ve Özşahin'in araştırmalarında menopoza giren kadınlarda menopozal belirtilerin şiddetinin artmasının, depresif belirtilerin şiddetini ve kaygı düzeylerini artırabileceği tanımlanmıştır (51). Yazıcı, Pata ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada azalan hormonların yerine konması biçiminde yapılan sağıaltımın anksiyete ve depresyon belirtilerinde düzelme sağıladığı saptanırken, Yumru, Bozkurt ve arkadaşlarının araştırmasında hormon tedavisinin depresyon parametrelerinde anlamlı bir düzeltme yapmadığı görülmüştür (52,53).

Kadınların ruh sağılıkları, gelişim dönemlerine göre değişmekle birlikte bedenlerini nasıl algıladıklarına bağılı olarak da değişim gösterebilmektedir. Khorshid, Eşer ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada menopozdaki Türk kadınlarının beden imajı genel olarak olumlu bulunmuştur (54). Kadınların ruh sağılıklarını; farklı menopoz, farklı eğitim, farklı çalışma durumu ve farklı ekonomik durumda olmak, farklı menopoz döneminde olmaktan daha fazla etkilemektedir. Vücut algısı ruh sağılığı için önemli belirleyici unsurlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (55).

Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları psikolojik değişimler ile cinsel şikayetleri örtüşmektedir. Ürogenital ve kas-iskelet sisteminde yaşlanma ile oluşan fiziksel değişimlerin yanısıra biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin de etkilediği bu sorunlar kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (56).

Östrojen azalmasına bağılı vajinal kuruluk, lubrikasyon kaybı, bartolin bezlerinde atrofi postmenopozal dönemdeki kadınların %35-50 kadarında yakınma sebepleri arasında görülmektedir (28,37). Postmenopozal dönemde pubokoksigeal

adalenin atrofiye karşı defansif kasılması vajinismus sebebi olup dispareniyelerin %50'sinden sorumlu tutulmaktadır (37). Yaşanan cinsel sorunların tek sebebinin hormonlar olmadığı bilinmektedir. Bu dönemde kadının cinsellikle ilgili değişen anlayışı da etkili problemlere neden olmaktadır (28). Şen ve arkadaşlarının 232 kadınla yapmış oldukları çalışmada kadınların büyük bir bölümünün cinsel disfonksiyon yaşadıkları belirlenmiştir (57). Merghati-Khoei ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %52'sinin vajinal kuruluk yaşadığı ve postmenopozal dönemde cinsel sorunların perimenopozal döneme göre daha fazla yaşandığı saptanmıştır (56).

Kadınlarda menopoza döneminde yaşanan önemli sorunlardan biri de bilinç bozuklukları ve alzheimerdir. Beyinde asetilkolin azalması geriatrik bellek disfonksiyonuna sebep olmaktadır. Bu da alzheimer ve hafıza kaybına sebep olmaktadır. Östrojenin bu fonksiyonlarda olumlu değişimlere neden olduğu ifade edilmektedir (28).

Menopoz süresince yaşanan önemli problemlerden biri de uyku sorunlarıdır. Kesin rolü tartışılmakla birlikte uykuya ilişkin sıkıntılar sıcak basması ile ilişkilendirilmektedir. Lampio ve arkadaşlarının çalışması da gece terlemeleri ve sıcak basmaları nedeni ile kadınların uyku kalitelerinin bozulduğunu saptayarak bu ilişkiyi desteklemektedir (58).

Uyku sorunları; uykusuzluk, uykuya dalma süresinde uzama, derin uykuda azalma, uyuma güçlüğü, uyanmalar, uyku süresinde kısalma, uyku verimliliğinde azalma, uyuduktan sonra uyanık kalma süresinde uzama, gündüz uykulu olma sıklığında artma, obstrüktif uyku apnesi sendromu riskinde artma olarak görülmektedir (59). Yaşanan bu sorunlar kadınların sağlıklarını ve etrafı ile etkileşimini olumsuz etkilemektedir (60). Bu nedenle uykunun etkin yönetiminde, uyku kalitesini azaltan primer sebeplerden vazomotor semptomların ve depresif duygu durumlarının kontrol altına alınması gerekmektedir (58).

Menopoz görünürde bir gelişim krizi olmakla beraber, tek başına psikolojik sorunların majör sebebi olarak görülmemektedir. Ancak menopoz sürecindeki fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler psikik semptomların ortaya çıkmasını hızlandırmaktadır (27).

2.4.4. Atrofik Değişiklikler

Menopoz döneminde over fonksiyonları ve östrojen eksikliğinin sonucu olarak vazomotor, kemik-iskelet ve vasküler semptomlara ek olarak genitoüriner sistemde atrofik değişiklikler olmaktadır (27,34,61). Ürogenital atrofi, postmenopozal dönemin kaçınılmaz sonuçlarından biri olarak bilinmektedir. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ürogenital atrofi, klinikte kendini üriner ve cinsel disfonksiyon olarak göstermektedir. Semptomları vajinal kuruluk, yanma, kaşıntı, disparoni ve dizüri, idrar sıklığı, tekrarlayan enfeksiyonlardır (39,61).

Kollojen lifler, elastin ve düz kas gibi konnektif doku komponentlerinde azalma ve dejenerasyon sonucunda elastik yapısını kaybederek fragil bir doku haline dönüşmektedir (61). Bu değişiklikler rugaların azalmasına, fornikslerin kısılmasına vajinal çapın daralarak vaginal uzunluğun kısılmasına sebep olmaktadır (61,62).

Vajenin fragil yapısı ufak bir travmada peteşiler, ülserler ve kanamalara sebep olabilmektedir. Özellikle seksüel aktif olmayan kadınlarda bu yerler iyileşirken skar dokusu meydana gelmekte ve bunlar vageni daha da daraltıp ve kısaltmaktadır (62).

Vaskülarizasyonda azalmanın sonucu olarak vaginal kan akımı azalarak vajinal kuruluk oluşmaktadır. Vajinal epitel hücrelerde kayıp ve incelmeye sonucu olarak laktobasiller azalarak PH artmaktadır. Bu değişim vaginitis oluşmasına ortam hazırlamaktadır (39,61).

Vajende bu değişimler olurken vulvada da atrofi gelişmektedir. Vulvada pubis kılları azalıp, vulva derisi incelerek parlak bir görünüm almaktadır. Labium majus ve minusların küçülmesi ile distrofiler yaşanmaktadır. İleri evrelerde introitusta aşırı daralma vajinal kuruluk ve disparoninin temel nedenleri arasında yer almaktadır (61,63).

Postmenopozal dönemde pelvik organlardaki destek dokuların vasküler yapı ve bağ dokusu zayıflayarak elastikiyetlerini kaybetmeleri uterus prolapsusu, sistosel ve rektosel insidanslarının da artmasına sebep olmaktadır (27). Aynı zamanda üretral sendrom, gerçek stres inkontinans, urge inkontinans ve ilerleyen yaşlarda atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlüklerinin de yaşanmasına neden olmaktadır (63).

Menopozda döneminde yaşanan atrofik değişimler kadının yaşamını olumsuz etkilediğinden tedavi seçeneklerinin kadınlara sunulmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Ürogenital atrofide sistemik ve lokal tedavi uygulanmaktadır. Tedavide temel etken östrojen olup stress inkontinans dışındaki semptomlarda yarar sağlamaktadır (61).

Tablo 2.3. Ürogenital atrofi semptomları (Şahmay'dan, 23).

Ürolojik semptomlar	Vajinal semptomlar
Sık idrara çıkma	Vajinal daralma
Tekrarlayan sistit	Disparoni kuruluk
Üretrit	Lubrikasyon
Disüri	Vaginitis
Urge inkontinans	Vajinal akıntı
Stress inkontinans	Vulvar yanma ve kaşıntı
Mikst inkontinans	Vajinal peteşial kanama

2.4.5. Bağ Dokusu Değişiklikleri

Deri hücrelerinde, ter bezlerinde ve saç folliküllerinde bulunan östrojen reseptörlerinin yeterince fonksiyon görememesi nedeni ile ciltte papillalar silinmekte, cilt esnekliğini kaybetmekte, tırnaklar kolay kırılmakta, saç kurumakta, vücut kılları seyrekleşmektedir (27,29).

2.4.6. Kardiyovasküler Hastalıklar

Menopoz sonrası sağlığı tehdit eden hastalıklardan biri olan Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarında (KVS) kadın cinsiyet bir koruma faktörü olarak kabul edilmektedir. Ancak bu durum, bir hastalığın ötesinde ölüm sebebi olarak değerlendirildiğinde her iki cins içinde bir tehdit oluşturmaktadır. Özellikle risk menopozdan sonraki dönemde, endojen östrojenin koruyucu etkisinin ortadan kalkması ile hızla artmaktadır (39,64). Batı toplumlarında başta ABD olmak üzere KVS hastalıkları 50 yaş üzeri kadınların önde gelen ölüm nedeni olarak belirtilmektedir (64). 2008 yılı istatistiklerine göre Avrupa'da 75 yaşından önce ölen kadınların %42'sinin ölümünden kardiyovasküler hastalıkların sorumlu olduğu belirtilmektedir (65).

Menopozda KVS risk faktörleri içinde ailede kalp hastalığı olması, yüksek tansiyon, fazla miktarda yağlı gıdalar tüketme, şişmanlık, sigara içme ve fazla strese

maruz kalma gibi geleneksel risk faktörlerinin dışında östrojenin koruyucu etkisini kaybetmesi yer almaktadır. Östrojen HDL olarak adlandırılan yararlı kolesterolü arttırarak ve LDL olarak adlandırılan zararlı kolesterolü azaltmaktadır (39,64). Menopoz öncesinde periferik arterlerin vazodilatasyonu östrojen etkisindedir. Menopozla birlikte bu etki ortadan kalkmakta, endotelin hasarına bağlı tromboz riski artmaktadır (39).

Sigara ve alkolden uzak durmak, kan basıncını normal seviyede tutmak, diyabet için gerekli önlemleri almak, stresten uzak durmak, yeterli ve dengeli beslenmek menopoz dönemindeki kadınlarda kalp hastalıkları görülme ihtimalini azaltmaktadır (27). Menopoz sonrası dönemde kadının özelliklerine uygun verilen HRT'nin KVS üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (64,66). Bununla beraber tek başına kullanılan östrojenin faydaları kadar riskleri olduğu da ifade edilmektedir (66).

2.4.7 .Osteoporoz

Osteoporoz, kemik dokusunun mikro yapısının bozulmasıyla beraber seyreden kemik kitlesindeki azalma ile karakterize sistemik bir hastalıktır (67). Hayatın sonraki dönemindeki engelliliğin en önemli sebebidir. Yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması ile osteoporozla bağlı fraktür insidansını arttırmaktadır (39,67).

Tablo 2.4. Osteoporoz risk faktörleri.

Değiştirilemeyen Faktörler	Değiştirilebilen Faktörler
İlerleyen yaş	Sigara alışkanlığı
Etnik köken	Aşırı alkol kullanımı
Aile hikayesi	İnaktivite
Cinsiyet	Düşük kalsiyum alımı
Nulliparite	Menopoz
Düşük kilo/boy oranı	Glukokortikoid kullanımı

Kadınlarda kemik kaybı otuzlu yaşlarda başlamaktadır. Kadınlarda, erkeklere göre daha fazla olmaktadır. Kemik kaybını etkileyen faktörlerin başında

kemik depolarının maksimum olduğu durumu ifade eden doruk kemik kütlesi gelmektedir. Menopoz öncesinde her yıl %1 oranında kemik kaybı yaşanmaktadır. Kemik kaybının yaşanmasında pek çok etken rol oynamaktadır. Bu etkenlerden kalıtım, kemik yoğunluğu açısından belirleyici bir faktör olmaktadır (68). Bununla beraber ailede osteoporoz varlığı da risk teşkil etmektedir. Östrojen ise kemik kaybının önlenmesindeki etkinliği ile önem arz etmektedir (69). Östrojen, osteoblastları uyararak kemiğe şeklinin verilmesinde rol almakta olup, D vitamininin aktif hale gelmesinde ve kalsitonin salgılanmasında da temel etkindir. Kalsitonin kalsiyumu kemiklerde tutmaktadır. Vitamin D ise kalsiyum ve fosforun emilimini sağlayarak kemik yoğunluğunu korumaktadır (27). Kemik kaybına etki eden bir diğer faktör beslenme ile alınan kalsiyum miktarıdır. Premenopozal dönemde günlük diyetle yeterli miktarda kalsiyum alınması kemik kaybına engel olmaktadır (68).

Kadının yaşam boyunca kemik kaybının %75'i menopoz sonrası olmaktadır. Kemik kaybı yaşlanmaya bağlı faktörlerden etkilenmekle birlikte büyük oranda östrojen eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Özellikle trabeküler kemikler etkilenmektedir. Bu nedenle vertebralardaki çökme kırıkları, boya kısalma ve vücut postüründe değişikliklere neden olmaktadır. Bu dönemde yaşanan kırıklar kadar denge problemleri de kadınların yaşamını olumsuz etkilemektedir (37). Kırık gelişen postmenopozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğu değerlendirmelidir. Bir yada birden fazla risk faktörü olan menopoza girmiş 65 yaş altındaki ve risk faktörü olsun olmasın 65 yaş üstündeki kadınlara kemik Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) önerilmektedir (36,37).

Menopozda osteoporozdan veya risklerinden korunmanın en etkili yolu erken tanı ve tedavidir. Bunun için öncelikle kemik kütlesini maksimum düzeye çıkartmak, daha sonra da kemik kaybını önleyecek girişimlerde bulunmak gerekmektedir. Bu önlemler arasında; kadınların uygun şekilde ve yeterli miktarda kalsiyum ve D vitamini almalarının, fiziksel aktivite yapmalarının öneminin anlatılması yer almaktadır (68).

2.5. Menopoz ve Tedavi

Menopoza bağlı yaşanan sağlık sorunlarının ve menopoz semptomlarının kadın üzerine oluşturduğu olumsuz etkiler tedaviyi kaçınılmaz kılmaktadır (17). Tedavi seçenekleri arasında HRT ve TAT yer almaktadır (18).

2.5.1. Medikal tedavi

Hormon tedavisi menopoza döneminde özellikle vazomotor semptomların tedavisinde etkin olması nedeni ile tercih edilmektedir (61).

HRT'nin amacı östrojene yanıt veren dokulardaki etkileri geriye çevirerek menopoz sonrası kadının yaşam kalitesini korumaktır. HRT'ye yönelik yapılan kanıta dayalı çalışmalarda vazomotor semptomlarda azalma, ürogenital semptomlarda ve depresyon skorlarında iyileşme, yaşam kalitesinde artış sağladığı saptanmıştır (70). Ancak yaşam kalitesini artırmasına rağmen hasta uyumu oldukça duşuktur. Bezircioğlu ve arkadaşlarının menopozla ilgili verilerin epidemiyolojik değerlendirilmesini yaptıkları bir çalışmada HRT prevalansı %4.8, tedavi uyumu %34.2 olarak saptanmıştır (71).

Gunumuzde standart doz horman tedavilerinde bildirilen risklerin azaltılması için duşuk doz HRT'ye yonelinmektedir. Bu sayede tedavinin olumlu etkileri korunurken sıvı retansiyonu, venöz tromboemboli, inme risklerinin azalacağı düşünülmektedir (61). Tüm bu önlemlere rağmen hormonların güvenilirlikleri ile ilgili tereddüt yaşayan kadınlar non-hormonal tedaviye ilgi göstermektedir (19-20).

2.5.2. TAT Kullanımı

Tamamlayıcı tedavi, destek amaçlı bilimsel tıpla birlikte kullanılan ve bilimsel tıbbın etkisini azaltmayan tedavilerdir. Alternatif tedavi ise, bilimsel tıbbi uygulamalar yerine yapılan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış tedavi olarak tanımlanmaktadır (72). Her ikisi birlikte değerlendirildiğinde modern tıp uygulamaları dışında kalan zihin-beden-ruh birliğini ön plana çıkaran uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır (73).

Kadınlar akut sıkıntılarını gidermek, yaşam kalitelerini yükseltmek için TAT'a yönelmektedir (74). Bilimsel geçerliliği olmasa da ucuz ve kolay ulaşılabilir olması, kişilerin güncel tedavilere güvensiz bakması, kronik hastalıkların sayısındaki artış ve insanların kendi tedavilerinde daha fazla kontrol ve sorumluluk alma istekleri TAT uygulamalarının popülaritesini her geçen gün artırmaktadır (75).

İnsanoğlu var olduğu andan itibaren kullanılan TAT yöntemlerinin 1990'lı yıllardan sonra yaygın olarak kullanılmaya başlandığı görülmektedir (75). Nitekim "bitkisel ilaçlar"ın dünya genelinde ciddi harcamalara sebep olduğu ifade edilmektedir (76). 2008 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde doğal ürünler için 14,8 milyar harcandığı bildirilmektedir (25). Dünyada bu kadar yaygın kullanılmasına rağmen yapılan çalışmaların az olması, TAT yöntemlerinin yeterince bilinmesine ve etkinliğinin değerlendirilmesine engel olmaktadır. Bununla birlikte tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde tamamlayıcı tedavilere olan ilginin artması ve halk arasında kullanımının yaygınlaşması sağlık profesyonellerinin bu alana yönelmesini zorunlu kılmaktadır (72).

Özellikle meme kanseri olan kadınlarda tedavilerin bazı yan etkilerinin olması ve uzun sürmesi nedeniyle hastalar başka arayışlar içerisine girebilmektedirler. Meme kanserli kadınlar arasında TAT yöntemleri kullanma sıklığının %48.8'i olduğu ve TAT yöntemleri arasında %98.4 oranında bitkisel yöntemlerin kullandığı tesğit edilmiştir (77). Ülkemizde yapılan ve katılımcıların %75.7'sinin kadınlardan oluştuğu ve yaş ortalamasının 71.7±5.3 olduğu bir çalışmada, yaşlıların ilaç kullanımlarına ilave olarak, %62.1'inin bitkisel ürünler %54.3'ünün TAT kullandığı belirtilmiştir (76). Sluijs ve arkadaşlarının 45-65 yaş arası menopoza girmiş kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada katılımcıların, %53.8'inin menopoz semptomlarını hafifletmek için TAT yöntemlerini tercih ettikleri belirtilmiştir (78).

TAT yöntemlerini NCCAM belli başlı beş gruba ayırmıştır (78). Bunlar biyolojik temelli, zihin-beden etkileşimi, enerji, manipülatif ve vücut bazlı terapilerdir (79,80).

Tablo 2.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi sınıflaması (NCCAM).

Biyolojik Temelli Terapiler	Beslenme, bitkiler, vitaminler ve diğer doğal ürünlerin kullanımını içerir. Tamamlayıcı ve alternatif tıp biyolojik temelli uygulamaları içerir.	Rejimler, bitkiler, vitaminler, İçecekler vb.
Vücut Temelli Terapiler	Manipulatif ve beden temelli uygulamalar olup, kemik-eklem-yumuşak doku-dolaşım ve lenfatik sistem gibi önemli sistemler üzerinde etkileri vardır.	Osteopati, kayropraktik, kraniosakral terapi, masaj, hamam masajı, manuel terapi
Zihin-Beden Tıbbı	Beden- zihin arası ilişkiye yoğunlaşır. Sağlığı direkt etkileyen bilişsel, ruhsal, inançsal ve davranışsal faktörler üzerinde çalışır.	Hipnoz, biofeedback, meditasyon, yoga, sanat terapisi, nörolingüistik (nlp), tai-chi chuan
Enerji Terapileri	Bedenin doğal enerji alanlarıyla çalışır.	Biyoelektromagnetik bioenerji terapisi, refleksoloji, reiki, shiatsu, tai chi, qi gong,
Alternatif Tıp Sistemleri (Geleneksel Tıp)	Günümüz Batı Tıbbından Bağımsız Teori ve Uygulama Esasları Olan Tıp Sistemleridir	Hint ayurveda tıbbı, çin tıbbı, geleneksel tibet tıbbı, homeopati, natüropati

2.5.2.1. Biyolojik Temelli Yöntemler

Vitamin E

E Vitamininin özellikle postmenopozal vazomotor semptomlardan sıcak basmalarını hafifletmede olası bir etkisinin olduğu ileri sürülmekle birlikte bu etkileri klinik olarak ispatlanamamıştır (18). Nazıroğlu ve Şimşek'in Oral HRT ile vitamin C ve E takviyesi ile yaptıkları çalışma sonrası elde ettikleri veriler, bu takviyenin diyabette postmenopozal karaciğer ve böbreği koruduğunu, lipid peroksidasyonunu azaltarak ve glikoz homeostazını geliştirerek diyabetik postmenopozal kadınlarda yararlı olacağını göstermiştir (81). Kelemena ve arkadaşları, Koroner arter hastalığı olan postmenopozal kadınlarda endotel vazodilatör işlevi üzerine vitamin ve östrojenin etkinliğini incelendikleri bir çalışmada E ve C kombinasyonunun koroner hastalığı, diğer vasküler hastalıklar, diyabet ve hipertansiyon gibi sorunlarda anlamlı ve olumlu bir etkisinin olmadığını ifade etmişlerdir (82). Ancak günde alınacak 400-1.200 IU E vitamini ile yorgunluk, baş dönmesi, çarpıntı gibi menopozal semptomların hafifleyeceğine dair görüşler bulunmaktadır. Fakat klinik çalışma

bulguları sıcak basmalarının tedavisinde E vitaminin etkinliğini destekleme ya da reddetmede yetersiz kalmaktadır (33).

Soya Fasulyesi ve Soya Ürünleri

Soya ürünleri, yüksek miktarda fitoöstrojen içeren ürünleridir. Bu nedenle menopoz semptomlarının azaltılmasında tercih edilmektedir (33,83). Kolesterolü düşürerek kalp ve damar hastalıklarına karşı koruma sağladığı bilinmektedir (83).

Meme, kolon, endometrium ve over kanserleri, menopozal vazomotor semptomlar, kalp hastalığı, osteoporoz gibi hastalıkların düşük oranlarına sahip olduğu görünen Japonlar gibi izoflavon yüksek bir diyet tüketen toplumların varlığı soyaya olan ilginin artmasına neden olmuştur. Menopozda soya kullanımına ilişkin çelişkili bulgular olmakla birlikte klinik ve epidemiyolojik veriler diyete soya gıdalar eklemenin postmenopozal dönemdeki kadınların sağlığına katkıda bulunabileceğini göstermektedir (83,84).

Dong Quai (*Angelica sinensis*) Melek Otu

Geleneksel Çin tıbbında uzun yıllardır kullanılan Dong Quai Avrupa ve Amerika'da diyet takviyesi olarak kullanılmaktadır. Antioksidan, nöro koruyucu etkileri ve osteoartrit üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (85). Dong Quainin östrojenik aktivitesi hala çelişkili olsa da postmenopozal dönemde vazomotor semptomlar için kullanıldığı bilinmektedir (86).

Kava Kava

Kava kava sedatif ve kas gevşetici özelliklere sahip olan bir bitkidir. Bu etkileri menopozun başlıca belirtilerinden olan kaygının ve onun sonuçları anksiyete ile depresyonun azaltılmasında etkili olabileceği yönündeki yaklaşımı güçlendirmektedir. De Leo ve arkadaşları DSM IV anksiyete tanı ölçütlerini karşılayan kadınların plasebo kontrollü tedavilerini değerlendirdikleri bir çalışmada, kava özünün HRT ile birlikte kullanımının osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklara ve psikolojik belirtilere karşı güvenli bir yöntem olabileceğini ifade etmişlerdir (87).

Black Kohosh-Kara Yılan Otu (Cimicifuga racemosa)

Karayılan otu (Cimicifuga racemosa), geleneksel olarak romatizma, artrit, interkostal kas ağrısı, siyatik, kulak çınlaması, dismenore gibi çeşitli hastalıkları tedavi etmek için kullanılmıştır. Günümüzde, menopozal sıcak basmalarında kullanılan en popüler bitki olarak değerlendirilmektedir (54,88). Yılan otunun 1982'den bu yana anksiyete, sıcak basmaları, insomni ve vajinal atrofi gibi semptomlarda etkinliği araştırılmıştır. Jacobson ve arkadaşlarının tamoksifen kullanan, meme kanseri hikayesi olan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada 60 gün sonunda sıcak basmaları yönünden iki grup arasında bir fark saptanamazken terleme şikayetinin tedavi grubunda anlamlı bir düşüş gösterdiği gözlenmiştir (89). Amsterdam ve ark.nın 34 kadın üzerinde yaptıkları bir başka çalışmada karayılan otunun vazomotor belirtileri azaltmada etkili olduğu görünürken, plasebo ile karşılaştırıldığında anksiyolitik yararı anlamlı bir değişim göstermemiştir (90). Yapılan araştırmaların pek çoğunda doz seçimi ve örneklem grubunun yetersizliğine bağlı klinik olarak anlamlı avantajlarını tanımlamanın mümkün olmadığını belirten ifadeler yer almaktadır (89,90).

2.5.2.2. Vücut Terapileri

Fiziksel manipulasyon ile yapılan masaj, dokunma ve hareket terapileri, akupunktur, akupresür ya da shiatsu, rolfing/yapısal entegrasyon, chiropractic terapi (ekstremiteleri manipüle ettiren tedavi yöntemi) ve osteopati (kemik ve kasların manipülasyonu) gibi yöntemleri kapsamaktadır. Alexander tekniği, ayurveda, hipnoterapi, refleksoloji, Reiki ve Tai Chi gibi yöntemler kullanılarak semptomlar azaltılmaya çalışılmaktadır (80). Menopoz semptomlarının tedavisinde vücut terapilerine yönelik tavsiyeler verilerin sonuçsuz olması nedeniyle sınırlıdır. Ancak menopoz döneminde sedanter yaşamın düzene sokulması ile pek çok semptomun gerileyeceği ifade edilmektedir (18).

2.5.2.3. Akıl-Beden Teknikleri

Meditasyon, biofeedback, yoga, tai-chi ve diğer beden süreçlerini algılamayı kapsamaktadır (33). LaForce ve arkadaşları on haftalık düzenli yapılan yoga sonrası

kadınların vazomotor semptomlarında ve uyku kalitelerinde iyileşme olduğunu saptamıştır (91).

2.5.2.4. Enerji Tedavileri

Enerji terapileri genel sağlık, iyilik halinin korunması, birçok kronik hastalığın semptomlarının giderilerek relaksasyonun sağlanması amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (75). Bilimsel olarak Reiki'nin plasebo etkisi olduğu ve etkinliğini tartışıldığı ve belirtilmektedir. Buna rağmen Japonya, ABD ve Avrupa'da Reiki merkezleri kurularak ve bu konuda özel kurslar verilmektedir (92).

1970'lerde geliştirilen terapötik dokunma ise dokunularak yapılan bir TAT yöntemidir. Ellerle dağıtılan şifa sanatı olarak değerlendirilen bu yöntemin özellikleri New York Üniversitesi'nde çalışan Dr. Kriger ve Kunz tarafından hemşire ve diğer sağlık bakım profesyonellerine öğretilmiştir (93).

2.5.2.5. Alternatif ve Medikal Sistemler

Alternatif ve medikal sistemler homeopati, naturopati, geleneksel Çin tıbbı ve ayurveda gibi kültürel kökenli sistemleri içermektedir (80).

Ayurveda, bedenin savunma mekanizmasını güçlendirmek ve direnç kazandırmak için kişiye özel biçimlendirilen uygulamaları içermektedir (bitkisel ve diyet uygulamaları, yaşam tarzı değişikliği) Amaç, kişiyi iyileştirmek yaşam süresini ve kalitesini yükseltmektir (23).

Homeopati, belirli bir bitkisel maddenin sağlıklı/hasta bireye dilüe edilerek çok az miktarlarda verilmesi ile immun sistemin uyarılmasını sağlamayı amaçlamaktadır (94).

Aromaterapi, bitkisel öz yağlarla yapılan doğal bir tedavi yöntemidir. Özler vücuda banyo, buğu, kompres veya masaj ile tatbik edilmektedir (23).

2.6. Yaşam Kalitesi

Psikososyal fonksiyonlara, kişinin fiziksel durumunun etkileri sağlığa bağlı yaşam kalitesi olarak ifade edilmektedir (2). Yaşam kalitesi kişinin sosyal yaşamından fiziksel, fizyolojik ve psikolojik sağlık durumuna dek geniş bir alanı kapsamaktadır (2,16).

Günümüzde tıbbi tedavi değerlendirilirken fiziksel ve fizyolojik parametrelerden kaynaklanan yakınmaların azaltılması veya yaşam süresinin uzatılması gibi göstergeler yetersiz kalmaktadır. Hastanın kendi durumunu algılama biçiminin de bu değerlendirmeye dahil edilerek tıbbi bakım ve tedavide “Yaşam Kalitesi”ni ön plana çıkarmak gerekmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirirken holistik bir yaklaşımı esas almak gerekmektedir. Çünkü yaşam kalitesinin tüm boyutları, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirlemektedir. Örneğin genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilen gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar gibi parametreleri, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmemek gerekmektedir. Çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (16).

Kadınların beklenen yaşam sürelerinin uzaması ile menopozal yakınmalar ve menopozun arttırdığı sağlık sorunları yaşam kalitesi ve süresini olumsuz etkilemektedir (17). Menopoz semptomları yaşam kalitesi ve sağlık algılamasında tek belirleyici olmamakla birlikte menopoz döneminde görülen belirtiler, kadınların yaşam kalitesini, beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (12). Bununla birlikte menopozun kadınların yaşamında bilindik ve beklendik bir durum olması yaşam kalitesinin menopoz öncesi ve menopoz döneminde değişmemesine neden olabilmektedir. Nitekim Uludağ ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların menopoz öncesinde menopozla ilişkili psikolojik semptomları ile menopoz sonrası arasında fark saptanmamıştır (95).

Menopozal dönemlerde yaşam kalitesi ve menopozal yakınma oranının yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, menopozal dönem, düzenli jinekolojik kontrole gitme, doğum sayısı gibi birçok değişkenden etkilendiği sonucuna ulaşılan çalışmalar bulunmaktadır (3,96).

Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek ve sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak ve menopozda yaşam kalitesini korumak sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarıdır. Ebe ve hemşire kadının bu döneme uyumunu kolaylaştırmalı, desteklemeli ve yol gösterici olmalıdır (2).

2.7. Menopoz Döneminde Sağlık Profesyonellerinin Rolü

Kadınların hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşadığı bir dönem olan menopoz süreci, halk sağlığını ilgilendiren önemli konularından biridir. Menopoz döneminde kadın sağlığını tehdit eden pek çok sağlık sorununun yanında kişinin yaşama olan uyumunu azaltıcı, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunlar da gündeme gelmektedir. Bu nedenle menopoz sonrasında sağlığın korunması ve kaliteli bir yaşam biçiminin oluşturulması için koruyucu önlemlerin alınması önem arz etmektedir (97).

Menopoz döneminde görülen belirtiler kadınların yaşam kalitesini, beden ve ruh sağlığını algılamada tek belirleyici olarak değerlendirilmemelidir. Kadının sosyo-ekonomik durumu, kültürel çevre ve yaşam biçimi de sağlık algısını ve yaşam kalitesini etkilemektedir (12). Bu nedenle bu özelliklerin bilinmesi ve buna göre eğitim programlarının hazırlanması, kronik hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde menopoza ilişkin belirtilerin yaygınlığının farkında olunmaması, koruyucu önlemler konusundaki uygulamaların da bilinmemesine neden olmaktadır (97). Bu noktadan hareketle menopoz dönemindeki kadınların sağlık sorunlarının belirlenmesi ve elde edilen verilerin kadın sağlığının geliştirilmesi için kullanması gerekmektedir (98). Sağlık profesyonellerin üyesi olan hemşirelerin, menopoza özgü sorunlarda uygun hemşirelik yaklaşımı geliştirme, dikkatli tanılama, destek ve eğitim verme gibi sorumlulukları bulunmaktadır (3).

Bu dönemde hemşireler, menopoza adaptasyonu yetersiz kadınlar için destek stratejileri geliştirmek, kadının temel gereksinimlerinin karşılanmasında danışmalık yapmak, seçtiği tedavi yönteminin yarar ve risklerini anlatmak, menopoza özgü

sorunlarla baş etme yollarını öğretmek ve en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olmak gibi anahtar rollere sahiptirler (99).

Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve bilimsel bilginin artması ile birlikte hemşirelerin bu rol ve sorumluluklarına yeni görevler eklenmektedir (94). Günümüzde TAT uygulamalarının yaygınlaşması sağlık sektöründe yeni bir piyasa oluşmasına neden olmuştur. Etil olmayan kişiler tarafından TAT hizmetlerin verilmesi istenmeyen sonuçların önlenmesi açısından sağlık profesyonellerinin bu alanda sorumluluk almalarını zorunlu kılmaktadır. Bu doğrultuda hemşirelerden TAT kullanımına ilişkin uygun hemşirelik yaklaşımı geliştirerek, sağlıklı/hasta bireyleri TAT yöntemlerini etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirmeleri beklenmektedir (23,94). TAT yöntemlerini sağlıklı bireylerin de tercih ettikleri düşünüldüğünde bu durum bir halk sağlığı uygulaması olması yönüyle de önem kazanmaktadır (23). Toplumların TAT uygulamalarını kendi inanış ve kültürlerinin etkisi altında seçmeleri, toplumu en iyi tanıyan meslek gruplarından biri olan hemşirelere TAT yöntemlerini, bu yöntemlerin yarar ve zararlarını bilmesi sorumluluğunu yüklemektedir (94).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma kadınların, menopoz semptomlarına yönelik kullandıkları TAT uygulamalarının belirlenmesi, TAT kullanımının kadınların yaşam kalitelerini ne yönde etkilediğinin saptanması amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin menopoz polikliniğinde 15 Şubat 2014 ve 25 Eylül 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ankara ili, Yenimahalle ilçesi sınırları içerisinde ikamet eden, 140 yatak kapasitesine sahip bir hastane olup, hastane bünyesinde 128 hemşire görev yapmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 15 uzman doktor hizmet vermektedir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na ait 8 ayrı poliklinik odasında 8 doktor ve 3 hemşire ile 08.30-17.30 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Menopoz polikliniğine ayda ortalama 80 hasta başvurmaktadır.

Araştırmada bu hastanenin seçilmesinin nedeni, ulaşımın kolay olması, çalışma için uygun ortamın bulunması, araştırmacının daha önce bu hastanede çalışmış olması ve ekiple işbirliği imkanının bulunmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Polikliniği'ne 2013-2014 tarihleri arasında bir yıl içerisinde başvuran 900 kadın araştırma evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem sayısı "Evrenin Bilindiği Durumlarda Örneklem Sayısının Hesaplanması" formülüne göre hesaplanmıştır. Yüzde 95 güven aralığı ve \pm %5 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı 270 olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$

N: Evrendeki birey sayısı yıllık (900)

n: Örneklem alınacak birey sayısı?

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.5)

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (0.5)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma (0.05)

$$n = \frac{900 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times 889 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 270 \text{ Kadın}$$

Örneklem Seçim Kriterleri

1. DSÖ'nün menopoz tanımı çerçevesinde en az 12 ay mensturasyon görmeyerek menopoza girmiş,
2. Total abdominal histerektomi (TAH-BSO) yapılarak cerrahi yol ile menopoza girmiş olan,
3. DSÖ'nün yaşlılık sınırı olarak kabul ettiği 65 yaşı aşmamış olan,
4. İşitsel veya zihinsel bir engeli olmayan,
5. İletişime ve işbirliğine açık olan,
6. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın uygulandığı Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır (EK-2). Araştırma kapsamına alınan kadınlara veri toplama formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (EK-3). "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi ve "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiş olup örneklem dahil edilen 270 kadının ankete rahat yanıt verebilmeleri

için kimlik bilgileri alınmamıştır. Çalışmada MÖYKÖ'nün kullanılması için ölçek sahibinden elektronik ortamda izin alınmıştır (EK-1).

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-4) ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5) olmak üzere iki form kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı bilgi formu

Tanıtıcı bilgi formu araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanmış olup, toplam 33 soru maddesi içermekle birlikte dört bölümden oluşmaktadır (2,24,100).

Birinci bölümde; kadınların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili soru maddeleri bulunmaktadır. Bu bölümde kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durumu, meslek, sosyo-ekonomik durumunu algılama biçimi, sigara kullanımı ve aile tipini belirlemeye yönelik toplam dokuz soru maddesi yer almaktadır.

İkinci bölümde; kadınların gebelik ve düşük sayıları, kronik veya sistemik hastalıkları, geçirdiği cerrahi operasyonlar, kullandığı ilaçları sorgulayan yedi soru maddesi bulunmaktadır.

Üçüncü bölümde; menopoza ilişkin sorular yer almaktadır. Bu bölümde menopoza girme şekli, menopoz yaşı, kadının menopozu algılama biçimi, HRT kullanma durumu, menopoza ilişkin bilgilendirilme durumu ve bilgi kaynağının sorgulandığı sekiz soru maddesi yer almaktadır.

Dördüncü bölümde; TAT kullanımına yönelik sorular yer almaktadır. Bu bölüm, kadınların herhangi bir TAT yöntemi kullanıp kullanmadığı, kullanılan yöntemin etkinliği, yan etkileri, kullanma sebepleri ve bilgi kaynağının yer aldığı dokuz soru maddesinden oluşmaktadır.

3.5.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Çalışmada kadınların menopoz dönemindeki yaşam kalitelerini değerlendirmede menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. MÖYKÖ John R. Hilditch, Jacqueline Lewis ve arkadaşları tarafından 1996 yılında, kadınların deneyimlerine dayalı psikometrik özelliklerle, menopozda sağlık durumuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir (101). 2005 yılında Kharbouch ve Sahin tarafından Türk toplumuna uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (3).

Ölçek 29 soru içeren likert tipte bir ölçektir. Vazomotor (1-3), psikososyal (4-10), fiziksel (11-26) ve cinsel (27-29) olmak üzere dört alt alandan oluşmuştur. MÖYKÖ'de her bir alt alan puan Hilditch, Jacqueline Lewis ve arkadaşları tarafından 1 den 8'e doğru sıralanırken Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Şahin tarafından her bir alt alan puan 1 den 6'ya doğru sıralanmıştır. Puan arttıkça yakınmanın şiddeti de artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir. MÖYKÖ'de toplam ölçek puanı hesaplanmamaktadır (3).

Kharbouch ve Sahin iç tutarlılığın değerlendirilmesinde ölçeğin cronbach's alfa değerini 0.73-0.88 olarak belirlemiştir. Vazomotor alan $\alpha= 0.73$, Psikososyal alan $\alpha= 0.84$, Fiziksel alan $\alpha= 0.88$, Cinsel alan $\alpha= 0.84$ (3).

Çalışmada MÖYKÖ Cronbach alfa değeri 0.96 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen istatistiklere göre; vazomotor alan için Cronbach alfa değeri 0.86, psikososyal alan için Cronbach alfa değeri 0.88, fiziksel alan için Cronbach alfa değeri 0.95, cinsel alan için Cronbach alfa değeri 0.96 olarak bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

MÖYKÖ'de her bir alan aşağıdaki soruları içermektedir.

Vazomotor alana yönelik sorular (1-3): Kadının sıcak basması ya da yüzde kızarıklık, gece terlemesi ve terleme durumuna ilişkin ifadeleri içermektedir.

Psikososyal Alana Yönelik Sorular (4-10): Hayatından memnun olmama, endişeli ve gergin hissetme, hafızada zayıflama hissetme, kendini eskisinden daha az

başarılı hissetme, depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme, diğer insanlara tahammülsüzlük ve yalnız kalma isteğine ilişkin ifadeleri içermektedir.

Fiziksel Alana Yönelik Sorular (11-26.): Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları, kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış, uyuma güçlüğü, baş ve boyun arkasında ağrılar, fiziksel güçte azalma, dayanma gücünde azalma, enerjide azalma hissi, ciltte kuruluk, kilo alma, yüz tüylerinde artma, cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik, şişkinlik hissi, bel ağrısı sık idrara çıkma, öksürürken ya da gülerken idrar kaçırmaya ifadelerini içermektedir.

Cinsel Alana Yönelik Sorular (27-29): Cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinada ağrı ve kuruluk, cinsellikte kaçınmayı belirlemeye yönelik ifadeler içermektedir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

3.6.1. Ön Uygulama

Çalışma kapsamında veri toplama formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Bu aşamada, araştırma kriterlerine uygun örneklemin %10'unu temsil eden 27 kadına anketin ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama yapılan kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonrası veri toplama formunda soruların anlaşılmasında herhangi bir güçlük olmadığı belirlenmiştir.

Veri toplama formları araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile doldurulmuş ve her görüşme 15 dakika sürmüştür. Yapılan görüşmeler hasta mahremiyetini korumak amacıyla polikliniğin özel bir odasında gerçekleştirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; kadınların sosyodemografik özellikleri, jinekolojik, obstetrik, genel sağlık durumları ve menopozal özellikleridir.

3.7.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; kadınların MÖYKÖ' den aldıkları puanlar ve TAT yöntemlerini kullanma durumlarıdır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin frekans ve yüzdesel dağılımlarının yanında değişkenler arasındaki ilişkiye Ki-Kare ile bakılmıştır. Ölçek puan karşılaştırmalarında; iki gruplu olması durumunda Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu olması durumunda ise Bonferroni düzeltmeli Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi $p=0.05$ olarak kabul edilmiştir. Gruplar arası farklılık incelenirken $p<0.05$ olması durumunda gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek bir hastanede yapılmış olup çalışmadan elde edilen sonuçlar, katılımcıların anket formlarını ve ölçeği değerlendirirken buldukları bireysel beyanları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Postmenopozal dönemdeki kadınların menopoz semptomlarına yönelik uyguladıkları TAT yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar ve istatistiksel analizler tablolar halinde sunulmuştur. Bulgular dört ana başlık altında toplanmıştır.

4.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular.

4.2. Kadınları tanımlayıcı özelliklerine göre TAT kullanımına ilişkin bulgular.

4.3. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre MÖYKÖ puan ortalamasının dağılımına ilişkin bulgular.

4.4. Kadınların kullandıkları TAT yöntemlerine göre MÖYKÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular.

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; kadınların tanımlayıcı özellikleri, obstetrik, jinekolojik, menopoz ve genel sağlık durumlarına ilişkin bulgular ve menopoz semptomlarına yönelik kullandıkları TAT yöntemlerine ilişkin özellikler yer almaktadır.

Tablo 4.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.

Tanımlayıcı Özellikler (n=270)	n	%*
Yaş		
40-49	69	25.6
50-55	95	35.2
56 -65	106	39.2
Eğitim durumu		
Okuryazar	17	6.3
İlköğretim	131	48.5
Lise ve Üzeri	122	45.2
Medeni durumu		
Bekar	2	0.8
Evli	259	95.9
Dul	9	3.3
Aile tipi		
Çekirdek	246	91.1
Geniş	24	8.9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	75	27.8
Çalışmıyor	148	54.8
Emekli	47	17.4
Gelir algısı		
Zayıf	1	0.4
Orta	63	23.3
İyi	196	72.6
Çok İyi	10	3.7
Sigara kullanımı		
Evet	20	7.4
Hayır	250	92.6

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4.1.'de kadınların tanımlayıcı özelliklerine ait bulguların dağılımı yer almaktadır.

Tabloda yer almamakla birlikte araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 54 ± 5.0 (min=42 ve max=65) olarak belirlenmiştir. Kadınların %39.2'sinin 56-65, %35.2'sinin 50-55, %25.6'sının 40-49 yaş aralığında olduğu, %95.9'unun evli, %48.5'inin ilköğretim, %45.2'sinin lise ve üzeri okullardan mezunu olduğu, %27.8'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, %54.8'inin çalışmadığı, %72.6'sının ekonomik durumunu iyi algıladığı, tamamının sosyal güvencesinin olduğu, %7.4'ünün sigara kullandığı ve %92.6'sının sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların jinekolojik ve sağlık durumuna ilişkin verilerinin dağılımı.

Sağlık Sorunları Yaşama Durumu (n=270)	n	%*
Evet	157	58.1
Hayır	113	41.9
Yaşanan Sağlık Sorunları (n=157)		
Yüksek tansiyon	43	27.4
Romatizma	26	16.5
Üriner inkontinans	24	15.3
Myom	24	15.3
Diyabet	19	12.1
Genito üriner relaksasyon	13	8.2
KOAH	3	1.9
Sevikal erezyon	5	3.3
Cerrahi operasyon geçirme durumları (n=270)		
Evet	115	42.6
Hayır	155	57.4
Geçirilen cerrahi operasyonlar (n=115)		
Jinekolojik operasyonlar	79	68.7
Diğer operasyonlar**	36	31.3
Jinekolojik operasyonlar (n=79)		
Prolapsus onarımı	30	38.0
Overiyal kistektomi	15	19.0
TAH+BSO	13	16.5
Myomektomi	13	16.5
Tüpligasyon	4	5.0
Histerektomi	4	5.0

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

**Apendektomi (9), troidektomi (8), septoplasti (5), estetik cerrahi (6), kolesistektomi (4), eklem protezi operasyonu (4).

Tablo 4.2'de Kadınların jinekolojik özellikleri ve sağlık durumuna ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %27.4'ünde hipertansiyon, %16.5'inde romatizma, %15.3'ünde myom ve üriner inkontinans, %12.1'inde diyabet olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %41.9'unun herhangi bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Tablo incelendiğine kadınların %42.6'sının yaşamının bir döneminde cerrahi operasyon geçirdiği saptanmıştır. Kadınların %68.7'sinin jinekolojik, %31.3'ünün ise jinekolojik sebepler dışında bir nedene bağlı olarak cerrahi operasyon geçirdikleri belirlenmiştir. Geçirilen jinekolojik operasyonlara bakıldığında; kadınların %38.0'ının üreme organ prolapsusuna yönelik cerrahisi operasyon geçirdikleri saptanmıştır. Diğer cerrahi operasyonlar sırasıyla; overiyal

kistektomi (%19.0), TAH+BSO (%16.5) ve myomektomi (%16.5), tüpligasyon (%5.0) olarak saptamıştır.

Tablo 4.2.'de yer almamakla birlikte katılımcıların, canlı doğum sayısı ortalamasının 2.64 ± 1.04 (min=0, max=4), düşük ve küretaj sayı ortalamasının 0.48 (min=0, max=4) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %65.9'unun düşük veya küretaj hikayesinin olmadığı, %24.4'ünün en az bir kez düşük veya küretaj yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Kadınların ilaç kullanma durumuna ilişkin verilerinin dağılımı.

Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n=270)	n	%*
Evet	153	56.7
Hayır	117	43.3
İlaç türleri (n=153)		
Kalsiyum	56	36.6
Romatizma ilaçları	11	7.1
Antihipertansif ilaçlar	40	26.1
Andiyabetik ilaçlar	18	11.8
Bronkodilatör	4	2.6
Antidepresanlar	1	0.7
Antikolesterol ilaçlar	4	2.6
NSAI	19	12.5

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4.3'de kadınların sürekli ilaç kullanma durumları gösterilmektedir. Kadınların yarısından fazlasının düzenli olarak ilaç aldıkları belirlenmiştir (%56.7). Tablo incelendiğinde en çok kullanılan ilaç türlerinin; kalsiyum içerikli ilaçlar (%36.6), antihipertansif (%26.1) ve andiyabetik (%11.0) ilaçlar olduğu saptanmıştır. Kullanılan ilaçlar arasında sırasıyla; non steroid anti inflamatuvar (NSAI) (%12.5), bronkodilatör ve kolesterol ilaçları (%2.6), antidepresanlar (%0.7) yer almaktadır.

Tablo 4.4. Kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı.

Menopozal özellikler (n=270)	n	%*
Menopoz şekli		
Doğal	257	95.2
Cerrahi	13	4.8
Menopoz yaşı		
36-45	32	11.9
46-49	227	84.1
50 ve ↑	11	4.0
Menopozu algılama durumu		
Doğal normal bir süreç	161	59.7
Yaşlandığını hissetme	39	14.4
Üretkenliğin bitmesi	38	14.1
Kadınlık özelliklerinin yok olması	29	10.7
Cinselliğin azalması	3	1.1
Menopozla ilgili bilgi kaynağı		
Hekim	238	88.1
Kitle iletişim araçları	13	4.8
Arkadaş	12	4.4
Ebe-hemşire	7	2.6
HRT kullanma durumu		
Evet	24	8.9
Hayır	139	51.5
Bıraktı	107	39.6

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4.4'de kadınların menopozal özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tabloda yer almamakla birlikte kadınların menopoz yaş ortalamasının 46.9 ± 1.9 (min=42 max=65) olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki kadınların %95.2'sinin doğal olarak menopoza girdiği saptanmıştır.

Tablo incelendiğinde kadınların çoğunluğunun (%59.7) menopozu doğal bir süreç olarak değerlendikleri belirlenmiştir. Bununla birlikte kadınların bir kısmının menopozu yaşlılık başlangıcı olarak kabul ettiği (%14.4), üretkenliğin (%14.1) ve kadınlık özelliklerinin bittiği (%10.7) bir dönem olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir.

Kadınların tamamının menopoz hakkında bilgi aldıkları görülmektedir. Kadınların bu bilgiyi sırası ile hekim (%88.1), kitle iletişim araçları (%4.8), arkadaş (%4.4), ebe ve hemşirelerden (%2.6) aldıkları saptanmıştır. Kadınların %51.5'inin

menopoz semptomlarına yönelik HRT kullanmadığı, %39.6'sının bir süre kullanıp bıraktığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Kadınların menopoza bağlı sağlık sorunu yaşama durumlarının dağılımı.

Menopoza bağlı sağlık sorunu yaşama durumu (n=270)	n	%
Evet	213	79.0
Hayır	57	21.0
Menopoz sorunları* (n=213)		
Ani sıcak basması	185	86.9
Terleme	175	82.1
Vajinal kuruluk/disparoni	174	81.7
Kilo alma	163	76.5
Kas ve eklemlerde ağrı	150	70.4
Cildin görünümünde değişiklik	146	68.5
Baş ağrısı	143	67.1
Cinsel istekte azalma	140	65.7
Uyuma güçlüğü	138	64.8
Ciltte kuruluk	118	55.4
Hafızada zayıflama hissetme	114	53.5
Enerjide azalma hissi	110	51.6
Yorgun ve yıpranmış	103	48.4
Stres inkontinans	87	40.8
Sık idrara çıkma	65	30.5
Depresyon	62	29.1

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.5.'de kadınların menopoza bağlı yaşadıkları sağlık sorunlarının dağılımı yer almaktadır.

Kadınların bu dönemde yaşadığı sağlık sorunları sırası ile; ani sıcak basması (86.9), terleme (%82.1), vajinal kuruluk/disparoni (%81.7), kilo alma (%76.5), kas ve eklemlerde ağrı (%70.4), cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik (%68.5), baş ve boyun arkasında ağrı (%67.1), cinsel istekte değişiklik (%65.7), uyuma güçlüğü (%64.8), ciltte kuruluk (%55.4), hafızada zayıflama hissetme (%53.5), enerjide azalma hissi (%51.6), yorgun ve yıpranmış hissetme (%48.4), öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma (%40.8), depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme (%29.1) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Kadınların menopoz semptomlarına yönelik TAT kullanma özelliklerinin dağılımı.

Özellikler	n	%*
TAT kullanma durumu (n=270)		
Evet	168	62.2
Hayır	102	37.8
TAT kullanma süresi (n=168)		
6 ay-1 yıl	16	9.5
2 yıl	30	17.9
3 yıl ve üzeri	122	72.6
TAT bilgi kaynağı (n=168)		
Alternatif tedavi uygulayıcıları	71	42.3
Kitle iletişim araçları	53	31.6
Arkadaş ve akraba	26	16.1
Hekim	18	10.0
Sağlık ekibinin TAT kullanımına tepkisi (n=168)		
Olumlu	95	56.5
Kararsız	49	29.2
Sağlık ekibi ile paylaşmama	24	14.3
Olumsuz	0	0.00

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4.6.'da kadınların menopoz semptomlarına yönelik TAT kullanma özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %62.2'sinin menopoz şikayetlerini azaltmak için TAT yöntemlerine başvurduğu, %72.6'sının 3 yıl ve üzerinde bu yöntemleri kullandığı saptanmıştır. TAT bilgi kaynakları incelendiğinde kadınların %42.3'ünün kullandıkları TAT yöntemi hakkındaki bilgiyi TAT uygulayıcılarından aldıkları görülmektedir. TAT yöntemine ilişkin diğer bilgi kaynakları incelendiğinde; kadınların %31.6'sının kitle iletişim araçlarından, %16.1'inin arkadaş, akrabalarından ve %10'unun sağlık personelinin bilgi aldıkları saptanmıştır. Çalışmada sağlık ekibinin kadınların kullandıkları TAT yöntemlerine ilişkin tepkisine bakıldığında; kadınların %14.3'ünün kullandıkları yöntemi sağlık ekibi ile paylaşmadıkları görülmektedir. Sağlık ekibini %56.5'inin kullanılan TAT yöntemini desteklediği ve %29.2'sinin kararsız kaldığı belirlenmiştir. Sağlık ekibinin kullanılan TAT yöntemlerine olumsuz tepki göstermedikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Kadınların menopoz semptomlarına yönelik tercih ettikleri TAT yöntemlerinin dağılımı.

TAT Yöntemi	n	%**
Biyolojik temelli tedavileri kullanma durumu (n=168)		
Evet	152	90.5
Hayır	16	9.5
Biyolojik temelli tedaviler (n=152)		
Soya*	77	50.7
Kara yılan otu	44	28.9
Bitkisel çay *	17	11.2
Vitamin	14	9.2
Beden ve zihin tedavileri kullanma durumu (n=168)		
Evet	140	83.3
Hayır	28	16.7
Beden ve Zihin Tedavileri (n=140)		
Dua etme*	136	97.1
Müzik terapi	4	2.9
Vücut terapileri kullanma durumu (n=168)		
Evet	58	34.5
Hayır	110	65.5
Vücut terapileri (n=58)		
Egzersiz *	27	46.6
Akupunktur	23	39.7
Hidroterapi *	6	10.3
Masaj	2	3.4
Enerji tedavileri kullanma durumu (n=168)		
Evet	3	1.8
Hayır	165	98.2
Enerji tedavileri (n=3)		
İyileştirici dokunma	3	100.0
Alternatif / medikal sistemleri kullanma durumu(n=168)		
Evet	2	1.2
Hayır	166	98.8
Alternatif ve medikal sistemler (n=2)		
Kupa terapisi /Hacamat	2	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

**Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4.7.'de kadınların menopoz semptomlarına yönelik tercih ettikleri TAT yöntemlerinin dağılımına ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.7. incelendiğinde; kadınların %90.5'inin biyolojik temelli tedavileri tercih ettikleri saptanmıştır. Biyolojik temelli tedaviler içerisinde en çok tercih edilenin %50.7 oranında soya ürünleri olduğu, bunu %28.9 ile karayılan otunun izlediği tespit edilmiştir. Bitkisel çayın %11.2 oranında kullanıldığı saptanmıştır. Bitki çayları içinde adaçayı, ıhlamur, kuşburnu, yeşil çay, nane-limon, ısırğan otu yer

almaktadır. Vitamin takviyesi kullanan kadınların oranı ise % 9.2 olup en çok C ve E vitamini tercih ettikleri belirlenmiştir.

Kadınların %83.3'ünün beden-zihin tedavilerini kullandığı ve bunların önemli bir kısmının menopoz semptomlarını azaltmak amacıyla dua yöntemini (%97.1) kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca kadınların %34.5'inin menopoz semptomlarını azaltmak için vücut terapilerini kullandıkları tespit edilmiştir. Tercih edilen vücut terapilerine bakıldığında, egzersiz (%44.6), akupunktur (%39.7) ve hidroterapinin (%10.3) yer aldığı saptanmıştır. Kadınların yalnızca %1.8'si enerji tedavilerini tercih etmiştir. Tercih edilen yöntemin iyileştirici dokunma olduğu saptanmıştır. Alternatif ve medikal sistemlerin %1.2 oranında kullanıldığı tespit edilmiştir. Alternatif ve medikal sistemler içerisinde kupa terapisinin (hacamat) kullanıldığı saptanmıştır (**Tablo 4.7**).

Tablo 4.8. Kadınların kullandıkları TAT yönteminin etkinliğine ilişkin görüşlerinin dağılımı.

Kullanılan TAT Yönteminin Etkinliği (n=168)	n	%*
Biyolojik temelli tedavi (n=152)		
Etkili	143	94.1
Kararsız	9	5.9
Beden zihin temelli terapi (n=140)		
Etkili	132	94.3
Kararsız	8	5.7
Vücut terapisi (n=62)		
Etkili	53	85.5
Etkisiz	4	6.5
Kararsız	5	8.1

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4.8.'de kadınların kullandıkları TAT yöntemlerinin etkisinin, kendi ifadelerine göre değerlendirildiği bulgular yer almaktadır.

Kadınların %94.1'inin biyolojik temelli tedavileri, %94.3'ünün beden zihin terapilerini, %85.5'inin vücut terapilerini etkili olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Enerji, medikal ve alternatif tedavi kullananların tamamı kullandıkları yöntemi menopoz semptomları için etkili olarak değerlendirmiştir.

Tablo 4.9. Kadınların kullandıkları TAT'ın etkilerinin ve TAT kullanma nedenlerinin dağılımı.

Özellikler	n	%*
TAT' ın yan etki yapma durumu (n=168)		
Evet	8	4.8
Hayır	160	95.2
TAT yan etkisi (n=8)		
Mide bulantısı	3	37.5
Ciltte Döküntü	2	25.0
Tansiyon düzensizliği	3	37.5
Yarar sağladığı menopoza semptomları (n=168)		
Ateş basması -terleme	88	52.4
Kas ve eklem ağrıları	32	19.0
Uyku sorunu	18	11.9
Emosyonel sorunlar	3	1.8
Yorgunluk	18	10.7
Ciddi olumlu bir etki görememe	7	4.2
TAT kullanma nedeni (n=168)		
Doğal ve güvenli olması	46	27.4
Sıcak basması, terleme şikayetlerini önlemesi	48	28.6
Menopoz sorunlarına doğrudan çözüm olması	38	22.6
Psikolojik olarak iyi gelmesi	15	8.8
HRT'nin yan etkilerini azaltması	14	8.4
Ağrıları azaltması, zinde tutması	5	3.0
Uykuyu düzenlemesi	2	1.2

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 4.9.'da kadınların kullandıkları TAT'ın etkilerinin ve TAT kullanma nedenlerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların kullandıkları TAT'ın olumsuz etkilerinin dağılımı incelendiğinde; TAT'ın kadınların %4.8'inde yan etki yaptığı belirlenmiştir. Bu yan etkiler arasında mide bulantısı (%37.5), döküntü (%25.0), tansiyon düzensizliği (%37.5) yer almaktadır.

Tablo 4.9.'da kadınların ifadelerine göre TAT'ın yarar sağladığı sağlık sorunlarına ilişkin bulgular incelendiğinde; kadınların %52.4'ünün ateş basması ve terleme, %19.0'ının kas ve eklem ağrıları, %11.9'unun uyku sorunu, %10.7'sinin emosyonel sorunları üzerinde TAT yönteminin etkili olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Kadınların %4.2'sinin kullandıkları yöntemin, menopoz semptomları üzerinde ciddi olumlu bir etkisinin olmadığını belirttikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.9.'da kadınların TAT kullanma nedenleri incelendiğinde sırasıyla; kadınlar sıcak basması, terleme şikayetlerini azaltması (%28,6), doğal ve güvenli olması (%27.4), menopoz semptomlarının azaltılmasında doğrudan çözüm olması (%22.6), fiziksel ve zihinsel yorgunluğa iyi gelmesi (%8.8) nedeni ile TAT yöntemlerini kullandıklarını ifade etmiştir. Ayrıca kadınların %8.4'ünün HRT'nin menopoz semptomlarına iyi gelmediğini ve pek çok yan etkisinin olduğunu düşünmeleri sebebi ile TAT kullandıkları tespit edilmiştir.

4.2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre TAT Kullanımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde yer alan tablolarda kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre, obstetrik, jinekolojik, genel sağlık durumu ve menopoz özelliklerine göre TAT kullanımına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4.10. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımı.

Tanımlayıcı özellikler	TAT kullanma durumu				Analiz *
	Evet		Hayır		
Eğitim	n	%	n	%	
Okuryazar	15	88.2	2	11.8	$\chi^2=5.26$
İlköğretim	80	61.1	51	38.9	$p=0.071$
Lise ve üzeri	73	59.8	49	40.2	
Yaş grupları					
40-49	42	60.9	27	39.1	$\chi^2= 0.08$
50-55	60	63.2	35	36.8	$p=0.956$
56 ve ↑	66	62.3	40	37.7	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	29	38.7	46	61.3	$\chi^2=24.1$
Çalışmıyor	106	71.6	42	28.4	$p=0.0001$
Emekli	33	70.2	14	29.8	

* Ki-kare analizi uygulanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.10.'da kadınların TAT kullanma durumlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde eğitimi okuryazar düzeyde olan kadınlarda TAT kullanımını %88.2 iken bu oran lise ve üzerinde eğitim alan kadınlarda %59.8'dir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca, 40-49 yaş grubunun %60.9, 50-55 yaş grubunun %63.2 ve 60-65 yaş grubunun %62.3 oranında TAT yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Çalışmada yaş grupları ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların çalışma durumlarına göre TAT kullanımları incelendiğinde, gelir getiren bir işte çalışan kadınlarda TAT kullanımı %38.7 olup, bu oran çalışmayanlarda %71.6'dır. Çalışmayan grupta TAT kullanımının daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Kadınların obstetrik özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımı.

Obstetrik özellikler	TAT kullanma Durumu				Analiz*
	Evet		Hayır		
Toplam Gebelik Sayısı	n	%	n	%	
Gebelik yok	4	2.4	4	3.9	
1	22	13.1	9	8.8	$\chi^2=10.1$
2	51	30.4	21	20.6	p=0.041
3 ve ↑	91	54.2	68	66.7	
Düşük –Kürtaj Sayısı					
Yok	116	69.0	62	60.8	
1	42	25.0	24	23.6	$\chi^2=9.3$
2 ↑	10	6.0	16	15.6	P=0.023

*Ki-kare analizi kullanılmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.11.'de kadınların TAT kullanma durumlarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; üç ve daha fazla sayıda gebelik geçiren kadınların TAT kullanımı %54.2 iken gebelik öyküsü olmayanların %2.4'tür. Çalışmamızda doğum sayısı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tabloda düşük veya küretaj sayısı ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında; düşük veya küretaj öyküsü bulunmayan kadınların %60.0'ının TAT'a yöneldikleri belirlenmiştir. Düşük veya küretaj sayısı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre düşük öyküsü olmayan ve gebelik deneyimi olanlarda TAT kullanımı artmaktadır.

Tablo 4.12. Kadınların sağlık öyküsüne göre TAT kullanma durumlarının dağılımı.

Sağlık Sorunu	TAT kullanma Durumu				Analiz*
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Evet	81	48.2	54	52.9	$\chi^2=0.56$
Hayır	87	51.8	48	47.1	$p=0.451$

*Ki-kare analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.12. incelendiğinde herhangi bir sağlık sorunu olan ve TAT kullanan kadınların oranı %48.2, herhangi bir sağlık sorunu olan ve TAT kullanmayan kadınların oranı %52.9 olarak tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra sağlık sorunu olmayan TAT kullanan kadınların oranı %51.8, sağlık sorunu olmayan ve TAT kullanmayan kadınların oranı %47.1 olarak belirlenmiştir. Kadınların sahip oldukları hastalıklarla TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 4.12**).

Tablo 4.13. Kadınların düzenli ilaç alma özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımı.

Düzenli ilaç kullanma durumu	TAT Kullanma Durumu				Analiz*
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Evet	99	58.9	54	52.9	$\chi^2=0.92$
Hayır	69	41.1	48	47.1	$p=0.336$
HRT kullanma durumu					
Evet	18	10.7	6	5.9	
Hayır	69	41.1	70	68.6	$\chi^2=19.2$
Bıraktı	81	48.2	26	25.5	$p=0.0001$

*Ki-kare analizi kullanılmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.13.'de kadınların düzenli ilaç ve HRT alma özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımına ait bulgular yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %58.9'unun düzenli ilaç kullanırken aynı zamanda TAT kullandığı belirlenmiş olup, %52.9'unun düzenli ilaç kullanırken TAT kullanmadığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda düzenli ilaç kullanmayan ancak TAT kullanan kadınların oranı %41.1, düzenli ilaç ve TAT kullanmayan kadınların oranı %47.1 olarak bulunmuştur. Kadınların düzenli ilaç almaları ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.13. ‘de kadınların HRT kullanma durumlarına göre TAT kullanımları incelendiğinde, HRT ile birlikte TAT kullanım oranı %10.7 iken HRT kullanmayan ancak TAT kullanan kadınların oranı %41.1, bir süre HRT alan ve şu an TAT kullanan kadınların oranı %48.2 olarak saptanmıştır. HRT kullanma durumu ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki fark daha önce HRT kullanıp bırakanlardan kaynaklanmaktadır. Buna göre bu grubun diğerlerine göre daha fazla oranda TAT yöntemlerini kullandıkları söylenebilir.

Tablo 4.14. Kadınların menopoz yaşına göre TAT kullanma durumlarının dağılımı.

	TAT Kullanma Durumu				Analiz*
	Evet		Hayır		
Menopoza girme yaşı	n	%	n	%	
36-45	18	10.7	14	13.7	$\chi^2=1.1$
46-49	142	84.5	85	83.3	$p=0.603$
50 ve ↑	8	4.8	3	2.9	

*Ki-kare analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.14.’de kadınların menopoz yaşına göre TAT kullanma durumlarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde menopoza 46-49 yaş aralığında giren kadınların TAT kullanımını %84.5 olarak tespit edilmiştir. Menopoza girme yaşı 36-45 olan kadınlarda bu oran %10.7 iken, 50 yaş ve üzerinde oran %4.8’dir. Çalışmamızda menopoz yaşı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

4.3. Kadınların Tanımlayıcı Bulgularına Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamında kadınların yaşam kalitesine ilişkin puan ortalamaları ve TAT kullanımının yaşam kalitelerini ne yönde etkilediğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.15. MÖYKÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	n	\bar{x}	Min	Max	SS
Vazomotor	270	3.3	0.0	6.0	1.3
Psikososyal	270	1.4	0.0	4.1	1.1
Fiziksel	270	2.2	0.0	4.6	1.1
Cinsel	270	3.2	0.0	6.0	1.5

Tablo 4.15.'de kadınların MÖYKÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ'nün alt gruplarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; vazomotor alan ortalaması 3.3 ± 1.3 , psikososyal alan ortalaması 1.4 ± 1.1 , fiziksel alan ortalaması 2.2 ± 1.1 , cinsel alan ortalaması ise 3.2 ± 1.5 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.16. Kadınların yaşlarına göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	Yaş Grupları	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Vazomotor	40-49	69	3.2	1.0	131.3	$\chi^2 = 0.271$ $p = 0.873$
	50-55	95	3.3	1.2	137.2	
	56 ve ↑	106	3.3	1.5	136.7	
Psikososyal	40-49	69	1.4	1.0	141.5	$\chi^2 = 0.881$ $p = 0.643$
	50-55	95	1.3	1.1	130.1	
	56 ve ↑	106	1.4	1.2	136.4	
Fiziksel	40-49	69	1.6	0.9	91.6	$\chi^2 = 30.61$ $p = 0.0001$
	50-55	95	2.3	1.1	143.8	
	56 ve ↑	106	2.5	1.1	156.6	
Cinsel	40-49	69	1.7	1.4	64.1	$\chi^2 = 82.38$ $p = 0.0001$
	50-55	95	3.6	1.4	148.7	
	56 ve ↑	106	3.9	1.1	170.1	

*Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.16.'da kadınların yaşlarına göre MÖYKÖ alt grupları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Kadınların yaş gruplarına göre ölçek alt boyutlarından alınan yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların yaş grupları ile fiziksel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu farkın, 40-49 yaş grubu ile 50-55 ve 56-65 yaş grupları arasında olduğu

belirlenmiştir. Fiziksel sorun puan ortalaması 40-49 yaş grubu kadınlarda 1.6 ± 0.9 iken, sırasıyla 50-55 ve 56 ve üzeri yaşta sırasıyla 2.3 ± 1.1 ve 2.5 ± 1.1 'dir.

Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ cinsel alan puan ortalaması da yaş grubu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$). Bu anlamlılığın 40-49 yaş grubu ile 50-55 ve 56-65 yaş grupları arasında olduğu belirlenmiştir. Cinsel sorun puan ortalaması 40-49 yaş grubu kadınlarda 1.7 ± 1.4 iken, 50-55 ve 56 ve üzeri yaş gruplarında sırasıyla 3.6 ± 1.4 ve 3.9 ± 1.1 'dir (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Kadınların eğitim durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	Eğitim Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Vazomotor	Okuryazar	17	3.0	0.7	110.2	$\chi^2 = 2.23$ p=0.328
	İlköğretim	131	3.3	1.3	134.6	
	Lise ve ↑	122	3.3	1.4	140.0	
Psikososyal	Okuryazar	17	0.8	0.7	90.1	$\chi^2 = 6.178$ p= 0.052
	İlköğretim	131	1.4	1.2	138.9	
	Lise ve ↑	122	1.4	1.0	138.2	
Fiziksel	Okuryazar	17	2.4	1.0	150.2	$\chi^2 = 5.76$ p=0.056
	İlköğretim	131	2.4	1.2	145.2	
	Lise ve ↑	122	2.1	1.0	123.0	
Cinsel	Okuryazar	17	3.7	0.8	157.6	$\chi^2 = 5.38$ p=0.068
	İlköğretim	131	3.4	1.4	143.3	
	Lise ve ↑	122	3.0	1.7	124.0	

*Kruskall-Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 4.17.'de kadınların eğitim durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte okuryazar durumda olan kadınların cinsel alan puan ortalamalarının diğer alanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.18. Kadınların çalışma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	Çalışma durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz
Vazomotor	Çalışıyor	75	3.4	1.1	141.8	$\chi^2 = 1.2$ p= 0.551
	Çalışmıyor	148	3.2	1.3	130.8	
	Emekli	47	3,4	1.5	140.1	
Psikososyal	Çalışıyor	75	1.4	1.1	140.9	$\chi^2 = 4.48$ p= 0.106
	Çalışmıyor	148	1.4	1.1	139.7	
	Emekli	47	1.2	1.1	113.7	
Fiziksel	Çalışıyor	75	1.9	1.2	111.7	$\chi^2 = 11.4$ p= 0.003
	Çalışmıyor	148	2.4	1.0	148.8	
	Emekli	47	2.2	1.2	131.4	
Cinsel	Çalışıyor	75	2.4	1.9	100.1	$\chi^2 = 22.2$ p= 0.0001
	Çalışmıyor	148	3.5	1.2	151.3	
	Emekli	47	3.5	1.4	142.2	

*Kruskall-Wallis testi kullanılmıştır (p<0.05).

Tablo 4.18.'de çalışma durumuna göre MÖYKÖ alt grupları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Kadınların çalışma durumuna göre ölçek alt gruplardan alınan puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma durumu ile fiziksel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). Bu farkın çalışan kadınlarla çalışmayan ve emekli kadınlar arasında olduğu belirlenmiştir. Fiziksel alan puan ortalamasının çalışan kadınlarda 1.9 ± 1.2 iken çalışmayan kadınlarda 2.4 ± 1.0 ve emekli kadınlarda 2.2 ± 1.2 olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte çalışmaya katılan kadınların çalışma durumu ile cinsel sorun alan puan ortalaması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (**p<0.05**). Bu farkın çalışan kadınlar ile çalışmayan ve emekli kadınlar arasında olduğu bulunmuştur. Çalışan, çalışmayan ve emekli kadınların cinsel alan puan ortalamaları sırası ile 2.4 ± 1.9 , 3.5 ± 1.2 ve 3.5 ± 1.4 'dür. Buna göre çalışmayan kadınlarda fiziksel ve cinsel sorunların daha yoğun olarak yaşandığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

Tablo 4.19. Kadınların cerrahi operasyon geçirme durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	Operasyon geçirme durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz *
Vazomotor	Evet	115	3.73	1.22	163.5	z= -5.1
	Hayır	155	2.96	1.28	114.7	p =0.0001
Psikososyal	Evet	115	1.85	1.17	166.5	z= -5.6
	Hayır	155	1.04	0.89	112.5	p =0.0001
Fiziksel	Evet	115	2.65	1.17	162.0	z= -4.8
	Hayır	155	1.92	0.99	115.8	p =0.0001
Cinsel	Evet	115	3.70	1.60	161.2	z= -4.6
	Hayır	155	2.87	1.40	116.4	p =0.0001

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

Tablo 4.19.'da kadınların cerrahi operasyon geçirme durumuna göre MÖYKÖ alt grupları puan ortalamalarının dağılımına ait bulgular yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların cerrahi operasyon geçirme durumları ile vazomotor semptomlar arasında istatistiksel boyutta anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p<0.05**). Cerrahi operasyon geçiren kadınların vazomotor alan puan ortalamalarının 3.73 ± 1.22 , cerrahi operasyon geçirmeyen kadınların puan ortalamalarının 2.96 ± 1.28 olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte tablo incelendiğinde psikososyal, fiziksel, cinsel alan puan ortalamaları ile cerrahi operasyon geçirme değişkeni arasında da anlamlı farklılık görülmektedir (**p<0.05**). Cerrahi operasyon geçiren ve geçirmeyen kadınların psikososyal alan puan ortalaması sırasıyla; 1.85 ± 1.17 ve 1.04 ± 0.89 , fiziksel alan puan ortalaması sırası ile; 2.65 ± 1.17 ve 1.92 ± 0.99 , cinsel sorun puan ortalaması sırasıyla; 3.70 ± 1.60 ve 2.87 ± 1.40 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların cerrahi operasyon geçirme durumları ile ölçek alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p<0.05**). Buna göre operasyon öyküsü olan kadınlarda menopozal semptomların daha fazla görüldüğü, dolayısı ile yaşam kalitelerinin düştüğü söylenebilir.

Tablo 4.20. Kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grupları puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	İlaç kullanma durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Vazomotor	Evet	153	3.44	1.33	144.3	$z = -2.1$
	Hayır	117	3.09	1.26	123.9	p= 0.032
Psikososyal	Evet	153	1.61	1.15	150.2	$z = -3.5$
	Hayır	117	1.09	0.93	116.3	p= 0.0001
Fiziksel	Evet	153	2.67	1.06	165.9	$z = -7.3$
	Hayır	117	1.66	0.94	95.8	p= 0.0001
Cinsel	Evet	153	3.88	1.17	169.0	$z = -8.1$
	Hayır	117	2.36	1.55	91.6	p=0.0001

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

Tablo 4.20.’de kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grupları puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 4.20. incelendiğinde sürekli ilaç kullanma durumu ile vazomotor alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p<0.05**). İlaç kullananlarda vazomotor alan puan ortalaması 3.44 ± 1.33 , kullanmayanlarda 3.09 ± 1.26 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların düzenli ilaç kullanma durumu ile psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalaması arasında da anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). İlaç kullanan ve kullanmayan kadınların psikososyal alan puan ortalaması sırasıyla; 1.61 ± 1.15 , 1.09 ± 0.93 , fiziksel alan puan ortalaması sırası ile; 2.67 ± 1.06 , 1.66 ± 0.94 , cinsel alan puan ortalaması ise sırasıyla; 3.88 ± 1.17 , 2.36 ± 1.55 olarak tespit edilmiştir. Buna göre kronik hastalıklar nedeniyle düzenli ilaç kullanan kadınların daha fazla oranda menopozal şikayetleri olduğu ve yaşam kalitelerini etkilediği söylenebilir.

Tablo 4.21. Kadınların HRT kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	HRT Kullanımı	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort	Analiz*
Vazomotor	Evet	24	3.1	0.9	120.0	$\chi^2 = 1.1$ p =0.587
	Hayır	139	3.3	1.4	137.5	
	Bir süre kullandı	107	3.4	1.2	136.3	
Psikososyal	Evet	24	1.2	1.1	121.1	$\chi^2 = 1.4$ p =0.486
	Hayır	139	1.5	1.2	140.1	
	Bir süre kullandı	107	1.2	0.8	132.7	
Fiziksel	Evet	24	1.8	0.9	111.9	$\chi^2 = 2.9$ p =0.235
	Hayır	139	2.3	1.2	134.8	
	Bir süre kullandı	107	2.3	1.1	141.7	
Cinsel	Evet	24	2.2	1.1	73.6	$\chi^2 = 18.7$ p =0.0001
	Hayır	139	3.2	1.4	135.5	
	Bir süre kullandı	107	3.5	1.7	149.3	

*Kruskall-Wallis testi kullanılmıştır (p<0.05).

Tablo 4.21.'de kadınların HRT kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Araştırmaya katılanların HRT kullanma durumları vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamazken, kadınların HRT kullanma durumları ile cinsel alan puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). Bu farklılığın HRT kullananlar ile HRT kullanmayanlar ve bir süre HRT kullananlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Kadınların cinsel alan puan ortalaması HRT kullananlarda 2.2 ± 1.1 , HRT kullanmayan kadınlarda 3.2 ± 1.4 , bir süre HRT kullananlarda 3.5 ± 1.7 olarak belirlenmiştir. Buna göre bir süre HRT kullananlarda daha fazla cinsel sorunların görüldüğü ve yaşam kalitelerinin etkilendiği söylenebilir.

Tablo 4.22. Kadınların menopoza girme şekline göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	Menopoza şekli	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Vazomotor	Doğal	257	3.22	1.29	131.2	z= -4.1
	Cerrahi	13	4.64	0.63	221.5	p= 0.0001
Psikososyal	Doğal	257	1.38	1.10	134.4	z= -1.02
	Cerrahi	13	1.59	1.04	157.1	p= 0.305
Fiziksel	Doğal	257	2.22	1.13	134.4	z= -0.987
	Cerrahi	13	2.52	1.03	156.3	p= 0.324
Cinsel	Doğal	257	2.51	1.28	137.7	z= -2.12
	Cerrahi	13	3.26	1.55	91.0	p= 0.034

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

Tablo 4.22.'de kadınların menopoza girme şekline göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı bulunmaktadır.

Tablo 4.22.'de kadınların menopoza girme şekli ile vazomotor ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p<0.05**). Menopoza doğal yolla giren kadınların vazomotor alan puan ortalaması 3.22 ± 1.29 iken cerrahi yol ile menopoza giren kadınların vazomotor alan puan ortalaması 4.64 ± 0.63 olarak tespit edilmiştir. Cinsel sorun puan ortalamasına bakıldığında ise menopoza cerrahi yolla giren kadınların puan ortalamasının 3.26 ± 1.55 ve doğal yol ile menopoza giren kadınların cinsel alan puan ortalamasının 2.51 ± 1.28 olduğu saptanmıştır. Buna göre cerrahi yolla menopoza girenlerin daha fazla oranda vazomotor ve cinsel sorun yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir. Kadınların menopoza girme şekli ile psikososyal ve fiziksel alan alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

4.4. Kadınların Kullandıkları TAT Yöntemlerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde Kadınların kullandıkları TAT yöntemlerinin kadınların MÖYKÖ alt grupları puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.23. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	TAT kullanımı	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Vazomotor	Evet	168	2.88	1.23	109.9	z= -6.9
	Hayır	102	3.96	1.14	177.7	p=0.0001
Psikososyal	Evet	168	1.06	0.86	115.4	z= -5.4
	Hayır	102	1.92	1.22	168.6	p=0.0001
Fiziksel	Evet	168	1.91	1.06	114.5	z= -5.6
	Hayır	102	2.76	1.04	170.1	p=0.0001
Cinsel	Evet	168	3.02	1.48	124.4	z = -3.1
	Hayır	102	3.56	1.59	153.8	p=0.0001

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

Tablo 4.23.’de TAT kullanan ve kullanmayan kadınların MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.23. incelendiğinde herhangi bir TAT yöntemi kullanma durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir (**p<0.05**). TAT kullanan kadınların vazomotor alan puan ortalaması 2.88 ± 1.23 ve TAT kullanmayan kadınların vazomotor alan puan ortalaması 3.96 ± 1.14 olarak tespit edilmiştir. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların psikososyal puan ortalamasına bakıldığında sırasıyla; 1.06 ± 0.86 ve 1.92 ± 1.22 , TAT kullanan ve kullanmayan kadınların fiziksel alan puan ortalamasına bakıldığında ise sırasıyla; 1.91 ± 1.06 ve 2.76 ± 1.04 , TAT kullanan ve kullanmayan kadınların cinsel alan puan ortalamasına bakıldığında ise sırasıyla; 3.02 ± 1.48 ve 3.56 ± 1.59 olduğu saptanmıştır. Buna göre TAT kullanan kadınlarda menopozal semptomların daha az görüldüğü ve TAT kullanmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

Tablo. 4.24. TAT kullanan kadınların kullandıkları TAT yöntemlerine göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=168).

	Alt Gruplar	TAT kullanma		n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz *
		Evet	Hayır					
Biyolojik Yöntemler	Vazomotor	Evet		152	2.9	1.1	86.11	z=-1.34
		Hayır		16	2.2	1.7	69.22	p=0.182
	Psikososyal	Evet		152	1.1	0.8	87.67	z=-2.62
		Hayır		16	0.8	1.2	54.34	p=0.009
	Fiziksel	Evet		152	1.9	1.0	84.86	z=-0.29
		Hayır		16	1.9	1.4	81.13	p=0.770
	Cinsel	Evet		152	3.0	1.5	82.43	z=-1.72
		Hayır		16	3.6	1.3	104.13	p=0.086
Beden zihin yöntemleri	Vazomotor	Evet		140	2.8	1.2	82.70	z=-1.09
		Hayır		28	3.1	1.1	93.52	p=0.277
	Psikososyal	Evet		140	1.1	0.9	85.07	z=-0.34
		Hayır		28	0.9	0.7	81.64	p=0.732
	Fiziksel	Evet		140	2.1	1.0	91.28	z=-4.04
		Hayır		28	1.2	0.9	50.61	p=0.000
	Cinsel	Evet		140	3.1	1.5	86.12	z=-0.98
		Hayır		28	2.8	1.5	76.41	p=0.329
Vücut terapi yöntemleri	Vazomotor	Evet		58	2.9	1.1	86.21	z=-0.33
		Hayır		110	2.9	1.3	83.60	p=0.738
	Psikososyal	Evet		58	1.1	0.8	86.03	z=-0.30
		Hayır		110	1.1	0.9	83.70	p=0.767
	Fiziksel	Evet		58	1.9	1.1	85.97	z=-0.29
		Hayır		110	1.9	1.0	83.72	p=0.775
	Cinsel	Evet		58	2.8	1.7	78.94	z=-1.09
		Hayır		110	3.2	1.3	87.43	p=0.276

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

Tablo. 4.24.'de TAT kullanan kadınların kullandıkları TAT yöntemlerine göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir.

Tablo incelendiğinde; kadınların biyolojik temelli yöntemleri kullanmaları ile vazomotor, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken, psikososyal alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). Biyolojik temelli yöntemleri kullanan kadınların psikososyal puan ortalaması 1.1 ± 0.8 iken biyolojik temelli yöntemleri kullanmayan kadınların psikososyal puan ortalaması 0.8 ± 1.2 olarak tespit edilmiştir.

Tablo incelendiğinde MÖYKÖ alt grupları puan ortalamalarının beden zihin yöntemlerini kullanma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların beden zihin yöntemlerini kullanmaları ile fiziksel alan puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Beden zihin yöntemlerini kullanan kadınların fiziksel puan ortalaması 2.1 ± 1.0 iken, beden zihin yöntemlerini kullanmayan kadınların fiziksel puan ortalaması 1.2 ± 0.9 olarak tespit edilmiştir.

Kadınların vücut terapi yöntemlerini kullanma durumları ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (**Tablo 4.24**).

Tablo 4.25. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların sağlık sorunu durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

		TAT Kullanma Durumu									
		Evet					Hayır				
Alt Gruplar	Sağlık sorunu	n	\bar{x}	SS	Sıra		n	\bar{x}	SS	Sıra	
					Ort.	Analiz				ort	Analiz*
Vazomotor	Evet	81	3.0	1.0	92.8	$z=-2.1$	54	4.3	1.1	60.2	$z=-3.2$
	Hayır	87	2.7	1.4	76.8	$p=0.032$	48	3.6	1.1	41.7	$p=0.001$
Psikososyal	Evet	81	1.1	0.8	88.3	$z=-0.98$	54	2.2	1.2	57.3	$z=-2.1$
	Hayır	87	1.0	0.9	81.0	$p=0.327$	48	1.6	1.2	45.0	$p=0.036$
Fiziksel	Evet	81	2.3	0.9	103.2	$z=-4.8$	54	3.0	1.1	57.4	$z=-2.1$
	Hayır	87	1.5	1.0	67.1	$p=0.0001$	48	2.5	1.0	44.8	$p=0.032$
Cinsel	Evet	81	3.4	1.3	98.8	$z=-3.7$	54	3.8	1.6	57.7	$z=-2.2$
	Hayır	87	2.7	1.5	71.1	$p=0.0001$	48	3.3	1.5	44.6	$p=0.025$

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.25.'de TAT kullanan ve kullanmayan kadınların sağlık sorunu durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı bulunmaktadır.

Menopoz şikayetlerini azaltmak için şu ana kadar alternatif ve tamamlayıcı uygulamalara başvuranların herhangi bir sağlık sorunu olup olmaması durumları ile vazomotor, fiziksel, cinsel alan puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

TAT kullanan ve bir sağlık sorunu olan kadınlarda vazomotor alan puan ortalaması 3.0 ± 1.0 , sağlık sorunu olmayan kadınlarda 2.7 ± 1.4 olarak tespit edilmiştir. TAT kullanmayan ve bir sağlık sorunu olan kadınlarda vazomotor alan puan ortalaması 4.3 ± 1.1 , sağlık sorunu olmayan kadınlarda 3.6 ± 1.1 olarak belirlenmiştir. Psikososyal puan ortalamasına bakıldığında; TAT kullanan kadınlarda sağlık sorunu durumu ile psikososyal puan ortalaması arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık görülmezken, TAT kullanmayan ve bir sağlık sorunu olan kadınlarda vazomotor semptomlar puan ortalaması 2.2 ± 1.2 , sağlık sorunu olmayan kadınlarda 1.6 ± 1.2 olarak tespit edilmiştir. TAT kullanan kadınlarda sağlık sorunu yaşama ve yaşamama durumuna göre fiziksel alan puan ortalaması sırası ile; 2.3 ± 0.9 ve 1.5 ± 1.0 iken, TAT kullanmayan kadınlarda sağlık sorunu yaşama ve yaşamama durumuna göre fiziksel alan puan ortalaması sırası ile; 3.0 ± 1.1 , 2.5 ± 1.0 olarak tespit edilmiştir. Cinsel alan puan ortalamasına bakıldığında; TAT kullanan kadınlarda sağlık sorunu yaşayıp yaşamama durumuna göre cinsel alan puan ortalaması sırasıyla; 3.4 ± 1.3 , 2.7 ± 1.5 iken, TAT kullanmayan ve bir sağlık sorunu olan kadınlarda cinsel alan puan ortalaması ise; 3.8 ± 1.6 olarak bulunmuştur (**Tablo 4.25.**).

Tablo 4.26. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların cerrahi operasyon geçirme durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

Alt Gruplar	Cerrahi operasyon	TAT Kullanma Durumu									
		Evet					Hayır				
		n	\bar{x}	SS	Sıra Ort	Analiz	n	\bar{x}	SS	Sıra ort	Analiz*
Vazomotor	Evet	57	3.3	1.3	100.83	$z=3.15$	58	4.1	0.9	56.33	$z=-1.91$
	Hayır	111	2.7	1.1	76.11	p=0.002	44	3.7	1.3	45.14	$p=0.056$
Psikososyal	Evet	57	1.4	1.0	104.11	$z=-3.77$	58	2.3	1.2	59.37	$z=-3.09$
	Hayır	111	0.9	0.7	74.43	$p=0.000$	44	1.5	1.1	41.13	p=0.002
Fiziksel	Evet	57	2.2	1.1	97.02	$z=-2.39$	58	3.1	1.1	59.34	$z=-3.07$
	Hayır	111	1.7	1.0	78.07	p=0.017	44	2.4	0.8	41.17	p=0.002
Cinsel	Evet	57	3.5	1.5	101.28	$z=-3.25$	58	3.9	1.7	58.66	$z=-2.81$
	Hayır	111	2.8	1.4	75.88	p=0.001	44	3.1	1.4	42.07	p=0.005

*Mann-Whitney U testi ($p<0.05$) .

Tablo 4.26.'da TAT kullanan ve kullanmayan kadınların cerrahi operasyon geçirme durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

TAT kullanan kadınlarda, cerrahi operasyon geçirme durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). TAT kullanan kadınlarda cerrahi operasyon geçirme ve geçirmeme durumuna göre vazomotor alan puan ortalaması sırasıyla; 3.3 ± 1.3 ve 2.7 ± 1.1 , psikososyal puan ortalaması sırasıyla; 1.4 ± 1.0 ve

0.9±0.7, fiziksel alan puan ortalaması sırasıyla; 2.2±1.1 ve 1.7±1.0, cinsel alan puan ortalaması sırasıyla; 3.5±1.5 ve 2.8±1.4 olarak bulunmuştur.

Aynı zamanda TAT kullanmayanlarda, kadınların cerrahi operasyon geçirme durumu ile psikososyal, fiziksel, cinsel alan puan ortalaması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). TAT kullanmayan kadınlarda cerrahi operasyon geçirme ve geçirmeme durumuna göre psikososyal puan ortalaması sırası ile; 2.3±1.2, 1.5±1.1, fiziksel sorunlar puan ortalaması sırasıyla; 3.1±1.1, 2.4±0.8, cinsel sorunlar puan ortalaması sırasıyla; 3.9±1.7, 3.1±1.4 olarak bulunmuştur (**Tablo 4.26**).

Tablo 4.27. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı (n=270).

		TAT Kullanma Durumu									
		Evet					Hayır				
Alt Gruplar	İlaç kullanma	n	\bar{x}	SS	Sıra		n	\bar{x}	SS	Sıra	
					Ort.	Analiz				ort	Analiz*
Vazomotor	Evet	99	2.9	1.3	85.96	Z=-0.47	54	4.4	0.8	61.44	z=-3.64
	Hayır	69	2.8	1.2	82.41	P=0.638	48	3.5	1.3	40.31	p=0.000
Psikososyal	Evet	99	1.2	0.9	91.47	Z=-2.24	54	2.4	1.2	61.56	z=-3.65
	Hayır	69	0.9	0.7	74.49	P=-2.24	48	1.4	1.1	40.19	p=0.000
Fiziksel	Evet	99	2.3	0.9	102.99	Z=-5.91	54	3.3	0.9	66.75	z=-5.53
	Hayır	69	1.3	0.9	57.96	P=0.000	48	2.1	0.7	34.34	p=0.000
Cinsel	Evet	99	3.6	1.1	102.99	Z=-5.98	54	4.4	1.1	68.03	z=-6.01
	Hayır	69	2.2	1.6	57.97	P=0.000	48	2.6	1.5	32.91	p=0.000

* Mann-Whitney U testi (p<0.05).

Tablo 4.27.'de TAT kullanan ve kullanmayan kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre MÖYKÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

TAT kullananlarda, kadınların sürekli ilaç kullanma durumu ile fiziksel sorunlar ve cinsel sorunlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). Kadınların TAT kullanıp aynı zamanda düzenli ilaç kullanma durumu ile vazomotor ve psikososyal alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05). TAT kullanan kadınlarda ilaç kullanma ve kullanmama durumuna göre fiziksel alan puan

ortalaması sırasıyla; 2.3 ± 0.9 ve 1.3 ± 0.9 , cinsel sorunlar puan ortalaması sırasıyla; 3.6 ± 1.1 ve 2.2 ± 1.6 olarak bulunmuştur.

Tablo incelendiğinde TAT kullanmayan ve düzenli ilaç kullanan kadınlarda vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). TAT kullanmayan kadınlarda ilaç kullanma ve kullanmama durumuna göre vazomotor alan puan ortalaması sırası ile; 4.4 ± 0.8 ve 3.5 ± 1.3 , psikososyal puan ortalaması sırası ile; 2.4 ± 1.2 ve 1.4 ± 1.1 , fiziksel sorunlar puan ortalaması sırasıyla; 3.3 ± 0.9 ve 2.1 ± 0.7 , cinsel sorunlar puan ortalaması sırasıyla; 4.4 ± 1.1 ve 2.6 ± 1.5 olarak tespit edilmiştir (**Tablo 4.27**).

5. TARTIŞMA

Araştırma, postmenopozal dönemdeki kadınların menopoz semptomlarına yönelik uyguladıkları tamamlayıcı ve alternatif tıp yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Tartışma dört ana başlık altında sunulmuştur.

- 5.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.
- 5.2. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre TAT kullanımına ilişkin bulguların tartışılması.
- 5.3. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre MÖYKÖ puan ortalamasına ilişkin bulguların dağılımının tartışılması.
- 5.4. Kadınların kullandıkları TAT yöntemlerine göre MÖYKÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamında yer alan kadınların bireysel özellikleri incelendiğinde; kadınların yaş ortalamasının 54 ± 5 (min=42 ve max=65) olduğu, %48.5'inin ilköğretim mezunu, % 27.8'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, %17.4'ünün gelir getiren bir işten emekli olduğu, %72.6'sının ekonomik durum algısının iyi olduğu, %66.7'sinin sigara kullanmadığı, %91.1'inin çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir.

Günümüzde dünya ülkelerinin gelişmişlik düzeyi, o toplumlardaki kadınların eğitim düzeyi ile ölçülmektedir. Dünyada eğitim ve öğretim alanında görülen ilerleme ve gelişmelere rağmen, pek çok ülkede kadın eğitimi halen önemli bir sorun olmaktadır (102). Son 20-30 yılda Türkiye'de eğitimin artması ile birlikte genç kadınların kendilerinden daha ileri yaştaki kadınlardan daha eğitilmiş oldukları görülmektedir (7). Ancak toplumsal cinsiyete bağlı eşitsizlikler kadın eğitiminde istenilen düzeye ulaşmayı engellemektedir (102). TNSA 2013 sonuçlarına göre; ülkemizde kadınların %34.6'sı ilköğretim birinci kademe, %22.3'ü ilköğretim ikinci kademe eğitimini tamamlamışlardır. KSA (2014) sonuçlarında ise Türkiye'de

ilköğretim mezunu olan kadın oranı %50.3 iken Ankara’da ilköğretim mezunu kadın oranı %40.9’dur (8,103). Çalışmamızda kadınların %48.5’inin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.1**). Bu kapsamda bulgumuz yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. Bununla beraber kadınların içinde buldukları toplumsal koşulları iyileştirmede eğitim düzeyinin artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde işsizlik ve istihdam, ekonomik ve toplumsal kalkınmayla doğrudan ilişkilidir. Toplumların refah seviyesinin yükseltilmesi ve kalkınmanın sürdürülebilmesi bakımından kadın istihdamı özellikle önem arz etmektedir. Dünyada kadınların istihdam oranı incelendiğinde 2004-2008 yılları arasında %47.9’dan %48.6’ya yükseldiği, ancak küresel kriz ile 2009 yılında kadın istihdamının %48’e düştüğü görülmektedir (104). TNSA 2013 sonuçlarına göre, ülkemizde kadınların %31’i gelir getiren bir işte çalışmaktadır (7). Araştırmamızda, kadınların %27.8’inin gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.1**). Çalışma kapsamındaki kadınların %17.4’ünün emekli ve ileri yaş grubunda oldukları düşünüldüğünde elde edilen verilerin literatürle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Hanehalkının, içinde bulunduğu mevcut yapı, hane üyelerinin refah ve mutluluk düzeyi üzerinde önemli etkilere sahiptir (105). Kharbouch ve Şahin’in çalışmasında kadınların %58.4’ünün, Uludağ ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %49.1’inin gelir algıları orta düzeyde tespit edilmiştir (3,95). KSA’da ülkemizde kadınların %70.2’si gelir durumlarını orta düzey olarak ifade etmişlerdir (8). TNSA 2013 verilerine göre ise Türkiye, orta gelirli bir ülke olarak sınıflandırılmaktadır (7). Araştırmamızda kadınların %23.3’ü gelirlerini orta düzeyde algılamakta, %72.6’sı iyi olarak algılamaktadır (**Bkz. Tablo 4.1**). Bu bulgular literatürde yer alan veriler ile uyum göstermemektedir. Bu farklılığın çalışmanın yürütüldüğü hastanenin özel hastane kapsamında yer alması ve hastanenin sahip olduğu hasta profilinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tütün kullanımı önlenemez morbidite ve mortalite nedeni olarak insan sağlığını tehdit eden bir halk sağlığı sorunudur (106). Çalışmamızda kadınların %92.6’sının sigara kullanmadığı, %7.4’ünün sigara kullandığı belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.1**). Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında menopoz dönemindeki

kadınların %18.1'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir (2). Çalışmamızda kadınların sigara kullanma durumlarının yapılan çalışma sonuçlarından daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Ancak sigara içiciliğinin toplumsal bir sorun oluşturduğu düşünüldüğünde alınacak tedbirler ve ulusal politikalar önem kazanmaktadır.

Üreme sağlığı, bireylerin üreme ile ilgili kararlarını, çocuk sayısı ve çocuklarının zamanlamasını bilinçli bir şekilde uygulayabilmelerini kapsamaktadır. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.26 doğumdur. Doğurganlık yenilenme düzeyinin (2.10) hemen üzerinde olan bu hız Türkiye'de doğurganlık dönüşümünün yavaş fakat kesintisiz olarak devam ettiğini göstermektedir (7). Nitekim bu sonucu farklı yıllarda yapılan çalışmalar da desteklemektedir (2,107,108). Çalışmamızda ortalama canlı doğum sayısının 2.64 ± 1.04 olduğu belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.2**). Araştırma bu yönü ile TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir. Kadınların yaşamış oldukları abortus ve küretaj oranlarına bakıldığında; KSA verilerine göre kadınların %26.02'si en az bir kez abortus, %18.95'i ise en az bir kez isteyerek küretaj yaşamışlardır (8). TNSA 2013 verilerine göre her beş kadından biri hayatı boyunca en az bir kez düşük yapmış olup, kendiliğinden düşük ile isteğe bağlı düşüklerin toplam oranı %28.7'dir. Çalışmamızda ise her dört kadından birinin düşük veya küretaj oldukları belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.2**). Bu kapsamda elde ettiğimiz sonuç literatür ile uyum göstermekte olup, istenmeyen gebelikler için küretajın bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmasının önlenmesi gerektiği öngörülmektedir. Bu nedenle fertil çağındaki kadınlara aile planlaması yöntemleri konusunda tam bir eğitim verilerek, korunma yöntemlerine ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi gerektiği ve konuyla ilgili bütün sağlık kurumlarında daha etkin danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Günümüzde modern tıbbın imkanlarından daha fazla yararlanılması, ekonomik ve sosyokültürel koşulların gelişmesi ve doğum oranının azalması ile birlikte dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. İnsan ömründeki bu uzama ile birlikte kronik hastalık prevalansı artmakta, yaşlanmaya bağlı birçok sorun yaşanmaktadır (76). Özellikle menopoza döneminde kadınlar hem menopozun getirdiği sağlık sorunları ile hem de kronik hastalıkların yükü ile mücadele etmektedirler. Çalışmamızda kadınların %58.1'inin sağlık problemi yaşadığı tespit edilmiştir. Bu

problemler içinde özellikle kronik hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Çalışmamızda kadınların %27.4'ünün hipertansiyon sorunu yaşadığı dikkat çekmektedir (**Bkz. Tablo 4.2**). Oğurlu'nun çalışmasında kadınların %44.3'ünün, Timur'un çalışmasında kadınların %29.4'ünün kardiyovasküler hastalıklarına sahip olduğu ifade edilmektedir (107,108). Cenge ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %10.9'unun, Avcı'nın çalışmasında kadınların %35.0'inin hipertansif olduğu tespit edilmiştir (109,110). Çalışma bulgusu ile Avcı ve Cenge'nin çalışma sonuçları uyumlu olmamakla birlikte her üç çalışmada da hipertansiyon ilk sıradaki sağlık sorunu olarak belirlenmiştir. Tüm bu sonuçlar göstermektedir ki menopoza birlikte kadınların östrojenin koruyucu etkisinden mahrum kalmaları, kadınlar için kalp damar hastalıkları açısından risk oluşturmakta olup menopoza sonrası kadının sağlığının geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (64). Bu nedenle hemşireler, kadınların yaşam tarzı ve risk faktörlerini doğru tanıyarak hastanın gereksinimlerine uygun eğitim ve danışmanlık hizmeti sunmalıdır. Bu kapsamda hemşireler, hipertansif kadınların yaşam tarzı değişikliğine uyumlarını kolaylaştırarak hipertansiyonun kontrol altına alınmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda kadınların sağlık sorunları arasında üriner inkontinans (%15.3) ve genitoüriner relaksasyonun (%8.2) olduğu saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.2**). Avcı'nın çalışmasında üriner inkontinans %38.3 ve uterus prolapsusu %5.8 olarak tespit edilmiştir (110). Çalışma grubumuzdaki kadınların daha az üriner inkontinans yaşadıkları görülmektedir. Bununla birlikte kadınların %38'inin daha önce prolapsus onarımı geçirdikleri düşünüldüğünde bu sonucun, Avcı'nın bulguları ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Kadınların hastalık öyküleri ile uyumlu olarak ilaç kullanma alışkanlıklarının da paralellik gösterdiği görülmektedir (%56.7). Kadınların %36.6'sının kalsiyum, %26.1'inin antihipertansif ilaçlar aldığı tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.3**). Timur'un çalışmasında kadınların %45.1'i, Avcı'nın çalışmasında kadınların %63.3'ünün düzenli olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir (108,110).

Çalışmada yer alan kadınların geçirmiş oldukları cerrahi operasyon incelendiğinde; kadınların %42.6'sının cerrahi operasyon geçirdiği ve bunların %68.7'sini jinekolojik operasyonlar, %31.3'ünü diğer operasyonların oluşturduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra operasyon kapsamında kadınların; apendektomi,

troidektomi, septoplasti, estetik cerrahi, kolesistektomi, ve eklem protezi cerrahisi geçirdikleri belirlenmiştir. Kadınların %16.5'ine TAH+BSO ve myomektomi uygulandığı tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.2**). Timur'un çalışmasında kadınların %11'inin jinekolojik operasyon geçirdiği ve bu operasyonların %64.3'ünün histerektomi olduğu tespit edilmiştir (108). Khoei ve arkadaşların yapmış olduğu çalışmada kadınların %11.5'inin histerektomi olduğu belirlenmiştir (56). Çalışma bulgumuz Khoei ve arkadaşların çalışması ile benzerlik gösterirken grup içinde jinekolojik operasyon olma oranının yüksekliği ve jinekolojik operasyon içinde histerektomi oranının düşüklüğü ile Timur'un çalışmasından farklılık göstermektedir.

Menopoz, bir kadının sekonder bir neden olmaksızın 12 ay süreyle menstruasyon görmemesi olarak kabul edilmektedir (4). Dünyada menopoz yaşını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; ABD'de 51 yaş, gelişmekte olan ülkelerden Hindistan'da 40.32 ile 48.84 yaş aralığında değiştiği kabul edilmektedir (9,10). Ayrıca menopoz yaş ortalaması Malezya'da 51.3, Polonya'da 48-52, İran'da 46.9 ve 49.6, Katar'da 49, Çin'de 49.2 ± 3.7 olarak belirtilmiştir (15,24,44,111,112,113). Bununla birlikte kadının beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kadınların menopoza girme yaşının yükseleceği öngörülmektedir (11). Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre kadınların %49.1'i, 48-49 yaş aralığının olup, KSA'ya göre menopoz yaş ortalaması 46 olarak tespit edilmiştir (7,8). Bölgesel olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde menopoz yaşı; Tokuç ve arkadaşlarının çalışmasında 45.8 ± 5.1 , Bezircioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında 45.6, Güney'in çalışmasında 47 ± 5.3 olarak saptanmıştır (12,71,100). Çalışmamızda menopoz yaşı 46.9 ± 1.9 olarak bulunmuştur (**Bkz. Tablo 4.4**). Çalışma bulgumuz, ulusal düzeyde yapılan çalışmalar ile uyumlu olup, gelişmiş ülkelere göre düşük bulunmuştur.

Araştırma kapsamındaki kadınların menopoza giriş şekilleri incelendiğinde kadınların %95.2'sinin doğal, %4.8'inin cerrahi olarak menopoza girdiği belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.4**). KSA' da ülkemizde kadınların %88.9'unun doğal süreçte, %11.0'ünün cerrahi olarak menopoza girdiği saptanmıştır (8). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Topçuoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %31'inin, Kıran ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %34'ünün cerrahi olarak menopoza girdiği belirlenmiştir (114,115). Çalışmamızda cerrahi

olarak menopoza giren kadınların oranı literatüre göre daha düşük bulunmuştur. **(Bkz. Tablo 4.4).**

Orta yaş döneminde kadınların yaşadıkları doğal, gelişimsel değişimlerden biri olan menopoz, toplumun yaşlılığa ve menopoza yüklediği anlamların ve yargıların gölgesinde yaşanmaktadır (55). Kadınların menopoz algısı kültürden kültüre değişim göstermektedir. Doğudaki kadınlar menopoza doğal bir süreç olarak görürken batıda yaşayan kadınlar menopoza bir tehdit olarak algılamaktadır (49). Bu çerçevede kadında farklı menopoz algıları gelişmektedir. Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun (%59.7) menopoza olumlu algılayarak doğal normal bir süreç olarak değerlendikleri saptanmıştır. Bununla birlikte kadınlar, menopoza yaşlılık başlangıcı olarak kabul ettiklerini (%14.4), üretkenliğin (%14.1) ve kadınlık özelliklerinin bittiği (%10.7) bir dönem olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. **(Bkz. Tablo 4.4).** Nitekim Varma'nın çalışmasında kadınların büyük bir bölümünün, menopoza herhangi bir gerilim hissetmeden doğal bir yaşam dönemi olarak karşıladıkları belirlenmiştir (116). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların %54.0'ının menopoza normal bir süreç olarak algıladığı belirtilmektedir (117). Çalışma bulguları uyum göstermekte olup, kadınların menopoza olumlu yaklaşımları memnuniyet vericidir. Bu durumun menopoz dönemi sağlık sorunlarıyla başetmede yararının olacağı düşünülmektedir.

Kadınların menopoz dönemine özgü fiziksel ve psikolojik sorunlarını bir bilinmez olmaktan çıkarmak, kadınların anksiyetesini azaltmak ve başetme mekanizmalarını harekete geçirmek açısından önem kazanmaktadır. Çalışmamızda, araştırma kapsamındaki kadınların tamamının menopoz hakkında bilgi aldıkları görülmektedir. Kadınların bu bilgiyi sırası ile hekim (%88.1), kitle iletişim araçları (4.8), arkadaş (%4.4), ebe ve hemşirelerden (%2.6) aldıkları saptanmıştır. Bilgi kaynakları sıralamasında ebe ve hemşirelerin oranının az olması dikkat çekmektedir **(Bkz. Tablo 4.4).** Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yurdakul ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların %38.6'sının, Avcı'nın çalışmasında kadınların %99.2'sinin, Çoban ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların %29.2'sinin menopoza yönelik bilgisi olduğu saptanmıştır (2,110,118). Çalışmada menopoz hakkında bilgi alan kadın sayısı, Avcı'nın araştırması ile uyumluyken, Yurdakul ve Çoban'ın araştırmalarına göre yüksek bulunmuştur. Bu durumun araştırmanın

yapıldığı hastanedeki hasta popülasyonunun sosyokültürel durumuyla ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir. Kadınların menopoz hakkındaki bilgi kaynakları incelendiğinde; Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların %71.8'inin sağlık personelinen bilgi aldıkları belirlenmiştir. Kadınların menopoza ait bilgiyi sağlık personelinen alması memnuniyet verici olmakla birlikte, hastaların hemşirelere dertlerini daha rahat anlatabilmesi, hasta ile iletişimi ilk kuran kişi olması gibi sebepler, menopoz dönemindeki kadınların sağlık sorunlarının saptanması, girişimlerin planlanması ve uygulanmasında hemşirelerin daha etkin rol almasını gerekli kılmaktadır.

Menopoz semptomlarının kadın sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler tedaviyi kaçınılmaz kılmaktadır (17). Tedavi seçenekleri arasında yer alan HRT'nin amacı, östrojene yanıt veren dokulardaki etkileri geriye çevirerek menopoz sonrası kadının yaşam kalitesini korumaktır (70). HRT kullanımına yönelik çalışmalar incelendiğinde; Tokuç ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların %18.9'unun, Bezircioğlu ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların %4.9'unun, Saka ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların %6.41'inin HRT kullandıkları görülmektedir (12,70,97). Araştırmamızda kadınların menopoz semptomlarına yönelik olarak %8.9'unun hormon tedavisi kullandığı belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.4**). Çalışma bulgumuz literatür ile uyum göstermekte olup, çalışma sonuçları, menopoz döneminde kadınların bu döneme özel sorunlarıyla baş etmek için farmakolojik tedavi yöntemlerini daha az tercih ettiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda, kadınların menopoz semptomları değerlendirildiğinde; ilk sırada sıcak basması (%86.9) ve terleme şikayeti (%82.1) yer almaktadır. Vazomotor semptomların ardından yaşanan sorunlar sırasıyla; disparenia ve vajende kuruluk (%81.7), kilo alma (%76.5), kas ve eklemlerde ağrı (%70.4), cinsel istekte azalma (%65.7), uyuma güçlüğü (%64.8) olarak belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.5**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Sharma ve arkadaşlarının çalışmasında menopoz dönemindeki kadınların %53.86'sının, Rahman ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %41.6'sının sıcak basması ve terleme, Khoei ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %56'sının terleme sorunu yaşadığı saptanmıştır (10,15,56). Konuyla ilgili ulusal çalışmalar incelendiğinde; KSA ve Sakanın çalışmasında ülkemizde menopoz dönemdeki kadınların en sık yaşadıkları sağlık sorunlarının

sıcak basması ve terleme sorunu (sırasıyla %66.5 ve %65.2) olduğu belirlenmiştir (7,97). Araştırmalarda kadınların yaşadıkları fiziksel sağlık sorunları incelendiğinde; Sharma ve arkadaşlarının çalışmasında %43.13'ünün kilo alma, %48.1'inin romatizmal ağrılar, %72.9'unun enerji azalması sorunu yaşadığı, Rahman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; kadınların eklem ve kas rahatsızlığı (%80.1), fiziksel ve zihinsel bitkinlik (%67.1) yaşadıkları belirlenmiştir (10,15). Ayrıca çalışmalar menopoz döneminde kadınların baş ve boyun ağrıları, uyku bozukluğu, kilo artışı ve osteoporoz sorunları yaşadıklarını saptamıştır (7,10,15,97). Çalışmada vazomotor semptomlara ait bulgumuz Saka, Sharma ve arkadaşları ile Ranman ve arkadaşlarının sonuçlarından daha yüksek bulunurken, kas ve aklere ait rahatsızlık oranı Rahman ve arkadaşlarının çalışması ile uyum göstermektedir. Ayrıca çalışma grubumuzdaki kadınların Sharma ve arkadaşlarının çalışma grubundaki kadınlara göre daha fazla kilo alma sorunu yaşadıkları dikkat çekmektedir. Bununla birlikte tüm çalışma bulguları değerlendirildiğinde menopoz döneminde kadınların en sık karşılaştığı sorunların sıcak basması ve terleme şikayeti olduğu görülmektedir.

Cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşantısının önemli bir yönüdür. Araştırmamızda özellikle %81.7 olarak tespit edilen cinsel ilişki sırasında vajende ağrı ve kuruluk şikayeti dikkat çekmektedir (**Bkz. Tablo 4.5**). Cinsel sorunlar ile ilgili literatür incelendiğinde; Rahman ve arkadaşlarının çalışmasında vajina kuruluğu %37.9, Khoei ve arkadaşlarının çalışmasında %52 ve diğer cinsel sorunlar %30.9, Li L ve arkadaşlarının çalışmasında cinsel sorunlar %57.05, Liu ve Eden'in çalışmasında %41.0 olarak tespit edilmiştir (15,56,119,120). Çalışmamızda, cinsel istekte değişiklik (%65.7) oranı, cinsel sorun oranına göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum araştırma kapsamındaki kadınların çoğunun cinsel sorunları hakkında farkındalık sahibi olmaları ve bu sorunlara çare aramaları ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca araştırma kapsamındaki kadınların sosyo- kültürel durumlarının da cinsel sorunlarını ifade etmekte etkili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra araştırmacının hemşire olmasının kadınların sorunlarını daha rahat ifade etmelerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, hemşireler tarafından kadınlara cinsel sorunlarla ilgili bireysel danışmanlık hizmeti verilmesi önem arz etmektedir. Hemşireler, cinsel danışmanlık ve rehberlikte yardımcı modellerden yararlanmalıdır. Bu modellerden Kaplan modeli cinsel sorunun tanımlanmasında kadının yaşantısı,

alışkanlıkları ve çevresi ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ifade ederek cinsel sorunların çözümünde yol göstermektedir (121).

Günümüzde akut sıkıntılarını gidermek, yaşam kalitelerini yükseltmek isteyen kadınlar, bilimsel geçerliliği netleşmemiş olmasına rağmen kolay ulaşılabilir olması, kronik hastalıkların sayısının artışı, kişilerin bazı tedavi yaklaşımlarına güven duymaması sebebi ile TAT'a yönelmektedir (74,75). Araştırma kapsamında yer alan kadınların %62.2'sinin TAT yöntemlerine başvurdukları tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.6**). Bununla birlikte ülkemizde menopoz döneminde kullanılan TAT yöntemlerine ilişkin çalışmaların yetersiz olması araştırma bulgumuzun ulusal düzeyde değerlendirilmesine engel olmaktadır. Bununla birlikte ülkemizde TAT uygulamalarına yönelik farklı alanlarda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kav ve arkadaşlarının kanser hastalarında TAT kullanımını belirlemeye yönelik yaptıkları literatür derlemesinde TAT kullanım sıklığı %22.1 ve %84.1 arasında saptanmıştır. Dedeli ve Karadakovan'ın, çoğunu kadınların oluşturduğu yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %54.3'ünün TAT uyguladıkları gözlenmiştir (76). Koç ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların yaklaşık üçte birinin TAT yöntemleri kullandığı belirtilmiştir (122). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında araştırma kapsamındaki bireylerin %68.0'ının bir TAT yöntemi kullandığı belirlenmiştir (137). DSÖ alternatif tedavi 2002-2005 strateji geliştirme raporuna göre TAT kullanım oranları Avustralya'da %48, Kanada'da %70, ABD'de %42, Belçika'da %38 ve Fransa'da %75 olarak belirtilmiştir (39). Sluijs ve arkadaşlarının Sydney'de yaptıkları çalışmada katılımcıların %53.8'inin, Pengklar ve arkadaşlarının uluslararası literatür derlemesinde kadınların %31 ile %82.5'inin menopoz semptomları için TAT kullandıkları tespit edilmiştir (78,124). Araştırma bulguları birbirinden farklı olmakla birlikte kadınların menopoz döneminde TAT yöntemlerine başvurduklarını göstermektedir.

Kadınlar kullandıkları TAT yöntemleri hakkındaki bilgiyi farklı kaynaklardan almaktadırlar. Çalışmamızda kadınların TAT hakkında bilgi kaynakları sırasıyla; TAT uygulayıcıları (%42.3), kitle iletişim araçları (%31.6), arkadaş, akraba (%16.1) ve hekimler (%10.0) olarak belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.6**). Literatürde TAT yöntemlerine ilişkin bilgi kaynakları araştırıldığında; Sağkal ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %35.2'sinin sağlık çalışanlarının tavsiyeleri üzerine

egzersiz, %28.7'sinin arkadaş ve akrabaların önerisiyle aromaterapiyi kullandıkları saptanmıştır (125). Yavuz ve arkadaşlarının çalışmasında meme kanseri olan kadınların TAT bilgi kaynaklarının dağılımı incelendiğinde; %46.8'inin medyadan, %25.8'inin akraba, komsu, arkadaş gibi tanıdıklarından, %13.7'sinin başka bir meme kanserli kişiden bilgi aldığı tespit edilmiştir (126). Araştırma bulgularının birbirinden farklı sonuçlar verdiği görülmektedir. Bununla birlikte kitle iletişim araçlarının TAT bilgi kaynakları arasında önemli bir orana sahip olduğu dikkat çekmektedir. Bu bilgi kaynağının bireye özel geçerli bilgiyi vermekten uzak olduğu düşünüldüğünde, TAT kullanıcılarının risk altında olabileceği öngörülmektedir. Bu nedenle TAT yöntemlerinin kanıta dayalı araştırmalarla desteklenmesi ve TAT uygulayıcılarının profesyoneller tarafından bilgilendirilmesi önem taşımaktadır.

Çalışmamızda kadınların %14.3'ünün kullandıkları TAT yöntemlerine ilişkin bilgiyi sağlık ekibi ile paylaşmadıkları saptanmıştır. Yavuz ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların yalnızca %19.5'inin kullandığı yöntemi doktoru ile paylaştığı belirlenmiştir (126). Sağlık ekibinin %56.5'inin kullanılan TAT yöntemine olumlu baktığı ve %29.2'sinin kararsız kaldığı belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.6**). Bununla birlikte sağlık çalışanlarının TAT yöntemlerinin kullanılmasında olumsuz bir tepki göstermemeleri dikkat çekmektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların tercih ettikleri yöntemler incelendiğinde, kadınların oldukça büyük bir oranının (%90.5) biyolojik temelli tedavileri tercih ettikleri tespit edilmiş olup, biyolojik temelli tedaviler içerisinde en çok tercih edilen yöntemin soya ürünleri olduğu (%50.7), bunu karayılan otunun izleği (%28.9) belirlenmiştir. Bitkisel çayın %11.2 oranında kullanıldığı, bitki çayları içinde adaçayı, ıhlamur, kuşburnu, yeşil çay, nane-limon, ısırgan otunun yer aldığı bulunmuştur. Vitamin takviyesini ise yalnızca yirmi kadından birinin kullandığı belirlenmiştir. En çok tercih edilen vitaminlerin E ve C vitamini olduğu saptanmıştır. Kadınların %83.3'ünün beden ve zihin tedavilerini kullandıkları ve %97.1'inin menopoza semptomları için dua ettikleri tespit edilmiştir. Kadınların vücut terapilerini kullanma oranları %34.5 olarak bulunmuştur. Tercih ettikleri vücut terapilerine bakıldığında egzersiz özellikle yürüyüş (%46.6), akupunktur (%39.7) ve hidroterapinin (%10.3) yer aldığı belirlenmiştir. Kadınların yalnızca %1.8'i enerji terapilerinden iyileştirici dokunma yöntemini kullanmaktadır. Alternatif ve medikal

sistemler ise %1.2 oranında kullanılmaktadır. Alternatif ve medikal sistemler içerisinde kupa terapisinin (hacamat) kullanıldığı saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.7**).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kessel ve Kronenberg'in metaanaliz çalışmalarında dünyada menopoza döneminde kadınların bitki kullanıma oranı ortalama %16.9 olarak saptanmıştır (24). Aynı çalışmada soya ürünleri kullanımı %7.4 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde, Dedeli ve Karadakovan'ın, çoğunu kadınların oluşturduğu yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %62.1'inin, Koç ve arkadaşlarının çalışmasında menopoza döneminde kadınların %29.9'unun, Öztürk ve arkadaşlarının karma popülasyonda yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %86.1'inin, Sağkal ve arkadaşlarının araştırmasında yaşlı bireylerin %70.7'sinin, bitkisel terapileri kullandıkları saptanmıştır (76,122,123,125). Çalışma bulgumuzda tüm TAT yöntemleri içinde fitoterapiye olan yönelimin daha fazla olduğu görülmektedir (%90.5) (**Bkz. Tablo 4.7**). Brett ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %25'inin biyolojik ve beden-zihin yöntemlerini, %15 oranında vücut terapilerini kullandıklarını belirlemiştir (127). Sağkal ve arkadaşlarının araştırmasında yaşlı bireylerin %60-80'inin dini uygulamaları kullandıkları görülmüştür (125). Çalışmamızda da menopoza semptomu yaşayan kadınların büyük bölümünün dua ettikleri görülmektedir. Bu durum çoğunluğu Müslüman olan ülkemizde bireylerin sağlık sorunlarını çözme konusunda yoğun olarak dini uygulamalara sığınmaları ile ilişkilendirilebilir.. Ülkemizde reiki kullanma oranı düşük olup yapılan bir çalışmada reikiyi düzenli kullananların oranı %0.4 olarak saptanmıştır (126). Bu oran bulgumuz ile uyumlu görünmektedir (**Bkz. Tablo 4.7**). Ülkemizde menopoza dönemine ait TAT kullanma oranlarını belirlemeye yönelik çalışmaların yetersiz olması hemşirelerin bu alanda daha etkili olmalarını gerekli kılmaktadır. Sağlık profesyonellerinin yapacağı kanıta dayalı çalışmalarla TAT uygulamalarındaki boşluğu doldurmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Dünyada TAT yöntemlerinin yaygın kullanımına rağmen, yapılan çalışmaların az olması, TAT yöntemlerinin yeterince bilinmesine ve etkinliğinin değerlendirilmesine engel olmaktadır. Çalışmamızda kadınların %94.1'inin biyolojik temelli tedavileri, %94.3'ünün beden zihin terapilerini, %85.5'inin vücut terapilerini etkili olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Enerji, medikal ve alternatif tedavi kullananların tamamının kullandıkları yöntemi menopoza semptomları için etkili olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.8**). TAT yöntemlerinin yarar

sağladığı sağlık sorunlarına ilişkin bulgular incelendiğinde ise; kadınların %52.4'ünün ateş basması-terleme, %19'unun kas ve eklem ağrıları, %11.9'unun uyku-şişkinlik, %10.7'sinin emosyonel durumları üzerinde kullandıkları TAT yönteminin etkili olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Kadınların %4.2'sinin kullandıkları yöntemin, menopoz semptomları üzerinde ciddi olumlu bir etkisinin olmadığını belirtmiştir (**Tablo 4.9**).

Literatürde kullanılan TAT yöntemlerinin etkinliğine ilişkin çalışmalar incelendiğinde; Jeong ve arkadaşları tamoksifen kullanan meme kanserli kadınlarda, Nedeljkovic ve arkadaşları menopoz döneminde akapunkturun, sıcak basması sıklığı ve şiddetini azaltmada anlamlı olduğunu belirtmektedirler (129,130). Shahnazi ve arkadaşları, karayılan otunun menopozda vazomotor semptomların giderilmesinde etkili bir alternatif olarak kullanılabileceğini belirtirken, Ismail ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada karayılan otu ve diğer bitkilerin menopoz semptomlarını hafifletmede tolere edilebilir yan etkilerinden dolayı alternatif olarak değerlendirilebileceği ifade edilmektedir (131,132). Sapbamrer ve arkadaşlarının soya kullanımının kolestrol seviyesini düzenlemekte yararı olduğunu, LaForce'nin çalışmasında yoganın sıcak basması ve kaliteli uyku üzerinde etkili olabileceğini ifade eden çalışmaları bulunmaktadır (83,91). Nitekim çalışmamızda biyolojik yöntemleri tercih eden kadınların yarısının soya ürünlerini, yaklaşık üçte birinin karayılan otunu kullandığı, vücut terapisi kullananların %39.7'sinin akapunktur tercih ettiği ve kadınların büyük bir çoğunluğunun kullandıkları yöntemlerin ait olduğu grupları, etkili olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.7**), (**Bkz. Tablo 4.8**). Bununla birlikte literatürde kullanılan TAT yöntemlerinin menopoz semptomlarını azaltmada etkisinin olmadığını tespit eden araştırmalar da yer almaktadır (90,133).

Yaşlanan kadınlarda fiziksel aktivitenin düzenlenmesi vücut kompozisyonundaki olumsuz değişiklikleri önleyebilmektedir. Postmenopozal kadınlarda egzersizin etkilerinin değerlendirildiği bir derlemede, yapılan çalışmaların yarısında egzersizin vücut kompozisyonunu olumlu etkilediği gösterilmektedir (134). Elavsky çalışmasında başarılı bir yaşlanma ve kronik hastalıkların önlemesi için fiziksel aktivitenin önemini vurgulamaktadır (135). Çalışmamızda kadınların yaklaşık yarısının (%46.6) menopoz semptomları ile baş etmede egzersizi tercih

ettikleri ve egzersizin ait olduğu grubu etkili olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.7**), (**Bkz. Tablo 4.8**).

Tüm vitamin, mineral ve elementler menopozal kadınların sağlık ve esenliğini korumak açısından önemli rol oynamaktadır (136). Dennehy ve Tsourounis, E vitamininin menopoz semptomlarına yönelik klinik desteğinin olmadığını belirtmekle birlikte kadınlarda sağlıklı bir yaşam için C, D, K vitaminleri ve kalsiyumun yeterli beslenme ile alımının esas olduğunu bildirmektedir (136). Çalışmamızda kadınların yalnızca %9.2'sinin vitamin desteği aldığı tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.7**).

TAT kullanma nedenlerinin belirlendiği çalışmalarda, hastaların çoğunluğunun TAT yöntemlerini arkadaş ya da başka bir hastanın önerisiyle kullandığı, yada hastalığa karşı her şeyi yapmak gerektiğini düşündüğü için bu yöntemlere başvurduklarını belirtmiştir (72). Başka bir çalışmada ise kişilerin, TAT yöntemlerinin tıbbi yöntemlere ek olarak fayda elde edeceğine ve hastalığın ilerlemesini önleyeceğine inanmaları, hastalığı tedavi etmek için olabilecek her tedaviyi denemek gerektiği, arkadaş ve akrabaların önerisini dikkate almaları, fiziksel olarak rahatlattığını düşünmeleri ve yaşam kalitesini arttırmak istemeleri gibi sebeplerle kullandıkları saptanmıştır (125). Bir başka çalışmada yaşlıların büyük çoğunluğunun bitkisel ürünler ve TAT'ı sağlıklı olmak/sağlıklı kalmak için tercih ettiği belirlenmiştir (76). Çalışmamızda kadınların TAT yöntemlerini tercih etme sebepleri incelendiğinde; doğal ve güvenli olduğuna inanılması, sıcak basması ve terleme şikayetlerine iyi gelmesi, ağrılarını azaltması, yaşam kalitesini yükselttiğinin düşünülmesi ve HRT'nin pek çok yan etkisinin olduğuna inanılması gibi sebepler yer almaktadır (**Bkz. Tablo 4.9**). Secreto yaptığı çalışmada kadınların yaşam kalitesini yükseltmek için TAT kullandıklarını belirtmektedir (74). Menopoz dönemi tedavilerine ilişkin yapılan pek çok çalışmada kadınların HRT'den sınırlı fayda görmelerinin ve HRT'nin risklerinin, kadınları farklı tedavi seçenekleri aramaya yönelttiği ifade edilmektedir (18-20). Ayrıca TAT yöntemlerinin daha güvenilir ve doğal olduğu yönündeki anlayış en etkili tercih sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (21). Ancak kullanılan yöntemin doğal olmasının güvenli bir yöntem olarak değerlendirilmesi için yeterli olmayacağı düşünölmektedir. Bu nedenle amacı insanların sağlığını korumak ve üst seviyede tutmak olan hemşirelerin TAT

konusunda sorgulayıcı ama önyargısız, gerektiğinde destekleyici rollerini pekiştirmesi gerekmektedir.

5.2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre TAT Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınların TAT tercihleri bireylerin kişisel özellikleri, kültürü, dini inançları ve değerlerine göre şekillenmektedir (137). Sjöberg ve Wahlberg düşük eğitim ve yüksek dindarlık düzeyinin TAT kullanımında etkili olduğunu belirtmiştir (138). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi düşük bireylerin geleneksel yöntemlere başvurdukları tespit edilmiştir (123). Araştırmamızda kadınların TAT kullanma durumlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde eğitimi okuryazar düzeyde olan kadınlarda TAT kullanımı %88.2 iken bu oran lise ve üzerinde eğitim alan kadınlarda %59.8'dir. Bu bulguya göre eğitim seviyesi düşüğe TAT kulama oranı yükselmektedir. Ancak çalışmamızda eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. (**p>0.05**) (**Bkz. Tablo 4.10**). Bununla birlikte Sjöberg ve Wahlberg çalışma bulgusunda olduğu gibi düşük eğitim seviyesi olan kadınlarda TAT kullanımının daha fazla olduğu dikkat çekmektedir.

Kadınların çalışma hayatı içinde yer almaları sağlık uygulamalarına olan yaklaşımları üzerinde de etkili olmaktadır. Çalışma durumu ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır (**p<0.05**) (**Bkz. Tablo 4.10**). Kadınların çalışma durumlarına göre TAT kullanımları incelendiğinde, gelir getiren bir işte çalışan kadınlarda TAT kullanımı %38.7 olup, bu oran çalışmayanlarda daha yüksektir (%71.6). Bu kapsamda çalışmayan kadınların TAT uygulamalarına daha fazla başvurdukları söylenebilir. Çalışan ve çalışmayan kadınların TAT uygulamalarına başvurma oranları arasındaki anlamlı fark, Türkiye'de TAT yöntemlerinin sosyal, kültürel ve ekonomik boyutlarını ortaya koyan, tüm nüfusa dayalı, ulusal, geniş popülasyonlarda araştırılmasının önemli olduğunu göstermektedir (73).

Kadınların obstetrik özelliklerine göre TAT kullanma durumlarına bakıldığında; çalışmamızda doğum sayısı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.11**). Üç ve daha fazla sayıda gebelik geçiren kadınların TAT kullanım oranı %54.2 iken gebelik öyküsü olmayanların %2.4'tür. Bununla birlikte üç ve daha fazla sayıda gebelik geçiren kadınların %66.7'si herhangi bir TAT yöntemi kullanmamaktadır. Ancak üç ve daha fazla sayıda gebelik geçiren kadınların daha az gebelik hikayesi olan kadınlara göre TAT kullanmama oranları yüksek olmakla birlikte, gebelik sayısı arttıkça TAT kullanımının da anlamlı biçimde arttığı tespit edilmiştir.

Çalışmada düşük veya küretaj sayısı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.11**). Tabloda düşük veya küretaj sayısı ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında; düşük veya küretaj öyküsü bulunmayan kadınların %60.0'ının TAT'a yöneldikleri belirlenmiştir. Bu bulgu düşük veya küretaj sayısı arttıkça TAT kullanımının azaldığını göstermektedir. Bu durum kadınların herhangi bir sebeple sağlık kuruluşlarına gitmelerinin farklı sorunlarda modern sağlık hizmetlerini tercih etmelerinde etkili olduğu fikri ile ilişkilendirilebilir.

Kadınların ilaç alma özelliklerine göre TAT kullanma durumlarının dağılımına ait bulgular incelendiğinde; düzenli ilaç kullanan kadınların %58.9'unun TAT kullandığı görülürken, %52.9'unun TAT kullanmadığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda düzenli ilaç kullanmayan kadınların %41.1'inin TAT kullandığı, %47.1'inin TAT kullanmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda kadınların sürekli ilaç almaları ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Bkz. Tablo 4.13**). Bununla birlikte düzenli ilaç kullanan kadınların büyük bir bölümünün aynı zamanda TAT kullanmaları modern tedaviyi reddetmemekle birlikte bu yöntemlerin halk tarafından benimsendiğini göstermektedir. Nitekim Durmuş ve arkadaşlarının çalışmasında güncel tedavi ile iyileşen hastanın modern tedavinin etkinliğine rağmen geleneksel yöntemin daha etkili olacağına olan inancının devam ettiği belirtilmektedir (79). Dedeli ve Kardakovan'ın çalışmasında ise yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilave olarak %62.1'inin bitkisel ürünler kullandığı, %54.3'ünün TAT uyguladıkları belirlenmiştir (76). Araştırma sonucu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bireylerin kullandıkları ilaçlar, bitkisel ürünler ve karışımların birbirleriyle ve besinlerle

etkileşimleri hakkında farkındalık kazanmaları gerekmektedir. Bu bilincin yerleşmesinde hemşirelerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

HRT, menopoz dönemindeki kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı semptomları gidermek ve yaşam kalitesinde artış sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (139). Çalışmada kadınların %10.7'si hem HRT hem TAT kullanırken, %41.1'i HRT almayıp TAT kullanmakta, %48.2'si ise bir süre HRT alıp şu an TAT kullanmaktadır. Çalışmamızda bir süre HRT alan kadınların TAT'a daha fazla ilgi gösterdikleri tespit edilmiştir. HRT kullanma durumu ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.13**). Birçok kadın meme kanseri riski ve kardiyovasküler problemlerin artması üzerine menopoz semptomları için kullandıkları hormon tedavisinden vazgeçerek TAT'a yönelmektedir. Nitekim Gentry-Maharaj ve arkadaşlarının menopoz semptomlarını gidermek için kadınların kullandıkları tedavi yöntemlerini belirlemeye yönelik geniş katılımlı çalışmalarında, kadınların %62'sinin hiç HRT almadığı ve vazomotor semptomları gidermek için %79.3'ünün TAT'a yöneldiği belirtilmiştir (140). Çalışma bulgumuz kadınların HRT kullanma oranlarının düşük olması ile dikkat çekerken, kadınların HRT'ye ilişkin endişelerinden dolayı TAT yöntemlerine eğilim göstermeleriyle literatürle benzerlik göstermektedir.

5.3. Kadınların Tanımlayıcı Bulgularına Göre MÖYKÖ Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların Dağılımının Tartışılması

Menopoza bağlı değişiklikler her kadını farklı ölçüde etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (24). Çalışmamızda araştırma kapsamında bulunan kadınların MÖYKÖ alt gruplarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; vazomotor alan ortalaması 3.3 ± 1.3 , psikososyal alan ortalaması 1.4 ± 1.1 , fiziksel alan ortalaması 2.2 ± 1.1 , cinsel alan ortalaması 3.2 ± 1.5 olarak bulunmuştur (**Bkz. Tablo 4.15**). Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında MÖYKÖ vazomotor alan puan ortalaması 4.44 ± 1.59 , psikososyal alan puan ortalaması 3.85 ± 1.68 , fiziksel alan puan ortalaması 4.23 ± 1.25 , cinsel alan puan ortalaması 4.55 ± 2.30 olarak tespit edilmiştir (3). Williams ve arkadaşlarının çalışmasında vazomotor alan ortalaması 3.2 ± 2.2 , psikososyal alan ortalaması 3.3 ± 1.8 , fiziksel alan ortalaması 3.5 ± 1.5 cinsel alan puan ortalaması 2.9 ± 2.1 olarak belirlenmiştir (141). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar

Kharbouch ve Şahin'in çalışmasındaki bulgulara göre daha düşük olmakla birlikte vazomotor semptomlar ve cinsel sorunlar puan ortalamalarının diğer alanlara oranla yüksek olması yönü ile benzerlik göstermektedir. Bulgularımız, Williams ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında vazomotor alan puan ortalaması ve cinsel alan puan ortalaması benzerlik göstermektedir. Bu kapsamda menopoz döneminin özellikle vazomotor ve cinsel alanları olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların büyük bir bölümünün özellikle sıcak basması ve terleme sorunları yaşadığı tespit edilmiş olup bu durum kadınların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilemesine neden olmaktadır. Bununla beraber menopoz döneminde kadınların cinsel sorunlardan disparenia ve vajende kuruluk sorunları, cinsel alan yaşam kalitelerini düşürmektedir.

Kadınların yaş gruplarına göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların fiziksel ve cinsel alan puan ortalaması ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.16). Farklılığın 45-49 yaş grubu kadınlar ile 50-55 ve 56- 65 yaş grubu kadınlar arasında olduğu saptanmıştır. 45-49 yaş grubu kadınların bu iki alana ait MÖYKÖ puan ortalaması, 50-55 ve 56-65 yaş grubu kadınların puan ortalamalarına göre düşük bulunmuştur. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde yaşın artmasıyla beraber fiziksel ve cinsel alanda yaşam kalitesinde düşüş olduğu söylenebilir. Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında vazomotor ve fiziksel alana ait puan ortalamalarının yaşla birlikte yükseldiği bildirilmiştir (3). Poomalar ve Arounassalame'nin çalışmasında artan yaşla birlikte kadınlarda fiziksel sorunların arttığı saptanmıştır (142). Çalışma bulgumuz literatürle uyum göstermekte olup, özellikle cinsel alanda artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin anlamlı derecede düştüğü tespit edilmiştir.

Eğitim durumuna göre MÖYKÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde: MÖYKÖ alt grup puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Bkz. Tablo 4.17). Avcı'nın çalışmasında okuryazar olan kadınların cinsel alan puanları, lise mezunu olan kadınların cinsel alan puanlarından yüksek bulunmuştur (110). Wieder-Huszla ve arkadaşlarının çalışması ile Ertem'in araştırmasında eğitim ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (96,98). Kharbouch ve Şahinin çalışmasında eğitim düzeyi düşük grupların dört alanda da yaşam kalitelerinde bozulma olduğu

saptanmıştır (3). Tokuç ve arkadaşlarının çalışmasında da yüksek eğitimli kadınların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (12). Bal'ın çalışmasında menopoz dönemindeki kadınların eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte, yaşam kalitelerinin de arttığı belirlenmiştir (143). Yapılan çalışmalardan farklı olarak araştırmamızda eğitim durumu ile MÖYKÖ alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum kadınların akademik eğitimlerinin menopoz döneminde yaşadıkları sorunlar nedeni ile yaşam kalitelerinin etkilenmediğini göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin farklı eğitim seviyesindeki kadınlara özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ulaşmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Kadınların ekonomik olarak bağımsızlıklarını ellerinde bulundurmaları genel olarak yaşam kalitelerine olumlu yansımaktadır (145). MÖYKÖ alt grupları puan ortalamalarının çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; çalışma durumu ile fiziksel alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın çalışan kadınlarla çalışmayan ve emekli kadınlar arasında olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte çalışmaya katılan kadınların çalışma durumu ile cinsel sorun alan puan ortalaması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.18). Bu farkın çalışan kadınlar ile çalışmayan ve emekli kadınlar arasında olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, Yurdakul'un çalışmasında ev hanımı olmanın yaşam kalitesi ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (2). Timur'un çalışmasında çalışan kadınların fiziksel puan ortalamalarının daha düşük olduğu, Ceylan'ın çalışmasında çalışmayan kadınların düşük yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (108,144). Çalışma bulgularında farklılıklar olmakla birlikte bizim bulgumuz, Timur'un çalışmasındaki çalışan kadınların fiziksel puan ortalaması ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, çalışan kadınların fiziksel ve cinsel puan ortalamalarının daha düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda kadınların cerrahi operasyon geçirmeleri ve düzenli ilaç kullanımlarının yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Kadınların; cerrahi operasyon geçirme durumları ve sürekli ilaç kullanımlarına göre MÖYKÖ tüm alt grupları puan ortalamaları incelendiğinde; araştırmaya katılan kadınların cerrahi operasyon geçirme durumları ve ilaç kullanma durumları ile vazo

motor, psikososyal, fiziksel, cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.19) (Bkz. Tablo 4.20). Avcı'nın çalışmasında kadınların cerrahi operasyon geçirme durumları ile MÖYKÖ tüm alt grupları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (110). Bu yönü ile araştırmamız Avcı'nın araştırmasıyla farklılık gösterirken düzenli ilaç kullanımının kadınların yaşam kalitelerini düşürdüğünü belirleyen çalışmalarla benzerlik göstermektedir (3,143,144,146). Düzenli ilaç kullanmak, ilacın istenmeyen etkileri ve ilaca uyum problemleri nedeni ile kadınların yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bununla birlikte geçirilen cerrahi operasyonlar sonrası kadının tüm alanlardaki yaşam kalitesi kötüleşmektedir. Kadınların bu dönemde sorunların erken tespit edilerek uygun hemşirelik yaklaşımlarının oluşturulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Kadınların HRT alma durumuna göre, MÖYKÖ alt grupları puan ortalamaları incelendiğinde cinsel alan puan ortalaması ile anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.21). HRT kullanan kadınların cinsel alan yaşam kalitelerinin HRT kullanmayan ve bir süre kullanıp bırakanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bu durum özellikle cinsel sorunların giderilmesinde HRT'nin etkili bir yöntem olduğunu düşündürmektedir. Bununla beraber yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yurdakul ve arkadaşları ile Avcı'nın çalışmasında HRT tedavisi alma ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (2,110). Peltonen ve arkadaşlarının çalışmasında HRT kullanımının yaşam kalitesi verilerini yükselttiği saptanmıştır (147). Bulgumuz, HRT kullanımı ile vazomotor, psikososyal ve fiziksel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmaması yönünden Avcı'nın, Yurdakul ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Menopoz fizyolojik bir olay olmakla birlikte cerrahi olarak da gerçekleşebilmektedir. Cerrahi olarak gelişen menopoz sonrasında kadınlar pek çok sorunu daha yoğun yaşamaktadırlar (45). Çalışmamızda kadınların menopoza girme şekli ile vazomotor ve cinsel alan alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.22). Menopoza doğal yolla giren kadınların vazomotor alan puan ortalaması 3.22 ± 1.29 iken cerrahi yol ile menopoza giren kadınların vazomotor alan puan ortalaması 4.64 ± 0.63 olarak tespit

edilmiştir. Cinsel sorun puan ortalamasına bakıldığında ise menopoza cerrahi yolla giren kadınların puan ortalamasının 3.26 ± 1.55 ve doğal yol ile menopoza giren kadınların cinsel alan puan ortalamasının 2.51 ± 1.28 olduğu saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.22**). Cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda vazomotor alan ve cinsel alan yaşam kalitesi azalmaktadır. Literatür incelendiğinde; Blümel ve arkadaşları ile Taher ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda kadınların vazomotor semptomları yoğun olarak yaşadıkları ve buna bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (148,149). Bulgumuz kadınların menopoza girme şekli ile vazomotor semptomlar arasındaki istatistiksel anlamlılık yönünden çalışma sonuçlarıyla uyum göstermektedir. Menopozda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biridir. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin hemşireler tarafından iyi bilinmesi kadınların daha fazla destek alabilmelerini sağlayacaktır. Bu nedenle hemşirelerin kadınların yaşam kalitelerinin korunması ve yükseltilmesinde önemli sorumlulukları olduğu düşünülmektedir. Özellikle cinsel alanda hemşirelerin kadınlara vereceği planlı eğitim kadınlara bu alana ait sorunlarını ifade etmesinde etkili olacağı öngörülmektedir.

5.4. Kadınların Kullandıkları TAT Yöntemlerine Göre MÖYKÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Menopozda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biridir (150). Pek çok kadın bu hedefe ulaşmak için TAT kullanmaktadır. Kadınların herhangi bir TAT yöntemi kullanma durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel semptomlar puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.23**). TAT kullanan kadınların vazomotor alan puan ortalaması ve 2.88 ± 1.23 , TAT kullanmayan kadınların vazomotor alan puan ortalaması 3.96 ± 1.14 olarak tespit edilmiştir. TAT kullanan ve kullanmayan kadınların psikososyal alan puan ortalamasına bakıldığında sırasıyla; 1.06 ± 0.86 ve 1.92 ± 1.22 , TAT kullanan ve kullanmayan kadınların fiziksel alan puan ortalamasına bakıldığında sırasıyla; 1.91 ± 1.06 ve 2.76 ± 1.04 , TAT kullanan ve kullanmayan kadınların cinsel alan puan ortalamasına bakıldığında ise sırasıyla 3.02 ± 1.48 ve 3.56 ± 1.59 olduğu saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.23**). Kullanılan TAT yöntemlerinin kadınların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmalara bakıldığında; Dodin ve arkadaşlarının akapunkturun sıcak basmasına

etkisinin incelendiği literatür derlemelerinde; geleneksel akapunkturun vazomotor semptomlar üzerinde etkili olduğu ancak yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (151). Reed ve arkadaşlarının çalışmasında yoganın menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinde olumlu değişimlere sebep olduğu saptanmıştır (152). Aynı çalışmada düzenli egzersiz ile fiziksel alan yaşam kalitesinin iyi yönde değiştiği gözlenmiştir. LaForce ve arkadaşlarının çalışmasında düzenli olarak uygulanan yoganın uyku kalitesini artırarak yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olabileceği ifade edilmektedir (40). Bizim çalışmamızda TAT kullanan kadınların kullanmayan kadınlara göre vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamasının anlamlı derecede düşük olduğu gözlenmektedir. Bu kapsamda TAT kullanan kadınların MÖYKÖ'nün tüm alt gruplarına ait yaşam kalitelerinin TAT kullanmayanlara göre daha iyi olduğu söylenebilir. Bu durum TAT kullanan kadınların sağlıklarının kontrolünü ellerinde bulundurdukları düşüncesi ve yönteminin etkinliğine olan inançları ile ilişkilendirilebilir.

Matthews ve Bromberger kadınların çoğunun menopoza özgü sağlık sorunları yaşadığını ve yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmiştir (153). Çalışmamızda TAT kullanan ve sağlık sorunu yaşayan kadınların vazomotor, fiziksel ve cinsel alan puanlarının yüksek olduğu görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.25**). Bu durum sağlık sorunu nedeni ile yaşam kalitesi düşen kadınların TAT'a yöneldiklerini göstermektedir. TAT kullanmayan ve sağlık sorunu olan kadınların özellikle vazomotor puanları ileri derecede anlamlı olup, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamalarının da sağlık sorunu olmayan ve TAT kullanmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.25**). Bununla birlikte kadınların biyolojik temelli yöntemleri kullanmaları ile psikososyal puan ortalaması arasında, beden zihin yöntemlerini kullanmaları ile fiziksel semptom puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**) (**Bkz. Tablo 4.24**). Çalışmada biyolojik yöntemleri kullanan kadınların psikososyal puan ortalamasının kullanmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu, beden zihin yöntemlerini kullanan kadınların ise fiziksel puan ortalamasının kullanmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum kadınların sorunlarını gidererek yaşam kalitelerini artırmak için TAT kullanmaya yönelmeleri ile açıklanabilir.

Thompson meme kanserli hastaların menopoz sorunları için kullandıkları homeopatinin etkisini ölçen çalışmasında; sistematik olarak kullanılan homeopati tedavisinin özellikle vazomotor alan yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir (154). Shen ve arkadaşları çalışmalarında; ostopenik postmenopozal kadınlarda yeşil çay ve egzersizin kadınların kemik mineral yoğunluğu üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu ve kadınların günlük yaşamını düzenlediğini belirtmiştir (155). Chen ve arkadaşlarının meme kanserli kadınların sağlık sorunlarını çözmek için tamamlayıcı ve alternatif tedavileri ve geleneksel Çin bitkilerini kullandıklarını ve kadınların üçte ikisinin sorunlarının giderilmesinde bitkilerin olumlu etkilerinin olduğunu saptamışlardır (156). Aynı çalışmada kemoterapi yada radyoterapi alan kadınların sıkıntılarını gidermek için egzersizi tercih ettikleri belirtilmektedir. Buruno ve Feeney'in çalışmasında meme kanserinden kurtulan kadınların menopozal sorunlar nedeni ile yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmekte olup kadınların sorunlarını gidermek için TAT yöntemlerinin değerlendirilebileceği belirtilmektedir (157). Caputo ve Costa literatür derlemelerinde postmenopozal osteoporozlu kadınlarda egzersizin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için gerekli olduğunu belirtmektedirler (158). Llana ve arkadaşlarının oral soya alımının, Akdeniz diyetinin ve egzersizin menopoz semptomları ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında; kullanılan yöntemlerin hemostatik denge ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (159). Silva ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada menopoz döneminde fibromiyalji sebebi ile uyku kalitesi düşen kadınlarda pasif vücut ısıtma yöntemi ile kadınların uykularının düzene girdiği bildirilmektedir (160). Bireyler hastalıklarından kaynaklanan yan etkileri azaltmak üzere TAT'a yönelmekle birlikte manevi olarak kendilerini güçlü hissetmek için de TAT'ı tercih etmektedirler. Nitekim İsrail'de yapılan bir çalışmada kanser tedavisi alırken TAT uygulamalarına başvuran insanların bu yöntemlerle ruhsal doygunluğa da ulaşmak istedikleri bildirilmiştir (161). Çalışma bulguları TAT kullanımının kadınların yaşam kalitesinde olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda çalışma sonucumuz, literatür ile uyum göstermektedir.

TAT kullanan ve cerrahi operasyon geçiren kadınların vazomotor ve cinsel puan ortalamaları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olup, MÖYKÖ tüm alt grup puan ortalamalarının TAT kullanan ve cerrahi operasyon geçirmeyen

kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.26**). Aynı zamanda TAT kullanmayan ve cerrahi operasyon geçiren kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel puan ortalamaları TAT kullanmayan ve cerrahi operasyon geçirmeyen kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (**Bkz. Tablo 4.26**). Bu durum cerrahi operasyonun her iki grupta yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Aerts ve arkadaşları, endometrium kanseri sebebi ile histerektomi olan hastaların cerrahi tedavi sonrası cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini saptamışlardır (162). Sistematik bir literatür derlemesi, vulva kanseri sebebi ile cerrahi tedavi olan kadınların cinsel yaşam kalitelerini artan yaşın, kötü sosyoekonomik durumun ve eksizyon alanının büyüklüğünün etkilediğini belirtmektedir (163). Bulgumuz ve yapılan çalışmalar cerrahi operasyon sonrası kadınların özellikle cinsel alanda yaşam kalitelerinin düştüğünü tespit etmiştir. Bu kapsamda çalışmamız literatürle uyum göstermektedir.

Kadınlar menopoz döneminde hem menopoza hem de ilerleyen yaşa bağlı sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır. Kadınlar bu nedenle birçok ilaç kullanmak durumunda kalabilmektedirler (164). Çalışmamızda düzenli ilaç kullanan ve ilacına ek olarak bir TAT yöntemi kullanan kadınların fiziksel ve cinsel puanlarının ilaç kullanmayan ancak TAT kullanan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.27**). Bu durum ilaç tedavisine uyumun tam olmadığı veya ilacın şikayetleri azaltmada yetersiz kaldığı durumlarda kadınların TAT'a yönelmeleri ile ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte düzenli ilaç kullanan ve TAT kullanmayan kadınlarda MÖYKÖ alt grupların puan ortalamaları, düzenli ilaç kullanmayan ve herhangi bir TAT yöntemi kullanmayan kadınların bu alanlara ait puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (**Bkz. Tablo 4.27**). Bu gruptaki kadınların hem ilaç hem de TAT yöntemlerine uyum sağlama güçlüğü yaşıyor oldukları düşünülmektedir.

İnsan ömrünün son yüzyılda uzaması kadınların menopozal dönemde geçirecekleri süreyi de uzatmıştır. Bu süreçte kadınların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve yükseltilmesi hedeflenmektedir (8,9,47). Bu hedefi gerçekleştirmek için menopoz semptomlarının giderilmesine yönelik tedavi yaklaşımları üzerinde çalışmalar yapılmakta, kadınlar da süreçte aktif olarak rol almaktadırlar (13,26). Tedavi seçenekleri arasında yer alan tamamlayıcı tedavi yöntemleri benzeri

görülmemiş bir büyüme göstermektedir (7,13). HRT'nin uzun vadeli güvenliği ile ilgili kaygıların olması ve bitkisel ürünlerin doğal olmaları sebebi ile güvenli olarak algılanması tamamlayıcı tedavilerin popülaritesini artırmaktadır (5,27,28). Birçok alternatif tedavi yararlı olmasına rağmen, bilimsel araştırma sınırlıdır (2,25). Daha uzun vadede yapılacak araştırmalar kanıt temelli tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin gelişmesine katkı sağlayacaktır (2,13).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma postmenopozal dönemdeki kadınların menopoz semptomlarına yönelik uyguladıkları tamamlayıcı ve alternatif tıp yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma sonucunda

Kadınların yaş ortalamasının 54 ± 5 olduğu, %48.5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %54.8'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %95.9'unun evli olduğu, kadınların tamamının sosyal güvencesinin olduğu, %72.6'sının ekonomik durum algısının iyi olduğu, %7.4'ünün sigara kullandığı, ortalama canlı doğum sayısının 2.64 ± 1.04 olduğu tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.1**).

Kadınların %58.1'inin kronik bir hastalığı olduğu ve %42.6'sının cerrahi operasyon geçirdiği, %56.7'sinin düzenli olarak ilaç kullandığı saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.2, Bkz. Tablo 4.3**).

Kadınların %95.2'sinin doğal olarak menopoza girdiği, menopoz yaş ortalamasının 46.9 ± 1.9 olduğu, %59.7'sinin menopozu doğal bir süreç olarak algıladığı, kadınların tamamının menopozal döneme yönelik bilgi aldığı ve bu bilgiyi sadece %2.6 oranında hemşire ve ebeden aldığı, %8.9'unun HRT kullandığı belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.4**).

Kadınların %79.0'ının menopoz döneminde sağlık sorunu yaşadığı, en sık yaşanan sorunların ise sıcak basması (%86.9.0) ve terleme (%82.1) olduğu saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.5**).

Kadınların %62.2'sinin menopoz şikayetlerini azaltmak için TAT'a başvurdukları, %72.6'sının uzun zamandır bir TAT yöntemi kullandığı, %42.3'ünün kullandıkları TAT yöntemi hakkındaki bilgiyi TAT uygulayıcılarından aldıkları, sağlık ekibinin %56.5'inin kullanılan TAT yöntemini desteklediği tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.6**).

Kadınların tercih ettikleri TAT yöntemlerine bakıldığında; kadınların %90.5'inin biyolojik temelli tedavileri, %83.3'ünün beden ve zihin tedavilerini, %34.5'inin için vücut terapilerini, %1.8'inin enerji tedavilerini, %1.2'sinin alternatif ve medikal sistemlerin kullandıkları tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.7**).

Kadınların kullandıkları TAT yönteminin kendi ifadelerine göre etkinliğine bakıldığında; kadınların %94.1'inin biyolojik temelli tedavileri, %94.3'ünün beden zihin terapilerini, %85.5'inin vücut terapilerini etkili olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Enerji, medikal ve alternatif tedavi kullananların tamamı kullandıkları yöntemi menopoz semptomları için etkili olarak değerlendirmiştir (**Bkz. Tablo 4.8**).

Kadınların %28.6'sının sıcak basması, terleme şikayetlerini azaltmak için, %27.4'ünün doğal ve güvenli olduğunu düşündükleri için, %22.6'sının menopoz semptomlarının azaltılmasında TAT'ın doğrudan çözüm olduğuna inandıkları için TAT yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Aynı zamanda kadınların %52.4'ünün ateş basması-terleme, %19.0'ının kas ve eklem ağrıları, %11.9'unun uyku-şişkinlik, %10.7'sinin emosyonel durumları üzerinde kullandıkları TAT yönteminin etkili olduğunu belirttikleri görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.9**).

Eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0.05$), ancak çalışma durumu ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.10**).

Doğum sayısı, düşük veya küretaj sayısı ve yaş gurupları ile TAT kullanımı arasında ve HRT kullanma durumu ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.11, Bkz. Tablo 4.13**).

Kadınların sahip oldukları hastalıklar, düzenli ilaç kullanmaları ve menopoz yaşı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Bkz. Tablo 4.12, Bkz. Tablo 4.13, Bkz. Tablo 4.14**).

Kadınların MÖYKÖ'nün alt alanlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; vazomotor alan ortalaması 3.3 ± 1.3 ; psikosoyal alan ortalaması 1.4 ± 1.1 ; fiziksel alan ortalaması 2.2 ± 1.1 ; cinsel alan ortalaması 3.2 ± 1.5 olarak bulunmuştur (**Bkz. Tablo 15**).

Kadınların yaşlarının artması ile fiziksel ve cinsel alan yaşam kalitelerinin düştüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.16).

Kadınların eğitim durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel sorun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte okuryazar durumda olan kadınların cinsel alan puan ortalamalarının diğer alanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.17).

Kadınların çalışma durumu ile fiziksel ve cinsel sorun alan puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.18).

Kadınların cerrahi operasyon geçirme durumları ile vazomotor, psikososyal, fiziksel, cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel boyutta anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Cerrahi operasyon geçiren kadınların yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür (Bkz. Tablo 4.19).

Kadınların düzenli ilaç kullanma durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel, cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel boyutta anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.20).

HRT kullanan kadınların cinsel alan yaşam kalitelerinin HRT kullanmayan ve bir süre kullanıp bırakanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.21).

Kadınların menopoza girme şekli ile vazomotor semptomlar ve cinsel sorunlar alt boyutları arasında istatistiksel boyutta anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Cerrahi olarak menopoza giren kadınların doğal yolla menopoza giren kadınlara göre vazomotor puan ortalamaları ve cinsel sorun puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.22).

TAT yöntemi kullanma durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel semptomlar puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). TAT kullanan kadınların bu dört alandaki yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.23).

Kadınların biyolojik temelli yöntemleri kullanmaları ile psikososyal semptom puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). Kadınların beden zihin yöntemlerini kullanmaları ile fiziksel semptom puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kadınların vücut terapi yöntemlerini kullanma durumu ile MÖYKÖ alt grupları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (**Bkz. Tablo 4.24**).

Menopoz şikayetlerini azaltmak için TAT'a başvuranların herhangi bir sağlık sorunu olup olmaması durumları ile vazomotor fiziksel ve cinsel alan puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (**p<0.05**) (**Bkz. Tablo 4.25**). TAT kullanan kadınlarda sağlık sorunu yaşama durumu ile psikososyal puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. TAT kullanmayan ve bir sağlık sorunu olan kadınlarda vazomotor, fiziksel, psikososyal ve cinsel alan puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (**Bkz. Tablo 4.25**).

TAT kullanan kadınlarda, cerrahi operasyon geçirme durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). Aynı zamanda TAT kullanmayanlarda, kadınların cerrahi operasyon geçirme durumu ile psikososyal, fiziksel, cinsel alan puan ortalaması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**) (**Bkz. Tablo 4.26**).

Düzenli ilaç kullanmayan ancak TAT kullanan kadınların fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları hem ilaç hem de TAT kullananlara göre daha düşük tespit edilmiştir. TAT kullanmayanlarda, kadınların sürekli ilaç kullanma durumu ile vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (**p<0.05**) (**Bkz. Tablo 4.27**).

Araştırmadan edilen sonuçlar doğrultusunda sunulan öneriler;

Menopozal dönemdeki kadınların, fizyolojik ve psikolojik değişim özellikleri ve bu değişim sonucu oluşan gereksinimleri net olarak belirlenerek, sosyal destek mekanizmaları ile güçlendirilmesi,

Çalışmamızda menopoz dönemindeki kadınların büyük bir bölümünün sağlık sorunları yaşadığı ve bu sorunların kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği belirlendiğinden; menopoz dönemindeki kadınlara profesyonel danışmanlık hizmetinin verilmesinde hemşirelerin aktif rol alması,

Menopoz hemşireliği alanında lisansüstü eğitim ve sertifika programlarının açılarak ülkemizde menopoz hemşireliğinde uzmanlaşmaya gidilmesi,

Menopoz döneminde cinsel sorunların erken tespit edilmesi ve uygun danışmanlık hizmetinin verilmesinde hemşirelerin aktif rol alması ve profesyonel danışmanlık için, KAPLAN modeli, P-LI-SS-IT modeli, ALARM cinsel yanıt modeli, BETTER modeli gibi modelleri kullanmaları,

Hemşirelerin menopozdaki kadınların sağlık sorunlarının etkilerini azaltmak için yaşam tarzı ve risk faktörlerini doğru tanılaması, hastanın gereksinimlerine uygun eğitim hizmeti vermesi,

Menopoz dönemindeki kadınların önemli bir bölümünün TAT yöntemlerine başvurması nedeni ile güvenli TAT kullanımı konusunda hemşirelerin sorgulayıcı, bununla beraber önyargısız ve destekleyici rollerini kuvvetlendirmesi,

Kadınların TAT yöntemleri hakkındaki bilgiyi büyük oranda kitle iletişim araçlarından almaları, TAT kullanıcılarının farklı risklerle karşılaşabileceğini göstermekte olup, TAT yöntemlerinin kanıta dayalı araştırmalarla desteklenmesi ve TAT kullanıcılarının profesyoneller tarafından bilgilendirilmesi,

Özellikle biyolojik terapi yöntemlerinin ilaçlar ve besinlerle etkileşimlerinin, istenmeyen yan etkilere sebep olacağı gözönünde bulundurularak gerekli tedbirlerin alınması ve bireylerde farkındalık oluşturulması önerilir.

Çalışmada TAT kullanan kadınların kullanmayan kadınlara göre vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulguları TAT kullanımının kadınların yaşam kalitesinde olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Ancak çalışmamız sınırlı bir popülasyonla yapılmış, tanımlayıcı bir çalışma olduğundan TAT kullanımının

menopozal dönem yaşam kalitesi üzerine etkilerini ölçen, daha geniş popülasyonla, ulusal düzeyde çalışması yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, akmak F, Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 2009, 36 (3): 184-190.
2. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *FÜ Sağ Bil Dergisi*, 2007, 21 (5): 187-193.
3. Kharbouch BS, Şahin HN. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İ Ü F N Hem Dergisi*, 2007, 15 (59): 82-90.
4. World Health Organization. Research on the Menopause in the 1990s. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf. 10 Mayıs 2014.
5. Ardahan M, Acar E. 35-45 Yaş Arası Menopoza Girmemiş Ev Kadınlarının Menopoza Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Aile Toplum Dergisi*, 2009, 4(16): 74-85.
6. Harlow BL, Signorello LB. Factors associated with early menopause. *Maturitas*, 2000, 28.35(1):3-9.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf 24 Aralık 2014.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Kadın Sağlığı Araştırması 2014. http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf. 22 Eylül 2014.
9. Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow N, Nicolaidis C, Vesco K, Walker M, Bougatsos C, Nygren P. Management of Menopause-Related. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*, 2005, 120:1-6.
10. Sharma S, Tandon VR, Mahajan A. Menopausal Symptoms in Urban Women. *JK Science*, 2007, 9(1):13-17.

11. Tehrani FR, Bahri M, Gholami R, Hashemi S, Nakhoda K, Azizi F. Secular Trend of Menopausal Age and Related Factors among Tehrani Women Born from 1930 to 1960; Tehran Lipid and Glucose Study. *Arch Iran Medicine*, 2014, 17(6):406-10.
12. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 2006, 3(4):281-287.
13. Liu Z, Wang Y, Xu H, Wu J, He L, Jiang JY, Yan S, Du R, Liu B. Efficacy of electroacupuncture for symptoms of menopausal transition: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2014, doi: 10.1186/1745-6215-15-242.
14. Ferrand F, Hajri S, Benzineb S, et al. Comparative study of the quality of life associated with menopause in Tunisia and France. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2013, 20(6):609-622.
15. Rahman SA, Zainudin SR, Mun VL. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 2010, 9(1):5.
16. Muezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması, *Üroonkoloji Bülteni*, 2005, 1:25-29.
17. Zolnierczuk-Kieliszek D, Bernadetta K, Jarosz M, Stefanowicz A, Pacian A. Pacian J, Mariola J. Quality of life in peri- and post-menopausal Polish women living in Lublin Province--differences between urban and rural dwellers. *Ann Agric Environ Medicine*, 2012, 19(1):129-33.
18. Elhelw B. Non-hormonal therapies for the treatment of menopausal symptoms. *Middle East Fertility Society Journal*, 2006, 11:1.
19. Goodman NF, Cobin RH, Ginzburg SB, Katz IA, Woode. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and treatment of menopause. *Endocr Pract*. 2011, 17(6):949-54.

20. Kang HJ, Ansbacher R, Hammoud MM. Use of alternative and complementary medicine in menopause. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 79(3):195-207.
21. Walega DR, Rubin LH, Banuvar S, Shulman LP, Maki PM. Effects of stellate ganglion block on vasomotor symptoms: findings from a randomized controlled clinical trial in postmenopausal women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2014, 21(8):807-14.
22. World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2002–2005. http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf. 14 Ağustos 2014.
23. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Alternatif/ Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı. *TAF Prev Med Bulletin*, 2013, 12(4):441-448.
24. Kessel B. Kronenberg F. The role of complementary and alternative medicine in management of menopausal symptoms, *Endocrinol Metab Clin North Am*, 2004, 33(4):717-39.
25. World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2014–2023 http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/ 14 Eylül 2014.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-16077/daire-baskanligi-gorevleri.html>. 17 Ekim 2014.
27. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, XI. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2012:571-580.
28. Ertüngealp E, Seyisoğlu H. *Menopoz ve Osteoporoz*. İstanbul, Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayınları, 2000:24-31
29. Yücel M. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara, Palme Yayınları Özkan Matbaacılık, 2005:29-31.

30. Kavit L. Menopoz Fizyolojisi. İçinde: Öztekin K (editör). *Menopoz*. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2012:29-35.
31. Saensak S, Vutyavanich T, Somboonporn W, Srisurapanont M. Modified relaxation technique for treating hypertension in Thai postmenopausal women. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2013, 6:373–378.
32. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1(1):48-56.
33. Şen E, Sevil Ü. Menopoz Semptomlarında Tamamlayıcı Tedaviler. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 2008. 16(62):136-142.
34. Batzer FR. Risk Değerlendirmesi. İçinde: *Perimenopoz ve Menopoz*, Kahramanoğlu M, Dursun AN (eviri editörleri). *Contemporary Issues in Perimenopause and Menopause*. Batzer FR. I.Baskı. Pennsylvania, 2002:9-25.
35. Akman L, Ulukuş M, Duygu H, Ulukuş M, Özerkan F. Farkli Hormon Replasman Tedavi Şekillerinin Postmenopozal Kadınlarda Serum Lipid Lipoprotein Düzeyleri ve Enflamasyon Belirteçleri Üzerine Etkileri. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 2008, 9(2):97-102.
36. Gürgen T. Jinekolojik Yönden Osteoporozu Yaklaşım. İçinde: Kutsal YG (editör). *Osteoporoz*, II. Baskı, Ankara, Güneş Kitapevi, 2005:213-220.
37. Seyisoğlu Hakan. Klimakterium ve Menopoz. İçinde: Uludağ S (editör). *Kadın Hatalıkları ve Doğum Ders Kitabı*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2009:723-741.
38. Ünlüer E. Postmenopozal Kadınlarda Yılan Otu Tedavisinin Vasküler Elastisite, Kan Lipid Profili Ve Vazomotor Semptomlar Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, 2005.

39. Barlow DH, Wren BG. Evreler, Etkiler ve Kapsam. İçinde: *Menopoz*, Dursun AN, Ata B (çeviri editörleri). *Fast Fact*, Barlow DH, Wren BG. I. Baskı, Sydney, AND. Organizasyon Ltd. Şti. 2002:7-30.
40. Booth-LaForce C, Thurston RC, Taylor MR. A pilot study of a Hatha yoga treatment for menopausal symptoms. *Maturitas*, 2007, 57 (3): 286-95.
41. Butler L, Santoro N. The reproductive endocrinology of the menopausal transition. *NIH Public Access Author Manuscript*, 2011, 76 (7): 627-35.
42. Hunter MS, Chilcot J. Testing a cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013, 74(4):307-12.
43. Archer DF, Sturdee DW, Baber R, de Villiers TJ, Pines A, Freedman RR, Gompel A, Hickey M, Hunter MS, Lobo RA, Lumsden MA, MacLennan AH, Maki P, Palacios S, Shah D, Villaseca P, Warren M. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? *Climacteric*, 2011, 14 (5): 515-28.
44. Bener A, Falah A. A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. *J Midlife Health*, 2014, 5(3): 126–134.
45. Varma GF, Oğuzhanoglu N K, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve Cerrahi Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri*, 2005, 8:109-115
46. Ceylan B, Özerdoğan N. Menopausal symptoms and quality of life in Turkish women in the climacteric period. *Climacteric*, 2014, 17(6):705-12
47. Tan MN, Kartal M, Guldal D. The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: a cross-sectional study in primary care. *BMC Women's Health*. 2014, 6:14(1):38.

48. Jones EK, Jurgenson JR, Katzenellenbogen JM, Thompson SC. Menopause and the influence of culture: another gap for Indigenous Australian women? *BMC Womens Health*. 2012, doi: 10.1186/1472-6874-12-43.
49. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2002, 2(5):5-12.
50. Vivian-Taylor J, Hickey M. Menopause and depression: Is there a link? *Maturitas*, 2014, 79(2):142-146.
51. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek ile İlişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2008, 11:159-166.
52. Yazıcı K, Pata Ö, Yazıcı A, Aktaş A, Tot Ş, Kanık A. Menopozda Hormon Yerine Koyma Sağaltımının Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14(2):101-105.
53. Yumru AE, Bozkurt M, Davas İ, Aksoy HE, Ayanoğlu YT. Postmenopozal dönemde hormon replasman tedavisinin depresif semptomlar üzerine etkisi. *Kadın Doğum Dergisi*, 2006, 4(3):862-865.
54. Khorshid L, Eşer İ, Denat Y, Çınar Ş. An investigation into the body image of women in menopause. *International Journal of Human Sciences*, 2007, 4:2.
55. Dökmen ZY. Menopoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2009, 12 (24): 41-55.
56. Merghati-Khoei E, Sheikhan F, Shamsalizadeh N, Haghani H, Yousofnia Pasha YR, Killeen T. Menopause Negatively Impacts Sexual Lives of Middle-Aged Iranian Women: A Cross-Sectional Study. *J Sex Marital Therapy*, 2014, 40(6):552-560.
57. Şen S, Güneri Se, Sevil Ü, Çengel S. Menopoz Dönemindeki Kadınların Cinsel Disfonksiyonlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2012, 22(1):8-14.

58. Lampio L, Polo-Kantola P, Polo O, Kauko T, Aittokallio J, Saaresranta T. Sleep in midlife women: effects of menopause, vasomotor symptoms, and depressive symptoms. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2014, 21(11):1217-1224.
59. Ulusoy MN, Kukulcu K. Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz İle İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, (2):206-213.
60. Pinkerton JV, Joffe H, Kazempour K, Mekonnen H, Bhaskar S, Lippman J. Low-dose paroxetine (7.5 mg) improves sleep in women with vasomotor symptoms associated with menopause. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2014, 22(1):50-8.
61. Şahmay S. Postmenopozal Dönem ve atrofi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2008, 1(3):23-32.
62. Castelo BC, Cancelo MJ, Villero J, Nohales F, Julia MD. Management of postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas*, 2005, 52(1):46-52.
63. Tan O, Bradshaw K, Carr BR. Management of vulvovaginal atrophy-related sexual dysfunction in postmenopausal women: an up-to-date review. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2012, 19(1):109-117.
64. Durmuşoğlu F, Yoldemir T. Kardiyovasküler Sağlık ve Menopoz. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2008, 1(3):10-22.
65. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germanò G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvanne M, Scholte Op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. [European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts)]. *Giornale Italiano Di Cardiologia (Rome)*, 2013, 14(5):328-92.

66. Shufelt CL, Merz CN, Prentice RL, Pettinger MB, Rossouw JE, Aroda VR, Kaunitz AM, Lakshminarayan K, Martin LW, Phillips LS, Manson JE. Hormone therapy dose, formulation, route of delivery, and risk of cardiovascular events in women: findings from the Women's Health Initiative Observational Study. *Menopause*, 2014, 21(3):260-6.
67. Li WF, Hou SX, Yu B, Li MM, Férec C, Chen JM: Genetics of osteoporosis: accelerating pace in gene identification and validation. *Hum Genet.* 2010, 127(3):249–285.
68. Görgel E, Çakıroğlu F. *Menopoz Döneminde Kadın*. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2007.
69. Posacı C, Doğan E. Menopozal Osteoporoz. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2008, 1(3):35-44.
70. Şen E, Saruhan A. Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi İle İlgili Kanıta Dayalı Çalışmalar. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2010, 5(20):45-51.
71. Bezircioğlu İ, Öniz A, Kındıroğlu N, DüNDAR P. Menopoz verilerinin epidemiyolojik değerlendirilmesi. *Kadın Doğum Dergisi*, 2004, 2(4):316-319.
72. Kav S, Hanoğlu Z, Algıer L. Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 2008, 18(1):32-7.
73. Çetin OB. Eskişehir’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi*, 2007, 2(6):89-106.
74. Secreto G, Chiechi LM, Amadori A, Miceli R, Venturelli E, Valerio T, Marubini E. Soy isoflavones and melatonin for the relief of climacteric symptoms: a multicenter, double-blind, randomized study. *Maturitas*. 2004, 47(1):11-20.
75. Erdoğan Z, Çınar S. Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı –Modern Hemşirelik Uygulaması. *Kafkas J Med Sci*, 2011, 1(2):86–91.

76. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi. *Spatula DD*, 2011, 1(1):23-32.
77. Kurt H, Keşkek ŞÖ, Çil T, Canateroğlu A. Meme kanserli hastalarda tamamlayıcı/ alternatif tedavi kullanımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2013, 28(1):10-15.
78. Van der Sluijs CP, Bensoussan A, Liyanage L, Shah S. Women's health during mid-life survey: the use of complementary and alternative medicine by symptomatic women transitioning through menopause in sydney. *Menopause*, 2007, 14(3):397-403.
79. National Center for Complementary and Alterative Medicine <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom> 10 Ağustos 2014.
80. Durmuş M, Çarlı AB, Karapınar U, Keskin İ. Nadir Bir Geleneksel Tıp Uygulaması: Olgu Sunumu. *TAF Prev Med Bulletin*, 2014;13(1):89-92.
81. Nazıroğlu M, Şimsek M. Effects of hormone replacement therapy with vitamin C and E supplementation on plasma thyroid hormone levels in postmenopausal women with Type 2 diabetes. *Biomed Pharmacother*, 2009, 63(10):717-22.
82. Kelemena M, Vaidyab D, Watersc DD, Howard BV, Cobbe F, Younesf N, Tripputtif M, Ouyangb P. Hormone therapy and antioxidant vitamins do not improve endothelial vasodilator function in postmenopausal women with established coronary artery disease: a substudy of the Women's Angiographic Vitamin and Estrogen (WAVE) trial. *Atherosclerosis*, 2005, 179:193–200.
83. Sappamrer R, Visavarungroj N, Suttajit M. Effects of dietary traditional fermented soybean on reproductive hormones, lipids, and glucose among postmenopausal women in northern Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2013, 22(2):222-228.
84. Messina M. Soy foods, isoflavones, and the health of postmenopausal women. *Am J Clin Nutrition*, 2014, 100(1):423-430.

85. Lim DW, Kim YT. Anti-osteoporotic effects of *Angelica sinensis* (Oliv.) Diels extract on ovariectomized rats and its oral toxicity in rats. *Nutrients*, 2014, 6(10):4362-72.
86. Hajrahimkhan A, Dietz BM, Bolton JL. Botanical modulation of menopausal symptoms: mechanisms of action? *Planta Medicine*, 2013, 79(7):538-53.
87. De Leo V, la Marca A, Morgante G, Lanzetta D, Florio P, Petraglia F Evaluation of combining kava extract with hormone replacement therapy in the treatment of postmenopausal anxiety. *Maturitas*, 2001, 39(2):185–188.
88. Liu W, Wang Y, Yang J. Black Cohosh (*Cimicifuga* Species) for Menopausal Symptoms. *Clin Nurse Spec*, 2013, 27(6):289-90.
89. Jacobson JS, Troxel AB, Evans J, Klaus L, Vahdat L, Kinne D, Lo KM, Moore A, Rosenman PJ, Kaufman EL, Neugut AI, Grann VR. Randomized Trial of Black Cohosh for the Treatment of Hot Flashes Among Women With a History of Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2001, 19(10):2739-2745.
90. Amsterdam JD, Yao Y, Mao JJ, Soeller I, Rockwell K, Shults J. Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Of *Cimicifuga racemosa* (Black Cohosh) In Women With Anxiety Disorder Due To Menopause. *J Clin Psychopharmacol*, 2009, 29(5): 478–483.
91. Booth-LaForce C, Thurston RC, Taylor MR. A pilot study of a Hatha yoga treatment for menopausal symptoms. *Maturitas*, 2007, 57 (3): 286-95.
92. Bossi, L.M, Ott M.J, DeCristofaro S. Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2008, 12(3): 489-494.
93. Vitale A. An integrative review of reiki touch therapy research. *Holist Nurs Pract*, 2007, 21(4):167-79.
94. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(1):93-98.

95. Uludağ A, Güngör AN, Gencer M, Şahin EM, Coşar E. Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hek Dergisi*, 2014, 18(1):25-30.
96. Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec ASJ, Stanisławska M, Rotter I, Karakiewicz B, Grochans E. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2014, 11(7):6692-708.
97. Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palanci Y, Toksöz P. Diyarbakır İl Merkezinde Lise ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemine Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2005, 32(2): 77-83.
98. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 7(1):469-483.
99. Tortumluoğlu G. Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, 1:1-13.
100. Güney N. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaşve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı Ve Perimenopozal Semptomların Tespiti. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniveritesi, 2006.
101. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, Guyatt GH, Norton PG, Dunn E. A menopause-specific quality of life questionnaire: developmentand psychometric properties. *Maturitas*, 1996, 24:161-175.
102. Demiray E. Uzaktan Eğitim Ve Kadın Eğitiminde Uzaktan Eğitimin Önemi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2013, 2(2):155-167.
103. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı 2013.<http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID> 22 Eylül 2014.
104. Global Employment Trends, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_120471.pdf. 10 Aralık 2014.

105. Türkiye'de Hanehalkı: İşgücü, Gelir, Harcama Ve Yoksulluk Açısından Analizi TÜSİAD-T/2008-03/455 <http://eaf.ku.edu.tr/sites/eaf.ku.edu.tr/files/hh.pdf> 12 Kasım 2014.
106. Şimşek H, Akvardar Y, Doğanay S, Pekel Ö, Günay T. Sigara ve Sigara Bırakmaya İlişkin Görüşler: Kalitatif Bir Araştırma. *Türk Toraks Dergisi*, 2014, 15:18-22. doi: 10.5152/ttd.2013.30
107. Oğurlu N. Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başatme Yöntemlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2008.
108. Timur S. Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.
109. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause*, 2008, 15 (5): 958-62.
110. Avcı S. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.
111. Javadivala Z, Kousha A, Allahverdipour H, Asghari Jafarabadi M, Tallebian H. Modeling the Relationship between Physical Activity and Quality of Life in Menopausal-aged Women: A Cross-Sectional Study. *J Res Health Sci*. 2013, 13(2):168-75.
112. Farahmand M, Tehrani FR, Pourrajabi L, Najafi M, Azizi F. Factors associated with menopausal age in Iranian women: Tehran Lipid and Glucose Study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013 Apr;39(4):836-41.
113. Dorjgochoo T, Kallianpur A, Gao YT, Cai H, Yang G, Li H, Zheng W, Shu XO. Dietary and lifestyle predictors of age at natural menopause and reproductive span in the Shanghai Women's Health Study. *Menopause*, 2008, 15(5): 924–933.

114. Topçuoğlu A, Koç Ö, Duran B, Dönmez M. Cerrahi ve doğal yolla menopoza giren kadınların anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırılması. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2009, 43(2):89-92.
115. Kıran H, Arıkan Dc, Kıran G, Coşkun A, Yancar S, Tok A, Ekerbiçer HÇ. The Influence of Natural and Surgical Menopause on Cardiovascular Risk Markers Folate and Vitamin B12 Levels. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 2011, 17(2): 90-97.
116. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoğlu N, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. *Yeni Symposium*, 2006, 44(4):182-188.
117. Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 2012, 15 (6): 552-62.
118. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumluları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.* 2008, 22(6): 343-349.
119. Li L, Wu J, Pu D, Zhao Y, Wan C, Sun L, Shen CE, Sun W, Yuan Z, Shen Q, He X, Jiang J, Luo N, He Y, Qian Q, Cai P, Zhang M. Factors associated with the age of natural menopause and menopausal symptoms in Chinese women. *Maturitas*, 2012, 73(4):354-60.
120. Liu J, Eden JA. The menopausal experience of Greek women living in Sydney. *Menopause*, 2008, 15(3):476-481.
121. Kaplan SA, Reis S, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, Martins ACP. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999; 53(3):481-486.
122. Koç Z, Sağlam Z, Topatan S. Determination of the use of complementary and alternative medicine by women in the climacteric period in the Turkish city of Samsun. *Contemp Nurse*, 2013, 45(2):197-209.

123. Öztürk M, Uskun E, Özdemir R, Çınar M, Alptekin F, Doğan M. Isparta İli'nde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2005, 13 (3): 179-86.
124. Peng W, Adams J, Sibbritt DW, Frawley JE. Critical review of complementary and alternative medicine use in menopause: focus on prevalence, motivation, decision-making, and communication. *Menopause*, 2014, 21(5):536-48.
125. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2013, 27(1):19-26.
126. Yavuz M, İlçe AÖ, Kaymakçı, Bildik G, Dıramalı A. Meme Kanseri Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007, 27(5):680-686.
127. Brett KM, Keenan NL. Complementary and alternative medicine use among midlife women for reasons including menopause in the United States: 2002. *Menopause*, 2007, 14(2):300-7.
128. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007,6(2):112-122.
129. Acupuncture for the Treatment of Hot Flashes in Patients with Breast Cancer Receiving Antiestrogen Therapy: A Pilot Study in Korean Women. *J Altern Complement Med*. 2013, 19(8): 690–696.
130. Nedeljkovic M, Tian L, Ji P, Déglon-Fischer A, Stute P, Ocon E, Birkhäuser M, Ausfeld-Hafter B. Effects of acupuncture and Chinese herbal medicine (Zhi Mu 14) on hot flushes and quality of life in postmenopausal women: results of a four-arm randomized controlled pilot trial. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2014, 21(1):15-24.
131. Shahnazi M, Nahae J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Bayatipayan S. Effect of black cohosh (*cimicifuga racemosa*) on vasomotor symptoms in postmenopausal women: a randomized clinical trial. *J Caring Sci*. 2013, 2(2):105-13.

132. Ismail R, Taylor-Swanson L, Thomas A, Schnall JG, Cray L, Mitchell ES, Woods NF. Effects of herbal preparations on symptom clusters during the menopausal transition. *Climacteric*, 2014, 4:1-18.
133. Aiello EJ, Yasui Y, Tworoger SS, Ulrich CM, Irwin ML, Bowen D, Schwartz RS, Kumai C, Potter JD, McTiernan A. Effect of a yearlong, moderate-intensity exercise intervention on the occurrence and severity of menopause symptoms in postmenopausal women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2004, 11(4):382-8.
134. Asikainen TM, Kukkonen-Harjula K, Miilunpalo S. Exercise for health for early postmenopausal women: a systematic review of randomised controlled trials. *Sports Med*. 2004, 34(11):753-78.
135. Elavsky S, Gonzales JU, Proctor DN, Williams N, Henderson VW. Effects of Physical Activity on Vasomotor Symptoms: Examination Using Objective and Subjective Measures, *Menopause*, 2012, 19(10): 1095–1103.
136. Dennehy C, Tsourounis C. A review of select vitamins and minerals used by postmenopausal women. *Maturitas*, 2010, 66(4):370-80.
137. Arcury TA, Bell RA, Snively BM, Smith SL, Skelly AH, Wetmore LK, Quandt SA. Complementary and alternative medicine use as health self-management: Rural older adults with diabetes. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci*. 2006, 61(2):62-70.
138. Sjöberg L, af Wåhlberg A. Risk perception and new age beliefs. *Risk Anal*. 2002, 22(4):751-64.
139. Timur S, Şahin N. Menopoz ve Uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(3):62-67.
140. Gentry-Maharaj A, Karpinskyj C, Glazer C, Burnell M, Ryan A, Fraser L, Lancelley A, Jacobs I, Hunter MS, Menon U. Use and perceived efficacy of complementary and alternative medicines after discontinuation of hormone therapy: a nested United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening cohort

study. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2014, 22(4) doi: 10.1097/gme.0000000000000330.

141. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on Health-related quality of life. *Maturitas*, 2009, 62(2):153-159.

142. Poomalar GK, Arounassalame B. The Quality of Life During and After Menopause Among Rural Women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2013, 7(1): 135-139.

143. Bal MD, Sahin NH. The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 2011, 18:1309–1316.

144. Ceylan B. 40- 59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2010.

145. Bal DM. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.

146. Aydın P, Günay T, Baydur H, Şimşek H. İzmir’de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2012, 10(3):88-93.

147. Savolainen-Peltonen H, Hautamäki H, Tuomikoski P, Ylikorkala O, Mikkola TS. Health-related quality of life in women with or without hot flashes: a randomized placebo-controlled trial with hormone therapy. *Menopause*, 2014, 21 (7): 732-9.

148. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2011, 18(7):778-785.

149. Taher YA, Emhemed HM, Tawati AM. Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric*, 2013, 16:179–184.

150. Vural Z, Gönenç I. Menopozda Yaşam Kalitesi. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2014, 5(3):64-9.
151. Dodin S, Blanchet C, Marc I, Ernst E, Wu T, Vaillancourt C, Paquette J, Maunsell E. Acupuncture for menopausal hot flushes Cochrane Database Syst Rev. 2013, doi. 10.1002.
152. Reed SD, Guthrie KA, Newton KM, Anderson GL, Booth-LaForce C, Caan B, Carpenter JS, Cohen LS, Dunn AL, Ensrud KE, Freeman EW, Hunt JR, Joffe H, Larson JC, Learman LA, Rothenberg R, Seguin RA, Sherman KJ, Sternfeld BS, LaCroix AZ. Menopausal quality of life: RCT of yoga, exercise, and omega-3 supplements. *Am J Obstet Gynecol*. 2014, 210(3):244.e1-11.
153. Matthews K, Bromberger J. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med*. 2005,118(12):25-36.
154. Elizabeth A. Thompson Alternative and complementary therapies for the menopause: A homeopathic approach. *Maturitas*, 2010, 66(4):350–354.
155. Shen CL, Chyu MC, Yeh JK, Zhang Y, Pence BC, Felton CK, Brismée JM, Arjmandi BH, Doctolero S, Wang JS. Effect of green tea and Tai Chi on bone health in postmenopausal osteopenic women: a 6-month randomized placebo-controlled trial. *Osteoporos Int*. 2012, 23(5):1541-52.
156. Chen Z, Gu K, Zheng Y, Zheng W, Lu W, Shu XO. The Use of Complementary and Alternative Medicine Among Chinese Women with Breast Cancer. *The Journal of Alternative and Complementary*, 2008, 14(8):1049-55.
157. Bruno D, Feeney KJ. Management of postmenopausal symptoms in breast cancer survivors. *Semin Oncol*. 2006, 33(6):696-707.
158. Caputo EL, Costa MZ. Influence of physical activity on quality of life in postmenopausal women with osteoporosis. *Rev Bras Reumatol*, 2014, 54(6):467-73.

159. Llaneza P, González C, Fernández-Iñarrea J, Alonso A, Díaz F, Pérez-López FR. Soy isoflavones improve insulin sensitivity without changing serum leptin among postmenopausal women. *Climacteric*, 2012, 15(6):611-20.
160. Silva A, Queiroz SS, Andersen ML, Mônico-Neto M, Campos RM, Roizenblatt S, Tufik S, Mello MT. Passive body heating improves sleep patterns in female patients with fibromyalgia. *Clinics (Sao Paulo)*, 2013, 68(2):135-40.
161. Ben-Arye E, Schiff E, Vintal H, Agour O, Preis L, Steiner M. Integrating complementary medicine and supportive care: patients' perspectives toward complementary medicine and spirituality. *J Altern Complement Med*. 2012, 18(9):824-31.
162. Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J, Poppe W, Vergote I, Amant F. Sexual Functioning in Women after Surgical Treatment for Endometrial Cancer: A Prospective Controlled Study. 2014 Nov 17. doi: 10.1111/jsm.12764.
163. Aerts L, Enzlin P, Vergote I, Verhaeghe J, Poppe W, Amant F. Sexual, psychological, and relational functioning in women after surgical treatment for vulvar malignancy: a literature review. *J Sex Med*. 2012, 9(2):361-71.
164. Maeda SS, Lazaretti-Castro M. An overview on the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2014, 58(2):162-71.

8 . EKLER

EK 1. ÖLÇEK SAHİBİNDEN İZİN ALINMASI

Ünvan

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar (50)

Çevreler

Diğer



Nevin Sahin <nevin.sahin34@yahoo.com>

14 May



Alıcı: bana

Sevgili Gökğöz,
Türkçeye uyarladığımız "Menopozda Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)"ni
çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Doç.Dr. Nevin H. Sahin
Istanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemsirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıklar Hemsireliği AD.
Öğretim Üyesi
Tel.0212 4400000/27082

2 Ek



EK 2. ETİK İZİN



TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

SAYI : 99950669/133

21/02/2014

KONU : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

SAYIN DOÇ.DR.GÜL PINAR

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 21 Şubat 2014 tarih ve 33 sayılı toplantısında sunulan **“Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarına Yönelik Uyguladıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi”** başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş, etik ve bilimsel ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Şenol DANE

Doç. Dr. Esra GÜNDÜZ
Başkan

Prof. Dr. N.Cenap DENER

Doç.Dr. Bülent BOZKURT

Prof. Dr. Ali AKÇAY
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Murat ULAŞ

Doç. Dr. Özlem EVLİYAOĞLU

Doç. Dr. Bünyamin MUSLU

Doç. Dr. Ayşe Esra YILMAZ

Doç. Dr. Nurhayat BAYAZIT

Yrd. Doç. Dr. Mehmet KAYA

Farm. Dr. Ayşe GÜREL
Raportör

Yrd.Doç.Dr.Mehmet NAMUSLU

Avukat Meltem BAĞCI

Yasin GÜRSOY

EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma kadınların, menopoz semptomlarına yönelik kullandıkları alternatif ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarının belirlenmesi ve bu uygulamaların kadınların yaşam kalitelerini ne yönde etkilediğinin saptaması amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada, iletişim engelinizin bulunmaması, 65 yaşın altında ve menopoza girmiş olmanız ve Turgut Özal Üniversitesi Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne başvurmuş olmanız nedeni ile ve araştırma için uygun olduğunuz belirlenmiştir. Bu çalışmada araştırmacı tarafından sizinle veri toplama formları doldurulacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle, size hiçbir ödeme yapılmayacak olup sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0312 397 74 00 numaralı telefonda Nurcan Gökgöz'e başvurabilirsiniz.

Çalışmaya katılma onayı

Yukarıda yer alan araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve

söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-Soyadı: Nurcan GÖKGÖZ

Görevi: Hemşire

Adresi: Turgut Özal Üniversitesi HYO

Tel: 0312 397 74 00

Tarih ve İmza:

EK 4. BİREYSEL BİLGİ FORMU

AÇIKLAMA: Bu araştırma kadınların, menopoz semptomlarına yönelik kullandıkları alternatif ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarının belirlenmesi ve bu uygulamaların kadınların yaşam kalitelerini ne yönde etkilediğinin saptanması amacıyla planlanmıştır. Araştırmamızda vereceğiniz yanıtlar bilimsel araştırmalar dışında kullanılmayacak, cevaplarınız gizli tutulacaktır. Araştırmamıza katılmayı uygun gördüğünüz takdirde aşağıdaki soruları cevaplamanızı rica ederiz.

I. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Sorular

1. Yaşınızı belirtiniz.

.....

2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlköğretim
4. Lise ve üzeri

3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

4. Mesleğinizi belirtiniz.

1. Ev hanımı
2. Memur
3. İşçi
4. Emekli
5. Diğer (.....)

5. Sosyal güvenceniz var mıdır?

1. Evet
2. Hayır

6. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Zayıf
2. Orta
3. İyi
4. Çok iyi

7. Medeni durumunuzu belirtiniz.

1. Evli
2. Bekar
3. Diğer

8. Sigara kullanma alışkanlığınız var mıdır?

1. Evet
2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 10.soruya geçiniz.)
3. Bir süre kullandım bıraktım

9. Günde kaç tane sigara içersiniz?

1. 10 taneden az
2. 10-20 tane
3. 20 taneden fazla

III. Obstetrik ve Jinekolojik ve Genel Sağlık Durumuna İlişkin Sorular

10. Canlı doğum sayınızı belirtiniz.

.....

11. Düşük veya küretaj sayınızı belirtiniz.

.....

12. Hekim tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mıdır?

1. Evet (13.soruya geçiniz.)
2. Hayır (14. soruya geçiniz)

13. Hastalığınızı belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Hastalıklar	Var
Şeker hastalığı	
Yüksek tansiyon	
Kalp hastalığı	
Sindirim sistemi hastalığı	
Solunum sistemi hastalığı (astım, KOAH vb.)	
Kas-iskelet sistemi hastalığı (kemik erimesi, romatizma, kireçlenme vb.)	
Psikiyatrik hastalık (panik atak, depresyon vb.)	
Kanser	
Tiroid hastalığı (guatr, hipertiroidi, hipotiroidi, graves hastalığı vb.)	
Kan hastalığı (anemi, lösemi, lenfoma vb.)	
Myom	
Uterus prolapsusu (Rahim Sarkması)	
Rahim Ağzı Yarası	
İdrar inkontinans (İdrar kaçırma)	

14. Cerrahi operasyon geçirdiniz mi?

1. Evet (14. soruya geçiniz)
2. Hayır (16. soruya geçiniz.)

15. Geçirdiğiniz cerrahi operasyonu belirtiniz.

Cerrahi operasyonlar	Evet
Rahim ve yumurtalıkların birlikte alınması	
Sadece rahmin alınması	
Rahimden ur-myom alınması	
Yumurtalıklardan kist alınması	
Üreme organlarının sarkmasının tamiri	
Memenin alınması	
Tüplerin bağlanması	
Diğer	

16. Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mıdır?

1. Evet (Belirtiniz)
2. Hayır

III. Menopoza ilişkin sorular

17. Menopoz yaşınızı belirtiniz.

.....

18. Menopoz şeklinizi belirtiniz.

1. Doğal
2. Cerrahi

19. Menopoz döneminde menopoza yönelik bilgi aldınız mı?

1. Evet (20.soruya geçiniz.)
2. Hayır (21.soruya geçiniz.)

20. Menopoza yönelik bilgiyi kimden/nereden aldınız?

1. Komşu ve akrabalar
2. Hemşire-ebe
3. Doktor
4. Kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, gazete, internet vb.)

21. Menopoz dönemini nasıl algıyorsunuz?

1. Doğal, normal bir süreç olarak
2. Kadınlık özelliklerinin yok olması
3. Üretkenliğin bitmesi
4. Yaşlandığını hissetme
5. Diğer

22. Menopoz döneminde yaşadığınız sağlık sorunları var mıdır?

1. Evet
2. Hayır

23. Menopoz döneminde yaşadığınız sağlık sorunlarını belirtiniz.

Menopoz sorunları	Var
Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	
Terleme	
Cinsel ilişki sırasında vajende ağrı ve kuruluk	
Kilo alma	
Kas ve eklemlerde ağrı	
Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	
Baş ve boyun arkasında ağrılar	
Cinsel istekte değişiklik	
Uyuma güçlüğü	
Ciltte kuruluk	
Hafızada zayıflama hissetme	
Enerjide azalma hissi	
Yorgun ve yıpranmış	
Öksürürken ya da gülerken idrar kaçıрма	
Sık idrara çıkma	
Depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme	

24. Menopoz yakınmalarınız için hormon ilacı kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Bir süre kullandım ay(ay ve yıl olarak belirtiniz).....

IV. Alternatif Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına İlişkin Sorular

25. Menopoz şikayetlerini azaltmak için alternatif uygulamalara başvurur musunuz?

1. Evet
2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise anketimiz bitmiştir. Teşekkür ederiz.)

26. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi olarak tercih ettiğiniz yöntem/yöntemler nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Beden ve Zihin Tedavileri	<ol style="list-style-type: none">1. Müzik terapisi2. Hipnoterapi3. Meditasyon/yoga/gigong (düşünceyle hareket tedavileri)4. Hayal kurma5. Dua etme6. Destek Gruplarına katılma
Vücut Terapileri	<ol style="list-style-type: none">1. Masaj2. Egzersiz.<ol style="list-style-type: none">2.1. Yürüme, (tempolu yürüme) vb.2.2. Evde kültürel hareketleri yapma2.3. Bir spor salonunda spor yapma3. Hidroterapi<ol style="list-style-type: none">3.1. Düzenli olarak yüzme3.2. Termal su içeren küvet veya evde küvette duş3.3. Yüzün sürekli yıkanması veya vücudun silinmesi3.4. Bitki banyosu4. Refleksoloji (vücudun belli noktalarına basınç uygulama)5. Akupunktur6. Akupresür (vücudun belli akupunktur noktalarına basarak, ovarak ve farklı uygulamalarla manipüle edilmesi)
Enerji tedavileri	<ol style="list-style-type: none">1. Reiki (enerji aktarımı)2. İyileştirici/tedavi edici dokunma3. Yaratıcı imgeleme (olumlu duygu, düşünce, anı canlandırma).
Alternatif ve medikal sistemler	<ol style="list-style-type: none">1. Aromaterapi (koku tedavisi)2. Ayurveda (bitki banyosu ve diyet karışımı tedaviler)3. Homeopati (özel tekniklerle hazırlanan şifalı otlardan yapılan çaylar, meyve sularını manevi tedavi anlayışı ile uygulama) .4. Naturopati (doğal beslenme..)

27. Menopoz semptomlarına yönelik kullandığınızın tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini tercih etme nedeninizi/nedenlerinizi lütfen belirtiniz.

TAT kullanma nedeni
1. () Doğal ve güvenli olması
2. () Sıcak basması, terleme şikayetleri ile baş etmek için
3. () Uykuya ilişkin şikayetlerle baş etmek için
4. () HRT'nin menopoz semptomlarıma iyi gelmediğini düşünmek
5. () HRT'NİN pek çok yan etkisinin olduğunu düşünmek
6. () TAT'ın doğrudan çözüm olduğuna inanmak
7. () Yaşam kalitesini yükselttiğini düşündüğüm için
8. () Fiziksel ve zihinsel yorgunluğa iyi gelmesi

28. Kullandığınız yöntemin etkinliğini nasıl değerlendirirsiniz?

Kullanılan Yöntem	Etkili	Etkisiz	Kararsız
Biyolojik temelli tedavi (bitkiler, vitaminler)			
Beden zihin temelli terapi (müzik terapisi, hipnoterapi, meditasyon, hayal kurma, dua etme)			
Vücut terapisi (masaj, egzersiz, refleksoloji, akupresur, akupunktur)			
Enerji terapisi (reiki (enerji aktarımı iyileştirici/tedavi edici dokunma, yaratıcı)			
Medikal ve alternatif sistemler (koku tedavisi, ayurveda homeopati, naturopati uygulama)			

29. Kullandığınız yöntem yan etki yaptı mı? Yan etki yaptı ise belirtiniz.

1. Evet.....
2. Hayır

30. Kullandığınız yöntem hangi menopoz sorunlarınızı gidermede yardımcı oldu? Lütfen belirtiniz.

.....

31. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi kullanmada bilgi kaynağınız nedir?

1. Komşu ve akrabalar
2. Hemşire-ebe
3. Doktor
4. Kitle iletişim araçları

5. Alternatif Tıp Uygulayıcıları

32. Bu yöntemlerin kullanımına ilişkin sağlık ekibinin tepkisi ne oldu?

1. Olumlu karşıladı
2. Olumsuz karşıladı
3. Kararsız kaldı
4. Sağlık ekibi ile paylaşmadım

33 . Kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin hangi menoz şikayetlerinizin hafiflemesinde veya tamamen geçmesinde yararı oldu? İlk üçünü belirtiniz.

.....
.....

Anketimiz bitmiştir. Teşekkür ederiz.

EK 5. Menopoza Özgü Yasam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yasayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yasadıysanız bunun sizi ne derece rahatsız ettiğini işaretleyiniz. Hiç rahatsız edici değil _____ Son derece rahatsız edici. 0 1 2 3 4 5 6. “0” puan sorun olmadığını gösterirken yakınmanızın şiddeti arttıkça vereceğiniz puanda artmaktadır.

YAŞANAN SORUNLAR	PUAN					
	0	1	2	3	4	5
1.Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık						
2.Gece terlemesi						
3. Terleme						
4. Hayatından memnun olmama						
5. Endişeli ve gergin hissetme						
6. Hafızada zayıflama hissetme						
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme						
8. Depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme						
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (Hoşgörüsüz olma)						
10. Yalnız kalma isteği						
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları						
12. Kas ve eklemlerde ağrı						
13. Yorgun ve yıpranmış						
14. Uyuma güçlüğü						
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar						
16. Fiziksel güçte azalma						
17. Dayanma gücünde azalma						
18. Enerjide azalma hissi						
19. Ciltte kuruluk						
20. Kilo alma						
21. Yüz tüylerinde artma						
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik						
23. Şişkinlik hissi						
24. Bel ağrısı						
25. Sık idrara çıkma						
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçıрма						
27. Cinsel istekte değişiklik						
28.Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede) kuruluk						
29. Cinsellikte kaçınma						

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Nurcan GÖKGÖZ
Doğum Tarihi	: 01.012.1976
Doğum Yeri	: Samsun
Medeni Hali	: Evli
Uyruğu	: TC
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0 536 333 93 11
E-mail	: nurcan.hilalay55@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: M.R.U. Kimya Meslek Lisesi Lisesi
Lisans	: Fatih Üniversitesi HYO
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	:
ÜYESİ BULUNAN KURULUŞLAR	
Kadın sağlığı Derneği, Fatih Üniversitesi Mezunlar Derneği	