T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

MENOPOZAL DÖNEMDEKİ SEMPTOMLAR VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Güner KURT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

MENOPOZAL DÖNEMDEKİ SEMPTOMLAR VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Güner KURT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği alanındaki uzmanlık eğitimim süresince, değerli bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, bu uzmanlık alanını sevmemde ve yetişmemde büyük katkıları olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Sorumlum, tez danışmanım ve her zaman bana annelik yapan Doç. Dr. Güzin Zeren ÖZTÜRK hocama teşekkürü borç bilirim.

Altı yıllık fakülte eğitimim sırasındaki emeklerinden ve desteklerinden dolayı başta Dr.Bayram Ali DORUM olmak üzere, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki değerli hocalarıma,

Bu yoğun çalışma temposunda gece gündüz beraber olduğumuz hepsinden çok fazla şey öğrendiğim başta Dr.Mehmet Yasin YÜKSEL olmak üzere beraber mesai harcadığımız asistan diğer tüm çalışma arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi desteklerini hayatımın her anında hissettiğim canım annem Aysel DEDE'ye ve babam İsmail Hakkı DEDE'ye ayrıca canım ablalarım Binnaz EREN ve Dr.Banu AKGÜN'E ayrıca tıbbi bilgisini benden eksik etmeyen ve bana sürekli yardımcı olan meslektaşım ve eniştem Dr.Bener AKGÜN'e,

Her daim bana destek olan ve hayatıma anlam katan sevgili eşim Dr.Gürsoy Burak KURT'açok teşekkür ederim.

Dr. Güner KURT

İstanbul-2020

SİMGELER ve KISALTMALAR

AFS : Antral folikül sayısı

AMH : Anti-müllerian hormon

DHEA : Dehidroepiandrostenodion

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

E2 : 17-B östradiol

FSH : Folikül stimüle edici hormon

GnRH : Gonodotropin Releasing Hormon

HDL : High Density Lipoprotein

HRT : Hormon replasman tedavisi

IMS : Uluslar arası menopoz topluluğu

KDM : Konnektif Doku Masajı

KSH : Kronik sistemik hastalık

KVH : Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL : Düşük yoğunluklu lipoprotein

LH : Luteinleştici Hormon

MÖYKÖ : Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

MSDÖ : Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği

MSS : Merkezi Sinir Sistemi

PTKE : Pelvik Taban Kas Eğitimi

REM : Rapid Eye Movement

STRAW : Staging Reproductive Aging in Women

TG : Trigliserit

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

VLDL : Very Low Density Lipoprotein

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ii
SİMGELER VE KISATMALAR ii
İÇİNDEKİLER iv
TABLOLARLİSTESİ vi
GRAFİKLER viii
ÖZET ix
ABSTRACT ii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. MENOPOZUN TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ 3
1.2. MENOPOZUN TARİHÇESİ 3
1.3. MENOPOZ ÇEŞİTLERİ 4
1.3.1. Başlangıç Yaşına Göre 4
1.3.2. Oluş Biçimine Göre 4
1.4. KLİMAKTERİK DÖNEM 5
1.4.1. Klimakteryum Evreleri 5
1.5. MENOPOZAL GEÇİŞİN FİZYOLOJİSİ VE ENDOKRİN DEĞİŞİKLİKLER 6
1.5.1. Anti-Müllerian Hormon 7
1.6. MENOPOZ DÖNEMİNDE GÖRÜLEN SEMPTOMLAR 8
1.6.1. Merkezi Sinir Sistemi ile ilişkili Semptomlar 8
1.6.2. Genitoüriner Semptomlar 10
1.6.3. Seksüel Semptomlar 11
1.6.4. Konnektif Doku Değişiklikleri ve İlişkili Semptomlar 11
1.6.5. Kardiyovasküler Değişiklikler ve İlişkili Semptomlar 12
1.6.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri ve İlişkili Semptomlar 12
1.6.7. Demans 13
1.7. MENOPOZDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI 13
2. GEREÇ VE YÖNTEM 15
2.1. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ 15
2.1.1. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) 15

2.1.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği/Menopause Rating Scale . 16
2.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ..... 16
2.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM..... 16
2.4. ETİK KURUL ONAYI..... 17
3. BULGULAR..... 18
3.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ..... 18
3.2. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının İncelenmesi..... 30
3.3. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının Hastaların Sosyodemografik Bulguları İle Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi..... 30
3.4. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının, Sosyodemografik Özellikleri Ve Sigara Kullanımı İle Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi..... 36
4. TARTIŞMA..... 51
5. SONUÇ..... 74
6. KAYNAKÇA..... 78
7. EKLER..... 89
7.1. EK-1 ANKET FORMU..... 89
8. ÖZGEÇMİŞ..... 92

TABLOLARLİSTESİ

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi 18
Tablo 2. Hastaların kaç kere gebe kaldıkları, menopoza girme süreleri menopozdan, sonra vücudunda sebebini bilmediği ağrı tarif eden hastaların ağrı skorları .. 23
Tablo 3. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama dağılımları ve güvenirlilik katsayıları değerlerinin incelenmesi 30
Tablo 4. Hastaların yaşları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 31
Tablo 5. Medeni durum değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 32
Tablo 6. Gelir durumu değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 32
Tablo 7. Eğitim durumu değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 33
Tablo 8. Meslek durumu değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 34
Tablo 9. Yaşadığı aile tipi ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 35
Tablo 10. Sigara kullanma durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 35
Tablo 11. Kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvurma durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 36
Tablo 12. Kronik hastalık varlığı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 37
Tablo 13. Evliliklerine bakış düzeyleri ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 38
Tablo 14. Menopoz şikayeti ile doktora başvurma durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 40
Tablo 15. Menopozun ile ilgili düşünce durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi 41

Tablo 16. Menopoz hakkındakibilgilerini nerden aldığıile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi.....43
Tablo 17. Menopoz için tedavi alma durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi.....44
Tablo 18. Evli olan hastaların eşleriyle olan ilişkinin etkilenme durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi.....45
Tablo 19. Menopozun etkileme durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi.....46
Tablo 20. Menopoz sonrası ağrı varlığı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi.....47
Tablo 21. Hastaların menopoza girme yaşı, medeni durum, evlenme yaşı, öğrenim durumu ile ölçekler arasındaki ilişki 48
Tablo 22. Hastaların menopoza girme süresi, menopoz için tedavi alma, menopoz sizi nasıl etkiledi ve menopoza girme şekli ile ölçekler arasındaki ilişki.....49
Tablo 23. Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi.....50

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Katılımcıların medenı durumlarının incelenmesi 19
Grafik 2: Katılımcıların öğrenım durumlarının incelenmesi.....19
Grafik 3: Katılımcıların meslek gruplarına göre incelenmesi 20
Grafik 4: Katılımcıların aile yapılarına göre incelenmesi 20
Grafik 5 : Katılımcıların sigara kullanım durumları.....21
Grafik 6 : Katılımcıların gelir durumlarının incelenmesi.....21
Grafik 7 : Katılımcıların evlilik durumlarının incelenmesi.....22
Grafik 8 : katılımcıların kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına gitme durumu.....23
Grafik 9 : Kontrol amaclı kadın doğum uzmanına giden katılımcıların en son ne zaman gittikleri 24
Grafik 10 : Katılımcılarda herhangi bir kronik hastalık varlığı.....24
Grafik 11 : Katılımcıların evlilikleri ile ilgili düşünceleri.....25
Grafik 12 : Katılımcıların menopoza girme şekli.....25
Grafik 13 : Katılımcıların menopoz şikayetleri için doktora gitme durumu 26
Grafik 14 : Katılımcıların menopozla ilgili düşünceleri.....26
Grafik 15 : Katılımcıların menopozla ilgili bilgi edinme yolları 27
Grafik 16 : Katılımcıların menopoz için tedavi alma durumu 27
Grafik 17 : Menopoz için tedavi alanların kullandıkları tedavi yöntemleri 28
Grafik 18: Evli olan katılımcıların menopozdan sonra eşiyle cinsel ilişkisinin etkilenme durumu 28
Grafik 19 : Katılımcıların menopozdan ne şekilde etkilendikleri 29
Grafik 20 : Menopozdan sonra vücudunuzda sebebini bilmediğiniz ağrıların Varlığı.....29

ÖZET

MENOPOZAL DÖNEMDEKİ SEMPTOMLAR VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

AMAÇ: Beklenen yaşam süresinin arttığı ve kadınların yaşamının büyük bir kısmını menopozda geçirdiği düşünülürse bu dönemde kadınları anlamak ve yaşadıkları semptomları belirlemek çok önemlidir. Çalışmanın temel amacı menopozal dönemdeki kadınların hangi semptomları yaşadıklarını tespit etmek ve bu semptomların kadınların yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemektir.

MATERYAL VE METOD: Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran menopozal dönemdeki kadınlarla yürütüldü. Araştırmanın evreni, 15 Ekim 2019 ve 15 Nisan 2020 tarihleri arasında herhangi bir nedenle Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran menopozal dönemdeki kadınlar olarak belirlenmiştir. Yapılacak olan çalışmanın içeriği ve amacı ile ilgili gerekli bilgiler kadınlara kısaca anlatılarak çalışmayı kabul eden kadınlara anket formu uygulandı. Anket, araştırmaya katılanların sosyodemografik verilerini değerlendiren sorular ile Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği ile ilgili soruları içermekteydi. Araştırma kapsamında 314 katılımcı ile çalışma analiz edildi. İstatistiksel analizde ortalama, standart sapma, ortanca, ölçek puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki tek değişkenli analizlerde Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için 0,05'in altındaki p değeri anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması 53,99±5,39 yıl %90.8'i evlidir. Çalışma sonuçlarına göre menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi açısından medeni durum, evlenme yaşı, yaşadığı aile tipi, kronik hastalık varlığı, kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına gitme durumu, menopozu algılama şekli, evliliğini nasıl değerlendirdiği, menopoz şikayetleri için doktora gitme durumu, menopozla ilgili bilgilerini nerden edindiği, menopoz için tedavi alma durumu, menopozdan sonra eşiyle

ilişkisinin etkilenmesi, menopozun kendini etkilemesi ve menopozdan sonra vücudunda ağrı hissetme istatistiksel açıdan anlamlı faktörler olarak tespit edildi ($p<0.05$). Sadece menopoza özgü yaşam kalitesi açısından yaş ve çalışma durumu istatistiksel açıdan anlamlı faktörler olarak tespit edildi ($p<0.05$). Sadece menopozal semptom şiddeti açısında menopoza girme süresi istatistiksel açıdan anlamlı faktör olarak tespit edildi ($p<0.05$). Diğer yandan bireylerin eğitim durumu, gelir durumu, menopoz tipi ve sigara kullanımı faktörleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı etki görülmedi ($p>0.05$).

SONUÇ: Çalışma sonuçlarımıza göre, menopozal dönemde görülen semptomlar kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir. Hekimler menopozal dönemdeki semptomlar üzerinde etkisi olduğu bilinen tüm faktörleri göz önüne alınarak kişiye özgü değerlendirme ve tedavi programları oluşturulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Menopoz, Menopozal Semptom, Yaşam kalitesi, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi, Risk Faktörü

ABSTRACT

THE CORRELATİON BETWEEN SYMPTOMS İN THE MENOPAUSAL PERİOD AND LİFE QUALİTY

OBJECTIVE: Considering that the expected life expectancy increases and women spend most of their life in menopause, it is very important to understand women and determine the symptoms they experience during this period. The main purpose of the study is to determine what symptoms women experience in the menopausal period and determine the effects of these symptoms on the quality of life of women.

MATERİAL AND METHODS: The cross-sectional descriptive study was conducted with menopausal women who applied to Family Medicine Outpatient Clinic of the Health Sciences University Şişli Hamidiye Etfal Education and Research Hospital. The universe of the research between the dates of October 15, 2019 and April 15, 2020, it was identified as women in the menopausal period who applied to the Family Medicine Outpatient Clinic for any reason.The necessary information about the content and purpose of the study were briefly explained to the women and a questionnaire was applied to the women who agreed to work.The questionnaire included questions about the socio-demographic data of the participants of the study and the Menopause-Specific Quality of Life(QOL) Scale and the Scale of Evaluation of the Menopausal Symptoms.The study included 314 participants. Mean, standard deviation, median and scale scores were used in statistical analysis. Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test and Spearman Correlation Analysis were used for univariate analyzes between independent variables. A p-value of less than 0.05 considered significant.

RESULTS: The mean age of the participants was 53,99±5,39 and 90.8% were married. Type of family, presence of chronic diseases, the status of going to a gynecologist for control purposes, the way of perceiving menopause, how she evaluated her marriage, going to the doctor for menopausal complaints, where they got their relevant information, the state of getting treatment for menopause, their relationship with their partner after menopause, the menopause itself affecting and feeling pain in the body

after menopause effect of all these parameters on menopausal symptom severity and menopause-spesific QOL was investigated. Age and working status were determined as statistically significant factors only in terms of quality of life specific to menopause. Only the time of entering the menopause was determined as a statistically significant factor in terms of severity of menopausal symptoms. On the other hand, no statistically significant effect was observed in terms of education level, income level, menopause type and smoking factors of individuals.

CONCLUSİON: According to our study results, symptoms seen in the menopausal period affect the quality of life of women.Personal evaluation and treatment programs should be created by considering all factors known to have an impact on symptoms during the menopausal period.

KEYWORDS: Menopause, Menopausal Symptoms, Quality of Life, Menopause-Specific Quality of Life, Risk Factor

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Menopoz kadınlar için üreme döneminden, over fonksiyonlarındaki kayıp ve gerilemeye bağlı olarak üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçiş dönemidir(1).

Menopoz kadınlar için doğmak, büyümek, ölmek gibi yaşamın bir parçasıdır. Kadın hayatında üreme döneminin bittiği ve hormonal çekilme belirtilerinin görüldüğü bir sürece geçişi ifade eder(2).

Kadınlarınhayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakterium (premenepoz - menopoz - perimenopoz - postmenopoz) ve yaşlılık olmak üzere beş farklı döneme ayrılabilir. Her dönemin kendine ait özelliği vardır ve beraberinde bir çok değişimi getirir. Ancak menopoz dönemi psikilojik, hormonal ve fiziksel açıdan en çok değişimin yaşandığı dönemdir(3).

Demografik dönüşüm sonucu doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi, son 100 yılda oldukça uzamış ve kadınların postmenopazal dönemde geçirdikleri süre artmıştır. Postmenopozal dönemde olan kadın sayısının tüm nüfus içindeki orantısı zamanla artmaktadır. Böylece menopozun kadın hayatındaki önemi daha da artmıştır. Bu nedenle kadınlara yönelik sağlık hizmeti planlanmasında ve sunumunda da menopoz, göz önünde bulundurulması gereken önemli kadın sağlığı konularından biri haline gelmiştir(4,5).

Menopoz beklenen yaşam süresinin artmasıyla beraber birçok fiziksel ve psikolojik problemi beraberinde getirmektedir. Bu nedenle kadın hayatında önemli bir role sahiptir(6).

Klimakteryum dönemindeki değişimler genel olarak overlerden östrojen üretiminin azalmasına bağlanmaktadır. Bu dönemdeki değişimlerle ilişkili şikayetlerden bazıları kas eklem ağrıları, sıcak basmaları, vajinal kuruluk, sinirlilik, üriner problemler, keyifsizlik ve uyku problemleridir (5).Genel olarak bu septomlar östrojen eksikliğine bağlı olsada her kadın da bu semptomlar aynı şiddette değildir ve bazı kadınlarda bu semptomlar görülmemektedir. Ayrıca tedaviye verilen yanıt kadınlar arasında farklılık göstermektedir. Bu bilgiler doğrultusunda menopoz şikayetlerinin sadece östrojen eksikliği ile açıklanamayacağı düşünülmektedir. Menopozla ilgili semptomların ortaya çıkışında ve şiddetinde östrojen eksikliği ile beraber kadınların

menopozla ilgili algısı, tutumu ve davranış biçiminin de etkili olduğu belirtilmektedir (7).

Beslenme alışkanlıkları, etnik ve kültürel farklılıklar menopoz şikayetlerinin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen faktörlerdendir(8).Kadınların yaşadıkları toplum özellikleri ve geçmiş deneyimlerine göre de menopoza bağlı semptomların şiddetinin ve etkilenme düzeyinin değiştiği bilinmektedir(9).Dünyanın farklı bölgelerinde menopoza giriş yaşı, toplum tarafından algılanışı, yaşanan rahatsızlıklar ve şiddeti ile yaşam kalitesi farklılıklar göstermektedir. Aynı toplum içinde yaşayan kadınlar bile menopozu farklı şekilde algılayabilmektedir(10).Kadınların yaşam kaliteleri menopozda yaşadıkları deneyimlere bağlı olarak etkilenmektedir(10,11). Menopoz döneminde ortaya çıkan semptomlar fiziksel değişimler, kültürel etkiler ve bireysel algıya bağlı olarak bir bütündür. Bu nedenle menopozu daha iyi anlamak için biyolojik faktörlerle beraber psikolojik, kültürel ve sosyal faktörleri de detaylı incelemek gerekmektedir(12).

Kadınların bir kısmı menopoz dönemindeki değişimleri sorun olarak algılar ve buna tedavi ararlar bazı kadınlar içinse menopoz doğal bir süreçtir bundan etkilenmezler ve sorun olarak algılamazlar(13).Kadınların bir kısmı menopoza girdikten sonra artık gerçek bir kadın olamayacağını hayata karşı daha depresif ve duyarlı hale geleceğini düşünmektedir(14).

Kadınların menopoza yönelik algı farklılıkları tıbbı ve pskikosoyal yakınmlarında artışa neden olabilmektedir. Bu nedenle kadınların menopozal yakınmalarıincelenirken kadınların içinde bulundukları tüm özelliklerideğerlendirilmeli semptomlarını ve hayat kalitelerini etkileyen faktörler buna göre değerlendirilmelidir (15).

Araştırmanın Amacı

S.B.Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran menopozal dönemdeki kadınlarda hangi semptomların daha sık görüldüğünü saptamak ve ayrıca bu semptomların kadınların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini araştırmayı amaçladık.

1.1. MENOPOZUN TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ

Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre over aktivitesinin yitirilmesi ve bunun sonucunda da menstrüasyonun kalıcı olarak sona ermesidir(16). Menopozda östrojen salınımındaki azalma fizyolojik olarak foliküler aktivitenin azalmasına bağlıdır(17).Menopoz, kadınlardaover işlevinin sonlanması nedeniyle östrojen ve progesteron üretiminin azalması ve buna bağlı olarak üreme hayatının sonunu temsil eden doğal ve kaçınılmaz bir dönemdir(18).

1.2. MENOPOZUN TARİHÇESİ

Menopozla ilgili bilgilere ilk Milattan Önce 322 yılında Aristo'nun "Historia Animolium''adlı kitabında rastlanmaktadır ve bu kitapta kadınların 50 yaş civarında menopoza girdikleri belirtilmişitir(19).

Hipokrat ise menopoz semptomlarının ortaya çıkmasında kadının yaşının ilerlemesiyle kadın doğum organının yerinin değiştiğini ve bununda kalbine ve kafasına yaptığı baskıların sonucu ortaya çıktığını savunmuştur. Kadınların için menopozun yaşamın son evresini ifade ettiğine, kadınların doğurganlığını yitirmesine bağlı olarak sık sık hastalandığına ve cinsellikten uzaklaştığına inanılırdı(20).

1903 yılında Almanya da Fraenkal tarafından over fonksiyonlarının bozulmasıyla östrojeninin azaldığı buna bağlı olarak da santral sinir sistemi belirtileri, halsizlik, depresyon, vajinal atrofi gibi bulgular tanımlanmıştır. Overle ilgili olmayan menopoz teorilerinin terk edilmesi ise 1923 yılında Allen ve Doisy farelerle ilgili yaptıkları deneyle olmuştur. Sağlıklı dişi farelerin foliküllerinden alınan ve adına " folikülün'' dedikleri sıvıyı kastre farelere verdiklerinde östrojen ürettiğini göstermişlerdir(19).

1936 yılında Inholffen etinil östradiolün sentezini gerçekleştirmiştir. Menopozda hormon replasman tedavisi (HRT) amaçlı konjuge östrojen kullanımı öncelikle İngiltere, Almanya ve Fransa'da kullanılmaya başlanmıştır. 1942 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) konjuge östrojen kullanma izni çıkmıştır.

Cenevre 'de Uluslararası Sağlık Vakfı tarafından menopoz konusundaki ilk toplantı düzenlenmiştir.1976 yılında Fransa'da La Grande Motte'de ilk uluslararası menopoz kongresi düzenlenmiştir. Menopozla ilgili araştırma yapan 165 kişi bir araya gelmiş ve bu konunun sistematik ve uluslararası bir standarda getirilmesi

kararlaştırılmıştır. Kuduste ise menopozla ilgili ikinci kongre düzenlenmiştir. Menopoz konusunda ikinci kongre ise Kudüs'te yapılmıştır. 1990 yılında Avrupa Menopoz Derneği kurulmuştur ilk toplantısını Nice (Fransa) şehrinde yapmıştır.1992 yılında ilk ulusal menopoz kongresi düzenlenmiş ve "Türk Menopoz ve Osteoporoz Derneği'' kurulmuştur. 2001 yılında 18 Ekim'i " Dünya Menopoz Günü''olarak Uluslararası Menopoz Topluluğu (IMS) ve DSÖ tarafından ilan edilmiştir(19).

1.3. MENOPOZ ÇEŞİTLERİ

Menopoz, başlangıç yaşı ve oluş biçimine göre 2 farklı şekilde sınıflandırılabilir.

1.3.1. Başlangıç Yaşına Göre

Erken menopoz: 40 yaşından önce adetten kesilmenin gerçekleşmesine "*erken menopoz*" denmektedir. Etkenin ne olduğu tam olarak bilinmemekle beraber her yüz kadından bir tanesi menopoza 40 yaşından önce girmektedir (21).

Tıbbi literatürde prematür over yetmezliği veya prematür menopoz olarak adlandırılmakta ve kadınların yaklaşık %4'ünde görülmektedir(22).

Erken menopozun ortaya çıkmasında genetik olarak X kromozomundaki değişimler sorumlu tutulmakla beraber; idiyopatik (en sık görülen tiptir), familial, otoimmun hastalıklara bağlı, enfeksiyon kaynaklı, radyasyon ve kemoterapi sonrası, çevresel faktörlere bağlı, rezistan over sendromusık gebelik, uzun süre emzirme, kürtaj ve düşükler, ciddi şişmanlık, hipotroidizm, ooferektomi gibi farklı nedenlere bağlı oluşabilir (24).

Normal menopoz: Bir kadının45-54 yaşları arasında adetten kesilmenin gerçekleşmesidir (22).

Geç menopoz: Bir kadın 55 yaşını geçmesine rağmen hala adet kanamaları devam ediyorsa buna geç menopoz denilir (23).

1.3.2. Oluş Biçimine Göre

Doğal (fizyolojik) menopoz: Ovaryen foliküllerin tükenmesi sonucunda ortaya çıkan, fizyolojik durumdur (24).

Cerrahi menopoz: Doğal menopozdan meydana gelmeden önce overlerin histerektomi ameliyatı ya da fallop tüpleriyle birlikte Bilateral Salphingo Ooferektomi (BSO) ile

çıkarılması sonucu meydana gelen menopozdur. Cerrahi menopoz histerektomi ameliyatı olan kadınlarda görülen menopoz ve histerektomi ve ooferektomi ameliyatı geçiren kadınlarda göürlen menopoz olmak üzere ikiye ayrılır(25).

1.4. KLİMAKTERİK DÖNEM

Kelime anlamı olarak ‘merdiven basamağı’ demektir ve bu dönem kadın hayatında kritik bir öneme sahiptir. Bu dönem fertil ve infertil dönem arasında yer alır, overlerdeki fizyolojik değişimlerle beraber hormonal dengenin değişmesiyle oluşan semptomlarla karakterize bir geçiş dönemidir (21).

1.4.1. Klimakteryum Evreleri

Klimakteryum sırasıyla 4 evreden meydana gelmektedir.

1. Premenopoz: Klimakteryumun ilk dönemidir. Bu süreçte menstrual siklusun düzeni bozulmuş ve fertilite şansı azalmıştır. Overyan yetmezlik başladıktan sonra menopoza kadar geçe süreçte üreme yeteneğinin henüz tamamen kaybolmadığı bir dönemdir. Premenopozal dönemin başlarında menarş döneminde olduğu gibi 18-21 günden daha kısa sürede menstrüasyon kanaması olurken, ilerleyen dönemlerde üç ay hiç menstruasyon kanaması olmayabilir. Bu düzensizlik başladıktan sonraki sikluslar genellikle anovulatuvar tipte olmaktadır (26).

2. Menopoz: Overlerde foliküler aktivitenin kaybına bağlı olarak menstrüasyonun kalıcı olarak durmasıdır. Kadın ardışık 12 ay boyunca adet görmez. Genel olarak son menstrual siklus olarak da tanımlanmaktadır.(27)

3. Perimenopoz: Menopozu, menopoz meydana gelmeden önceki birkaç yılı ve menopoz meydana geldikten sonraki ilk yıllardaki biyolojik, endokrinolojik ve klinik özelliklerin ortaya çıktığı zaman dilimini ifade eder (27).

4. Postmenopoz: DSÖ’nün ifadesine göre menopozdan sonraki 6-8 yıllık dönem ‘postmenopozal dönem’ olarak adlandırılmaktadır. Bu dönem perimenopozal dönemin bitmesi ile başlar ve yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaşa kadar devam

etmektedir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen sona ermiş ve fertilite şansı ortadan kalkmıştır (27).

1.5. MENOPOZAL GEÇİŞİN FİZYOLOJİSİ VE ENDOKRİN DEĞİŞİKLİKLER

Kadınlarda reprodüktif dönem boyunca medial bazal hipotalamusun arcuat nükleusundan pulsatil olarak GnRH (gonodotropin releasing hormon) salgılanmaktadır. GnRH, siklik olarak FSH ve LH salınımını düzenlemek için hipofizdeki gonodotroplar üzerindeki GnRH reseptörlerine bağlanır. Gonodotropinler de progesteron, östrojen, inhibin gibi over steroidlerinin salınımını tetikler. Reprodüktif dönem boyunca östrojen ve progesteron negatif ve pozitif feedback etkisi ile hipofizdeki gonodotropinlerin üretilmesini ve GnRH salınımının sıklığını ve amplitüdünü düzenler. Granüloza hücrelerinden üretilen inhibinin de FSH düzeyi üzerinde anlamlı derece negatif feedback etkisi vardır. Bu denge sayesinde düzenli menstrüel sikluslar meydana gelir(28).

Kırklı yaşların sonuna doğru, erken menopozal geçiş sürecinde ovulatuar siklulardan menopoza geçiş dönemi başlar. FSH değeri hafifçe yükselir ve bunun sonucu olarak da yüksek östrojen miktarıyla birlikte artmış overyan folikül cevabı meydana gelir. Östrojen miktarında geç menopozal geçiş evresine kadar fazla düşüş meydana gelmez. Perimenopozal dönemdeki kadınlarda östrojen düzeyleri değişen FSH seviyeleri nedeniyle dalgalanmalar gösterebilir ve 35 yaşından daha küçük kadınlardaki miktarlardan daha yoğun değerlere ulaşabilir. Perimenopozal dönemde yükselmiş FSH düzeyine azalmış östrojen miktarından daha çok azalmış inhibin seviyeleri neden olmaktadır(28).

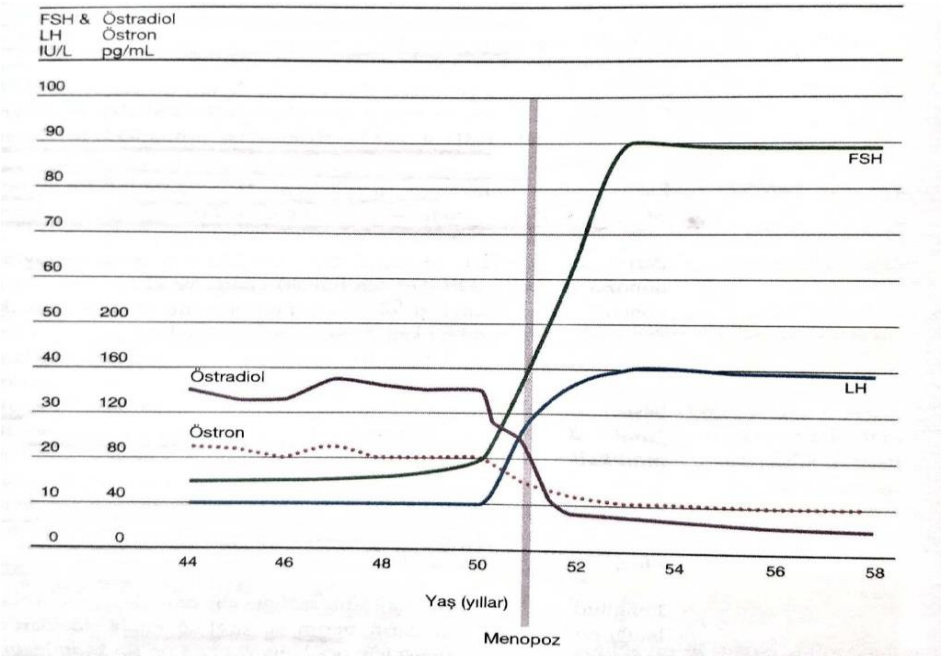
40'lı yaşların başına kadar folikül sayısı yavaşça folikül havuzunun yarısına kadar azalır. Atrezinin hızlı olduğu oositlerin sıfırlandığı bu geçiş süreci ortalama olarak 52,4 yaşına kadar sürmektedir. Azalmış folikül havuzunun sonucu olarak, inhibin B üretiminin ve östrojenin kaybıyla sonuçlanır. Oosit sayısı düştüğünde inhibin seviyesinin düşmesi FSH düzeylerinde artışa yol açmaktadır. İnhibin granülosa hücreleri tarafından salgılanan ve sentezlenen bir polipeptid hormondur. Östrojen ve inhibin B'nin azalması negatif feedback mekanizmasının devreye girmesiyle folikül stimüle edici hormon (FSH) sekresyonunu artırır ve kanda FSH miktarı artar (29).FSH yükselmesine bağlı foliküler fazda kısalma gözlenir, daha sonra overlerde FSH'ya karşı

direnç artar ve foliküler faz uzar. Menopozal geçişte dönemindeki bu karakteristik FSH artışı eğer duyarlı folikül mevcutsa folikülojenezle sonuçlanır ve siklus meydana gelir. Ancak duyarlı foliküller mevcut değilse amenore meydana gelir. Geçişin ilk dönemlerinde kadınlarda bazı aylar duyarlı bazı aylar ise duyarsız foliküller aktive olmaktadır ve bu mekanizma da reprodüktif hormonal geçiş sürecini açıklamaktadır (30).

1.5.1. Anti-Müllerian Hormon

Anti-müllerian hormon (AMH) antral foliküllerin granülosa hücrelerinden salgılanmaktadır. Serum düzeyleri 25 yaşında pik yapan AMH, kadın hayatının geri kalan döneminde artan yaşla beraber azalma sürecine başlar (31).

AMH, promordial folikül havuzundan seçilmeyi inhibe eder ve küçük antral foliküllerin FSH'ya olan duyarlılığını azaltır. Böylece foliküler seçilme ve foliküler gelişimi önleyerek, folikül gelişimindeki fizyolojik sınırları çizer. AMH yokluğunda foliküler seçilme hızı artar ve foliküllerde hızla tükenme meydana gelir. Menopoz ile sonuçlanan foliküler tükenme döneminde AMH'nın kritik eşik değerinin altına düşmesi nedeniyle AMH düzeyine bakılarak ovaryen yaşlanma saptanabilir, menopoz yaşının prediksiyonu yapılabilir (32).



Şekil 1. Perimenopozal geçiş (ortalama hormon seviyeleri**)**

1.6. MENOPOZ DÖNEMİNDE GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

Menopoz dönemi, bazı kadınlar bu dönemi herhangi bir semptom görülmeden atlatabileceği gibi bazı kadınlar menopozu menopoz semptomlarının çok yoğun yaşandığı ve hayat kalitelerinin düştüğü bir dönem olarak yaşayabilirler(2).

Yaşlanma ve menopoz birbirine paralel olarak gözlenen iki dönem olduğu için semptomların ne kadarından yaşlanmanın ne kadarından menopozun sorumlu olduğunu ayırt ertmek zordur(33).

Klimakterik dönemde overlerden östrojen üretimin zamanla azalmasına bağlı olarak bu döneme özgü bazı semptomlar ve değişiklikler meydana gelecektir. Östrojen hormonundaki ani azalmaya bağlı olarak östrojen reseptörü içeren ekstrapelvik ve pelvik dokularda bazı metabolik, fonksiyonel ve organik değişimler zamanla gözlenecektir(17).

Klimakterik süreçte yaşanmaya başlayan bu değişiklikler kadının yaşam kalitesini ve tarzını etkileyen problemleri de beraberinde getirir. Östrojen hormonunun azalması nedeniyle meydana gelecek olan bu değişiklikler erken (kısa süreli sorunlar) ve geç dönem (uzun süreli sorunlar) olmak üzere iki grupta incelenir. Kısa süreli sorunlar premenopozal süreçteki sorunları, uzun süreli sorular postmenopozal dönem sorunları içermektedir (17).

1.6.1. Merkezi Sinir Sistemi ile ilişkili Semptomlar

Merkezi sinir sistem (MSS) ile ilişkili semptomlar; ovaryen yetmezlik sonrası nörobiyokimyasal değişikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkan vazomotor semptomlar, anksiyete, uyku bozuklukları, migren, depresyon ve bilişsel performanstaki değişiklikler gibi semptomlardır (34). Limbik sistemdeki östrojen çekilmesine bağlı olarak depresyon, sinirlilik, anksiyete veduygudurum dalgalanması gibi psikolojik bozukluklar meydana gelmektedir (35).

a) Vazomotor Semptomlar

Menopoz dönemine özgü en spesifik semptomlar olan vazomotor semptomlar; sıcak basması ve gece terlemeleridir. Kadınların bu dönemde en sık vazomotor semptomlar nedeniyle hekime başvurur(36).

Tüm menopozal semptomların önlenmesinde olduğu gibi sıcak basmasını önlemek için de egzersiz önerilmektedir(25).

Gece terlemeleri ise akşam ve geceleri ortaya çıkan ve genelde uykuyu bölen sıcak basmalarıdır. Bu vazomotor semptomlar gündüzleri yaşam kalitesini etkilese de, aslında uyku kalitesinde de büyük ölçüde azalma meydana getirmektedir. Gece semptomları olan kadınlar olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında daha az verimli uykuya, daha az dinlenmişlik hissine daha fazla huzursuzluğa sahiptirler (37).Gece yaşanan bu sıcak basmaları uykuya geçtikten sonraki ilk 4 saatte çok fazla uyku bölünmelerine sebep olmakla beraber daha sonra REM uykusu kişinin uyanmasını önleyecek şekilde bu uyarılarda baskılanmaya neden olmaktadır (38).

Bu semptomların önlenmesinde hormon replasman tedavisi (HRT) kullanılması bu görüşü desteklemektedir. Farklı bir görüş ise menopozdöneminde noradrenalin ve serotoninin vazomotor semptomların ortayaçıkmasında etkili olabileceğidir. Çünkü bu hormanlar termoregülersistemi etkileyerek vücut sıcaklığını belirlemekte vevazodilatasyon/vazokonstrüksiyon mekanizmalarının meydana gelmesinde etkili olmaktadır. Bubilgiden yola çıkılarak bu semptomların önlenmesinde ve tedavisinde selektif serotoninve/veya noradrenalin reseptör antagonistleri kullanılması gündeme gelmiştir. Bu tedavilerin plasebo ile kıyaslandığında daha etkili olduğu görülmüştür ancak HRT kadar etkili değildir. (5, 7).

b) Uyku Bozuklukları

Menopozal geçiş döneminde gözlenen uyku bozukluklarının en sık nedeni sıcak basmaları olup, genelde uyku bozukluğuna neden olan faktörler menopoza özgü değildir. Kronik hastalıklar ve depresyon da uyku kalitesini bozabilir. Uyku esnasında sık sık uyanma gün içinde olan irritabilite, yorgunluk, konsantrasyongüçlüğü, depresif duygu durumu ve anksiyete gibi psikolojik semptomlara neden olabilir. Vazomotor semptomlara bağlı gelişen uyku bozuklukları HRT'den fayda görürler(20).

c) Depresyon ve Kaygı:

Kadınlarda depresif duygu durum bozukluklarının en sık görüldüğü dönem menopozal geçiş dönemidir(39).

Erken ve geç perimenopoz ile postmenopozal kadınlarda premenepozal kadınlara kıyasla yine üzüntü, uyku, iştah kaybı ve konsantrasyon bozukluğu, suçluluk duygusu, yorgunluk, ajitasyon ve intihar düşüncesi oranları çok daha yüksek bulunmuştur (40).

Perimenopozal dönemde olan kadınlar konsantrasyon ve hafıza bozukluğu semptomlarına sahiptirler ve bu semptomlar yaşam kalitelerinde azalmaya neden olmaktadır (41).

Cerrahi menopoz, doğal menopoza oranla bilişsel fonksiyonlar üzerinde daha ciddi olumsuz etkilere sahiptir (42).Sözel öğrenme ve görsel hafıza performansları yapılan çalışmalarda cerrahi menopozu olan kadınlar ile doğal menopoza giren kadınlarda karşılaştırılmış ve doğal menopoza giren kadınların performansları daha yüksek bulunmuştur (43).

d) Migren

Migren prevalansı, menopozal geçiş döneminde %10-29 arasında değişmektedir (44). Menopozal geçiş döneminde özellikle fertil dönemde migrene duyarlı olan kadınların, daha fazla migren tipi baş ağrısına sahip oldukları görülmektedir. Çalışmalarda, migren hastalarında baş ağrısı prevelansınınpostmenopozal dönemde azaldığıperimenopozal dönemde artığı belirtilmektedir (45).

1.6.2. Genitoüriner Semptomlar

Kadınlarda menopoz ile beraber östrojen ve diğer hormonların düzeyinin azalmasına bağlı olarak diğer semptomlarla birlikte genitoüriner semptomlar da daha fazla görülmektedir ve menopozla ilişkili bu semptomlar orta ve ileri yaştaki kadınların %50'sinden fazlasında görülmektedir (32).

Östrojen reseptörleri vulva, vajina, mesane, mesane trigonu, farklı miyofasiyal yapılar, utero-sakral ligamentler, levator ani kasları ve pubo-servikal fasya gibi bağlar; ve ayrıca vulva ve vajinadaki otonom ve duyusal nöronlar üzerindeyer almaktadır(46).Bu yüzden postmenopozal dönemde östrojen çekilmesiyle beraber vajina rugaları düzleşmekte, epitel katları incelerek kaybolmakta, bağ dokusundaki azalmayla beraber vajina esnekliğini kaybetmekte ve daralmaktadır. Reprodüktif dönemde 4-4.5 olan vajenin ph 6-8'e yükselmekte ve vajen florası değişmektedir. Tüm

bunların sonucu olarak enfeksiyöz vajinitler ortaya çıkmaktadır. Kaşıntı, kötü kokulu akıntı ve irritasyona bağlı kanamalar bu devrede görülen en önemli bulgulardır (47).

Pelvik taban, esnekliğini ve tonusunu kaybetmekte ve pelvik organları yerinde tutabilme özelliği azalmaktadır. Sonuç olarak prolapsus meydana gelmekte ve pelvis statiği bozulmaktadır. Östrojen yoksunluğundan üretra ve mesane de etkilenmekte ve vaskülarizasyonun azalmasına bağlı bağ doku atrofiye uğramaktadır. Bu atrofiye bağlı olarak üretral semptom, urge inkontinans, stres inkontinans ve ilerleyen dönemlerde idrar yapmada güçlük ortaya çıkmaktadır (47).

1.6.3. Seksüel Semptomlar

Klimakteryum döneminde östrojen eksikliğiyle beraber vulvada belirgin bir atrofi meydana gelmekte, cilt parlaklaşmakta ve incelmektedir. Cilt atrofisiyle birlikte subkutan dokulardaki atrofi sonucu labia major düzleşmekte, labia minor ise hemen hemen ortadan kaybolmaktadır. Klitoris çevresindeki yağ dokusunun azalmasındandolayı, klitorisin direkt stimülasyonu sonucu hazdan ziyade ağrı meydana gelmektedir(32).

1.6.4. Konnektif Doku Değişiklikleri ve İlişkili Semptomlar

Östrojen reseptörleri deri üzerinde farklı bölgelerde farklı miktarlarda olup; en fazla yüz, genital bölge ve alt ekstremitelerde yer almaktadır. Östrojen reseptörlerine melanositlerde, keratinositlerde, dermal fibroblastlarda ve kıl folliküllerinde saptandığından östrojenin etkileri derinin yapısını oluşturan dermis, epidermisi ve deri eklerini kapsamaktadır (32).

Östrojen; kollajen yapımı, deri kalınlığı ve vazodilatasyonda artışı sağlarken kollajen yıkımı ve sebum yapımını azalmaya neden olmaktadır. Yaşlanmayla beraber östrojen miktarının azalmasıyla derinin hyalüronik asit sentezi azalmakta, su tutma özelliği kaybolmakta ve cillte kuruluk meydana gelmektedir. Deri incelmesine su,kollajen ve glikozaminoglikan miktarındaki azalma sonucu meydana gelmektedir(48).

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda cilt kalınlığı yılda % 1.13 oranında azalırken (43), erken postmenopozal dönemdeki kadınlarda cilt elastikiyeti yılda %1.5 oranında azalmaktadır(49).

Menopoz dönemindeki kadınlarda en çok kadın tipi saç dökülmesi görülmektedir. Postmenopozal dönemde hipoöstrojenemiye ek olarak gelişen rölatif hiperandrojenik durum da saç dökülmesine neden olmaktadır (32).

1.6.5. Kardiyovasküler Değişiklikler ve İlişkili Semptomlar

Gelişmiş ülkelerde kardiyovasküler hastalıklar (KVH) mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biri olarak bilinmektedir. Koroner arter hastalığı, kadınlarda erkeklere oranla 10 yıl kadar daha geç ortaya çıkmaktadır. 45 yaşın altındaki kadınlarda KVH nadir gözlenmekte ancak 55 yaş üzerinde bu fark giderek kapanmakta ve ileri yaş kadınlarda KVH'ya bağlı ölümler erkeklere benzer oranlara ulaşmaktadır(50).Bu risk artışının nedeni, reprodüktif dönemde kadın seks hormonlarının özellikle de östrojenin kardiyovasküler koruyucu etkisinin menopoz döneminde kaybolmasına bağlanmaktadır(51).

Endojen östrojen 17-B-estradiol (E2)'ün antioksidan, anti-inflamatuar ve vazoprotektif etkileri olduğu gösterilmektedir (52)ve östrojene ek olarak dolaşımdaki androjenlerin de önemli bir miktarı overlerden meydana gelmektedir. Dehidroepiandrostonedion (DHEA) esasen adrenal kaynaklı olmakla beraber testosteron ve androstenodion önemli miktarlarda overlerden salgılanmaktadır. Menopozla beraber bu hormonların miktarlarında da ciddi bir azalma söz konusu olmaktadır(53).

Menopoz döneminde meydana gelen yaşam tarzı değişimi, beslenme alışkanlıklarının değişimi vekilo alımı gibi faktörler de yine aterosklerotik KVH yönünden riski artışına neden olmaktadır. Aslında reprodüktif dönemden menopoza geçişle, KVH risk faktörlerinde de değişiklikler kendini göstermeye başlamakta; vasküler sistemde, kan basıncı, vücut yağ dağılımında, ve lipid düzeylerinde değişiklikler meydana gelmektedir (54).

1.6.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri ve İlişkili Semptomlar

Postmenopozal dönemde, östrojen ve progesteronun dolaşımdaki düzeylerinin belirgin miktarda düşüşü, kemik resorbsiyonunda artmaya, negatif kalsiyum dengesine ve kemik hacminde kayıp görülmesine neden olur. Hastalığın klinik olarak tanısı kemik mineral yoğunluğunun ölçülmesi (T-skoru -2.5'in altında ise osteoporoz) ya da kemiklerde kırık öyküsü ile konur (55).

Bir kadının yaşamı süresinde gözlenen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde meydana gelmektedir. Menopoz dsüresinde gözlenen over fonksiyonlarının durması ve östrojen yapımının kesilmesi, yaşla bağlantılı olarak kemik kaybı miktarını hızlandırır ve osteoporozun şiddetinde artış meydana getirir (56).

Osteoporoz, postmenopozal kadınlarda mortalite ve morbidite nedenidir. Osteoporoz problemi yaşayan insanların %80'i kadın olduğu için osteoporoz önemli bir kadın sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (57).

1.6.7. Demans

Östrojen hormonu beynin farklı bölgelerinde farklı düzeyde etkisi bulunmaktadır. Frontal, parietal, oksipital bölge nöronları kognitif işlevler ile ilgilidir. Temporal bölge nöronları ise nöron aktivitesini azaltarak suretiyle kontrol edici özellik gösterirler. Östrojen kognitif fonksiyon bölgelerinde nörotrofik etki yaparlar. En fazla beyinin oksipital bölgesinde bu etkiyi gösterir ve bu oksipital bölge Alzheimer Hastalığı ile yakından ilişkilidir. Demans olayı ise nöral hasar ve nöral onarım cevabı arasındaki denge ölçüsünde meydana gelmektedir. Östrojen tedavisi nöral onarım mikatırını arttırarak demansta iyileşmeye neden olur(17).

1.7. MENOPOZDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Perimenozal dönemdeki kadınlar içinsağlık bakımı, menopoz sonrasında sık görülen kronik hastalıklarınınönlenmesi ve gerekli durumlarda menopoz semptomlarının tedavisinden meydana gelmektedir. Osteoporoz, kardiyovasküler sistem hastalıkları, serviks ve meme kanseri gibi malign hastalıklar postmenopozal dönemde görülme oranı artan kronik hastalıklardır(58).Postmenopozal osteoporozdan korunmak için diyette Dvitamininden ve kalsiyumdan zengin gıdaların tüketimini arttırmak (eğer lazımsa kalsiyumve D vitamini preperatları) oldukça önemlidir. Egzersiz de (önecelikle ağırlıkkaldırma egzersizleri) osteoporozdan korunmada etkinliği kanıtlanmış yöntemlerden biridir (58). Klimakterik ve postmenopozal süreçteki kadının tedavisinde ilk amaç eksik olan hormonun takviyesidir. Genellikle östrojen hormonu tercih edilir. Etkinliği daha geniş olup, maliyet olarak kolay ve ucuz elde edilebilir olması üstünlüklerinin arasındadır (59).

Hormon Replasman Tedavisi:

Menopoz döneminde ortaya çıkan semptomların temel nedeni overhormonlarının kan düzeyindeki azalmadır. Bu semptomların tedavisindeki yaklaşımlardan en önemlisi ise HRT'dir. HRT yalnız östrojen, östrojen-progesteronkombinasyonu şeklindeki oral preperatlarla olduğu gibi topikal (vajinal) preperatlar olarak da kullanılabilir (60).Amaç kişiye özel tedavi ile menopozal dönemde özellikle vazomotor semptomlara bağlı değişen yaşam kalitesindeki kayıbı iyileştirmektir(61).HRT kullanımı için temel endikasyon vazomotor semptomların varlığı ve ürogenital atrofidir. Hormon replasman tedavisinin en önemli kullanım nedeni, vazomotorsemptomlardır. Vazomotor semptomların tedavisinde de en etkin tedavi östrojen kullanımıdır. 50'li yaşlarda orta ve ileri düzey vazomotor semptomları olan ve koroner arter hastalığı, meme kanseri, venöz tromboemboli ya da inme hikayesi olmayan, aktif akciğer hastalığı olmayan ve bu hastalıklar için yüksek risk taşımayan kadınlar HRT için uygun adaylardır (62).

Hormon replasman tedavisi, sistemik veya topikal kullanımında vulvar ve vajinalatrofiyi önler ve epitel üzerine proliferatif etki gösterir. Vajinal kayganlığı da arttırarak cinsel fonksiyonları olumlu yönde etkiler.. Hormon replasman tedavisi, üretral ve mesaneepitel üzerinde de proliferatif etki göstererek ani sıkışmahissi ,sık idrara çıkma gibi semptomları ve rekürren idrar yolu enfeksiyonu olma riskiniazaltabilir.

Hormon replasman tedavisi, osteoporozun tedavisi ve önlenmesinde prematür ovaryan yetmezliği olan ya da 60 yaşınaltında, menopozal semptomları bulunan postmenopozal kadınlardakullanılabilir. Altmış yaşın üzerindeki kişilerde kullanımı ise önerilmemektedir (63).Kombine oral preperat kullanımının, kolorektal kansere yaklanma riskiniazalttığı, 5 yıldan daha uzun süre kullanılmasının ise meme kanseri olmariskini arttırdığı belirtilmiştir. Sadece östrojen replasman tedavisi, histerektomi yapılmamış olan kadınlarda endometrium proliferasyonunaneden olduğu için endometrium kanseri riskini arttırmaktadır. Endometriumkanserinden korunmak için östrojen replasmanı progesteron ile beraber karşılanmalıdır(58).Hormon replasman tedavisi kullanma kararı, miktarı ve kulanmasüresi, bir hekimin tavsiyesi ile beraber kadınların kendileri tarafından verilmelidir. Eğer kullanılması gerekli iseen düşük efektif dozda ve en kısa sürede kullanılmalıdır (60).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Kesitsel, tanımlayıcı, prospektif,anketniteliğindeki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran menopozal dönemdeki kadınlarla yürütüldü. Çalışmaya 15 Ekim 2019 ve 15 Nisan 2020 tarihleri arasında herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran menopozal dönemdeki 314 hasta alındı.

Hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara yüz yüze görüşme tekniği ile 2 ölçekli anket formu doldurtuldu. Kadınlara yaş, eşinin yaşı, meslek, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, medeni durum,birlikte yaşadığı kişiler,kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına gidip gitmediği,kronik bir hastalığı olup olmadığı,evliliğini nasıl değerlendirdiği,kaç kere gebe kaldığı, menopozda olduğu süre,menopoza giriş şekli,menopozla ilgili düşüncesi,menopoz hakkında bilgilerini nasıl edindiği,menopoz için tedavi alıp almadığı,menopozdan sonra vücudunda ağrı olup olmadığı,Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği, Menopozal semptomları değerlendirme ölçeği ile ilgili sorular soruldu. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireylerde menopozal semptom şiddetini değerlendirmek için "Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)" kullanılırken menopozal semptomların bireyin yaşam kalitesine etkisi "Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) ile değerlendirildi.

2.1.1. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

29 soru içeren likert tipte bir ölçektir. Vazomotor sorular (1-3.sorular),psikososyal (4-10.sorular),fiziksel (11-26.sorular) ve cinsel (27-29.sorular)olmak üzere dört alt alandan oluşur. MÖYKÖ 'de her bir alt puanı 1 den 8 e doğru sıralanmıştır.Puan arttıkça yakınmaların şiddeti de artmaktadır.(Hilditch et al 1996; Lewis,Hilditch &Wong 2005 ;Bulmel et al 2000; Brzyski, Medrano,Hyattsantos &Ross 2001).Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

2.1.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği/Menopause Rating Scale

Orijinal adı Menopause Rating Scale olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ilk olarak 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin İngilizce'ye uyarlanması, güvenirlik ve geçerliliği 1996 yılında, Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte, her bir madde için; 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçekten alınabilecek en az puan 0 iken en fazla puan 44'dür. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar 1-Somatik şikayetler alt boyutu (1,2,3,11. maddeler), 2-Psikolojik şikayetler alt boyutu (4,5,6,7. maddeler), 3- Ürogenital şikayetler alt boyutudur (8,9,10. maddeler). Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir.

2.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar
2. İletişimi engelleyen bir sorunu olmayanlar
3. Son bir yıl içinde adet görmemiş olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar
2. İletişim kurulamayan hastalar

2.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

VerilerinistatistikselanalizindeSPSS(StatisticalPackagefortheSocialSciences)23.0paketprogramıkullanıldı.Kategorikölçümlersayıve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standartsapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Sayısal ölçümlerin normal dağılım sağlayıp sağlamadığı Kolmogrov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. İkili değişkenlerde bağımsız student t-testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İkiden fazla

değişkenlerde Oneway ANOVA testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskall Wallis testlerine başvuruldu. Veriler arasındaki korelasyon analizleri için Spearman korelasyon analizleri uygulandı. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi <0,05 olarak alındı.

2.4. ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için etik kurul onayı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 01.10.2019 tarihli ve 1359 nolu karar ile alındı.

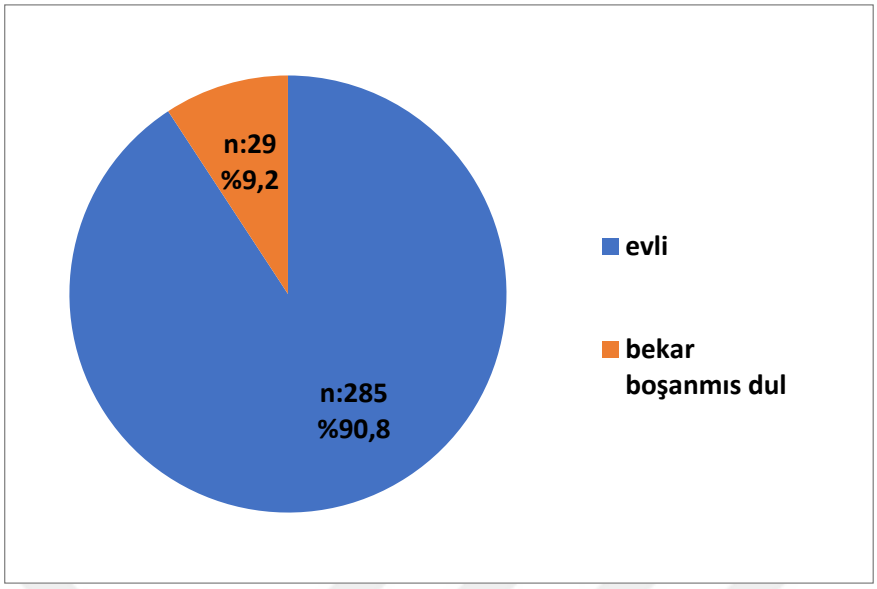
3. BULGULAR

3.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Menopoz tanısı konulan 314 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalarımızın % 90,8 (n: 285)'i evli iken, yaş aralığı 53,99 (min: 40 – maks: 78) yıl idi. Eğitim durumu açısından % 68,8 (n: 216)'i lise altı mezunu olduğu belirlendi. Hastaların % 77,7 (n: 244)'si çalışmıyor oldukları gözlenirken, % 62,1 (n: 195)'inin gelir düzeyi 2000 TL ve üzerinde olduğu saptandı. Çekirdek aile oranı hastalarda % 74,2 (n: 233) şeklinde bulundu. Sigara kullanımı hastaların % 62,7 (n: 197)'sinde gözlenmedi. Hastaların % 96,8 (n: 304)'inin evlenme geçmişi olduğu saptanırken, ilk evlenme yaşları 19,75 (min: 14, maks: 43) olduğu belirlendi. Hastaların eşlerinin yaşları 57,49 (min: 40, maks: 75) iken, menopoza girme yaşları ise 47,96 (min: 35, maks: 55) şeklinde bulundu. Sigara kullanım oranı hastalarda % 37,3 (n: 117) şeklinde belirlenirken, sigara kullananların yılda ortalama 23,72 (min: 2, maks: 45) paket sigara tükettikleri saptandı (Tablo 1).

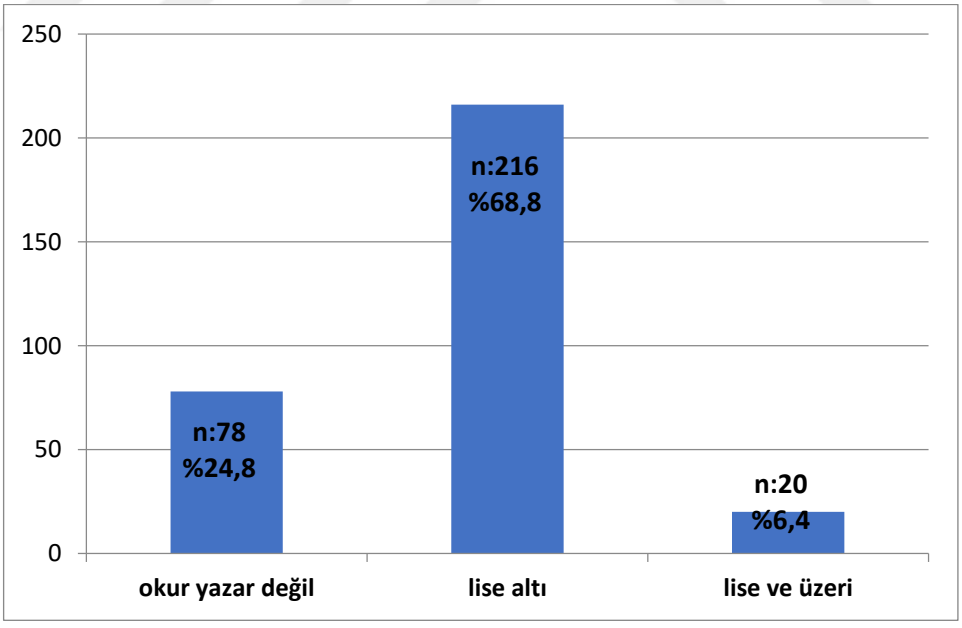
Tablo 1. Hastaların sosyodemografiközelliklerinin incelenmesi

	Ort±ss	**Min-Maks**
Yaş	53,99±5,39	40-78
Menopoza girme yaşı	47,96±3,96	35-55
Eşinizin yaşı	57,49±5,75	40-75
İlk evlenme yaşı	19,75±3,95	14-43
Sigara kullananların (n:117) paket/yıl	23,72±12,28	2-45



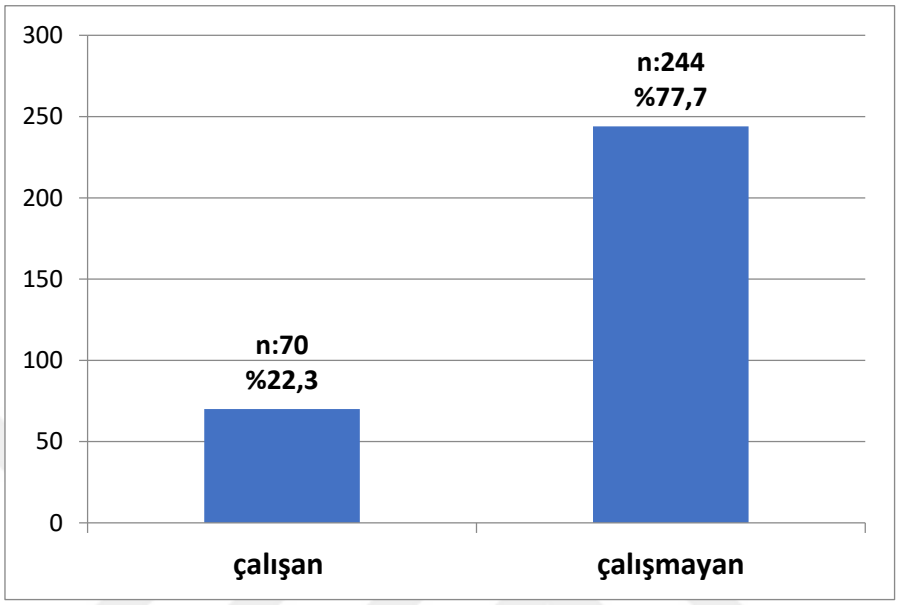
Grafik 1: Katılımcıların medenı durumlarının incelenmesi

Grafik 1 de göruldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı evli olmakla beraber evli olmayan kişi sayısı 29'idi.



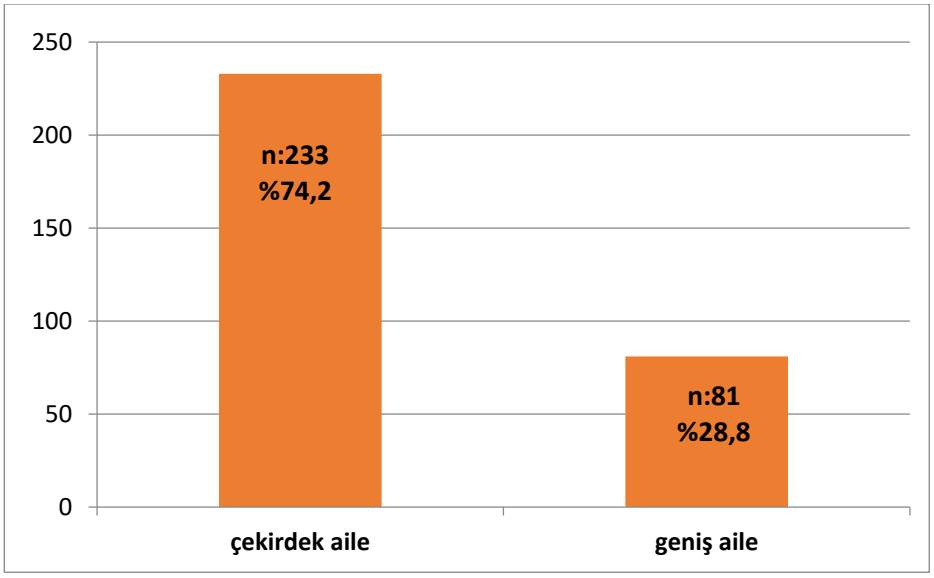
Grafik 2: Katılımcıların öğrenım durumlarının incelenmesi

Grafik 2 de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı lise ve altı eğitim düzeyindeydi,78 katılımcı okur yazar olmamakla beraber katılımcıların cok az bir kısmı lise ve üzeri eğitim düzeyindeydi.



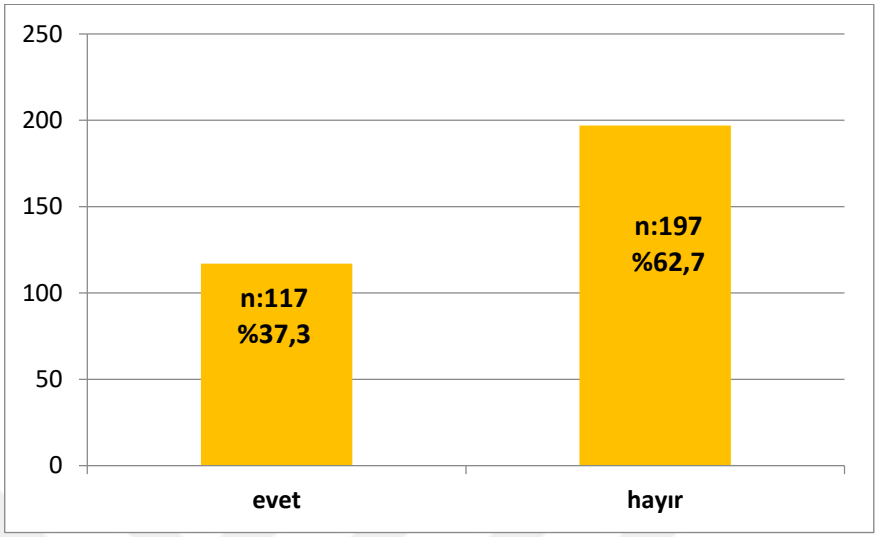
Grafik 3: Katılımcıların meslek gruplarına göre incelenmesi

Grafik 3 de görüldüğü üzere katılımcıların çoğu çalışmıyor olmakla beraber çalışanların sayısı 70 kişiydi.



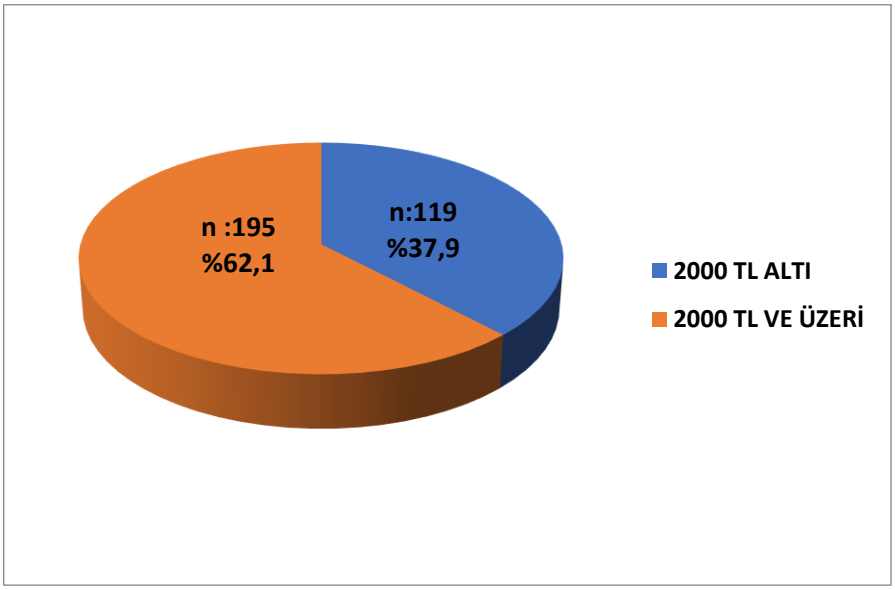
Grafik 4: Katılımcıların aile yapılarına göre incelenmesi

Grafik 4 de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı 233 kişi çekirdek aile yapısına sahipti,81 kişi ise geniş ailede yaşıyordu.



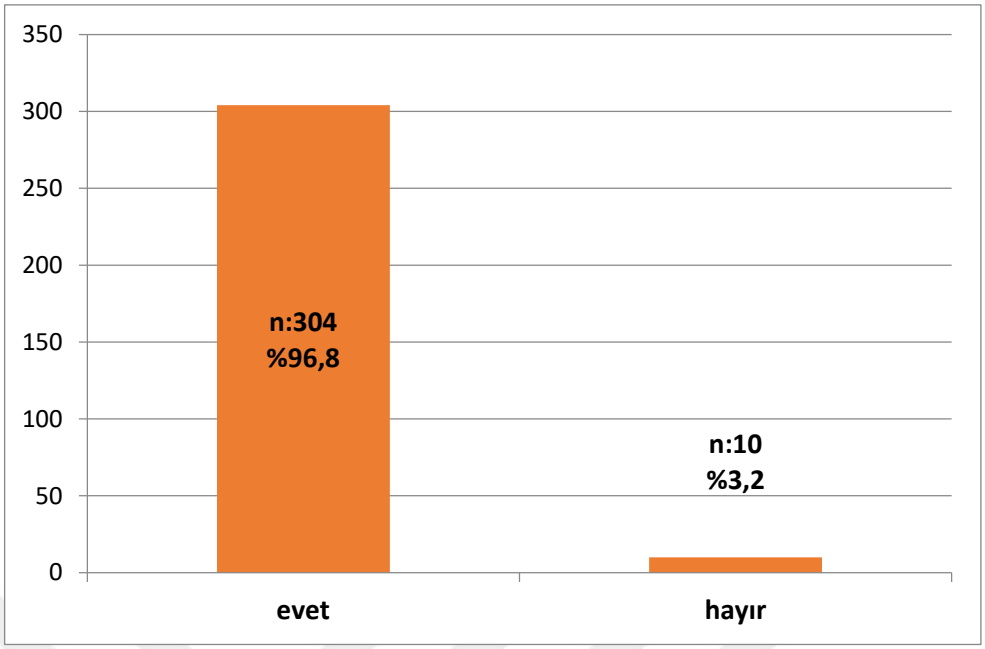
Grafik 5 : Katılımcıların sigara kullanım durumları

Grafik 5 de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı sigara içmiyordu, sigara içen kişilerin sayısı ise 117 kişiydi.



Grafik 6: Katılımcıların gelir durumlarının incelenmesi

Grafik 6 da görüldüğü üzere katılımcıların çoğunluğunun aylık gelir düzeyi 2 BİN TL ve üzeriydi,119 kişinin ise 2 BİN TL altında geliri vardı.



Grafik 7: Katılımcıların evlilik durumlarının incelenmesi

Grafik 7 ye baktığımızda katılımcıların büyük bir kısmı hayatları boyunca bir kez evlilik deneyimini yaşamıştır katılımcıların cok az bir kısmı 10 kişi ise hiç evlenmediğini ifade etmiştir.

Hastaların % 85,4 (n: 268)'ü kontrol amaçlı kadın doğuma başvurdukları gözlenirken, % 43,3 (n: 136)'ünün 1 yıl daha kısa süre önce kadın doğum uzmanına başvurdukları belirlendi. Çalışmada yer alan hastalardan % 65,0 (n: 204)'inin kronik hastalığı olduğu belirlendi.

Hastalardan % 44,6 (n: 140)'sı evliliklerini normal, % 38,5 (n: 121)'inin mutlu oldukları gözlenirken, % 11,5 (n: 36)'inin mutsuz, % 5,4 (n: 17)'ünün ise evli olmadıkları saptandı.

Çalışmada yer alan kadınların menopoza girme süreleri ortalama 1,41 (min: 0, maks: 5) yıl şeklinde bulundu. Hastaların % 92,7 (n: 291)'sinin menopoza doğal olarak girdikleri gözlenirken, % 53,2 (n: 167)'sinin menopozla ilgili doktora başvurdukları saptandı. Hastaların menopozla ilgili düşünceleri incelendiğinde; % 48,7 (n: 153)'si doğal normal bir süreç, % 19,1 (n: 60)'inin kadınlık özelliğinin yok olması, % 32,2 (n: 101)'i de yaşlandıklarını hissettikleri şeklinde görüş bildirdikleri belirlendi. Hastaların % 43,6 (n: 137)'sı çevrelerinden, % 33,8 (n: 106)'i sağlık personellerinden,% 15,6 (n: 49)'sı TV'lerden, % 7,0 (n: 22)'si internet üzerinden menopoz hakkındaki bilgileri

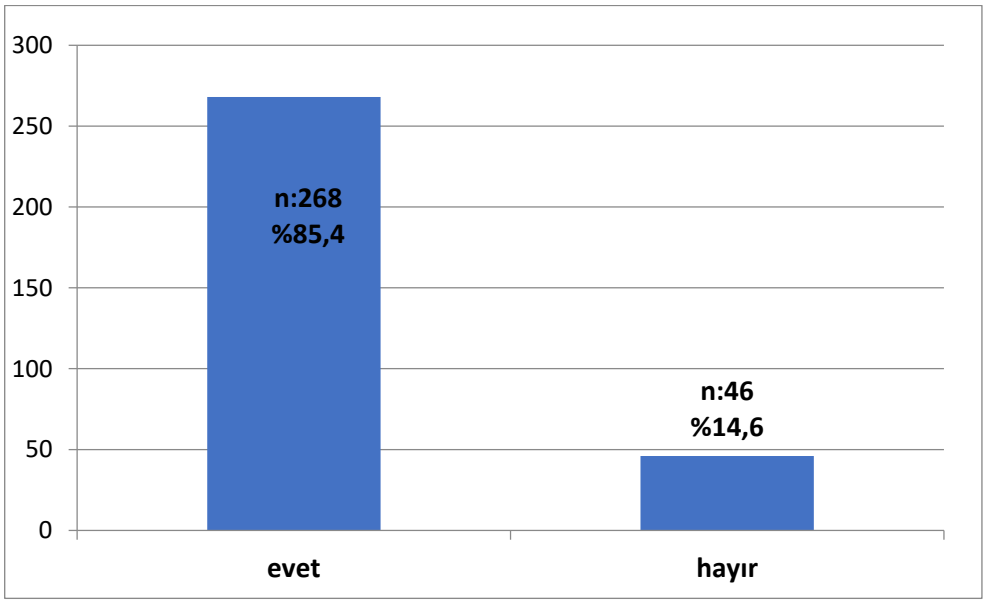
aldıkları saptandı. Hastaların % 23,6 (n: 74)'sı menopoz için tedavi aldıkları belirlenirken, tedavi alanların % 82,4 (n: 61)'ü ilaçlara başvurdukları tespit edildi.

Hastaların % 58,3 (n: 183)'ü menopozdan sonra eşleri ile cinselilişkilerinin ettikleri belirlendi. Menopozun hastaları nasıl etkilediğine bakıldığında; % 28,3 (n: 89)'ü fiziksel, % 20,1 (n: 63)'i psikolojik, % 46,2 (n: 145)'si fiziksel ve psikolojik, % 5,4 (n: 17)'ü ise hiçbir şekilde etkilenmedikleri gözlendi.

Çalışmada yer alan hastaların % 73,2 (n: 230)'si menopozdan sonra vücutlarında sebebini bilmedikleri bir ağrıya maruz kaldıkları gözlenirken, algılanan ağrı skoru ortalama 6,20 (min: 2, maks: 10) olduğu saptandı (Tablo 2).

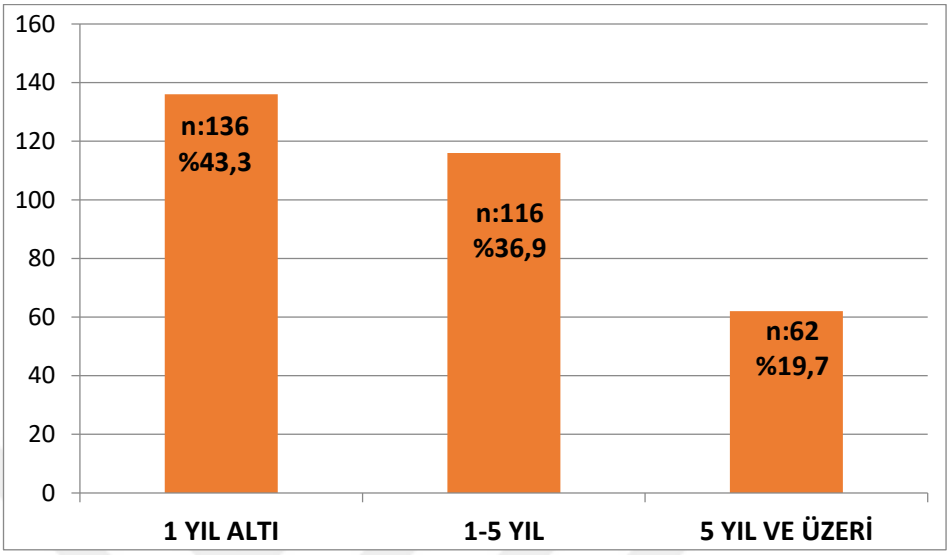
Tablo 2. Hastaların kaç kere gebe kaldıkları, menopoza girme süreleri, menopozdan sonra vücudunda sebebini bilmediği ağrı tarif eden hastaların ağrı skorları

	Ort±ss	**Min-Maks**
Kaç kere gebe kaldıkları	3,78±1,85	0-10
Menopoza girme süresi (yıl)	1,41±1,08	0-5
Menapozdan sonra vücudunuzda sebebini bilmediğiniz ağrı varlığına evet diyenlerin algıladıkları ağrı skorları	6,20±2,42	2-10



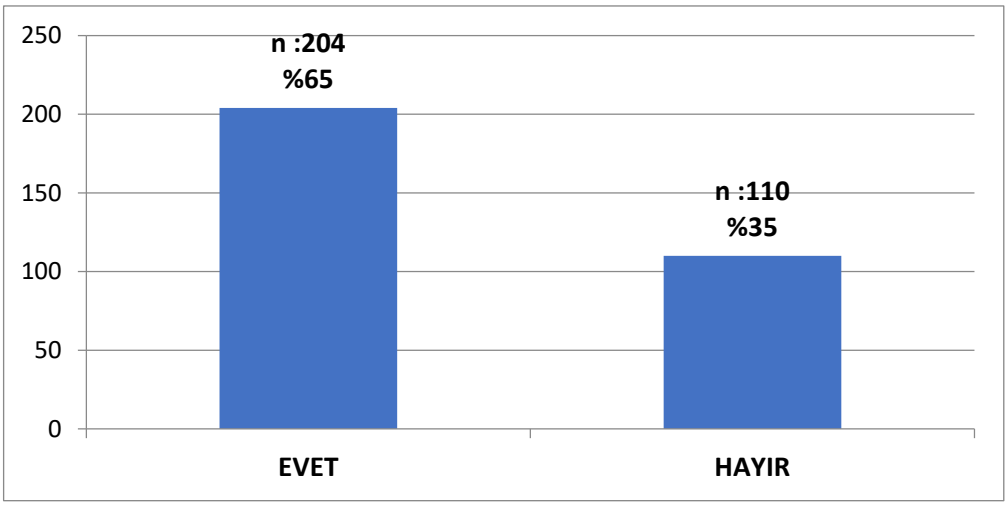
Grafik 8: Katılımcıların kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına gitme durumu

Grafik 8‘de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı en az bir kez kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına gitmiştir,46 kişi ise hiç gitmediğini ifade etmiştir.



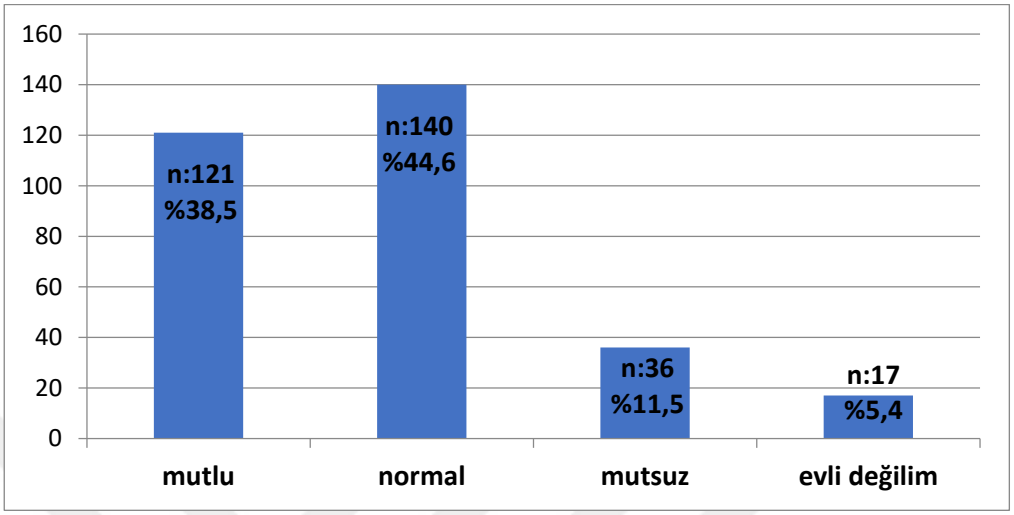
Grafik 9 : Kontrol amaclı kadın doğum uzmanına giden katılımcıların en son ne zaman gittikleri

Grafik 9 da görüldüğü üzere kadınların büyük bir kısmı 1 yıl içerisinde kadın doğum uzmanına başvurmuştur,116 katılımcı 1-5 yıl içerisinde kadın doğum uzmanına gittiğini ifade ederken, 62 katılımcı kadın doğum uzmanına başvurduktan sonra geçen sürenın 5 yıl ve üzeri olduğunu belirtmiştir.



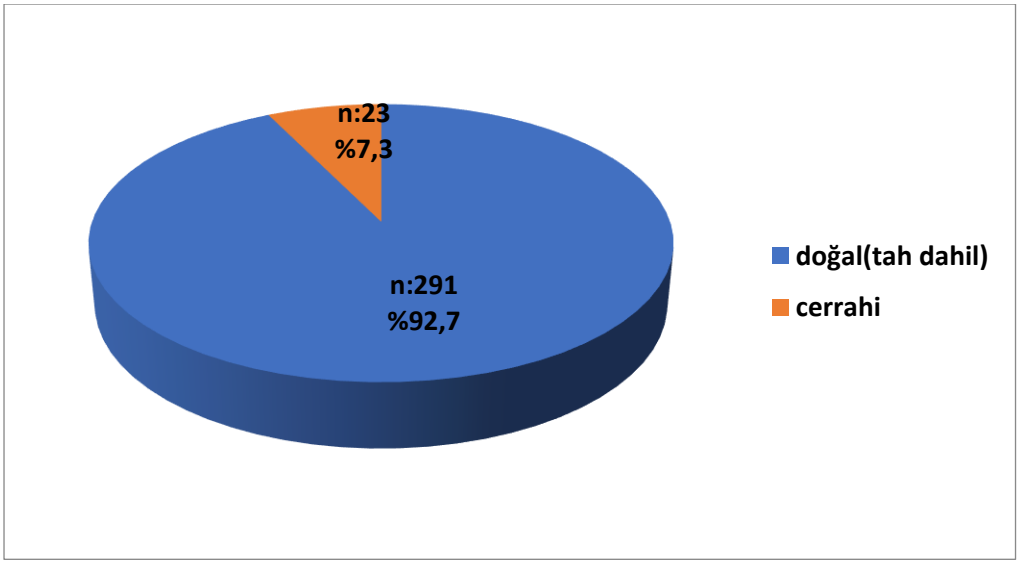
Grafik 10 : Katılımcılarda herhangi bir kronik hastalık varlığı

Grafik 10'da görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmının kronik hastalığı mevcuttu,110 katılımcı ise herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığını ifade etmiştir.



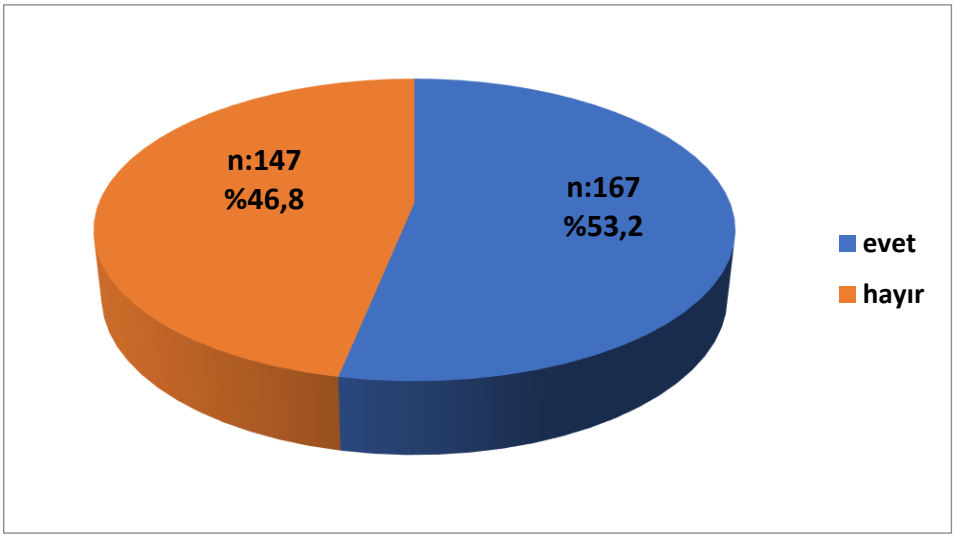
Grafik 11 : Katılımcıların evlilikleri ile ilgili düşünceleri

Grafik 11'de görüldüğü üzere katılımcılaın büyük bir kısmı evliliklerini normal olarak değerlendiriyordu, 121 katılımcı evliliğinden mutlu olduğunu ifade ederken 36 katılımcı evliliğinden mutsuz olduğunu belirtmiştir.



Grafik 12: Katılımcıların menopoza girme şekli

Grafik 12'de görüldüğü üzere katılımcıların çoğu doğal yolla menopoza girmiştir, 23 katılımcı ise cerrahi olarak menopoza girdiğini ifade etmiştir.



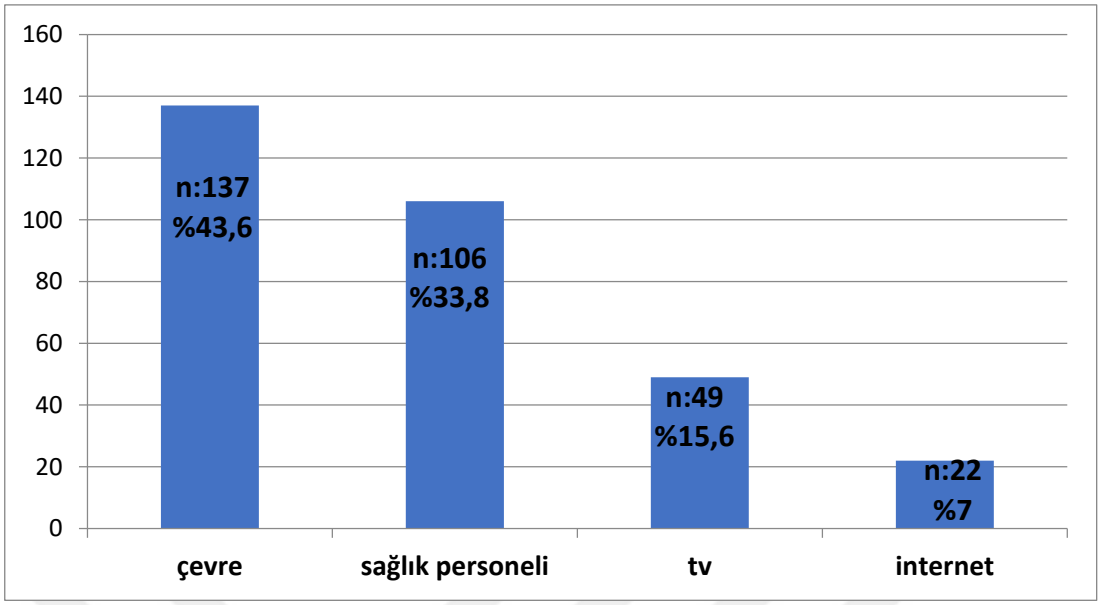
Grafik 13: Katılımcıların menopoz şikayetleri için doktora gitme durumu

Grafik 13'de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı menopoz şikayetleri için doktora gitmiştir,147 kişi ise menopoz şikayetleri için doktora gitmediğini ifade etmiştir.



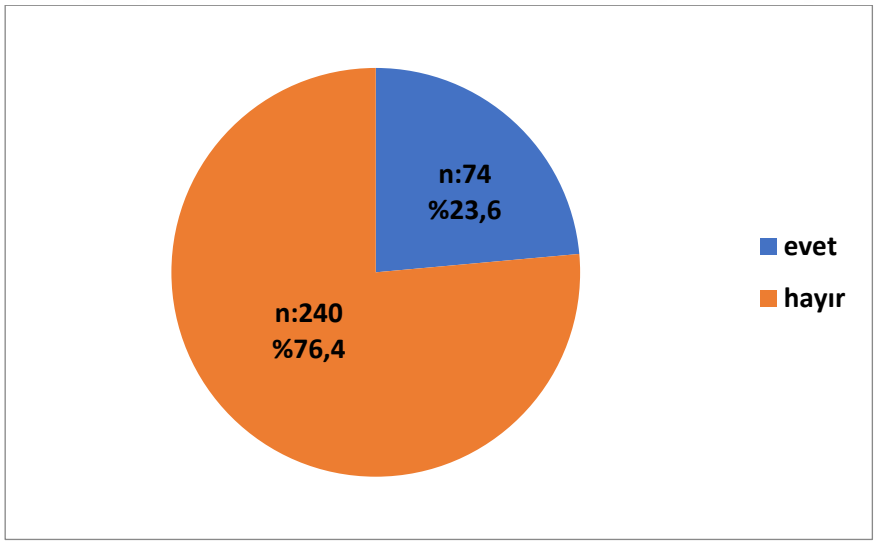
Grafik 14 : Katılımcıların menopozla ilgili düşünceleri

Grafik 14'de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı menopozu doğal normal bir süreç olarak algılamaktadır, 101 kişi yaşlandığını hissetme,60 kişi ise kadınlık özelliğinin yok olması olarak algıladıklarını belirtmişlerdir.



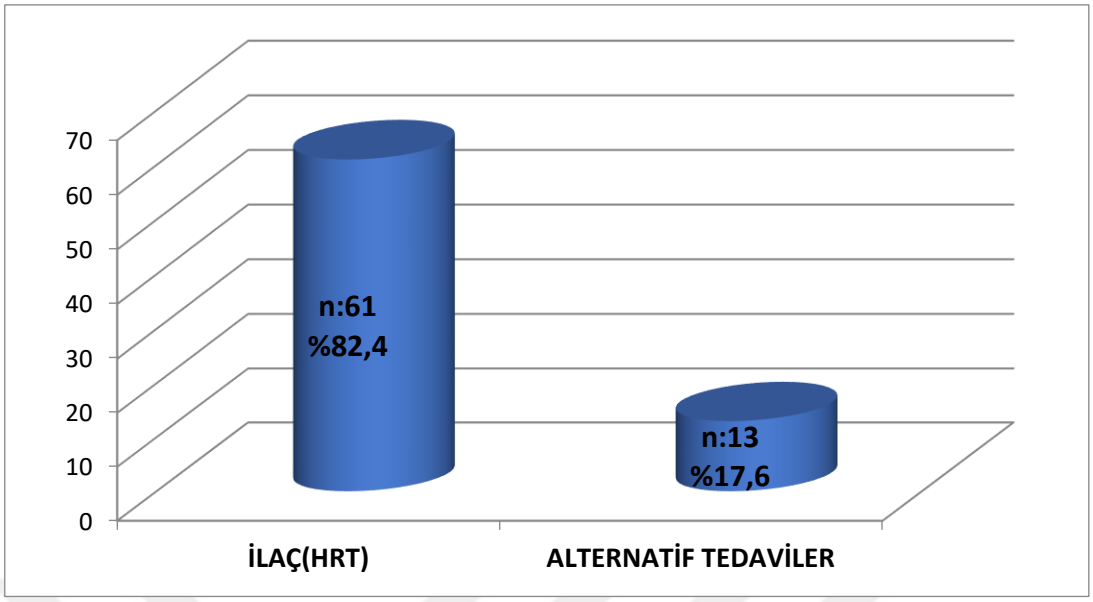
Grafik 15 : Katılımcıların menopozla ilgili bilgi edinme yolları

Grafik 15'de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı menopozla ilgili bilgilerini çevrelerinden,106 kişi sağlık personelinden,49 kişi TV'den,22 kişi ise internetten edindiklerini belirtmişlerdir.



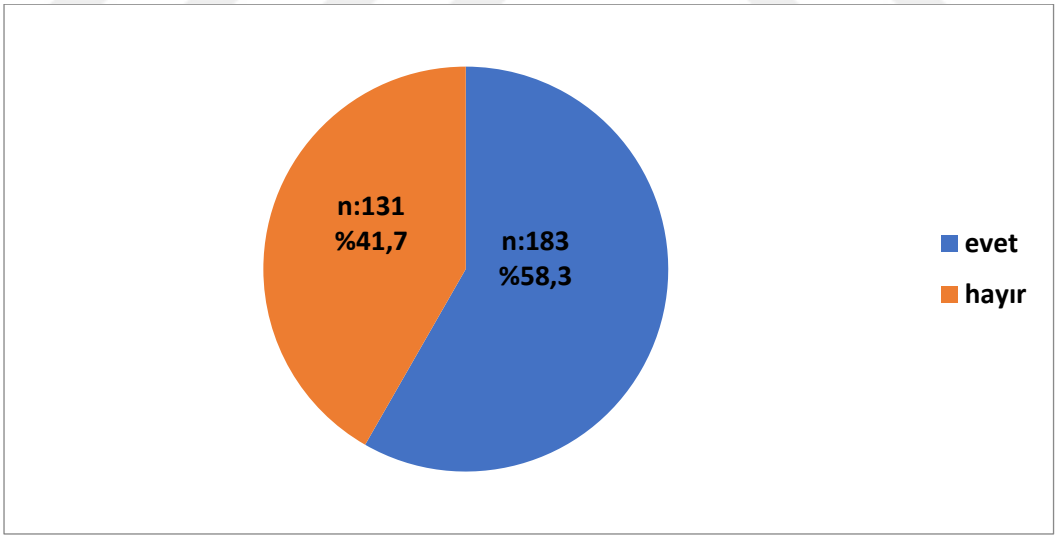
Grafik 16 : Katılımcıların menopoz için tedavi alma durumu

Grafik 16'ya bakıldığında katılımcıların büyük bir kısmının menopoz için tedavi almadığı görülmüştür,74 katılımcı ise menopoz için tedavi aldığını belirtmiştir.



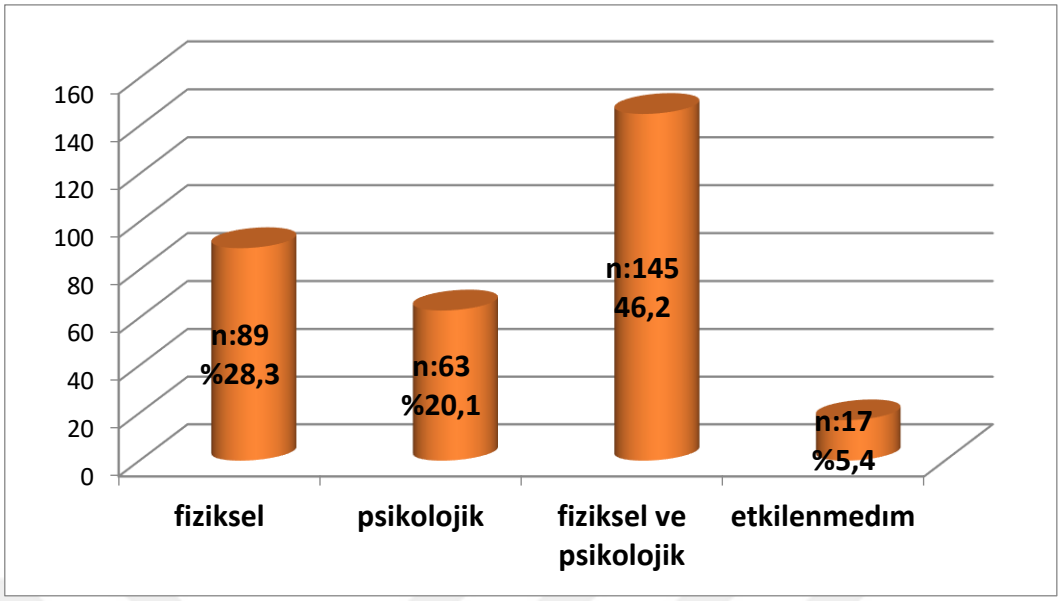
Grafik 17 : Menopoz için tedavi alanların kullandıkları tedavi yöntemleri

Grafik 17'ye bakıldığında menopoz için tedavi alanların büyük bir kısmı ilaç(hrt) tedavisi aldıklarını,13 katılımcı ise alternatif yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir.



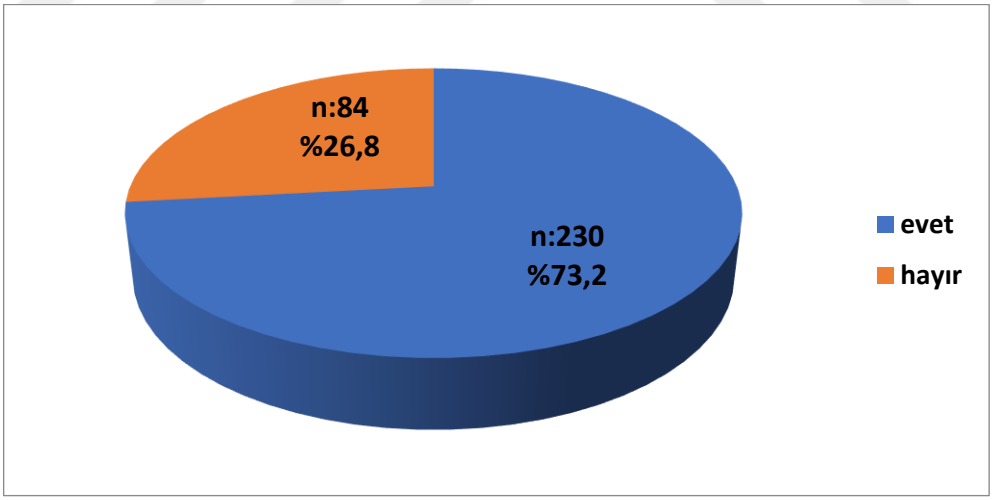
Grafik 18: Evli olan katılımcıların menopozdan sonra eşiyle cinsel ilişkisinin etkilenme durumu

Grafik 18'e bakıldığında katılımcıların büyük bir kısmı menopozdan sonra eşleriyle cinsel hayatının etkilendiğini,131 kişi ise cinsel hayatının etkilenmediğini belirtmiştir.



Grafik 19 : Katılımcıların menopozdan ne şekilde etkilendikleri

Grafik 19'a bakıldığında ise katılımcıların büyük bir kısmının menopozdan fiziksel ve psikolojik olarak etkilendiklerini, 89 kişi fiziksel,63 kişi psikolojik,17 kişi ise menopozdan etkilenmediğini belirtmiştir.



Grafik 20 : Menopozdan sonra vücudunuzda sebebini bilmediğiniz ağrıların varlığı

Grafik 20'ye baktığımızda katılımcıların büyük bir kısmı menopozdan sonra vücutlarında sebebini bilmedikleri ağrı olduğunu ifade etmişlerdir,84 kişi ise ağrı hissetmediklerini belirtmişlerdir.

3.2. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama, standart sapma değerleri ve Cronbach güvenirlilik katsayı değerleri Tablo 3'de özetlendi.

Tablo 3. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama dağılımları ve güvenirlilik katsayıları değerlerinin incelenmesi

Ölçekler	Ort±ss	Cronbach Güvenirlilik Katsayısı
Psikolojik puan(msdö)	9,11±3,16	0,793
Somatik puan (msdö)	14,66±5,50	0,776
Ürojinekolojik puan (msdö)	9,14±3,76	0,802
Toplam puan (msdö)	32,75±9,65	0,732
Vazo motor puan (möykö)	16,48±6,84	0,782
Psikososyal puan (möykö)	23,02±14,44	0,776
Fiziksel puan (möykö)	62,52±21,57	0,789
Cinsel puan (möykö)	17,79±7,97	0,806

Cronbach güvenirlilik katsayı değerleri 0,60-0,80 arası güvenilir, 0,80-1,00 arasında ise oldukça güvenilir olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Bu bağlamda Tablo 8 incelendiğinde; psikolojik puan, somatik puan, toplam puan, vazo motor puan, psikososyal puan ve fiziksel puan ölçek boyutlarının Cronbach güvenirlilik katsayı değerlerinin güvenilir oldukları gözlenirken, ürojinekolojik puan ve cinsel puan ölçek boyutlarının Cronbach güvenirlilik katsayı değerlerinin oldukça güvenilir olduğu saptandı.

3.3. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının Hastaların Sosyodemografik Bulguları İle Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Çalışmada yer alan hastaların yaş, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim, meslek, birlikte yaşama ve sigara kullanım durumları ile ölçekler arasındaki farklılıklar Tablo 9 ve 15 arasında özetlendi.

Çalışmada yer alan hastaların yaş ortalamaları 53,99 idi, bu bağlamda hastalar 53 yaş ve altı, 53 yaş üzeri şekilde iki grup haline getirildi. Yapılan analiz sonucunda

hastaların yaş grupları ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖürojinekolojik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖpsikososyal puan, MÖYKÖ fiziksel ve MÖYKÖcinsel ölçek puanları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), 53 yaş ve altında olanların MÖYKÖ vazomotor ölçek puanları, 53 yaş üzerinde olan hastalardan yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların yaşları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	53 Yaş ve Altı (n: 153)	**53 Yaş Üzeri (n: 161)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan(u)(msdö)	9,42±3,06	8,81±3,23	0,090
Somatik puan (u)(msdö)	14,60±5,62	14,71±5,39	0,864
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,36±3,52	8,92±3,98	0,301
Toplam puan (t)(msdö)	33,43±10,07	32,11±9,23	0,225
Vazomotor puan (u)(möykö)	17,28±6,4	15,72±6,86	**0,042***
Psikososyal puan (u)(möykö)	22,18±14,06	23,82±14,78	0,316
Fiziksel puan (t)(möykö)	63,69±22,40	61,40±20,76	0,349
Cinsel puan (u)(möykö)	18,33±7,96	17,29±7,96	0,248

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Katılımcıların medeni durumu ile MSDÖ ürojinekolojik ve MÖYKÖ vazomotor ölçek boyutları puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MSDÖ psikososyal puan, MÖYKÖ fiziksel puan evli olmayan hastaların puan ortalamalarının, evli olan hastaların puanortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) ayrıca MÖYKÖ cinsel ölçek alt boyutunda evli olanların puan ortalamasının evli olmayanlardan yüksek olması istatiksel açıdan anlamlı bulundur. (p<0,05) (Tablo 5).

Tablo 5. Medeni durum değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evli (n:285)	**Bekar, boşanmış /dul (n: 29)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (msdö)(u)	8,95±3,14	10,68±2,89	**0,005***
Somatik puan(u)(msdö)	14,33±5,43	17,86±5,24	**0,001***
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,11±3,57	9,37±5,39	0,720
Toplam puan (t)(msdö)	32,35±9,72	36,75±8,04	**0,019***
Vazo motor puan (u)(möykö)	16,27±6,93	18,55±5,56	0,088
Psikososyal puan (u)(möykö)	21,80±14,03	35,06±12,93	**0,000***
Fiziksel puan(t)(möykö)	61,14±21,44	76,10±18,11	**0,000***
Cinsel puan (u)(möykö)	18,12±7,87	14,58±8,36	**0,022***

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Hastaların gelir dağılımları 2 Bin TL altı ve 2 Bin TL üstü olarak iki gruba ayrıldığında gelir düzeyi ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 6).

Tablo 6. Gelir durumu değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	2 Bin TL altı (n: 119)	**2 Bin TL ve üzeri (n: 195)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,23±2,82	9,04±3,35	0,598
Somatik puan (u)(msdö)	14,25±4,69	14,91±5,93	0,303
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,42±4,22	8,96±3,45	0,304
Toplam puan (t)(msdö)	32,55±8,36	32,88±10,39	0,771
Vazo motor puan (u)(möykö)	15,68±6,20	16,97±7,17	0,104
Psikososyal puan (u)(möykö)	21,92±13,43	23,70±15,01	0,291
Fiziksel puan(t)(möykö)	64,10±20,13	61,55±22,40	0,312
Cinsel puan (u)(möykö)	18,21±8,19	17,54±7,84	0,468

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Hastaların eğitim durumları okur yazar değil, lise altı, lise ve üzeri olmak üzere üç gruna ayrıldığında hastaların eğitim durumlarıyla çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 7).

Tablo 7. Eğitim durumu değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	**Eğitim durumu**	**n**	**Ort**	**Ss**	x^2 / **F**	**p**	**Post Hoc Analiz Anlamlı Fark**
Psikolojik puan (x2)(msdö)	Okur yazar değil (1)	78	9,16	3,42	x^2: 0,375	0,962	Anlamlı farklılık yok
	Lise altı (2)	216	9,08	3,13			
	Lise ve üzeri (3)	20	9,25	2,42			
Somatik puan (x2)(msdö)	Okur yazar değil (1)	78	15,21	6,37	x^2: 0,414	0,502	Anlamlı farklılık yok
	Lise altı (2)	216	14,41	5,18			
	Lise ve üzeri (3)	20	15,15	5,21			
Ürojinekolojik puan (x2)(msdö)	Okur yazar değil (1)	78	9,37	3,85	x^2:4,756	0,141	Anlamlı farklılık yok
	Lise altı (2)	216	9,20	3,77			
	Lise ve üzeri (3)	20	7,55	3,08			
Toplam puan (F)(msdö)	Okur yazar değil (1)	78	33,62	10,90	F: 0,451	0,637	Anlamlı farklılık yok
	Lise altı (2)	216	32,51	9,22			
	Lise ve üzeri (3)	20	31,95	9,36			
Vazo motor puan (x2)(möykö)	Okur yazar değil (1)	78	16,65	7,03	x^2:1,191	0,445	Anlamlı farklılık yok
	Lise altı (2)	216	16,59	6,64			
	Lise ve üzeri (3)	20	14,60	8,14			
Psikososyal puan(x2) (möykö)	Okur yazar değil (1)	78	21,02	14,59	x^2:5,865	0,124	Anlamlı farklılık yok
	Lise altı (2)	216	23,26	14,32			
	Lise ve üzeri (3)	20	28,25	14,28			
Fiziksel (F) puan (möykö)	Okur yazar değil (1)	78	63,61	22,62	F: 0,341	0,711	Anlamlı farklılık yok
	Lise altı (2)	216	61,88	21,60			
	Lise ve üzeri (3)	20	65,15	17,10			
Cinsel puan(x2) (möykö)	Okur yazar değil (1)	78	17,39	8,31	x^2:5,141	0,232	Anlamlı farklılık yok
	Lise altı (2)	216	18,18	7,31			
	Lise ve üzeri (3)	20	15,15	12,29			

* p<0,05, x^2: Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) okur yazar değil, (2): Lise altı, (3): Lise ve üzeri

Hastaların meslek grupları ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan, MÖYKÖ fiziksel ve MÖYKÖ cinsel ölçek puanları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), çalışmayan kadınların MÖYKÖ vazomotor ölçek puanlarının ortalaması, çalışan kadınlardan yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 8).

Tablo 8. Meslek durumu değişkeni ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Ev hanımı, emekli (n: 244)	**Çalışan (n: 70)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,24±3,21	8,65±2,95	0,170
Somatik puan (u)(msdö)	14,85±5,63	14,00±4,97	0,254
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	8,97±,57	9,72±4,34	0,138
Toplam puan (t)(msdö)	32,98±9,86	31,95±8,91	0,432
Vazo motor puan (u)(möykö)	16,95±6,85	14,85±6,57	**0,024***
Psikososyal puan (u)(möykö)	23,38±14,73	21,78±13,38	0,415
Fiziksel puan(t)(möykö)	63,14±21,82	60,35±20,68	0,342
Cinsel puan (u)(möykö)	17,61±7,60	18,45±9,17	0,434

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Çalışmada yer alanların yaşadığı aile tipi ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal ve MÖYKÖ fiziksel ölçek alt puanları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), çekirdek aile grubunda yer alan hastaların MSDÖ ürojinekolojik, MÖYKÖ vazomotor ve MÖYKÖ cinsel ölçek puanlarının ortalaması, geniş aile grubunda yer alan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Yaşadığı aile tipi ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Çekirdek Aile (n:233)	**Geniş aile (n: 81)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,27±3,05	8,66±3,42	0,139
Somatik puan (u)(msdö)	14,84±5,37	14,13±5,84	0,318
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,42±3,58	8,33±4,15	**0,025***
Toplam puan (t)(msdö)	33,36±9,33	31,01±10,39	0,059
Vazomotor puan (u)(möykö)	16,93±6,63	15,17±7,27	**0,045***
Psikososyal puan (u)(möykö)	23,29±14,14	22,25±15,31	0,579
Fiziksel puan(t)(möykö)	63,78±20,86	58,90±23,24	0,079
Cinsel puan (u)(möykö)	18,49±7,85	15,80±8,02	**0,009***

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Hastaların sigara kullanma durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki puan farklılıkları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 10. Sigara kullanma durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n: 117)	**Hayır (n: 197)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,17±2,95	9,07±3,28	0,780
Somatik puan (u)(msdö)	14,28±4,94	14,88±5,80	0,346
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,27±4,23	9,06±3,46	0,629
Toplam puan (t)(msdö)	32,35±8,32	32,99±10,38	0,574
Vazo motor puan (u)(möykö)	15,70±6,34	16,94±7,09	0,118
Psikososyal puan (u)(möykö)	21,74±13,56	23,79±14,91	0,225
Fiziksel puan(t)(möykö)	60,30±19,21	63,83±22,80	0,161
Cinsel puan (u)(möykö)	18,05±8,46	17,64±7,68	0,656

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

3.4. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının, Sosyodemografik Özellikleri Ve Sigara Kullanımı İle Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Çalışmada yer alan hastaların yaş, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim, meslek, birlikte yaşama ve sigara kullanım durumları ile ölçekler arasındaki farklılıklar Tablo 15 ve 16 özetlendi.

Hastaların kontrol amaçlı kadın uzmanına başvurma durumları ile MSDÖ somatik, MSDÖ ürojinekolojik ve MÖYKÖ cinsel ölçek boyutları ile arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05). Kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvurmayan hastaların MSDÖ psikolojik puanları, MSDÖ toplam puanları, MÖYKÖ vazomotor puanları, MÖYKÖ fiziksel ve MÖYKÖ cinsel ölçek alt boyutlarının puanlarının ortalamasıkontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvuran hastalardan yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 11).

Tablo 11. Kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvurma durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n: 268)	**Hayır (n: 46)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	8,95±3,12	10,04±3,25	**0,031***
Somatik puan (u)(msdö)	14,48±5,47	15,69±5,61	0,168
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,05±3,78	9,60±3,64	0,362
Toplam puan (t)(msdö)	32,23±9,48	35,78±10,22	**0,021***
Vazo motor puan (u)(möykö)	16,08±6,93	18,82±5,76	**0,012***
Psikososyal puan (u)(möykö)	22,15±13,98	28,13±16,10	**0,009***
Fiziksel puan(t)(möykö)	61,24±21,24	69,95±22,22	**0,011***
Cinsel puan (u)(möykö)	17,65±8,10	18,63±7,18	0,445

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Kronik hastalık varlığı ile MSDÖ ürojinekolojik, MÖYKÖ vazomotor, MÖYKÖ psikososyal ve MÖYKÖ cinsel ölçek alt boyutları puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), hastalardan kronik hastalıkları olanların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek alt boyutlarının puan ortalaması, kronik hastalığı olmayan hastalardan puan ortalaması olarak yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 12).

Tablo 12. Kronik hastalık varlığı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n:204)	**Hayır (n: 110)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,40±3,30	8,58±2,81	**0,028***
Somatik puan (u)(msdö)	15,17±5,61	13,70±5,17	**0,024***
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,34±3,37	8,75±4,39	0,183
Toplam puan (t)(msdö)	33,83±9,91	30,75±8,86	**0,007***
Vazomotor puan (u)(möykö)	16,99±6,85	15,54±6,73	0,074
Psikososyal puan (u)(möykö)	24,18±14,31	20,89±14,48	0,054
Fiziksel puan(t)(möykö)	65,33±21,51	57,30±20,78	**0,002***
Cinsel puan (u)(möykö)	18,41±7,25	16,65±9,07	0,062

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Hastaların evlilikleri nasıl değerlendirdikleri ile MSDÖ psikolojik ve MÖYKÖ cinsel ölçek boyutları puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05). MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖtoplam puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal ve MÖYKÖ fiziksel ölçek boyutları puanları ile evliliklerini nasıl değerlendirdikleri arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05). Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizi sonucunda;

-MSDÖ somatik puan (p=0,002), MSDÖ ürojinekolojik puan(p=0,031) ve MSDÖ toplam puan ölçek boyutlarında (p=0,006); evliliklerinden mutsuz olanların

puan ortalamaları, mutlu olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05).

-MÖYKÖ vazomotor ölçek boyutunda; evliliklerinden mutsuz olan hastaların puan ortalamaları, mutlu (p=0,015) ve normal (p=0,025) olan hastaların puan ortalamalarında yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi (p<0,05).

- MÖYKÖ psikososyalölçek boyutunda; evliliklerinden mutsuz olan hastaların puan ortalamaları, mutlu (p=0,000), normal (p=0,000) ve evli değilim(p=0,049) diye belirten hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

- MÖYKÖ fiziksel ölçek boyutunda; evliliklerinden mutlu olan hastaların puan ortalamaları, evliliklerinden mutsuz (p=0,000) ve normal (p=0,000) diye görüş bildiren hastaların puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 13).

Tablo 13. Evliliklerine bakış düzeyleri ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	**Evliliklere bakış düzeyleri**	**n**	**Ort**	**Ss**	x^2 / **F**	**p**	**Post Hoc Analiz Anlamlı Fark**
Psikolojik puan (x2) (msdö)	Mutlu (1)	121	8,62	3,47	x^2: 7,493	0,101	Anlamlı farklılık yok
	Normal (2)	140	9,35	3,02			
	Mutsuz (3)	36	9,94	2,40			
	Evli değilim (4)	17	8,88	2,95			
Somatik puan (x2) (msdö)	Mutlu (1)	121	13,52	6,01	x^2: 14,047	0,004*	3-1; p=0,002*
	Normal (2)	140	15,04	5,12			
	Mutsuz (3)	36	17,16	4,42			
	Evli değilim (4)	17	14,35	4,93			
Ürojinekolojik puan (x2) (msdö)	Mutlu (1)	121	8,42	3,53	x^2: 8,403	0,029*	3-1; p=0,031*
	Normal (2)	140	9,37	3,47			
	Mutsuz (3)	36	10,08	3,59			

	Evli değilim (4)	17	10,35	6,51			
Toplam puan (F)(msdö)	Mutlu (1)	121	30,70	10,69	F: 4,410	0,005*	3-1; p=0,006*
	Normal (2)	140	33,67	9,05			
	Mutsuz (3)	36	36,63	6,92			
	Evli değilim (4)	17	31,58	8,73			
Vazo motor puan(x2) (msdö)	Mutlu (1)	121	15,87	7,51	x^2: 6,830	0,023*	3-1; p=0,015* 3-2; p=0,025*
	Normal (2)	140	16,15	6,69			
	Mutsuz (3)	36	19,75	3,12			
	Evli değilim (4)	17	16,58	7,35			
Psikososyal puan (x2) (möykö)	Mutlu (1)	121	19,09	12,76	x^2: 31,925	0,000*	3-1; p=0,000* 3-2; p=0,000* 3-4; p=0,049*
	Normal (2)	140	22,77	13,12			
	Mutsuz (3)	36	36,00	17,74			
	Evli değilim (4)	17	25,64	13,01			
Fiziksel puan(F) (möykö)	Mutlu (1)	121	54,75	22,19	F: 10,098	0,000*	2-1; p=0,000* 3-1; p=0,000*
	Normal (2)	140	66,07	20,18			
	Mutsuz (3)	36	72,19	20,12			
	Evli değilim (4)	17	68,11	13,23			
Cinsel puan(x2) (möykö)	Mutlu (1)	121	17,29	8,35	x^2: 10,490	0,077	Anlamlı farklılık yok
	Normal (2)	140	18,75	7,40			
	Mutsuz (3)	36	17,69	7,99			
	Evli değilim (4)	17	13,76	8,75			

* $p<0,05$, x^2: Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) Mutlu, (2): Normal, (3): Mutsuz, (4) Evli değilim

Hastaların menopoz şikayeti ile doktora başvurma durumları ile MSDÖ psikolojik, MSDÖ somatik, MSD Ötoplam puan, MÖYKÖ vazomotor, MÖYKÖ psikososyalve MÖYKÖ fiziksel ölçek alt boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05),menopoz şikayeti ile doktora başvuranların

MSDÖ ürojinekolojik ve MÖYKÖ cinsel ölçek alt boyutları puan ortalamaları, menopoz şikayeti ile doktora başvurmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 14).

Tablo 14. Menopoz şikayeti ile doktora başvurma durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n: 167)	**Hayır (n: 147)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,22±3,17	8,99±3,15	0,524
Somatik puan (u)(msdö)	15,14±5,44	14,10±5,53	0,094
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,53±3,69	8,69±3,80	**0,049***
Toplam puan (t)(msdö)	33,59±9,47	31,80±9,81	0,103
Vazo motor puan (u)(möykö)	15,80±6,95	17,25±6,64	0,060
Psikososyal puan (u)(möykö)	22,41±13,54	23,72±5,41	0,422
Fiziksel puan(t)(möykö)	60,65±20,47	64,63±22,64	0,103
Cinsel puan (u)(möykö)	19,37±7,38	16,00±8,25	**0,000***

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Hastaların menopozla ilgili algı durumları ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), MSDÖ ürojinekolojik puan ve MSDÖ cinsel ölçek puanları ile aralarındaki gözlenen farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05). Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizi sonucunda;

- MSDÖ Ürojinekolojik ölçek boyutunda; hastalardan kadınlık özelliğinin yok olması görüşünde olanların puan ortalamaları, yaşlandığını hissetme görüşüne hakim olan kadınlarınpuan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05).

- MÖYKÖ Cinsel ölçek boyutunda; hastalardan kadınlık özelliğinin yok olması görüşünde olanların puan ortalamaları, doğal normal bir süreç görüşünde olanlardan (p=0,007) ve yaşlandığını hissetme görüşünde olan hastaların (p=0,000) puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Ayrıca doğal normal bir süreç düşüncesinde olan kadınların puan ortalamaları, yaşlandığını hissetme

düşüncesinde yer alan hastaların puan ortalamalarından da istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 15).

Tablo 15. Menopozun ile ilgili düşünce durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	**Menopozla ilgili algıdurumu**	**n**	**Ort**	**Ss**	x^2 / **F**	**p**	**Post Hoc Analiz Anlamlı Fark**
Psikolojik puan(x2) (msdö)	Doğal, normal bir süreç (1)	153	9,09	3,03	x^2:0,660	0,743	Anlamlı farklılık yok
	Kadınlık özelliğinin yok olması (2)	60	9,38	3,14			
	Yaşlandığını hissetme (3)	101	8,99	3,38			
Somatik puan(x2) (msdö)	Doğal, normal bir süreç (1)	153	14,75	5,26	x^2: 0,073	0,732	Anlamlı farklılık yok
	Kadınlık özelliğinin yok olması (2)	60	14,98	5,77			
	Yaşlandığını hissetme (3)	101	14,32	5,72			
Ürojinekolojik puan(x2) (msdö)	Doğal, normal bir süreç (1)	153	9,15	4,14	x^2: 3,285	**0,022***	2-3; p=0,016*
	Kadınlık özelliğinin yok olması (2)	60	10,18	2,52			
	Yaşlandığını hissetme (3)	101	8,49	3,66			
Toplam puan(F) (msdö)	Doğal, normal bir süreç (1)	153	32,73	8,77	F: 1,547	0,214	Anlamlı farklılık yok
	Kadınlık özelliğinin yok olması (2)	60	34,51	9,92			
	Yaşlandığını hissetme (3)	101	31,75	10,67			
Vazomotor puan(x2) (möykö)	Doğal, normal bir süreç (1)	153	16,25	6,63	x^2: 0,137	0,728	Anlamlı farklılık yok
	Kadınlık özelliğinin yok olması (2)	60	16,31	7,24			
	Yaşlandığını hissetme (3)	101	16,93	6,95			
Psikososyal puan(x2) (möykö)	Doğal, normal bir süreç (1)	153	22,70	12,80	x^2: 0,756	0,674	Anlamlı farklılık yok
	Kadınlık özelliğinin yok olması (2)	60	22,15	15,05			
	Yaşlandığını hissetme (3)	101	24,03	16,37			
Fiziksel puan(F) (möykö)	Doğal, normal bir süreç (1)	153	62,79	19,69	F: 0,034	0,967	Anlamlı farklılık yok
	Kadınlık özelliğinin yok olması (2)	60	62,56	21,53			
	Yaşlandığını hissetme (3)	101	62,07	24,36			
Cinsel puan(x2) (möykö)	Doğal, normal bir süreç (1)	153	17,87	7,57	x^2:11,834	**0,000***	2-1; p=0,007* 1-3; p=0,044* 2-3; p=0,000*
	Kadınlık özelliğinin yok olması (2)	60	21,48	4,83			
	Yaşlandığını hissetme (3)	101	15,49	9,18			

* p<0,05, x^2: Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) Doğal, normal bir süreç, (2): Kadınlık özelliğinin yok olması, (3): Yaşlandığını hissetme

Hastaların menopoz hakkındaki bilgilerini nasıl edindiği ile MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MÖYKÖ vazomotor puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek boyutları ile aralarındaki gözlenen farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizi sonucunda;

- MSDÖ psikolojik ölçek boyutunda; menopoz hakkında internet üzerinden bilgi sahibi olanların puan ortalamalarının, çevre ($p=0,002$) ve sağlık personelinden ($p=0,002$) bilgi edinme ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$).

-MSDÖ ürojinekolojik ölçek boyutunda; menopoz hakkında çevresinden bilgi sahibi olan hastaların puan ortalamalarının internet üzerinden bilgi edinen kadınların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

- MÖYKÖ vazomotor ölçek boyutunda; menopoz hakkında internet üzerinden bilgi sahibi olan hastaların puan ortalamalarının, çevresinden bilgi edinenlerin puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$).

- MÖYKÖ cinsel ölçek boyutunda; menopoz hakkında çevresinden bilgi edinenlerin puan ortalamalarının, sağlık personeli ($p=0,000$) ve internet ($p=0,002$) üzerinden bilgi sahibi olanların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 16. Menopoz hakkındakibilgilerini nerden aldığıile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	**Menopoz hakkındaki bilgilerini nerden aldığı**	**n**	**Ort**	**Ss**	x^2 / **F**	**p**	**Post Hoc Analiz Anlamlı Fark**
Psikolojik puan (x2) (msdö)	Çevre (1)	137	8,88	2,81	x^2:16,212	**0,001***	4-1; p=0,002* 4-2; p=0,002*
	Sağlık personeli (2)	106	8,77	3,54			
	Tv (3)	49	9,44	2,95			
	İnternet (4)	22	11,45	2,87			
Somatik puan (x2) (msdö)	Çevre (1)	137	13,81	4,86	x^2: 6,245	0,100	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	15,25	5,93			
	Tv (3)	49	15,18	5,59			
	İnternet (4)	22	15,95	6,44			
Ürojinekolojik puan (x2) (Msdö)	Çevre (1)	137	9,62	3,37	x^2: 9,530	**0,023***	1-4; p=0,032*
	Sağlık personeli (2)	106	8,74	4,35			
	Tv (3)	49	9,46	3,16			
	İnternet (4)	22	7,27	3,73			
Toplam puan (F) (msdö)	Çevre (1)	137	32,13	8,19	F: 1,108	0,346	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	32,43	11,19			
	Tv (3)	49	33,93	9,34			
	İnternet (4)	22	35,59	10,73			
Vazomotor puan(x2) (möykö)	Çevre (1)	137	15,40	6,56	x^2: 19,311	**0,000***	4-1; p=0,008*
	Sağlık personeli (2)	106	16,36	6,87			
	Tv (3)	49	18,02	7,00			
	İnternet (4)	22	20,36	6,39			
Psikososyal puan(x2) (möykö)	Çevre (1)	137	20,99	14,36	x^2: 6,505	0,089	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	25,17	14,84			
	Tv (3)	49	25,75	13,84			
	İnternet (4)	22	19,27	12,26			
Fiziksel puan (F) (möykö)	Çevre (1)	137	59,96	18,82	F: 1,239	0,296	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	63,93	26,12			
	Tv (3)	49	64,79	19,83			
	İnternet (4)	22	66,59	15,76			
Cinsel puan (x2) (möykö)	Çevre (1)	137	19,72	7,02	x^2: 26,159	**0,000***	1-2; p=0,000* 1-4; p=0,002*
	Sağlık personeli (2)	106	15,70	8,01			
	Tv (3)	49	18,20	8,81			
	İnternet (4)	22	14,95	8,58			

* $p<0,05$, x^2: Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) Fiziksel, (2): Psikolojik, (3): Fiziksel ve psikolojik, (4) Hiçbiri

Menopoz için tedavi alma durumu ile MSDÖ ürojinekolojik, MÖYKÖ vazomotorve MÖYKÖ cinsel ölçek boyutları arasındaki puansal farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), hastalardan menopoz için tedavi alanların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutlarının puan ortalamaları, menopoz için tedavi almayan hastaların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 17).

Tablo 17. Menopoz için tedavi alma durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n: 74)	**Hayır (n: 240)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	10,08±3,10	8,81±3,12	**0,003***
Somatik puan (u)(msdö)	16,66±4,92	14,04±5,53	**0,000***
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,75±3,13	8,95±3,92	0,107
Toplam puan (t)(msdö)	36,47±9,05	31,61±9,57	**0,000***
Vazomotor puan (u)(möykö)	17,54±6,51	16,15±6,92	0,129
Psikososyal puan (u)(möykö)	27,16±13,77	21,75±14,42	**0,005***
Fiziksel puan(t)(möykö)	69,82±21,74	60,27±21,05	**0,001***
Cinsel puan (u)(möykö)	18,89±7,40	17,46±8,12	0,178

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Menopozdan sonra eşleri ile ilişkilerinin etkilenme durumları ile MÖYKÖ vazomotor puan ve MÖYKÖ psikososyal puan ölçek alt boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken (p>0,05), hastalardan menopozdan sonra eşleriyle olan ilişkilerinin etkilendiği görüşünde olanların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ fiziksel puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek boyutlarının puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 18).

Tablo 18. Evli olan hastaların eşleriyle olan ilişkinin etkilenme durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n: 177)	**Hayır (n: 127)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,71±3,12	8,31±3,05	**0,000***
Somatik puan (u)(msdö)	15,26±5,48	13,83±5,50	**0,026***
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	10,23±2,82	7,52±4,29	**0,000***
Toplam puan (t)(msdö)	35,26±9,21	29,32±9,34	**0,000***
Vazomotor puan (u)(möykö)	16,97±6,30	15,70±7,52	0,114
Psikososyal puan (u)(möykö)	23,29±14,31	22,33±14,33	0,564
Fiziksel puan(t)(möykö)	65,66±19,86	57,74±23,19	**0,002***
Cinsel puan (u)(möykö)	21,07±5,83	13,56±8,33	**0,000***

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Hastaların menopozdan etkileme durumunun MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖtoplam puan,MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan,MÖYKÖ fiziksel puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek boyutları ile aralarındaki gözlenen puansal farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05). Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizi sonucunda;

- Menopozdan hiçbir şekilde etkilenmedim diyenlerin MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖtoplam puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan, MÖYKÖ fiziksel puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek alt boyutlarının puan ortalamaları; fiziksel etkilendım, psikolojik ve fiziksel etkilendim, psikolojik olarak etkilendim görüşünde olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

- Psikolojik açıdan etkilenenlerin MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutlarındaki puanortalamalarının, menopozdan fiziksel açıdan etkilenenlerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,05).

- MÖYKÖ Vazomotor ölçek boyutunda fiziksel ve psikolojik açıdan etkilediğini belirten kadınların puan ortalamaları, fiziksel açıdan etkilendiğini belirten kadınlarınpuan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Menopozun etkileme durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	**Menopozun etkileme durumu**	**n**	**Ort**	**Ss**	x^2 / **F**	**p**	**Post Hoc Analiz Anlamlı Fark**
Psikolojik puan (x2) (msdö)	Fiziksel (1)	89	8,78	3,04	x^2: 52,894	0,000*	1-4; p=0,000* 2-4; p=0,000* 3-1; p=0,021* 3-4; p=0,000*
	Psikolojik (2)	63	9,33	2,99			
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	9,88	2,75			
	Hiçbiri (4)	17	3,41	0,71			
Somatik puan (x2)(msdö)	Fiziksel (1)	89	13,89	5,29	x^2: 46,892	0,000*	1-4; p=0,000* 2-1; p=0,024* 2-4; p=0,000* 3-4; p=0,000*
	Psikolojik (2)	63	16,26	5,40			
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	15,44	4,97			
	Hiçbiri (4)	17	6,05	2,10			
Ürojinekolojik puan(x2) (msdö)	Fiziksel (1)	89	8,50	3,64	x^2: 20,365	0,000*	1-4; p=0,025* 2-1; p=0,034* 2-4; p=0,000* 3-4; p=0,000*
	Psikolojik (2)	63	10,14	4,30			
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	9,48	3,38			
	Hiçbiri (4)	17	5,76	3,21			
Toplam puan (F)(msdö)	Fiziksel (1)	89	31,16	9,46	F: 28,840	0,000*	1-4; p=0,000* 2-4; p=0,000* 3-1; p=0,007* 3-4; p=0,000*
	Psikolojik (2)	63	34,79	9,58			
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	34,90	7,91			
	Hiçbiri (4)	17	15,23	3,86			
Vazomotor puan(x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	15,21	6,65	x^2: 49,770	0,000*	1-4; p=0,000* 2-1; p=0,018* 2-4; p=0,000* 3-1; p=0,005* 3-4; p=0,000*
	Psikolojik (2)	63	18,17	7,19			
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	17,94	5,38			
	Hiçbiri (4)	17	4,41	3,98			
Psikososyal puan(x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	20,29	14,26	x^2: 40,028	0,000*	1-4; p=0,018* 2-1; p=0,002* 2-4; p=0,000*
	Psikolojik (2)	63	28,52	15,01			
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	23,91	13,64			

	Hiçbiri (4)	17	9,47	6,97			3-4; p=0,000*
Fiziksel puan(F) (möykö)	Fiziksel (1)	89	59,05	22,41	F: 22,715	0,000*	1-4; p=0,000*
	Psikolojik (2)	63	68,39	21,65			2-1; p=0,021*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	66,22	17,65			2-4; p=0,000*
	Hiçbiri (4)	17	27,35	8,97			3-4; p=0,000*
Cinsel puan (x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	16,65	8,26	x^2: 27,801	0,000*	1-4; p=0,004*
	Psikolojik (2)	63	18,20	6,40			2-4; p=0,000*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	19,27	7,96			3-4; p=0,000*
	Hiçbiri (4)	17	9,70	6,41			

* p<0,05, x^2: Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) Fiziksel, (2): Psikolojik, (3): Fiziksel ve psikolojik, (4) Hiçbiri

Menopozdan sonravücudunda sebebini bilmediği ağrı hisseden kadınların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan,MSDÖ ürojinekolojik puan,MSDÖtoplam puan, MÖYKÖ vazomotor puan,MÖYKÖ psikososyal puan, MÖYKÖ fiziksel puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek boyutlarının puan ortalamalarının menopoz sonrası vücudunda ağrı hissetmeyen hastaların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 20).

Tablo 20. Menopoz sonrası ağrı varlığı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n: 230)	**Hayır (n: 84)**	**p**
	Ort±ss	**Ort±ss**	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,93±2,79	6,86±3,03	**0,000***
Somatik puan (u)(msdö)	16,13±5,03	10,64±4,66	**0,000***
Ürojinekolojik puan (u)(msdö)	9,81±3,67	7,28±3,38	**0,000***
Toplam puan (t)(msdö)	35,67±8,30	24,77±8,58	**0,000***
Vazomotor puan (u)(möykö)	18,22±5,90	11,71±6,98	**0,000***
Psikososyal puan (u)(möykö)	25,44±15,11	16,40±9,77	**0,000***
Fiziksel puan(t)(möykö)	69,63±18,17	43,05±17,91	**0,000***
Cinsel puan (u)(möykö)	18,74±7,68	15,20±8,21	**0,000***

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Hastaların menopoza girme yaşı ile MÖYKÖ cinsel puan (r = -0,212) ölçek boyutu puan ortalamaları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlendi (p<0,05).

Medeni durum açısından hastalar MSDÖ psikolojik puan (r = 0,159),MSDÖ somatik puan (r = 0,186),MSDÖtoplam puan (r = 0,132), MÖYKÖ psikososyal puan (r = 0,266) veMÖYKÖ fiziksel puan(r = 0,201) ölçek boyutları ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenirken, MÖYKÖ cinsel ölçek puan ortalaması (r = -0,129) ile ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

Hastaların evlenme yaşları ile MSDÖ somatik puan (r = -0,130),MSDÖtoplam puan(r = -0,114), MÖYKÖ vazomotor puan (r = -0,156), MÖYKÖ psikososyal puan(r = -0,129) ve MÖYKÖ fiziksel puan (r = -0,142) ölçek boyutları puan ortalaması ile ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi (p<0,05) (Tablo 21).

Tablo 21. Hastaların menopoza girme yaşı, medeni durum, evlenme yaşı, öğrenim durumu ile ölçekler arasındaki ilişki

	Menopoza girme yaşı		**Medeni durum**		**Evlenme yaşı**		**Öğrenim durumu**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Psikolojik puan (msdö)	-0,056	0,581	0,159	**0,005****	-0,065	0,251	-0,003	0,964
Somatik puan (msdö)	-0,129	0,200	0,186	**0,001****	-0,130	**0,022***	-0,037	0,514
Ürojinekolojik puan (msdö)	-0,174	0,082	0,020	0,720	0,016	0,775	-0,080	0,157
Toplam puan (msdö)	-0,127	0,206	0,132	**0,019***	-0,114	**0,044***	-0,053	0,353
Vazomotor puan (möykö)	-0,094	0,351	0,097	0,088	-0,156	**0,006****	-0,045	0,429
Psikososyal puan (möykö)	-0,081	0,423	0,266	**0,000****	-0,129	**0,023***	0,109	0,053
Fiziksel puan (möykö)	-0,031	0,761	0,201	**0,000****	-0,142	**0,012***	-0,009	0,871
Cinsel puan (möykö)	-0,212	**0,033***	-0,129	**0,022***	0,104	0,067	-0,016	0,772

* p<0,05, ** p<0,01

Hastaların menopoza girme süresi ile MSDÖ psikolojik puan (r = 0,213), MSDÖ somatik puan (r = 0,133) ve MSDÖ toplam puan (r = 0,159) boyutlarıyla aralarında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

Menopoz için tedavi alma durumu ile MSDÖ psikolojik puan (r = -0,170), MSDÖ somatik puan (r = -0,202),MSDÖtoplam puan (r = -0,214),MÖYKÖ psikososyal

puan (r = -0,159) ve MÖYKÖ fiziksel puan (r = -0,188) ölçek boyutlarıyla aralarında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p < 0,05) (Tablo 22).

Tablo 22. Hastaların menopoza girme süresi, menopoz için tedavi alma, menopoz sizi nasıl etkiledi ve menopoza girme şekli ile ölçekler arasındaki ilişki

	Menopoza girme süresi		**Menopoz için tedavi alma**		**Menopoz sizin nasıl etkiledi**		**Menopoza girme şekli**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Psikolojik puan (msdö)	0,213	**0,000****	-0,170	**0,003****	-0,056	0,320	0,013	0,818
Somatik puan (msdö)	0,133	**0,018***	-0,202	**0,000****	-0,069	0,223	0,055	0,330
Ürojinekolojik puan (msdö)	0,019	0,742	-0,091	0,107	-0007	0,903	0,032	0,575
Toplam puan (msdö)	0,159	**0,005****	-0,214	**0,000****	-0,050	0,373	0,054	0,341
Vazomotor puan (möykö)	0,099	0,080	-0,086	0,129	-0,043	0,453	0,034	0,551
Psikososyal puan (möykö)	-0,072	0,201	-0,159	**0,005****	-0,021	0,710	0,045	0,425
Fiziksel puan (möykö)	0,091	0,108	-0,188	**0,001****	-0,055	0,328	0,024	0,667
Cinsel puan (möykö)	0,098	0,083	-0,076	0,178	-0,018	0,757	0,006	0,922

* p<0,05, ** p<0,01

MÖYKÖ vazomotor ölçek boyutu ile MSDÖ ürojinekolojik (r = 0,255) ölçek boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenirken, MSDÖ psikolojik (r = 0,667),MSDÖ somatik (r = 0,531) ve MSDÖtoplam puan ölçeği (r = 0,635) alt boyutlarıile aralarında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05).

MÖYKÖ psikososyal ölçek boyutu ile MSDÖ psikolojik puan (r = 0,496) ve MSDÖ ürojinekolojik puan (r = 0,270) ölçek boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenirken, MSDÖ somatik puan (r = 0,519) ve MSDÖtoplam puan (r = 0,551) boyutlarında ise pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

MÖYKÖ fiziksel ölçek boyutu ile MSDÖ ürojinekolojik puan(r = 0,355) ölçek boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenirken, MSDÖ psikolojik puan(r = 0,672),MSDÖ somatik puan (r = 0,688) ve MSDÖ toplam puan (r = 0,753) boyutlarında ise pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu tespit edildi (p<0,05).

MÖYKÖ cinsel ölçek boyutu ile MSDÖ psikolojik puan (r = 0,301), MSDÖ somatik puan (r = 0,186) ve MSDÖtoplam puan (r = 0,476) ölçek boyutları ile aralarında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanırken, MSDÖ ürojinekolojik ölçek

boyutları (r = 0,708) ile pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 23).

Tablo 23. Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Vazomotor puan (möykö)		**Psikososyal puan (möykö)**		**Fiziksel puan (möykö)**		**Cinsel puan (möykö)**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Psikolojik puan (msdö)	0,667	**0,000****	0,496	**0,000****	0,672	**0,000****	0,301	**0,000****
Somatik puan (msdö)	0,531	**0,000****	0,519	**0,000****	0,688	**0,000****	0,186	**0,001****
Ürojinekolojik puan (msdö)	0,255	**0,000****	0,270	**0,000****	0,355	**0,000****	0,708	**0,000****
Toplam puan (msdö)	0,635	**0,000****	0,551	**0,000****	0,753	**0,000****	0,476	**0,000****

* p<0,05, ** p<0,01

4. TARTIŞMA

Menopoz, bedensel ve ruhsal değişimlere neden olan reproduktif sürecin sonlanmasıyla beraber kadın yeni hayatında bir döneme neden olan fizyolojik bir süreçtir(64).Özellikle son yüzyılda beklenen yaşam süresinde artış yaşanmıştır. Önceden birkadının postmenopozal ortalama 6 yıl süren yaşam süreci günümüzde yaklaşık 30yıl civarında görülmektedir(65).

Kadınların postmenopozal dönemde geçirdikleri yaşam süresinde gözlenen bu artış,menopozal dönemdeki kadınların sağlık sorunları üzerinde daha cok odaklanılmasına neden olmuştur. Sağlıklı olma durumu ruhsal ve bedensel açıdan iyi olma halini ifade etmektedir(66).

Kadınların menopoz döneminde bedensel değişimleriyle beraber ruhsal iyilik halinin değerlendirilmesi gerektiği bilinmektedir. Yaşam kalitesi tanımı kişinin kendi ile ilgili genel sağlıklı olma algısını içermektedir. Bireyin kaliteli yaşıyorum tanımlaması kişinin kendi yaşamında ruhsal ve fiziksel duyulan doyumlarla ilişkilidir.Aile hekimlerinin sıklıkla karşılaştığı postmenopozal dönem kadın hastaların bedensel iyilik hallerinin yanı sıra ruhsal iyilik hallerinin korunması ve sağlanması gerektiği bilinmektedir.

Menopozal dönemde görülen semptomlar bireylerin ve toplumlarınözelliklerine göre değişiklikler göstermektedir. Yapılan farklı çalışmalarda ensık görülen menopozal semptomların kas ve eklem rahatsızlıkları, depresifduygu-durum, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olarak tespit edildilmiştir (67-68).

Bazı çalışmalarda ise en sık görülen menopozal semptomun sıcak basmasıolduğu tespit edilmiştir (67,47).

Bizim çalışma grubumuzu oluşturan kadınların en sık %46,2 fiziksel ve psikolojik sıkıntıları yaşadığını,%28,3 fiziksel sıkıntılar yaşadığını ,%20,1 psikolojik sıkıntılar yaşadığını %5,4 menopozdan hiçbir sekilde etkilenmediğini ifade etmiştir. Farklı çalışmalardabildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmaların yapıldığıtoplumların sosyodemografik, etnik, genetik ve yaşam biçimleri ile ilgiliözellikleri ve kullanılan tanı yöntemlerinin farklı olmasına bağlı olabilir.

Menopoz döneminde bulunan kadınların hangi semptomları daha sık yaşadıkları ve bu semptomların kadınların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini amacıyla yapılan bu

çalışmamıza toplam 314 kadın hasta katılmış olup yaş ortalaması (min:40, max:78) 53,99±5,39 yıl olarak hesaplanmıştır. Klimaterik dönemdeki kadınlarda bu döneme özgü belirti ve yakınmaları incelemek amacıyla yapılan çalışmalarla kıyasladığımızda, çalışmamızda yaş ortalaması diğer çalışmalardan daha yüksek saptanmıştır. Bunu en az bir yıldır menopozda olan kadınları çalışmamıza dâhil etmemize ve perimenopozal dönemde olan kadınları çalışmamıza dahil etmememize bağlayabiliriz. Örneğin, Afro-Kolombian kadınlarla, San Cayetano Municipio köyünde 2007 yılında menopoz semtomlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada(69)yaş ortalaması 47,9 ± 5,9 yıl olarak saptanmıştır. 2015 yılında Suudi Arabistan da menopozal semptomların yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıylayapılmış olan bir çalışmada (70), katılımcıların yaş ortalaması 49,7 ± 3,5 yıl olarak saptanmıştır. Tortumluoğlu ve Erci'nin Erzurum ilinde 40-60 yaş arası 87 klimakterik kadın üzerinde yaptığı çalışmada (71) 48.36±6.49 olarak saptanmıştır. Aydemir' in Edirne il merkezinde 40-59 yaş grubu 410 kadın ile yapmış olduğu çalışmada (20) katılımcıların yaş ortalamaları 48.18 ± 5.41 olarak saptamıştır. Güler'in klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumlarını incelemek amacıyla 238 kadına ile yapılan çalışmada(72)

yaş ortalaması 54.903 ± 3,847 olarak saptanmıştır. Yaş ortalamasının bizim çalışmamıza benzer şekilde çıkma nedeni bu çalışmada da perimenopozal dönemdeki kadınların çalışmaya dahil edilmemesi ve çalışmaya katılan kadınların en az beş yıldır menopozda olmasına bağlı olabilir.

Menopoza girme yaşı toplumdan topluma farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmada kadınlarda menopoza girme yaşı ortalaması 47,96±3,96yıl olarak saptanmıştır. Bal, yapmış olduğu çalışmada kadınların menopozagriş yaş ortalamasını 46±3,3 yıl olarak bulmuştur (15).

Menopoza girme yaşı gelişmiş ülkelerde 49-52 yaş iken gelişmemiş ülkelerde 41-47 yaş arasında seyretmektedir. Ülkemizde ortalama menopoza giriş yaşı 46 olarak kabul edilirken, Dünya ortalaması ise 51 olarak kabul edilmektedir (73).

Farklı çalışmalarda menopoza girme yaşı ile ilgili olarak bildirilen farklılıkların nedenleri arasında çalışmaların yapıldığıtoplumlardaki kadınların genetik özellikleri, beslenme biçimleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanlarının farklı olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde %24,8'i okuryazar değil, %68,8'i ilkokul veya ortaokul mezunu, %6,4'ü ise lise veya üniversite mezunu oldukları saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre; 45-49 yaş arası kadınların %5,8'i okuryazar değil veya okuryazar, %50,6'sı ilkokul mezunu, %13,3'ü ortaokul mezunu, %30,13'ü ise lise ve üzeri mezunudur. TNSA 2013 verilerine göre 50-54 yaş arası kadınların ise %6,7'sinin okuryazar değil veya okuryazar,%46,6'sının ilkokul mezunu, %14,3'ünün ortaokul mezunu, %31,8'inin ise lise ve üzeri mezunu olduğu bildirilmiştir. TNSA 2013 verilerine göre 55-59 yaş arası kadınlarda ise katılımcıların %10,5'i okuryazar değil veya okuryazar, %50,8'i ilkokul mezunu, %10,5'i ortaokul mezunu, %27,7'si ise lise ve üzeri mezunudur(74).

Bizim çalışmamızla kıyasladığımızda çalışmamızda lise altı eğitim almış kadınların oranının daha fazla olduğunu, lise ve üzeri eğitim alan kadın sayısının ise cok az olduğunu görmekteyiz. TNSA verileri Türkiye genelini yansıtmakta olup bizim çalışmamızın İstanbul il merkezinde, sosyoekonomik düzeyin daha düşük olduğu bir bölgedeki eğitim araştırma hastanesine bağlı polikliniklerde yapılmış olmasından dolayı çalışmamızda eğitim düzeyinin daha düşük saptanmış olduğunu düşünmekteyiz. Mısır'da Mohammed ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (75)ise katılımcıların %43,1'i okuma yazma bilmemekte, %24,6'sı okuryazar, %19,2'si ortaokul mezunu ve %13,1'i üniversite mezunudur. Hindistan'da Khan ve arkadaşları tarafından 2013 yılındayapılmış olan bir çalışmada (76)ise hem kırsal (%89,4) hem de kentsel (%71,7) alanda yaşayan katılımcıların çoğunluğunun okuma yazma bilmediği saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların eğitim durumuyla kullanılan ölçekler arasındaki farklılıklar istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %90,8'i evli, %9,2'siise evli değildir.2006 yılında Ankara Üniversitesi'nde yapılmış olan benzer bir çalışmada (179) katılımcıların %80,3'ü evli, %4,9'u bekâr, %14,8'i ise dul olarak saptanmıştır. Aldughaiter'in çalışmasında (70)

ise katılımcıların %77,3'ü evli, %20,1'i dul, %2,5'i boşanmış olarak saptanmıştır. Bölgeler ve ülkeler arasında medeni durum açısından farklılıklar gözlenmektedir ve çalışmamızda evli kadınların oranı daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda ev hanımı ve emeklilerin oranı %77,7 ve çalışan kadınların oranı ise %22,3 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamıza benzer çalışmalarda;

Tortumluoğlu'nun 2003 yılında Erzurumda yapmış olduğu çalışmada (71) katılımcıların %92,3'ünün ev hanımı olup, çalışmadığı; Gaziantep üniversitesi 2003 yılında yapılan çalışmada (25)katılımıların %96,5'inin çalışmadığı saptanmıştır. Aldughaiter A.'nın çalışmasında (70) ise katılımcıların %97,5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda menopozdan sonra çalışan kadınların oranının %22,3 gibi diğer çalışmalara göre yüksek sayılabilecek düzeydedir. Bunun nedeni olarak da İstanbul ilinde hayat şartları ve geçim zorluklarının kadınları çalışmak zorunda bıraktığı gerçeğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %74,2'si çekirdek aile yapısına, %25,8'i geleneksel geniş aile yapısına sahiptir. Eskişehir'de 2005 yılında yapılmış olan bir çalışmada(180)katılımcıların %81,6'sı çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Günümüzde çekirdek aile yapısının fazla tercih edilmesine bağlı olarak bu verilerin elde edilmesi beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %65,0'inin kronik sistemik hastalığı (KSH) bulunmaktaydı. Bizim çalışmamıza benzer olarak Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında (77)%50,9, Ceylan'ın çalışmasında (17)ise katılımcıların %37,1'i sistemik hastalığa sahiptir. Ceylan'ın çalışmasında sistemik hastalık sahibi olan kadın oranının daha düşük saptanmasının nedeni katılımcıların daha genç yaşta olmasına (40-60 yaş) bağlanabilir. Çalışmamıza katılan katılımcıların %92,7'si menopoza doğal olarak girmiştir. Aydemir'in çalışmasında (20) bizim çalışmamıza paralel olarak katılımcıların %80,9'unun doğal, %19,1'inin ise cerrahi yolla menopoza girdiği saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların % 43,6'sı çevrelerinden, % 33,8'i sağlık personellerinden,% 15,6 'sı TV'lerden, % 7,0'si internet üzerinden menopoz hakkındaki bilgileri aldıkları saptandı. Güler'in çalışmasında katılımcıların %43,3'ü menopoz dönemi ile ilgili bilgileri komşu ve arkadaşlarından, %40,8 'i ise doktora başvurarak edindiklerini ifade etmişlerdir(72).

Kıroğlu'nun çalışmasında (78)bizim çalışmamızla benzer olarak katılımcıların %35'inin menopoz hakkındaki bilgileri doktordan edindiği saptanmıştır. Aynı çalışmada (78) menopozla ilgili bilgileri komşu ve arkadaşlarından edinenlerin oranı ise %25 olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadınların menopozla ilgili bilgi kaynağı olarak doktorları seçmeleri olumlu bir davranıştır. Güngör'ün çalışmasında (23)ise

katılımcıların %30,6'sı menopoz dönemi ile ilgili bilgi aldıklarını belirtmişler ve katılımcıların %82,8' sinin bu bilgileri doktordan aldıkları saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcılara " sizce menopoz nedir? " diye sorduğumuzda % 48,7'si doğal normal bir süreç, % 19,1'i kadınlık özelliğinin yok olması, % 32,2'si de yaşlandıklarını hissettikleri şeklinde görüş bildirdikleri belirlendi. Güler'in çalışmasındaki katılımcıların menopozla ilgili düşüncelerine bakıldığında %32,8'i "adetten kesilmek", %21'i "doğurganlığın bitmesi", %17,2'si "yaşlanmak", %7,1'i "doğal bir süreç", %5,9'u "kadınlığın bitmesi", %4,6'sı "hormonların tükenmesi", %3,4'ü " yeni bir dönem", %2,9'u "sıkıntı", %1,3'ü "temizlik", %0,8'i "son", %0,8'i "hastalıkların artması", %0,04'ü "hislerin bitmesi", %0,04'ü "değişiklik", %0,04'ü "fiziksel bir rahatlık" , %0,04'ü "kötü bir süreç", %0,04'ü "özgürleşmek" olarak tanımlamışlardır(72). Aydemir'in çalışmasında (20),menopoz dönemini katılımcıların %78'i "doğal bir olay", %52,4'ü ise "adetlerin kesilmesi'' olarak tanımlamıştır. Aynı çalışmada menopozu tanımlamak için verilen cevaplar sıklık sırasına göre "doğurganlığın sona ermesi'', "doğal bir olay'', "fiziksel bir değişiklik'', "hayatta yeni bir dönem'', "yaşlılığın başlaması'' şeklinde saptanmıştır. Kıroğlu'nun çalışmasında(78) katılımcıların menopoz dönemi hakkında düşüncelerine bakıldığında, katılımcıların %52,5'i menopoz dönemini "değişiklik", %36'sı "yaşlanmak", %15'i ise "hastalık" olarak ifade etmişlerdir Bu çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi olumlu ve olumsuz bakış açılarının olduğu gözlenmektedir. Benzer olarak Marmara Üniversitesi'nde 2007 yılında yapılmış olan bir çalışmada (79) katılımcıların %33,2'sinin menopozu "üretkenliğin bitmesi" şeklinde yorumladıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda saptandığı gibi menopozla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da menopoza hem olumlu hem de olumsuz bakış açıları mevcuttur. Kadınların bu döneme olumlu yaklaşmalarının sebepleri arasında kanamalardan kaynaklanan sıkıntıların sona ermesi, gebelik riskinin ortadan kalkması, ibadetlerin daha rahat yapılabilmesi gibi nedenler sayılabilir. Bu dönemde yaşanılan biyolojik değişiklikler benzer olmasına rağmen her kadın bu dönemi farklı yaşarlar. Klimakterium, kadınların duygu karmaşıklığı, ruhsal çalkantılar, kimlik sorunları yaşadığı bir dönemdir Bazı kadınlar için menopoz, doğurganlığın / üretkenliğin bitmesini ifade ederken, bazı kadınlar için de yaşlılığın bir işaretidir. Çalışmamızda kadınların menopoz dönemi ile ilgili ifadelerine

bakıldığında tüm yaş gruplarında "doğal normal bir süreç'' ifadesinin en fazla kullanıldığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların % 58,3'ünün menopozdan sonra eşleri ile cinsel ilişkisinin etkilendiğini ifade etmişlerdir. Güler'in çalışmasında menopoz sonrası dönemdeki katılımcıların %49,6 sının cinsel isteğinde değişiklik olmazken, %49,6'sının cinsel isteğinde azalma olmuş, %0,8'inin cinsel isteğinde artış olduğunu ifade etmiştir(72).Kıroğlu'nun çalışmasında (78) bizim çalışmamıza benzer olarak katılımcıların %60'ının menopoz sonrası dönemde cinsel isteğinde azalma olduğunu ifade etmiştir. Nicolasi önderliğinde 29 ülkede, 40–80 yaş arası 27,500 kadın ve erkek arasında "Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors" adlı çalışmada cinselliğin önemi ve cinsel fonksiyon bozuklukları incelenmiş ve kadınların %39' unda başta cinsel istekte azalma olmak üzere orgazm olamama, kayganlık problemleri, cinsel ilişkiden zevk alamama ve ağrılı ilişki yakınmalarından en az birini yaşadıklarını bildirmişlerdir (36). Yine aynı grup, 2001-2002 yılları 40-80 yaş arasındaki Çin, Tayvan, Güney Kore, Japonya, Tayiland, Singapur, Malezya, Indonezya ve Filipinler'de 3350 Asyalı kadında cinsel isteksizlik oranını %27 olarak bulmuştur (80).

Kadında menopoz döneminde hormonal değişikliklere bağlı olarak yaşanan yoğun kanama, menstrüasyon düzensizliği, anksiyete, uyku bozukluğu, vajinal kuruluk, orgazm ya da uyarılma sorunları ve bunlara bağlı gelişen cinsel fonksiyon bozuklukları görülebilir. Vajen ve serviks kan akımının miktarının azalması cinsel uyarılmayı bozar ancak düzenli seks hayatı olan kadınların bundan daha az etkilendiği bildirilmektedir (81).Menopoz aynı zamanda kadın hayatında yaşlanma dönemine denk geldiği için bu dönemde kronik hastalıkların da görülmesi olağandır. Bu hastalıkların getirdiği fiziksel ve bedensel yüklerin yanı sıra bu hastalıklar için kullanılan ilaçların yan etkileri ve sosyoekonomik durum, kültürel çevre, dini inanışlar ve partnerin özellikleri de kadınların menopoz döneminde cinselliği yaşama şeklini ve isteğini etkilemektedir (82).

Çalışmamıza katılan katılımcılara menopoz şikayetleri için doktora başvurdunuz mu diye sorduğumuzda %53,2 evet yanıtını verdi ayrıca çalışmamıza katılan katılımcıların % 23,6 'sı menopoz için tedavi aldıkları belitirken, tedavi alanların % 82,4'ü ilaç tedavisine başvurduklarını ifade etti. Güler'in çalışmasında katılımcıların %76,9'unun menopoz rahatsızlıkları için hiç tedavi görmediği, %3,8'inin düzensiz olarak tedavi gördüğü, %19,3'ünün ise tedavi gördüğü ifade etmiştir(72).Koçak'ın

çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak (83) katılımcıların %59,6'sı hiç tedavi görmediğini, %14,4'ü düzensiz olarak tedavi gördüğünü, %26'sı ise tedavi gördüklerini belirtmiştir. Kadınların önemli bir kısmının menopoz şikayetleri için doktora başvurma nedeni olarak menopozun kadınların hayat kalitesini azaltmasına ve kadınların bunun için çözüm arayışına bağlı olabilir.

Literatürde genel yaşam kalitesi ve bunun çeşitli alt boyutları ile menopozal semptom şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çeşitli çalışmalar vardır. Çalışmamıza katılan kadınların % 73,2 'si menopozdan sonra vücutlarında sebebini bilmedikleri bir ağrıya maruz kaldıkları gözlenirken, algılanan ağrı skoru ortalama 6,20 (min: 2, maks: 10) olduğu saptandı. Mekke'de Mohamed ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmış olan bir çalışmada (84)katılımcıların %41,9'u şiddetli derecede sırt-bel ağrısı yaşadığını, %19,4'ü orta düzeyde ağrı yaşadığını ifade etmiştir. Ceylan'ın çalışmasında (17)ise katılımcıların % 77,8'i menopozal dönemde bel ve sırt ağrıları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kıroğlu'nun çalışmasında (78)katılımcıların %37,5'i ara ara, %22,5'i ise sık sık sırt-bel ağrısı şikâyetleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Amerika genelinde yapılan kohort çalışmasından elde edilen verilerde, erken ve geç menopozal geçiş dönemlerinde ağrı semptomlarının daha fazla şiddetlendiği tespit edilmiştir (85).Ashrafi ve ark. (86)tarafından yapılan çalışmada İranlı kadınlarda eklem ve kas ağrısının, menopozla ilişkili en sık görülen semptomlar arasında olduğunu ifade etmişlerdir. Bu farklı kesitsel çalışmalara baktığımızda, öne çıkan belirgin semptom yine vücut ve eklem ağrıları olarak tespit edilmiştir (87-88).

Çalışmamızda menopozdan sonra vücutlarında ağrı hisseden kadınların menopozal semptom şiddeti değerlendirme ölçeği hem de menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Menopozdan sonra vücudunda ağrı hisseden kadınlarda ölçeklerin alt boyut ortalaması ağrı hissetmeyen kadınlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Kadınların büyük çoğunluğu neredeyse hayatlarının ⅓'ini oluşturacak olan bu menopoz sonrası süreçte olumsuz duygular hissetmekte, cinsel istek azlığı çekmekte, ve tatminsizlik yaşamaktadır. Bu nedenlerle menopoza giren kadınların doktorlara başvurma oranı artacaktır. Bizim çalışmamızda da katılımcıların %53,2 'si menopozdan sonra doktora gittiklerini ifade etmişlerdir. Uçanok'un (1994) çalışmasına göre de menopoz sonrası kliniğe başvurular anlamlı olarak yüksektir (89).

Katılımcıların menopoz semptomları değerlendirme ölçeğine göre toplam puanları ortalaması 32,75±9,65'dir. Somatik şikayetler alt boyutunun ortalaması 14,66±5,50, psikolojik şikayetler alt boyutunun ortalaması 9,11±3,16, ürogenital şikayetler alt boyutunun ortalaması ise 9,14±3,76 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğine göre vazomator şikayetler alt boyutunun ortalaması 16,48±6,84, psikososyal şikayetler alt boyutunun ortalaması 23,02±14,44, fiziksel şikayetler alt boyutunun ortalaması 62,52±21,57, Cinsel şikayetler alt boyutunun ortalaması 17,79±7,97 olarak hesaplanmıştır.

Tümer ve Kartal'ın çalışmasında kadınların menopozal semptomlarının şiddeti değerlendirildiğinde en fazla psikolojik şikayetler, ardından somatik şikayetler ve ürogenital şikayetler yaşadıkları saptanmıştır(90).

Yanıkkerem ve ark.'larının çalışmalarında kadınların çoğunlukla vasomotor semptomlardan özellikle ateş basmalarından yakındıklarını belirlemişlerdir (11).

Menopozal yakınmaların şiddeti ve sıklığı sadece farklı ülkelere göre değil aynı ülkelerin farklı bölgelerine göre de çeşitlilik göstermektedir. Gelenekler, kültürel özellikler, sosyo-demografik durum, besin kaynakları, eş ve aile desteği, rol algısı, yaşa bağlı değişiklikler, diğer yaşam stillerindeki farklılıklar, yaşam felsefesi menopoz yakınmaların sıklığını ve şiddetini etkileyenfaktörler arasında yer alır (91)

Kadınların yaşadıkları menopozal yakınmaları deneyimlemelerinde özellikle kültürün etkisi önemli rol oynar. Afrikalı-Amerikalı kadınlar daha çok gece sıklıkla sıcak basmaları, terleme, baş ağrısı gibi semptomlarının olduğunu bildirmişlerdir (92).Ghazanfarpour ve ark.'larının çalışmasında kadınların en çok vazomotor şikayetler yaşadıkları, ikinci sırada psikososyal, ardından fiziksel yakınmalar ve en az cinsel yakınmalar yaşadıkları saptanmıştır. Yanıkkerem ve ark.'larının çalışması ile Ghazanfarpour ve ark.'larının çalışmasında ilk sırada vazomotor şikayetler yer alırken, yapmış olduğumuz çalışmada ilk sırada menopoz semptomları değerlendirme ölçeğine göre somatik şikayetler ve menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğine göre fiziksel sorunlar yer almaktadır (11, 93).

Yaşam kalitesinin, yaş artışı ile azaldığı bilinmektedir(94).Çalışmada yer alan hastaların yaş ortalamaları 53,99 idi, bu bağlamda hastalar 53 yaş ve altı, 53 yaş üzeri şekilde iki grup haline getirildi. Yapılan analiz sonucunda hastaların yaş grupları ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖ

toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan,MÖYKÖ fiziksel ve MÖYKÖ cinsel ölçek puanları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken , 53 yaş ve altında olanların MÖYKÖ vazomotor ölçek puanları, 53 yaş üzerinde olan hastalardan yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu . Dündar Nacar'ın çalışmasında menopoz semptomları değerlendirme ölçeği toplam puanı ve somatik ve ürogenital şikayetler alt boyut puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. Psikolojik şikayetler ile yaş arasında ise istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf negatif korelasyon bulunmuştur(95).

Ergin'in çalışmasında daha genç olan menopozal kadınların psikolojik şikâyetlerinin daha az görüldüğü saptanmıştır (96).

Ünsaldı yapmış olduğu çalışmada kadınların yaşı ile menopozal dönemde ortaya çıkan belirtiler arasında ters yönde anlamlı birilişki olduğunu saptamıştır (97).

Lebrun ve arkadaşları tarafından Avrupa ve Amerika ülkelerinde yapılan çok merkezli çalışmada kadınlarda yaş düzeyi artışının özellikle hipoaktif cinsel istek bozukluğu ile anlamlı ilişki içinde olduğunu gösterilmiştir(98).

Bizim çalışmamızda yaş ile menopoza semptomlar arasında ilişki tespit edilmemiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Suudi Arabistan, İran, Çin gibi çeşitli ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda da yaş ile menopozal semptomlar arasında ilişki bulunamadığı ifade edilmiştir (99, 100, 101).

Çeşitli çalışmalarda kadınların, sosyodemografik özellikleri ile menopozal yakınmalar arasında anlamlı farklılık olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda hastaların eğitim durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Bizim çalışmamıza benzer olarak Sis ve Pasinlioğlu'nun klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmalarının şiddetini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada kadının ve eşinin eğitim düzeyi ve menopozal yakınmalar arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (22).

Tümer A. ve Kartal A.'nın çalışmasında eğitim düzeyinin arttıkça hastaların psikolojik yakınmaların arttığı saptanmıştır (90).Varma ve ark.'larının çalışmasında, menopozal yakınmaların artan eğitim yılı ile azaldığı saptanmıştır (102).

Chedraui ve ark.'larının 300 kadın üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olan kadınların, diğer kadınlara göre daha yüksek psikolojik ve somatik puanlar aldığı görülmüştür (68).

Bizim çalışmamızın aksine yapılan birçok araştırmada artan eğitim düzeyi ile menopozal semptomların azaldığı gözlenmiştir. Eğitim düzeyinin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam kalitesi üzerine yaptığı etki ile ilgili yapılan çalışmalar göstermiştir ki eğitim düzeyi arttıkça hem cinsel aktif hem de menopozal dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel yaşam kalitesidüzeyi olumlu olarak artmaktadır(103).

Eğitim düzeyi sadece bilinç düzeyinde değil aynı zamanda sosyal yaşam zenginliği üzerinde de etkilidir. Çoban ve ark.'larının çalışmalarında ortaokul ve üzerinde eğitim almış olan kadınların, menopozal yakınmaları daha az yaşadıklarını saptamışlardır (13).

Fallahzadeh üniversite eğitimine sahip olan kadınların psikososyal, fiziksel ve seksüel yönden tüm eğitim seviyelerine kıyasla daha az soruna sahip olduğunu bulmuştur (104).

Bal, yapmış olduğu çalışmada eğitimi sekiz yıl ve altında olan kadınların somatik ve psikolojik yakınma puan ortalamalarının eğitimi sekiz yıldan fazla olanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuştur (15).

Valderes ve arkadaşlarıartan eğitim düzeyi ve kadınların sosyal yaşama daha çok katılma durumlarının yaşam kalitesi düzeyini ve cinsel yaşam kalitesini daha anlamlı düzeyde arttırdığını göstermişlerdir(105).Bu bulgular da göstermektedir ki menopozal dönemdeki kadınlara verilecekdanışmanlık hizmetinde, sosyal yaşama katılmalarının önerilmelidir ayrıca bu farklı çalışmalarda çıkan farklı sonuçlar da toplumların ve örneklemlerin sosyokültürel ve ekonomik bakış açılarının farklılığına bağlıdır. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyleri ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamış olmasının nedeni çalışma populasyonumuzun çok küçük bir oranını (% 6.4) lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerin oluşturması olabilir. Ayrıca çalışmamızdaki bireylerin büyük bir kısmı bölgenin kırsal kesimden gelmesi ve araştırma sürecindeki izlenimimize bağlı olarak bu bireylerin hayat beklentilerinin düşük ve hayattan doyumlarının yüksek olması menopoza özgü yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arası ilişkiyi zayıflatmış olabilir. Diğer bir deyişle bireyler semptomatik olsa da bu semptomların yaşamları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı şeklinde cevap verme yönelimi göstermiş olabilir.

Çelik ve Pasinlioğlu'nun yapmış olduğu çalışmada MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre kadınların yaşının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, eşlerinin

yaş, eğitim düzeyi ve mesleğinin, kadınların mensup oldukları aile tipinin, maddi durumlarının, evlilik sürelerinin ve yaşayan çocuk sayılarının menopozal yakınmaları etkilemediği ifade etmiştir (106).Erdem'in çalışmasında, sosyodemografik özelliklerin menopozal semptomları etkilemediği bulunmuştur (107).

Ancak Ünsaldı kadınların yaşı, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile menopozal belirtiler arasındaanlamlı ilişkiler bulmuştur (97).

Bunun nedeni olarak katılımcıların sosyodemografik özellıklerinin ülkeden ülkeye hatta aynı ülke içindeki farklı şehirlerde de farklılıklar göstermesinden kaynaklanabilir.

Literatürde medeni durum ile menopozal semptom şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dair sonuçlar çelişkilidir. 2001'de Dennerstein'in yaptığı bir çalışma (108)'da evli kadınların menopoza karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğu görülürken; eşinden ayrı yaşayan ya da boşanmış kadınların daha olumsuz tutuma sahip olduğu gösterilmiştir ve kadınların yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Brzynki tarafından yapılan bir çalışmada evli kadınların diğer kadınlara kıyasla vazomotor semptomlardan daha fazla yakındıklarını belirtmiştir (109).

2010'da yapılan bir regresyon çalışmasında evli olan kadınlarda artmış ürogenital semptom şiddetiyle ilişkilendirilmiştir (110).

Çalışmamıza dahil edilen %96.8'i (n=304) evlidir. Menopoz dönemi, kadınların desteğe ihtiyaç duyduğu, daha kırılgan olduğu bir süreçtir. Evli kadınların eşlerinden destek almalarından dolayı menopozal semptomları daha az şiddetli algılamaları beklenebilir(111).Bizim çalışmamızda menopozal semptomları değerlendirme ölçeği toplam puan, somatik ve psikolojik alt boyut puanları arasında evli ve evli olmayan kadınlar kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli olmayan kadınlarda bu alt boyutların puanları diğerlerinden istatiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. Katılımcıların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği psikosoyal ve fiziksel alt boyutta puanlarına bakıldığında evli olmayan kadınlarda istatiksel anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği cinsel ölçek alt boyutta puanlarına bakıldığında evli olan kadınlarda istatiksel olararak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak ürogenital semptomların ve vajinal kuruluk gibi semptomların evli kadınlarda daha fazla rahatsızlık verebileceği için evli kadınların menopozal semptomları daha şiddetli hissetmesi olasıdır. Bizim çalışmamıza benzer

olarak Uçanok'un 1994 yılındaki çalışmasına göre 45-54 yaş arasındaki bireylerde evli veya bekâr olmanın menopoza ilişkin tutumlarda istatiksel olarak önemli bir fark yarattığı sonucuna varılmıştır (89).Kıroğlu'nun 2005 yılındaki çalışmasında da istatistiksel anlam bulunmamakla beraber menopoz tutum ölçeğinde boşanmış kadınların en yüksek, dul kadınların da en düşük puanı aldıkları vurgulanmıştır (78).

Bizim çalışmamızdan farklı olarak baz çalışmalarda da evli olan ve olmayanlar arasında menopozal semptom sıklığı açısından bir farkolmadığı rapor edilmektedir (68).

Koyuncu'nun yapmış olduğu çalışmada evli olan ve olmayanlar arasında menopozal semptom sıklığı açısından bir fark olmadığı belirtilmiştir (112).

Bal, çalışmasında kadınların medeni durumuna göre menopozal yakınma ölçeğinin somatik ve psikolojik alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını gözlemlemiştir (15).

Dündar Nacar'ın çalışmasında evli olan kadın katılımcıların psikolojik şikayetler puanı diğerlerinden istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek belirtilmiştir(95).

Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalar arasındaki farklılığın nedeni bizim çalışmamızdaki bireylerin sadece menopoz sonrası dönemi içermesi ve yaş aralığının kapsamı dolayısıyla menopoza giren birey sayısının aynı olmaması ile açıklanabilir.

Çekirdek tipi aile yapısına sahip olan kadınlar menopoz dönemindeaile büyüklerinin desteğinden eksik kalmaları ya da sorumluluklarınıpaylaşabilecekleri kimse olmaması sebebiyle menopozal semptomları dahaşiddetli yaşayabilirler. Bunlara rağmen geniş ailenin neden olduğu kalabalık evkoşulları gibi sorunlar da menopoz döneminin daha zor yaşanmasına nedenolabilir. Çalışma grubumuzda yer alan kadınların yaşadığı aile tipi ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal ve MÖYKÖ fiziksel ölçek alt puanları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken, çekirdek aile grubunda olan hastaların MSDÖ ürojinekolojik, MÖYKÖ vazomotor ve MÖYKÖ cinsel ölçek puanlarının, geniş aile grubunda yer alan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu saptandı. Çelik ve Pasinlioğlu'nun (106) Erzurum'da yaptıkları birçalışmada da menopoz semptomları ile aile tipi arasında ilişki bulunamadığı tespit edilmiştir. Kaulagekar'ın (113)

Hindistan'da yaptığı çalışmada çekirdektipi aile yapısına sahip kadınlar arasında menopoz semptomlarının dahafazla görüldüğü rapor etmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların gelir durumları ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde aile gelir durumu ile menopozal semptomlar arasında bir ilişki bulunamadığını bildiren çalışmalar vardır (99, 114, 106).

Tortumluoğlu'nun (2003) ve Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun (2014) çalışmasında da gelir dağılımı ile menopoz semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ancak Şahin'in (1998)'de yaptığı çalışmada orta-yüksek gelir grubundaki kadınlarda menopoz semptomları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (71,115,106).

Koç ve Sağlam'ın 2008 yılında yaptıkları çalışmada gelir durumu ile sıcak basması ve psikolojik semptomlarla ilişki saptanamamasına rağmen unutkanlıkla aralarında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmıştır (116).Bu farklılıklar bu çalışmada semptom yelpazesinin daha dar olmasıyla açıklanabilmektedir. Kıroğlu'nun 2005 yılındaki çalışmasında menopoz tutumları ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamış buna karşın menopoz tutum ölçeğinde gelir dağılımı yüksek olanların daha yüksek puan aldıkları vurgulanmıştır (78).

Aile gelir durumu kötü olan kadınların sağlık hizmetlerinden aile gelirdurumu daha iyi olan kadınlara göre daha az faydalanmaları menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşamalarının nedenlerinden biri olabilir. Yapılanbazı çalışmalarda da aile gelir durumu düşük olan kadınlarda menopozsemptomlarının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (117, 77).

1990 yılında Ballinger'in ve 2007 yılında Yurdakul ve ark.'nın çalışmasında ise aylık gelir düzeyi düşük olan kadınlarda menopoz semptomlarının daha sık olduğu saptanmıştır (118,119).

Sigara içen kadınlarda kanda östrojen seviyesinin içmeyenlere göre daha düşük olduğu bilinmektedir. Daha düşük östrojen seviyelerinin ise menopozal semptomların daha şiddetli olmasına neden olması beklenebilir(120).Im ve arkadaşlarının (117) yaptıkları bir çalışmada menopozsemptomlarının daha önce sigara içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre dahasık görüldüğü tespit edilmiştir.

Sigaranın depresif etkileri ile ilişkili olarak hipoaktif cinsel istek bozukluklarını tetikleyici ve arttırıcı etkileri bilinmektedir (122).

Oysa bazı çalışmalarda sigara içme ilemenopoz semptomları arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmektedir (114,77, 121).

Çalışmamız da literatürle uyumlu olarak sigara içenlerle içmeyenler arasında menopoz semptomları değerlendirme ölçeği ve menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği açısından bir farklılık bulunamamıştır. Ancak sigara içen kadınlarda östrojenseviyesinin menopoz öncesin dönemdede düşük olmasından dolayı menopozalöstrojen seviyesinde ani bir düşüşün olmamasına ve menopozalsemptomlarda sigara içenlerle içmeyenler arasında bir fark tespit edilememesinin nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda MSDÖ toplam puanı ve somatik, psikolojik ve ürogenital alt boyut toplam puanı ve kadınların çalışma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ayrıca MÖYKÖ psikosoyal, fiziksel ve cinsel alt boyut toplam puanı ve kadınların çalışma durumu arasında da istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ancak MÖYKÖ vazomotor alt boyut puanında istatiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ev hanımı, emekli grubunda yeralan çalışmayan kadınların vazomotor ölçek puanlarının, çalışan hastalardan yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Yapılan çalışmalar kadınların çalışma hayatı içinde yer almasının menopozal semptomların azalmasını sağlarken, kadınların yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (123).

Evlice'nin 2002 yılında yaptığı çalışmada ev yaşamı dışında başka bir aktivitesi olmayan kadınların menopoz dönemini daha sorunlu geçirdikleri belirtilmektedir (124).

Schinder'in 1987 yılında yaptığı araştırmasında menopoza girmiş ve çalışmakta olan kadınların daha özgüvenli ve psikolojik olarak daha güçlü olduğu söylenmektedir (125).

Ergin'in araştırmasında kadınların bir işle uğraşma durumları incelendiğinde bir işle uğraşmayan kadınların somatik ve psikolojik yakınmalarının şiddetinin daha fazla olduğu saptanmıştır (96).Bal, yapmış olduğu çalışmada çalışmayan kadınların somatik ve psikolojik yakınmalarının artış gösterdiğini ifade etmiştir (15).

Huszla ve ark. çalışan kadınlarda fiziksel fonksiyonlar ve günlük aktivite gibi yaşam kalitesi göstergelerinin olumlu yönde etkilendiğini ifade etmişlerdir(126).

Yapılan çalışmalarda, menopozal dönemde kendileri için bir uğraşı edinen kadınların sosyal yaşamda daha fazla yer aldığı ve dikkatlerini yaşadıkları menopozal yakınmalar dışındaki alanlara yöneltme şansları olduğundan daha az sıkıntı yaşadıkları ifade edilmiştir. Ayrıca çalışan kadınların ekonomik bağımsızlıklarının olması ve aile üyelerine daha az bağımlı olmalarının, menopozal yakınma şiddetini azaltmada etkili

olduğu düşünülmektedir. Kıroğlu'nun 2005 yılında yaptığı çalışmasında çalışma durumu ile menopoz semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(78).

Farklı çalışmalarda ortaya çıkan farklı sonuçlar da toplumların ve örneklemlerin sosyokültürel ve ekonomik bakış açılarının farklılığına bağlanmıştır.

Çalışmamızda MSDÖ toplam puanı ve somatik, psikolojik ve ürogenital alt boyut toplam puanı ve kadınların eğitim durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ayrıca MÖYKÖ psikosoyal, fiziksel,vazomotor ve cinsel alt boyut toplam puanı ve kadınların eğitim durumu arasında da istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır Valadares ve ark.'larının yapmış olduğu bir çalışmada, eğitimli ve çalışan kadınların menopoz semptomlarıyla daha kolay başa çıktıkları ve buna bağlı olarak da cinsel isteklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (127).Kakkar ve ark.'ları çalışan kadınların psikolojik semptomlarının daha fazla olduğunu, çalışmayan kadınların ise somatik semptomlarının daha fazla olduğunu saptamıştır. Eğitimli kadınlar menopoz döneminde daha düşük psikolojik ve somatik belirtiler göstermiştir. (128).1994 yılında Uçanok'un çalışmasına göre eğitim düzeyi ile menopoza ilişkin tutumlar arasında anlamlılık olduğu bulunmuş, yüksekokul mezunu kadınların menopoza ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (89).

2008 yılında Koç ve Sağlam'ın ve 2007 yılında Karaçam ve Şeker'in çalışmasına göre ilkokul mezunu olan kadınlarda menopoz semptomlarının anlamlı olarak daha fazla görüldüğü bulgusuna ulaşılmıştır (116,77).

Çoban ve ark.'nın 2008 yılında yaptığı çalışmasında eğitim durumu ortaokul üzerinde olanların menopoz belirtilerinin daha az olduğu saptanmıştır (13).

Varma ve ark. 2006 yılındaki çalışmasında benzer sonuçlar elde edilmiş eğitim yılı arttıkça menopoz semptomlarının azaldığı belirtilmiştir (102). Uptan 1999 yılındaki çalışması ve Oskay 1995 yılındaki çalışmalarında eğitim düzeyi düştükçe kadınların menopozla ilgili bilgi alma davranışlarının gelenekselleştiği saptanmıştır. (129,130).

Bu bilgilerden yola çıkarak kadınların öğrenim düzeyi arttıkça daha sağlıklı bilgiye ulaşabildikleri buna bağlı olarak da menopozla baş etmede daha hazırlıklı oldukları yorumu yapılabilir. Buna karşın bizim çalışmamıza benzer şekilde Gannon ve Ekstrom'un 1993 yılında yaptıkları erkekleri de içeren ve geniş bir yaş aralığını öne alan çalışmada eğitimin tutumlar üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (131). Bu farklılık örneklemin boyutunun genişliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Menopozal dönem aynı zamanda kadınlarda çok sayıda kronik hastalığın da ortaya çıktığı bir süreçtir.2018'de Tümer ve ark.(90) tarafından yapılan kesitsel çalışmada regresyon analizi sonucu menopozal semptom şiddetini belirleyen ikinci en önemli risk faktörünün kronik hastalık varlığı olduğunu bildirmiştir. Kronik hastalığın neden olduğu semptomlar ve komplikasyonların, bireylerin yaşadığı menopozal semptomları artırabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak kadının fonksiyonel kapasitesi azalmakta ve yaşam kalitesi negatif yönde etkilenmektedir (132).

Menopoz ve yaşlanma beraber ilerleyen bir süreç olduğundan yaşlanmaya bağlı olarak kronik hastalık insidansında yükselme olması da doğal ve beklenen bir süreçtir. Çalışmamızdaki kadınların %65'inde en az bir tane kronik hastalığa rastlanmıştır .Kronik hastalık varlığı ile MSDÖ ürojinekolojik, MÖYKÖ vazomotor, MÖYKÖ psikososyal ve MÖYKÖ cinsel ölçek alt boyutları puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken , hastalardan kronik hastalıkları olanların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutlarının puanları, kronik hastalığı olmayan hastalardan puan olarak yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Bazen kadınlarda kronik hastalıklardan kaynaklanan semptomlar ile östrojen yetersizliğinden kaynaklanan semptomları ayırtetmek oldukça zor olabilir. Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlararasında menopoz semptomlarının daha fazla görüldüğünü bildiren çoksayıda çalışma vardır (33, 117, 121, 133).

Kıroğlu'nun 2005 yılındaki çalışmasında kronik hastalığı olanlarda menopoz semptomlarının iki kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (78).

2008 yılına Çoban ve ark.'nın,2018 yılında Tümer ve Kartal'ın ve 2010 ylında Lerner-Geva ve ark.'nın da yaptığı çalışmalarda herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlarda menopoz belirtilerinin daha sık görüldüğü belirtilmektedir (90,13,133).

Araştırmada menopoz süresi ve MSDÖ toplam puanı, psikolojik ve somatik alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Menopoz süresi ve MÖYKÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak Fallahzadeh İranlı kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada 5 yıl ve daha az süredir menopozda olan kadınların psikososyal, fiziksel ve seksüel yönden 5 yıl üstü menopozda olan kadınlara göre daha düşük değerleresahip olduğunu belirtmiştir (104).

Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı araştırmada toplumda cerrahi olarak menopoza giren kadınların yüzdesi % 8.1-% 19.1 aralığındadır (134).Çalışmamızda doğal menopoza giren kadınların oranı %92,7 (n=291) iken cerrahi olarak menopoza giren kadınların oranı % 7,3(n=23) olarak hesaplanmıştır. Yapılan kesitsel prospektif bir çalışmada cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda doğal menopoza giren kadınlara oranla daha fazla sıcak basması ve ruh hali dalgalanması yaşadıkları tespit edilmiştir (135).

Pearce J ve ark. ve Bachmann GA ve ark. (136, 137) iki grup arasında sıcak basması yüzdelerinde benzer anlamlı bir fark bildirmiştir ve sıcak basması semptomunun cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda daha uzun süre devam ettiği ve semptomların daha şiddetli olduğu sonucuna varmıştır.

Nachtigall ve ark. (138) cerrahi yolla menopoza giren 30 kadının % 100'ünde vazomotor semptom ve % 90'ında ise menopozdan ortalama 8.5 yıl sonra devam eden ciddi semptomlar olduğunu bildirmiştir. Naik R ve ark. (139) da cerrahi menopozlu kadınlarda doğal menopozlu kadınlara göre daha yüksek sıcak basması oranı ve ruh hali dalgalanmaları ve genitoüriner semptomlar tespit etmişlerdir. Çalıkan ve arkadaşları tarafından yapılan kesitsel başka bir çalışmada, cerrahi menopoza giren olguların yaşam kalitesi, menopozal geçiş dönemindeki ve spontan menopoza giren olguların yaşam kalitesi ile benzer bulunmuştur (140).Varma (141)'nın çalışmasında cerrahi menopoza giren kadınların doğal menopoza giren kadınlara göre cinsel yaşamlarında daha fazla sorun yaşadıkları ve bu alanda yaşam kalitelerinin daha zayıf olduğu tespit edilmiştir. Histerektomi operasyonunaooferektomi eklenmesinin getireceği menopozal ani yakınmalar elbette hastanın yaşam kalitesinde düşmeye neden olacaktır(142).Her ne kadar yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olsa da histerektomiye BSO operasyonun eklenmesinin over kanser riskinin azaldığı bilinmektedir(143). Çalışmamızda menopoza giriş şekli ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında ilişki tespit edilmemiştir. Bu sonucun literatürü destekler yönde olmamasının nedeni, çalışmamızda cerrahi yol ile menopoza giren olgu sayısının düşük olması olabilir. Bu oran belirttiğimizden daha düşük bir oran bile olabilir. Çünkü katılımcılarımızın bazıları tek başına histerektomiyi de cerrahi menopoz olarak bildirmiş olabilir. Çünkü kadınların çoğunluğu over fonksiyonundan bağımsız olarak histerektomi operasyonu ile sonlanan menstruasyonu menopoz olarak yorumlamaktadır bir diğer neden ise hastaların

cerrahiden sonra girecekleri menopoza dönem hakkında bilgilendirilmiş olmalarına, cerrahi yöntemin ileriki yıllarda over kanserinden koruyucu etkisinin anlatılması bağlı olabilir. Çalışmamızda menopoza girme şekli ile menopoz semptomları açısından fark görülmemesinin nedenlerinden biri cerrahi menopoz sonrası HRT'nin kullanılması ile hormon seviyelerindeki ani düşüşün etkilerinin görülmemesi olabilir Diğer olası nedenin ise hastaların histerektomi operasyonu geçirmelerinin nedeni olan organik patolojinin ortadan kalkması ve bu patolojiye bağlı gelişen morbiditelerin iyileşmesine bağlı olarak düşünülebilinir. Kadınlarda myoma uterinin semptomatik olması halinde yarattığı pelvik bası semptomları ve anormal kanamalar nedeni ile yaşam kalitesi ve cinsel yaşam kalitesindeolumsuz etkileri olduğu bilinmektedir(144).Uzun ve arkadaşları myoma uteri nedeni ilehisterektomi operasyonu yapılan kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel yaşamkalitesinde iyileşme olduğunu saptamıştır(145)

Rhodes ve arkadaşları tarafından postoperatif 2 yıl takip ettikleri histerektomi yapılan hastalarda cinsel yaşam kalitesinde bariz artış olduğunu göstermişlerdir(146). Ancak menopoz ile beraber cinsel yaşam kalitesinde ve menopoz semptomlarında anlamlı bozulma olmadığını belirtenyayınlarda mevcuttur. (147, 102).

Danacı ve arkadaşları menopoz ile cinsel yaşam kalitesindeanlamlı azalma olmadığını göstermişlerdir(148).Doğal nedenle menopoza giren kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel yaşamkalitesinin önceki dönemlere göre azalmış olduğu bilinmektedir(119).Cerrahi menopoza bağlı olarak cinsel işlevde azalmanın nedenlerinden biriolarak overlerin çıkarılmasına bağlı androjen miktarında ani azalma olduğubelirtilmiş ve bu nedenle cerrahi menapozda cinsel işlev bozukluğunun doğalmenopoza giren hastalara göre daha çok olduğu gösterilmiştir(149).

Menopoz kadınların hayatında önemli bir süreçtir. Kadınların bu dönemde cinsel istekte değişme, vücutta meydana gelen değişimler nedenıyle sık sık doktora başvurabilir. Çalışmamıza katılan kadınlar %85,4 menopoz sonrası doktora başvurduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların kontrol amaçlı kadın uzmanına başvurma durumları ile MSDÖ somatik, MSDÖ ürojinekolojik ve MÖYKÖ cinsel ölçek boyutları ile arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvurmayan hastaların MSDÖ psikolojik puanları, MSDÖ toplam puanları, MÖYKÖ vazomotor puanları, MÖYKÖ fiziksel ve MÖYKÖ cinsel ölçek puanları kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvuran hastalardan yüksek olması

istatistiksel açıdan anlamlı bulundu . Uçanok'un 1994 yılında yaptığı çalışmasına göre de menopoz sonrası kliniğe başvurular anlamlı olarak yüksektir (89).

Kadınların yaşadıkları toplumun menopoza karşı olumsuz tutumunun ve kadınların kendi olumsuz tutumlarının menopozal semptomların şiddetini arttırdığı gösterilmiştir (150, 151-92).

Türkiye'de ve Dünya'da yapılan birçok çalışmada, menopozal dönemdeki bireylerin çoğunluğunun menopoza karşı olumsuz bir algıya sahip oldukları tespit edilmiştir (152-153).

Literatürdeki pek çok çalışmada menopoza yönelik negatif tutumlar ne kadar yüksekse, fiziksel, sosyal, psikolojik, bilişsel ve ürogenital açıdan menopozal semptomların şiddetinin de bir o kadar yüksek tespit edildiği bildirilmiştir. (154, 155).

Genel olarak menopoza yönelik olumsuz tutumların menopozalsemptomların daha şiddetli ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Fakat menopozal semptomların daha şiddetli olması kadınların menopozayönelik daha olumsuz tutumlar geliştirmelerine de neden olabilir. Diğer yandan Tayland, Çin ve Hindistan'da kadınların, menopozal dönemde kendilerini rahatlamış ve bağımsız hissettikleri; menopozal dönemde sosyal statülerinin yükseldiği ve dolayısı ile menopoza karşı tutumlarının pozitif yönlü olduğu bildirilmiştir (156).Yapılan kesitsel çalışmalarda menopoza karşı daha olumlu tutuma sahip olan kadınların menopoz semptom şiddetlerinin daha düşük ve genel sağlık durumlarının daha iyi dolayısıyla genel yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir (152, 157).

Bizim çalışmamızdaki bireylerin menopozu algılama durumlarına baktığımızda bireylerin %48,7 menopozu doğal normal bir süreç ,%19,1 kadınlık özelliğinin kaybolması ,%32,2 yaşlandığını hissetme olarak yanıtlamışlardır. Hastaların menopozla ilgili algı durumları ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken, MSDÖ ürojinekolojik puan ve MSDÖ cinsel ölçek puanları ile aralarındaki gözlenen farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. MSDÖ Ürojinekolojik ölçek boyutunda; hastalardan kadınlık özelliğinin yok olması görüşünde olanların puan ortalamaları, yaşlandığını hissetme görüşüne hakim olan kadınların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. MÖYKÖ Cinsel ölçek boyutunda;

hastalardan kadınlık özelliğinin yok olması görüşünde olanların puan ortalamaları, doğal normal bir süreç görüşünde olanlardan ve yaşlandığını hissetme görüşünde olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Ayrıca doğal normal bir süreç düşüncesinde olan kadınların puan ortalamaları, yaşlandığını hissetme düşüncesinde yer alan hastaların puan ortalamalarından da istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde menopozla ilgili olumsuz duygu durumunda olan hastaların bazı ölçek alt boyutlarında puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır bu kadınlar menopozal semptomları daha şiddetli yaşamaktadırlar. Yapılan bazı çalışmalarda ise menopozal tutum ilemenopozal semptomların şiddeti arasında bir ilişki bulunamadığıbildirilmiştir (158, 159).

Hormon Replasman Tedavisinin endikasyonları, yan etkileri ve uzunvadedeki etkileri hala tartışmalı olmakla birlikte HRT, menopozal dönemdegörülen vajinal kuruluk, sıcak basması, ve bazı psikolojik şikayetlerintedavisinde kullanılan etkili yöntemlerden biridir. Çalışmamıza katılanların %23,6 menopoz için tedavi aldığını ifade etmiştir tedavi alanlarında %82,4'ü ilaç tedavisi (HRT) aldığını ifade etmiştir. Katılımcılardan menopoz için tedavi alanların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutlarının puan ortalamaları, menopoz için tedavi almayan hastaların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun (106) yaptıklarıçalışmada da HRT alanlar ile almayanlar arasında menopoz semptomlarıaçısından bir fark bulunamadığını tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Lerner-Geva ve arkadaşları (133) ile Schwarz ve arkadaşlarının (121)yaptıkları çalışmalarda ise HRTkullanan kadınlarda menopoz semptomlarının daha sık görüldüğü raporedilmiştir. Kadınların menopozal semptomları sık ve şiddetli yaşadığı için için ilaç tedavisine başladığı öngörülebilir.

Kadınların menopoz hakkında doğru bilgilere sahip olmaları; menopozal dönem ile ilgili gerçekçi beklentilere sahip olmalarına vemenopozal semptomların tedavi seçenekleri arasında daha doğru tercihyapmalarına yardımcı olabilir (160).

Çalışmamıza katılanların menopozla bilgi edinme yerine bakıldığında %43,6'sı çevresinden ,%33,8 sağlık personelinden %15,6'sı TV ,%7 internetten bilgi aldığını ifade etmiştir. Kadınlar arasında menopoz bilgi düzeyiile ilgili yapılan çok sayıda

çalışma olmasına rağmen bilgi düzeyi ile menopozsemptomlarının şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar oldukçaaz sayıdadır. Hastaların menopoz hakkındaki bilgilerini nasıl edindiği ile MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmazken, MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MÖYKÖ vazomotor puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek boyutları ile aralarındaki gözlenen farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. MSDÖ Psikolojik ölçek boyutunda; menopoz hakkında internet üzerinden bilgi sahibi olanların puan ortalamalarının, çevre ve sağlık personelinden bilgi edinme ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. MSDÖ Ürojinekolojik ölçek boyutunda; menopoz hakkında çevresinden bilgi sahibi olan hastaların puan ortalamalarının internet üzerinden bilgi edinen kadınların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu. MÖYKÖ Vazomotor ölçek boyutunda; menopoz hakkında internet üzerinden bilgi sahibi olan hastaların puan ortalamalarının, çevresinden bilgi edinenlerin puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. MÖYKÖ Cinsel ölçek boyutunda; menopoz hakkında çevresinden bilgi edinenlerin puan ortalamalarının, sağlık personeli ve internet üzerinden bilgi sahibi olanların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu. Kwak vearkadaşlarının (158) yaptıkları bir çalışma menopoz bilgi düzeyi ile menopozsemptomları şiddeti arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.

Literatüre baktığımızda menopozal dönemdeki kadınlarda hormonal dalgalanmalardan dolayı depresyon, anksiyete, obsesyon, kişiler arası duyarlılık ve psikotizm gibi problemlerin yaygın olarak yaşandığı görülmektedir (264-265). Yaşın ilerlemesinden kaynaklanan toplumsal beklentiler ve rol değişiklikleri, kadınlarda artan depresyon düzeyine katkıda bulunabilir (88).

Menopozal geçiş sürecinin bireylerde depresyon gelişimi için bir risk faktörü olup olmadığı konusunda farklı görüşler olmasıyla birlikte menopozal geçiş ve depresif semptomların klinik ve epidemiyolojik araştırmaları küçük gruplu, kısa takipli ve limitli analitik yaklaşımlarla sınırlandırılmıştır (39,161).

Perimenopozal kadınlarda depresyon ile vazomotor semptomlar arasında kuvvetli bir ilişki olduğu ve vazomotor semptom şiddetinin depresyon semptomları için

risk faktörü olduğunu belirten bir çok çalışma yapılmış ve vazomotor semptomu olan kadınlarda olmayan kadınlara göre 4 kat daha fazla depresyon riski olduğu ifade edilmiştir (162, 163).Taşkıran ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça somatik, psikolojik ve ürogenital olmak üzere tüm semptom kategorileri skorlarında anlamlı derecede artış görülmüştür. Buna paralel olarak depresyon şiddeti arttıkça bireylerin yaşam kalitesinin psikososyal, vazomotor, fiziksel ve cinsel olmak üzere tüm alt boyutlarının da anlamlı olarak etkilendiği tespit edilmiştir(164).

Chim ve ark.'nın Singapurlu 495 kadın arasında yapmış olduğu çalışmada vazomotor ve depresyon semptomlar arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (114).

Bizim çalışmamıza baktığımızda bireylerin MSDÖ psikolojik puan düzeyleri arttıkça MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikosoyal puan, MÖYKÖ fiziksel puan, MÖYKÖ cinsel puan olmak üzere tüm semptom kategorileri skorlarında anlamlı düzeyde artış görülmüştür. Genel olarak semptom artışı psikolojık puanlarda artışa neden olmuştur,Mevcut olan psikolojık şikayetlerın mi semptomlara yatkınlığı artırdığı veya semptomların mı psikolojik şikayetlerde artışa neden olduğunu belirlemek net değildir.

Yapılan çeşitli çalışamalarda menopoza geçiş dönemi ve erken postmenopozal dönem semptomlarının uyku bozuklukları, sıcak basmaları ve depresyon gibi semptomların beraber başladığını göstermektedir (165).

Woods ve ark. ve Lentz ve ark. (166, 167) sağlıklı orta yaşlı kadınlarda uyku yoksunluğunun ağrı eşiğinin düşmesine neden olduğunu ve ayrıca disforik ruh halini ve somatik semptomları tetiklediğini ifade etmiştir. Bugüne kadar yapılmış olan birçok çalışmada menopozda uykusuzluk prevalansının arttığı gösterilmiştir (168-169).

Uyku semptomları, temel olarak hormonal değişikliklerin neden olduğu vazomotor semptomlardan ortaya çıkmaktadır. Kronik uyku semptomları, vazomotor şikayetleri olan kadınların % 81'inden daha fazlasında tespit edilmiştir (170).Amerika genelinde yapılan bir kohort çalışmasında orta yaşlı 12.603 kadında uyku ve vazomotor semptomları değerlendirilmiş ve vazomotor semptom faktörünün uyku semptomu riskini 1.99 kat artırdığını bulmuştur (1.81-2.19 ile %95 güven aralığı) (58).Menopoz semptomları arasında en sık gözlenen ve en kadınları en fazla rahatsız eden

semptomlardan ikisi vazomotor değişiklikler ve uykusuzluk-yorgunluk olarak ifade edilmiştir (171, 172).

Östrojen, uykuya geçiş dönemini kolaylaştıran ve uykunun hızlı göz hareketleri anlamına gelen Rapid Eye Moment (REM) dönemini süre olarak arttıran bir hormondur. Bu nedenle postmenopozal kadınlarda uykuya geçiş süresi uzadığı gibi, uyku REM fazı süresi kısalır ve kadın kendini yorgun hissederek uyanır (173).

Yaşam kalitesinin sosyal alt boyutunu ele alacak olursak, menopozal geçişteki özellikle vazomotor semptomlar sosyal hayatta ve iş hayatında bozulmaya ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir ve bu da bireylerin genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir(7).

Çalışmamızda da MÖYKÖ vazomotor puan ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖ toplam puan arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Bizim çalışmamıza benzer şekilde Ergin'in yapmış olduğu çalışmada MSDÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında menopozal dönemdeki kadınların somatik yakınmaları arttıkça ürogenital ve psikolojik yakınmalarında arttığı, menopozal dönemdeki kadınların ürogenital yakınmalarının psikolojik yakınmaları da beraberinde arttırdığı belirlenmiştir (96). Güler 'in çalışmasında da somatik şikâyetler ve psikolojik şikâyetler arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (72).

Dündar Nacar'ın çalışmasında somatik şikayetler alt boyut puanı ile ürogenital şikayetler alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon mevcuttur. Psikolojik şikayetler alt boyut puanı ile ürogenital şikayetler alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon mevcuttur(95).

Bizim çalışmamızda da MSDÖ ürojinekolojik puan ile MÖYKÖ vazomotor puan ölçek boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenirken MÖYKÖ psikososyal ölçek boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlendi. MÖYKÖ cinsel ölçek boyutu ile MSDÖ ürojinekolojik ölçek boyutları ile pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi.

Bizim çalışmamızda MSDÖ ve MÖYKÖ tüm ölçek alt boyutları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Bu da göstermektedir ki menopoz semptomları birbirinden bağımsız değildir ve semptomlar yenı semptomların ortaya cıkmasını tetikleyebilir veya kişilerin semptomlara olan duyarlılıklarını artırabilir.

5. SONUÇ

S.B.Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran menopozal dönemdeki kadınlarda hangi semptomların daha sık görüldüğü ve bu semptomların yaşam kalitesi üzerine ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

Katılımcılar yaş ortalamasına göre iki grup haline getirildi. 53 yaş ve altında olanların MÖYKÖ vazomotor ölçek puanları, 53 yaş üzerinde olan hastalardan yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Katılımcılar medeni durumuna göre incelendiğinde MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MSDÖ psikososyal puan, MÖYKÖ fiziksel puan evli olmayan hastaların puan ortalamalarının, evli olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu, ayrıca MÖYKÖ cinsel ölçek alt boyutunda evli olanların puan ortalamasının evli olmayanlardan yüksek olması istatiksel açıdan anlamlı bulundu.

Katılımcıların gelir düzeyi, sigara kullanma durumları ve eğitim durumlarıyla çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Çalışmayan kadınların MÖYKÖ vazomotor ölçek puanlarının ortalaması, çalışan kadınlardan yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Çekirdek aile grubunda yer alan hastaların MSDÖ ürojinekolojik, MÖYKÖ vazomotor ve MÖYKÖ cinsel ölçek boyutlarının puanlarının ortalaması, geniş aile grubunda yer alan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu saptandı. Kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvurmayan kadınların MSDÖ psikolojik puanları, MSDÖ toplam puanları, MÖYKÖ vazomotor puanları, MÖYKÖ fiziksel ve MÖYKÖ cinsel ölçek alt boyutlarının puanlarının ortalaması kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvuran hastalardan yüksek olması anlamlıydı. Hastalardan kronik hastalıkları olanların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek alt boyutlarının puan ortalaması, kronik hastalığı olmayan hastalardan puan ortalaması olarak yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Evliliklerinden mutsuz olanların MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan ve MSDÖ toplam puan ölçek alt boyutlarında puan ortalaması anlamlı derecede evliliklerinden mutlu olanlardan daha yüksekti. Evliliklerinden mutsuz olan hastaların MÖYKÖ vazomotor ölçek boyutunda ve MÖYKÖ psikososyalölçek boyutunda puan ortalamaları diğer kadınlardan anlamlı derecede daha yüksekti. Evliliklerinden mutlu olan hastaların MÖYKÖ fiziksel ölçek boyutunda puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı derece daha düşük olduğu tespit edildi.

Menopoz şikayeti için doktora başvuran kadınların MSDÖ ürojinekolojik ve MÖYKÖ cinsel ölçek alt boyutları puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı derecede yüksektir.

Menopozu kadınlık özelliğinin yok olması diye algılayan kadınların MSDÖ Ürojinekolojik ölçek alt boyutunda puan ortalamaları yaşlandığını hissetmek görüşünde olanlardan anlamlı derecede daha yüksekti. Menopozu kadınlık özelliğinin yok olması olarak algılayan kadınların MÖYKÖ Cinsel ölçek boyutunda puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı derecede daha yüksekti.

Menopoz hakkında internet üzerinden bilgi sahibi olan kadınların MSDÖ Psikolojik ölçek boyutunda puan ortalamaları çevre ve sağlık personelinden bilgi edinenlerden anlamlı derecede daha yüksekti. Menopoz hakkında çevresinden bilgi sahibi olan hastaların MSDÖ ürojinekolojik ölçek boyutunda puan ortalamaları internet üzerinden bilgi edinenlerden anlamlı derecede daha yüksekti. Menopoz hakkında internet üzerinden bilgi sahibi olan hastaların MÖYKÖ vazomotor ölçek boyutunda puan ortalamaları çevresinden bilgi edinenlerden anlamlı derecede daha yüksekti. Menopoz hakkında çevresinden bilgi edinenlerin MÖYKÖ cinsel ölçek boyutunda puan ortalamalarının sağlık personeli ve internetten bilgi edinenlerden anlamlı derecede daha yüksekti.

Menopoz için tedavi alan kadınların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutlarının puan ortalamaları, menopoz için tedavi almayan hastaların puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Menopozdan sonra eşleriyle olan ilişkilerinin etkilendiği ifade eden kadınların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖ

toplam puan, MÖYKÖ fiziksel puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek boyutlarının puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı derecede yüksekti.

Menopozdan hiçbir şekilde etkilenmediğini ifade eden kadınların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan, MÖYKÖ fiziksel puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek alt boyutlarının puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı dercede daha yüksekti.

Menopozdan psikolojik açıdan etkilenen kadınların MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek alt boyutlarındaki puan ortalamalarının, menopozdan fiziksel açıdan etkilenenlerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu. MÖYKÖ vazomotor ölçek boyutunda fiziksel ve psikolojik açıdan etkilediğini belirten kadınların puan ortalamaları, fiziksel açıdan etkilendiğini belirten kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Menopozdan sonra vücudunda sebebini bilmediği ağrı hisseden kadınların MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ ürojinekolojik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan, MÖYKÖ fiziksel puan ve MÖYKÖ cinsel puan ölçek boyutlarının puan ortalamalarının diğerlerinden anlamlı derecede daha yüksekti.

Hastaların menopoza girme yaşı ile MÖYKÖ cinsel puan ölçek boyutu puan ortalamaları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlendi. Medeni durum açısından hastalar MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutları ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenirken, MÖYKÖ cinsel ölçek puan ortalaması ile ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların evlenme yaşları ile MSDÖ somatik puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ vazomotor puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutları puan ortalaması ile ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi.

Hastaların menopoza girme süresi ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan ve MSDÖ toplam puan boyutlarıyla aralarında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Menopoz için tedavi alma durumu ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik

puan, MSDÖ toplam puan, MÖYKÖ psikososyal puan ve MÖYKÖ fiziksel puan ölçek boyutlarıyla aralarında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi.

MÖYKÖ vazomotor ölçek boyutu ile MSDÖ ürojinekolojik ölçek boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenirken, MSDÖ psikolojik, MSDÖ somatik ve MSDÖ toplam puan ölçeği alt boyutları ile aralarında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi. MÖYKÖ psikososyal ölçek boyutu ile MSDÖ psikolojik puan ve MSDÖ ürojinekolojik puan ölçek boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenirken, MSDÖ somatik puan ve MSDÖ toplam puan boyutlarında ise pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu saptandı. MÖYKÖ fiziksel ölçek boyutu ile MSDÖ ürojinekolojik puan ölçek boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gözlenirken, MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan ve MSDÖ toplam puan boyutlarında ise pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu tespit edildi. MÖYKÖ cinsel ölçek boyutu ile MSDÖ psikolojik puan, MSDÖ somatik puan ve MSDÖ toplam puan ölçek boyutları ile aralarında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptanırken, MSDÖ ürojinekolojik ölçek boyutları ile pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi.

Menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu belirlenen risk faktörlerinden menopozu algılama şekli, sigara içimi değiştirilebilir risk faktörleri; kronik hastalık varlığı, gebelik sayısı ve psikolojik durumun göreceli değiştirilebilir risk faktörleri ve medeni durumun ise değiştirilemez risk faktörü olduğu söylenebilir. Dolayısıyla özellikle değiştirilebilir ve göreceli değiştirilebilir risk faktörlerini detaylı olarak ele alan menopoza yönelik bilgilendirme ve eğitim programları tüm kadınlara tedavinin ilk aşamasında sunulmalıdır. Bu konuda Aile Hekimleri hastalarla uzun süreli temas kurduğu için avantajlı durumdadır. Kadınlara yönelik menopoz dönemi ve semptomları için farkındalığı artırmak adına eğitim çalışmaları yapılmalı ve bu amaçla seminer, kurs ve konferans gibi eğitim etkinlikleri düzenlenmelidir. Menopozal semptomların ve menopoza özgü yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde belirlenen risk faktörlerini ele alanbireysel program oluşturmak önemlidir. Bu risk faktörlerine yönelik Aile Hekimliği yaklaşımları bütüncül bir şekilde göz önünde bulundurulmalı ve her kadına özel optimal bir program oluşturulmalıdır.

6. KAYNAKÇA

1. Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause. Soc. Sci Med 2006;62:93-102.
2. Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). Menopause 2001;8:402-7.
3. Notelovitz, M., Optimizing women's health: Adult women's health & medicine, Climacteric, 2005; 205-209p.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, 2014.
5. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best Practice &Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2009;23(1):25-32.
6. Twiss JJ, Wegner J, Hunter M, Kelsay M, Rathe-Hart M, Salado W. Perimenopausal symptoms, quality of life, and health behaviors in users and nonusers of hormone therapy. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2007;19(11):602-13
7. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:47.
8. Mujahid S, Siddiqui AA, Hussain R. Awareness of Menopausal Symptoms Among Young Pakistani Women of Different Educational Backgrounds. South Asian Federation of Menopause Societies 2013;1:18- 20.
9. Thurston R, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. Obstet Gynecol Clin North Am 2011;38:489-501.
10. Thomas SE. Menopause knowledge and attitudes of English speaking Caribbean women: implication for health education. Californian J Health Promotion 2005;3:167-76.
11. Yanıkkerem E, Oruç Koltan S, Göker Tamay A, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. Climacteric 2012;15:552-62.
12. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. Aile ve Toplum Dergisi 2002;2:5-12.
13. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz U. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2008;22:343-49
14. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction:definition sandclassifications. J Urol 2000;163:888-93.

15. Bal DM. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2011.
16. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 1996;866:1-107.
17. CEYLAN B, Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi,Eskişehir 2010.
18. Rodríguez-Landa JF, Cueto-Escobedo J. Introductory Chapter: A Multidisciplinary Look at Menopause. A Multidisciplinary Look at Menopause2017
19.DEMİRKOL N, Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi,Şanlıurfa 2008.
20. AYDEMİR Hİ, Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne 2007
21. Şimşek YÖ. Kadının sağlıklı yaşam rehberi, 3.Baskı. İstanbul, Mozaik Yayınları, 2005:58-66.
22. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013:1.
23. GÜNGÖR L. Elazığ Yeni Mah. Eğitim ve Araştırma Sağlı Ocağı Bölgesinde Yaşayan 45 Yaş ve Üstü Kadınların Menopoz Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ 2003.
24. Görgel BE, Çakıroğlu PF. Menopoz döneminde kadın.http://kitaplar.ankara.edu.tr /dosyalar/ pdf/007.pdf 21.11.2019
25. ÇELİKKANAT Ş, 40 Yaş Üstü Kadınların Menopoz ve Osteoporoza İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2012.
26. Orshan AS. Maternity, Newborn, And Women's Health Nursing: Comprehensive Care Across The Lifespan. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008:983-1041.
27. Burger HG, Hale GE, Dennerstein L, Robertson DM. Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. Menopause (New York, NY). 2008;15(4 Pt 1):603-12.
28. Santoro N, Lasley B, McConnell D, Allsworth J, Crawford S, Gold EB et al. 2004. “Body Size and Ethnicity Are Associated with Menstrual Cycle Alterations in Women in the Early Menopausal Transition: The Study of Women’s Health across the Nation (SWAN) Daily Hormone Study.” The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 89 (6).Oxford University Press: 2622–31.
29. Santoro N, Adel T, Skurnick JH. Decreased inhibin tone and increased activin A secretion characterize reproductive aging in women. Fertility and sterility. 1999;71(4):658-62
30.NIH State-of-the-Science Conference Statement on management of menopause-related symptoms. NIH consensus and state-of-the-science statements. 2005;22(1):1-38

31. de Vet A, Laven JS, de Jong FH, Themmen AP, Fauser BC. Antimullerian hormone serum levels: a putative marker for ovarian aging. Fertility and sterility. 2002;77(2):357-62.
32. Dinçer Cengiz S, Çağlar GS, Yüce E. Menopoz-Multidisipliner Yaklaşım: Modern Tıp Kitabevi; 2016. 1-8 p.
33. İnceboz Ü, Demirci H, Özbaşaran F, Çoban A, Nehir S. Factors Affecting the Quality of Life in Climacteric Women in Manisa Region. Balkan Medical Journal. 2010;27(2): 111-6.
34. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. Nature reviews Endocrinology. 2018;14(4):199-215
35. Genazzani AR, Spinetti A, Gallo R, Bernardi F. Menopause and the central nervous system: intervention options. Maturitas. 1999;31(2):103-10.
36. Archer D, Sturdee D, Baber R, De Villiers T, Pines A, Freedman R, et al. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? Climacteric: the journal of the International Menopause Society.2011;14(5):515-28.
37. Kravitz HM, Zheng H, Bromberger JT, Buysse DJ, Owens J, Hall MH. An Actigraphy Study of Sleep and Pain in Midlife Women – The SWAN Sleep Study. Menopause (New York, NY). 2015;22(7):710-8.
38. Freedman RR, Roehrs TA. Effects of REM sleep and ambient temperature on hot flash-induced sleep disturbance. Menopause (New York, NY). 2006;13(4):576-83.
39. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. Archives of general psychiatry. 2004;61(1):62-70.
40. Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Mariella A, Mitchell S. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Menopause (New York, NY). 2008;15(2):223-32.
41. Weber M, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. Menopause (New York, NY). 2012;19(7):735-41.
42. Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, Ahlskog JE, Grossardt BR, de Andrade M, et al. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. Neurology. 2007;69(11):1074-83
43. Kurita K, Henderson VW, Gatz M, St John J, Hodis HN, Karim R, et al. Association of bilateral oophorectomy with cognitive function in healthy, postmenopausal women. Fertility and sterility. 2016;106(3):749-56.e2.
44. Ripa P, Ornello R, Degan D, Tiseo C, Stewart J, Pistoia F, et al. Migraine in menopausal women: a systematic review. International Journal of Women's Health. 2015;7:773-82.
45. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S. Symptoms in the Menopausal Transition: Hormone and Behavioral Correlates. Obstetrics & Gynecology. 2008;111(1):127-36.

46. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. Menopause (New York, NY). 2014;21(10):1063-8.
47. Nedim Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi: Güneş Kitabevi; 2006. 1524 p.
48. Calleja-Agius J, Brincat M. The effect of menopause on the skin and other connective tissues. Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. 2012;28(4):273-7.
49. Henry F, Pierard-Franchimont C, Cauwenbergh G, Pierard GE. Age-related changes in facial skin contours and rheology. J Am Geriatr Soc. 1997;45(2):220-2.
50. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. Heart disease and stroke statistics--2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2007;115(5):e69-171.
51. Hage FG, Oparil S. Ovarian hormones and vascular disease. Current opinion in cardiology. 2013;28(4):411-6.
52. Xing D, Nozell S, Chen YF, Hage F, Oparil S. Estrogen and mechanisms of vascular protection. Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology. 2009;29(3):289-95.
53. Shulman LP. Androgens and menopause. Minerva ginecologica. 2009;61(6):491-7.
54. Barrett-Connor E. Menopause, atherosclerosis, and coronary artery disease. Current opinion in pharmacology. 2013;13(2):186-91.
55. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Osteoporoz Risk Faktörlerinin Kemik Mineral Yoğunluğuyla İlişkisi. Turkish Journal of Osteoporosis/TurkOsteoporoz Dergisi. 2013;19(3):74-80.
56. Özkan H, Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi 2013;28:157-63.
57. Pınar G, Pınar T, Doğan N, Karahan A, Algıer L, Abbasoğlu A ve ark. Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri. Dicle Tıp Dergisi 2009;36:258-66.
58. Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M. The 2013 British Menopause Society & Women's Health Concern recommendations on hormone replacement therapy. Menopause international. 2013:1754045313489645.
59. CAN D, Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Hormon Replasman Tedavisi Benimsememe Nedenleri ve Bu Tedavinin Menopozal Sendrom Üzerine Etkileri, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1997.
60. Boardman LA. What is new in hormonal management and menopause?: best articles from the past year. Obstetrics &Gynecology. 2014;123(3):661-3.
61. Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. Obstetrics and gynecology. 1995;85(2):304-13
62. The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society. Menopause. 2012;19(3):257-71.

63. Chen FP, Lee N, Soong YK, Huang KE. 2018. “Comparison of Transdermal and Oral Estrogen-Progestin Replacement Therapy: Effects on Cardiovascular Risk Factors.” Menopause (New York, N.Y.) 2018;8(5):347–52
64. North American Menopause Society. (2004). Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of The North American Menopause Society. Menopause (New York, NY), 11(1), 11
65. Greendale, G. A., Lee, N. P., & Arriola, E. R. (1999). The menopause. The Lancet,353(9152), 571-580
66. Greenfield, D., Nugus, P., Travaglia, J., & Braithwaite, J. (2011). Factors that shape the development of interprofessional improvement initiatives in health organisations. BMJ quality & safety, 20(4), 332-337.
67. Elsabagh E, Abd Allah E. Menopausal symptoms and the quality of life among pre/post menopausal women from rural area in Zagazig city. Life Science Journal. 2012;9(2):283-91.
68. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. Maturitas. 2007;57(3):271-8.
69. Monterrosa A,Blumel JE, Chedraui P.Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. Maturitas. 2008 Feb 20;59(2):182-90.
70. AlDughaither. A,AlMutairy. H.,AlAteeq M, Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. International Journal of Women's Health 2015 ; 29;7:645-53.
71. TORTUMLUOĞLU G, ERCİ B, Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum Ve Sağlık Davranışlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum 2003.
72. GÜLER K,Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları Ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2017
73.TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 1.Baskı, Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, 2014: 26.
74. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 14.04.2020 tarihinde http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/ TNSA_2013_ana_ rapor.pdf adresinden erişilmiştir.
75. Mohammed ST, Shabana KRA, Mansour SE, Emam MA. Evaluation of post-menopausal symptoms: it’s effect on female's quality of life.International Journal of Nursing Didactics.2016;6(9):1-10.
76. Khan S, Shukla MK, Priya N, M. Athar Ansari M.A. Health seeking behaviour among post-menopausal women: a knowledge, attitude and practices study. International Journal of Community Medicine and Public Health 2016 ; 3(7):1777-82.
77. Karaçam Z, Şeker SE, Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. Maturitas 2007;58: 75-82

78. KIROĞLU FG, Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı,Yüksek Lisans tezi, Ankara 2005.
79.ÖZGÜR N. Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007
80. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. Laumann EO; GSSAB Investigators' Group. BJU Int. 2005;95(4):609-14.
81. Mattar CN, Chong YS, Su LL, Agarwal AA, Choolani M. Care of women in Care of women in menopause: sexual function, dysfunction and therapeutic modalities. Ann Acad Med Singapore. 2008;37(3):215-23.
82. Davis S, Jane F. Sex and perimenopause. Aust Fam Physician 2011;40(5): 274-8.
83. Brinton R, Yao J, Yin F, Mack W, Cadenas E. Perimenopause as a neurological transition state2015
84. Mohamed HAE, Lamadah SM, Zamil LGA. Quality of life among menopausal women. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2014;3(3):552-61.
85. Dugan SA, Powell LH, Kravitz HM, Everson Rose SA, Karavolos K, Luborsky J. Musculoskeletal pain and menopausal status. The Clinical journal of pain. 2006;22(4):325-31
86. Ashrafi M, Ashtiani SK, Malekzadeh F. Symptoms of natural menopause among Iranian women living in Tehran, Iran. Iran J Reprod Med. 2010;8:29–32.
87. Qazi RA. Age, pattern of menopause, climacteric symptoms and associated problems among urban population of Hyderabad, Pakistan. Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP. 2006;16(11):700-3.
88. Nisar N, Sohoo NA. Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: a hospital based survey. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2009;59(11):752-6.
89. Uçanok Z. Farklı Yaş Gruplarındaki Kadınlarda Menopoza İlişkin Belirtilerin, Tutumların Ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 1994.
90. Tümer A, Kartal A. Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. Pam Tıp Derg 2018;11(3):337-346.
91. Hotun Şahin N. Klimakteryum dönemi ve menopoz, Kızılkaya Beji N. (Edit). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2016:163-70
92. Huffman SB, Myers JE, Tingle LR, Bond LA. Menopause symptoms and attitudes of African American women: closing the knowledge gap and expanding opportunities for counseling. J Couns Dev 2005;83:48-56
93. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdolahian S. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. Gynecol Endocrinol 2015;31:860-65.
94. Parker, S. G., Peet, S. M., Jagger, C., Farhan, M., & Castleden, C. M. (1998). Measuringhealth status in older patients. The SF-36 in practice. Age and Ageing, 27(1), 13-18.

95. Dündar Nacar Y. Menopozal Yakınmalar ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Ve Araştıma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2019.
96. Ergin İO. Menopozal yakınmalar ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2016.
97. Ünsaldı R. Evlilik uyumunun çeşitli demografik değişkenlerin menopoza ilişkin belirtilerle ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, 2004.
98. Lebrun, C. E., van der Schouw, Y. T., de Jong, F. H., Grobbee, D. E., & Lamberts, S. W.(2006). Fat mass rather than muscle strength is the major determinant of physical functionand disability in postmenopausal women younger than 75 years of age. . s.l. : Menopause,13(3), 474-481.
99. Yang D, Haines C, Pan P, Zhang Q, Sun Y, Hong S, et al. Menopausalsymptoms in mid-life women in southern China. Climacteric : thejournal of the International Menopause Society. 2008;11(4):329-36.
100. Abedzadeh-Kalahroudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F, Karimian Z.Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factorsamong women 40-60 years in Kashan, Iran. Nurs Midwifery Stud.2012;1(2):88-93
101. AlQuaiz J, Siddiqui A, Tayel S, Habib F. Determinants of severity ofmenopausal symptoms among Saudi women in Riyadh city.Climacteric : the journal of the International Menopause Society.2014;17(1):71-8.
102. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki, Yeni Symposium 2006;44:182-188.
103. Aggleton, P., & Crewe, M. (2005). Effects and effectiveness in sex and relationships education. Sex Education, 5(4), 303-306.
104. Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: a population study. Qual Life Res 2010;19:813-9.
105. Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., Conde, D. M., Osis, M. J., Sousa, M. H., & Costa-Paiva, L. (2008). The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a populationbased study. Menopause, 15(4), 706-713.
106. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014:16–29.
107. Erdem Ö. Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Yolları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
108. Dennerstein L, Lehert P, Dudley E, Guthrie J. Factors contributing to positive mood during the menopausal transition. The Journal of nervous and mental disease. 2001;189(2):84-9.
109. Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. Fertility and sterility. 2001;76(1):44-50.

110. Lee M-S, Kim J-H, Park MS, Yang J, Ko Y-H, Ko S-D, et al. Factors Influencing the Severity of Menopause Symptoms in Korean Post-menopausal Women. J Korean Med Sci. 2010;25(5):758-65.
111. Green SM, McCabe RE, Soares CN. The Cognitive Behavioral Workbook for Menopause: A Step-by-Step Program for Overcoming Hot Flashes, Mood Swings, Insomnia, Anxiety, Depression, and Other Symptoms: New Harbinger Publications. 2012.
112. KOYUNCU T, Beylikova'da orta yaş kadınlarda menopoz semptomları sıklığı, menopoz bilgi düzeyi ve sağlık eğitiminin menopoz semptomları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Eskişehir 2015.
113. Kaulagekar A. Age of menopause and menopausal symptoms amongurban women in Pune, Maharashtra. The Journal of Obstetrics andGynecology of India. 2011;61(3):323-6.
114. Chim H, Tan BHI, Ang CC, Chew EMD, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. Maturitas. 2002;41(4):275-82.
115. Şahin NH. "Bir Kilometre Taşı: Menopoz". Çevik Matbaacılık, İstanbul, 1998, S.11, 12, 24, 25, 71, 72
116. Koç Z, Sağlam Z. "Klimakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti Ve Tutumların Belirlenmesi", Aile Ve Toplum, 2008,4(15)100—107
117. Im E-O, Ko Y, Chee W. Ethnic Differences in the Clusters ofMenopausal Symptoms. Health care for women international.2014;35(5):549-65.
118. Ballinger CB. "Psychiatric Aspects Of Menopause", British Journal Of Psychiatry ,1990:156:773-787.
119. Yurdakul M, Eker A, Kaya D . "Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi", Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2007;21(5):187-193
120. Gallicchio L, Miller SR, Visvanathan K, Lewis LM, Babus J, Zacur H, etal. Cigarette smoking, estrogen levels, and hot flashes in midlifewomen. Maturitas. 2006;53(2):133-43.
121. Schwarz S, Völzke H, Alte D, Schwahn C, Grabe HJ, Hoffmann W, etal. Menopause and determinants of quality of life in women at midlifeand beyond: the Study of Health in Pomerania (SHIP). Menopause.2007;14(1):123-34
122. Townsend, J., Roderick, P., & Cooper, J. (1994). Cigarette smoking by socioeconomicgroup, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. Bmj, 309(6959), 923-927
123. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3:1095-113.
124. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:108-112.
125. Schinder BA. "The Psychiatric Disorder Of Midlife" , Medical Clinics Of North America,1987, 71:71-85.
126. Huszla WS, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanislawska M et al. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014;11:6692-708

127. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. Menopause 2008;15(2):221-222.
128. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assesment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian subpopulation using Menopause Rating Scale (MRS). Maturitas 2007;57:306 14.
129. Uptan S. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Öz-bakım Gücünün Artırılmasında Hemşirenin Rolü (Tez). İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora tezi; İstanbul, 1999.
130. Oskay ÜY. Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi (Tez). İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi ; İstanbul, 1995.
131. Gannon L, Ekstrom B."Attitudes toward menopause: The İnfluence of sociocultural paradigms",Pyscology of Women Quarterly,1993,17(3),275-288
132. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz, F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014;2:62-70.
133. Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. The impact ofeducation, cultural background, and lifestyle on symptoms of themenopausal transition: the Women's Health at Midlife Study. Journal ofwomen's health. 2010;19(5):975-85.
134. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). Kadın Sağlığı Araştırması2014.http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf. Erişim Tarihi: 14.07.2014.
135. Kaur N, Malla VG, Gupta S. Serum estradiol level and postmenopausal symptoms in surgical and natural menopause. 2017. 2017;6(9):4.
136. Pearce J, Hawton K, Blake F. Psychological and sexual symptoms associated with the menopause and the effects of hormone replacement therapy. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 1995;167(2):163-73.
137. Bachmann GA. Vasomotor flush in menopausal women. Am J Obstet Gynecol. 1999;180:S312-6.
138. Nachtigall L, Casson P, Lucas J, Schofield V, Melson C, Simon JA. Safety and tolerability of testosterone patch therapy for up to 4 years in surgically menopausal women receiving oral or transdermal oestrogen. Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. 2011;27(1):39-48.
139. R Naik R, Chandel R, G Abichandani L. Comparative study of gonadotropin levels and clinical presentation in surgical and natural menopause2014. 149 p.
140. Çalışkan E ve ark. Türk kadınlarının menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2010;30(5).
141. Sözeri Varma G, Kalkan Oğuzhanoğlu N, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. The Relationship Between Depression and Anxiety Levels and Sexual Satisfaction for Natural and Surgical Menopause. J Clin Psy. 2005;8(3):109-15.

142. Nathorst-Böös, J., & von Schoultz, B. (1992). Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. Gynecologic and obstetric investigation,34(2), 97-101.
143. SMEDLEY, H., & SIKORA, L. K. (1985). Age as a prognostic factor in epithelial ovarian carcinoma. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 92(8),
144. Neis, K. J., Zubke, W., Fehr, M., Römer, T., Tamussino, K., & Nothacker, M. (2016).Hysterectomy for benign uterine disease. Deutsches Ärzteblatt International, 113(14), 242.
145. UZUN, R., SAVAŞ, A., ERTUNÇ, D., TOK, E., & DİLEK, S. (2009). Myoma uteri nedeni ileyapılan abdominal histerektomilerin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Journal of ClinicalObstetrics & Gynecology, 19(1), 1-6.
146. Rhodes, J. C., Kjerulff, K. H., Langenberg, P. W., & Guzinski, G. M. (1999). Hysterectomyand sexual functioning. Jama, 282(20), 1934-1941.
147. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2008;11:159-66.
148. Danaci, A. E., Oruç, S., Adigüzel, H., Yildirim, Y., & Aydemir, O. (2003). Relationship ofsexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period. The WestIndian medical journal, 52(1), 27-30.
149. Shifren, J. L. (2002). Androgen deficiency in the oophorectomized woman. Fertility andSterility, 77, 60-62.
150. Cheng MH, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Attitudes toward menopause among middle-aged women: a community survey in an island of Taiwan. Maturitas. 2005;52(3-4):348-55.
151. Hess R, Olshansky E, Ness R, Bryce CL, Dillon SB, Kapoor W, et al. Pregnancy and birth history influence women's experience of menopause. Menopause (New York, NY). 2008;15(3):435-41.
152. Senturk Erenel A, Golbasi Z, Kavlak T, Dilbaz S. Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40-65 age group. International journal of nursing practice. 2015;21(5):575-83.
153. Kisa S, Zeyneloglu S, Ozdemir N. Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey. Nursing & health sciences. 2012;14(2):148-55.
154. Dasgupta D, Ray S. Attitude toward menopause and aging: a study onpostmenopausal women of West Bengal. Journal of women & aging.2013;25(1):66-79.
155. Mackey S, Teo SSH, Dramusic V, Lee HK, Boughton M. Knowledge, Attitudes, and Practices Associated With Menopause: A Multi-ethnic,Qualitative Study in Singapore. Health care for women international.2014;35(5):512-28.
156. Marvan ML, Castillo-Lopez RL, Arroyo L. Mexican beliefs and attitudes toward menopause and menopausal-related symptoms. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2013;34(1):39-45.
157. Hunter MS, Liao KL. Problem solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. J Reprod Infant Psychol. 1995;13:147–51

158. Kwak EK, Park HS, Kang NM. Menopause Knowledge, Attitude, Symptom and Management among Midlife Employed Women. Journalnof menopausal medicine. 2014;20(3):118-25.
159. Bell ML. Attitudes toward menopause among Mexican Americanwomen. Health care for women international. 1995;16(5):425-35.
160. Naçar M, Baykan Z, Çetinkaya F. Perception and attitudes towardmenopause: a study from Kayseri. Turkish Journal of Public Health.2009;6(2):36-45
161. Woods NF, Mitchell ES. Pathways to depressed mood for midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Research in nursing & health. 1997;20(2):119-29.
162. Suling Li KHMGDLSP. The Relatıonshıp Between Physıcal Actıvıty And Perımenopause. Health Care for Women International. 1999;20(2):163-78.
163. Joffe H, Hall JE, Soares CN, Hennen J, Reilly CJ, Carlson K, et al. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. Menopause. 2002;9(6):392-8.
164. Taşkıran G.Menopozal Semptom Şiddeti Ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi ,T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri EnstitüSü , Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Programı,2019
165. Ensrud KE, Stone KL, Blackwell TL, Sawaya GF, Tagliaferri M, Diem SJ, et al. Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes. Menopause. 2009;16(2):286-92.
166. Woods NF, Mitchell ES. Sleep symptoms during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Sleep. 2010;33(4):539-49.
167. Lentz MJ, Landis CA, Rothermel J, Shaver JL. Effects of selective slow wave sleep disruption on musculoskeletal pain and fatigue in middle aged women. The Journal of rheumatology. 1999;26(7):1586-92.
168. Owens JF, Matthews KA. Sleep disturbance in healthy middle-aged women. Maturitas. 1998;30(1):41-50.
169. Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Juang KD, Chiu LM, The Kinmen. Women- Health Investigation (KIWI): A Menopausal Study of A Population Aged 40–54. Maturitas 2001; 39: 117- 124.
170. Ohayon MM. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. Archives of internal medicine. 2006;166(12):1262-8.
171. Atasü T ve Tekin Hİ (2001). Menopozun semptomları. Atasü T.Eds. Menopoz-Tedavisi ve Kanser. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 95-108.
172. Başer M ve Taşkın L (2002). Hormon replasman tedavisinin yaşam kalitesine etkisi. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara
173.Paul KN, Turek FW, Kryger MH. Influence of sex on sleep regulatory mechanisms. J Womens Health (Larchmt). 2008;17(7):1201-8.

7. EKLER

7.1. EK-1 ANKET FORMU

MENOPOZDAKİ SEMPTOMLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. YAŞINIZ

2. EŞİNİZİN YAŞI .....

3. İLK EVLENME YAŞI

4. MEDENİ DURUM

A.EVLİ

B.BEKAR -BOŞANMIS

5.Ö ĞRENİM DURUMU

A.OKUR YAZAR DEĞİL

B.LİSE ALTI

C.LİSE VE ÜZERİ

6. MESLEK

A.EV HANIMI -EMEKLİ

B.ÇALIŞAN

7. BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER

A.YANLIZ

B.ÇEKİRDEK

C.GENİŞ AİLE

8. SİGARA KULLANIMI

A.EVET

B.HAYIR

9. EVET İSE KAÇ PAKET YIL ?.

10. GELİR DÜZEYİ

A.<2000

B.2000-4000

C.>4000

11. KONTROL AMAÇLI KADIN DOĞUMA GİTTİNİZ Mİ

A.EVET

B.HAYIR

12. EN SON NE ZAMAN GİTTİNİZ ?

A.<1 YIL

B.1-5 YIL

C.>5 YIL

13. KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI ?

A.EVET

B.HAYIR

14. EVLİLİĞİNİ NASIL DEĞERLENDİRİSİN?

A.MUTLU

B.NORMAL

C.MUTSUZ

D.EVLİ DEĞİLİM

15. KAÇ KERE GEBE KALDINIZ ?....

16. MENOPOZA GİRME SÜRENİZ NEDİR?

17. MENOPOZA GİRME ŞEKLİNİZ NEDİR ?

A.DOĞAL(TAH DAHİL)

B.CERRAHİ

18. MENOPOZ VE ŞİKAYETLERİ İÇİN DOKTORA GİTTİNİZ Mİ

A.EVET

B.HAYIR

19. MENOPOZLA İLGİLİ DÜŞÜNCENİZ?

A.DOĞAL, NORMAL BİR SÜREÇ

A.KADINLIK ÖZELLİĞİNİN YOK OLMASI

C.ÜRETKENLİĞİN KAYBOLMASI

D.YAŞLANDIĞINI HİSSETME

E.CİNSELLİĞİN AZALMASI

F.DİĞER....

20. MENOPOZ HAKKINDA BİLGİLERİNİZİ NASIL EDİNDİNİZ

A.ÇEVRE

B.SAĞLIK PERSONELİ

C.TV

D.İNTERNET

E.GAZETE

F.DİĞER...

21. MENOPOZ İÇİN TEDAVİ ALDINIZ MI ?

A.EVET

B.HAYIR

22. TEDAVİ ALDIYSANIZ HANGİSİ?

A.İLAÇ

B.ALTERNATİF YÖNTEMLER

23. MENOPOZDAN SONRA EŞİNİZLE İLİŞKİNİZ ETKILENDİ Mİ ?

A.EVET

B.HAYIR

24. MENOPOZ SİZİ NASIL ETKILEDİ ?

A.FİZİKSEL
B.PSİKOLOJİK
C.FİZİKSEL VE PSİKOLOJIK

25. MENOPOZDAN SONRA VÜCUDUNUZDA SEBEBİNİ BİLMEDİĞİNİZ AĞRILARINIZ OLDU MU ?

A.EVET
B.HAYIR

26.EVET İSE 10 ÜZERİNDEN PUAN VERİR MİSİNİZ ?....

MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(MSDÖ)

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

1-2-3 Psikolojık puanlar:

4-5-6-7-11 Somatık puanlar :

8-9-10 Ürojinekolojik puanlar :

TOPLAM PUAN :

PUANLAR

0	**HİÇ YOK**
1	**HAFİF**
2	**ORTA**
3	**ŞİDDETLİ**
4	**ÇOK ŞİDDETLİ**

Menopoza Özgü Yasam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yasayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yasadıysanız bunun sizi ne derece rahatsız ettiğini işaretleyiniz.
1-Bu konuda hiçbir sıkıntı yaşamıyorum 2- Evet sorun var fakat beni rahatsız etmiyor
3 ve 8 arası sonun rahatsızlık derecesini ifade ediyor

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

1-3 Vazomotor sorular:

4-10 Psikososyal sorular :

11-26 Fiziksel sorular :

27-29 Cinsel sorular :

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Güner Kurt

Doğum Yeri ve Tarihi: Giresun, 1992

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durum: Evli

Yabancı Dil: İngilizce

E-mail Adresi: gunerdede@gmail.com

Eğitim

2017-2020:SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal EAH Aile Hekimliği Kliniği

2010-2016: Mustafa Kemal Üniversitesi/ Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi

2006-2010: Ordu Seçkin Kolej Fen Lisesi

1998-2006: Eynesil Mustafa Yüksel İlköğretim Okulu

Mesleki Deneyim

2017: Giresun Eynesil İlçe Devlet Hastanesi

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği)

Bilimsel İlgi Alanları

1) Poster Bildiriler

-8 International Trakya FamilyMedicineCongress 2019, Sağlık Çalışanlarında Aşılanma Durumunun Değerlendirilmesi, Edirne

-16.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, E-ASM'ye Başvuran Hastalarda Kronik Hastalıkların Değerlendirilmesi 2017, Ankara

-18. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Sağlık Çalışanları Ve Sigara 2019, Adana

2) Sözel Bildiriler

-18**.** Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Hekimler Hipnoterapi Hakkında Ne Düşünüyor?,Adana

3) Makale

-Türkiye Klinikleri Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi, Hekimlerin Hipnoterapi Hakkında Bazı Düşüncelerinin Değerlendirilmesi,2020

Katıldığı Kongre ve Seminerler

16.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi 2017, Ankara

6. Çocuk Dostları Kongresi 2018, İstanbul

18.Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi 2019, Adana

8.International Trakya FamilyMedicineCongress 2019,Edirne

Diğer Bilgiler

Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Sertifikası, 2017

Sağlık Bakanlığı Kupa Uygulama Sertifikası, 2018