



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN MENOPOZ
DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARININ
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

Dr. Büşra Kocatepe

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL – 2023



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN MENOPOZ
DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARININ
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

Dr. Büşra Kocatepe

Tez Danışmanı: Doç. Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL - 2023

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tez danışmanım Doç. Dr. Emine Zeynep TUZCULAR VURAL kontrolünde tarafımdan üretildiğini ve eğitimlerde aldığım Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Büşra KOCATEPE

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama süresince engin bilgisi, hoşgörüsü ve tecrübesi ile daima yanımda olan tez danışmanım Doç. Dr. Emine Zeynep Tuzcular Vural'a,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her daim desteklerini hissettiğim Aile Hekimliği Klinik Eğitim ve İdari sorumlumuz Doç. Dr. Memet Taşkın Egici'ye, Doç. Dr. Akın Dayan 'a, Başasistan Uz. Dr. Işık Gönenç'e ve Uzm. Dr. Özge Doğan'a,

Uzmanlık sürecimi güzelleştiren asistan doktor arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi desteklerini hayatımın her anında hissettiğim annem, babam, kardeşim ve beni evlatlarından ayırmayan ikinci aileme,

Her daim bana destek olan ve hayatıma anlam katan sevgili eşime,

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarım

Teşekkür ederim.

Dr. Büşra Kocatepe

İstanbul/2023

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. MENOPOZUN TANIMI	3
2.2. MENOPOZ ÇEŞİTLERİ	4
2.3. MENOPOZDA MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER.....	5
2.3.1. Vazomotor Semptomlar	5
2.3.2. Genitoüriner Semptomlar	6
2.3.3. Psikolojik Semptomlar	6
2.3.4. Dermatolojik Değişiklikler.....	6
2.3.5. Kas-İskelet Sistemi Değişikleri.....	6
2.3.6. Kardiyovasküler Değişiklikler	7
2.3.7. Kognitif Değişiklikler	7
2.3.8. Cinsel Problemler	7
2.3.9. Uyku Problemleri	7
2.3.10. Migren	8
2.4. MENOPOZDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	8
2.4.1. Hormon Tedavisi (HT)	8
2.4.2. HT Dışı Yaklaşımlar	9
2.5. KİŞİLİK	10
2.6. ENNEAGRAM	11
2.6.1. Dokuz Kişilik Tipi	11
2.6.1.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi – Reformcu.....	12
2.6.1.2. İki Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever	12

2.6.1.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran- Motivatör	13
2.6.1.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik.....	13
2.6.1.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı	14
2.6.1.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan.	14
2.6.1.7. Yedi Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyf-Rahatına Düşkün.....	15
2.6.1.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider	15
2.6.1.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı-Sakin.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	17
3.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE MERKEZİ.....	17
3.3. MATERYAL VE METOT	18
3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	20
4. BULGULAR.....	22
4.1 .KATILIMCI BİLGİ FORMU'NA İLİŞKİN VERİLER	22
4.2. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN VERİLER	25
4.3. TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN VERİLER.....	27
4.4. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	28
4.5. KATILIMCI BİLGİ FORMU İLE MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI ...	30
4.6. KATILIMCI BİLGİ FORMU İLE TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	41
5. TARTIŞMA	44
5.1. SOSYO-DEMOGRAFİK, JİNEKOLOJİK-OBSTETRİK VE KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI.....	44
5.2. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	47
5.3. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BULGULARI İLE KATILIMCI BİLGİ FORMU VERİLERİNİN TARTIŞILMASI.....	48
5.4. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BULGULARI İLE TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN TARTIŞILMASI ..	52

6. SONUÇ	55
7. KAYNAKLAR	57



KISALTMALAR

ÇAG	: Çeyreklikler Arası Genişlik
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ELITE	: Early versus Late Intervention Trial with Estradiol
HNEAH	: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HT	: Hormon Tedavisi
KEEPS	: Kronos Early Estrojen Prevention Study
MSDÖ	: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
SAT	: Son Adet Tarihi
TKTÖ	: Taştan Kişilik Tipi Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
VMS	: Vazomotor semptomlar
WHI	: Women's Health Initiative

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özellikler	22
Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler	24
Tablo 3: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı	26
Tablo 4: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları tanımlayıcı istatistikler	27
Tablo 5: Taştan Kişilik Tipi Ölçeği sınıflamasında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 6: Somatik Şikayetler puanlarının İkili Karşılaştırmaları	30
Tablo 7: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler puanlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 8: Somatik Şikayetler puanlarının İkili Karşılaştırmaları	33
Tablo 9: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Psikolojik Şikayetler puanlarının karşılaştırılması..	33
Tablo 10: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ürogenital Şikayetler puanlarının karşılaştırılması..	35
Tablo 11: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Genel Toplam puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 12: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının ile Yaş, VKİ, Menopoz Girme Yaşı, SAT arasındaki ilişki.....	39
Tablo 13: Menopoz süresine göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 14: Somatik Şikayetler puanlarının İkili Karşılaştırmaları	40
Tablo 15: Bireylerin Taştan Kişilik Tipi Ölçeği Sınıflamasına göre demografik özelliklerin dağılımı	42

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Enneagram sisteminde dokuz kişilik tipinin gösterimi	11
Şekil 2: VKİ Sınıflaması Dağılımı	25
Şekil 3: Taştan Kişilik Tipi Ölçek Dağılımı	28



ÖZET

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARININ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

Amaç: Kadın hayatında meydana gelen fizyolojik bir değişiklik olan menopoz döneminde kadınlar yaşam kalitelerini azaltan çeşitli sorunlar yaşayabilirler. Menopozal şikâyetlerin her kadında aynı şiddette olmaması ve tedaviye verilen cevabın farklılık göstermesi semptomların sadece östrojen eksikliği ile açıklanamayacağını düşündürmektedir. Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Çalışmamızda menopoz semptomlarının kişilik özellikleri ve çeşitli faktörlerle ilişkisini değerlendirmeyi ve böylece menopoz dönemindeki şikâyetlerin azaltılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 15.12.2022 ile 15.02.2023 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, araştırma kriterlerine uyan gönüllü 158 kadın hastayla yapılmıştır. Hastalara sosyo-demografik özellikleri içeren bir bilgi formu ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve Taştan Kişilik Tipi Ölçeği (TKTÖ) uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 21.0 ile analiz edilmiş, anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 56.56 ± 5.28 yıl, %77.2'si evli, %53.7'si ev hanımıdır. %68.5'inde en az bir kronik hastalık bulunmakta, %19.5'si sigara kullanmakta, vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 29.36 ± 5.64 kg/m^2 'dir. Ortalama menopoz yaşı 49.30 ± 3.52 , en son adet tarihi (SAT) üzerinden ortalama 8.35 ± 5.23 yıl geçmiştir. Bireylerin MSDÖ Somatik Şikâyetler puan ortalaması 2.77 ± 1.81 (alınabilecek puan 0-8 puan), Psikolojik Şikâyetler puan ortalaması 8.74 ± 4.96 (alınabilecek puan 0-24 puan), Ürogenital Şikâyetler puan ortalaması

2.91±2.41 (alınabilecek puan 0-12 puan) ve Genel Toplam puan ortalaması 14.42±7.65'tir (alınabilecek puan 0 - 44 puan). Bireylerde en sık görülen menopoz semptomları sıcak basması-terleme (%85.2), eklem-kas rahatsızlıkları (%83.9) ve fiziksel-zihinsel yorgunluk (%81.2) olarak tespit edilmiştir. TKTÖ sınıflamasına göre en sık görülen kişilik tipleri Başaran-Motivatör (%28.9), Barışçı (%25.5) ve Yardımsever (%18.8) olarak tespit edilmiştir. TKTÖ sınıflamasına göre bireylerin MSDÖ Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0.026). Barışçı kişilik tipindeki bireylerde daha az, sadık sorgulayan kişilik tipinde daha fazla somatik semptomlar görülmektedir. VKİ sınıflamasına göre bireylerin Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0.003). Obez bireylerin somatik şikayetlerinin pre obezlerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir(p=0.002). Menopoz süresine göre bireylerin Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0.028). Menopoz süresi 3-4 yıl olanların 2 yıl olanlara göre somatik şikayetlerinin daha fazla olduğu görülmüştür (p=0.024). Menopozda geçirilen süre arttıkça psikolojik şikayetler azalmaktadır (p=0.028). Yaş arttıkça Psikolojik Şikayetler ve MSDÖ Genel Toplam puanları azalmaktadır (p=0.002, p=0.004).

Sonuç: Menopoz semptomlarının şiddeti pek çok faktörden etkilenmektedir. Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının ilişkili olduğu faktörleri bilmek ve ona göre önlem almak semptomları hafifletmede biz aile hekimlerine yardımcı olacaktır. Menopoz ile kişilik özellikleri arasındaki bağlantının anlaşılması menopozun daha iyi anlaşılmasında, semptomlarla baş etmede ve tedavinin planlanmasında yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: aile hekimi, menopoz, kişilik

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF MENOPAUSAL SYMPTOMS WITH PERSONALITY TRAITS AND VARIOUS FACTORS IN MENOPAUSAL WOMEN APPLYING TO FAMILY MEDICINE OUTPATIENT CLINICS OF HAYDARPAŞA NUMUNE EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

Aim: During menopause, a physiological change in women's life, women may experience various problems that reduce their quality of life. The fact that not all menopausal women have severe complaints and that the response to treatment varies suggests that the symptoms cannot be explained only by estrogen deficiency. In order to understand menopause, psychological, social and cultural factors as well as biological factors should be taken into consideration. In our study, we aimed to evaluate the relationship of menopausal symptoms with personality traits and various factors and thus contribute to the development of strategies to reduce complaints during menopause.

Materials and Methods: Our study was conducted between 15.12.2022 and 15.02.2023 with 158 voluntary female patients who applied to the Family Medicine outpatient clinics of *University of Health Sciences* Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital and met the research criteria. The patients filled in a data collection form questioning socio-demographic characteristics, Menopause Rating Scale (MRS) and Taştan Personality Type Scale (TPTS). Data were analysed with IBM SPSS Statistics 21.0 and significance level was accepted as $p<0.05$.

Results: The mean age of the participants was 56.56 ± 5.28 years, 77.2% were married, 53.7% were housewives, 68.5% had at least one chronic disease, 19.5% were smokers and the mean body mass index (BMI) was 29.36 ± 5.64 kg/m². The mean age at menopause was 49.30 ± 3.52 years and 8.35 ± 5.23 years had passed since the last menstrual period (LMP). The mean score of the individuals was 2.77 ± 1.81 for Somatic Complaints sub-scale (score 0-8 points), 8.74 ± 4.96 for Psychological Complaints sub-scale (score 0-24 points), 2.91 ± 2.41 for Urogenital Complaints sub-scale (score 0-12

points) and 14.42 ± 7.65 for Menopause Rating Scale (MRS) Total Score (score 0 - 44 points). The most common menopausal symptoms were hot flushes-sweating (85.2%), joint-muscle disorders (83.9%) and physical-mental fatigue (81.2%). The most common personality types according to the TPTS classification were determined as Achieving-Motivator (28.9%), Peaceful (25.5%) and Helpful (18.8%). A statistically significant difference was found between the MRS Somatic Complaints scores of the individuals according to the TPTS classification ($p=0.026$). Somatic symptoms were observed less in individuals with peaceful personality type and more in individuals with loyal inquisitive personality type. A statistically significant difference was found between the Somatic Complaints scores of individuals according to BMI classification ($p=0.003$). It was found that somatic complaints of obese individuals were more than pre obese individuals ($p=0.002$). A statistically significant difference was found between the somatic complaints scores of individuals according to the duration of menopause ($p=0.028$). It was observed that those with menopause duration of 3-4 years had more somatic complaints than those with menopause duration of 2 years ($p=0.024$). Psychological complaints decreased as the duration of menopause increased ($p=0.028$). Psychological complaints and MRS General Total scores decreased with increasing age ($p=0.002$, $p=0.004$).

Conclusion: The severity of menopausal symptoms is affected by many factors. Knowing the factors associated with menopausal symptoms in menopausal women and taking precautions accordingly will help family physicians to alleviate the symptoms. Understanding the link between menopause and personality traits may help understanding menopause, coping with symptoms and planning treatment.

Keywords: family physicians, menopause, personality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre menopoz; “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır”. Doğal menopoz yaşıyla ilgili olarak farklı araştırma sonuçları olmasına rağmen, dünyada menopoz yaşı ortalaması 51 olarak kabul edilmektedir (1).

Menopozal dönem; premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönemlerden oluşmaktadır. İlk semptomların görüldüğü dönem premenopoz dönemi, en son adet kanamasının görüldüğü dönem menopoz dönemi ve menopozdan bir yıl sonra başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcına kadar süren dönem ise postmenopozal dönem olarak adlandırılmaktadır (2).

Menopoz, kadın hayatında meydana gelen normal bir fizyolojik değişiktir. Bu süre zarfında kadınlar yaşam kalitelerini azaltan vazomotor, fiziksel ve fizyolojik sorunlar yaşayabilirler (3). Vazomotor semptomlar (VMS) birincil menopoz semptomudur ve son adet dönemi civarında zirve yapar. VMS menopoz geçişinin ayırt edici özellikleridir ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Kadınların yaklaşık %80'i menopoz sırasında VMS yaşar (4). Menopozun en rahatsız edici semptomlarını oluşturan VMS, kadınların menopoza geçiş döneminde tıbbi bakım aramasının en yaygın nedenidir (5). Hastalar genellikle aile hekimlerine ilk önce bu semptomlarla başvurur.

VMS'lerin patofizyolojisi halen tam olarak tanımlanamamaktadır. Bununla birlikte, bu semptomların östrojen yoksunluğundan kaynaklandığı, norepinefrin, serotonin ve diğer nöroregülatörlerin artan salınımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (6). Ancak bu şikâyetlerin menopoz dönemindeki her kadında aynı şiddette olmaması ve tedaviye verilen cevabın farklılık göstermesi semptomların sadece östrojen eksikliği ile açıklanamayacağını düşündürmektedir. Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir (7).

Kişilik; “bireyi diğerlerinden ayıran nispeten kalıcı özellikler ve eğilimlerdir” (8) veya “bireyler tarafından sergilenen özgün ve nispeten sabit davranış, düşünce ve duygu kalıbıdır” (9). Fiziksel, zihinsel ve duygusal yönden pek çok farklılık gösteren

bireyler, bunun sonucunda olayları ve olguları da farklı şekilde yorumlarlar. Bu farklılıklar kişiliğin temelini oluşturur (10).

Kişilik bireyin fiziksel, duygusal, sosyal ve kültürel özelliklerinin bütününden etkilenmekte ve her kadın menopoz ile kişilik özellikleri doğrultusunda baş etmektedir. Kişilik özellikleri menopozal yakınmaların dışı vurumunda ve onlarla başa çıkılmasında önemli rol oynayabilir.

Çalışmamızın amacı; Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının kişilik özellikleri ve çeşitli faktörlerle ilişkisini değerlendirmek ve böylece menopoz dönemindeki şikayetlerin azaltılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunmaktır. Menopoz ile kişilik özellikleri arasındaki bağlantının anlaşılması menopozun daha iyi anlaşılmasında, semptomlarla baş etmede ve tedavinin planlanmasında yardımcı olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MENOPOZUN TANIMI

Menopoz kelimesi, ilk defa Fransız jinekolog De Gardanne tarafından 1821 yılında yazdığı “De La Menopause: Ou de L’Age Critique Des Femmes” adlı kitabında “menespausie“ şeklinde de kullanılmış olup, Yunanca kökenli “ menos = ay “ ve “ pausos = duraklamak “ sözcüklerinden türetilmiştir (11).

DSÖ’ye göre menopoz; overlerin fonksiyonunu kaybetmesi sonucu menstrüasyonun kalıcı olarak kaybedilmesidir. Menopoz son menstrüasyon kanamasını ifade etmektedir ve bir kadının kesin olarak menopoza girdiğini söyleyebilmek için son adet kanaması üzerinden 1 yıl geçmiş olması gerekir, bu nedenle menopoz tanısı retrospektif olarak konur (1).

Menopoz yaşı coğrafyaya göre değişmekle birlikte, ortalama 51 (45-55) olarak bildirilmektedir (12). Yayınlanmış geniş bir epidemiyolojik çalışmaya olmamasına rağmen Türkiye’de menopoza girme yaşının 47-49 olduğu bildirilmektedir (12). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda 81,3 yıldır (13). Kadınların hayatının yaklaşık üçte biri menopozda geçmektedir, bu nedenle menopozu anlamak ve kadınlara bu dönemde destek olmak önemlidir.

DSÖ’nün sınıflamasına göre menopoz başlıca üç evreye ayrılmıştır (14).

Premenopoz: Overlerde yetmezliğin başladığı fakat üreme yeteneğinin tamamen kaybolmadığı menopoza kadar olan dönemdir. Kişiden kişiye ve topluma göre değişmekle birlikte 35-40 yaşlarında başlayıp, 55-60 yaşına kadar uzayabilmektedir (15).

Menopozal Dönem: Bir yıl süre ile menstrüasyon olmayan kadınlarda menopozun başladığı kabul edilir (16). Foliküllerin tamamen tükenmesi ile östrojen salgısı durur ve kişi menopoza girer (17).

Postmenopozal Dönem: Menopoz sonrası 6-8 yıllık dönem postmenopoz dönemi olarak adlandırılmaktadır (18).

2.2. MENOPOZ ÇEŞİTLERİ

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

2.2.1. Başlangıç Yaşına Göre

Erken menopoz: Kadınlar, son menstrual dönemlerini 40 - 44 yaşları arasında yaşıyorlarsa, genellikle “erken menopoz” olarak adlandırılır (19).

“Erken over yetmezliği” teşhisi konan kadınlar 40 yaşından önce menopoz yaşayabilir bu durum primer over yetmezliği olarak tanımlanır (19). 40 yaş altındaki kadınların yaklaşık %1’ini etkiler (12). En sık idiyopatik olarak görülen erken menopoz veya prematür over yetmezliği ile ilişkili faktörler arasında toksik maruziyetler, genetik anormallikler, otoimmün bozukluklar, pelvik cerrahi, kemoterapi, pelvik radyasyona maruziyet, sigara içiciliği, ooferektomi ya da histerektomi sayılabilir (20, 21).

Normal menopoz: Ortalama 45-54 yaşları arasında adetten kesilmenin gerçekleşmesidir (22).

Geç menopoz: Adetten kesilmenin 55 yaşından sonra gerçekleşmesidir (22).

Menopoz yaşını etkileyen faktörler arasında; genetik, etnik köken, beslenme şekli, fiziksel aktivite durumu, sosyoekonomik durum, alkol veya kötü madde kullanımı, geçirilmiş cerrahi operasyonlar, sigara içme ve üreme geçmişi dahil olmak üzere birtakım faktörler sayılabilir (23).

2.2.2. Oluş Biçimine Göre

Doğal (fizyolojik) menopoz: Foliküllerin tükenmesi ile ortaya çıkan fizyolojik durumdur (20).

Cerrahi menopoz: Doğal menopoz meydana gelmeden önce overlerin histerektomi ameliyatı ya da uterus ve fallop tüpleriyle birlikte (bilateral salpingo-ooferektomi) çıkarılması sonucunda meydana gelen menopozdur (20). Doğal

menopozda foliküllerin tükenmesi zamanla olurken, cerrahi menopozda bu olay aniden gerçekleşir. Dolayısıyla doğal menopozda vücut sürece yavaş yavaş alışırken cerrahi menopozda adapte olma süreci gerçekleşmez. Bu durumda cerrahi menopozda daha şiddetli semptomların görülmesine yol açar (24).

2.3. MENOPOZDA MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Menopozal dönemde birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklik ortaya çıkar. Erken dönemde ateş basması, terleme, çarpıntı, baş ağrısı, uykusuzluk gibi vazomotor semptomlar, kas-kemik ağrıları, depresyon, dikkat kaybı, unutkanlık, libido azalması gibi rahatsızlıklar, vajinal atrofi ve üriner problemler görülebilirken, uzun dönemde osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerin görülme oranlarında artış gözlenmektedir (20).

Bu şikayetlerin ortaya çıkış nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, genel olarak östrojen eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (25). Ancak bu şikayetlerin her kadında olmaması veya aynı şiddette olmaması ve hormon tedavisi alanlarda tedaviye verilen cevabın farklılık göstermesi bu semptomların sadece östrojen eksikliği ile açıklanamayacağını, karmaşık mekanizmalarla sosyokültürel davranış kalıpları, öğrenilen davranış modelleri, yanlış ve abartılı bilgiler nedeniyle de olabileceğini, hatta yaşlılık dönemi şikayetlerinin de menopoz bulgularıyla karıştığı düşünülebilir (26,27).

2.3.1. Vazomotor Semptomlar

Vazomotor semptomlar(VMS) menopozun en özgül ve belirgin semptomlarını oluşturmakta ve kadınların hekimlere başvurmalarında en sık karşılaşılan sebep olmaktadır (28).

VMS'ların patofizyolojisi halen tam olarak tanımlanamamaktadır. Bununla birlikte, bu semptomların östrojen yoksunluğundan kaynaklandığı, norepinefrin, serotonin ve diğer nöroregülatörlerin artan salınımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (6).

VMS'lar sıcak basması, gece terlemesi, yüz kızarması, uykusuzluk ve çarpıntı şeklinde görülebilir. En sık görülen yakınma ateş basmasıdır. Yüzde başlayan ve göğse

yayılan bir sıcaklık olarak tanımlanan ateş basması ara ara belirir ve 30 sn – 5 dk kadar sürebilir (29).

2.3.2. Genitoüriner Semptomlar

Kadında ürogenital bölge östrojen reseptörlerince son derece zengin bir bölgedir. Dolayısıyla östrojendeki azalmalar ürogenital bölge atrofileri ve buna bağlı olarak; sık idrara çıkma, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, konstipasyon, vajinal kuruluk ve kaşıntı, disparoni, pelvik organ prolapsusları, stres inkontinans ve gibi değişiklikler ile karşımıza çıkar (30,31).

2.3.3. Psikolojik Semptomlar

Menopozda görülen duygu durum değişiklikleri; gerginlik, sinirlilik, çabuk öfkelenme, isteksizlik, kolay ağlama, irritabilite artışı, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, yaşam olaylarından kolay etkilenme, uykuda azalma, iştah artışı ve karakter değişiklikleri olarak sıralanabilir (20).

2.3.4. Dermatolojik Değişiklikler

Deri hücreleri, ter bezleri ve saç foliküllerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Östrojenin azalması ve artan yaşla beraber deride değişiklikler olmaktadır. Epidermis incelir, kollajen miktarı azalır, saçlı deri ve vücutta kıl foliküllerinin yoğunluğu azalır. Yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarının yavaşlamasına bağlı olarak da cilt kurur, esnekliği kaybolur, deri kolay travmatize olur ve yaraların iyileşmesi gecikir. Östradiol seviyesindeki azalma ve adrenokortikal aktivitenin artması ile çene, dudak, üstü göğüste ve karında kalın tüyler çıkma eğilimi artar. Koltuk altı ve pubik kıllarda seyrelme olur (20).

2.3.5. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Östrojenin kemikler, ligamentler, tendonlar ve kaslar üzerinde önemli bir rolü ve etkisi vardır (32). Menopoz döneminde hareket esnekliğinde ve tüm motor hareketlerde azalma, kas-eklem ağrıları ve kemik kırıklarında artış olmaktadır (18).

Menopozla ilişkili en önemli sorunlardan biri osteoporozdur. Over fonksiyonlarının kaybı ve östrojen seviyelerindeki düşme osteoporoz gelişimi ile

yakından ilişkilidir (33). Östrojen, osteoblast proliferasyonu ve farklılaşmasını sağlar, osteoklast apoptozunu indükler ve kemik mineralizasyonunu destekler. Menopozla birlikte östrojen seviyesindeki düşüş nedeniyle kemik kütlelerinde önemli kayıplar yaşanır (34).

2.3.6. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Östrojen, kardiyovasküler sistem açısından koruyucu rolü olan HDL'yi artırıp, koroner arter hastalığı riskini artıran LDL ve kolesterolü düşürmektedir (35). Klimakterik dönemde kadınlarda östrojen azalmasına bağlı olarak damar sertliği ve kalp krizi riski %60 oranında artar. Kadınlar koroner kalp hastalığı insidansında erkeklere göre 10 yıl geriden gelirler, 70 yaş sonrasında ise insidanslar eşitlenmektedir (36).

2.3.7. Kognitif Değişiklikler

Hipokampus ve prefrontal kortekste yer alan çok sayıda östrojen reseptörü nedeniyle östradiolün bilişsel performans üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. Perimenopoz döneminde östrojen seviyelerindeki değişkenlik, bilişsel fonksiyonlarda geçici bozulmalara yol açabilir (37).

Reproduktif yaşlanma ile subjektif şikayetler artış göstermekte ve kadınların %40-65'i hafızalarında olumsuz değişiklikler olduğunu ifade etmektedir (38).

2.3.8. Cinsel Problemler

Menopozal dönemde testosteron ve östrojen miktarındaki düşüş libido kaybı ve biyolojik yanıtta azalma ile sonuçlanır. Östrojen yokluğuna bağlı olarak vajinal kuruluk, dispareni, vajinal enfeksiyonlardaki artış ve vajinal prolapsus kadını cinsellikten uzaklaştırabilir. (39)

2.3.9. Uyku Problemleri

Perimenopozal dönemde FSH'ın artması, inhibin B ve östradiolün düşmesi gibi değişmeye başlayan hormon seviyeleri uyku kalitesini düşürmekte, vazomotor semptomların varlığı gece uykularının bölünmesine yol açabilmektedir (40).

2.3.10. Migren

Östrojen seviyelerindeki ani düşüşün, kadınlarda migren ataklarının tetiklenmesinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (41). Östrojen seviyelerindeki bu değişimlerin, vazodilatasyon, pro-inflamatuar medyatörlerin salınımı ve plazma ekstravazasyonu ile kendini gösteren bir çeşit nörojenik inflamasyona neden olduğu gösterilmiştir (42).

2.4. MENOPOZDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Menopoz yakınmalarını azaltmak, kadın hayatını kolaylaştırmak ve yaşam kalitesini arttırmak için son derece önemlidir. Yakınmaları azaltmak amacıyla hormon tedavisi (HT) ve alternatif tedavi yöntemleri kullanılır (43).

2.4.1. Hormon Tedavisi (HT)

HT menopozun vazomotor semptomlarının kontrolünde en etkili tedavidir (12). HT menopoz dönemindeki kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı semptomları gidermek ve kadının yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla kullanılmaktadır. HT günümüzde vazomotor semptomlar, genito-üriner atrofi ve osteoporozun önlenmesi için kullanılmaktadır (44).

Kadın Sağlığı Girişimi (Women's Health Initiative- WHI) çalışması 2002 yılında yayınlanan ilk büyük randomize kontrollü HT klinik çalışmasıdır (12). Bu çalışmada postmenopozal kadınlarda hormon tedavisinin kardiyovasküler risk üzerine negatif bir etkisinin olduğu, ayrıca östrojen ve progesteronun kombine verilmesinin meme kanseri rölatif riskini az da olsa arttığı gösterilmiştir. WHI çalışma grubunda ortalama yaş 63'tür. WHI çalışmasından yıllar sonra bu çalışmanın post hoc analiz sonuçları, Kronos Early Estrojen Prevention Study (KEEPS), Early versus Late Intervention Trial with Estradiol (ELITE) çalışmaları yayınlanmıştır. Bu çalışmalar HT'nin erken menopoz yıllarında ileri menopoz yaşlarına göre daha güvenli olduğunu düşündürmektedir (12).

Menopoz sonrası dönemde östrojen progesteron ile beraber alınmadıysa, tedavi süresine bağlı değişmekle beraber, endometrial hiperplazi ve endometrium kanseri oluşma ihtimali artmaktadır (45,46). HT'nin endometrium ve meme kanseri, venöz

tromboemboli, inme, kardiyak yan etkileri ile ilgili risk artışları hastaya anlatılmalı, mevcut risk faktörleri değerlendirilmelidir (44).

HT nin kullanılmaması gereken durumlar;

- Meme kanseri (bilinen, şüphelenilen, geçirilmiş)
- Östrojene duyarlı malign hastalık (over, serviks ve endometriyum)
- Koroner kalp hastalığı, inme
- Geçirilmiş tromboembolik olay (Derin ven trombozu, pulmoner emboli)
- Aktif karaciğer hastalığı, Protein C, S veya antitrombin eksikliği, Faktör V

Leiden mutasyonu

- Tedavi edilmemiş hipertansiyon

Bu hastalıklar için yüksek düzeyde risk faktörü olan kadınlarda da HT önerilmez. Yine tanı konmamış genital kanama ve tedavi edilmemiş endometriyal hiperplazide HT önerilmez (12).

Menopoz evresinde kadınların tercih edebileceği bir başka tedavi seçeneği de fitoöstrojenlerdir. Fitoöstrojenler; bitki kökenli olup östrojen reseptörlerine bağlanarak östrojen benzeri etki gösterebilmektedir. Panax ginsengi, soya, keşiş otu, evening primrose (çuha çiçeği), melek otu, karayılan otu, yams kökü, kırmızı yonca, sarı kantaron ve hayıt gibi bitkiler fitoöstrojen kaynaklarıdır (47). Bu maddelerin vazomotor semptomlar üzerine etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Özellikle kızıl yoncanın etkileri plasebo ile benzer bulunmuştur. Eğer soya kullanımı arzulanıyorsa bu destek şeklinde değil soyalı yiyeceklerin yenmesi şeklinde olmalıdır. İki yıla kadar kullanımda endometrium üzerine uyarıcı etki gösterilmemiştir, ancak uzun dönem güvenlik verileri yoktur. Karayılan Otu (Black Cohosh), vazomotor semptomların tedavisinde etkinlik ve güvenlik verileri çelişkilidir, karaciğer toksisitesi rapor edilmiştir. Ginseng, St. John's wort, ginkgo biloba gibi diğer bitkilerin vazomotor semptomların kontrolünde plaseboya üstünlükleri yoktur (12).

2.4.2.HT Dışı Yaklaşımlar

Hormon tedavisinin kontrendike olduğu veya hormon tedavisi almak istemeyen kadınlarda SSRI ve SNRI grubu antidepresanlar ve gabapentin/pregabalin

önerilmektedir. Vazomotor semptomların kontrolü için östrojen kullanmak istemeyen kadınlarda en etkili östrojen olmayan ajanlar antidepresanlardır. Paroksetin (7.5 mg/gün) bu amaçla FDA onayı alan tek ajandır. Türkiye’de bu antidepresanların menopoz semptomlarında kullanımı için Sağlık Bakanlığı onayı yoktur (12).

Sıcak basmalarında E vitamininin, duygu durumunun düzelmesinde ise B6 vitamininin iyi geldiği düşünülmektedir (47).

Menopoz sonrası osteoporoz riskini azaltmak için beslenmede kalsiyum ve D vitamininden zengin olan besinlerin tüketilmesi ve egzersiz önerilmektedir (43).

Menopoz yakınmalarının giderilmesinde önerilen bazı yaşam tarzı değişiklikleri ise şunlardır;

- Sıcak basmalarını tetikleyen faktörlerden kaçınmak (stres, yüksek ortam sıcaklığı, sıcak yemekler ve içecekler)
- Pamuktan elde edilen giysiler tercih etmek
- Düzenli egzersiz yapmak
- Vücut ağırlığı kontrolünün sağlanması
- Sigaranın bırakılması ve alkol kullanımının sınırlandırılması
- Relaksasyon tekniklerini uygulamak (diyafram kasını kullanarak solunum yapmak, yavaşça ve derin burundan soluk almak, ağızdan nefes vermek) (48).

2.5. KİŞİLİK

Yunanca kaynaklı olan kişilik kelimesi (persona), eskiden Yunan tiyatro oyunlarında oyuncuların rollerine uygun olarak sahnede taktıkları maskelere verilen isimken, sonradan kişilerin yaşamlarındaki olaylara karşı verdikleri tepkilerin tamamını anlatmak için kullanılmıştır (49).

Kişilik bireyin kendine özgü olan, duruma göre değişmeyip devamlılık gerektiren, genetik ve çevre gibi faktörlerin etkisiyle oluşan, iç dünyada hissedilen duygu ve düşüncelerin, dış dünyaya davranış olarak aktarılmasıdır (50).

Temeli yaşamın ilk yıllarında atılan kişiliğin ana hatları altı yaşında belirir, kişilik gençlik yıllarının sonuna doğru son biçimini alır (51).

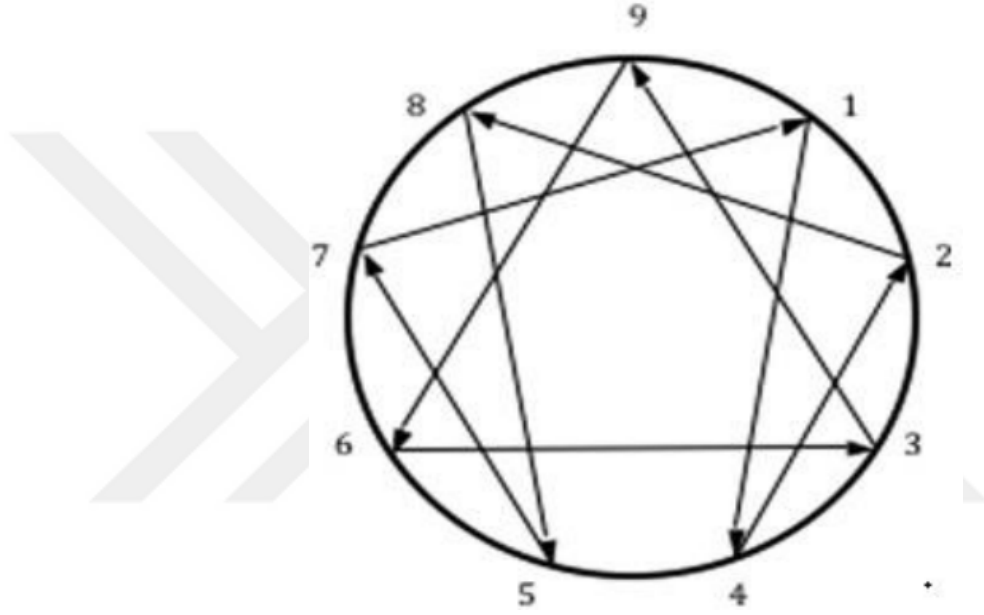
Genetik ve yapısal faktörlerden etkilenen kişilik, ebeveyn ilişkisi ve sosyal ortamlarla şekillenir (52).

2.6. ENNEAGRAM

2.6.1. Dokuz Kişilik Tipi

20. yüzyılın ikinci yarısında İchazo ve psikiyatr Naranjo'nun katkılarıyla bir kişilik tip modeline dönüşen enneagram, Yunanca'daki ennea (dokuz) ve grammos (noktalar) kelimelerinin kombinasyonu ile oluşturulan bir isimlendirmedir (53).

Enneagram duygu (kalp), zihin (kafa) ve içgüdü (karın) olmak üzere 3 bölgeden ve toplamda dokuz kişilik tipinden oluşur.



Şekil 1. Enneagram sisteminde dokuz kişilik tipinin gösterimi (54)

1 Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi- Reformcu

2 Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever

3 Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör

4 Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik (Özgün)

5 Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci

6 Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan

7 Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyf-Rahatına Düşkün

8 Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider

9 Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı

Şekil 1’deki okların yönü stres noktasını, okların tersi yönü ise güven noktasını gösterir. Kişi stres altındayken stres noktasındaki kişilik tipine yönelir ve bu tipin zayıf yanlarını gösterir, kişi kendinin emniyette olduğunu düşünürse o zaman da güven noktasındaki kişilik tipine yönelir ve bu tipin güçlü taraflarını gösterir. Kanat etkisi ise bazı zamanlarda kişilik tipinin ön ve arkasındaki kişilik tipi özelliklerinin etkisi altında kalınmasıdır (54).

Her potansiyel merkezi üç kişilik tipini içine almıştır. Duygu merkezi; 2,3,4 numaralı kişilik tiplerini; içgüdü merkezi 1,9,8, numaralı tiplerini; zihin merkezi 5,6,7 numaralı kişilik tiplerini içine almıştır. Kişilik tipinin dahil olduğu merkez, en çok kullanılan merkez olup karar alırken dominant potansiyelimizi ortaya çıkarır. Kararsızlık yaşanan durumlarda diğerleri devreye girebilir (54).

2.6.1.1. Bir numaralı kişilik tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu

Titiz, sorumluluk bilinci çok yüksek, disiplinli, mantıklı, işkolik ve adil insanlardır (53). Hep bir şeyleri mükemmelleştirme peşinde koşarlar. Kuralcıdırlar, belli sınırların çizilmesi ve buna göre yaşamak tam onlara göredir ve onlara göre herkes bu kurallara uymalıdır. İç sesleri hep eleştirel konuşur, yapılması gerekeni yaptığında bile daha fazlası, daha iyisi olmalıydı diye suçluluk hissedebilirler (55). Genel olarak her şey ya siyah ya beyazdır (54).

Obsesif kompulsif bozukluk bu kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik rahatsızlıktır (54).

Dokuz kanadına sahip birler etrafa karşı daha soğuk ve ciddi, daha sakin ve inatçıdırlar (56).

İki kanadına sahip birler son derece sıcakkanlı ve yardımseverdirler (56).

2.6.1.2. İki numaralı kişilik tipi: Yardımsever

İçten, samimi, yardımsever, popüler tiplerdir. Yaptıkları yardımın büyüklüğü oranında kendilerini değerli hissederler. İlişki kurma noktasında iyidirler ve iletişimde problem yaşamazlar. Anlayışlı ve cana yakın insanlardır (54).

En sık rastlanılan psikiyatrik rahatsızlık anksiyete bozukluğudur (54).

Bir kanadına sahip ikiler duygularını çok iyi kontrol eden, ne istediğini bilen, insanlara faydalı olan başarılı kişilerdir (54).

Üç kanadına sahip ikiler dış görünüşlerine çok fazla önem veren, duygularını gizleme konusunda başarılı olan insanlardır (56). İnsanlara ilgi göstermekten ve ilgi görmekten hoşlanan bu insanlar kendilerinden emin, yaşama sevinciyle dolu, çevresine pozitif enerji saçan, samimi kişilerdir (54).

2.6.1.3. Üç numaralı kişilik tipi: Başaran-Motivatör

Amaçları alanında en iyisi olmak olan bu kişiler hırslıdırlar, yarışmayı severler. Yüksek hedeflere sahip olup bu hedeflere ulaşmak için çok çalışırlar (56).

Dış görünüşlerine çok fazla önem verirler. İyi göründüklerine inandıkları için özgüvenleri çok yüksektir. Kendilerine hayran olunmasını isteyen bu insanlar bunun için çok çaba sarfederler (54).

Narsizm bu tipte en çok rastlanılan psikiyatrik rahatsızlıktır (54).

İki kanadına sahip üçler daha dışa dönük ve sosyal insanlardır. İkinin etkisinden dolayı pek duygularını gizleyemezler, daha kolay kırılabilirler (56).

Dört kanadına sahip üçler kendinden emin, içe dönük ve duyarlı insanlardır (54). Özgüven sahibi olan bu kişiler dördün getirdiği sanatsal yön ile popülerlikten ziyade daha özgün şeylere ilgi gösterirler (56).

2.6.1.4. Dört numaralı kişilik tipi: Traji-Romantik

Duygusal yönden son derece kuvvetlidirler, kendine özgü, sanatçı ruhlu tiplerdir. En büyük korkuları sıradan olmaktır (54). Kendi başlarına kalıp duygularını yaşamayı daha çok seven bu insanlar, sosyal hayatlarında samimiyete çok önem verirler. Etkileyici görünmek gibi bir istekleri olmadığı için farklı görünmeye çalışmaz, içlerinden geldiği gibi davranırlar (56).

Bu tiplerde en sık rastlanılan psikolojik rahatsızlık depresyondur (54).

Üç kanadına sahip dörtler daha dışa dönük ve daha aktiftir (56).

Beş kanadına sahip dörtler ise çok daha içe dönük ve sessiz olmayı tercih ederler (56). Bütün kişilik tipleri içinde en üretken olabilen gruptur. Çünkü sezgi, kavrayış ve duyarlılığı entelektüel zeka ile birleştirerek olağanüstü eserler ortaya çıkarırlar (54).

2.6.1.5. Beş numaralı kişilik tipi: Gözlemci-Araştırmacı

Sosyal ilişkiler kurmak yerine tek başlarına olup düşünmek onları daha çok mutlu eder. Temas halinde olmaktan hoşlanmazlar. Duygusal kişiler değildirler. Daima neden-sonuç ilişkisini sorgulayan ve konsantrasyonları çok iyi olan bu kişiler, bir konuya odaklanırlarsa saatlerce bıkmadan, ara vermeden o konuyla ilgilenebilirler (56). Az arkadaşları vardır; fakat sağlam ilişkileri olur, ömür boyu arkadaşlıklarını devam ettirirler. Sır saklama becerileri yüksek, güven veren, gösteriş peşinde olmayan tiplerdir. Bildikleri oranda kendilerini iyi hissedeni bu kişilik tipi için güç bilgidir. Uzun süre kendi başlarına çalışabilirler. Dâhilerin çoğu bu kişilik tipinden çıkar (54).

Beş numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık paranoyadır (54).

Dört kanadına sahip beşler daha içe dönük olup insanlarla daha az iletişim kurmayı tercih ederler. Sezgileri çok güçlüdür (54).

Altı kanadına sahip beşler kişilik tipleri arasında anlaşması en zor tiplerden biridir. Bu grubun temel özelliği güvensizliktir. İnsanlarla aralarına mesafe koyup içlerine kapanırlar ve yalnızlaşırlar. Yalnızlaştıkça da kendilerini daha çok işe verirler (54).

2.6.1.6. Altı numaralı kişilik tipi: Sadık-Sorgulayan

Kişilik tipleri içinde en az anlaşılabileni altılardır. Çelişkilerle dolu olan bu kişiler hem otoriteye itaat ederler hem de otoriteye karşı hırçın davranırlar. İnsanlara yakın olmak isterler ama öncelikle onları test ederler (54).

Altı numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık pasif agresif kişilik bozukluğudur (54).

Beş kanadına sahip altılar çevreleriyle mesafeli ilişkiler kurarlar. Beşin verdiği entelektüelliğin yanı sıra, altıdan dolayı gerçekçilik ve şüphecilik de beraberinde gelir (56). En cazibeli olabilen kişilik tipidir (54).

Yedi kanadına sahip altılar beş kanadına göre daha dışa dönük, rahat ve sakinlerdir (54).

2.6.1.7. Yedi numaralı kişilik tipi: Ehli keyf-Rahatına düşkün

Etraflarına neşe saçan, coşkulu ve uyumlu insanlardır. Özgür olmayı, mutlu kalmayı isterler. Enerjileri hep doruklardadır, macera peşinde koşarlar. Olaylara pozitif bakarlar. Hayattan zevk almak bu kişiler için çok önemlidir. Yeni tecrübeler, yeni fikirler, yeni kişiler onlara keyif verir (56). Bir işe başlarken sonunu düşünmeden en acele o işe girişebilen kişiler bu gruptadır (54).

Bu kişilik tipinde en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlık bipolar bozukluktur (54).

Altı kanadına sahip yediler sevgi dolu ve eğlenceyi seven entelektüel insanlardır. Kolay incinebilirler fakat çabuk toparlanırlar. Altı kanadı yedinin saldırgan özelliğini yumuşatırken, endişelerini artırır (54).

Sekiz kanadına sahip yediler son derece saldırgan, daha maddiyatçı ve daha egoistlerdir. Sürekli buyurma tavırlarıyla etrafındaki insanları rahatsız ederler (54).

2.6.1.8. Sekiz numaralı kişilik tipi: Reis-Lider

Otoriter bir yapıya sahip olmaları ve kendilerine son derece güvenmeleri nedeniyle liderler genellikle bu gruptan çıkar. Özgüvenleri sayesinde motivasyon sıkıntısı yaşamazlar. Hırslıdırlar, kavga etmekten çekinmezler. En cesur, en kararlı olabilen, en saldırgan ve en azimli kişilik tipidir. İdealisttirler ve büyük hedeflerin insanlarıdır. Kaybetmekten nefret ederler (54).

Bu kişilik tipinde en çok rastlanılan psikiyatrik rahatsızlık anti sosyal kişilik bozukluğudur (54).

Yedi kanadına sahip sekizlerin özgüvenleri çok yüksek olup oldukça saldırgan yapıya sahiplerdir. Tüm kişilik tipleri içinde en benmerkezci tipi oluştururlar (54).

Dokuz kanadına sahip sekizler daha az saldırgan ve daha az otoriterdirler. Başka insanların fikirlerine de önem verirler (54).

2.6.1.9. Dokuz numaralı kişilik tipi: Barışçı-Sakin

İnsanlarla en iyi geçinen ve en uyumlu kişilik tipidir. Genellikle tepkisiz, sessiz, hareketleri yavaş, ses tonu düşük insanlardır. Tedbirlidirler, tartışmaya girmekten hiç hoşlanmazlar. Yegane amaçları huzur içinde yaşamak, kaostan uzak durmaktır. En büyük problemleri kendilerini değil, başkalarını tatmin etmeyi amaç edinmeleridir. Özgürlüklerinin kısıtlanmasından hoşlanmazlar, değişiklikleri sevmezler ama değişim olursa adaptasyonda zorluk yaşamazlar. Ulaşamazlarsa üzülecekleri için hayattan beklentileri yüksek değildir. Tüm motivasyonları huzurlarını korumaktan ibarettir. Tembel tembel oturmaktan zevk alan dokuzlar için faaliyetsizlik de bir faaliyettir (54).

Dokuz numaralı kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik hastalık pasif agresif kişilik bozukluğudur (54).

Sekiz kanadına sahip dokuzlar özgüven sahibi, daha rahat hayır diyebilen ve daha çabuk öfkelenen insanlardır (56).

Bir kanadına sahip dokuzlar duygusal yönden daha dengeli ve sakin, çok dürüst ve aşırı prensiplidirler (54). İşlerini gereken zamanda bitirmeyi çok önemseyen bu kişiler, daha muhafazakar ve kontrollü insanlardır (56).

Enneagram sınıflamasında kişiye ait bütün özellikler ele alınarak değerlendirme yapılır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmamızın amacı; Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının kişilik özellikleri ve çeşitli faktörlerle ilişkisini değerlendirmek ve böylece menopoz dönemindeki şikayetlerin azaltılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

3.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE MERKEZİ

Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki çalışmamızın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine 15.12.2022 ile 15.02.2023 tarihleri arasında başvuran, son menstrüasyon kanaması üzerinden en az 1 yıl geçmiş olan kadın hastalar oluşturdu. Aile Hekimliği polikliniklerine ayda ortalama 608 kişi başvurduğu, bunun ortalama %61'inin kadın ve %36'sının belirtilen yaş grubunda olduğu göz önüne alındığında evren büyüklüğü 267 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapılarak %95 güven düzeyi ve %5 güven aralığı içinde minimum örneklem sayısı 158 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya toplam 158 hasta katıldı, 9 hasta kişilik tipi belirlenemediği için çalışma dışı bırakıldı. Araştırmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.11.2022 tarih, 211 sayılı onayı ile gerçekleştirildi (Ek:1).

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- Doğal menopoza girmiş olmak (Son adet tarihinin üzerinden en az 1 yıl geçmiş olması)
- Erken menopoz (45 yaş altı) olmaması
- Anket ve ölçek formlarını eksiksiz doldurmak
- < 65 yaş

Dışlama kriterleri:

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak

- Cerrahi menopoza girmiş olmak
- Menstrüel siklusun devam ediyor olması veya son adet tarihi üzerinden 1 yıl geçmemiş olması
- Erken menopoza (45 yaş altı) girmiş olmak
- Anket ve ölçek formlarını eksik doldurmak
- > 65 yaş olmak
-

3.3. MATERYAL VE METOT

Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan ve gönüllü olan menopoz dönemindeki kadınlara çalışma hakkında bilgi verildi. Gönüllü ve dahil edilme kriterlerine uygun kişilere tarafımızdan literatür incelemesi sonucunda hazırlanan ve yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık tanısı gibi demografik veriler ile jinekolojik-obstetrik ve klimakterik özelliklerin sorgulandığı açık ve kapalı uçlu toplam 18 sorudan oluşan bir sosyo-demografik bilgi formu dolduruldu (Ek:2). Hastaların boy, kilo ölçümleri kaydedildi, vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplandı. Sosyodemografik soruların yanında Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Taştan Kişilik Tipi Ölçeği uygulandı. Katılımcılara anket ve ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze uygulandı. Anket ve ölçeklere verilen yanıtlar analiz edilerek veriler olgu rapor formuna kaydedildi. Veriler kaydedilirken, üzerinden hiç kanama olmadan 1 yıl geçen son adet döngüsünün görüldüğü yaş menopoza girme yaşı olarak kabul edildi.

Çalışmamızın bağımlı değişkeni MSDÖ ile değerlendirilen menopoz semptomları; bağımsız değişkenleri TKTÖ ile değerlendirilen kişilik özellikleri, yaş, eğitim durumu, gebelik sayısı, menopoz yaşı, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik veriler, boy kilo ölçümleri, sigara, alkol kullanımı gibi çeşitli değişkenlerdir.

Çalışmanın Hipotezleri:

(H0): Bireylerin kişilik özellikleri ile menopoz semptomları arasında ilişki yoktur.

(H1): Bireylerin kişilik özellikleri ile menopoz semptomları arasında ilişki vardır.

Hastaların menopozal semptomlarının şiddetini belirlemek üzere Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) kullanıldı (Ek:3). 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 (57). 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 düşük puan 0 iken en yüksek puan 44'dür. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar 1- Somatik şikayetler alt boyutu (1,2. maddeler), 2- Psikolojik şikayetler alt boyutu (3,4,5,6,7,11. maddeler), 3- Ürogenital şikayetler alt boyutudur (8,9,10. maddeler). Ölçeğin Somatik şikayetler alt boyutu vazomotor semptomları ve kardiyovasküler semptomları sorgularken, Psikolojik şikayetler alt boyutu uyku sorunları, keyifsizlik, sinirlilik, endişe, yorgunluk, eklem ve kas rahatsızlıklarını, Ürogenital şikayetler alt boyutu da cinsel sorunlar, idrar sorunları ve vaginal şikayetleri sorgulamaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir. Gürkan tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik araştırması sonucunda, ölçeğin Türkçe formunun klinik pratikte kolayca kullanılabilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu anlaşılmıştır (58). Ölçeğin tüm maddelerine verilen yanıtlardaki tutarlılığın ve madde homojenliğinin incelendiği Chronbach's alpha güvenilirlik katsayısı 0.84'tür (58).

Hastaların kişilik tipini belirlemek üzere 2013 yılında Taştan ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve 44 maddeden oluşan Taştan Kişilik Tipleri Ölçeği (TKTÖ) kullanılmıştır (Ek:4). Bu ölçek 0-6 arası Likert tipi bir derecelemeden oluşmakta ve Türklerde Eneagram prensiplerine göre kişilik tiplerini belirlemek amacıyla kullanılabilir. Ölçeğin Chronbach's alpha güvenilirlik katsayısı 0.839'dur (59). Ölçeğin her biri bir kişilik tipinden oluşan dokuz alt tipi vardır. Her alt tipin sorularına verilen puanların ortalaması alınıp en yüksek puana sahip olan alt tip kişilik tipini

oluşturmaktadır. Bir numaralı kişilik tipi Mükemmeliyetçi-Reformcu, iki numaralı kişilik tipi Yardımsever, üç numaralı kişilik tipi Başaran-Motivatör, dört numaralı kişilik tipi Traji-Romantik, beş numaralı kişilik tipi Gözlemci, altı numaralı kişilik tipi Sadık-Sorgulayan, yedi numaralı kişilik tipi Ehli keyf-Rahatına düşkün, sekiz numaralı kişilik tipi Reis-Lider, dokuz numaralı kişilik tipi Barışçı olarak tanımlanmaktadır (59).

Katılımcılara uygulanan sosyo-demografik veri formu ile MSDÖ ve TKTÖ verileri karşılaştırıldı. Her iki ölçek puanları da birbiri ile karşılaştırılarak menopoz semptomların şiddeti ve kişilik tipleri arasındaki ilişki değerlendirildi.

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu, alkol-sigara kullanımını gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan Yaş, VKİ, Menopoza Girme Yaşı, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler, Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler, Genel Toplam puanı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin hiçbirinin normal dağılıma uymadıkları belirlendi bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Medyan (ÇAG–Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri kullanıldı. Ek olarak tanımlayıcı istatistik gösteriminde Ortalama±Standart Sapma (**Ort±SS**) değerleri kullanıldı.

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği sınıflamasına Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler, Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler, Genel Toplam puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi. Ayrıca eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler, Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler, Genel Toplam puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu.

Kronik hastalık durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı gibi iki gruplu değişkenlerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler, Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler, Genel Toplam puanlarının karşılaştırılmasında Mann- Whitney U testi kullanıldı.

Yaş ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler, Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler, Genel Toplam puanları arasında yapılan korelasyon analizinde Spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCI BİLGİ FORMUNA AİT VERİLER

Çalışmaya katılan bireylerin demografik verileri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Bireylerin %77.2’sinin evli, %38.9’unun ilkokul mezunu, %53.7’sinin ev hanımı olduğu, %68.5’inin kronik hastalığı bulunduğu, %19.5’unun sigara, %8.1’inin alkol kullandığı tespit edilmiştir.

Bireylerin %10.1’nin hiç gebeliği olmadığı, %89.9’unun en az bir gebelik geçirdiği saptanmıştır.

Bireylerin %40.3’ünün cinsel olarak aktif olduğu, %69.8’inin düzenli jinekoloğa gitmediği, %75.8’inin herhangi bir jinekolojik ameliyat geçirmediği tespit edilmiştir.

Bireylerin %94’ünün hormon tedavisi görmediği, %49.7’sinin menopoza yönelik bilgi almadığı saptanmıştır.

Tablo 1: Demografik Özellikler

	n (%)
Medeni Durum	
Evli	115 (77.2)
Dul/Boşanmış	28 (18.8)
Bekar	6 (4.0)
Eğitim Durumu	
Eğitim almamış-okur yazar	12 (8.1)
İlkokul-ortaokul	78 (52.3)
Lise ve üzeri	59 (39.6)
Çalışma Durumu	
Emekli	38 (25.5)
Ev Hanımı	80 (53.7)
Çalışıyor	31 (20.8)
Gelir Durumu	
Asgari Ücret Altı	42 (28.2)
Asgari Ücret	38 (25.5)
Asgari Ücret Üstü	69 (46.3)
Kronik Hastalık Var mı?	
Yok	47 (31.5)

Var	102 (68.5)
Kronik Hastalık Durumu*	
Diyabet	36 (35.3)
Solunum Sistemi Hastalıkları	14 (13.7)
Ürogenital Sistem	1 (1.0)
Kardiyolojik	10 (9.8)
Kan Hastalıkları	2 (2.0)
Psikiyatrik	8 (7.8)
Kas-İskelet	15 (14.7)
Endokrin	37 (36.3)
Nörolojik	4 (3.9)
Gastrointestinal Sistem	1 (1.0)
Hipertansiyon	40 (39.2)
Diğer	10 (9.8)
Sigara Kullanım Durumu	
Evet	29 (19.5)
Hayır	120 (80.5)
Alkol Kullanım Durumu	
Evet	12 (8.1)
Hayır	137 (91.9)
Gebelik Sayısı	
0	15 (10.1)
1-2	49 (32.9)
≥3	85 (57.0)
Doğum Sayısı	
0	18 (12.1)
1-2	81 (54.3)
≥3	50 (33.6)
Düşük Kürtaj Sayısı	
Yok	72 (48.3)
Var	77 (51.7)
Jinekolojik Ameliyat Geçirdiniz Mi?	
Evet	36 (24.2)
Hayır	113 (75.8)
Düzenli Jinekoloğa Gider Misiniz?	
Evet	45 (30.2)
Hayır	104 (69.8)

Cinsel Aktif Misiniz?	
Evet	60 (40.3)
Hayır	89 (59.7)
Hormon Tedavisi Gördünüz Mü?	
Tedavi Görmeyen	140 (94.0)
Tedavi Gören Bırakan	9 (6.0)
Tedavi Sonucu	
Olumlu Etkilenen	5 (55.6)
Olumsuz Etkilenen	2 (22.2)
Kısmen Etkilenen	2 (22.2)
Menopoza Yönelik Bilgi Aldınız mı?	
Hayır	74 (49.7)
Evet	75 (50.3)
Kimden Bilgi Aldınız*	
Ebe-Hemşire	4 (5.3)
Doktor	60 (80.0)
Kitle İletişim Araçları	16 (21.3)
Komşu-Akraba	15 (20.0)

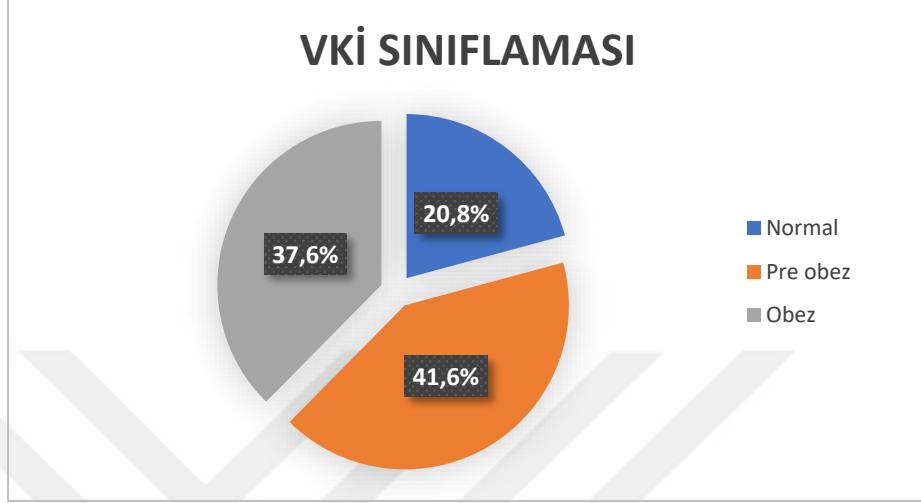
*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Bireylerin yaş ortalaması 56.56 ± 5.28 yıl (aralık 46-65), VKİ ortalaması 29.36 ± 5.64 kg/m², ortalama menopoza girme yaşı 49.30 ± 3.52 yıl olup, en son adet tarihi üzerinden ortalama 8.35 ± 5.23 yıl geçmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Yaş (yıl)	56.56±5.28	56.0 (9.0)	46.0; 65.0
VKİ (kg/m²)	29.36±5.64	28.5 (7.3)	19.5; 48.3
Menopoza Girme Yaşı	49.30±3.52	49.0 (5.0)	45.0; 61.0
En Son Adet Tarihi (... Yıl Önce)	8.35±5.23	7.0 (8.0)	2.0; 21.0

VKİ sınıflamasına göre bireylerin %41.6'sının (n=62) preobez, %37.6'sının (n=56) obez, %20.8'inin (n=31) normal vücut ağırlığında olduğu tespit edilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2: VKİ Sınıflaması Dağılımı

4.2. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN VERİLER

Katılımcılarda en sık görülen semptomlar sırasıyla:

- %85.2'sinde sıcak basması-terleme (%28.9 orta düzeyde),
- %83.9'unda eklem-kas rahatsızlıkları (%31.5 orta düzeyde),
- %81.2'sinde fiziksel- zihinsel yorgunluk (%38.9 orta düzeyde),
- %75.2'sinde keyifsizlik hali (%30.2 hafif düzeyde),
- %73.8'inde sinirlilik (%27.5 hafif düzeyde),
- %69.8'inde uyku sorunları (%22.8 hafif - %22.8 şiddetli düzeyde),
- %63.1'inde vajinada kuruluk (%33.6 hafif düzeyde),
- %62.4'ünde cinsel sorunlar (%33.6 hafif düzeyde),
- %59.7'sinde endişe (%22.8 hafif düzeyde),
- %53'ünde idrar sorunları (%24.8 hafif düzeyde),
- %49.7'sinde kalp rahatsızlıkları (%27.5 hafif düzeyde) tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

İfadeler	Hiç Yok n (%)	Hafif n (%)	Orta n (%)	Şiddetli n (%)	Çok Şiddetli n (%)
Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)	22 (14.8)	33 (22.1)	43 (28.9)	26 (17.4)	25 (16.8)
Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)	75 (50.3)	41 (27.5)	25 (16.8)	7 (4.7)	1 (0.7)
Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	45 (30.2)	34 (22.8)	32 (21.5)	34 (22.8)	4 (2.7)
Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)	37 (24.8)	45 (30.2)	40 (26.8)	23 (15.4)	4 (2.7)
Sinirlilik (Sinirliklik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)	39 (26.2)	41 (27.5)	38 (25.5)	24 (16.1)	7 (4.7)
Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi)	60 (40.3)	34 (22.8)	33 (22.1)	18 (12.1)	4 (2.7)
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)	28 (18.8)	39 (26.2)	58 (38.9)	18 (12.1)	6 (4.0)
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)	56 (37.6)	50 (33.6)	32 (21.5)	7 (4.7)	4 (2.7)
İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	70 (47.0)	37 (24.8)	33 (22.1)	5 (3.4)	4 (2.7)
Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)	55 (36.9)	50 (33.6)	36 (24.2)	6 (4.0)	2 (1.3)
Eklemler ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)	24 (16.1)	42 (28.1)	47 (31.5)	23 (15.4)	13 (8.7)

Bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği:

Somatik Şikayetler puan ortalaması 2.77 ± 1.81 (alınabilecek puan 0-8 puan),

Psikolojik Şikayetler puan ortalaması 8.74 ± 4.96 (alınabilecek puan 0-24 puan),

Ürogenital Şikayetler puan ortalaması 2.91 ± 2.41 (alınabilecek puan 0-12 puan)

Genel Toplam puan ortalaması 14.42 ± 7.65 'tir (alınabilecek puan 0-44 puan)

(Tablo 4).

Tablo 4: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları tanımlayıcı istatistikler

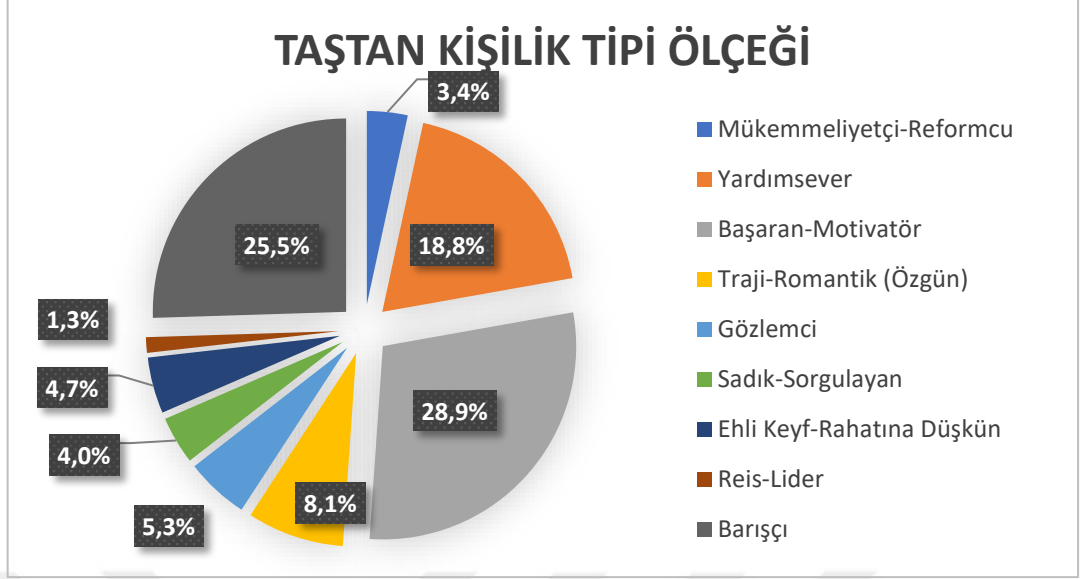
	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Somatik Şikayetler	2.77±1.81	3.0 (3.0)	0.0; 8.0
Psikolojik Şikayetler	8.74±4.96	8.0 (7.0)	0.0; 21.0
Ürogenital Şikayetler	2.91±2.41	2.0 (3.0)	0.0; 10.0
Genel Toplam	14.42±7.65	14.0 (11.0)	0.0; 39.0

Menopoz Semptomları Değerlendirme ölçeğine ait iç tutarlılık katsayısı 0.848 olarak bulunmuştur.

4.3. TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN VERİLER

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği sınıflamasına göre bireylerin kişilik tipleri sıklık sırasıyla;

- %28.9'u (n=43) Başaran-Motivatör,
- %25.5'i (n=38) Barışçı,
- %18.8'i (n=28) Yardımsever,
- %8.1'i (n=12) Traji-Romantik (Özgün),
- %5.3'ü (n=8) Gözlemci,
- %4.7'si (n=7) Ehli Keyf-Rahatına Düşkün,
- %4.0'ü (n=6) Sadık-Sorgulayan,
- %3.4'ü (n=5) Mükemmeliyetçi-Reformcu,
- %1.3'ü (n=2) Reis-Lider olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3).



Şekil 3: Taştan Kişilik Tipi Ölçek Dağılımı

4.4.TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ İLE MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

TKTÖ ile MSDÖ karşılaştırma verileri Tablo 5’te gösterilmiştir.

TKTÖ sınıflamasına göre bireylerin MSDÖ Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.026$). TKTÖ sınıflamasına göre bireylerin MSDÖ Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler ve Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5)

Tablo 5: Taştan Kişilik Tipi Ölçeği sınıflamasında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	SOMATİK ŞİKAYETLER		PSİKOLOJİK ŞİKAYETLER		ÜROGENİTAL ŞİKAYETLER		GENEL	TOPLAM	
	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	
Taştan Kişilik Tipi Ölçeği	Mükemme İyetçi-Reformcu	2.20±1.92	2.0 (4.0)	7.20±4.15	8.0 (8.0)	2.60±1.34	2.0 (3.0)	12.00±6.04	12.0 (11.0)
	Yardımsaver	2.82±1.54	3.0 (2.0)	8.21±5.19	8.0 (9.0)	3.04±2.24	3.0 (4.0)	14.07±6.88	13.5 (11.0)
	Başaran-Motivatör	3.16±1.99	3.0 (3.0)	9.53±5.00	10.0 (7.0)	2.79±2.70	2.0 (5.0)	15.49±8.21	14.0 (11.0)
	Traji-Romantik (Özgün)	3.08±1.73	3.5 (2.0)	10.92±4.17	10.5 (6.0)	4.00±2.33	4.0 (4.0)	18.00±6.78	17.0 (9.0)
	Gözlemci	2.25±0.89	2.0 (1.0)	9.25±4.98	9.5 (9.0)	2.63±2.13	2.5 (4.0)	14.13±6.66	15.5 (11.0)
	Sadık-Sorgulayan	4.50±1.52	4.5 (3.0)	13.50±3.73	12.5 (8.0)	3.50±2.17	3.0 (4.0)	21.50±6.16	22.0 (12.0)
	Ehli Keyf-Rahatına Düşkün	2.14±1.77	3.0 (4.0)	6.86±6.34	4.0 (12.0)	2.14±3.18	0.0 (5.0)	11.14±10.16	8.0 (23.0)
	Reis-Lider	4.50±0.71	4.5 (N/A)	9.00±9.89	9.0 (N/A)	4.50±6.36	4.5 (N/A)	18.00±16.97	18.0 (N/A)
	Barışçı	2.13±1.76	2.0 (2.0)	7.24±4.26	7.0 (6.0)	2.66±2.12	2.5 (3.0)	12.03±6.65	12.0 (8.0)
	Test İstatistiği	χ^2 ;p	$\chi^2=17.427$; p=0.026	$\chi^2=15.314$; p=0.053	$\chi^2=5.792$; p=0.671	$\chi^2=14.957$; p=0.060			

χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği, N/A: Not Available

Somatik Şikayetler puanları bakımından Taştan Kişilik Tipi Ölçeği sınıflaması ikili karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Tablo 6). Buna göre Barışçı kişilik tipinde somatik şikayetlerin daha az, Sadık-Sorgulayan kişilik tipinde daha çok olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6: Somatik Şikayetler puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği	p*
Barışçı—Başaran Motivator	0.011
Barışçı—Sadık Sorgulayan	0.003
Barışçı—Reis Lider	0.040
Mükemmeliyetçi Reformcu—Sadık Sorgulayan	0.037
Gözlemci—Sadık Sorgulayan	0.020
Ehli Keyf Rahatına Düşkün—Sadık Sorgulayan	0.027
Yardımsaver—Sadık Sorgulayan	0.044

**Sadece anlamlı değerler verilmiştir.*

4.5. KATILIMCI BİLGİ FORMU İLE MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

KBF ile MSDÖ Somatik Şikayetler puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre VKİ sınıflamasına göre bireylerin Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.003$), MSDÖ Somatik Şikayetler puanları ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 7: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler puanlarının karşılaştırılması

		SOMATİK ŞİKAYETLER			
		PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ ²	p
Medeni Durum	Evli	2.76±1.79	3.0 (3.0)	χ ² =1.734	0.420
	Dul/Boşanmış	2.54±1.48	2.5 (1.0)		
	Bekar	4.17±3.06	4.0 (6.0)		
Eğitim Durumu	Eğitim almamış- okur yazar	2.17±1.80	2.5 (3.0)	χ ² =1.675	0.433
	İlkokul-ortaokul	2.73±1.67	3.0 (2.0)		
	Lise ve üzeri	2.95±1.98	3.0 (4.0)		
Çalışma Durumu	Emekli	3.08±2.02	3.0 (2.0)	χ ² =2.976	0.226
	Ev Hanımı	2.81±1.79	3.0 (3.0)		
	Çalışıyor	2.29±1.53	2.0 (2.0)		
Gelir Durumu	Asgari Ücret Altı	2.86±1.98	3.0 (3.0)	χ ² =0.023	0.988
	Asgari Ücret	2.71±1.75	3.0 (3.0)		
	Asgari Ücret Üstü	2.75±1.75	3.0 (3.0)		
Kronik Hastalık Var Mı?	Yok	2.53±1.93	2.0 (3.0)	z=1.510	0.131
	Var	2.88±1.75	3.0 (2.0)		
Sigara Kullanım Durumu	Evet	2.93±1.60	3.0 (3.0)	z=0.846	0.398
	Hayır	2.73±1.86	3.0 (3.0)		
Alkol Kullanım Durumu	Evet	2.58±1.88	2.5 (4.0)	z=0.272	0.785
	Hayır	2.79±1.81	3.0 (3.0)		
Gebelik Sayısı	0	3.53±2.42	3.0 (3.0)	χ ² =1.818	0.403
	1-2	2.88±1.82	3.0 (2.0)		
	≥3	2.58±1.66	3.0 (3.0)		
Doğum Sayısı	0	3.17±2.45	2.5 (4.0)	χ ² =4.395	0.111

	1-2	2.96±1.79	3.0 (2.0)		
	≥3	2.32±1.49	2.0 (2.0)		
Düşük Kürtaj Sayısı	Yok	2.88±1.78	3.0 (2.0)	z=0.572	0.567
	Var	2.68±1.85	3.0 (3.0)		
Jinekolojik Ameliyat Geçirdiniz Mi?	Evet	2.56±1.61	3.0 (2.0)	z=0.663	0.507
	Hayır	2.84±1.87	3.0 (3.0)		
Düzenli Jinekoloğa Gider Misiniz?	Evet	2.91±1.78	3.0 (3.0)	z=0.776	0.438
	Hayır	2.71±1.83	3.0 (3.0)		
Cinsel Aktif Misiniz?	Evet	2.50±1.73	2.0 (3.0)	z=1.548	0.122
	Hayır	2.96±1.85	3.0 (2.0)		
Hormon Tedavisi Gördünüz Mü?	Tedavi Görmeyen	2.72±1.79	3.0 (3.0)	z=1.418	0.156
	Tedavi Gören	3.56±2.07	4.0 (3.0)		
	Bırakan				
Menopoza Yönelik Bilgi Aldınız mı?	Hayır	2.70±1.73	3.0 (2.0)	z=0.412	0.680
	Evet	2.84±1.89	3.0 (3.0)		
VKİ Grup	Normal	2.77±1.99	3.0 (3.0)	χ ² =11.370	0.003
	Pre obez	2.26±1.65	2.0 (2.0)		
	Obez	3.34±1.73	3.0 (2.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği

Somatik Şikayetler puanları bakımından VKİ sınıflaması ikili karşılaştırmalarda Preobez—Obez arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0.002) (Tablo 8). Buna göre obez bireylerin MSDÖ somatik puanlarının daha fazla olduğu, pre obez bireylerin MSDÖ somatik puanlarının daha az olduğu görülmüştür.

Tablo 8: Somatik Şikayetler puanlarının İkili Karşılaştırmaları

VKİ Sınıflaması	p
Pre obez—Normal	0.635
Pre obez—Obez	0.002
Normal—Obez	0.365

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

Çalışmaya katılan bireylerin tüm değişken gruplarında MSDÖ Psikolojik Şikayetler puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Psikolojik Şikayetler puanlarının karşılaştırılması

		PSİKOLOJİK ŞİKAYETLER PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Medeni Durum	Evli	8.76±4.85	8.0 (7.0)	$\chi^2=0.241$	0.887
	Dul/Boşanmış	8.43±5.15	9.0 (8.0)		
	Bekar	10.00±6.81	9.5 (11.0)		
Eğitim Durumu	Eğitim almamış-okur yazar	7.08±5.21	5.0 (10.0)	$\chi^2=2.499$	0.287
	İlkokul-ortaokul	8.50±4.73	8.0 (6.0)		
	Lise ve üzeri	9.41±5.18	9.0 (8.0)		
Çalışma Durumu	Emekli	8.55±5.34	8.0 (9.0)	$\chi^2=0.216$	0.898
	Ev Hanımı	8.69±4.70	8.5 (7.0)		
	Çalışıyor	9.13±5.27	8.0 (7.0)		
Gelir Durumu	Asgari Ücret Altı	8.64±4.82	8.0 (5.0)	$\chi^2=0.561$	0.755
	Asgari Ücret	8.37±5.10	8.0 (8.0)		
	Asgari Ücret Üstü	9.01±5.02	9.0 (9.0)		
Kronik Hastalık Var Mı?	Yok	8.55±4.80	8.0 (7.0)	z=0.260	0.795
	Var	8.83±5.05	9.0 (7.0)		

Sigara Kullanım Durumu	Evet	9.93±4.96	9.0 (7.0)	z=1.319	0.187
	Hayır	8.46±4.94	8.0 (8.0)		
Alkol Kullanım Durumu	Evet	10.17±5.46	11.0 (10.0)	z=1.203	0.229
	Hayır	8.62±4.92	8.0 (7.0)		
Gebelik Sayısı	0	9.93±6.35	9.0 (8.0)	$\chi^2=1.381$	0.501
	1-2	8.00±4.54	8.0 (7.0)		
	≥3	8.96±4.92	9.0 (7.0)		
Doğum Sayısı	0	9.78±6.25	9.5 (9.0)	$\chi^2=0.484$	0.785
	1-2	8.80±5.00	8.0 (8.0)		
	≥3	8.28±4.39	8.5 (7.0)		
Düşük Kürtaj Sayısı	Yok	8.38±5.00	8.0 (8.0)	z=0.874	0.382
	Var	9.09±4.93	9.0 (8.0)		
Jinekolojik Ameliyat Geçirdiniz Mi?	Evet	9.28±5.85	8.0 (10.0)	z=0.351	0.725
	Hayır	8.58±4.66	8.0 (7.0)		
Düzenli Jinekoloğa Gider Misiniz?	Evet	8.76±5.39	8.0 (10.0)	z=0.019	0.985
	Hayır	8.74±4.79	8.0 (7.0)		
Cinsel Aktif Misiniz?	Evet	8.45±4.79	8.0 (6.0)	z=0.667	0.505
	Hayır	8.94±5.08	9.0 (8.0)		
Hormon Tedavisi Gördünüz Mü?	Tedavi Görmeyen	8.73±4.98	8.0 (7.0)	z=0.140	0.889
	Tedavi Gören Bırakan	9.00±4.87	8.0 (7.0)		
Menopoza Yönelik Bilgi Aldınız mı?	Hayır	8.12±4.47	8.0 (6.0)	z=1.275	0.202
	Evet	9.36±5.36	9.0 (7.0)		
VKİ Grup	Normal	9.35±4.41	10.0 (7.0)	$\chi^2=2.240$	0.326
	Pre obez	8.21±5.52	8.0 (7.0)		
	Obez	9.00±4.61	9.0 (7.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 = Kruskal Wallis Test İstatistiği

Çalışmaya katılan bireylerin tüm değişken gruplarında MSDÖ Ürogenital Şikayetler puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Ürogenital Şikayetler puanlarının karşılaştırılması

		ÜROGENİTAL			
		ŞİKAYETLER PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Medeni Durum	Evli	3.06±2.40	3.0 (4.0)	$\chi^2=3.429$	0.180
	Dul/Boşanmış	2.14±1.98	2.0 (3.0)		
	Bekar	3.50±3.94	3.0 (6.0)		
Eğitim Durumu	Eğitim almamış- okur yazar	2.75±2.22	2.5 (3.0)	$\chi^2=1.249$	0.535
	İlkokul-ortaokul	2.62±2.04	2.0 (3.0)		
	Lise ve üzeri	3.32±2.85	3.0 (4.0)		
Çalışma Durumu	Emekli	2.76±2.91	2.0 (4.0)	$\chi^2=3.249$	0.197
	Ev Hanımı	3.10±2.13	3.0 (3.0)		
	Çalışıyor	2.58±2.49	2.0 (5.0)		
Gelir Durumu	Asgari Ücret Altı	2.86±2.19	2.0 (3.0)	$\chi^2=0.114$	0.944
	Asgari Ücret	2.76±2.29	2.5 (3.0)		
	Asgari Ücret Üstü	3.01±2.63	2.0 (4.0)		
Kronik Hastalık Var Mı?	Yok	2.57±2.32	2.0 (3.0)	z=1.148	0.251
	Var	3.06±2.45	3.0 (4.0)		
Sigara Kullanım Durumu	Evet	3.07±2.45	3.0 (5.0)	z=0.498	0.619
	Hayır	2.87±2.41	2.0 (3.0)		
Alkol Kullanım Durumu	Evet	4.00±2.73	3.5 (3.0)	z=1.529	0.126
	Hayır	2.81±2.37	2.0 (3.0)		
Gebelik Sayısı	0	2.27±2.79	1.0 (4.0)	$\chi^2=2.483$	0.289
	1-2	2.76±2.18	2.0 (3.0)		
	≥3	3.11±2.47	3.0 (4.0)		

	0	2.44±2.68	2.0 (4.0)		
Doğum Sayısı	1-2	3.12±2.51	3.0 (4.0)	$\chi^2=1.911$	0.385
	≥3	2.72±2.15	2.5 (3.0)		
Düşük Kürtaj Sayısı	Yok	2.63±2.30	2.0 (4.0)	z=1.252	0.211
	Var	3.17±2.49	3.0 (2.0)		
Jinekolojik Ameliyat Geçirdiniz Mi?	Evet	3.50±2.66	3.0 (3.0)	z=1.459	0.144
	Hayır	2.72±2.31	2.0 (3.0)		
Düzenli Jinekoloğa Gider Misiniz?	Evet	3.13±2.52	3.0 (3.0)	z=0.645	0.519
	Hayır	2.81±2.37	2.0 (3.0)		
Cinsel Aktif Misiniz?	Evet	2.62±2.15	2.0 (3.0)	z=0.903	0.366
	Hayır	3.10±2.57	3.0 (4.0)		
Hormon Tedavisi Gördünüz Mü?	Tedavi Görmeyen	2.94±2.46	2.0 (4.0)	z=0.416	0.678
	Tedavi Gören	2.33±1.50	3.0 (3.0)		
	Bırakan				
Menopoza Yönelik Bilgi Aldınız Mı?	Hayır	2.78±2.21	2.0 (3.0)	z=0.363	0.716
	Evet	3.03±2.61	3.0 (4.0)		
VKİ Grup	Normal	3.06±2.68	3.0 (5.0)	$\chi^2=0.343$	0.842
	Pre obez	2.77±2.34	2.0 (3.0)		
	Obez	2.96±2.37	2.5 (3.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği

Çalışmaya katılan bireylerin tüm değişken gruplarında MSDÖ Genel Toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Genel Toplam puanlarının karşılaştırılması

		GENEL TOPLAM PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ ²	p
Medeni Durum	Evli	14.57±7.50	14.0 (11.0)		
	Dul/Boşanmış	13.11±6.97	13.5 (9.0)	χ ² =0.651	0.722
	Bekar	17.67±12.85	16.0 (19.0)		
Eğitim Durumu	Eğitim almamış- okur yazar	12.00±8.47	8.5 (14.0)		
	İlkokul-ortaokul	13.85±6.63	12.5 (8.0)	χ ² =3.453	0.178
	Lise ve üzeri	15.68±8.61	15.0 (13.0)		
Çalışma Durumu	Emekli	14.39±8.99	13.5 (12.0)		
	Ev Hanımı	14.60±7.10	14.0 (11.0)	χ ² =0.184	0.912
	Çalışıyor	14.00±7.48	13.0 (12.0)		
Gelir Durumu	Asgari Ücret Altı	14.36±7.54	13.5 (8.0)		
	Asgari Ücret	13.84±7.48	12.0 (11.0)	χ ² =0.389	0.823
	Asgari Ücret Üstü	14.78±7.89	14.0 (13.0)		
Kronik Hastalık Var Mı?	Yok	13.66±7.77	13.0 (12.0)		
	Var	14.77±7.61	14.0 (11.0)	z=0.933	0.351
Sigara Kullanım Durumu	Evet	15.93±7.20	16.0 (11.0)		
	Hayır	14.06±7.74	13.0 (12.0)	z=1.459	0.144
Alkol Kullanım Durumu	Evet	16.75±8.69	17.0 (11.0)		
	Hayır	14.22±7.55	13.0 (10.0)	z=1.166	0.243
Gebelik Sayısı	0	15.73±9.85	13.0 (13.0)		
	1-2	13.63±6.83	14.0 (8.0)	χ ² =0.185	0.912
	≥3	14.65±7.72	13.0 (11.0)		
Doğum Sayısı	0	15.39±9.71	13.5 (14.0)	χ ² =1.441	0.486

	1-2	14.89±7.83	14.0 (12.0)		
	≥3	13.32±6.48	12.0 (9.0)		
Düşük Kürtaj Sayısı	Yok	13.88±7.56	14.0 (9.0)	z=0.633	0.527
	Var	14.94±7.75	13.0 (12.0)		
Jinekolojik Ameliyat Geçirdiniz Mi?	Evet	15.33±8.27	13.5 (14.0)	z=0.533	0.594
	Hayır	14.13±7.46	14.0 (10.0)		
Düzenli Jinekoloğa Gider Misiniz?	Evet	14.80±7.95	14.0 (15.0)	z=0.373	0.709
	Hayır	14.26±7.55	13.5 (10.0)		
Cinsel Aktif Misiniz?	Evet	13.57±7.31	13.0 (10.0)	z=1.108	0.268
	Hayır	15.00±7.86	14.0 (12.0)		
Hormon Tedavisi Gördünüz Mü?	Tedavi Görmeyen	14.39±7.73	13.5 (11.0)	z=0.223	0.823
	Tedavi Gören	14.89±6.60	15.0 (10.0)		
	Bırakan				
Menopoza Yönelik Bilgi Aldınız mı?	Hayır	13.61±7.09	13.0 (9.0)	z=1.116	0.265
	Evet	15.23±8.13	14.0 (13.0)		
VKİ Grup	Normal	15.19±7.52	15.0 (9.0)		
	Pre obez	13.24±7.93	12.0 (11.0)	χ ² =2.914	0.233
	Obez	15.30±7.37	14.0 (12.0)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği

Somatik Şikayetler Puanı ile VKİ değerleri arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0.027) (Tablo 12).

Psikolojik Şikayetler Puanı ile Yaş arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0.002) (Tablo 12).

Psikolojik Şikayetler Puanı ile En Son Adet Tarihi (... Yıl Önce) arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.028$) (Tablo 12).

MSDÖ Genel Toplam Puanı ile Yaş arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.004$) (Tablo 12).

Bu sonuçlara göre VKİ arttıkça somatik şikayetler puanlarının arttığı, yaş ve menopoz süresi arttıkça psikolojik şikayetler puanlarının azaldığı ve yaş arttıkça MSDÖ genel toplam puanlarının da azaldığı görülmüştür.

Tablo 12: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının ile Yaş, VKİ, Menopoz Girme Yaşı, SAT arasındaki ilişki

	<i>Somatik Şikayetler Puanı</i>		<i>Psikolojik Şikayetler Puanı</i>		<i>Ürogenital Şikayetler Puanı</i>		<i>Genel Toplam Puanı</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Yaş</i>	0.119	0.150	-0.256	0.002	-0.110	0.182	-0.235	0.004
<i>VKİ</i>	0.182	0.027	-0.021	0.801	-0.018	0.827	0.001	0.992
<i>Menopoz Girme Yaşı</i>	-0.139	0.091	-0.092	0.265	-0.057	0.491	-0.101	0.219
<i>En Son Adet Tarihi (... Yıl Önce)</i>	-0.031	0.706	-0.180	0.028	-0.031	0.708	-0.142	0.084

r:Spearman İlişki Katsayısı

Menopoz süresine göre bireylerin Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.028$). Menopoz süresine göre bireylerin Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler ve MSDÖ Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Menopoz süresine göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçek puanlarının karşılaştırılması

	MENOPOZ SÜRESİ			Test İstatistiği	
	2 yıl	3-4 yıl	5 yıl ve üzeri	χ^2	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
	Medyan (ÇAG)	Medyan (ÇAG)	Medyan (ÇAG)		
Somatik Şikayetler	1.95±1.56	3.44±1.98	2.78±1.76	$\chi^2=7.121$	0.028
Psikolojik Şikayetler	9.52±6.55	9.88±4.68	8.31±4.64	$\chi^2=1.866$	0.393
Ürogenital Şikayetler	3.24±2.79	2.40±2.68	2.96±2.27	$\chi^2=2.290$	0.318
Genel Toplam	14.71±9.21	15.72±8.15	14.05±7.22	$\chi^2=0.679$	0.712
	13.00 (17.00)	15.00 (10.00)	13.00 (9.00)		

χ^2 —Kruskal Wallis Test İstatistiği

Somatik Şikayetler puanları bakımından Menopoz süresi sınıflaması ikili karşılaştırmalarda 2 yıl—3-4 yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0.024) (Tablo 14). Bu verilere göre menopoz süresi 3-4 yıl olanların somatik şikayetleri en fazladır.

Tablo 14: Somatik Şikayetler puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Menopoz Süresi	p
2 yıl—5yıl ve üzeri	0.137
2 yıl—3-4 yıl	0.024
5 yıl ve üzeri—3-4 yıl	0.508

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

4.6. KATILIMCI BİLGİ FORMU İLE TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

TKTÖ sınıflamasına göre demografik özelliklerin dağılımı Tablo 15'te özetlenmiştir. Bu verilere göre:

- Mükemmeliyetçi - Reformcu ile Reis - Lider kişilik tiplerindeki tüm bireylerin evli olduğu,
- Lise ve üzeri eğitim alanların çoğunun Başaran - Motivatör kişilik tipindeki bireyler olduğu,
- Çalışma oranları karşılaştırıldığında en çok Gözlemci kişilik tipindeki bireylerin çalıştığı,
- Gelir durumları karşılaştırıldığında en yüksek gelire Ehli Keyf - Rahatına Düşkün bireylerin sahip olduğu,
- Kronik hastalığa sahip bireylerin çoğunun Başaran-Motivatör ve Barışçı kişilik tipinde olduğu,
- Mükemmeliyetçi – Reformcu kişilik tipindeki bireylerin hiçbirinin sigara içmediği,
- Mükemmeliyetçi – Reformcu, Traji - Romantik ve Sadık – Sorgulayan kişilik tipindeki bireylerin hiçbirinin alkol kullanmadığı,
- Düzenli jinekoloğa gitme oranının en fazla Yardımsever kişilik tipinde olduğu,
- Cinsel aktif olma oranlarının en fazla Ehli Keyf - Rahatına Düşkün ve Başaran – Motivatör kişilik tipinde olduğu,
- Mükemmeliyetçi – Reformcu ve Reis - Lider kişilik tiplerindeki hiçbir bireyin HT almadığı,
- Menopoza yönelik bilgiyi en fazla Gözlemci – Araştırmacı bireylerin aldığı,
- Obezite oranlarına bakıldığında oranın en fazla Yardımsever bireylerde olduğu görülmüştür.

Tablo 15: Bireylerin Taştan Kişilik Tipi Ölçeği Sınıflamasına göre demografik özelliklerin dağılımı

TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ									
	Mükemmeliyetçi- Reformcu n (%)	Yardımsaver n (%)	Başarar-Motivatör n (%)	Traji-Romantik (Özgün) n (%)	Gözlemci n (%)	Sadık- Sorgulayan n (%)	Ehli Keyf- Rahatına Düşkün n (%)	Reis-Lider n (%)	Barışçı n (%)
Medeni Durum									
Evli	5 (100.0)	17 (60.7)	34 (79.1)	11 (91.7)	4 (50.0)	5 (71.4)	5 (71.4)	2 (100.00)	31 (81.6)
Dul/Boşanmış	0 (0.0)	8 (28.6)	7 (16.2)	1 (8.3)	4 (50.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	7 (18.4)
Bekar	0 (0.0)	3 (10.7)	2 (4.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Eğitim Durumu									
Eğitim almamış- okur yazar	0 (0.0)	4 (14.3)	3 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (10.5)
İlkokul-ortaokul	3 (60.0)	11 (39.3)	23 (53.5)	6 (50.0)	2 (25.0)	4 (66.6)	1 (14.3)	1 (50.0)	27 (71.1)
Lise ve üzeri	2 (40.0)	13 (46.4)	17 (39.5)	6 (50.0)	6 (75.0)	1 (16.7)	6 (85.7)	1 (50.0)	7 (18.4)
Çalışma Durumu									
Emekli	1 (20.0)	7 (25.0)	8 (18.6)	3 (25.0)	4 (50.0)	2 (33.3)	3 (42.8)	1 (50.0)	9 (23.7)
Ev Hanımı	3 (60.0)	15 (53.6)	23 (53.5)	7 (58.3)	1 (12.5)	4 (66.7)	2 (28.6)	1 (50.0)	24 (63.1)
Çalışıyor	1 (20.0)	6 (21.4)	12 (27.9)	2 (16.7)	3 (37.5)	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	5 (13.2)
Gelir Durumu									
Asgari Ücret Altı	1 (20.0)	9 (32.2)	10 (23.3)	2 (16.6)	1 (12.5)	3 (50.0)	1 (14.3)	1 (50.0)	14 (36.8)
Asgari Ücret	1 (20.0)	6 (21.4)	12 (27.9)	5 (41.7)	2 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (31.6)
Asgari Ücret Üstü	3 (60.0)	13 (46.4)	21 (48.8)	5 (41.7)	5 (62.5)	3 (50.0)	6 (85.7)	1 (50.0)	12 (31.6)
Kronik Hastalık Var Mı?									
Yok	2 (40.0)	11 (39.3)	17 (39.5)	2 (16.7)	4 (50.0)	1 (16.7)	1 (14.3)	0 (0.0)	9 (23.7)
Var	3 (60.0)	17 (60.7)	26 (60.5)	10 (83.3)	4 (50.0)	5 (83.3)	6 (85.7)	2 (100.0)	29 (76.3)
Sigara Kullanım Durumu									
Evet	0 (0.0)	7 (25.0)	9 (20.9)	1 (8.3)	2 (25.0)	1 (16.7)	2 (28.6)	1 (50.0)	6 (15.8)
Hayır	5 (100.0)	21 (75.0)	34 (79.1)	11 (91.7)	6 (75.0)	5 (83.3)	5 (71.4)	1 (50.0)	32 (84.2)
Alkol Kullanım Durumu									
Evet	0 (0.0)	1 (3.6)	5 (11.6)	0 (0.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (50.0)	2 (5.3)
Hayır	5 (100.0)	27 (96.4)	38 (88.4)	12 (100.0)	6 (75.0)	6 (100.0)	6 (85.7)	1 (50.0)	36 (94.7)
Gebelik Sayısı									

0	1 (20.0)	5 (17.9)	2 (4.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	4 (10.5)
1-2	1 (20.0)	7 (25.0)	17 (39.5)	4 (33.3)	4 (50.0)	0 (0.0)	4 (57.1)	0 (0.0)	12 (31.6)
≥3	3 (60.0)	16 (57.1)	24 (55.8)	8 (66.7)	4 (50.0)	4 (66.7)	2 (28.6)	2 (100.0)	22 (57.9)
Doğum Sayısı									
0	1 (20.0)	6 (21.4)	3 (7.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	2 (33.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	4 (10.5)
1-2	1 (20.0)	15 (53.6)	26 (60.5)	7 (58.3)	4 (50.0)	1 (16.7)	5 (71.4)	2 (100.0)	20 (52.6)
≥3	3 (60.0)	7 (25.0)	14 (32.5)	5 (41.7)	3 (37.5)	3 (50.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	14 (36.8)
Düşük Kürtaj Sayısı									
Yok	3 (60.0)	12 (42.9)	24 (55.8)	4 (33.3)	4 (50.0)	4 (66.7)	5 (71.4)	0 (0.0)	16 (42.1)
Var	2 (40.0)	16 (57.1)	19 (44.2)	8 (66.7)	4 (50.0)	2 (33.3)	2 (28.6)	2 (100.0)	22 (57.9)
Jinekolojik Ameliyat Geçirdiniz Mi?									
Evet	3 (60.0)	13 (46.4)	6 (14.0)	2 (16.7)	2 (25.0)	1 (16.7)	3 (42.9)	1 (50.0)	5 (13.2)
Hayır	2 (40.0)	15 (53.6)	37 (86.0)	10 (83.3)	6 (75.0)	5 (83.3)	4 (57.1)	1 (50.0)	33 (86.8)
Düzenli Jinekoloğa Gider Misiniz?									
Evet	1 (20.0)	14 (50.0)	12 (27.9)	4 (33.3)	3 (37.5)	0 (0.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	8 (21.1)
Hayır	4 (80.0)	14 (50.0)	31 (72.1)	8 (66.7)	5 (62.5)	6 (100.0)	4 (57.1)	2 (100.0)	30 (78.9)
Cinsel Aktif Misiniz?									
Evet	2 (40.0)	8 (28.6)	22 (51.2)	3 (25.0)	3 (37.5)	2 (33.3)	4 (57.1)	0 (0.0)	16 (42.1)
Hayır	3 (60.0)	20 (71.4)	21 (48.8)	9 (75.0)	5 (62.5)	4 (66.7)	3 (42.9)	2 (100.0)	22 (57.9)
Hormon Tedavisi Gördünüz Mü?									
Tedavi Görmeyen	5 (100.0)	26 (92.9)	41 (95.3)	11 (91.7)	7 (87.5)	5 (83.3)	6 (85.7)	2 (100.0)	37 (97.4)
Tedavi Gören Bırakan	0 (0.0)	2 (7.1)	2 (4.7)	1 (8.3)	1 (12.5)	1 (16.7)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (2.6)
Menopoza Yönelik Bilgi Aldınız Mı?									
Hayır	3 (60.0)	13 (46.4)	17 (39.5)	6 (50.0)	1 (12.5)	2 (33.3)	4 (57.1)	1 (50.0)	27 (71.1)
Evet	2 (40.0)	15 (53.6)	26 (60.5)	6 (50.0)	7 (87.5)	4 (66.7)	3 (42.9)	1 (50.0)	11 (28.9)
VKİ Sınıflaması									
Normal	0 (0.0)	5 (17.9)	9 (20.9)	4 (33.3)	4 (50.0)	0 (0.0)	3 (42.8)	1 (50.0)	5 (13.2)
Pre obez	4 (80.0)	8 (28.6)	20 (46.5)	3 (25.0)	3 (37.5)	4 (66.7)	2 (28.6)	0 (0.0)	18 (47.4)
Obez	1 (20.0)	15 (53.6)	14 (32.6)	5 (41.7)	1 (12.5)	2 (33.3)	2 (28.6)	1 (50.0)	15 (39.5)

*Denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez.

5. TARTIŞMA

5.1. SOSYO-DEMOGRAFİK, JİNEKOLOJİK-OBSTETRİK VE KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının kişilik özellikleri ve çeşitli faktörlerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçladığımız çalışmamıza 158 kadın hasta katıldı.

Hastalarımızın yaş ortalaması 56.56 ± 5.28 yıl olup Türkiye’de, Polonya’da ve İran’da menopozdaki kadınlarla yapılan birçok çalışmada yaş ortalamaları benzerdir (60-66).

Dünyada menopoz yaşı ortalamasının 51, Türkiye’de menopoza girme yaşının 47- 49 olduğu bildirilmektedir (1,12). Çalışmamızda hastaların ortalama menopoza girme yaşı 49.30 ± 3.52 yıl olarak bulunmuştur. Ortalama menopoz yaşının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalardan Kurt ve Arslan’ın yaptığı çalışmada 46.7 ± 5.4 , Tümer ve Kartal’ın çalışmasında 46.15 ± 4.60 , Özpinar ve Çevik’in çalışmasında 45.6 ± 3.7 , Koç ve Sağlam’ın yaptığı çalışmada 45.1 ± 1.52 yıl olarak saptanmakla birlikte, Ergin ve Yağmur’un çalışmasında 49.63 ± 5.07 gibi çalışmamız ve Türkiye ortalaması ile benzer sonuçlar elde eden araştırmacılar da vardır (60,61,67-69). Hindistan’da Joseph ve ark. yaptıkları çalışmada menopoz yaş ortalaması 48.4 ± 4.5 , İran’da Kalarhoudi ve ark. çalışmasında 47.6 ± 4.1 bulunmuş olup menopoz yaşı çalışmamızla benzerlik göstermektedir (66,70). Bilindiği gibi menopoz yaşını etkileyen faktörler arasında; genetik, etnik köken, beslenme şekli, fiziksel aktivite durumu, sosyoekonomik durum, alkol veya kötü madde kullanımı, geçirilmiş cerrahi operasyonlar, sigara içme ve üreme geçmişi dahil olmak üzere birtakım faktörler söz konusudur (23). Çalışmamızın materyalini oluşturan kadınların İstanbul’un refah ve eğitim düzeyi oldukça yüksek bir bölgesinde yaşamasının çalışmamızın sonuçlarına yansımış olması olasıdır.

Erken ve geç postmenopozal dönemde semptomların şiddetinin farklılık göstereceği düşünülerek katılımcıların menopoz sonrası geçen süreleri değerlendirilmiştir. Çalışmamızda hastaların son adet tarihi üzerinden ortalama 8.35 ± 5.23 yıl geçmiştir. Kurt ve Arslan’ın yaptığı çalışmada menopozda geçen süre ortalaması 11.8 ± 58.7 , Ergin ve Yağmur’un çalışmasında 7.6 ± 5.4 , Kharbouch ve Şahin’in çalışmasında 4.88 ± 4.7 , Sözeri Varma ve ark. çalışmasında 3.24 ± 3.34 yıl

olarak bulunmuştur (60,61,71,72). Koreli kadınlarda Lee ve ark. tarafından yapılan çalışmada 2.89 ± 3.87 yıl geçmiş olup, İranlı kadınlarda yapılan bir çalışmada % 55.6'sının en az 5 yıldır menopozda olduğu bulunmuştur (66,73).

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun evli olduğu belirlenmiştir (%77.2). Ülkemizde menopozdaki kadınlarla yapılan birçok çalışmada bireylerin çoğunluğunun evli olduğu tespit edilmiştir (67-69,71,74-76). Polonya'da, Kore'de ve İran'da yapılan çalışmalarda da evlilik oranları yüksek bulunmuştur (62,65,66,73). Bu durum çalışmaya katılan bireylerin ailelerini çoktan kurdukları bir dönemde olmaları nedeniyle beklenen bir durumdur.

TÜİK 2019 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri kadınların sigara içme oranının %14,9, alkol kullanma oranının %6.6 olduğu, kadınların %89.4'ünün hayatı boyunca hiç alkol kullanmadığı tespit edilmiştir (77). Çalışmamızda bireylerin %19.5'i sigara, %8.1'i alkol kullanmaktadır. Verilerimiz kadınların sigara ve alkol kullanım oranlarının ortalama üzerinde olduğunu göstermektedir. Yine menopozdaki kadınlarla ilgili Kurt ve Arslan'ın çalışmasında sigara kullanımı %11,3; Tümer ve Kartal'ın çalışmasında sigara kullanımı %30,1, alkol kullanımı %5,9 olarak bulunmuştur (60,67). Artan yaşla beraber sigara ve alkol kullanımının zararları düşünüldüğünde aile hekimlerine bu konuda birçok görev düşmektedir. Aile hekimlerinin hastalarına her ziyarette sigara ve alkolün zararlarını anlatması, sigara ve alkolü bıraktırma konusunda gerekli yönlendirmeleri yapması gerektiği düşünüldü.

Çalışmamızda bireylerin %68.5'inin kronik hastalığı bulunmaktadır. Menopoz döneminin incelendiği Kurt ve Arslan'ın çalışmasında bireylerin %79.4'ünün, Tümer ve Kartal'ın çalışmasında %55.9'unun, Özpınar ve Çevik'in çalışmasında %51.5'unun, Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında %54.5'inin kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir (60,67,68,71). Kronik hastalıkların yüksek prevalansına bakıldığında aile hekimlerinin kronik hastalıkların oluşmaması için koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermesi, oluşması durumunda da yakından ve ciddi bir şekilde takip etmesi gerektiği düşünülmektedir. Primer ve sekonder korumaya gereken önem verilerek kronik hastalıkların önlenmesi, en azından erken tanı konularak geç olmadan tedaviye başlanması gerektiği düşünülmektedir.

TÜİK 2019 verilerine göre 15 yaş üstü kadınların %24,8'inin obez ve %30,4'ünün obez öncesi olduğu görülmüştür (77). Çalışmamızda bireylerin VKİ

ortalamasının $29.36 \pm 5.64 \text{ kg/m}^2$ olarak saptandığı, %41.6'sının pre obez, %37.6'sının obez olduğu tespit edilmiştir. Verilerimiz TÜİK 2019 ortalamalarının çok üzerindedir. Benzer şekilde menopozdaki kadınlarla ilgili olan Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında VKİ ortalaması 28.4 ± 4.39 , Karaçam ve Şeker'in çalışmasında bireylerin %26'sı pre obez, %39.7'si obez olarak tespit edilmiştir (71,76). Menopozdaki kadınlarda obezite sıklığının artmış olması yaşın artmasıyla beraber metabolizmanın yavaşlaması, menopozun getirdiği hormonal değişiklikler ve immobilitenin artmasıyla ilişkili olabilir. Aile hekimleri olarak hastalarımızı obezitenin zararları konusunda bilgilendirme ve hastalarımıza kilo kontrolü açısından önerilerde bulunulmasının faydalı olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda bireylerin %69.8'inin düzenli jinekoloğa gitmediği görülmüştür. Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında bireylerin %59.42'ü düzenli jinekoloğa gitmediğini belirtmiştir (71). Verilerimiz kadınların jinekolojik takiplerine yeterli oranda gitmediklerini göstermektedir. Artan yaşla beraber jinekolojik kanser riskleri düşünüldüğünde hastalarımızın düzenli pelvik muayene için teşvik edilmesi gerektiği görülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin %49.7'sinin menopoza yönelik bilgi almadığı tespit edilmiştir. Tümer ve Kartal'ın çalışmasında bireylerin %50'sinin, Özpınar ve Çevik'in çalışmasında %49.4'ünün, Koç ve Sağlam'ın çalışmasında bireylerin %64.8'inin menopoz hakkında bilgisi olmadığı tespit edilmiştir (67-69). Erkin, Ardahan ve Kert'in çalışmasında katılımcıların %10.7'sinin menopoz bilgisi almadığı; bilgi alanların %48'i sağlık personelinde, %34'ü medyadan, %7.3'ü kitaplardan bilgi aldığı belirtilmiştir (74). Çalışmaların sonuçları kadınlara menopoz hakkında daha fazla bilgi verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda bireylerin %94.0'ü HT almadığını belirtmiştir. Kurt ve Arslan'ın çalışmasında bireylerin %7.4'ü HT aldığını, %92.6'sı herhangi bir tedavi almadığını belirtmiştir (60). Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında bireylerin %10.3'ü HT aldığını, Özpınar ve Çevik'in çalışmasında bireylerin %10.9'u HT aldığını, %16.3'ü HT tedavisini bıraktığını, Polonya'da yapılan bir çalışmada bireylerin %32.6'sı HT aldığını, Koç ve Sağlam'ın çalışmasında bireylerin %19.8'inin HT aldığını, Kore'de yapılan bir çalışmada bireylerin % 82.6'sının HT almadığını belirtmiştir (63,68,69,73,78). Çalışmalarda HT kullanma sıklığının bu kadar az

olmasının sebepleri arasında yan etkilerden çekinme, medyadaki olumsuz bilgiler ve doktorların tedavi önermedeki isteksizliği gibi nedenlerin olabileceği düşünüldü.

5.2. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler puan ortalaması 2.77 ± 1.81 , Psikolojik Şikayetler puan ortalaması 8.74 ± 4.96 , Ürogenital Şikayetler puan ortalaması 2.91 ± 2.41 ve Genel Toplam puan ortalaması 14.42 ± 7.65 'tir. Literatüre baktığımızda MSDÖ ile yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde MSDÖ ile yapılan bazı çalışmaların sonuçları karşılaştırıldığında genel olarak bizim çalışmamıza benzer şekilde psikolojik şikayetlerin ortalama puanların daha yüksek olduğu görülmektedir (61,67,78,79,80). Kore'de Lee ve ark. yaptıkları çalışmada Somatik Şikayetler puan ortalaması 3.66 ± 2.22 , Psikolojik Şikayetler puan ortalaması 3.34 ± 2.31 , Ürogenital Şikayetler puan ortalaması 1.97 ± 1.66 ve Genel Toplam puan ortalaması 8.97 ± 5.15 'dir(73). Bu çalışma Koreli kadınların menopoz şikayetlerinin Türk kadınlarından daha az olduğunu göstermektedir. Bu durumun kültürel farklılıklardan ve menopoza bakış açılarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda bireylerin büyük çoğunluğunda sıcak basması-terleme (%85.2), fiziksel-zihinsel yorgunluk (%81.2), eklem-kas rahatsızlıkları (%83.9) tespit edilmiştir. Kurt ve Arslan'ın çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde en çok eklem-kas rahatsızlıkları, sıcak basması-terleme ve yorgunluk şikayetleri tespit edilmiştir (60). Hindistan'da yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde en sık eklem-kas rahatsızlıkları, fiziksel-zihinsel yorgunluk ve sıcak basması-terleme şikayetlerinin görüldüğü tespit edilmiştir (70). Çalışmamızda kadınların semptomlarının çoğunun hafif ve hafif düzeye yakın şiddette olduğu tespit edilmiştir. Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun Erzurum'daki çalışmasında kadınların tüm menopoz semptomlarını "orta" ya da "orta düzeye" yakın şiddette yaşadıkları belirlenmiştir (78). Semptomların şiddetlerinin farklı olması doğurganlığın önemli olduğu bölgelerde kadınların menopoza yönelik negatif bakış açısına sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Koç ve Sağlam'ın çalışmasında en sık şikayetler yorgunluk, huzursuzluk ve sinirlilik, unutkanlık, sıcak basması ve eklem ağrıları olarak tespit

edilmiştir (69). Erkin ve arkadaşlarının çalışmasında en sık görülen menopoz semptomları yorgunluk, sinirlilik, sıcak basması, uykusuzluk, eklem ağrısı, cinsel ilişki sıklığında azalma ve cinsel isteksizlik olarak tespit edilmiştir (74). İran’da yapılan bir çalışmada en sık VMS’lar terleme ve sıcak basması, en sık psikolojik semptomlar anksiyete ve sinirlilik, en sık ürogenital semptomlar ise cinsel istekte azalma ve vajinal kuruluk olarak bildirilmiştir (65). Kore’de Yum ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada Koreli kadınlarda VMS prevalansının batılı ülkelere göre daha az olduğu tespit edilmiştir (81). Bu durumun ülkeler arasında menopoza yönelik tutumun ve yaklaşımın farklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Aile hekimlerinin menopoza yönelik her türlü semptom hakkında yeterli bilgiye sahip olup semptomlarla başa çıkabilmeleri için hastalarına değişik stratejiler sunabilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

5.3. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BULGULARI İLE KATILIMCI BİLGİ FORMU VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan bireylerin tüm değişken gruplarında MSDÖ Somatik Şikayetler puanları ile “VKİ Sınıflaması” hariç, Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler, MSDÖ Genel Toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

VKİ sınıflamasına göre bireylerin Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.003$). Somatik Şikayetler puanları bakımından VKİ sınıflaması ikili karşılaştırmalarda Preobez—Obez arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.002$). Somatik Şikayetler Puanı ile VKİ değerleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.027$). Çalışmamızın istatistiksel sonuçlarına göre obez bireylerde preobez bireylerden daha fazla somatik şikayet görülmektedir. İkişık ve ark. MSDÖ kullandıkları çalışmada çalışmamıza benzer şekilde VKİ ile ciddi somatik semptomlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (79). Trunson ve ark. 2011 yılında yaptıkları çalışmada literatürde elde edilen bulgulara karşıt olarak menopoz döneminde artan androjenin vücut yağında östrojene dönüşmesiyle birlikte yağ dokusunun östrojen kaynağı olduğunu ve bu durumun obez kadınlarda menopoz

dönemi yaşanan vazomotor semptomların şiddetini azaltacağını öne sürmüşlerdir (82) Çalışmamızda obez kadınlarda aksine daha çok VMS da içeren somatik şikayetlerin olması daha geniş serili çalışmalar yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

Psikolojik Şikayetler puanı ile yaş arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.002$). Genel Toplam Puanı ile yaş arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p=0.004$). Yaş arttıkça Psikolojik Şikayetler ve MSDÖ Genel Toplam puanları azalmaktadır. Kurt ve Arslan'ın çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde kadınların yaşı ile psikolojik şikayetler ve MSDÖ toplam puanı arasında ayrıca ürogenital şikayetler alt ölçekleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (60). Özpınar ve Çevik'in çalışmasında da çalışmamıza benzer bulgular mevcuttur (68). Yaşla beraber psikolojik belirtilerin azalmasının sebebi menopoza hakkındaki bilginin zamanla artması, kadınların hayatın bu yeni dönemine adapte olması, hormonal dalgalanmaların zamanla azalması ve kadınların bu durumu kabullenerek kendilerini daha güvende hissetmelerinden kaynaklanması olasıdır. Ergin ve Yağmur'un çalışmasında menopozal dönemdeki kadınların yaşı ile MSDÖ psikolojik yakınmalar alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bizim çalışmamızın aksine daha genç olan menopozal kadınların psikolojik şikâyetlerinin daha az olduğu saptanmıştır (61). Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre kadınların yaşının menopozal yakınmaları etkilemediği belirlenmiştir (78). Hindistan'da yapılan bir çalışmada yaş ile MSDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri arasında ilişki bulunamamıştır (70). Literatürdeki verilerin farklı olması çalışma yapılan bölgelerin farklı olması ve dolayısıyla kadınların menopoza yönelik bilgi ve tutumlarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Menopozdan beri geçen süre arttıkça psikolojik şikayetler azalmaktadır. Psikolojik Şikayetler Puanı ile en son adet tarihi arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.028$). Menopoz süresine göre bireylerin Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.028$). Somatik Şikayetler puanları bakımından Menopoz süresi sınıflaması ikili karşılaştırmalarda 2 yıl—3-4 yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.024$). Kurt ve Arslan'ın çalışmasında menopoz süresi ile ürogenital şikayetler alt ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (60). Ergin ve Yağmur'un çalışmasında kadınların menopozda olma süreleri ile MSDÖ alt ölçek boyutu ürogenital yakınmalar arasında anlamlı bir ilişki olduğu, somatik ve psikolojik yakınmalar arasındaki ilişkinin ise anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada kadınların ürogenital yakınmalarının menopozda olma süresi arttıkça azalmakta olduğu saptandı (61). Kore'de yapılan bir çalışmada menopoz süresi arttıkça MSDÖ puanlarının azaldığı görülmüştür (73). Bulgularımız menopozda geçirilen süre arttıkça kadınların bu yeni duruma adapte olarak psikolojik ve somatik şikayetlerinin azaldığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile MSDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Birçok çalışmada eğitim düzeyi arttıkça menopoza yönelik şikayetlerin şiddetinin azaldığı görülmektedir (60,68,73,79). Bu çalışmaların aksine Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre kadınların eğitim düzeyinin menopozal yakınmaları etkilemediği belirlenmiştir (78). Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça daha fazla menopoz semptomu görüldüğü tespit edilmiştir (70). Ergin ve Yağmur'un çalışmasında psikolojik yakınmaların eğitim düzeyi daha yüksek olan kadınlarda daha az olduğu bulunurken; ürogenital yakınmaların ise düşük eğitim düzeyinde daha az olduğu bulunmuştur (61). Çalışmaların verilerinin farklı olması bu konuda daha geniş çaplı çalışmalar yapılması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda medeni durum ile MSDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde çalışmamızla benzer bulgular içeren çalışmalar mevcuttur (60,79). Özpinar ve Çevik'in çalışmasında evlilerin tüm puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (68). İran'da yapılan bir çalışmada medeni durum ile seksüel semptomlar (cinsel istekte değişiklik, vajinal kuruluk, cinsel ilişkiden kaçınmak) arasında anlamlı ilişki olduğu, bekarlarda daha az seksüel semptom olduğu tespit edilmiştir (65). Kore'de yapılan bir çalışmada partneri olmayan kadınların menopoz semptomlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (73).

Çalışmamızda çalışma durumu ile MSDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde benzer sonuçları olan çalışmalar mevcuttur (60,78). Yapılan çalışmalar kadınların menopoz semptomları nedeniyle işyerlerinde sıkıntı duyabildiklerini ancak bunun işte aksamaya yol açmadığını göstermektedir. Aksine

çalışan kadınların muhtemelen meşguliyet nedeni ile menopoz şikayetlerini daha az yaşadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (67,83,84).

Çalışmamızda HT kullanmış olma ile MSDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Kurt ve Arslan'ın çalışmasının sonuçları da çalışmamıza benzerdir (60). Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında da kadınların HT kullanma durumlarının ve kullananların kullanma sürelerinin menopozal yakınmaları etkilemediği belirtilmiştir (78). Bu durumun çalışmalarda HT kullanım oranının çok az olması ile ilişkili olduğu ya da geçmişte HT kullanmış olmanın mevcut zamanda şikayetleri azaltmada faydasının olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile MSDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Tümer ve Kartal'ın çalışmasında kronik hastalığı olan kadınların daha fazla menopozal yakınma yaşadıkları tespit edilmiştir (67). İkişık ve ark. çalışmasında MSDÖ tüm alt grupları ve toplam puan ortalamalarının kronik hastalığı olanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (79). Bu durumun kronik hastalığı olan bireylerin daha kırılabilir olmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmek mümkünse de farklı sonuçlar bu konuda daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda gebelik ve doğum sayısı ile MSDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Ergin ve Yağmur'un çalışmasında çocuk sahibi olma ile MSDÖ puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (61). Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında ise MSDÖ toplam puan ortalamalarına göre toplam gebelik sayısı 6 ve üzeri olan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (78).

Çalışmamızda menopoz bilgisi ile MSDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Özpınar ve Çevik'in çalışmasında menopoz hakkında bilgisi olanların ürogenital ve MSDÖ total puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (68). Bu durumun bireylerin şikayetlerinin menopoz kaynaklı olduğunu anlayabilmelerinden ve bunu ifade edebilmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı ile MSDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Kore'de Lee ve ark. tarafından yapılan çalışmada sigara ile şiddetli semptomlar arasında ilişki olmadığı; alkol kullanımının ise psikolojik semptomları arttırdığı, ürogenital semptomları azalttığı, somatik semptomları etkilemediği bulunmuştur (73). Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu açıktır.

5.4. MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ BULGULARI İLE TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği sınıflamasına göre bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Psikolojik Şikayetler, Ürogenital Şikayetler ve Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$)

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği sınıflamasına göre bireylerin Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.026$).

Somatik Şikayetler puanları bakımından Taştan Kişilik Tipi Ölçeği sınıflaması ikili karşılaştırmalarda

- Barışçı—Başaran Motivator,
- Barışçı—Sadık Sorgulayan,
- Barışçı—Reis Lider,
- Mükemmeliyetçi Reformcu—Sadık Sorgulayan,
- Gözlemci—Sadık Sorgulayan,
- Ehli Keyf Rahatına Düşkün—Sadık Sorgulayan,
- Yardımsever—Sadık Sorgulayan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.011$, $p=0.003$, $p=0.040$, $p=0.037$, $p=0.020$, $p=0.027$, $p=0.044$). Barışçı kişilik tipindeki bireylerde daha az, sadık sorgulayan kişilik tipinde daha fazla somatik semptomlar görülmektedir.

Literatür taraması yaptığımızda menopoz semptomları ile kişilik tiplerinin araştırıldığı birçok çalışma (61-63, 85-88) mevcutken menopoz semptomları ile enneagram kişilik tipi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma göremedik.

Menopoz semptomları ile Cervantes kişilik tiplerinin (dışa/içe dönük olma, duygusal denge/nörotizm ve tutarlı/tutarsız olma) karşılaştırıldığı bir çalışmada içe dönük ve nörotik kişilerde menopoz yakınmalarının daha fazla olduğu görülmüştür (61). Çalışmamızda pasif agresif kişilik bozukluğunun en çok görüldüğü sadık-sorgulayan kişilik tipinde somatik semptomlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla çıkmıştır.

Japonya’da menopozdaki hemşirelerde yapılan bir çalışmada zeki, yaratıcı, aceleci, mükemmeliyetçi, sabırsız, çabuk sinirlenen, kendi işini asla başkasına bırakmayan, ertelemeyen genel anlamda esneklikten uzak kişilerin oluşturduğu tip A kişilik tipine sahip bireylerin psikolojik semptomlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (85).

Polonya’da yapılan bir çalışmada klimakterik ve depresif semptomların şiddetinin uyumluluk, dışa dönüklük ve nevrozizm gibi kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (62).

Polonya’da postmenopozal kadınlarda 5 faktör kişilik tipi (deneyime açıklık, sorumluluk, dışadönüklük, uyumluluk, nevrozizm) ile yaşam kalitesinin ilişkisinin incelendiği bir diğer çalışmada dışadönük kişilik tipinin yaşam kalitesini pozitif etkilediği, şiddetli nevrozizmin ise negatif etkilediği görülmüştür (63).

Yine 5 faktör kişilik tipiyle yapılan bir çalışmada sıcak basmaları ve gece terlemeleri semptomları ile sorumluluk duygusu yüksek kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (86).

Minesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada cerrahi menopozun bireylerde hipokondriyak kişilik özelliklerinin ortaya çıkmasına sebep olduğu gösterilmiştir (87).

Menopozal semptom ve kişilik özelliklerinin ilişkisinin incelendiği diğer bir çalışmada kişilik özelliklerinin menopoz semptomlarını etkilediği gösterilmiştir (88).

Perimenopozal dönemdeki İsveçli kadınlarda yapılan bir çalışmada negatif ruh hali, azalmış cinsel istek, hafıza problemleri, uyku ile ilgili semptomlar, vajinal kuruluk, ürogenital problemler gibi birçok menopozal semptomun psikososyal faktörler, yaşam tarzı ve menopoza karşı tutum ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir (89).

Finlandiya’da yapılan bir çalışmada psikolojik davranış kalıplarındaki farklılıkların menopoz semptomlarının algılanmasını etkilediği gösterilmiş ve menopoz dönemindeki kadınların tedavisi planlanırken psikolojik davranış örüntüleri menopoz semptomlarıyla baş etme yeteneğini yansıttığı için dikkate alınması gerektiği sonucuna varılmıştır (90).

Psiko-sosyal faktörlerin klimakterik semptomlar üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada perimenopozda ortaya çıkan klimakterik semptomların

premenstrüel sendrom gibi biyolojik yatkınlığı olan kadınlarda daha yoğun olduğu ve psiko-sosyal faktörler tarafından modüle edildiği sonucuna ulaşılmıştır (91).

Menopoza geçiş sürecinin biyo-psiko-sosyo-kültürel bir süreç olduğu bilinmektedir (92). Literatür taramaları bize kişiliğin menopozal semptomları etkileyebileceğini ancak bu konuda daha çok çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir.



6. SONUÇ

Menopozal dönemdeki kadınların menopoz semptomları ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların verilerine dayanan çalışmamızda menopoz semptomlarını değerlendirmek için menopoza dair literatürde yer alan Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Enneagram tipi kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılarda en sık görülen semptomlar sıcak basması-terleme, eklem-kas rahatsızlıkları ve fiziksel- zihinsel yorgunluk olarak tespit edilmiştir. En sık rastlanan kişilik tiplerinin Başaran-Motivatör, Barışçı ve Yardımsever olduğu saptanmıştır

Çalışmamızda TKTÖ sınıflamasına göre bireylerin MSDÖ Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.026$). Somatik Şikayetler puanları bakımından TKTÖ sınıflaması ikili karşılaştırmalarda Barışçı—Başaran Motivatör, Barışçı—Sadık Sorgulayan, Barışçı—Reis Lider, Mükemmeliyetçi Reformcu—Sadık Sorgulayan, Gözlemci—Sadık Sorgulayan, Ehli Keyf Rahatına Düşkün—Sadık Sorgulayan, Yardımsever—Sadık Sorgulayan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.011$, $p=0.003$, $p=0.040$, $p=0.037$, $p=0.020$, $p=0.027$, $p=0.044$). Barışçı kişilik tipindeki bireylerde daha az, sadık sorgulayan kişilik tipinde daha fazla somatik semptomlar görülmektedir.

VKİ sınıflamasına göre bireylerin Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.003$). Somatik Şikayetler puanları bakımından VKİ sınıflaması ikili karşılaştırmalarda Preobez—Obez arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.002$). Obez bireylerin somatik şikayetlerinin pre obezlerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Psikolojik Şikayetler Puanı ile Yaş arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.002$). MSDÖ Genel Toplam Puanı ile Yaş arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.004$). Yaş arttıkça Psikolojik Şikayetler ve MSDÖ Genel Toplam puanları azalmaktadır.

Psikolojik Şikayetler Puanı ile en son adet tarihi arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.028$). Menopozda geçirilen süre arttıkça psikolojik şikayetler azalmaktadır.

Menopoz süresine göre bireylerin Somatik Şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0.028$). İkili karşılaştırmalarda menopoz süresi 2 yıl ve 3-4 yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.024$). Bu verilere göre menopoz süresi 3-4 yıl olanların somatik şikayetleri en fazladır.

Sonuç olarak; menopoz kadın yaşamında kaçınılmaz bir süreçtir. Bu ve benzeri çalışmalarda elde edilen veriler ışığında, menopoz döneminde olabilecek problemleri etkileyen faktörleri tanımlamak ve gerekli önlemleri almak mümkündür. Aile hekimleri bu konuda kadın hastalarına rehberlik etmelidir. Gerektiğinde bireye özgü yaklaşımla, kadınların bu dönemdeki ihtiyaç ve problemlerine yönelik tedavi önerilerinde bulunulmalıdır. Menopoz ile kişilik özellikleri arasındaki bağlantının anlaşılması menopozun daha iyi anlaşılmasında, semptomlarla baş etmede ve tedavinin planlanmasında yardımcı olabilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Çalışmamız tek bir EAH verilerini kullandığından toplumun küçük bir kesimini yansıtmaktadır. Dolayısı ile daha fazla sayıda hasta ile yapılan daha geniş çaplı çalışmalar daha doğru sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.. 158 hasta ile yaptığımız çalışmamızda 9 kişilik tipinin her birine yeterli sayıda hasta düşmediğinden benzeri bir çalışmanın daha fazla sayıda hasta ile yapılması daha anlamlı sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Çalışmamızda çıkar çatışması yoktur.

7. KAYNAKLAR

1. Organization (WHO) WH, others. Report of a WHO Scientific Group: Research on the Menopause in the 1990's. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.
2. Sherman S. Defining the menopausal transition. *Am J Med.* 2005;118 Suppl 12B:3-7. doi:10.1016/j.amjmed.2005.11.002
3. Polat F, Geçici F. Menopoz dönemindeki kadınların gözüyle menopoz: Nitel bir araştırma örneği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2021; 15(4): 809-17.
4. Avis NE, Crawford SL, Green R. Vasomotor Symptoms across the menopause transition: Differences Among women. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45(4):629-40. doi:10.1016/j.ogc.2018.07.005
5. Nelson HD. Menopause. *Lancet.* 2008;371(9614):760-70.
6. Kaunitz AM, Manson JE. Management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol.* 2015;126(4):859-76. doi:10.1097/AOG.0000000000001058
7. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopozla ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2002;2:5-12.
8. Veccohio R.P. Organizational Behavior. The Dryden Press International Edition, 1988.
9. Greenberg J. Managing Behavior in Organizations. 2. Basım. New Jersey, Prentice Hall. 1999
10. Durna U. A ve B Tipi kişilik yapılarını ve bu kişilik yapılarını etkileyen faktörlerle ilgili bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi.* 2005; 19.1, 276- 90
11. Brotto LA, Luria M. Menopause, Aging, and Sexual Response in Women. İçinde: Rowland DL, Incrocci L, editörler. *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders.* Hoboken, NJ, USA: John Wiley&Sons, Inc.; 2008. s. 251-79.
12. TEMD Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu 2022, Bölüm 21, Sf: 201-209.
13. TÜİK İstatistiklerle Kadın, 2020, URL: (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221>), Erişim tarihi 02.04.2023.
14. Research on the Menopause in the 1990's. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866 (WHO Geneva 1996). URL: (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>) Erişim tarihi 02.04.2023.
15. Orshan AS. Maternity, Newborn, And Women's Health Nursing: Comprehensive Care Across The Lifespan. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams &Wilkins; 2008:983-1041.
16. Uludağ A, Güngör ÇNA, Gencer M, Şahin ME, Coşar E. Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2014;18(1):25-30.
17. Karanisoğlu H, Dinç H. Klimakterik Dönem. İçinde: Coşkun AM. (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012:443-59.
18. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013:1.

19. Mishra GD, Pandeya N, Dobson AJ, Chung HF, Anderson D, Kuh D, Weiderpass E. Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause. *Hum Reprod* 2017, 32(3): 679-86.
20. Bayraktar Görgel E, Çakıroğlu FP. Menopoz Döneminde Kadın. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi;2007:1-80.
21. Nelson LM. Primary Ovarian Insufficiency. *N Engl J Med*. 2009;360(6):606-14.
22. Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2004:1163- 80.
23. De Bruin JP, Bovenhuis H, Van Noord PA, Pearson PL, Van Arendonk JAM, Te Velde ER, vd. The role of genetic factors in age at natural menopause. *Hum Reprod*. 2001;16(9):2014-8.
24. Zhu X, Liew Y, Liu ZL. Chinese herbal medicine for menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, 3: CD009023.
25. Bruce D, Rymer J. Symptoms Of The Menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(1):25-32.
26. İnceboz U, Demirci H, Özbaşaran F, Çoban A, Nehir S. Factors Affecting The Quality Of Life In Climacteric Women. *Med J Trak Univ*. 2008;27(2):111-6.
27. Utian WH. Psychosocial and Socioeconomic Burden Of Vasomotor Symptoms In Menopause: A Comprehensive Review. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3(1):47.
28. Archer DF, Sturdee DW, Baber R, de Villiers TJ, Pines A, Freedman RR, et al. Menopausal hot flushes and nightsweats: where are we now? *Climacteric*. 2011;14(5):515-28.
29. Turfanda A, Topuz S. Menopoz. İçinde: Berkman, S. (editör). *Jinekoloji Nobel Tıp*. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004: 87-95.
30. Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi PL, vd. Efficacy Of Low Dose Intravaginal Estriol On Urogenital Aging In Postmenopausal Women. *Menopause*. 2004;11(1):49-56.
31. Pandit L, Ouslander JG. Postmenopausal Vaginal Atrophy and Atrophic Vaginitis. *Am J Med Sci*. 1997;314(4):228-31.
32. Güzel EÇ. Postmenapozal kadınlarda kas iskelet sistemi ağrılarının D vitamini eksikliği ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*. 2017;42(3):470-6.
33. vanDijk GM, Kavousi M, Troup J, Franco OH. Health issues for menopausal women: The top 11 conditions have common solutions. *Maturitas*. 2015;80(1):24-30.
34. Eastell R, O'Neill TW, Hofbauer LC, Langdahl B, Reid IR, Gold DT, vd. Postmenopausal osteoporosis. *NatRevDisPrimer*. 2016;2:16069.
35. Şirin A. Kadın ve Menopoz. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995.
36. Yücesoy İ, Çakıroğlu Y. Menopoz ve postmenopoz. Çiçek MN, Mungan MT, ed. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007: 943- 63
37. Genazzani AR, Pluchino N, Luisi S, Luisi M. Estrogen, cognition and femaleageing. *Hum Reprod Update*. 2007;13(2):175-87.

38. Woods NF, Mitchell ES, Adams C. Memory functioning Among midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause N Y NY*. 2000;7(4):257-265.
39. Gelfand MM. Sexuality Among Older Women. *J Womens Health Gen Based Med*. 2000;9 (supplement 1):15-20.
40. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *NatRevEndocrinol*. 2018;14(4):199-215.
41. Wöber C, Brannath W, Schmidt K et al. Prospective Analysis of Factors Related to Migraine Attacks: The PAMINA Study. *Cephalalgia*. 2007;27(4):304-14.
42. Karkhaneh A, Ansari M, Emamgholipour S, Rafiee MH. The effect of 17 β -estradiol on gene expression of calcitonin gene-related peptide and some pro-inflammatory mediators in 67 peripheral blood mononuclear cells from patients with pure menstrual migraine. *Iran J Basic Med Sci*. 2015;18(9):8.
43. 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;19(2):59-68.
44. Tuzcular Vural EZ, Gönenç I. Menopozda yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5(3):64-9.
45. Nachtigall L, Nachtigall M. Menopausal Changes, Quality of Life and Hormone Therapy. In: *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004 Jun;47(2):485-8. doi: 10.1097/00003081-200406000-00023. PMID: 15166873.
46. Stadberg E, Mattsson LÅ, Milsom I. The prevalence and severity of climacteric symptoms and the use of different treatment regimens in a Swedish population. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1997;76(5):442-8.
47. Bilgel N. Aile Hekimliği. Bursa: Medikal tıp kitapevi; 2006. 319-344 p.
48. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: Position statement of the North American Menopause Society. Vol. 11, *Menopause*. 2004.
49. Linde K, Streng A, Jürgens S et al. Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. *Jama*. 2005;293(17):2118-25.
50. Yelboğa A. Kişilik özellikleri ve iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*. 2006;8(2):196-217.
51. Yörükoğlu A. Gençliğin Tanımı ve Toplumdaki Yeri, Gençlik Çağı ve Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar. Özgür Yayınları 2000.
52. Gunderson J.G. Diagnostic Controversies. In *Review Of Psychiatry, Vol II*, Tosman A, Riba M.B.(eds), American Psychiatric Press, Washington DC, 1992; P.9-24
53. Boz D, Duran C, Meral H. Enneagram Kişilik Tiplerinin İş Performansı Üzerindeki Etkisi. *Electronic Journal of Social Sciences*. 2021;20(79).
54. Taştan K. Kişilik Tiplerine Göre Stresle Mücadele Yöntemleri/Bir Başka Açıdan Stres. Erzurum: Ayhan Ofset Matbaacılık; 2013.

55. Wagner JP, Walker RE. Reliability and validity study of a Sufi Personality typology: The Enneagram. *Journal of Clinical psychology*. 1983;39(5):712-7.
56. Maitri S. *The Spiritual Dimension of the Enneagram: Nine faces of the Soul*: Penguin; 2000.
57. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:28. doi:10.1186/1477-7525-1-28
58. Can-Gürkan Ö. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu* (s.30-35), Mayıs-Haziran, 2005.
59. Tastan K. Development and validation of a Personality type inventory based on Enneagram. *Konuralp Medical Journal*. 2019; 11(1): 112-8.
60. Kurt G, Arslan H. "Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri". *Cukurova Medical Journal* 45. 2020. 910-920 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/54246/694473>
61. Orhan Ergin I, Yağmur Y. The correlation between menopausal complaints and personality traits. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;54(3):365-370. doi:10.1111/ppc.12260
62. Jurczak A, Szkup M, Wieder-Huszla S, et al. The assessment of the relationship between personality, the presence of the 5HTT and MAO-A polymorphisms, and the severity of climacteric and depressive symptoms in postmenopausal women. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(4):613-621. doi:10.1007/s00737-015-0497-0
63. Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, 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(7):6692-6708. Published 2014 Jun 26. doi:10.3390/ijerph110706692
64. Ertekin Pınar Ş, Polat Ş, Menopoz Döneminde Olan Kadınların Evlilik Uyumluluğu ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2020; 8(2), 246-257. doi: 10.33715/inonusaglik.717608
65. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdolahian S, et al. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women, *Gynecological Endocrinology*, 2015. DOI: 10.3109/09513590.2015.1056138
66. Abedzadeh Kalarhoudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F. Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Kashan, Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2011;13(11):811-17.
67. Tümer A, Kartal A. Kadınların Menopoza İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pamukkale Medical Journal*. 2018; 11(3): 337-46.
68. Özpınar S, Çevik K. Women's Menopause-Related Complaints and Coping Strategies: Manisa Sample. *International Journal of Nursing* 2016; 3(2):69-78.
69. Koç Z, Sağlam Z. Klimakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2008; 15(15): 100-12.
70. Joseph N, Nagaraj K, Saralaya V, Nelliyanil M, Rao PJ. Assessment of menopausal symptoms among women attending various outreach clinics in South Canara District of India. *J Midlife Health*. 2014;5(2):84-90. doi:10.4103/0976-7800.133996

71. Hotun Şahin N, Kharbouch S. B. , H. Şahin N. Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2014; 15(59): 82-90.
72. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel Ö, Kökten S. Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. *Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*. 2006.
73. Lee MS, Kim JH, Park MS, et al. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *J Korean Med Sci*. 2010;25(5):758-65. doi:10.3346/jkms.2010.25.5.758
74. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(4): 1095-113.
75. Çetin Ö, Eroğlu K. Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Başetme Yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015. 8 (4), 219-225
76. Karaçam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*. 2007;58(1):75-82. doi:10.1016/j.maturitas.2007.06.004
77. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması, 2019, URL: (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661>), Erişim tarihi 29.04.2023.
78. Sis Çelik A, Pasinlioğlu T. Determining the association between Turkish women's menopausal symptoms and their marital adjustment, *Turkish Journal of Medical Sciences*: 2013; Vol. 43: No. 6, Article 10. <https://doi.org/10.3906/sag-1208-7>
79. İkişik H, Turan G, Kutay F, et al. Awareness of Menopause and Strategies to Cope with Menopausal Symptoms of The Women Aged Between 40 and 65 Who Consulted to a Tertiary Care Hospital. *ESTUDAM Public Health Journal*. 2020;5(1):10-21.
80. Yılmaz FA, Avci D. The relationship between personality traits, menopausal symptoms, and marital adjustment. *Health Care Women Int*. 2022;43(10-11):1142-1157. doi:10.1080/07399332.2021.1893732
81. Yum SK, Yoon BK, Lee BI, et al. Epidemiologic Survey of Menopausal and Vasomotor Symptoms in Korean Women. *J Korean Soc Menopause*. 2012;18(3):147-54.
82. Thurston RC, Sowers MR, Chang Y, et al. Adiposity and reporting of vasomotor symptoms among midlife women: the study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol*. 2008;167(1):78-85
83. Hardy C, Thorne E, Griffiths A, et al. Work outcomes in midlife women: the impact of menopause, work stress and working environment. *womens midlife health* 4, 3 (2018). <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0036-z>
84. D'Angelo S, Bevilacqua G, Hammond J, Zaballa E, Dennison EM, Walker-Bone K. Impact of Menopausal Symptoms on Work: Findings from Women in the Health and Employment after Fifty (HEAF) Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 24;20(1):295. doi:10.3390/ijerph20010295. PMID: 36612616; PMCID: PMC9819903.

85. Matsuzaki K, Yasui T, Matsui S, Fukuoka M, Uemura H. Differences in menopausal symptoms and coping strategies according to personality in Japanese nurses. *J Obstet Gynaecol.* 2019;39(2):242-247. doi:10.1080/01443615.2018.1498468
86. Ghorbani M, Azhari S, Esmaily HA, GhanbariHashemabadi BA. Investigation of the relationship between personality characteristics and vasomotor symptoms in menopausal women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016 Jul-Aug;21(4):441-7. doi: 10.4103/1735-9066.185618. PMID: 27563331; PMCID: PMC4979271.
87. Oguztürk O, Sagsoz N, Personality profile in menopausal women. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2019, 46(4), 580–582. <https://doi.org/10.12891/ceog4718.2019>
88. Elavsky S, McAuley E. Personality, Menopausal Symptoms, and Physical Activity Outcomes in Middle-Aged Women. *Pers Individ Dif.* 2009;46(2):123-128. doi: 10.1016/j.paid.2008.09.014. PMID: 20046213; PMCID: PMC2621079.
89. Olofsson AS, Collins A. Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric.* 2000 Mar;3(1):33-42. doi: 10.3109/13697130009167597. PMID: 11910608
90. Jalava-Broman J, Junttila N, Sillanmäki L, Mäkinen J, Rautava P. Psychological behavior patterns and coping with menopausal symptoms among users and non-users of hormone replacement therapy in Finnish cohorts of women aged 52-56 years. *Maturitas.* 2020 Mar;133:7-12. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.12.009. Epub 2019 Dec 12. PMID: 32005426.
91. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, et al. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas.* 2004;48(4):425-431. doi:10.1016/j.maturitas.2003.11.002
92. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007 Apr;21(2):261-74. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001. Epub 2006 Dec 8. PMID: 17161025.