

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MENOPOZ EVRELERİNDEKİ KADINLARDA  
CİNSİYET ROLLERİ, MENOPOZA İLİŞKİN  
TUTUMLAR İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON  
İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR İNCELEME**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Esin DUÇ**

**Danışmanı  
Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU**

**İstanbul – 2014**

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

.....PSIKOLOJİ.....Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans  
öğrencisi .....Esin DUG..... tarafından hazırlanan  
“Menopoz Evreleirindeki Kadınlarda Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlar  
ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi Üzerine Bir İnceleme.....”  
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 16./06/2014

( Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu ) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Doc. Dr. Ebru SALSIOĞLU.....

.....Esin DUG.....

Danışman: KING'S.....Üniv. ....ASD/ABD Öğr.Üyesi  
COLLEGE LONDON

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Leman BILGIN.....

.....Esin DUG.....

.....Haliç.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yord. Doc. Dr. Muharrem KÖKLÜ

.....Esin DUG.....

.....Haliç.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: .....

.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi: .....

.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

## TEŞEKKÜR

Kendisiyle tanışmış olmaktan dolayı çok Őanslı hissettiğim, bana birlikte çalışma fırsatı sunan, tez çalışmam boyunca hiçbir sorumu yanıtsız bırakmayan ve her sorunumda yanımda olduğunu hissettiren, kendisinden bilimsel çalışmanın inceliklerini öğrendiğim ve her şeyin ötesinde bana yeni bakış açıları kazandıran çok saygıdeğer ve sevgili danışmanım Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aynı dönemde tezlerimizi hazırlamış olduğumuz ve birbirimizden fikirlerimizi ve desteğimizi esirgemediğimiz arkadaşlarıma,

Verileri toplamamda yardımcı olan ve araştırmama katılan tüm kadınlara,

Kendisiyle tanıştığım günden beri, her zaman yanımda olduğunu bildiğim ve bu dönemde de bana her türlü desteği veren pek sevgili Oğuzhan URHAN'a,

Aldığım kararları her zaman saygıyla karşılayan ve beni her daim destekleyen biricik annem Nedret DUÇ ve babam Zeki DUÇ ile sevgili ablam Dilek DUÇ ÇELTİK'e,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, 2014

Esin DUÇ

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

<b>KISALTMALAR</b> .....	III
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	IV
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	V
<b>ÖZET</b> .....	VI
<b>ABSTRACT</b> .....	VII
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Klimakterik Dönem ve Menopoz .....	1
1.2. Menopoz Dönemine Ait Belirtiler .....	3
1.2.1. Adet Düzensizliği .....	3
1.2.2. Vazomotor ve Somatik Belirtiler .....	3
1.2.3. Diğer Fizyolojik ile Zihinsel İşlevlerdeki Değişimler .....	4
1.2.4. Psikolojik Değişimler .....	4
1.3. Menopoz Belirtileri ile İlgili Çalışmalar .....	4
1.4. Depresyon .....	6
1.4.1. Menopoz Sürecindeki Kadınlarda Depresyon ve İlgili Çalışmalar .....	7
1.5. Anksiyete .....	9
1.5.1. Menopoz Sürecindeki Kadınlarda Anksiyete ve İlgili Çalışmalar .....	10
1.6. Menopoza İlişkin Bakış Açılırları .....	11
1.6.1. Menopoza İlişkin Tutumlar ve İlgili Çalışmalar .....	12
1.7. Orta Yaş Dönemindeki Kadınlarda Cinsiyet Rollerini ve İlgili Çalışmalar .....	15
1.8. Araştırmanın Amacı .....	17
1.9. Araştırmanın Önemi .....	18
<b>2. YÖNTEM</b> .....	19
2.1. Evren ve Örneklem .....	19
2.2. Veri Toplama Araçları .....	19
2.2.1. Katılımcı Bilgi Formu .....	19
2.2.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği .....	20
2.2.3. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği .....	21
2.2.4. Beck Depresyon Envanteri .....	21
2.2.5. Beck Anksiyete Envanteri .....	22

2.2.6. Bem Cinsiyet Rolü Envanteri .....	23
2.3. Verilerin Toplanması.....	25
2.4. İstatistik Analizleri .....	25
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>28</b>
3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	28
3.2. Menopoz Yaşantısına İlişkin Bulgular .....	28
3.3. Depresyon ve Anksiyete ile İlgili Bulgular .....	30
3.4. Menopoz Belirtileri ile İlgili Bulgular.....	33
3.5. Menopoza İlişkin Tutumlarla İlgili Bulgular .....	35
3.6. Cinsiyet Rollerine İlgili Bulgular .....	40
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>43</b>
4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	49
<b>5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>50</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>52</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>60</b>
EK 1: Katılımcı Bilgi Formu.....	61
EK 2: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği .....	63
EK 3: Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği .....	64
EK 4: Beck Depresyon Envanteri .....	67
EK 5: Beck Anksiyete Envanteri.....	70
EK 6: Bem Cinsiyet Rolü Envanteri .....	71
EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	72
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>73</b>

## KISALTMALAR

<b>Akt.</b>	: Aktaran
<b>ANOVA</b>	: Tek yönlü varyans analizi
<b>APA</b>	: American Psychiatric Association
<b>BAE</b>	: Beck Anksiyete Envanteri
<b>BCRE</b>	: Bem Cinsiyet Rolü Envanteri
<b>BDE</b>	: Beck Depresyon Envanteri
<b>Çev.</b>	: Çeviri
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>Ed.</b>	: Editör
<b>MİTÖ</b>	: Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği
<b>MMPI-D</b>	: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-depresyon
<b>MSDÖ</b>	: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
<b>NIH</b>	: National Institutes of Health
<b>Ort.</b>	: Aritmetik ortalama
<b>SES</b>	: Sosyo-ekonomik seviye
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>SS</b>	: Standart sapma
<b>STRAW</b>	: Stages of Reproductive Aging Workshop
<b>SWAN</b>	: Study of Woman's Health Across the Nation
<b>WHO</b>	: World Health Organization

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa No.

Tablo 3.1: Menopozal Yakınmalar için Başvurulan Yöntemlere ve Menopoz Sürecinde Yaşanılan Sıkıntı Verici Olaylara İlişkin Sıklık Yüzde Dağılımları.....	29
Tablo 3.2: Menopoza İlişkin Görüşlere Katılımların Sıklık Yüzde Dağılımları.....	30
Tablo 3.3: Menopoz Evrelerine göre Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri.....	31
Tablo 3.4: Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi, Arkadaş Grubunun Varlığı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne göre Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri.....	32
Tablo 3.5: Menopozal Yakınmalar için Doğal Yöntemler Kullanma ve Egzersiz Yapma Durumuna göre Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri.....	33
Tablo 3.6: Menopoz Evrelerine göre Menopoz Belirtileri Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri.....	34
Tablo 3.7: Menopoz Belirtilerine İlişkin Sıklık Yüzde Dağılımları.....	35
Tablo 3.8: Menopoza İlişkin Tutumlara Katılımların Sıklık Yüzde Dağılımları.....	36
Tablo 3.9: Menopoz Evrelerine göre Menopoza İlişkin Tutum Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri.....	37
Tablo 3.10: Menopoza İlişkin Tutumlara göre Menopoz Belirtileri, Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri.....	38
Tablo 3.11: Menopoza İlişkin Tutumlar ile Depresyon İlişkisinin Menopoz Belirtileri Aracı Değişkeni ile İncelenmesine İlişkin Regresyon Analizlerinin Özeti.....	39
Tablo 3.12: Menopoza İlişkin Tutumlar ile Anksiyete İlişkisinin Menopoz Belirtileri Aracı Değişkeni ile İncelenmesine İlişkin Regresyon Analizlerinin Özeti.....	40
Tablo 3.13: Menopoz Evrelerine göre Kadınsılık ve Erkeksilik Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri.....	41
Tablo 3.14: Cinsiyet Rollerine göre Menopoz Belirtileri Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri.....	41
Tablo 3.15: Cinsiyet Rollerine göre Menopoza İlişkin Tutum, Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri.....	42

## ŞEKİL LİSTESİ

### Sayfa No.

Şekil 1.1: STRAW’da Tanımlanan, Kadınlarda Normal Üreme Yaşlanma Aşamaları.....	2
Şekil 2.1: Aracı Regresyon Modeline İlişkin Analizlerin Adımları.....	26
Şekil 3.1: Menopoza İlişkin Tutumlar ile Depresyon İlişkisinin Menopoz Belirtileri Aracı Değişkeni ile İncelenmesine İlişkin Regresyon Modeli.....	38
Şekil 3.2: Menopoza İlişkin Tutumlar ile Anksiyete İlişkisinin Menopoz Belirtileri Aracı Değişkeni ile İncelenmesine İlişkin Regresyon Modeli.....	39



## GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Esin DUÇ  
Anabilim Dalı : Psikoloji  
Programı : Uygulamalı Psikoloji  
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU  
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran 2014

### MENOPOZ EVRELERİNDEKİ KADINLARDA CİNSİYET ROLLERİ, MENOPOZA İLİŞKİN TUTUMLAR İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

#### ÖZET

Orta yaş dönemindeki kadınlar için önemli bir değişiklik olarak görülen menopoza süreci, biyolojik bir olay olsa da, sosyo-kültürel faktörlerden etkilenmektedir. Yapılan çalışmaların çoğunlukla klinik hastaları üzerinde yürütüldüğü görülmektedir. Normal popülasyondan seçilen kadınlarla yürütülen bu araştırmanın amacı, cinsiyet rollerinin menopoza ilişkin tutumlar üzerindeki etkisini, menopozal tutumların menopozal belirtiler üzerindeki etkisini ve menopoza ilişkin tutumların depresyon ile anksiyete belirtileri üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmanın örneklemini, Antalya ve İstanbul'dan kartopu yöntemiyle seçilen, yaşları 40 ile 65 arasında değişen, farklı menopoza evrelerindeki 350 kadın oluşturmaktadır. Menopozal evreler öz-bildirime dayalı olarak belirlenmiştir. Değerlendirmede, "Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği", "Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği", "BEM Cinsiyet Rolü Envanteri", "Beck Depresyon Envanteri" ve Beck Anksiyete Envanteri" kullanılmıştır. Bulgular, katılımcıların çoğunlukla menopoza doğal bir süreç olarak gördüklerini ve olumlu menopozal tutumlara sahip olduklarını göstermiştir. Anksiyete, depresyon ve menopozal belirtiler şiddetleri en yüksek erken perimenopozdadır. Olumlu tutumlar daha çok geç peri ve postmenopozal, olumsuz tutumlarsa premenopozal katılımcılara aittir. Daha olumsuz menopozal tutumlar daha şiddetli menopozal, depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkilidir. Kadınsı cinsiyet rolüne sahip olanlar daha olumsuz menopozal tutumlar, daha şiddetli menopozal, depresyon ve anksiyete belirtileri göstermiştir. Menopoza ilişkin tutum ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin kısmen menopoz belirtileri aracılığıyla ortaya çıktığı bulgulanmıştır. Menopozal geçişte depresyon ve anksiyete belirtileri şiddetlenirken, yaş ilerledikçe hafiflediği görülmektedir. Bulgular güncel yaklaşımların menopoza yaşantısını daha iyi anlayabilmek için önerdiği biyo-psiko-sosyal modeli destekler niteliktedir.

**Anahtar Kelimeler:** Menopoz, menopoza ilişkin tutum, cinsiyet rolü, depresyon ve anksiyete.

## GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Esin DUÇ  
Field : Psychology  
Program : Applied Psychology  
Supervisor : Assoc. Prof. Ebru ŞALCIOĞLU  
Degree Awarded and Date : Master – June 2014

### **A STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN SEX ROLES, ATTITUDES TOWARDS MENOPAUSE, ANXIETY AND DEPRESSION IN WOMEN IN DIFFERENT STAGES OF MENOPAUSE**

#### **ABSTRACT**

Menopause is an important change for middle-aged women. Although it is a biological event, menopause is also affected by socio-cultural factors. Most of the studies that examined menopausal women were drawn from clinical settings. The purpose of this study is to examine the effect of sex roles on attitudes towards menopause, the effect of menopausal attitudes on menopausal symptoms and the effect of menopausal attitudes on symptoms of depression and anxiety in a non-clinical sample. Participants were recruited in Istanbul and Antalya using snowballing sampling. A total of 350 of women in different self-reported menopausal stages who aged 40 to 65 were assessed with “Menopause Rating Scale”, “Attitudes toward the Menopause Questionnaire”, “Bem Sex Role Inventory”, “Beck Depression Inventory” and “Beck Anxiety Inventory”. Findings showed that participants usually considered menopause as a natural process and tended to report positive attitudes towards menopause. Anxiety, depression and menopausal symptoms were most severe in early perimenopausal women. Positive attitudes towards menopause were usually seen in late peri and postmenopause while negative attitudes in premenopause. Negative menopausal attitudes correlated with the severity of menopausal, depression and anxiety symptoms. Women with more feminine sex roles had more negative attitudes towards menopause and more severe menopausal, depression and anxiety symptoms. The relationship between menopausal attitudes and depression and anxiety was partially mediated through menopausal symptoms. While depression, anxiety and menopausal symptoms were experienced more intensely in perimenopause, they ameliorated with age. These findings support the premises of the bio-psycho-social model in understanding the experience of menopause.

**Keywords:** Menopause, attitude toward menopause, sex role, depression and anxiety.

## 1. GİRİŞ

Orta yetişkinlik yılları, yaşlanmaya bağlı vücut görünümünde meydana gelen değişimlerin, birtakım ağrıların, unutkanlık, cinsel istek kaybı gibi bedensel ve çocukların evden ayrılması, iş hayatının sona ermesi, yaşlı ebeveynlerin hastalıkları veya ölümleri gibi sosyal yaşantıda meydana gelen birtakım değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir (Lachman, 2001). Genellikle 40 - 65 yaş aralığının orta yaşlılık dönemini temsil ettiği kabul edilse de, bu dönemin başlangıç ve bitiş sınırları için kronolojik yaşın iyi bir belirleyici olmadığı bilinmektedir ve net olmayan yaş aralıklarından ziyade orta yaşın sosyal statü ve roller ile belirlenmesi önerilmektedir (Neugarten ve Gutmann, 1968). Erkeklerden farklı olarak kadınların bu dönemde yaşamlarında meydana gelen en büyük değişiklik menopoz olarak görülmektedir. Menopoz üreme durumunun bir göstergesi, yaşam döngüsünün ve yaşın bir evresi olmakla birlikte, aşamalı bir süreçte ve gelişimsel değişimlerle eş zamanlı olarak, psiko-sosyal ve kültürel bağlam içerisinde meydana gelen bir olaydır (Hunter ve O'Dea, 1997). Dolayısıyla menopozu ele alırken, orta yaş döneminin kendine özgü yaşamsal faktörlerini dikkate almak gerekmektedir. Bu dönemde kadınların yaşayacağı belirtiler, her ne kadar biyolojik değişimlere bağlı olarak gelişse de, herkesin aynı yakınmalarının bulunmaması veya belirti bildirmede göze çarpan bireysel farklılıklar, bu süreçte farklı dinamiklerin rol oynadığına işaret etmektedir.

### 1.1. Klimakterik Dönem ve Menopoz

Klimakterik, Yunancada *kritik zaman* ve *merdiven basamağı* kelimelerinin, menopoz ise *ay* ve *kesilme* kelimelerinin birleşimidir. Klimakteryum, üreme döneminden başlayarak üreme işlevlerinin sona erdiği yaşlılık dönemine kadar uzanan süreci ifade etmede kullanılan tıbbi bir terimdir (Sommer, 2002). Yaklaşık 40 - 45 yaşlarından başlayarak ortalama 20 yıl sürdüğü bilinen bu dönemde meydana gelen en önemli değişiklik menopozdur (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Bir olaya denk düşen menopoz ve bir süreci işaret eden klimakterik terimleri arasındaki ayrım artık

kaybolma eğilimindedir ve klimakterik için de sıklıkla menopoz terimi kullanılmaktadır (Sommer, 2002). Bir çalışmada, doğal menopoz başlangıç yaş ortalaması 51.4 olarak bulunmuştur. Menopoz yaşı için birçok faktörün etkisinden söz edilse de, yalnızca sigara içme ile ilişkisi gösterilmiştir. Sigara içenlerin içmeyenlere göre ortalama 1.5 - 2 yıl daha erken menopoza girdikleri bulgulanmıştır (Gold ve diğ., 2001).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1996 yılında geliştirilen tanımlamalara göre, yumurtalık foliküler aktivitesinin kaybolmasına bağlı olarak, kalıcı şekilde adet kesilmek *doğal menopoz* olarak tanımlanmakta iken; her iki yumurtalığın da cerrahi yöntemlerle çıkarılması veya kemoterapi, radyoterapi gibi girişimleri takiben meydana gelen menopoz için *indüklenmiş menopoz* tanımlaması kullanılmaktadır. Son adet dönemine kadar olan dönem *premenopoz*, menopozdan hemen önceki dönem ve menopozdan sonraki ilk bir yılı içine alan dönem *perimenopoz* ve son adet döneminden sonraki dönem *postmenopoz* olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization: WHO, 1996). Ancak bilimsel araştırmalar açısından bu tanımlamalar, bir kadının üreme durumunu işlevsel olarak tanımlamadaki duyarlılığı, özgülüğü ve kanıta dayalılığı açısından yetersiz görülmektedir. Bu nedenle, Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), hem klinik ortamlarda hem de bilimsel çalışmalarda kullanılmak üzere standart ve pratik bir üreme yaşlanma evreleme sistemi geliştirmiştir. Üzerinde uzlaşılan evreleme sistemi son adet dönemi dikkate alınarak hazırlanmıştır ve yaştan bağımsız yedi aşamadan oluşmaktadır (Soules ve diğ., 2001). Evrelerin özetlenmiş görünümü Şekil 1.1’de yer almaktadır.

					Postmenopoz	
-5 (erken)	-4 (en üst sınır)	-3 (geç)	-2 (erken)	-1 (geç)	+1 (erken)	+2 (geç)
Üreme Evresi			Menopozal Geçiş		1 yıl	
			Perimenopoz			

**Şekil 1.1. STRAW’da Tanımlanan, Kadınlarda Normal Üreme Yaşlanma Aşamaları** (Soules ve diğ., 2001’den özetlenmiştir).

## **1.2. Menopoz Dönemine Ait Belirtiler**

### **1.2.1. Adet Düzensizliği**

Menopozun yaklaşmakta olduğunun en belirgin göstergesi adet düzensizliğidir ve bu belirti bazı kadınlar için tek belirti olabilmektedir (Sommer, 2002). Düzensiz ve anormal kanamalar, hormon seviyelerinde dalgalanmaların görüldüğü perimenopoz dönemindeki kadınlar arasında oldukça yaygın belirtilerdir (Soules ve diğ., 2001). Bu dönemdeki adet döngüsü, genellikle daha uzun aralıklarla seyretmesine rağmen, bazı durumlarda daha kısa aralıklarla da seyredilmektedir (Van Voorhis, 2005). Dolayısıyla perimenopozal dönemin en belirgin özellikleri arasında adet düzensizlikleri, lekelenme denilen iki adet arası kanamalar, aşırı ve uzun süreli adet kanamaları ve atlanan adet dönemleri gösterilmektedir (Sommer, 2002; Van Voorhis, 2005).

### **1.2.2. Vazomotor ve Somatik Belirtiler**

Vazomotor belirtiler olarak da bilinen ateş basmaları ve gece terlemeleri, menopozda en sık bildirilen belirtilerdir (Sommer, 2002). Sıcak basması vücudun içten ürettiği bir belirti olsa da, çevresel faktörlerden, stres ve heyecandan da etkilendiği bilinmektedir. Vücut ısısındaki gerçek bir sıcaklık artışı olan bu belirti, genellikle vücudun bir kısmında başlayarak hızla diğer bölgelere doğru yayılmaktadır ve bunu terleme takip etmektedir. Sıcak basması ataklarının süresi 30 saniyeden 12 dakikaya kadar uzayabilmektedir. Belirtinin süresi değişebildiği gibi, sıklığı ve ortaya çıkış şekli de kişiden kişiye değişmektedir (Sommer, 2002). Vazomotor belirtiler menopoz öncesinde de ortaklaşabilse de (Sommer, 2002), genel olarak bu belirtilerin sıklığı ve şiddeti, erken perimenopozdan geç perimenopoza geçiş süresince artmaktadır (Guthrie, Dennerstein, Taffe ve Donnelly, 2003). Rahatsız edici sıcak basmalarının sıklığı, son adet döneminden 2 yıl önce artmaya başlamakta ve sonraki 2 yıla kadar en üst seviyeye ulaşmaktadır. Ancak bu tepe noktasını takiben, postmenopozal yıllarla birlikte aşamalı bir gerileme izlenmektedir (Guthrie ve diğ., 2003). Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması'na göre, premenopozal kadınların %10'u sıcak basması bildirirken, son adet döneminden önceki 3 ile 9 aylık dönemde bu oran %50'ye ulaşmaktadır (McKinlay, Brambilla ve Posner, 1992).

### **1.2.3. Diğer Fizyolojik ile Zihinsel İşlevlerdeki Değişimler**

Menopoz süresince üro-genital sistemde meydana gelen birtakım anatomik değişimlere bağlı olarak, vajinal kuruluk, ağrılı cinsel ilişki, sık idrara çıkma ve idrar kaçırmaya belirtileri görülebilmektedir. Özellikle postmenopozal kadınlar arasında kemik erimesi ve kalp rahatsızlıkları yaygın şikâyetlerdendir. Bunlara ek olarak saçlarda incelme, yüzde hafif tüylenme, meme dolguluğu ile esnekliğinin kaybı ve azalan fiziksel etkinliğe bağlı olarak kilo alımı da diğer fizyolojik belirtiler arasında gösterilmektedir (Sommer, 2002). Zihinsel işlevlerle ilgili olarak en fazla unutkanlık ve dikkati toplayamama belirtileri yaygınlık göstermektedir. Perimenopoz süresince bildirilen unutkanlık, dikkat dağınıklığı ve problem çözme zorlukları olağan belirtiler olarak kabul edilmektedir (Sommer, 2002).

### **1.2.4. Psikolojik Değişimler**

Menopoz süresince, depresif duygu durum, gerginlik, sinirlilik / çabuk öfkelenme, enerji kaybı ve isteksizlik, uyku problemleri, unutkanlık, stresli yaşam olaylarından daha kolay etkilenme gibi birtakım psikolojik belirtiler yaşanmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Her ne kadar gerginlik, sinirlilik, kaygı ve depresyon gibi olumsuz duygulanımlar menopozal geçiş için olağan görülmeğe de, bu belirtiler sıcak basmalarına oranla çok daha az bildirilmektedir (Sommer, 2002). Bu dönemde sıkça meydana gelen depresyon ve anksiyete belirtilerinin doğrudan menopozla bağlanabilmesi için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Çoğunlukla şiddetli menopozal belirtilerin birtakım psikolojik sorunlara neden olabileceği tartışılrsa da, orta yaş dönemine özgü olarak meydana gelen diğer değişimlerin rolü de araştırılmaktadır.

### **1.3. Menopoz Belirtileri ile İlgili Çalışmalar**

Menopoz sürecindeki kadınlar, vazomotor belirtiler, vajinal kuruluk, uyku bozuklukları, disforik duygu durum, bilişsel değişim, somatizasyon / ağrı, üriner sorunlar, kanama sorunları ve cinsel belirtiler gibi çok çeşitli türlerde belirtiler yaşamaktadırlar (Dennerstein, Dudley, Hopper, Guthrie ve Burger, 2000; Gold ve diğ., 2000). Toplum tabanlı kesitsel bir çalışmaya göre, premenopozdan perimenopozla geçişte vazomotor belirtilerin; perimenopozdan postmenopozla geçişte ise üro-genital belirtiler ile uyku sorunlarının daha belirgin olduğu bulunmuştur (Maartens, Leusink, Knottnerus, Smeets ve Pop, 2001). Toplum tabanlı boylamsal

bir çalışmada, erken perimenopozdan geç perimenopoza geçişte en fazla bildirilen belirtiler sırasıyla; sıcak basması, gece terlemeleri ve vajinal kuruluk olarak bulunmuştur. Ayrıca menopozal geçişle birlikte artış gösteren uykusuzluğun, rahatsız edici sıcak basmalarının ve psiko-sosyal faktörlerin bir yansıması olduğu da bulgular arasındadır (Dennerstein ve diğ., 2000). Bir başka çalışmada da, vazomotor belirtilerin menopoza geçişle birlikte arttığı ve menopozal durumla güçlü ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak psikolojik belirtilerin menopozal duruma kıyasla, özellikle aile yaşantısıyla ilgili güncel yaşam olayları ve zorlukları ile daha fazla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle, orta yaş kadınlarının psikolojik belirtilerine ilişkin tedavi söz konusu olduğunda, güncel yaşam olayları, geçmiş deneyim ve davranışlar gibi menopoz dışındaki faktörlerin de değerlendirilmesi önerilmektedir (Hardy ve Kuh, 2002).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada, menopozal belirtilerin en fazla 55 - 60 yaşta görüldüğü ve eğitim seviyesi arttıkça menopoza ait belirtilerin arttığı bulgulanmıştır (Uçanok ve Bayraktar, 1996). Bir başka çalışmada da en yaygın menopozal belirtilerin sırasıyla; eklem ve kas ağrısı, sinirlilik, sıcak basması, uyku zorlukları, depresif hissetme ve cinsel istekte azalma olduğu bulunmuştur (Hotun Şahin ve Coşkun, 2007).

Study of Woman's Health Across the Nation (SWAN)'e göre tüm menopozal belirtilerin yaygınlığı, premenopozdan erken perimenopoza doğru artış göstermektedir. Özellikle premenopozdan erken perimenopoza ve erken perimenopozdan geç perimenopoza geçişle birlikte vazomotor belirtilerin sıklığı ve şiddeti artmaktadır. Ancak, postmenopoza doğru ilerledikçe bu belirtilerin yaygınlığında ciddi düşüşler yaşansa da; unutkanlık, ağrılar ve uyku sorunlarının yaygınlığındaki düşüşler daha az olmaktadır ve üro-genital belirtilerin yaygınlığında artış gözlenmektedir. Psikolojik belirtilerin yaygınlığı en fazla erken perimenopozal kadınlar arasında gözlenmekte iken; bu belirtilerin geç perimenopozal evreden itibaren düşüşe geçtiği de bulgular arasındadır (Avis, Brockwell ve Colvin, 2005). SWAN ayrıca, ırk / etnik kökenler arasındaki belirtilerin de önemli düzeyde farklılaştığını göstermektedir. Buna göre Kafkas kadınlarıyla karşılaştırıldıklarında, Çin, Japon, Afrikalı-Amerikalı ve İspanyol kadınlar önemli ölçüde daha az belirti bildirmektedirler (Avis ve diğ., 2001; Gold ve diğ., 2000). Menopozal belirtilerdeki bu farklılıklar göz önüne alındığında, belirtilerin menopoza mı, yaşlanmaya mı, yoksa başka fiziksel ya da psiko-sosyal faktörlere bağlı olarak mı ortaya çıktığı

önemli bir tartışma konusu yaratmaktadır. Menopozal belirtileri gruplamak üzere yapılan birçok araştırma sonucuna göre, çoğunlukla vazomotor belirtilerin psikolojik veya somatik belirtilerden ayrıldığı görülmektedir (Avis, 2005). Bu dönemde ortaya çıkan birçok belirti menopoza atfedilmişse de, sadece vazomotor belirtiler ve vajinal kuruluşun menopozla doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir. Diğer belirtiler de menopozal geçişle ilişkili görünse de, bunların bazıları vazomotor ve üro-genital belirtilere ikincil olarak veya başka nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Nelson, 2008). Diğer taraftan, vazomotor belirtilerin, menopozal durum, östrojen seviyeleri, düşük sosyo-ekonomik seviye (SES), sigara içme, az fiziksel aktivite ve menopoza ilişkin premenopozal tutumlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Avis, 2003).

Belirti bildirmedeki bireysel farklılıkların menopozla ilişkin tutumlardan, etnik, sosyo-kültürel (cinsiyet, üreme ve yaşlanmaya ilişkin söylemler) ve yaşamsal birtakım faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir (Hunter ve O’Dea, 1997). Faktör analizi sonuçları hem vazomotor hem de psikolojik belirtilerden oluşan tek bir menopozal sendrom olduğu görüşünü desteklememektedir. Ayrıca sadece vazomotor belirtiler menopozal durum ile tutarlı ilişkili bulunduğundan, menopoza geçiş boyunca bildirilen belirtilerin yaygınlığı da tek bir menopozal sendrom görüşüne karşıdır. Kültürlerarası farklılıklar ve ırk / etnik gruplar arasındaki farklılıklar da belirti bildirmenin evrensel olmadığını göstermektedir. Evrensel bir menopozal sendromun olduğuna dair yeterli kanıt olmamasına rağmen, menopozal kadınlar sıklıkla bir grup belirtiyle kliniklere başvurumaktadırlar. Ancak bu belirtilerin bazıları genel yaşlanmaya veya menopozdan bağımsız diğer yaşam olaylarına bağlı olabilmektedir (Avis, Brockwell ve Colvin, 2005).

#### **1.4. Depresyon**

Duygu durum bozuklukları “duygu durumundaki ya da uzun süreli duygusal durumdaki rahatsızlıklar” olarak; depresyon da “yoğun üzüntü hissi, faaliyetlere ilginin kaybolması ve genellikle aşırı suçluluk ya da değersizlik hisleri ile belirlenen duygu durumu bozukluğu” olarak tanımlanmaktadır (Morris, 2002: 534). Bu tabloya, umutsuzluk ya da karamsarlık duyguları, sinirlilik, dikkati toplamada, detayları hatırlamada ve karar vermede zorluk, uyku sorunları, aşırı yeme veya iştah kaybı ile intihar düşüncesi veya intihar girişimi ile ilgili düşünceler gibi belirtiler de eşlik etmektedir (National Institutes of Health: NIH, 2011). Herkes, yaşamsal birtakım faktörler nedeniyle zaman zaman benzer belirtileri kısa süreli yaşayabilmektedir.



Klinik olarak anlamlı depresyon seviyeleri (majör depresyon) ile normal olarak nitelendirilen duygu durum değişimleri arasında ayırım yapabilmek için belirtilerin uzun süreli devam eden ve günlük yaşamı yoğun şekilde etkileyen ciddi düzeylere ulaşması gerekmektedir (NIH, 2011).

Depresyon, erkeklere kıyasla kadınlar arasında daha yaygındır ve kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde depresyondan etkilenme oranları %25'tir (Kahn, Moline, Ross, Altshuler ve Cohen, 2001). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV'te, majör depresyonun yaşam boyu görülme riski oranları kadınlar için %10 ile %25; erkekler içinse %5 ile %12 olarak verilmiştir (American Psychiatric Association: APA, 1994). DSM 5'e göre erken ergenlikten itibaren, erkeklere oranla kadınlarda 1.5 ile 3 kat daha fazla majör depresif bozukluk görülmektedir (APA, 2013). Sınırlı veriler, yüksek oranlardaki klinik depresyon veya depresif belirtilerin, düşük SES, maddi sıkıntılar, fiziksel hareketsizlik, düşük sosyal destek, stres ve kötü fiziksel sağlık ile ilişkili olarak etnik gruplar arasında ortaya çıkabildiğini göstermektedir (Bromberger, Harlow, Avis, Kravitz ve Cordal, 2004).

#### **1.4.1. Menopoz Sürecindeki Kadınlarda Depresyon ve İlgili Çalışmalar**

Medikal görüşten temel alan yaklaşımlar, östrojenin beyindeki kimyasallarla etkileşime girerek duygu durumu etkilediğini ve bazı kadınlarda perimenopoz boyunca östrojen seviyelerindeki düşüşün depresyona yol açabileceğini önermektedir (Kahn ve diğ., 2001). Ancak geleneksel psikolojik görüşün de önerdiği üzere, orta yaşlılık dönemi, menopozal belirtilerin yanı sıra başka stresli yaşam olaylarının da meydana geldiği yıllardır. Bunların başlıcaları; çocukların evden ayılmasıyla birlikte hüznü duygu durumuna karşılık gelen boş yuva sendromu, ebeveynlerin hastalıkları veya ölümleri, sağlık sorunları, yaşlılıkla yüzleşme ve çalışma durumu ile ilgili sıkıntılardır (Dennerstein ve Alexander, 2006). Bir çalışmada, depresif perimenopozal kadınların depresif olmayanlara göre daha fazla olumsuz yaşam olayı bildirdikleri ve iyi sosyal / ailesel ilişkilerin depresif belirtilere karşı koruyucu bir role sahip olduğu görülmüştür (Schmidt, Murphy, Haq, Rubinow ve Danaceau, 2004). Psiko-sosyal teori, perimenopoz sırasında meydana gelen duygusal belirtilerin evlilik sorunları, fiziksel hastalıklar ve maddi sorunlar ile açıklanabileceğini savunuyorsa da (Ballinger, 1990), bir vaka-kontrol çalışmasında eğitim seviyesi, evlilik problemleri ve ekonomik seviye açısından depresif olan ve olmayan perimenopozal kadınlar arasında fark görülmemiştir (Öztürk, Eraslan, Mete ve

Özşener, 2006). Ancak daha önce depresyon öyküsü olan premenopozal kadınların, depresyon öyküsü olmayanlara oranla menopozal geçişte çok daha fazla anlamlı depresif belirtiler bildirdiklerini gösteren çalışmalar mevcuttur (Cohen, Soares, Vitonis, Otto ve Harlow, 2006; Freeman, Sammel, Lin ve Nelson, 2006; Kahn ve diğ., 2001).

Depresyonla ilgili birçok sorunun, kadınların yirmili yaşlarında veya daha öncesinde başladığı bilinmektedir. Depresyonun ilk defa menopozdan sonra ortaya çıkması alışıldık bir durum olmasa da, bazı kadınlar hayatlarında ilk defa perimenopozdayken depresif olmaktadır (Kahn ve diğ., 2001). Birtakım çalışmalar, şiddetli vazomotor belirtilerin negatif duygu durumuyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Avis ve diğ., 2001; Dennerstein, Lehert, Burger ve Dudley, 1999). Perimenopozal döneme ilişkin olarak, orta şiddetli / çok şiddetli depresif belirtileri olan kadınların hafif depresif belirtileri olan ya da hiç depresif belirtisi olmayanlara göre 2 kat daha fazla vazomotor belirtiler bildirmeleri, şiddetli vazomotor belirtilerin depresif belirtileri daha da kötüleştirildiğini düşündürmektedir (Reed ve diğ., 2009).

Depresyon menopozda sık rastlanan bir belirti olsa da, her kadın depresif belirtiler yaşamamaktadır. Dolayısıyla bunun evrensel bir belirti olduğunu söylemek mümkün değildir (Freeman, 2010). Bu konudaki literatür bulguları, menopozal durumu tanımlamada iyi yapılandırılmış tutarlı bir yapının eksikliği, depresyonu belirlemede standart psikiyatrik bir değerlendirmenin olmayışı ve örneklemelerin hem kliniklerdeki kadınlardan hem de normal popülasyondan seçilmesi gibi nedenlerden dolayı tutarsızlık göstermektedir. Ancak bu metodolojik sınırlılıklara rağmen, kesitsel ve toplum temelli çalışmalar incelendiğinde, genel olarak doğal menopoza geçiş ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki ve depresyon geliştirmede artmış risk gözlenmektedir (Cohen, 2005). Epidemiyolojik çalışmalar (Avis, Brambilla, McKinlay ve Vass, 1994; Kaufert, Gilbert ve Tate, 1992) menopoz ile depresyon için artmış risk arasında ilişki bulunmadığını göstermekteyse de, bazı çalışmalar (Freeman ve diğ., 2004; Maartens, Knottnerus ve Pop, 2002) premenopozdan perimenopoza geçişin depresif belirtiler için artmış riskle ilişkili olduğunu ve depresyon riskinin postmenopozla birlikte düşmeye başladığını göstermektedir. Benzer şekilde, SWAN (Bromberger ve diğ., 2007) ve The Melbourne Study'de (Dennerstein, Guthrie, Clark, Lehert ve Henderson, 2004) de, pre ve postmenopoz evrelerindeki kadınlara göre erken ve geç perimenopozal kadınlar arasındaki depresif

belirtiler daha fazla bulunmuştur. Bir başka çalışmada da, premenopozal döneme kıyasla, son adet dönemini çevreleyen 24 ay boyunca depresyon başlangıç oranları 14 kat daha fazla bulunmuştur (Schmidt, Haq ve Rubinow, 2004). Premenopoza kıyasla hem erken hem de geç perimenopozal kadınlar için depresyon riski artmış görünmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da (Bezircioğlu, Gülseren, Öniz ve Kındıroğlu, 2004; Sağsöz, Oğuztürk, Bayram ve Kamacı, 2001), menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon düzeyleri menopoz öncesi gruba oranla daha yüksek bulunmuştur.

### 1.5. Anksiyete

Anksiyete, çağdaş toplumlarda yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Şüphesiz, günlük yaşamda belirli durumlar karşısında duyulan kaygı ile anksiyete bozuklukları ayırt edilmelidir (Bourne, 2010). Kaygı bozuklukları “kaygının belirgin bir özellik olduğu ya da kaygıdan kaçınmanın normal dışı davranışı güdülediği bozukluklar” olarak tanımlanmaktadır (Morris, 2002: 539). Kişinin anksiyetesi panik atakta olduğu gibi çok şiddetli ise, stresli bir yaşam olayından sonra aylarca devam ediyorsa veya fobilere neden oluyorsa, bunun normal bir kaygı olduğunu söylemek mümkün değildir.

Anksiyete kelimesi “etimolojik kaynağını Yunancadan almaktadır ve kök olarak *sıkıca bastırmak* veya *boğazını sıkıkmak* anlamlarına gelmektedir” (Lewis, 1967’den akt. Marks, 1987: 7). Anksiyete bozukluklarında en sık görülen belirtiler; nefes almada güçlük, kalp atışında hızlanma, titreme, terleme, boğulma hissi, bulantı ya da karın ağrısı, uyuşma hissi, baş dönmesi, sıcak basması veya ürperme, ölmekten korkma, kontrolünü kaybetmekten korkma ve göğüste ağrıdır (Bourne, 2010). Anksiyete bozukluklarının erkeklerden daha çok kadınlar arasında yaygın olduğu söylenebilir. Düşük sosyo-ekonomik seviyenin ve zorlu hayat şartlarının anksiyete riskini artırdığı bilinmektedir. Anksiyete bozukluklarına çoğunlukla depresyon da eşlik etmektedir (Kocabaşoğlu, 2002).

Anksiyete ve korku kavramları benzer ve birbiriyle örtüşüyor gibi görünse de aslında oldukça farklı dinamiklere sahiptirler. Korku, var olan gerçek bir tehlikeye karşı gerekli olan kaç ya da savaş tepkisi için otonomik uyarılmayla ve kaçma davranışlarıyla ilişkili iken; anksiyete gelecekteki bir tehlikeye karşı tetikte olma, tedbirler alma ve kaçınma davranışlarıyla ilişkilidir (APA, 2013). Anksiyete, fizyolojik, psikolojik ve davranışsal bir tepkidir. Fizyolojik düzeyde; kalp hızında

artış, kaslarda gerginlik, mide bulantısı, ağız kuruluğu, terleme vb. belirtiler içerebilir. Davranışsal düzeyde; hareket yeteneğinde, kendini ifade edebilme ve belirli günlük durumlarda başa çıkabilme becerilerini kısıtlayabilmektedir. Psikolojik boyutta ise, kişinin endişe ve tedirginliği deneyimleme şekli ve şiddetinin öznel bir durum olduğu dikkate alınmalıdır. Değişik boyutlarda olabilen bu şiddet, basit bir huzursuzluk hissinden ciddi bir ölüm korkusunun eşlik ettiği veya kişinin çıldıracağı gibi hissettiği bir panik atak tablosuna kadar farklılık gösterebilmektedir (Bourne, 2010).

### **1.5.1. Menopoz Sürecindeki Kadınlarda Anksiyete ve İlgili Çalışmalar**

Anksiyete belirtilerinin depresyona oranla daha yaygın olduğu bilinmekteyse de (Freeman ve diğ., 2005), literatürde daha ziyade menopoz ile depresyon arasındaki ilişkinin araştırılmış olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili olarak kesin sonuçlara varılamamakla birlikte, menopozal geçişte anksiyete düzeylerinin artış gösterdiği ve menopozdan sonra düşmeye başladığı öne sürülmektedir (Bromberger ve diğ., 2001; Freeman ve diğ., 2005). Kesitsel bir çalışmanın (Avis ve diğ., 2001) bulguları, yaşları 40 ile 55 arasında değişen kadınların yaklaşık %52'sinin kendilerini gergin, sinirli ve huzursuz hissettiklerini göstermekte iken; benzer bir örnekleme yürütülen bir başka kesitsel çalışmada (Bromberger ve diğ., 2001) kadınların %24'ünün psikolojik sıkıntı bildirdikleri ve sıkıntı şiddetinin en yüksek perimenopozal grupta bildirildiği bulgulanmıştır. Erken dönem literatür de, genel popülasyonda bu dönemdeki kadınların depresif ve anksiyete belirtilerinin yüksek oranda olduğunu göstermektedir (Ballinger, 1975).

Anksiyete ile sıcak basmasının ilişkili bulunduğu bir çalışmada (Freeman ve diğ., 2005), orta şiddette anksiyetesi olan kadınların 3 kat ve yüksek şiddette anksiyetesi olanların 5 kat daha fazla sıcak basması deneyimledikleri bulgulanmıştır. SWAN (Gold ve diğ., 2006) sonuçları da, Hispanikler hariç, tüm etnik gruplarda başlangıçtaki anksiyete seviyelerinin vazomotor belirtilerle güçlü ilişkili olduğunu göstermektedir. Toplum tabanlı güncel literatür, menopozal geçişteki anksiyete ve depresyon belirtilerinin stresli yaşam olaylarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Hardy ve Kuh, 2002; Moilanen ve diğ., 2010). Yaşları 34 ile 55 arasında değişen kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada da anksiyetenin olumsuz menopozal tutumlarla ve kötü menopozal belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Bauld ve Brown, 2009).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Bezircioğlu ve diğ., 2004), hem menopoz öncesi ve menopoz sonrası grupların hem de doğal ve cerrahi yolla menopoza girmiş olan grupların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Ancak menopoz sonrası grupta düşük eğitim seviyesinin anksiyete ve depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, Sağsöz ve arkadaşları (2001) da menopoz öncesi ve sonrasındaki kadınlar arasında anksiyete seviyelerinin anlamlı düzeyde farklılık göstermediklerini bulgulamışlardır.

### **1.6. Menopoza İlişkin Bakış Açıları**

Menopoz 7. yüzyıldan itibaren tıbbi yazılarda tarif edilmeye başlanmışsa da, Batı kültüründe bir terim olarak kullanımı 19. yüzyılın sonlarını bulmuştur (Sommer, 2002). Tarihsel süreç içinde, menopoza ilişkin bakış açılarının farklılaştığı görülmektedir. 19. yüzyılda, menopozal dönem depresyon ve anksiyete ile yakından ilişkili görülmekteydi ve kadınların içinde buldukları durum için *involüsyonel melankoli* terimi kullanılmaktaydı (Ballinger, 1990). 20. yüzyıla gelindiğinde, bu terimin yerini, kadınların yaşamakta oldukları tüm duygusal sorunları tarif etmek üzere kullanılan *menopoz sendromu* almıştır. Bu süreçte menopozla birlikte kadınların depresif, kaygılı, sinirli hissetmesi yönünde beklentiler gelişmiştir (Ballinger, 1990). Özellikle 1950'li yıllarda yaygın olan biyo-medikal yaklaşım hormonların etkileri üzerinde durmaktaydı ve klinik örneklerden elde edilen bulgular tüm popülasyona genellenmekteydi (Palmlund, 1997). Böylece bir yanlılık sorunu yaşanmaktaydı. Ancak 70'li ve 80'li yıllardaki kesitsel çalışmalarla birlikte, yalnızca vazomotor belirtilerin doğrudan menopozla ilişkili olduğu, duygu durumdaki değişimlerin hormon seviyelerindeki değişimlerle açıklanamayacağı fikri oluşmaya başlamıştır ve menopozla ait belirtiler üzerinde sosyo-kültürel faktörlerin etkisinden bahsedilmeye başlanmıştır (Hunter, 1993).

Menopoza ilişkin araştırmalar tıbbi model ve sosyo-kültürel model olarak iki kutupta toplanmaktadır. Tıbbi model, klimakterik sendromun belirtilerine odaklanmaktadır ve endokrinologlar, östrojen eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler yoluyla, menopozu tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak görmektedirler (Collins, 2002). Ancak bu görüş, sosyal faktörleri ve kadınların birtakım deneyimlerini göz ardı ettiği ve menopozu bir problem ya da hastalık olarak tanımlayan literatürün cinsiyetçi güç ilişkilerindeki eşitsizliği beslediği düşüncesiyle eleştirilmektedir (Hunter ve O'Dea, 1997). 1970'li yıllardan itibaren, menopozun

kadınlar üzerinde az ya da dolaylı bir etkisi olduğunu öne sürmekte olan sosyo-kültürel bakış açısı geliştirilmiştir. Tıbbi görüşün baskınlığına tepki olarak ortaya çıkan bu yaklaşım, menopozal sorunları belirlemede menopoza ve yaşlanmaya ilişkin olumsuz kalıp yargılar ile kadınlara biçilmiş sınırlı sosyal rollerin etkisine vurgu yapmaktadır (Neugarten, 1979). Menopozun birey tarafından tecrübe edilişi çeşitli psikolojik, fizyolojik, sosyolojik ve kültürel özellikleri yansıtmaktadır. Menopozun etkilerini tamamen değerlendirebilmek için, fizyolojik değişimlerin etkilerinin de iyi anlaşılması gerekmektedir. Bedensel değişiklikler kişinin ruh halini etkileyebilmektedir. Tutum ve psikolojik yapının diğer özelliklerinin, menopoza ait fiziksel değişimler hakkındaki algı ve duyguları etkileme olasılığı vardır. Bu nedenle, güncel çalışmalar bu iki modelin birleştiği bir biyo-psiko-sosyal modele vurgu yapmaktadır (Collins, 2002). Bu model, sosyal, psikolojik ve biyolojik değişkenlerin arasındaki etkileşimsel ilişkiye dikkat çekmektedir (Hunter ve O’Dea, 1997).

### **1.6.1. Menopoza İlişkin Tutumlar ve İlgili Çalışmalar**

Tutum “bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilim” olarak tanımlanmaktadır (Smith, 1968’den akt. Kağıtçıbaşı, 2008: 110). Tutumlar doğrudan gözlenemese de, kişinin davranışları üzerinden tutumları hakkında fikir yürütmek mümkündür. Tutumların duygu, davranış ve düşünce olmak üzere üç temel ögesi bulunmaktadır (Kağıtçıbaşı, 2008). Menopoza ilişkin tutumlar dikkate alındığında, kişinin menopozu olumsuz bir olay olarak görmesi, örneğin menopozla birlikte fiziksel çekiciliğini kaybedeceğini düşünmesi, tutumun bilişsel ögesini oluşturmaktadır. Bu düşüncenin yarattığı sıkıntı veya sinirlilik hissi tutumun duygusal ögesini; buna bağlı olarak tıbbi destek almak, menopozu ötelemeye yönelik girişimlerde bulunmak tutumun davranışsal boyutunu göstermektedir. Dolayısıyla, bir nesne ya da olguya yönelik kişinin tutumları, o şeye ilişkin düşünce, duygu ve davranışları da birbiriyle uyumlu kılmaktadır.

Feminist bakış açısında, menopozun tıpkı ergenlik gibi doğal gelişimsel süreç içerisinde meydana gelen bir olay olduğu görüşü hâkimdir. Buna göre, menopoz döneminde çeşitli fiziksel belirtileri deneyimlemenin yanı sıra kadının toplumsal rollerinde de birtakım değişikliklerin meydana gelmesi beklenmektedir. Bu değişimlerin tamamı doğal süreçlerdir, dolayısıyla menopoz bir hastalık gibi ele

alınarak tıbbi müdahalelerle tedavi edilmeye çalışılmamalıdır (Dickson, 1990). Menopoz her ne kadar biyolojik bir olay olsa da, menopozun anlamlarının çoğu sosyal yapıyla ilişkilidir. Sosyo-kültürel düzeyde, toplumun menopozal ve postmenopozal kadınlardan beklentileri ve bu kadınlara ilişkin tepkileri, kadının rolünün ne derecede üreme kapasitesiyle tanımlandığından ve yaşlanma ile toplumsal cinsiyete ait kültürel inançlardan etkilenebilmektedir. Kaldı ki, bireyin kendisi de bu beklenti, algı ve inançları paylaşmaktadır (Sommer, 2002).

Sosyal statünün yaşla birlikte arttığı toplumlarda, kadınların menopoza ilişkin daha olumlu tutumlara sahip oldukları görülmektedir (Avis ve McKinlay, 1995). Bazı Batılı olmayan toplumlarda, menopozun üreme yılları boyunca kadınlara getirilen birçok kısıtlamayı kaldırdığı düşünülmektedir. Batı kültüründe ise, gençlik üzerinde daha fazla durulduğundan, menopoz yaşlanma ve yaşlılığın getirdiği sınırlılıklarla ilişkilendirilmektedir. Menopozu deneyimleme açısından kültürler arasında farklar olmasıyla birlikte aynı kültürün kadınları arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Bunlar üzerinde özellikle kültürün ve menopozu algılamadaki bireysel farkların etkisinden bahsedilmektedir (Robinson, 1996). Bireysel düzeyde, bir kadının menopozla ilgili görüşleri, kendi tecrübeleriyle şekillenebileceği gibi, ailesinin içindeki ya da dışındaki diğer kadınları gözlemlemesiyle de oluşabilmektedir (Sommer, 2002).

Literatürdeki erken bir çalışma (Neugarten, Wood, Kraines ve Loomis, 1968), orta yaş dönemi kadınlarının menopozu olumsuz bir olay olarak görmediklerini ve önemsemediklerini göstermektedir. Ancak, daha erken yaşlardaki kadınların menopoza ilişkin daha olumsuz tutumlara sahip oldukları bulgular arasındadır. Benzer şekilde, bir başka çalışmada da (Leiblum ve Swartzman, 1986), kadınların genellikle menopozu olumsuz bir olay olarak görmedikleri bulgulanmıştır. Ancak, buna rağmen menopozu tedavi gerektiren tıbbi bir durum olarak görme eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Ek olarak, eğitim seviyesi düştükçe ve yaş arttıkça kadınların menopozu daha çok hastalık olarak görme eğilimlerinin artmakta olduğu gözlenmiştir. Bulgular, kadınların bu dönemde meydana gelen psikolojik değişimleri, hormonlara değil, sıkıntı verici yaşamsal olaylara bağlamakta olduklarını göstermektedir. Ancak menopozu tıbbi bir olay olarak görmelerine ve bedensel menopozal belirtilerini hormon seviyelerindeki dalgalanmalara bağlamalarına rağmen, hormon tedavisi almak yerine daha doğal yöntemler (düzenli beslenme, egzersiz vb.) kullanmayı tercih etmeleri şaşırtıcı olmuştur.

Bowles'a (1986) göre, menopoza ilişkin tutumların şekillenmesinde toplumsal inanç ve beklentiler rol oynamaktadır ve sosyo-kültürel bağlamdan doğan bu tutumlar da menopozal döneme ait belirtilerin deneyimlenmesini etkilemektedir. Bowles'un (1986) modeliyle örtüşmekte olan boylamsal bir çalışmada (Avis ve McKinlay, 1991), adetlerin sona ermesinin rahatlatıcı olduğu ve kadınların bu olay karşısında nötr duygular hissettikleri, bunun da menopoza ilişkin daha olumlu tutumlara neden olduğu bulunmuştur. Olumsuz tutumların ise, menopoza ait belirti düzeyi ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bu sonuçlara göre, menopoz öncesi tutumların, menopoz yaşantısında daha fazla menopozal ve depresif belirti yaşanmasına neden olduğunu söylemek mümkündür. Benzer şekilde Groeneveld ve diğerleri (1993) de, menopoza ilişkin daha olumsuz tutumlara sahip olan kadınların menopoz döneminde kendilerini daha kötü hissettiklerini bulgulamışlardır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan güncel bir çalışmada, menopozun sağlık ve fiziksel çekicilik üzerindeki etkilerini daha olumlu gören orta yaşlı kadınların menopoza ait daha az belirti deneyimlediklerini göstermektedir (Strauss, 2011). Bir çalışmada (Sievert ve Espinoza-Hernandez, 2003) menopoza ilişkin daha olumsuz tutumlara sahip olan kadınların daha fazla sıcak basması, gece terlemesi ve vajinal kuruluk bildirdiği bulgulanmıştır. Diğer taraftan sinirlilik, uykusuzluk ve baş ağrısı gibi diğer belirtilerin de menopoza ilişkin olumsuz tutumlara sahip olanlar arasında daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar (Huffman, Myers, Tingle ve Bond, 2005; Shea, 2006) mevcuttur. Menopoza ilişkin tutumların menopozal belirtiler üzerindeki etkisini inceleyen araştırmaların değerlendirildiği bir gözden geçirme çalışmasında (Ayers, Forshaw ve Hunter, 2010), kadınların daha çok olumlu ve nötr tutumlara sahip oldukları ve daha genç yaşlardaki kadınlarla pre ve perimenopoz dönemlerindeki kadınların daha fazla olumsuz tutuma sahip olma eğilimde oldukları sonucuna varılmıştır. Ayrıca, menopoza ilişkin olumsuz tutuma sahip olan kadınların, menopozal geçişte genellikle daha fazla belirti yaşadıkları da sonuçlar arasındadır. Bir yandan olumsuz sosyal tutumların ve kadının bireysel tutumlarının belirti deneyimini etkilediği tartışılırken, diğer taraftan belirtilerin de tutumlar üzerinde etkili olabileceği üzerinde durulmaktadır (Ayers, Forshaw ve Hunter, 2010).

Menopozal tutumlar ile menopoza ilişkin belirti bildirme ve belirti şiddeti arasında ilişki bulamayan kesitsel çalışmalar da mevcuttur (Akkuzu, Örsal ve



Keçialan, 2009). Ülkemizdeki bir çalışmada, kadınların, yaş ve eğitim düzeyleri arttıkça menopoza ilişkin daha olumlu tutumlara sahip oldukları; menopoz öncesi grubun, menopoz ile menopoz sonrası gruplarına göre ve menopoz grubunun da menopoz sonrası gruba göre daha olumsuz tutumlara sahip oldukları bulgulanmıştır. Buna karşılık, menopoza ilişkin belirtiler ile tutumlar arasında bir ilişki bulunamamıştır (Uçanok ve Bayraktar, 1996). Kesitsel bir çalışmada, katılımcıların çoğunun menopoza ilişkin olumsuz tutumlara sahip olduğu; eğitim seviyesi yüksek olanların, hormon tedavisi görenlerin ve daha ileri yaşlardaki kadınların daha olumlu tutumlara sahip oldukları görülmüştür (Kısa, Zeyneloğlu ve Özdemir, 2012). Bir başka çalışmada ise, kadınların yarısının menopozu problem olarak görmelerine rağmen, genelde menopoza ilişkin olumlu tutumlara sahip oldukları görülmüştür. Bunun yanı sıra, diğer bulgulara benzer şekilde eğitim ve çalışma durumu menopoza ilişkin tutumlarla ilişkili bulunmuştur (Akkuzu, Örsal ve Keçialan, 2009). Son yıllarda Türkiye’de 45 - 64 yaş arası örnekleme gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların çoğunluğunun menopozu olumlu bir olay gördükleri (adetten kesilme, doğal ve rahatlatıcı vb.), küçük bir kısmınınsa sıkıntı verici, depresyon, huzursuzluk, yaşlılık, eksiklik ve yetersizlik gibi tanımlamalarla olumsuz bir olay olarak gördükleri bulunmuştur. Menopoz terimi kadınların yaklaşık %50’sinde değişim / farklılık, %33’ünde ise kayıp duygusu uyandırmaktadır. Menopozu kayıp olarak görenlerin daha olumsuz menopozal tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca diğer çalışmalarla benzer olarak, olumlu tutumların yüksek eğitim seviyeleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Hotun Şahin ve Coşkun, 2007).

### **1.7. Orta Yaş Dönemindeki Kadınlarda Cinsiyet Rollerini ve İlgili Çalışmalar**

Cinsiyet, öncelikle doğurganlık özelliğine dayalı olarak kişinin doğuştan kadın ya da erkek olarak tanımlanmasını sağlayan biyolojik bir kategori iken; toplumsal cinsiyet, sosyo-kültürel yapının kadın ve erkek olmaya yüklemiş olduğu anlamları ve cinsiyetlerden beklediklerini ifade etmektedir (Eckert ve McConnell-Ginet, 2013). Çocukluk yıllarından itibaren, toplumun kadın ve erkeklerden beklediği roller arasındaki farklar her iki cinsiyete de aşılana başlansa da, bunun en yoğun olduğu dönem ergenlik ve genç yetişkinliktir. Orta yaş ve yaşlılık dönemlerinde ise beklenen toplumsal cinsiyet farklılıkları azalmakta ve giderek benzer hale gelmektedir (Michener ve DeLamater, 1998).

Sosyal etkileşimle alakalı olan toplumsal cinsiyet, davranışlar yoluyla gözlenebilmektedir. İnsanlar, kendilerini ve kendileri dışında kalan diğerlerini toplumsal cinsiyete bağlı olarak kategorize etme eğilimindedir (Smith, Noll ve Bryant, 1999). Cinsiyet rolleri, geleneksel olarak kadın ve erkek rolleri ile sınırlı tutulmuş olsa da bireylerin hem kadınsı hem de erkeksi cinsiyet rollerini bir arada bulundurabildikleri görülmüştür. Buna göre; erkeksi, kadınsı, androjen ve belirsiz olmak üzere dört adet cinsiyet rolü tanımlanmıştır. Kadınsı özellikleri daha çok erkeksi özellikleri daha az taşıyanlar kadınsı; erkeksi özellikleri daha çok taşıyan kadınsı özellikleri daha az taşıyanlar erkeksi; hem kadınsı hem de erkeksi özellikleri taşıyanlar androjen; ne kadınsı ne de erkeksi özellikleri taşıyanlar belirsiz cinsiyet rolüne sahip olarak sınıflandırılmıştır (Bem, 1974).

Çeşitli teoriler dolaylı ya da dolaysız olarak, kadın ve erkekler arasındaki duygu durum bozukluklarının yaygınlık oranları arasındaki farklılıkları cinsiyet rollerine özgü kişilik özelliklerine atfetmektedir (Bromberger ve Matthews, 1996). Alandaki çalışmaların daha çok erken yetişkinlik dönemindeki örneklemeler üzerinde yürütülmüş olduğu görülmektedir ve konuyla ilgili olarak orta yaş dönemindeki kadınlar üzerinde cinsiyet rolleri araştırmalarına fazla rastlanmamaktadır. Orta yaş dönemindeki kadınlarla yürütülmüş olan bir erken dönem çalışmasında, androjen, erkeksi ve kadınsı gruplar arasında en fazla sıkıntı verici belirti bildirenlerin kadınsı cinsiyet rolüne sahip oldukları ve bunu androjen grubun izlediği bulunmuştur (Frank, Towell ve Huyck, 1985). Çok daha erken dönemde yapılan bir araştırmada, anne ve babalar için çocukların henüz evden ayrılmadığı ebeveynlik yıllarında, erkeklerin daha erkeksi ve kadınların daha kadınsı rollere sahip oldukları, ancak boş yuva sendromu da denilen çocukların evden ayrılmasıyla birlikte, orta yaşlılık dönemlerindeki kadınların daha androjen rollere (kadınsı rollerden vazgeçmeden, daha kolay erkeksi rolleri kabullenme) doğru geçiş yaptıkları bulunmuştur (Livson, 1976'dan akt. Frank, Towell ve Huyck, 1985).

Yapılan bir araştırmada, kadınsı cinsiyet rollerine sahip olan orta yaşlı kadınların strese daha olumsuz etkilendiklerini bulunmuştur ve kadınsı cinsiyet rollerine sahip olmanın orta yaş dönemini daha sorunlu hale getirebileceği çıkarımında bulunulmuştur (Bromberger ve Matthews, 1996). Depresyonun kadınların strese verdikleri bir tepki olarak kabul edildiği görüşte, çaresizlik ve depresyon belirtilerinin normal kadınsı cinsiyet rolüne özgü davranışlarla ilişkili olduğu kabul edilmektedir (Tinsley, Sullivan-Guest ve McGuire, 1984). Geleneksel

kadınınsı cinsiyet rollerine ilişkin davranışlarla kadınlardaki depresyon arasında güçlü bir ilişkinin olduğundan hareketle gerçekleştirilen bir çalışmada da, daha önce depresyon tanısı almış grubun hiç tanı almayan gruba kıyasla daha fazla kadınınsı rollere sahip oldukları bulunmuştur. Orta yaşlı kadınlardan depresif olanların daha çok geleneksel kadınınsılık rollerini benimseme eğiliminde oldukları ve depresyon şiddetinin kadınınsı rolü kabulün şiddetiyle ilişkili olduğu da bulgular arasındadır (Tinsley, Sullivan-Guest ve McGuire, 1984). Daha erken yetişkinlik dönemleri ile orta yaşlılık ve ileri yaşlılık dönemlerinin kıyaslandığı bir çalışmada ise, daha genç yaştakilerin daha erkeksi cinsiyet rollerine sahipken, 40'lı yaşlardan sonra kadınların daha geleneksel kadınınsı cinsiyet rollerine sahip oldukları görülmektedir (Erdwins, Tyer ve Mellinger, 1983).

### **1.8. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın temel amacı, menopoz evrelerindeki kadınların menopoza ilişkin tutumlarının cinsiyet rollerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının ve depresyon ile anksiyete düzeylerinin menopoza ilişkin tutumlardan etkilenip etkilenmediğinin belirlenmesidir. Bu amaçla, katılımcıların anksiyete ve depresyon puanları üzerinde etkisi olabileceği düşünülen menopoz belirtileri de değerlendirilmiştir. Ayrıca, depresyon, anksiyete ve menopoza ilişkin tutumların özellikle menopoz yaşantısına ilişkin birtakım bilgilere, içinde bulunulan menopozal evrelere ve çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermedikleri araştırılmıştır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıda yer alan hipotezler sınanmıştır:

1. Perimenopoz dönemindeki kadınların depresyon ve anksiyete belirtileri, diğer menopoz evrelerindeki kadınlara göre daha şiddetlidir.
2. Perimenopoz dönemindeki kadınların, menopoza ait belirtileri diğer evrelerdeki kadınlara oranla daha şiddetlidir.
3. Menopozal belirtilerin şiddeti arttıkça, depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti de artmaktadır.
4. Postmenopoz grubundaki katılımcılar, diğer evrelerdeki katılımcılara göre menopoza ilişkin daha olumlu tutumlara sahiptirler.
5. Menopoza ilişkin olumsuz tutum ve görüşlere sahip olanlar, olumlu tutum ve görüşlere sahip olanlara göre daha şiddetli menopozal, depresyon ve anksiyete belirtileri yaşamaktadır.

6. Menopoza ilişkin tutumun depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisinde menopoz belirtileri aracı rol oynamaktadır.
7. Kadınsı cinsiyet rolüne sahip olan kadınlar, diğer cinsiyet rollerindekilere göre daha şiddetli menopozal belirtiler yaşamaktadır.
8. Kadınsı cinsiyet rolüne sahip olan katılımcılar, diğer cinsiyet rollerindeki kadınlara göre menopoza ilişkin daha olumsuz tutumlara sahiplerdir.
9. Kadınsı cinsiyet rolüne sahip olan katılımcılar, diğer cinsiyet rollerindeki kadınlara göre daha şiddetli depresyon ve anksiyete belirtileri yaşamaktadır.

### **1.9. Araştırmanın Önemi**

Literatürde sık sık, menopoza ilişkin belirtilerin yanı sıra depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların yaşandığı veya yaşanmasına karşı bir beklentinin olması gerekliliği tartışılmaktadır. Ancak konuyla ilgili yapılan araştırmaların bulguları, farklı kültürlerden ve farklı yöntemlerle seçilen örneklem ile kullanılan ölçme araçlarındaki farklılıklar nedeniyle tutarsızlık göstermektedir. İlgili alan yazında örneklemelerin çoğunlukla menopoz kliniklere başvuran kadınlardan seçilerek oluşturulduğu görülmektedir. Ancak, bu çalışmada klinik hastalarının yanı sıra bir örneklem oluşturacağı düşünülmüş ve bu nedenle normal popülasyondan kadınlarla çalışılmıştır. Literatür bulguları, bu dönemdeki kadınların yaşayabilecekleri çeşitli belirtiler üzerinde menopozun yanı sıra sosyo-kültürel faktörlerin de etkisi olduğunu göstermektedir. Önceki çalışmalar, tutumlar, menopozal belirtiler, depresyon ve anksiyete belirtileri ile çalışmış olsa da, cinsiyet rollerinin de değerlendirildiği kapsamlı bir araştırmanın eksikliği söz konusudur. Dolayısıyla bu çalışmada, karmaşık bir dönem olarak anılan menopoz sürecini çok boyutlu bir şekilde değerlendirebilmek amacıyla, cinsiyet rollerinin menopozla ilgili tutumlarına etkisinin olup olmadığı, menopozal tutumlarınsa depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Ayrıca çeşitli demografik ve menopoz yaşantısına ilişkin bilgiler ile menopoza ilişkin belirti şiddeti de kullanılarak, depresyon ve anksiyete üzerinde rol oynayabileceği düşünülen faktörler değerlendirilmeye çalışılmıştır. Böylece, ilgili literatürde de üstünde sıklıkla durulduğu gibi, doğrudan menopozun mu, yoksa bu döneme yüklenen anlamlar ve orta yaş dönemiyle birlikte doğal olarak kadınların yaşamlarında meydana gelen diğer değişikliklerin mi psikolojik sorunlar üzerinde etkisinin olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır.

## **2. YÖNTEM**

### **2.1. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evreni farklı menopozal dönemlerdeki kadınlardır. İçleme kriterleri, okuryazar olmak, 40 - 65 yaş arası olmak ve araştırmaya katılmaya imzalı onam vermektir. Örneklem kartopu yöntemiyle oluşturulmuştur. Araştırmacı önce yakın çevresinde tanıdığı ve ulaşabildiği, yaşları 40 - 65 yaşları arasında değişen 12 kadını çalışmaya almıştır. Bu kişilerden kendileri gibi benzer yaş aralıklarında bulunan tanıdıkları var ise en az bir kişi önermeleri istemiştir. Bu yöntemle toplam 396 kişilik bir olgu havuzu oluşturulmuştur. Bu kişilerden 8'i (%17.4) alt ve üst yaş sınırı içinde olmadığı için çalışmaya uygun bulunmamıştır. Çalışmanın içleme kriterlerine uygun olan 388 kadından 12'si çalışmaya katılmak istememiş ve 14'üne de ulaşamamıştır (cevap oranı %93.3). Araştırmaya alınan 362 kadından 12'si formları uzun bulduğundan çalışmayı yarıda bırakmıştır. Bu kişilerin verileri analizlerin dışında bırakılmıştır. Toplam analize giren örneklem 350 kişiden oluşmaktadır. Böylece çalışmaya uygun olan kadınların %90.2'si formları tamamlayarak analizlere dâhil edilebilmiştir.

### **2.2. Veri Toplama Araçları**

Çalışma verilerini toplamak üzere, araştırmacı tarafından oluşturulmuş katılımcı bilgi formu ile birlikte, toplamda altı adet öz-bildirim türünde ölçek uygulanmıştır.

#### **2.2.1. Katılımcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form ile katılımcılardan sosyo-demografik bilgilerin yanı sıra, buldukları menopozal evre, menopoz yaşı, menopoza geçiş şekli, bu dönemde yaşanan sıkıntılar ve menopozal yöntemler için başvurulan yöntemler gibi menopoz yaşantısına ilişkin birtakım bilgiler elde edilmiştir. Katılımcıların menopozal evreleri geçmiş 12 aylık adet düzenleri dikkate

alınarak değerlendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1996) ve STRAW (Soules ve diğ., 2001) tanımlamaları dikkate alınarak, birçok araştırmada (Avis, Brockwell ve Colvin, 2005; Bromberger ve diğ., 2007; Freeman ve diğ., 2004; Gold ve diğ., 2000) kullanılan ölçütlere benzer şekilde, katılımcıların olası menopozal evreleri belirlenmiştir. Buna göre, son 3 aydır adet düzeninde hiç bir değişim olmayanlar pre, geçmiş 3 aylık sürede adet kanaması devam eden ancak kanama düzeninde değişim olanlar erken peri, son adet kanamasının üzerinden en az 3, en fazla 11 ay geçenler geç peri ve adetten kesilmesinin üzerinden en az 12 ay geçmiş olanlar postmenopoz evresinde kabul edilmiştir. Ayrıca formun sonunda daha önceki çalışmalarda (Avis ve McKinlay, 1991; Leiblum ve Swartzman, 1986; Neugarten ve diğ., 1968) kullanılan ifadeler göz önüne alınarak beşi olumlu ve beşi olumsuz olmak üzere toplam 10 maddeden oluşan, menopozla ilişkin genel görüşlerin yer aldığı bir likert tipi ölçek bulunmaktadır. Maddeler; 0 = hiç katılmıyorum, 1 = biraz katılıyorum, 2 = orta derecede katılıyorum, 3 = oldukça katılıyorum ve 4 = tamamen katılıyorum olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan olumsuz maddelerin ters çevrilmesiyle bir toplam puan elde edilmektedir ve bu durumda artan puanlar daha olumlu görüşlere işaret etmektedir. Katılımcı bilgi formu EK 1’de sunulmuştur.

### **2.2.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği**

Asıl adı “Menopause Rating Scale” olan ölçek, menopoz belirtilerinin şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla, 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından Almanca olarak geliştirilmiş ve 1996 yılında İngilizce’ye uyarlanmıştır (Schneider, Heinemann ve Thiele, 2002’den akt. Gürkan, 2005).

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Gürkan tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik likert tipi ölçek, 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Somatik şikayetler alt boyutu; 1., 2., 3., 11. maddeleri, psikolojik şikayetler alt boyutu; 4., 5., 6., 7. maddeleri ve üro-genital şikayetler alt boyutu; 8., 9., 10. maddeleri içermektedir. Her bir madde için; 0 = hiç yok, 1 = hafif, 2 = orta, 3 = şiddetli, 4 = çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır ve ölçekten alınabilecek en az puan 0, en fazla puan 44’tür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, hem yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı hem de yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Gürkan, 2005).

Ölçeğin test tekrar test güvenilirlik ölçümü Pearson momentler çarpımı ile yapılmıştır ve toplam puan korelasyon katsayısı .92 bulunmuştur. Madde toplam güvenilirlik katsayılarından en düşük değer .59 ve en yüksek değer .89 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı ise .84 olarak bulunmuştur (Gürkan, 2005). Ölçek EK 2'de sunulmuştur.

### **2.2.3. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği**

Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ), farklı yaş gruplarındaki kadınların menopoz yaşantısına ve sonrasına ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla Uçanok tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşan ve beşli likert tipinde olan ölçek maddelerinden 2 tanesi olumlu, geriye kalan 18 tanesi olumsuz tutum ifadelerinden oluşmaktadır. Olumlu maddeler için, 0 = kesinlikle katılmıyorum, 1 = katılmıyorum, 2 = kararsızım, 3 = katılıyorum, 4 = kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmakta iken, olumsuz ifadeler ters yönde puanlanmaktadır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 80'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar olumlu, düşük puanlar ise olumsuz tutuma işaret etmektedir. Ortalama puan üzerine çıkıldıkça daha olumlu tutumlara sahip olduğu kabul edilmektedir (Uçanok, 1994).

Başta 24 maddeden oluşan ölçeğin geçerliğini saptamak için, 110 kişilik bir örneklem grubuyla çalışılmıştır. Ölçek maddelerinden, düşük ve yüksek puan alan grupları anlamlı ölçüde ayırt etme gücüne sahip olmadığı saptanan dört madde çıkartılarak ölçeğin son hali olan 20 maddelik form elde edilmiştir. Böylece ölçeğin yapı geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin tümü için bulunan iç tutarlılık katsayısı .86 ve Pearson momentler çarpımı korelasyonu .79 bulunmuştur. Dolayısıyla ölçeğin iç tutarlılığı ve puan değişmezliği açısından yeterli güvenilirliğe sahip olduğu söylenebilmektedir (Uçanok, 1994). Ölçek, EK 3'te sunulmuştur.

### **2.2.4. Beck Depresyon Envanteri**

Asıl adı "Beck Depression Inventory" olan envanter, Beck (1961) tarafından depresyonun derecesini nesnel olarak, sayılar yoluyla ifade edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Envanteri oluşturan 21 maddeden her biri için, semptomun şiddetini azdan çoğa doğru sıralayan, sıfırdan üçe kadar derecelendirilmiş dört adet kendini değerlendirme cümlesi bulunmaktadır (Hisli, 1988). Envanterden alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği, depresyon

düzeşinin ya da Şiddetinin yüksekliğini göstermektedir (Öner, 2012). Depresyon Şiddeti standart kesim noktalarına göre 4 gruba ayrılmıŐtır. Buna göre; 0 - 9 puan = hiç yok, 10 - 16 puan = hafif düzeyde depresyon, 17 - 29 puan = orta düzeyde depresyon, 30 ve üstü puan = Şiddetli düzeyde depresyon anlamına gelmektedir (Beck ve Steer, 1987'den akt. Smarr ve Keefer, 2011).

Envanterin iç tutarlık güvenilirliği .86 ile yüksek derecede bulunmuştur. Uygulayıcı uzmanlar tarafından bildirilen klinik bulgularla, elde edilen envanter puanları arasındaki karşılaştırmalar da envanterin geçerliğinin yüksek olduğunu işaret etmektedir. Ayrıca envanter, depresyonun derecesinin deęiŐtięi hasta grupları arasında etkin bir ayırım yapmaktadır. Bu geçerlik ve güvenilirlik bulguları doğrultusunda, envanterin depresyon üzerine yapılan ęalıŐmalar için kullanıŐlı bir ölçüm aracı olduğu belirtilmektedir (Beck, 1961).

Envanterin Türkęe uyarlaması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Hisli'nin (1988) bu ęalıŐmasında, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Minnesota ęok Yönlü Kişilik Envanteri-depresyon (MMPI-D) skalasından elde edilen puanlar arasındaki Pearson korelasyon katsayısı .63 bulunmuştur. Ayrıca klinik depresyonu yakalamada kesme noktasının 17 olarak alınması önerilmektedir (Hisli, 1988). Araştırmacı, envanterin üniversite öğrencileri için geçerlik ve güvenilirlik ęalıŐmasında, envanterin Cronbach's alpha katsayısını .80, yarıya bölme korelasyon katsayısını .74 olarak bulmuştur. MMPI-D skalası kullanılarak gerçekleştirilen birlikte geçerlik sınamasında ise iki ölçek arasındaki Pearson korelasyon katsayısı .50 olarak bulmuştur (Hisli, 1989).

Daha sonra yapılan bir ęalıŐmada da BDE ile Durumluluk ve Sürekli Kaygı-sürekli formu arasındaki korelasyon .47; Otomatik Düşünceler Ölçeği arasındaki korelasyon .74 ve Etkisiz Başa ęıkma Ölçeği arasındaki korelasyon .50 olarak tespit edilmiştir (Savaşır ve Hisli-Şahin, 1997). Ölçek, EK 4'te sunulmuştur.

### **2.2.5. Beck Anksiyete Envanteri**

Asıl formu "Beck Anxiety Inventory" olan envanter, Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Envanter, anksiyete belirtilerinin Şiddetini ölçmek amacıyla kullanılan ve 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Her madde için; 0 = hiç, 1 = hafif derece, 2 = orta derece ve 3 = ciddi derece seğeneklerinden biri iŐaretleterek 0 - 63 arasında değişen toplam puan elde edilmektedir (Beck, Epstein, Brown ve Steer, 1988). Ölçek üzerinden alınan



puanlarda, 0 - 7: hiç yok, 8 - 15: hafif derecede, 16 - 25: orta derecede ve 26 - 63: şiddetli derecede anksiyetenin varlığına işaret etmektedir (Beck ve Steer, 1993'ten akt. Brenner, 2011).

Envanterin asıl formunun, Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı .92, test tekrar test güvenilirlik katsayısı .75'tir. Envanterin BDE ile korelasyonu .48, gözden geçirilmiş Hamilton Depresyon Ölçeği ile korelasyonu .25 ve gözden geçirilmiş Hamilton Anksiyete Ölçeği ile korelasyonu .51 olarak bulunmuştur (Beck ve diğ., 1988).

Beck Anksiyete Envanteri'nin (BAE) Türkçe uyarlaması Ulusoy, Şahin ve Ekmen (1998) tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı .93, madde toplam korelasyon katsayıları .46 ile .72 arasında ve test tekrar test güvenilirlik katsayısı .57 bulunmuştur. Beck Anksiyete Envanterinin, Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu .41, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile .34, Beck Depresyon Envanteri ile .46, Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri-Sürekli Kaygı Ölçeği ile korelasyonu .53 ve Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri-Durumluluk Kaygı Ölçeği ile korelasyonu .45 bulunmuştur (Ulusoy, Şahin ve Ekmen, 1998). Ölçek, EK 5'te sunulmuştur.

### **2.2.6. Bem Cinsiyet Rolü Envanteri**

Asıl adı "Bem Sex Role Inventory" olan envanter, Bem (1974) tarafından geliştirilmiştir. Bem Cinsiyet Rolü Envanteri (BCRE), erkeksilik ve kadınsılığı iki bağımsız boyut olarak ele almaktadır. Envanter, her biri için 20 madde bulunan, kadınsılık, erkeksilik ve sosyal beğenirlik ölçeklerinden oluşmaktadır. Sosyal beğenirliği ölçen 20 madde dolgu maddesidir (Bem, 1974). BCRE'nin her bir maddesi; 1 = hiç uygun değil, 7 = tamamen uygun olacak şekilde puanlanmaktadır. Elde edilen kadınsılık ve erkeksilik puanlarının ortalamalarına göre bireyin androjen, kadınsı, erkeksi ya da belirsiz cinsiyet rolünden hangisine sahip olduğu belirlenmektedir. Kadınsılık ve erkeksilik puanları, kadınsılık ve erkeksilik ölçeği puan ortalamalarının üzerinde olanlar androjen; kadınsılık puanı ortalamasının altında, erkeksilik puanı ortalamasının üzerinde olanlar erkeksi; erkeksilik puanı ortalamasının altında, kadınsılık puanı ortalamasının üzerinde olanlar kadınsı; iki puanı da ortalamasının altında olanlar belirsiz cinsiyet rolü anlamına gelmektedir (Dökmen, 1991; Dökmen 1999 ve Öner, 2012).

BCRE'nin Türkçe formunun kadınsılık ve erkeksilik ölçeklerinin psikometrik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, faktör ve madde analizleri sonuçlarına göre, 1., 3., 5., 6., 7., 9., 11., 14., 16., 19., 22., 23., 24., 30., 31., 34., 36., 37., 39., 40. maddeler kadınsılık; 2., 4., 8., 10., 12., 13., 15., 17., 18., 20., 21., 25., 26., 27., 28., 29., 32., 33., 35., 38. maddeler erkeksilik ölçeğini oluşturmaktadır. Kadınsılık ölçeğinin alpha katsayısı .73, iki yarı güvenirlik katsayısı .76; erkeksilik ölçeğinin alpha katsayısı .75, iki yarı güvenirlik katsayısı .75 bulunmuştur (Dökmen, 1999).

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması iki ayrı örneklem üzerinde yürütülmüştür. Stanford örnekleme için erkeksilik alpha katsayısı .86, kadınsılık .80 ve sosyal beğenirlik .75; Foothill örnekleme için erkeksilik alpha katsayısı .86, kadınsılık .82 ve sosyal beğenirlik .70 bulunarak her üç puan için de sonuçların son derece güvenilir olduğu bildirilmiştir. Test tekrar test güvenirliği erkeksilik ve kadınsılık için .90, androjenlik için .93 ve sosyal beğenirlik için .89 bulunmuştur. Ayrıca envanterin kadınsılık, erkeksilik ve androjenlik ölçekleri ile Kaliforniya Psikolojik Envanteri orta düzeyde ilişkili bulunmuştur (Bem, 1974).

Envanter Türkçe'ye Kavuncu (1987) tarafından uyarlanmıştır. Türkçe formunun test tekrar test güvenirliğine ilişkin olarak, Pearson momentler çarpımı korelasyonu kadınsılık ölçeği için .75, erkeksilik ölçeği için .89 ve sosyal beğenirlik ölçeği için .87 bulunmuştur. Envanterin yapı geçerliğine ilişkin olarak, erkeksilik ve kadınsılık ölçekleri arasındaki korelasyon .21, sosyal beğenirlik ile erkeksilik ölçeği arasındaki korelasyon .34 ve sosyal beğenirlik ile kadınsılık ölçeği arasındaki korelasyon .59 bulunmuştur. Envanterin ölçüt bağımlı geçerliğini test etmek amacıyla MMPI'nin erkeksilik-kadınsılık alt testi ile BCRE erkeksilik ölçeği arasındaki korelasyon .47 ve kadınsılık ölçeği arasındaki korelasyonu .39 bulunmuştur (Kavuncu, 1987'den akt. Öner, 2012).

Dökmen'in (1991) geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, BCRE ile Kandiyoti Cinsiyet Rollerini İlgili Kalıp Yargı Ölçeği'nin kadınsılık ölçekleri arasında .51 ve erkeksilik ölçekleri arasında .63 korelasyon bulunmuştur. Ayrıca BCRE'nin yarıya bölme güvenirlik katsayısı kadınsılık ölçeği için .77 ve erkeksilik ölçeği için .71 bulunmuştur. Bu sonuçlar ışığında cinsiyet rollerinin belirlenmesinde, BCRE'nin güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilmektedir (Dökmen, 1991). Bu çalışmada da, envanterin yukarıda bahsedilen ve EK 6'da sunulan 40 maddelik formu kullanılmıştır.

### **2.3. Verilerin Toplanması**

Ölçekler öncelikle yakın çevreden ilk ulaşılabilen 12 kadına uygulanmıştır ve her birinden kendileri gibi 40 ile 65 yaş arasında, menopozal geçişte bulunan ya da menopoza girmiş olan tanıdıklarına ulaşabilmek için iletişim bilgileri istenmiştir. Bu şekilde her ulaşılan kişi örneklem özelliklerine uygun tanıdıkları var ise, en az bir isim bildirmiştir ve her kişi için kartopu örneklem formu doldurulmuştur. Bu form üzerinde kişinin adı veya rumuzu, vaka numarası, kişiye ulaşıp ulaşılamadığı; ulaşıldıysa görüşmenin tamamlanıp tamamlanmadığı ve eğer tamamlanamadıysa bunun nedeni kaydedilmiştir. Katılımcıların 94'üne (%26.8) Antalya'dan, 256'sına (%73.2) ise İstanbul'dan ulaşılmıştır. Veriler, Aralık 2013 - Mart 2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

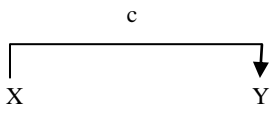
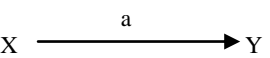
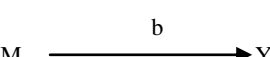
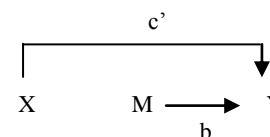
Araştırmada kullanılmak üzere, Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği'ni geliştiren ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ile Bem Cinsiyet Rolü Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayan yazarlardan e-posta yolu ile izin alınmıştır. Ölçek bataryasının ön sayfasında, görüşme tarihinin de yer aldığı bir gönüllü onam formu (EK 7) yer almaktadır. Bu formda, araştırmanın yürütülüşüne ilişkin genel bilgiler verilmiş, elde edilen verilerin ne için kullanılacağı belirtilmiş ve araştırmaya katılmamanın veya katıldıktan sonra devam etmemenin katılımcı açısından herhangi bir olumsuz sonucunun olmayacağı yazılı olarak bildirilmiştir. Ayrıca ölçekleri doldurmanın ne kadar süre aldığı da sözlü olarak bildirilmiştir. Bu şekilde çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerden isim ve imza istenmiştir. Ancak ismini yazmak istemeyen katılımcılara rumuz veya isim ve soyadlarının sadece baş harflerini yazmalarının yeterli olacağı söylenmiştir. Ölçekler katılımcılara elden dağıtılsa da, tümü öz-bildirim türünde olduğundan kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Gönüllü onam formu, katılımcı bilgi formu ve Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin sıralaması sabit olmakla birlikte, diğer ölçeklerin veriliş sırası yorgunluk faktörünü kontrol edebilmek amacıyla dönüşümlü olarak yapılmıştır.

### **2.4. İstatistik Analizleri**

Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 19 yazılımı (IBM, 2010) ile analiz edilmiştir. Verilerin betimlenmesinde frekans analizi (n, yüzde) ve betimleyici istatistikler (aritmetik ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Eğiklik (skewness) değerlerine bakılarak normal dağılım gösterdiği belirlenen verilerin

analizinde parametrik testler kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin ve farklılıkların incelenmesinde Pearson korelasyon testi, iki grup içeren karşılaştırmalar için bağımsız örneklem için t-test, ikiden fazla sayıda grup içeren karşılaştırmalar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA modellerinde gruplar arasındaki varyanslar birbirinden anlamlı olarak farklılık gösterdiğinde Brown-Forsythe testi anlamlılık düzeyine bakılmıştır. Post-hoc analizlerde gruplar arası varyanslar eşit olduğunda Bonferroni ve olmadığında Games-Howell post-hoc testleri kullanılmıştır. Korelasyon katsayılarını değerlendirmede  $r < 0.35$  düşük ya da zayıf korelasyon,  $0.36 - 0.67$  orta kuvvette korelasyon ve  $0.68 - 1.0$  yüksek ya da güçlü korelasyon olarak kabul edilmiştir (Weber ve Lamb, 1970).

Ayrıca, menopoza ilişkin tutum ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin menopoz belirtileri aracılığıyla ortaya çıkıp çıkmadığı aracı regresyon (mediation) analizleriyle sınanmıştır. Barron ve Kenny'nin (1986) önerdiği bu modelde sırasıyla izlenen adımlar Şekil 2.1'de özetlenmiştir.

Adım	Yol	Açıklama	Görsel Tarif
C	1	Nedensel değişkenin (X) sonuç değişkeni (Y) ile ilişkisini gösterir. Regresyon denkleminde "Y" ölçüt değişkeni olarak, "X" ise yordayıcı değişken olarak kullanılır.	
A	2	Nedensel değişkenin (X) aracılık eden değişken (M) ile ilişkisini gösterir. Regresyon denkleminde "M" ölçüt değişkeni olarak, "X" ise yordayıcı değişken olarak kullanılır.	
B	3	Aracılık eden değişkenin (M) sonuç değişkenine (Y) etkisini gösterir. "Y" ölçüt değişkeni ve "X" ile "M" yordayıcı değişken olarak kullanılır.	
C'	4	M değişkeninin tamamen X-Y ilişkisine aracılık ettiğini belirleyebilmek için "Y"nin "X" üzerindeki etkisi "M" kontrol edilerek sınanır.	

Şekil 2.1. Aracı Regresyon Modeline İlişkin Analizlerin Adımları

Birinci, ikinci ve üçüncü adımlardan biri veya birkaçı arasındaki ilişki anlamsız olduğunda, genellikle aracılığın mümkün ya da olası olmadığı kabul edilmektedir. Bu üç adımdaki ilişkiler anlamlı olduğunda, son adım uygulanmaktadır. M değişkeni kontrol edildiğinde X değişkeni hala anlamlı değilse *tam aracılık* (complete mediation) var demektir. Ancak, X değişkeni hala anlamlı ise, bu durum *kısmi aracılık* (partial mediation) olduğuna işaret etmektedir (Barron ve Kenny, 1986).

### **3. BULGULAR**

#### **3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular**

Katılımcıların yaş ortalaması 52.3'tür (SS = 5.9). Örneklemin 16'sı (%4.6) bekâr, 287'si (%82) evli, 21'i (%6) boşanmış ve 26'sı (%7.4) eşlerini kaybetmiştir. Kadınların 85'i (%24.3) hali hazırda çalışmaktadır ve 20'si (%5.7) düşük, 308'i (%88) orta, 22'si (%6.3) ise yüksek gelir düzeyi bildirmektedir. Örneklemin oluşturuların 18'i (%5.1) okuryazar iken, 107'si (%30.6) ilköğretim, 116'sı (%33.1) lise ve dengi, 101'i (%28.9) yüksekokul veya üniversite ve 8'i (%2.3) lisansüstü veya doktora mezunudur. Toplam 319 (%91.1) kadın doğum yapmıştır ve ortalama çocuk sayısı 2'dir (SS = 1.9). Katılımcıların 23'ü (%6.6) depresyon ve 22'si (%6.3) panik atak olarak tanımladıkları kaygı sorunu bildirmektedir. Örneklemin 316'sının (%90.3) düzenli olarak görüştüğü bir arkadaş grubu vardır.

#### **3.2. Menopoz Yaşantısına İlişkin Bulgular**

Katılımcıların 26'sı (%7.4) premenopoz, 64'ü (%18.3) erken perimenopoz, 36'sı (%10.3) geç perimenopoz ve 224'ü (%64.0) postmenopoz evrelerinde olduklarını bildirmektedir. Premenopoz evresinde bulunan kadınlar hariç, diğer evrelerde bulunan 289 (%82.6) kadın doğal yolla, 35 (%10.0) kadın ise cerrahi yolla menopoza geçtiklerini bildirmişlerdir. Menopoza girmiş olan geç perimenopoz ve postmenopoz dönemindeki kadınların bildirdikleri menopoza girme yaş ortalamaları 47.9'dur (SS = 4.7). Katılımcıların 122'si (%34.9) sigara kullanmaktadır. Menopoza girmiş kadınlardan sigara kullananlarla (n = 86) kullanmayanların (n = 174) menopoza girme yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (t = -2.34, sd = 258, p < .05). Sigara kullananların menopoza giriş yaş ortalamaları 46.4 (SS = 5.1) iken sigara kullanmayanların menopoza giriş yaş ortalamaları 47.8'dir (SS = 4.5). Sonuçlar dikkate alındığında, sigara kullanan kadınların sigara kullanmayan kadınlara kıyasla yaklaşık 1.5 yıl daha erken menopoza girdikleri söylenebilir. Perimenopozal ve postmenopozal kadınların

menopozal yakınmalarıyla başa çıkmak için başvurdukları yöntemler Tablo 3.1’de yer almaktadır. Katılımcıların 158’i (%45.1) menopozal yakınmaları için bir yöntemle başvurmazken, 166’sının (%47.4) menopozal yakınmalarıyla başa çıkmak için bir yöntemle başvurdukları görülmektedir. Sosyal aktivite ve hobilerle uğraşmak, doğal yöntemler kullanmak ve egzersiz yapmak daha fazla başvurulan yöntemler iken, psikolojik ve tıbbi destek alma oranlarının çok daha düşük olduğu görülmektedir. Perimenopoz ve postmenopoz evrelerinde bulunan kadınlardan 272’si (%84) bu dönemde ciddi sıkıntıya yol açan herhangi bir olay bildirmemişlerdir. En sık bildirilen sıkıntı verici olaylar ise birinci derece yakının ve eşin vefatıdır (Tablo 3.1).

**Tablo 3.1. Menopozal Yakınmalar için Başvurulan Yöntemlere ve Menopoz Sürecinde Yaşanılan Sıkıntı Verici Olaylara İlişkin Sıklık Yüzde Dağılımları<sup>1</sup>**

	n (%)
<b>Menopozal Yakınmalar için Kullanılan Yöntemler (n = 166)</b>	
Hobi ve sosyal aktiviteler	97 (58.4)
Doğal yöntemler kullanımı (bitkisel ürünler, çaylar vb.)	54 (32.5)
Spor, egzersiz	49 (29.5)
Tıbbi destek	21 (12.7)
Psikolojik destek	7 (4.2)
<b>Menopoz Döneminde Yaşanan Sıkıntı Verici Olay (n = 52)</b>	
Birinci derece yakın vefatı	18 (34.6)
Eşin vefatı	13 (25.0)
Ciddi hastalık	6 (11.5)
Boşanma	4 (7.7)
Çocukların evden ayrılması	3 (5.8)
Evlat vefatı	2 (3.8)
Cerrahi operasyon	2 (3.8)
İflas	2 (3.8)
İş hayatının sona ermesi	2 (3.8)

<sup>1</sup>Bu sorular premenopoz dönemindeki kadınlar tarafından cevaplanmamıştır.

Katılımcıların menopoz hakkındaki genel görüşlerini almak üzere hazırlanmış olan ölçek üzerinden elde edilen sonuçlar, kadınların menopoza ilişkin olumsuz görüşlere kıyasla daha olumlu görüşlere sahip olduklarını göstermektedir (Tablo 3.2). Katılımcılar, diğer olumlu ifadelerle oranla menopozun doğal bir süreç olduğu görüşüne daha fazla katılmaktadır ve hamile kalma riskinin ortadan kalkmasını menopozun olumlu bir sonucu olarak görmektedirler. Ayrıca, diğer olumsuz ifadelerle oranla, menopozun bir kadının hayatındaki en büyük değişiklik olduğu ve menopozun gençliğin sonu olduğu görüşlerine daha fazla katılmaktadırlar. Bunun yanı sıra, menopozla birlikte kadınların toplumdaki saygınlıklarını yitirmediklerini ve aldatılmalarının da artmadığını düşündükleri söylenebilir.

**Tablo 3.2. Menopoza İlişkin Görüşlere Katılımların Sıklık Yüzde Dağılımları**

Menopoza İlişkin Görüşler	Katılma Durumu n (%)				
	Hiç	Biraz	Orta	Oldukça	Tamamen
Menopoz bir hastalıktır, tedavi gerektirir.	210 (6.0)	73 (20.9)	27 (7.7)	21 (6.0)	19 (5.4)
Menopoz gençliğin sonudur.	183 (52.3)	62 (17.7)	43 (12.3)	33 (9.4)	29 (8.3)
Menopoz döneminde aldatılmalar artabilir.	217 (62.0)	59 (16.9)	48 (13.7)	18 (5.1)	8 (2.3)
Menopozla birlikte kadınlar toplumdaki saygınlıklarını kaybederler.	318 (90.9)	18 (5.1)	9 (2.6)	1 (0.3)	4 (1.1)
Menopoz, bir kadının hayatındaki en büyük değişikliktir.	119 (34.0)	100 (28.6)	55 (15.7)	39 (11.1)	37 (10.6)
Menopoz doğal bir süreçtir.	30 (8.6)	12 (3.4)	9 (2.6)	51 (14.6)	248 (70.9)
Menopozla beraber kadınlar, genellikle kendilerini daha iyi hisseder.	127 (36.3)	80 (22.9)	91 (26.0)	30 (8.6)	22 (6.3)
Menopozdan sonra kadınların kendilerine olan güvenleri artar.	144 (41.1)	60 (17.1)	76 (21.7)	41 (11.7)	29 (8.3)
Menopozla beraber eşler arasındaki ilişki daha iyi bir hal alır.	121 (34.6)	84 (24.0)	89 (25.4)	27 (7.7)	29 (8.3)
Hamile kalma riskinin ortadan kalkması, menopozun olumlu bir sonucudur.	43 (12.3)	59 (16.9)	37 (10.6)	67 (19.1)	144 (41.1)

### 3.3. Depresyon ve Anksiyete ile İlgili Bulgular

Katılımcıların BDE üzerinden aldıkları depresyon puan ortalamaları 8.6 (SS = 6.0) iken, BAE üzerinden aldıkları anksiyete puan ortalamaları 13.4'tür (SS = 10.6). Menopoz evrelerine göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ve standart



sapma değerleri Tablo 3.3'te yer almaktadır. Her iki puan türü için de, beklendiği üzere en yüksek ortalamalar erken perimenopoz grubuna aitken, en düşük ortalamalar premenopoz grubuna aittir. Evrelere göre, hem depresyon hem de anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla;  $F = 2.82$  ve  $F = 3.04$ ,  $sd = 3, 346$ ,  $p < .05$ ). Bonferroni post-hoc testine göre depresyon puan ortalamaları arasındaki fark pre ile erken perimenopoz grupları arasında iken, bu fark anksiyete puan ortalamaları için erken perimenopoz ile postmenopoz grupları arasındadır ( $p < .05$ ). Anksiyete puan ortalamaları için pre ile erken perimenopoz arasında ve depresyon puan ortalamaları için pre ile postmenopoz arasında da fark beklenmiştir. Ancak, bu gruplara ait ortalamalar arasında fark olmasına rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (sırasıyla;  $p = .14$  ve  $p = .38$ ).

**Tablo 3.3. Menopoz Evrelerine göre Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri**

Menopoz Evreleri	Depresyon Puanı Ortalama (SS)	Anksiyete Puanı Ortalama (SS)
Premenopoz	6.2 (5.0)	11.3 (12.5)
Erken perimenopoz	10.1 (5.8)	16.9 (11.2)
Geç perimenopoz	8.0 (7.0)	13.2 (10.2)
Postmenopoz	8.5 (5.9)	12.7 (10.1)

Eğitim durumuna göre depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $F = 4.07$ ,  $sd = 4, 117.6$ ,  $p < .05$ ). Games-Howell post-hoc testine göre, ilköğretim ile yüksekokul / üniversite grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < .05$ ). Benzer şekilde, eğitim durumuna göre anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F = 9.79$ ,  $sd = 4, 133.9$ ,  $p < .001$ ). Games-Howell post-hoc testine göre, okuryazar ile yüksekokul / üniversite ve ilköğretim ile yüksekokul / üniversite grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (sırasıyla;  $p < .05$  ve  $p < .001$ ). Eğitim seviyesi yükseldikçe hem depresyon hem de anksiyete puan ortalamalarında düşüş izlenmektedir (Tablo 3.4). Gelir düzeyine göre de depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla;  $F = 6.53$ ,  $sd = 2, 347$ ,  $p < .05$  ve  $F = 7.93$ ,  $sd = 2, 347$ ,  $p < .001$ ). Bonferroni post-hoc testine göre, hem depresyon hem de anksiyete puan

ortalamları için düşük ile orta ve düşük ile yüksek gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p < .05$ ). Gelir düzeyi arttıkça, hem depresyon hem de anksiyete puan ortalamalarında düşüş görülmektedir (Tablo 3.4). Düzenli görüşülen bir arkadaş grubunun varlığına göre depresyon puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ( $t = 2.07$ ,  $sd = 348$ ,  $p < .05$ ). Düzenli olarak bir arkadaş grubuyla görüşmeyenlerin depresyon puan ortalamaları, görüşenlere oranla daha yüksek seyretmektedir (Tablo 3.4). Önceki psikiyatrik hastalık öyküsüne göre de anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla;  $t = -4.43$ ,  $sd = 51.5$ ,  $p < .001$  ve  $t = -5.14$ ,  $sd = 348$ ,  $p < .001$ ). Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan gruba göre, özellikle anksiyete puanlarında belirgin olmakla birlikte, her iki puan ortalamaları da psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda daha yüksektir (Tablo 3.4). Menopozal dönemde stresli bir yaşam olayı bildirenler ve bildirmeyenler arasında depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (sırasıyla;  $t = -1.22$ ,  $sd = 322$ ,  $p = .22$  ve  $t = -.54$ ,  $sd = 322$ ,  $p = .59$ ).

**Tablo 3.4. Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi, Arkadaş Grubunun Varlığı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne göre Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri**

	Depresyon Puanı Ortalama (SS)	Anksiyete Puanı Ortalama (SS)
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	9.3 (5.5)	19.7 (10.4)
İlköğretim	9.8 (7.1)	16.7 (12.0)
Lise ve dengi	8.7 (5.5)	13.0 (9.7)
Yüksekokul / üniversite	7.3 (5.1)	9.6 (8.6)
Yüksek lisans / doktora	4.0 (4.6)	10.2 (5.7)
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Düşük	12.8 (5.8)	22.2 (13.1)
Orta	8.4 (5.9)	13.0 (10.2)
Yüksek	6.5 (5.5)	11.0 (10.1)
<b>Arkadaş Grubunun Varlığı</b>		
Hayır	10.6 (6.8)	15.8 (10.2)
Evet	8.3 (5.9)	13.2 (10.6)
<b>Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>		
Yok	7.9 (5.7)	12.3 (9.7)
Var	12.7 (6.3)	21.2 (13.0)

Menopozal yakınmalarına ilişkin bir başa çıkma yöntemine başvuranlar ile başvurmamayanlar arasında anksiyete puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermezken ( $t = -1.49$ ,  $sd = 297.3$ ,  $p = .14$ ), depresyon puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir ( $t = -2.19$ ,  $sd = 304.3$ ,  $p < .05$ ). Bir yöntemle başvuranların depresyon puan ortalamaları (ort. = 8.0,  $SS = 5,4$ ), başvurmamayanların puan ortalamalarından (ort. = 9.5,  $SS = 6.6$ ) daha düşüktür. Menopozal yakınmalarına ilişkin doğal yöntemler kullanma ve egzersiz yapma durumuna göre de depresyon puan ortalamaları anlamlı olarak farklılaşmaktadır (sırasıyla;  $t = 4.07$ ,  $sd = 322$ ,  $p < .001$  ve  $t = 2.95$ ,  $sd = 322$ ,  $p < .05$ ). Benzer şekilde anksiyete puan ortalamaları da bu iki yöntemi kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla;  $t = 2.39$ ,  $sd = 322$ ,  $p < .05$  ve  $t = 4.80$ ,  $sd = 322$ ,  $p < .001$ ). Her iki puan türü için ortalamalar, hem doğal yöntemler kullananlarda hem de egzersiz yapanlarda bu yöntemleri kullanmayanlara oranla daha düşüktür (Tablo 3.5).

**Tablo 3.5. Menopozal Yakınmalar için Doğal Yöntemler Kullanma ve Egzersiz Yapma Durumuna göre Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri**

Kullanılan Yöntemler		Depresyon Puanı Ortalama (SS)	Anksiyete Puanı Ortalama (SS)
Egzersiz	Hayır	9.2 (6.1)	14.4 (10.8)
	Evet	6.4 (5.0)	8.9 (6.7)
Doğal Yöntemler	Hayır	9.2 (6.2)	14.1 (10.9)
	Evet	6.2 (4.7)	11.2 (7.5)

### 3.4. Menopoz Belirtileri ile İlgili Bulgular

Örneklemin, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) üzerinden aldığı toplam puan ortalaması 14.3'tür ( $SS = 8.1$ ). MSDÖ'nin somatik alt ölçeğinden alınan puan ortalaması 5.9 ( $SS = 3.5$ ), psikolojik alt ölçeğinden alınan puan ortalaması 5.2 ( $SS = 3.8$ ) ve üro-genital alt ölçeği üzerinden alınan puan ortalaması 3.1'dir ( $SS = 2.5$ ). MSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark, özellikle premenopoz ile diğer evreler karşılaştırıldığında belirgin olmasına rağmen (Tablo 3.6), bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $F = 2.13$ ,  $sd = 3, 346$ ,  $p = .10$ ). Buna karşılık, MSDÖ'nin alt ölçekleri üzerinden alınan somatik, psikolojik ve üro-genital puan ortalamalarının evrelere göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla;  $F = 4.05$ ,  $F = 2.85$ ,  $F = 3.49$ , tüm analizler için;  $sd = 3, 346$

ve  $p < .05$ ). Bonferroni post-hoc testine göre somatik alt ölçeği için pre ile erken ve pre ile postmenopoz grupları arasında; psikolojik alt ölçeği için erken ile postmenopoz grupları arasında ve üro-genital alt ölçeği için pre ile postmenopoz grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (tüm analizler için;  $p < .05$ ). Toplam puan ve tüm alt ölçek puanları için en düşük ortalamalar premenopoz evresinde gözlenmiştir. En yüksek ortalamalar, somatik ve üro-genital alt ölçeği için postmenopoz, psikolojik alt ölçeği için ise erken perimenopoz gruplarında görülmüştür (Tablo 3.6). Katılımcılar en fazla sıcak basması, sinirlilik ve uyku sorunları bildirmişlerdir. En az bildirilen belirtiler ise, idrar sorunları, vajinal kuruluk ve kalp rahatsızlıklarıdır (Tablo 3.7).

**Tablo 3.6. Menopoz Evrelerine göre Menopoz Belirtileri Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri**

Menopoz Evreleri	Belirti Toplam Puan Ortalama (SS)	Somatik Puan Ortalama (SS)	Psikolojik Puan Ortalama (SS)	Üro-genital Puan Ortalama (SS)
Premenopoz	10.5 (9.0)	3.7 (3.6)	4.8 (3.8)	1.9 (2.3)
Erken perimenopoz	15 (8.8)	5.9 (3.6)	6.4 (4.1)	2.7 (2.4)
Geç perimenopoz	14.3 (7.7)	5.7 (3.1)	5.5 (3.8)	3.1 (2.5)
Postmenopoz	14.5 (7.8)	6.2 (3.4)	4.9 (3.7)	3.4 (2.5)

MSDÖ toplam puan ile depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki gözlenmiştir (sırasıyla;  $r = .48$ ,  $p < .01$  ve  $r = .63$ ,  $p < .01$ ). BDE puanları üzerinden depresyon şiddeti sınıflandırmasına göre MSDÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $F = 37.96$ ,  $sd = 2$ ,  $347$ ,  $p < .001$ ). Bonferroni post-hoc testine göre, hiç depresyonu olmayan grup ile hafif ve orta şiddette depresyonu olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (tüm analizler için;  $p < .001$ ). Bekleneceği üzere, en yüksek belirti toplam puan ortalamaları (ort. = 20.5, SS = 7.3) orta şiddette depresyonu olanlar arasında görülmekte iken, bunu sırasıyla hafif şiddetli depresyonu olan grup (ort. = 17.5, SS = 7.2) ve hiç depresyonu olmayan grup (ort. = 11.4, SS = 7.3) izlemektedir. BAE puanları üzerinden elde edilen anksiyete şiddeti düzeylerine göre MSDÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $F = 61.17$ ,  $sd = 3$ ,  $347$ ,  $p < .001$ ). Bonferroni post-hoc

testine göre MSDÖ toplam puan ortalamaları tüm anksiyete grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p < .05$ ). Beklendiği üzere, en yüksek belirti toplam puan ortalamaları (ort. = 22.7, SS = 8.2) şiddetli anksiyetesi olan grupta görülmekte iken, bunu sırasıyla orta şiddetli anksiyetesi olan grup (ort. = 18.7, SS = 6.6), hafif anksiyetesi olan grup (ort. = 13.5, SS = 6.0) ve hiç anksiyetesi olmayan grup (ort. = 9.2, SS = 6.4) izlemektedir.

**Tablo 3.7. Menopoz Belirtilerine İlişkin Sıklık Yüzde Dağılımları**

Menopoz Semptomları	n (%)				
	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
<b>Sıcak basması, terlemeler</b> (Terleme nöbetleri)	57 (16.3)	73 (20.9)	114 (32.6)	60 (17.1)	46 (13.1)
<b>Kalp rahatsızlıkları</b> (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, terleme, çarpıntı hissi)	152 (43.4)	74 (21.1)	93 (26.6)	26 (7.4)	5 (1.4)
<b>Uyku sorunları</b> (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	103 (29.4)	74 (21.1)	108 (30.9)	43 (12.3)	22 (6.3)
<b>Keyifsizlik hali</b> (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)	126 (36.0)	94 (26.9)	90 (25.7)	27 (7.7)	13 (3.7)
<b>Sinirlilik</b> (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)	73 (20.9)	91 (26.0)	118 (33.7)	43 (12.3)	25 (7.1)
<b>Endişe / Kaygı</b> (Huzursuzluk, panik hissi)	134 (38.3)	81 (23.1)	91 (26.0)	27 (7.7)	17 (4.9)
<b>Fiziksel ve zihinsel yorgunluk</b> (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)	92 (26.3)	124 (35.4)	89 (25.4)	29 (8.3)	16 (4.6)
<b>Cinsel sorunlar</b> (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)	115 (32.9)	89 (25.4)	98 (28.0)	38 (10.9)	10 (2.9)
<b>İdrar sorunları</b> (İdrar yaparken, güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	180 (51.4)	92 (26.3)	55 (15.7)	16 (4.6)	7 (2.0)
<b>Vajinal kuruluk</b> (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşimde zorlanma)	131 (37.4)	103 (29.4)	78 (22.3)	27 (7.7)	11 (3.1)
<b>Eklemler ve kas rahatsızlıkları</b> (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)	84 (24.0)	92 (26.3)	104 (29.7)	46 (13.1)	24 (6.9)

### 3.5. Menopoza İlişkin Tutumlarla İlgili Bulgular

Katılımcıların çok büyük bir kısmı, menopozdan sonra cinsel ilişkide bulunamamaktan endişe duymak ve menopozdan sonra gerçek bir kadın olmamak şeklindeki olumsuz tutum ifadelerine katılmamaktadır. Diğer taraftan, menopoz sırasında birtakım sıkıntılar yaşamayı beklemek ile bu dönemde sinirli ve gergin olmak şeklindeki olumsuz ifadeler en fazla katılım oranlarına sahiptir (Tablo 3.8).

**Tablo 3.8. Menopoza İlişkin Tutumlara Katılımların Sıklık Yüzde Dağılımları**

Menopoza İlişkin Tutumlar	n (%)		
	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
Kadınlar yaşamlarında menopozu, genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler.	133 (38.0)	48 (13.7)	169 (48.3)
Kadınlar menopozdan sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar.	205 (58.6)	58 (16.6)	87 (24.9)
Menopozda kadın kendisinde anlayamadığı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir.	250 (64.0)	64 (18.3)	36 (10.3)
Erkekler, menopoz sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar.	247 (69.0)	69 (19.7)	34 (9.7)
Kadınlar genellikle menopoz döneminde sinirli ve gergin olurlar.	86 (24.6)	49 (14.0)	215 (61.4)
Birçok kadın menopozdan sonra artık “gerçek” bir kadın olmadığımı düşünür.	266 (76.0)	44 (%12.6)	40 (%11.4)
Pek çok kadın adetten kesilmekten üzüntü duyar.	195 (55.7)	51 (14.6)	104 (29.7)
Menopoz bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır.	262 (74.9)	34 (9.7)	54 (15.4)
Kadınlar menopoz sırasında birtakım sıkıntılar yaşamayı beklemelidirler.	90 (25.7)	397 (10.6)	223 (63.7)
Aslında hemen hemen her kadın yaşantısında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar.	113 (32.3)	45 (12.9)	192 (54.9)
Menopoz yaşlanmanın önemli bir işaretidir.	188 (53.7)	51 (14.6)	111 (31.7)
Kadınları menopoz döneminde en çok korkutan şey ne olacağını bilememektir.	165 (47.1)	66 (18.9)	119 (34.0)
Kadınlar genellikle menopozdan sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar.	270 (77.1)	44 (12.6)	36 (10.3)
Pek çok kadın menopoz döneminde üzüntülü ve çökkün olur.	202 (57.7)	60 (17.1)	88 (25.1)
Menopoz pek çok kadının yaşamını alt üst eder.	237 (67.7)	50 (14.3)	63 (18.0)
Menopoz bir kadının yaşamında pek çok sorunun yaşandığı bir dönemdir.	179 (51.1)	65 (18.6)	106 (30.3)
Kadınlar menopoz sonrasında genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler.	196 (56.0)	85 (24.3)	69 (19.7)
Menopoza girmek kadının yaşamını büyük ölçüde etkilemez.	79 (22.6)	58 (16.6)	213 (60.9)
Pek çok kadın için menopoz katlanması oldukça zor bir durumdur.	169 (48.3)	73 (20.9)	108 (30.9)
Menopoza giren pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder.	284 (81.1)	37 (10.6)	29 (8.3)

Örneklemin menopoza ilişkin tutum puan ortalaması 48.1'dir (SS = 11.2). Katılımcıların %26'sı (n = 91) menopoza ilişkin olumsuz tutumlara sahipken, %74'ü (n = 259) olumlu tutumlara sahiptir. En yüksek tutum puan ortalamaları geç perimenopoz ve postmenopoz evrelerinde, en düşük ortalamalar ise premenopoz evresinde görülmektedir (Tablo 3.9). Evrelere göre, MİTÖ üzerinden alınan tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F = 3.91, sd = 3, 346, p < .05). Bonferroni post-hoc testine göre, premenopoz ile postmenopoz grupları arasında menopoza ilişkin tutum puan ortalamaları anlamlı olarak farklılaşmaktadır (p < .05).

**Tablo 3.9. Menopoz Evrelerine göre Menopoza İlişkin Tutum Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri**

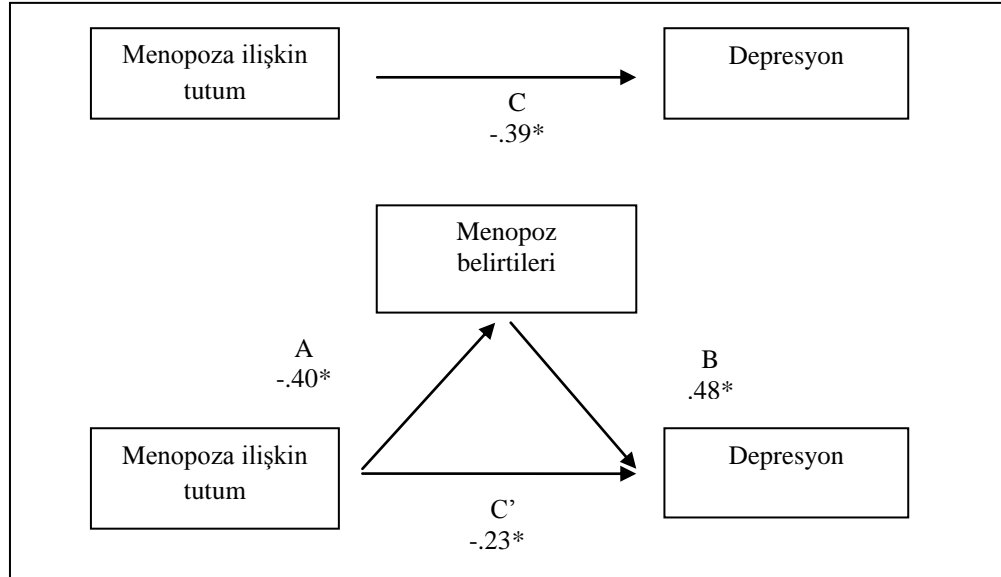
Menopoz Evreleri	Tutum Puan Ortalama (SS)
Premenopoz	42.1 (7.8)
Erken perimenopoz	46.3 (10.7)
Geç perimenopoz	49.3 (12.4)
Postmenopoz	49.1 (11.2)

MSDÖ toplam puan ile MİTÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve orta kuvvette bir korelasyon bulunmuştur (r = -.40, p < .01). Diğer taraftan, MSDÖ toplam puanı ile menopoza ilişkin görüşler toplam puanı arasında yine negatif yönlü ama küçük bir ilişki bulunmuştur (r = -.26, p < .01). Menopoza ilişkin tutumlara göre MSDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t = 5.49, sd = 348, p < .001). Olumsuz menopozal tutumlara sahip olanların belirti toplam puan ortalamalarının olumlu menopozal tutumlara sahip olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 3.10). Ayrıca, menopoza ilişkin tutum puan ortalamaları ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında negatif yönlü ve orta kuvvette bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla; r = -.37, p < .01 ve r = -.39, p < .01). Menopoza ilişkin tutumlara göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla; t = 6.28, sd = 348, p < .001 ve t = 5.09, sd = 137.6, p < .001). Belirti puanlarında olduğu gibi, olumlu menopozal tutumlara sahip olanlara göre, olumsuz menopozal tutumlara sahip olanların hem depresyon hem de anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 3.10).

**Tablo 3.10. Menopoza İlişkin Tutumlara göre Menopoz Belirtileri, Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri**

Menopoza İlişkin Tutum	Ortalama (SS)		
	Belirti Puanı	Depresyon Puanı	Anksiyete Puanı
Olumsuz	18.1 (7.9)	11.8 (6.4)	18.5 (11.5)
Olumlu	12.9 (7.7)	7.4 (5.5)	11.6 (9.7)

Menopoza ilişkin tutum ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin menopoz belirtileri aracılığıyla ortaya çıkıp çıkmadığı Barron ve Kenny'nin (1986) önerdiği regresyon analizleriyle aracılık (mediation) sınaması ile incelenmiştir. Kurulan model Şekil 3.1'de gösterilmektedir.



**Şekil 3.1. Menopoza İlişkin Tutumlar ile Depresyon İlişkinin Menopoz Belirtileri Aracı Değişkeni ile İncelenmesine İlişkin Regresyon Modeli**

\*  $p < .001$

Önce menopoza ilişkin tutum ile depresyon arasındaki ilişki sınanmıştır (Adım C). Menopoza ilişkin olumsuz tutumlar depresyon belirtileri şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır. Daha sonra menopoz belirtileri şiddeti bağımlı değişken olarak kullanılarak menopoza ilişkin tutumların etkisine bakılmış ve anlamlı ilişki bulunmuştur (Adım A). Bir sonraki adımda menopoz belirtileri şiddeti bağımsız değişken olarak kullanılarak depresyonla ilişkisine bakılmış ve yine anlamlı ilişki bulunmuştur (Adım B). Son adımda, menopoza ilişkin tutumun depresyonla ilişkisi menopoz belirtilerinin etkisi kontrol edilerek tekrar

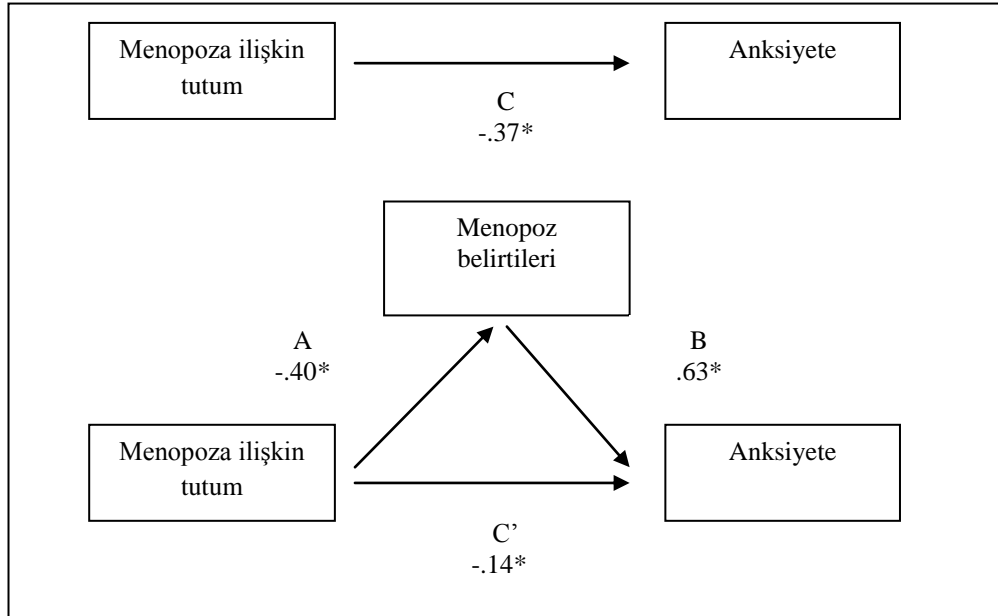


incelenmiştir (Adım C'). Menopoza ilişkin olumsuz tutumun depresyon üzerindeki etkisi azalsa da bu etki hala istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu menopoza ilişkin tutum ile depresyon arasındaki ilişkinin kısmen menopoz belirtileri aracılığıyla ortaya çıktığını göstermektedir. Yapılan regresyon istatistiklerine ilişkin değerler Tablo 3.11'de yer almaktadır.

**Tablo 3.11. Menopoza İlişkin Tutumlar ile Depresyon İlişkinin Menopoz Belirtileri Aracı Değişkeni ile İncelenmesine İlişkin Regresyon Analizlerinin Özeti**

Adım	Yol	Bağımsız değişken	Bağımlı değişken	B	t	p
C	1	menopoza ilişkin tutum	depresyon	-.39	-7.8	< .001
A	2	menopoza ilişkin tutum	menopoz belirtileri	-.40	-8.2	< .001
B	3	menopoz belirtileri	depresyon	.48	10.3	< .001
C'	4	menopoz belirtileri	depresyon	.40	7.9	< .001
		menopoza ilişkin tutum		-.23	-4.6	

Benzer şekilde, menopoza ilişkin tutum ile anksiyete arasındaki ilişkinin menopoz belirtileri aracılığıyla ortaya çıkıp çıkmadığı da regresyon sınaması ile incelenmiştir. Kurulan model Şekil 3.2'de gösterilmektedir.



**Şekil 3.2. Menopoza İlişkin Tutumlar ile Anksiyete İlişkinin Menopoz Belirtileri Aracı Değişkeni ile İncelenmesine İlişkin Regresyon Modeli**

\* p < .001

**Tablo 3.12. Menopoza İlişkin Tutumlar ile Anksiyete İlişkisinin Menopoz Belirtileri Aracı Değişkeni ile İncelenmesine İlişkin Regresyon Analizlerinin Özeti**

Adım	Yol	Bağımsız değişken	Bağımlı değişken	B	t	p
C	1	menopoza ilişkin tutum	anksiyete	-.37	-7.5	< .001
A	2	menopoza ilişkin tutum	menopoz belirtileri	-.40	-8.2	< .001
B	3	menopoz belirtileri	anksiyete	.63	15.3	< .001
C'	4	menopoz belirtileri	anksiyete	.58	12.9	< .001
		menopoza ilişkin tutum		-.14	-3.1	

Yapılan regresyon istatistiklerine ilişkin değerler Tablo 3.12’de yer almaktadır. Önce menopoza ilişkin tutum ile anksiyete arasındaki ilişki sınanmıştır (Adım C). Menopoza ilişkin olumsuz tutumlar anksiyete belirtileri şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır. Daha sonra menopoz belirtileri şiddeti bağımlı değişken olarak kullanılarak menopoza ilişkin tutumların etkisine bakılmış ve anlamlı ilişki bulunmuştur (Adım A). Bir sonraki adımda menopoz belirtileri şiddeti bağımsız değişken olarak kullanılarak anksiyete ile ilişkisine bakılmış ve yine anlamlı ilişki bulunmuştur (Adım B). Son adımda, menopoza ilişkin tutumun anksiyete ile ilişkisi menopoz belirtilerinin etkisi kontrol edilerek tekrar incelenmiştir (Adım C’). Menopoza ilişkin olumsuz tutumun anksiyete üzerindeki etkisi azalsa da bu etki hala istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu menopoza ilişkin tutum ile anksiyete arasındaki ilişkinin de kısmen menopoz belirtileri aracılığıyla ortaya çıktığını göstermektedir.

### **3.6. Cinsiyet Rollerine İlgili Bulgular**

Evrelere göre, Bem Cinsiyet Rolü Envanteri (BCRE) üzerindeki kadınsılık ve erkeksilik puan ortalamaları ile standart sapma değerleri Tablo 3.13’te gösterilmiştir. Kadınsılık puan ortalamaları için menopoz evreleri arasında çok büyük farklar olmasa da, en yüksek ortalamaların postmenopoz grubuna aitken, en düşük ortalamaların perimenopoz gruplarına ait olduğu görülmektedir. Erkeksilik puan ortalaması ise en yüksek premenopoz grubuna, en düşük erken perimenopoz grubundaki katılımcılara aittir. Katılımcıların 114’ü kadınsı (%32.6), 110’u (%31.4) androjen, 71’i (%20.3) belirsiz ve 55’i erkeksi (%15.7) cinsiyet rolüne sahiptir.

**Tablo 3.13. Menopoz Evrelerine göre Kadınsılık ve Erkeksilik Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri**

Menopoz Evreleri	Ortalama (SS)	
	Kadınsılık Puanı	Erkeksilik Puanı
Premenopoz	118.8 (14.5)	102.4 (14.7)
Erken perimenopoz	118.1 (11.2)	99.8 (14.4)
Geç perimenopoz	118.2 (10.1)	101.2 (11.7)
Postmenopoz	119.2 (12.4)	101.7 (15.9)

Cinsiyet rollerine göre, MSDÖ toplam puanı ile somatik ve psikolojik alt ölçek puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla;  $F = 5.61$ ,  $F = 5.15$ ,  $F = 5.07$ , tüm analizler için;  $sd = 3, 346$ ,  $p < .05$ ). Bonferroni post-hoc testine göre, her üç puan için de, kadınsı ile androjen ve kadınsı ile belirsiz cinsiyet rolleri arasında anlamlı fark olduğunu görülmektedir ( $p < .05$ ). MSDÖ toplam, somatik ve psikolojik alt ölçek puanlarının tümünde en yüksek ortalamaların kadınsı, en düşük ortalamaların ise sırasıyla belirsiz ve androjen cinsiyet rollerine ait olduğu görülmektedir (Tablo 3.14). Ayrıca, MSDÖ toplam puanı ile BCRE erkeksilik alt ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde ama çok küçük bir korelasyon bulgulanmıştır ( $r = -.10$ ,  $p < .05$ ).

**Tablo 3.14. Cinsiyet Rollerine göre Menopoz Belirtileri Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri**

Cinsiyet Roller	Ortalama (SS)		
	Belirti Toplam Puan	Somatik Alt Ölçek Puanı	Psikolojik Alt Ölçek Puanı
Kadınsı	16.6 (8.2)	6.7 (3.5)	6.2 (3.9)
Erkeksi	14.7 (8.6)	6.2 (3.6)	5.3 (4.0)
Belirsiz	12.6 (7.0)	4.9 (3.1)	4.4 (3.1)
Androjen	12.7 (7.8)	5.5 (3.3)	4.6 (3.8)

Tutum puan ortalamaları ile BCRE kadınsılık alt ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmezken, erkeksilik alt ölçeği puanı ile küçük ama istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ( $r = .17$ ,  $p < .05$ ). Menopoza ilişkin tutumlara göre erkeksilik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $t = -2.57$ ,  $sd = 348$ ,  $p < .05$ ). Menopoza ilişkin olumsuz tutumlara sahip olanların erkeksilik puan

ortalamlarına (ort. = 97.9, SS = 13.9) kıyasla, olumlu tutumlara sahip olanların erkeksilik puan ortalamaları (ort. = 102.6, SS = 15.3) daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet rollerine göre MITÖ üzerinden alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F = 17.65, sd = 3, 346, p < .001). Bonferroni post-hoc testine göre bu fark kadınsı ile belirsiz, kadınsı ile erkeksi ve kadınsı ile androjen cinsiyet rolleri arasındadır (sırasıyla; p < .001, p < .05 ve p < .001). En yüksek menopoza ilişkin tutum puan ortalaması androjen role aitken, en düşük ortalama kadınsı role aittir (Tablo 3.15).

En yüksek depresyon ve anksiyete puan ortalamaları kadınsı, en düşük ortalamalar ise androjen gruba aittir (Tablo 3.15). Cinsiyet rollerine göre depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F = 21.5, sd = 3, 317.6, p < .001). Games-Howell post-hoc testine göre, bu fark kadınsı ile erkeksi, kadınsı ile belirsiz ve kadınsı ile androjen cinsiyet rolleri arasındadır (tüm analizler için; p < .001). Cinsiyet rollerine göre anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlıdır (F = 10.7, sd = 3, 289.3, p < .001). Games-Howell post-hoc testine göre, bu fark kadınsı ile androjen ve kadınsı ile belirsiz cinsiyet rolleri arasındadır (p < .001).

**Tablo 3.15. Cinsiyet Rollerine göre Menopoza İlişkin Tutum, Depresyon ve Anksiyete Puan Ortalamaları ile Standart Sapma Değerleri**

<b>Cinsiyet Roller</b>	<b>Tutum Puan Ortalama (SS)</b>	<b>Depresyon Puan Ortalama (SS)</b>	<b>Anksiyete Puan Ortalama (SS)</b>
Androjen	52.5 (10.0)	6.2 (4.7)	10.8 (8.0)
Belirsiz	49.7 (9.9)	7.8 (5.2)	10.9 (8.8)
Erkeksi	48.8 (8.9)	7.7 (4.5)	13.3 (10.0)
Kadınsı	42.6 (11.9)	11.7 (6.9)	17.6 (12.7)

#### 4. TARTIŞMA

Bu araştırma, farklı menopoz evrelerindeki kadınların cinsiyet rollerinin menopoza ilişkin tutumlarını nasıl etkilediğinin, menopozal tutumların menopoza ait belirtiler üzerindeki etkisinin ve depresyon ile anksiyete düzeylerinin menopoza ilişkin tutumlardan etkilenip etkilenmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla, depresyon, anksiyete ve menopoza ilişkin tutumların çeşitli sosyo-demografik özellikler ile özellikle menopoz yaşantısına ilişkin birtakım bilgilerle olan ilişkisi de incelenmiştir.

Menopoz kliniklerine başvuran kadınların, daha fazla fiziksel sağlık sorunları, stresli yaşam olayları ile daha kötü duygu durumu bildirdikleri ve menopozu daha çok hastalık olarak görme eğiliminde oldukları bilinmektedir (Hunter, 1990). Bu nedenle bu çalışmada yanlış örneklem oluşturabileceği düşüncesiyle, menopoz kliniklerine başvuran kadınlarla değil, normal popülasyondan seçilen kadınlarla çalışılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde, yaş ortalamasının 52.3 olduğu, medeni durumlarının çoğunlukla evli, gelir düzeylerinin orta ve çoğunun hali hazırda çalışmıyor oldukları görülmektedir. Katılımcıların çoğu doğum yapmıştır ve ortalama çocuk sayısı ikidir. Çoğu katılımcı psikiyatrik hastalık öyküsü ve menopozal döneme ait stresli bir yaşam olayı bildirmemiştir. Çoğu katılımcının düzenli olarak görüştüğü bir arkadaş grubu vardır. Katılımcıların menopoz yaşantısına ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde, menopoz yaşının ortalama 47.3 olduğu ve sigara içenlerin menopoza ortalama 1.5 yıl daha erken girdikleri görülmektedir. Bu bulgu literatürle de uyumludur (Gold ve diğ., 2001). Örneklem çoğunluğunu postmenopoz dönemindeki kadınlar oluşturmaktadır ve katılımcıların çoğu doğal yolla menopoza girmiş olduklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların depresyona ilişkin belirtilerden ziyade, anksiyete belirtilerini daha fazla bildiriyor olmaları, Freeman ve diğerlerini (2005) destekler niteliktedir. Stresli yaşam olaylarının menopozal geçişteki anksiyete ve depresyon belirtileri ile

ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar (Dennerstein ve Alexander, 2006; Hardy ve Kuh, 2002; Moilanen ve diğ., 2010; Schmidt ve diğ., 2004) mevcuttur. Bu çalışmada da menopoz döneminde stresli bir yaşam olayı bildirmiş olan kadınların daha şiddetli depresyon ve anksiyete belirtileri yaşaması beklenmişse de, literatür ile tutalı bulgular elde edilememiştir. Bunun nedeni olarak, olayların üzerinden ne kadar süre geçtiği veya kişinin bundan ne kadar etkilendiği gibi detaylı bir bilginin alınmamış olması düşünülmektedir. Diğer taraftan, eğitim ve gelir düzeyi yükseldikçe depresyon ve anksiyete seviyelerinin düştüğü bulunmuştur. Bu bulgular, düşük sosyo-ekonomik seviyenin anksiyete ve depresyon riskini artırdığını öne süren psiko-sosyal teori (Ballinger, 1990) ile uyumlu olmakla birlikte, ülkemizde yapılan başka çalışmaların (Bezircioğlu, ve diğ., 2004) bulgularıyla da tutarlılık göstermektedir. Ayrıca, düzenli olarak görüşülen bir arkadaş grubu olan kadınların, olmayanlara göre daha hafif depresyon ve anksiyete belirtileri bildirmeleri şaşırtıcı bir bulgu olmamıştır. Schmidt ve arkadaşları (2004) da iyi sosyal ilişkilerin depresif belirtilere karşı koruyucu bir role sahip olduğunu söylemektedir. Menopozal yakınmaları için bir yönteme başvuranların depresyon ve anksiyete seviyeleri, herhangi bir yöntem kullanmayanlara göre daha düşük bulunsa da, bu fark sadece depresyon şiddeti için anlamlı seviyelere ulaşmıştır. Ancak, burada hangi yöntemlerin tercih edildiği de önemli görünmektedir. Leiblum ve Swartzman (1986), kadınların menopozu genellikle olumsuz bir olay olarak görmediklerini, fakat tedavi gerektiren tıbbi bir durum olarak görme eğiliminde olmalarına rağmen, hormon tedavisi almak yerine daha doğal yöntemler (düzenli beslenme, egzersiz vb.) kullanmayı tercih ettiklerini bulmuşlardır. Bu araştırmada da literatüre benzer şekilde, katılımcıların başvurdukları yöntemler tıbbi destek almak yerine; sosyal aktivitelerde bulunma, hobilerle uğraşma, doğal yöntemler kullanma ve egzersiz yapma olarak bulunmuştur. Doğal yöntemler kullananların ve egzersiz yapanların, bu yöntemleri kullanmayanlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha hafif olduğu da bulgular arasındadır. Ancak, Leiblum ve Swartzman'ın (1986) çalışmalarından farklı olarak, buradaki kadınlar menopozu tıbbi bir olay olarak görmek yerine, doğal bir süreç olarak görme eğilimindedirler. Bu nedenle de daha doğal yöntemler kullanmaları ve bu yöntemlerin duygu durumları üzerinde olumlu etkiye sahip olması şaşırtıcı görünmemektedir.

Menopozla geçiş döneminde kadınlar için depresyon riskinin artabileceği ve bunun normal olduğu yaygın bir inanış olsa da, depresyonun ilk defa menopoz

döneminde ortaya çıkması alışıldık bir durum olarak görülmemektedir (Kahn ve diğ., 2001). Bu doğrultuda, önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün depresyon ve anksiyete şiddeti ile ilişkisi de sınanmıştır. Bulgular, psikiyatrik hastalık öyküsü (depresyon ve kaygı problemleri) olmayanlara göre, psikiyatrik hastalık öyküsü olanların özellikle anksiyete olmak üzere depresyon belirtilerinin de daha şiddetli olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, depresyon öyküsü olan premenopozal kadınların, depresyon öyküsü olmayanlara oranla, menopozal geçişte depresyon belirtilerinin çok daha şiddetli olduğunu gösteren çalışmalar (Cohen ve diğ., 2006; Freeman ve diğ., 2006) ile tutarlılık göstermektedir.

Literatür bulguları değerlendirildiğinde, menopozal evreler arasında depresyon ve anksiyete seviyelerinin farklılaştığı görülmektedir. Bu çalışmada, en şiddetli anksiyete ve depresyon belirtilerinin erken perimenopozda ve en hafif belirtilerin premenopozda izlenmesi araştırmanın birinci hipotezini doğrulamaktadır. Hem depresyon hem de anksiyete seviyeleri açısından pre ile erken peri ve erken peri ile postmenopoz grupları arasında anlamlı fark beklenmiştir. Beklenen şekilde bir fark bulunmuş olsa da, depresyon belirtilerinin şiddeti için anlamlı farklılık sadece pre ile erken perimenopoz grupları arasında ve anksiyete belirtilerinin şiddeti için erken peri ile postmenopoz grupları arasında bulgulanmıştır. Bu bulgu, menopozal geçişteki kadınların pre ve postmenopozal kadınlara oranla daha şiddetli depresyon belirtileri deneyimlediklerini gösteren çalışmalar (Bromberger ve diğ., 2007; Dennerstein ve diğ., 2004; Freeman ve diğ., 2004; Schmidt, Haq ve Rubinow, 2004) ile depresyon riskinin postmenopozla birlikte düşmeye başladığını gösteren literatür bulgularıyla (Freeman ve diğ., 2004) ve menopozal geçişle birlikte anksiyete düzeylerinin artış göstererek, menopozdan sonra düşmeye başladığını öne süren çalışmalarla (Bromberger ve diğ., 2001; Freeman ve diğ., 2005) tutarlılık göstermektedir.

Örnekleme en sık bildirilen menopozal yakınmalar, sıcak basması / terlemeler, sinirlilik ve uyku problemleridir. En şiddetli belirtiler somatik şikâyetler arasında (sıcak basması, terlemeler, kalp rahatsızlıkları, uyku sorunları, eklem ve kas rahatsızlıkları) izlenmiştir. Bulgular daha önce ülkemizde yapılmış olan bir çalışmanın (Hotun Şahin ve Coşkun, 2007) bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Rahatsız edici menopozal belirtilerin en yüksek erken ve geç perimenopozal evrelerde görüldüğü ve postmenopozal yıllarda bu belirtilerin sıklığı ve şiddetinin giderek azalmakta olduğu (Dennerstein ve diğ., 2000) ve gerginlik, sinirlilik, kaygı,

depresyon gibi olumsuz duygulanımların menopozal geçiş için olağan görüldüğü (Sommer, 2002) bilinmektedir. Bu bulgulardan hareketle, en şiddetli menopozal belirtilerin gözlemlendiği erken perimenopoz evresinin aynı zamanda en şiddetli psikolojik belirtilerin de yaşandığı evre olması ve en hafif şiddetteki psikolojik belirtilerin pre ile postmenopozal evrelere ait olması şaşırtıcı bir bulgu değildir. Ayrıca, yaşlanmaya bağlı olarak, fiziksel birtakım belirtilerin ortaya çıkabileceği bilindiğinden, somatik ve üro-genital belirtilerin en fazla postmenopozda görülmesi de beklenen bir bulgu olmuştur. Tüm bu bulgular araştırmanın ikinci hipotezini desteklemektedir. Ayrıca, menopoz dönemiyle ilgili geniş veriler sunan SWAN'ın, psikolojik belirtiler dâhil olmak üzere, tüm menopozal belirtilerin menopozal geçişle birlikte artış gösterirken, postmenopozal yıllarda giderek düşmekte olduğu; ancak unutkanlık, ağrılar, vajinal kuruluk gibi belirtilerin yaygınlığında postmenopozal yıllarda artış olabileceği yönündeki bulguları ile de tutarlılık göstermektedir (Avis, Brockwell ve Colvin, 2005). Birçok araştırma (Avis ve diğ., 2001; Dennerstein ve diğ., 1999; Reed ve diğ., 2009) vazomotor belirtilerin şiddetindeki artışın depresif belirtilerdeki artışla ve olumsuz duygu durumuyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, anksiyetenin de kötü menopozal belirtilerle ve özellikle sıcak basması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bauld ve Brown, 2009; Freeman ve diğ., 2005; Gold ve diğ., 2006). Buna göre, belirti şiddetindeki artışın anksiyete ve depresyon seviyelerindeki artış ile de ilişkili olduğu bulgusu, bir yandan örneklemdaki en yaygın şikâyetin vazomotor belirtiler olduğu düşünüldüğünde literatür ile uyumluluk gösterirken, diğer yandan araştırmanın üçüncü hipotezini desteklemektedir.

Daha önce de bahsedildiği üzere, hormonal birtakım faktörlerin rol oynaması nedeniyle menopozun fiziksel bir değişim olması ile birlikte, bu dönemi sosyo-kültürel bağlam dışında değerlendirmek mümkün değildir. Bu yıllarda meydana gelen depresyon ve / veya anksiyete belirtilerindeki artış üzerinde menopozal evrelerin mi, yoksa toplumsal ve kültürel faktörlerin mi rol oynadığı tartışmaların odak noktası haline gelmektedir. Bu nedenle, içinde yaşanılan toplumun değerlerinden bağımsız olarak gelişmesi mümkün olmayan menopoza ilişkin tutumlar da değerlendirilmiştir. Alanda yapılan çalışmalar (Akkuzu, Örsal ve Keçialan, 2009; Ayers, Forshaw ve Hunter, 2010) orta yaş dönemindeki kadınların menopoza ilişkin tutumlarının daha çok olumlu ve nötr olduğunu göstermektedir. Son yıllarda ülkemizde orta yaşlı kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların



çoğunun, menopozu adetten kesilme, doğal ve rahatlatıcı gibi olumlu bir olay gördükleri bulunmuştur (Hotun Şahin ve Coşkun, 2007). Diğer taraftan, daha genç yaşlarda, pre ve erken perimenopoz dönemlerindeki kadınların daha geç yaşlardaki ve evrelerdeki kadınlara göre daha fazla olumsuz tutuma sahip olma eğilimde olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (Hotun Şahin ve Coşkun, 2007; Kısa, Zeyneloğlu ve Özdemir, 2012; Uçanok ve Bayraktar, 1996). Bu çalışmada da bahsi geçen bulgulara benzer şekilde ve dördüncü hipotezi destekler nitelikte, kadınların çoğunlukla olumlu menopozal tutumlara sahip oldukları; bununla birlikte, en olumlu tutumların geç peri ve postmenopoz evrelerine ait iken, olumsuz tutumların daha çok premenopozu ait olduğu bulgulanmıştır. Katılımcılar menopozu doğal bir süreç olarak görme eğilimdedir ve özellikle hamile kalma riskinin ortadan kalkmasını menopozun olumlu bir sonucu olarak nitelendirmektedirler. Ayrıca, katılımcıların çok büyük bir kısmı, menopozdan sonra cinsel ilişkide bulunamamaktan endişe duymak ve menopozdan sonra gerçek bir kadın olmamak şeklindeki olumsuz tutum ifadelerine katılmazken; menopoz sırasında birtakım sıkıntılar yaşamayı beklemek ve bu dönemde sinirli ve gergin olmak şeklindeki olumsuz ifadeler katılımların daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların menopozu ilişkin olumsuz görüş ve tutumlarının daha şiddetli menopozal belirtiler ile daha şiddetli depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğunun bulunmasıyla beşinci hipotez desteklenmiştir. Bulgular, olumsuz menopozal tutumların daha şiddetli menopozal belirtilerle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarla (Avis ve McKinlay, 1991; Ayers, Forshaw ve Hunter, 2010; Strauss, 2011) tutarlılık göstermektedir. Ayrıca, olumsuz tutumların daha şiddetli anksiyete belirtileri (Bauld ve Brown, 2009) ve daha şiddetli depresif belirtilerle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarla (Avis ve McKinlay, 1991) uyumludur. Ancak, olumsuz sosyal ve bireysel tutumların belirti deneyimini etkileyebileceği gibi, belirtilerin de tutumlar üzerinde etkili olabileceği hala tartışmalı bir konudur (Ayers, Forshaw ve Hunter, 2010). Bu çalışmada da, menopozu ilişkin tutumların depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisinde menopoz belirtilerinin aracılık edip etmediği sınıanmıştır. Elde edilen sonuçlar, menopozu ilişkin tutumlar ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin kısmen menopoz belirtileri aracılığıyla ortaya çıktığını göstermektedir ve bu bulgu araştırmanın altıncı hipotezini kısmen desteklemektedir.

Analizlerde son olarak, cinsiyet rollerinin menopozal belirti ve tutumlarla ilişkisi gözden geçirilerek, depresyon ve anksiyete belirtileri üzerindeki etkisine

bakılmıştır. Öncelikle, menopozal belirti şiddeti ile somatik ve psikolojik belirti şiddetlerinin kadınsı-androjen ve kadınsı-belirsiz rolleri arasında farklılaştığı bulunmuştur. Beklendiği üzere daha şiddetli belirtiler kadınsı cinsiyet rolüne sahip olan katılımcılarda görülürken, daha hafif belirtilerin erkeksi rolde beklenmesine karşılık androjen ve belirsiz rollerde olduğu görülmüştür. Bu bulgular araştırmanın yedinci hipotezini doğrulamaktadır. Ayrıca çok küçük olmakla birlikte belirtiler ile erkeksilik arasında negatif bir ilişkinin olması, erkeksi olarak tanımlanan özelliklere daha fazla sahip olanların daha az menopozal belirti yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Frank, Towell ve Huyck (1985) da, benzer şekilde, orta yaş dönemindeki kadınlarla yürüttükleri çalışmalarında, en şiddetli belirtilerin kadınsı cinsiyet rolüne sahip gruba ait olduğunu bulmuşlardır. Menopozal belirtilerde olduğu gibi, tutumlar ile kadınsılık arasında ilişki olmamasına rağmen, gene çok küçük olmakla birlikte erkeksilik arasında ilişki bulunmuştur. Bu da, tıpkı belirtilerde olduğu gibi, daha erkeksi özellikler taşıyanların daha olumlu menopozal tutumlara sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir. Kadınsı cinsiyet rolü ile belirsiz, erkeksi ve androjen roller arasında menopoza ilişkin tutumlar farklılık göstermektedir. Burada, olumsuz tutumların en çok kadınsı role ait olması beklenen bir bulgudur ve araştırmanın sekizinci hipotezini desteklenmektedir. Ancak, en yüksek tutum puanlarının erkeksi role ait olması beklenmişse de, en olumlu tutumlara androjen rolde rastlanması da çok şaşırtıcı olmamıştır. Kadınsılık puanları arttıkça erkeksilik puanlarının da artıyor olması, örnekleme kadınsı rolden sonra en fazla androjen rolün görülmesine neden olmaktadır. Bu durum, gençlik yıllarına kıyasla, 40'lı yaşlardan itibaren daha geleneksel kadınsı cinsiyet rollerine sahip olduğunu bulgulayan çalışmalar (Erdwins, Tyer ve Mellinger, 1983) ve orta yaşlılık dönemlerindeki kadınların daha androjen rollere doğru geçiş yaptıklarını gösteren çalışmaları (Livson, 1976'dan akt. Frank, Towell ve Huyck, 1985) desteklemektedir.

Literatürde, kadınsı cinsiyet rolüne sahip olmanın orta yaş dönemini daha sorunlu hale getirebileceğine işaret eden çalışmalar mevcuttur (Bromberger ve Matthews, 1996). Bunun yanı sıra, depresif olan orta yaşlı kadınların daha çok geleneksel kadınsı cinsiyet rollerini benimseme eğiliminde oldukları da bulunmuştur (Tinsley, Sullivan-Guest ve McGuire, 1984). Son olarak, hem bu bulguları hem de araştırmanın son hipotezini destekler nitelikte bulgular elde edilmiştir. Depresyon ve anksiyete belirtileri, beklediği üzere en fazla kadınsı rolde görülürken, en az puanların erkeksi rolde görülmesi beklenmişse de androjen rolde görüldüğü

bulunmuştur. Depresyon seviyeleri kadınsı rol ile erkeksi, belirsiz ve androjen roller arasında farklılaşmaktadır. Benzer bulgular anksiyete seviyeleri için de geçerlidir. Ancak, depresyondan farklı olarak, kadınsı ve erkeksi roller arasında puan farkı olsa da bu fark anlamlılık düzeyine ulaşamamıştır.

#### **4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın bulguları değerlendirilirken, katılımcıların normal popülasyondan seçildiği ve menopozal evrelerin klinik bulgulara göre değil, katılımcıların öz-bildirimlerine göre belirlendiği, dolayısıyla da bu evrelerin olası evreler olarak ele alınması gerektiği unutulmamalıdır. Evreleri daha tıbbi bir yöntemle belirlemenin bir yolu olarak, örneklemin menopoz kliniklerine başvuran kadınlardan seçilerek oluşturulması da işlevsel görünmektedir. Ancak daha önce de bahsedildiği üzere, klinik hastalarının daha şiddetli belirtiler yaşıyor olmaları yanlış örneklem sorununu doğurmaktadır. Bu nedenle, örneklemin normal popülasyondan seçilen katılımcılarla oluşturulmasının, genel popülasyonu temsil etme gücünü ve bulguların dış geçerliğini arttırdığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, menopozal evrelerdeki katılımcı sayılarındaki dağılımının dengesiz oluşu da araştırmanın eksik bir yönü olarak görülmektedir. Çalışmanın bir başka sınırlılığı ise, depresyon ve anksiyete değerlendirmelerinin yapılandırılmış bir görüşme ile gerçekleştirilmemiş ve belirtilerin öz-bildirim ölçekleri üzerinden değerlendirilmiş olmasıdır. Bu nedenle bu psikiyatrik sorunlara yönelik tanıdan bahsetmek mümkün değildir ve depresyon ile anksiyete düzeyleri olası belirlemeler olarak ele alınmalıdır. Ancak, depresyon ve anksiyete belirtilerinin öz-bildirim ölçekleri üzerinden değerlendirilmesinin bir avantajı araştırmacı yanlılığını ortadan kaldırmasıdır. Araştırmacı, bu çalışmada olduğu gibi görüşmeleri yapan ve değerlendiren tek kişi olarak çalıştığında, kendi beklentileri doğrultusunda kişileri gruplara atama ya da verilecek cevapları etkileme eğiliminde olabilmektedir. Bu şekildeki bir yanlılığı önlemesi açısından, ölçeklerin katılımcılar tarafından yalnız başına doldurulabiliyor olması bulguların iç geçerliğini arttırmaktadır.

## 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen ana bulgular, katılımcıların çoğunlukla menopozu doğal bir süreç olarak gördüklerini ve olumlu menopozal tutumlara sahip olduklarını göstermektedir. Geç peri ve postmenopozal kadınların daha olumlu menopozal tutumlara sahip oldukları; premenopozal kadınların ise menopoza ilişkin daha olumsuz tutumlara sahip oldukları bulgulanmıştır. Daha olumsuz menopozal tutumlar daha şiddetli menopozal, depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkili bulunmuştur. Diğer menopoz evrelerindeki katılımcılara oranla, anksiyete, depresyon ve menopozal belirti şiddetleri en yüksek erken perimenopoz evresindeki katılımcılar arasında gözlenmiştir. Menopoza ilişkin tutum ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin kısmen menopoz belirtileri aracılığıyla ortaya çıktığı bulgulanmıştır. Bulgular, postmenopozal yıllara doğru geçiş yaşandıkça, menopoza ilişkin tutumların daha olumlu hale geldiğini ve menopozal geçişte depresyon ve anksiyete belirtileri şiddetlenirken, gene yaşla birlikte bu belirti şiddetlerinin hafiflediğini göstermektedir. Ayrıca, kadınsı cinsiyet rolüne sahip olanların daha olumsuz menopozal tutumlara sahip oldukları, daha şiddetli menopozal, depresyon ve anksiyete belirtileri gösterdikleri de bulgular arasındadır. Tüm bulgular dikkate alındığında, depresyon, anksiyete ve menopoza ait belirti şiddetleri ile menopoza ilişkin tutumların kadınların içinde buldukları menopoz evrelerine göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Ayrıca menopoza ilişkin tutumların yanı sıra cinsiyet rollerinin de bu dönemdeki belirtilerin şiddetini etkileyebileceği ve bunun duygu durum üzerinde etkisinin olduğu söylenebilmektedir. Bu bulgular, güncel yaklaşımların menopoz yaşantısını daha iyi anlayabilmek için önerdiği biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin tümüne vurgu yapan biyo-psiko-sosyal modeli destekler niteliktedir.

Literatür bulguları çoğunlukla, bu dönemde yaşanan psikolojik belirtiler üzerinde stresli yaşam olaylarının etkisinden bahsetmektedir. Kadınların yaşamlarında uzun bir süreyi menopoz sonrası yıllarda geçirdikleri göz önüne

alındığında, orta yaş dönemindeki kadınların yaşamlarındaki bu yılları daha rahat geçirebilmeleri açısından menopoz döneminin ruh sağlığı üzerinde rol oynayan dinamiklerinin anlaşılması önem taşımaktadır. Araştırmanın sınırlılıklarında da bahsedildiği üzere, bu araştırmada stresli yaşam olaylarına ilişkin yeterli bilgi alınamadığı düşünülmektedir. İleride yapılacak araştırmalarda bu noktaya önem verilmesi önerilmektedir. Son olarak, menopoza ilişkin tutumların bu dönemdeki belirtilerin yaşanmasındaki etkisi ile depresyon ve anksiyete şiddeti üzerinde önemli role sahip olduğu dikkate alındığında, bu dönemde yaşanabilecek psikolojik değişimlerin tedavisinde, doğrudan belirtilerle çalışmak yerine, toplumun ve kadının bu dönemi nasıl algıladığı üzerinde durulmasının daha yararlı olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

Akkuzu, G., Örsal, O. ve Keçialan, R. (2009). Women's attitudes towards menopause and influencing factors. *Journal of Medical Sciences*, 29(3), 666-674.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Avis, N. (2003). Depression during the menopausal transition. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 91-100.

Avis, N. (2005). A universal menopausal syndrome?. *NIH State-of-the-Science Conference on Management of Menopause-Related Symptoms* içinde (43-46). Bethesda, MD: Department of Health and Human Services.

Avis, N. E. ve Mckinlay, S. M. (1995). The Massachusetts Women's Health Study: an epidemiologic investigation of the menopause. *Journal of American Medicine and Women's Association*, 50(2), 45-63.

Avis, N. E., Brockwell, S. ve Colvin, A. (2005). A universal menopausal syndrome?. *American Journal of Medicine*, 118(12B), 37-46.

Avis, N. ve Mckinlay, S. (1991). A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*, 13(1), 65-79.

Avis, N. E., Brambilla, D., Mckinlay, S. M. ve Vass, K. (1994). A longitudinal analysis of the association between menopause and depression: results from the Massachusetts Women's Health Study. *Annals of Epidemiology*, 4(3), 214-220.

Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V. ve Kagawa-Singer, M. (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across ethnic groups. *Social Science and Medicine*, 52(3), 345-356.

- Ayers, B., Forshaw, M. ve Hunter, M. S. (2010). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas*, 65(1), 28-36.
- Ballinger, C. (1975). Psychiatric morbidity and the menopause; screening of general population sample. *British Medical Journal*, 3(5979), 344-346.
- Ballinger, C. B. (1990). Psychiatric aspects of the menopause. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 773-787.
- Baron, R. M. ve Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bauld, R. ve Brown, R. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62(2), 160-165.
- Beck, A. T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-567.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. ve Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162.
- Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öviz, A. ve Kırdıroğlu N. (2004). Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon - anksiyete ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 199-207.
- Bourne, E. J. (2010). Anxiety disorders. *The Anxiety and Phobia Workbook* (5. edition) içinde (5-32). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Bowles, C. (1986). Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. *Nursing Research*, 35(2), 81-85.
- Brenner, L. A. (2011). Beck anxiety inventory. J. S. Kreutzer, J. Deluca ve B. Caplan (Ed.). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* içinde (359-361). New York, NY: Springer.
- Bromberger, J., Harlow, S., Avis, N., Kravitz, H. ve Cordal, A. (2004). Racial/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *American Journal of Public Health*, 94(8), 1378-1385.
- Bromberger, J. T. ve Matthews, K. A. (1996). A "feminine" model of vulnerability to depressive symptoms: a longitudinal investigation of middle-aged women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 591-598.

Bromberger, J. T., Matthews, K. A., Schott, L. L., Brockwell, S., Avis, N. E., Kravitz, H. M., ... Randolph, J. (2007). Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 267-272.

Bromberger, J. T., Meyer, P. M, Kravitz, H., Sommer, B., Cordal, A., Powell, L., ... Sutton-Tyrrell, K. (2001). Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1435-1442.

Cohen, L. S. (2005). Diagnosis and management of mood disorder during the menopause transition. *NIH State-of-the-Science Conference on Management of Menopause-Related Symptoms* içinde (87-89). Bethesda, MD: Department of Health and Human Services.

Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W. ve Harlow, B. L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition: The Harvard Study of Moods and Cycles. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 385-390.

Collins, A. (2002). Sociocultural issues in menopause. N. K. Wenger (Ed.) *International Position Paper on Women's Health and Menopause: A Comprehensive Approach* içinde (65-76). Bethesda, MD: National Institutes of Health Publication.

Dennerstein, L. ve Alexander, J. L. (2006). Mood and menopause. C. David, K. Jayashri ve M. A. Kathryn (Ed.). *Mood and Anxiety Disorders in Women* içinde (212-241). New York: University Press.

Dennerstein, L., Dudley, E., Hopper, J., Guthrie, J. ve Burger, H. (2000). A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstetrics and Gynecology*, 96(3), 351-358.

Dennerstein, L., Guthrie, J. R., Clark, M., Lehert, P. ve Henderson, V. W. (2004). A population-based study of depressed mood in middle-aged, Australian born women. *Menopause*, 11(5), 563-568.

Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H. ve Dudley, E. (1999). Mood and the menopause transition. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(11), 685-691.

Dickson, G. (1990). A feminist poststructuralist analysis of the knowledge of menopause. *Advances in Nursing Science*, 12(3), 15-31.

Dökmen, Z. (1991). Bem Cinsiyet Rolü Envanteri'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 35, 81-89.

Dökmen, Z. Y. (1999). BEM Cinsiyet Rolü Envanteri kadınsılık ve erkeksilik ölçekleri Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *Kriz Dergisi*, 1(7), 27-40.

Eckert, P. ve McConnell-Ginet, S. (2013). An introduction to gender. *Language and Gender* (2. edition) içinde (1-36). New York, NY: Cambridge University Press.



- Erdwins, C. A., Tyer, Z. E. ve Mellinger, J. C. (1983). A comparison of sex role and related personality traits in young, middle-aged, and older women. *The International Journal of Aging and Human Development*, 17(2), 141-152.
- Frank, S. J., Towell, P. A. ve Huyck, M. (1985). The effects of sex-role traits on three aspects of psychological well-being in a sample of middle-aged. *Sex Roles*, 19(9/10), 1073-1087.
- Freeman, E. W. (2010). Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause*, 17(4), 823-827.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L., Gracia, C. R., Nelson, D. B. ve Hollander, L. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 62-70.
- Freeman, E., Sammel, M., Lin, H. ve Nelson, D. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 375-382.
- Freeman, E., Sammel, M., Lin, H., Gracia, C., Kapoor, S. ve Ferdousi, T. (2005). The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause*, 12(3), 258-266.
- Gold, E., Bromberger, J., Crawford, S., Samuels, S., Greendale, G., Harlow, S. ve Skurnick, J. (2001). Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *American Journal of Epidemiology*, 153(9), 865-874.
- Gold, E., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G., Powell, L., ... Matthews, K. (2006). Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1226-1235.
- Gold, E. B., Sternfeld, B., Kelsey, J. L., Brown, C., Mouton, C., Reame, N., ... Stellato, R. (2000). The relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *American Journal of Epidemiology*, 152(5), 463-473.
- Görgel, E. B. ve Çakıroğlu, F. P. (2007). *Menopoz Döneminde Kadın*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Groeneveld, F. P., Bareman, F. P., Barentsen, R., Dokter, H. J., Drogendijk, A. C. ve Hoes, A. W. (1993). Relationships between attitude toward menopause, well-being and medical attention among women aged 45-60 years. *Maturitas*, 17(2), 77-88.
- Guthrie, J. R., Dennerstein, L., Taffe, J. R. ve Donnelly, V. (2003). Health care seeking for menopausal problems. *Climacteric*, 6(2), 112-117.

- Gürkan, Ö. C. (2005). Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, Mayıs-Haziran, 30-35.
- Hardy, R. ve Kuh, D. (2002). Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Social Science and Medicine*, 55(11), 1975-1988.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-122.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hotun Şahin, N. ve Coşkun, A. (2007). The menopausal age, related factors and climacteric complaints in Turkish women. *Revista Referenc'a*, (4), 91-99.
- Huffman, S. B., Myers, J. E., Tingle, L. R. ve Bond, L. A. (2005). Menopause symptoms and attitudes of African American women: closing the knowledge gap and expanding opportunities for counselling. *Journal of Counseling and Development*, 83(1), 48-56.
- Hunter, M. S. (1990). Psychological and somatic experience of the menopause: a prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 52(3), 357-367.
- Hunter, M. S. ve O'Dea, I. (1997). Menopause: bodily changes and multiple meanings. J. M. Ussher (Ed.). *Body Talk: The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction* içinde (199-222). London: Routledge.
- Hunter, M. S. (1993). Predictors of Menopausal symptoms: psychosocial aspects. *Baillieres-Clinical Endocrinology and Metabolism*, 7(1), 33-45.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2008). Tutumlar. *Günümüzde İnsan ve İnsanlar. Sosyal Psikolojiye Giriş* (11. baskı) içinde (109-154). İstanbul: Evrim Yayınevi.
- Kahn, D., Moline, M., Ross, R., Altshuler, L. ve Cohen, L. (2001). Depression during the transition to menopause: a guide for patients and families. *Postgraduate Medicine*, (Spec No), 114-115.
- Kaufert, P. A., Gilbert, P. ve Tate, R. (1992). The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14(2), 143-155.
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S. ve Özdemir, N. (2012). Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 148-155.
- Kocabaşoğlu, N. (2002). Anksiyete bozuklukları. E. İlkay (Ed.). *Cerrahpaşa Psikiyatri* içinde (453-508). İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Lachman, M. E. (2001). *Handbook of Midlife Development*. (1. edition). New York, NY: John Wiley.

- Leiblum, S. ve Swartzman, L. (1986). Women's Attitudes toward the menopause: an update. *Maturitas*, 8(1), 47-56.
- Maartens, L. F., Knottnerus, J. A. ve Pop, V. J. (2002). Menopausal transition and increased depressive symptomatology: a community based prospective study. *Maturitas*, 42(3), 195-200.
- Maartens, L., Leusink, G., Knottnerus, J., Smeets, C. ve Pop, V. (2001). Climacteric complaints in the community. *Family Practice*, 18(2), 189-194.
- Marks, I. (1987). Fear, defense, and evolution. *Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders* içinde (3-24). New York, NY: Oxford University Press.
- McKinlay, S. M., Brambilla, D. J. ve Posner, J. G. (1992). The normal menopause transition. *Maturitas*, 14(2), 103-115.
- Michener, A. H. ve Delamater, D. H. (1998). *Social Psychology*. (4. edition). U.S.A: Wadsworth Thomson Learning.
- Moilanen, J., Aalto, A.-A., Hemminki, E., Aro, A., Raitanen, J. ve Luoto, R. (2010). Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*, 67(4), 358-374.
- Morris, C. G. (2002). Normaldışı davranışlar. H. B. Ayvaşık ve M. Sayıl (Çev. Ed.). *Psikolojiyi Anlamak* içinde (526-568). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- National Institute of Health. (2011). *Depression*. U.S. Department of Health & Human Services. *NIH Publication*, No. 11-3561.
- Nelson, H. D. (2008). Menopause. *The Lancet*, 371(9614), 760-770.
- Neugarten, B. (1979). Time, age and the life cycle. *American Journal of Psychiatry*, 136(7), 887-894.
- Neugarten, B. L. ve Gutmann, D. L. (1968). The awareness of middle age. B. L. Neugarten (Ed.). *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology* içinde (93-98). Chicago: The University of Chicago Press.
- Neugarten, B.L., Wood, V., Kraines, R. J. ve Loomis, B. (1968). Women's attitudes toward the menopause. B. L. Neugarten (Ed.). *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology* içinde (195-200). Chicago: The University of Chicago Press.
- Öner, N. (2012). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı*. (7. basım). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Öztürk, O., Eraslan, D., Mete, H. E. ve Özşener S. (2006). The risk factors and symptomatology of perimenopausal depression. *Maturitas*, 55(2), 180-186.

Palmlund, I. (1997). The social construction of menopause as risk. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18(2), 87-94.

Reed, S., Ludman, E., Newton, K., Grothaus, L., Lacroix, A., Nekhlvudov, L., ... Bush, T. (2009). Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. *Maturitas*, 62(3), 306-310.

Robinson, G. (1996). Cross-cultural perspectives on menopause. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 184(8), 453-458.

Sağsöz, N., Oğuztürk, O., Bayram, M. ve Kamacı, M. (2001). Anxiety and depression before and after the menopause. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 264(4), 199-202.

Savaşır, I. ve Hisli-Şahin, N. (Ed.). (1997). *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

Schmidt, P. J., Haq, N. A. ve Rubinow, D. R. (2004). A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in perimenopausal women. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2238-2244.

Schmidt, P. J., Murphy, J. H., Haq, N., Rubinow, D. R. ve Danaceau, M. A. (2004). Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 19-26.

Shea, J. L. (2006). Chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes. *Climacteric*, 9(1), 30-39.

Sievert, L. L. ve Espinosa-Hernandez G. (2003). Attitudes toward menopause in relation to symptom experience in Puebla, Mexico. *Women Health*, 38(2), 93-106.

Smarr, K. ve Keefer, A. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), 454-466.

Smith, C. J., Noll, J.A. ve Bryant, J. B. (1999). The effect of social context on gender self-concept. *Sex Roles*, 40(5/6), 499-512.

Sommer, B. (2002). Menopause. J. Worell (Ed.). *Encyclopedia of Women and Gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender* içinde (729-738). California, USA: Academic Press.

Soules, M., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W. ve Woods, N. (2001). Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). Park City, Utah. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*. 8(6), 402-407.

Strauss, J. R. (2011). Contextual influences on women's health concerns and attitudes toward menopause. *Health & Social Work, 36*(2), 118-124.

Tinsley, E. G., Sullivan-Guest, S. ve McGuire, J. (1984). Feminine sex role and depression in middle-aged women. *Sex Roles, 11*(1/2), 25-32.

Uçanok, Z. (1994). *Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Uçanok, Z. ve Bayraktar, R. (1996). Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. *3P Dergisi: Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji, 4*(1), 11-20.

Ulusoy, M., Erkmen, H. ve Şahin, N. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy; an International Quarterly, 12*(8), 163-172.

Van Voorhis, B. J. (2005). Perimenopause: urogenital and bleeding issues. *NIH State-of-the-Science Conference on Management of Menopause-Related Symptoms* içinde (47-51). Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Weber, J. C. ve Lamb, D. R. (1970). *Statistics and Research in Physical Education*. St. Louis: CV Mosby Company, 59-64.

World Health Organization (1996). *Research on the Menopause in the 1990s: Report of a WHO Scientific Group*. WHO Technical Report Series 866. Geneva: World Health Organization.

## **EKLER**

## EK 1: Katılımcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz:
  1. ( ) Okuryazar
  2. ( ) İlköğretim
  3. ( ) Lise ve dengi
  4. ( ) Yüksekokul veya üniversite
  5. ( ) Lisansüstü veya doktora
3. Medeni durumunuz:
  1. ( ) Bekâr
  2. ( ) Evli
  3. ( ) Boşanmış
  4. ( ) Dul
4. Çalışma durumunuz:
  1. ( ) Çalışıyor
  2. ( ) Çalışmıyor
5. Gelir düzeyiniz:
  1. ( ) Düşük
  2. ( ) Orta
  3. ( ) Yüksek
6. Sigara kullanma durumunuz:
  1. ( ) Kullanıyorum
  2. ( ) Kullanmıyorum
7. Doğum yaptınız mı?
  1. ( ) Hayır
  2. ( ) Evet, ise kaç çocuğunuz var:
8. Herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirdiniz mi?
  1. ( ) Hayır
  2. ( ) Evet, ise nedir?
9. Düzenli olarak görüştüğünüz bir arkadaş grubunuz var mı?
  1. ( ) Hayır
  2. ( ) Evet
10. Aşağıda adet dönemi ile ilgili verilen seçeneklerden size uygun olan bir tanesini işaretleyiniz.
  1. ( ) Son 3 aydır adet düzenimde bir değişiklik yok
  2. ( ) Adet düzenimde değişiklikler olmaya başladı (adetler arası süre uzadı ya da kısaldı, kanama miktarı veya süresi arttı)
  3. ( ) En az 3, en fazla 11 aydır adet görmüyorum
  4. ( ) 12 aydan fazladır adet görmüyorum

11. Menopoza girdiyeniz girme yaşıınız nedir:
12. Menopoza girdiyeniz size uygun olanı işaretleyiniz.
1. ( ) Menopoza doğal yolla girdim
  2. ( ) Menopoza cerrahi yolla girdim
13. Menopoz döneminde yaşadığınız yakınmalarınız için ne yapıyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1. ( ) Hiçbir şey yapmıyorum
  2. ( ) Tıbbi destek alıyorum
  3. ( ) Psikolojik destek alıyorum
  4. ( ) Doğal yöntemler kullanıyorum (bitkisel ürünler, çaylar vs.)
  5. ( ) Egzersiz yapıyorum
  6. ( ) Hobilerimle uğraşıyorum, sosyal aktivitelerde bulunuyorum
  7. ( ) Diğer:
14. Menopoz döneminiz boyunca sizde ciddi sıkıntıya yol açan bir durum yaşadınız mı? (Örneğin, eşin vefatı, anne ya da babanın vefatı, hastalık, boşanma, iş hayatının sona ermesi, çocuklardan ayrılma vb.)
1. ( ) Hayır
  2. ( ) Evet, ise nedir?
15. Aşağıda menopozla ilgili sunulmuş olan görüşlere ne derecede katıldığınızı ilgili boş yerlere çarpı (X) ile işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Orta	Oldukça	Tamamen
Menopoz bir hastalıktır, tedavi gerektirir.					
Menopoz doğal bir süreçtir.					
Menopozla beraber kadınlar, genellikle kendilerini daha iyi hisseder.					
Menopozdan sonra kadınların kendilerine olan güvenleri artar.					
Menopoz gençliğin sonudur.					
Menopozla beraber eşler arasındaki ilişki daha iyi bir hal alır.					
Hamile kalma riskinin ortadan kalkması, menopozun olumlu bir sonucudur.					
Menopoz döneminde aldatılmalar artabilir.					
Menopozla birlikte kadınlar toplumdaki saygınlıklarını kaybederler.					
Menopoz, bir kadının hayatındaki en büyük değişikliktir.					



## EK 2: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Sevgili hanımlar. Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikayetinizin olmadığı yakınmalar için “Hiç Yok” seçeneğini işaretleyiniz.

	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
<b>1-Sıcak basması, terlemeler</b> (Terleme nöbetleri)					
<b>2-Kalp rahatsızlıkları</b> (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, terleme, çarpıntı hissi)					
<b>3-Uyku sorunları</b> (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
<b>4- Keyifsizlik hali</b> (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
<b>5- Sinirlilik</b> (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
<b>6- Endişe / Kaygı</b> (Huzursuzluk, panik hissi)					
<b>7- Fiziksel ve zihinsel yorgunluk</b> (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
<b>8- Cinsel sorunlar</b> (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)					
<b>9- İdrar sorunları</b> (İdrar yaparken, güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
<b>10- Haznede kuruluk</b> (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
<b>11- Eklem ve kas rahatsızlıkları</b> (Eklemlerde ağrı, romatizma şikayetleri)					

### **EK 3: Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği**

Aşağıda bulunan her bir cümlenin altında “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” seçenekleri yer almaktadır. Her bir cümleyi dikkatle okuyunuz ve size uyan seçeneği çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

**1. Kadınlar yaşamlarında menopozu, genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**2. Kadınlar menopozdan sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**3. Menopozda kadın kendisinde anlayamadığı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**4. Erkekler, menopoz sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**5. Kadınlar genellikle menopoz döneminde sinirli ve gergin olurlar.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**6. Birçok kadın menopozdan sonra artık “gerçek” bir kadın olmadığını düşünür.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**7. Pek çok kadın adetten kesilmekten üzüntü duyar.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**8. Menopoz bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**9. Kadınlar menopoz sırasında birtakım sıkıntılar yaşamayı beklemelidirler.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**10. Aslında hemen hemen her kadın yaşantısında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**11. Menopoz yaşlanmanın önemli bir işaretidir.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**12. Kadınları menopoz döneminde en çok korkutan şey ne olacağını bilememektir.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**13. Kadınlar genellikle menopozdan sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**14. Pek çok kadın menopoz döneminde üzüntülü ve çökkün olur.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**15. Menopoz pek çok kadının yaşamını alt üst eder.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**16. Menopoz bir kadının yaşamında pek çok sorunun yaşandığı bir dönemdir.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**17. Kadınlar menopoz sonrasında genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**18. Menopoza girmek kadının yaşamını büyük ölçüde etkilemez.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**19. Pek çok kadın için menopoz katlanması oldukça zor bir durumdur.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

**20. Menopoza giren pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder.**

Kesinlikle katılmıyorum ( )	Katılmıyorum ( )	Kararsızım ( )	Katılıyorum ( )	Kesinlikle katılıyorum ( )
--------------------------------	---------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

#### **EK 4: Beck Depresyon Envanteri**

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek için karamsarım.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgınım.  
(3) Kendimden nefret ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.  
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

## EK 5: Beck Anksiyete Envanteri

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir (1) haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde-beni pek etkilemedi	Orta düzeyde-hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde-dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				



## EK 6: BEM Cinsiyet Rolü Envanteri

Aşağıdaki özelliklerin her birinin sizi tanımlama bakımından ne kadar uygun olduğunu düşününüz. Her özelliğin karşısına, size uygunluğunu numaralandırınız.

1: hiç uygun değil

2: genellikle uygun değil

3: bazen uygun değil

4: kararsızım,

5: bazen uygun

6: genellikle uygun

7: her zaman uygun

	Uygunluk numarası		Uygunluk numarası
1. Ağırbaşlı, ciddi		21. İdealist	
2. Ailesine karşı sorumlu		22. İncinmiş duyguları tamir etmeye istekli	
3. Anlayışlı		23. Kaba dil kullanmayan	
4. Baskın		24. Kadınsı	
5. Başkalarının ihtiyaçlarına duyarlı		25. Kendi ihtiyaçlarını savunan	
6. Boyun eğen		26. Kendine güvenen	
7. Cana yakın		27. Kuralcı, katı	
8. Cömert		28. Lider gibi davranan	
9. Çocukları seven		29. Mantıklı	
10. Duygularını açığa vurmeyen		30. Merhametli	
11. Duygusal		31. Namuslu	
12. Erkeksi		32. Otoriter	
13. Güçlü		33. Riski göze almaktan çekinmeyen	
14. Fedakar		34. Sadık	
15. Girişken		35. Saldırgan	
16. Gönül alan		36. Sevecen	
17. Gözü pek		37. Sıkılgan	
18. Haksızlığa karşı tavır alan		38. Sözünde duran	
19. Hassas		39. Tatlı dilli	
20. Hırslı		40. Yumuşak, nazik	

## EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

..../..../.....

Bu araştırma, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans programı kapsamında yürütülmekte olan tez çalışması için gerçekleştirilmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizlerden menopozla ilgili görüşlerinizi almak üzere, toplamda altı adet ölçek doldurmanız beklenmektedir. Ölçek formlarını eksiksiz ve içten doldurmanız araştırma bulguları açısından önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra devam etmek istememenizin sizin açınızdan herhangi bir olumsuz sonucu olmayacaktır. Bu nedenle araştırmaya katılmayı kabul etseniz dahi istediğiniz anda görüşmeyi sonlandırma hakkına sahip bulunmaktasınız.

Ölçek formlarından elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlarla istatistiksel analizlere tabi tutulacaktır ve elde edilen bulgular yüksek lisans tezi ve bilimsel makale yazımında kullanılacaktır. Bu tez ve makalelerde kimliğinizi teşhir edecek bir bilgi yer almayacaktır.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.  
Esin Duç

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda ismi geçen araştırmacı tarafından, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı açıklama yapıldı. Söz konusu araştırmadan istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak ayrılabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılıyorum.

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası:

## ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında İstanbul'da doğdu. İlk, orta, lise ve üniversitesi öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 2008 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü'ne girdi. Bu tarihten itibaren çeşitli hastane ve kliniklerde gönüllü stajyer olarak görev yaptı, mesleki eğitimlere ve kongrelere katıldı. 2012 yılında Haliç Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı'na başladı. Bu sırada Doç. Dr. Ebru Şalcıoğlu'ndan davranış terapisi öğrenmeye ve uygulamaya başladı. Zorunlu stajını Davranış Bilimleri Araştırma ve Tedavi Merkezi'nde tamamladı.