



**T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİL KENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**POSTMENOPÖZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA DEPRESİF
DUYGU DURUMUNUN, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE
MENOPÖZAL SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİ**

Dr. Bensu BALKESEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2023-ANKARA



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİL KENT ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

POSTMENOPÖZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA DEPRESİF
DUYGU DURUMUNUN, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE
MENOPÖZAL SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİ

Dr. Bensus BALKESEN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanları

Doç. Dr. İrfan ENCAN

Doç.Dr. Ömer Hamid YUMUŞAK

2023-ANKARA

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım, tecrübeleriyle yol gösteren, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen hekimlik sorumluluğunu layıkıyla yerine getirebilmemiz için önderlik eden saygıdeğer hocam Prof. Dr. Adem ÖZKARA' ya,

Uzmanlık eğitimimde ve tez yazım sürecimde her daim hoşgörü ve sabır gösteren, vermiş olduğu güven ve destekle rehberlik edip yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. İrfan ŞENCAN' a

Tez yazım sürecindeki katkılarından desteklerinden dolayı tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Ömer Hamid YUMUŞAK'a

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca deneyimleri ve destekleri ile yol gösteren değerli hocalarım Doç. Dr. İsmail KASIM, Doç. Dr. Basri Furkan DAĞCIOĞLU, Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY, Uzman Dr. Erhan ŞİMŞEK, Uzm. Dr. Tuğba Yılmaz ve tüm hocalarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, verdiğim her kararımda sevgi ve destekleri ile her zaman yanımda olan ve olacağını bildiğim biricik aileme,

Asistanlık ve bu değerli öğrenme sürecimde mutluluklarımızı, hüznlerimizi yaşılan zorlu anlarımızı paylaşıp birbirimize destek olduğumuz güzel anılarıma eşlik eden değerli meslektaşlarım asistan arkadaşlarıma,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.LİTERATÜR İÇERİSİNDE MENOPOZ İLE İLGİLİ TANIMLARIN İNCELENMESİ	4
2.2.MENOPOZUN FARKLI KLİNİK ŞEKİLLERİ.....	7
2.3. MENOPOZ VE YAŞAM KALİTESİ.....	9
2.4. “PREMENOPAZ, MENOPOZ VE POSTMENOPAZAL DÖNEMDE ORTAYA ÇIKAN SEMPTOMLAR VE YÖNETİMİ”	10
2.4.1. Menstruel Değişiklikler	10
2.4.2. Vazomotor Değişiklikler.....	10
2.4.3. Uyku Değişiklikleri (Uykusuzluk).....	11
2.4.4. Psikolojik/Emosyonel Değişiklikler	14
2.4.5.“Atrofik Değişiklikler”	14
2.4.6. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	16
2.4.7. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri ve Osteoporoz (Kemik Erimesi)	18
2.5.DEPRESYON	20
2.6. KİŞİLİK.....	23
2.6.1.Kişilik Özellikleri, Kişilik Kuramları ve Beş Faktör Kişilik Özellikleri ...	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. ETİK KURUL ONAYI	39
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ	39

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	39
3.3.1.Beck Depresyon Envanteri	39
3.3.2. Cervantes Kişilik Ölçeği	41
3.3.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği	42
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	43
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	44
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ	44
4.BULGULAR	45
5.TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKÇA	62
8. EKLER.....	77
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	77
EK-2: ONAY FORMU	78
EK-3: ÖLÇEK İZİNLERİ	79
EK 4: ANKET FORMU	81
9.ÖZGEÇMİŞ	90

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri	45
Tablo 2. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği, Cervantes Kişilik Ölçeği, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama ve median puanlar.....	46
Tablo 3. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile yaş, menopoz yaşı ve menopoz süresi arasındaki korelasyon analizi sonucu	47
Tablo 4. Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması.....	48
Tablo 5. Cervantes Kişilik Ölçeği'nden alınan puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması.....	49
Tablo 6. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden alınan toplam puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması.....	50
Tablo 7. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması	51
Tablo 8. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Cervantes Kişilik Ölçeği alt ölçekleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Sonucu.....	52
Tablo 9. Cervantes Kişilik Ölçeği'nin alt ölçeklerinden alınan puanların Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar üzerindeki etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.....	53
Tablo 10. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Menopoz Semptomları Değerlendirme alt ölçekleri arasındaki spearman korelasyon analizi sonucu	53
Tablo 11. Menopoz Semptomları Değerlendirme alt ölçeklerinden alınan puanların Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar üzerindeki etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.....	54
Tablo 12. Cervantes Kişilik Ölçeği puanları ile Menopoz Semptomları Değerlendirme alt ölçekleri arasındaki spearman korelasyon analizi sonucu	55

ÖZET

Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Depresif Duygu Durumun Kişilik Özellikleri ve Menapozal Semptomlarla İlişkisi

AMAÇ: Menopoz kadınların yaşam dönemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Menopoz yumurtalık aktivitesinin kaybı sonucunda adet kanamasının sona ermesi ve bu nedenle son olarak görülen adet olarak tanımlanmaktadır. Kadınların yaşamlarının üçte biri menopoz dönemini kapsamaktadır. Menopoz bir hormon hastalığı olarak değil gelişim dönemi olarak kabul edilmektedir ve yapmış olduğumuz çalışmada postmenopozal dönem içerisinde bulunan kadınlarda depresif duygu durumunun kişilik özellikleri ve menopozal semptomlarla ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Gözlemsel tipte kesitsel bir anket çalışması olan araştırmamız 24/04/2023-24/06/2023 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Menopoz Kliniği'ne başvuran 45-65 yaş arasında son adetinin üzerinden en az on iki ay geçmiş olan postmenopozal dönemdeki 189 kadın dahil edilerek yapılmıştır. Anket Formu; yüzyüze bu tarihler arasında uygulanmıştır. Anket çalışmamızda katılımcıları tanımlayan 9 soru Sosyo-Demografik ve Tıbbi Bilgi Formu, katılımcıların depresyonunun değerlendirildiği 21 soru, katılımcıların kişiliğinin ölçüldüğü 20 soru, menopoz semptomlarının değerlendirildiği 11 soru olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır.

BULGULAR: Çalışmaya postmenopozal dönemdeki 45-65 yaş arasındaki 189 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $54,4 \pm 4,4$, ortalama menopoz yaşı $48,2 \pm 3,7$, ortalama menopoz süresi ise $6,0 \pm 4,5$ yıl olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Cervantes Kişilik Ölçeği alt ölçeklerinden Dışa/içe dönük olma, Duygusal Denge/nörotizm, Tutarlı/tutarsız olma alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında orta düzeyde (sırasıyla $r=0,314$, $r=0,573$, $r=0,374$) pozitif ve anlamlı olan ilişki bulunmuştur. Analiz sonucuna göre dışa/içe dönük olma alt ölçeğinden alınan puanlar Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanları olumlu ve anlamlı olarak etkilemiştir ($\beta=0,280$, $t=-4,690$, $p<0,010$). Dışa/içe dönük olma ölçek puanındaki 1 puanlık artış Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanı 0,44 puan artırmaktadır. Gene duygusal denge/nörotizm alt ölçeğinden alınan puanlar Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanları olumlu ve anlamlı olarak etkilemiştir ($\beta=0,570$, $t=7,190$, $p<0,010$). Duygusal denge/nörotizm alt ölçeğindeki 1 puanlık artış Beck depresyon ölçeğinden alınan puanı 0,64 puan artırmaktadır. Tutarlı tutarsız olma alt ölçeğinden alınan puanların ise Beck depresyon ölçeği puanları üzerine etkisi bulunmamıştır. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Menapoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden Somatik Şikâyetler ve Psikolojik Şikâyetler alt ölçekleri puanları arasında orta düzeyde (sırasıyla $r=0,471$, $r=0,626$) pozitif yönde ve anlamlı

bir ilişki bulunmuştur. Ürogenital Şikâyetler alt ölçeğinden alınan puanlar arasında ise zayıf düzeyde ($r=0,295$) pozitif ve anlamlı olan bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Analiz sonucuna göre Somatik Şikâyetler ve Ürogenital Şikâyetler alt ölçeklerinden alınan puanların Beck Depresyon Ölçeği puanları üzerine etkisi bulunmamıştır. Psikolojik Şikâyetler alt ölçeğinden alınan puanlar Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanları olumlu ve anlamlı olarak etkilemiştir ($\beta=0,460$, $t=5,630$, $p<0,010$). Psikolojik Şikâyetler alt ölçeğindeki 1 puanlık artış Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanı 0,94 puan artırmaktadır..

SONUÇ: Menopoz giren kadınların kişilik özelliklerindeki farklılıkların depresif duygu durumu etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmanın daha kapsamlı ve farklı kliniklerde de yapılması sağlanılırsa postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde kişilik özelliklerinin, depresyon durumu ve menopoz semptomlarını nasıl etkilediği belirlenerek, daha kapsamlı karşılaştırılması yapılabilecektir. Bu çalışma sonucunda kadınların kişilik özelliklerini de tanıyarak menopoz dönemine girmeden kadınlara gerekli eğitimler ve bilgi verilerek bu depresyon, menopoz semptomlarının etkisi ve kişiliğin olumsuz etkilenmesinin giderilmeye çalışması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Menopoz, Depresyon, Kişilik, Semptom

ABSTRACT

The Relationship of Depressive Mood State with Personality Traits and Menopausal Symptoms in Postmenopausal Women

OBJECTIVES: Menopause is recognized as one of the life stages of women. Menopause is defined as the cessation of menstruation as a result of loss of ovarian activity and therefore the last menstrual period. One third of women's life span covers the menopause period. Menopause is not considered as a hormone disease but as a developmental period. For this reason, the aim of this study is to examine the relationship between depressive mood and personality traits and menopausal symptoms in postmenopausal women.

METHODS: Our study, which is an observational cross-sectional survey study, was conducted between 24/04/2023 and 24/06/2023 by including at least 189 postmenopausal women aged 45-65 years who were at least twelve months past their last menstrual period who applied to Ankara Bilkent City Hospital Menopause Clinic. The Questionnaire Form was administered face-to-face to these 189 women between 24/04/2023 and 24/06/2023. The questionnaire consists of four parts: 9 questions describing the participants in our study, Socio-Demographic and Medical Information Form, 21 questions evaluating the depression of the participants, 20 questions measuring the personality of the participants, and 11 questions evaluating menopausal symptoms.

FINDINGS: A total of 189 postmenopausal women aged 45-65 years participated in the study. The mean age of the participants was 54.4 ± 4.4 years, the mean age at menopause was 48.2 ± 3.7 years, and the mean duration of menopause was 6.0 ± 4.5 years.. A moderate ($r=0.314$, $r=0.573$, $r=0.374$, respectively) positive and significant correlation was found between Beck Depression Scale scores and Cervantes Personality Scale subscales of Extraversion/introversion, Emotional stability/neuroticism, Consistent/inconsistent. According to the results of the analysis, the scores obtained from the extroversion/introversion subscale positively and significantly affected the scores obtained from the Beck depression scale ($\beta=0.280$, $t=-4.690$, $p<0.01$). A 1-point increase in the extroversion/introversion scale score increased the Beck depression scale score by 0.44 points. Again, the scores obtained from the emotional stability/neuroticism subscale positively and significantly affected the scores obtained from the Beck Depression Scale ($\beta=0.570$, $t=7.190$, $p<0.01$). A 1-point increase in the emotional stability/neuroticism subscale increased the Beck Depression Scale score by 0.64 points. The scores obtained from the consistent inconsistency subscale had no effect on Beck depression scale scores.

A moderate ($r=0.471$, $r=0.626$, respectively) positive and significant correlation was found between the Beck Depression Scale scores and the Somatic Complaints and psychological Complaints subscales of the Menopause Symptoms Rating Scale. A weak ($r=0.295$) positive and significant relationship was found between the scores obtained from the Urogenital Complaints subscale. According to the results of the analysis, the scores obtained from the Somatic Complaints and Urogenital Complaints subscales had no effect on Beck Depression Scale scores. The scores obtained from the Psychological Complaints subscale positively and significantly affected the scores obtained from the Beck Depression Scale ($\beta=0.460$, $t=5.63$, $p<0.01$). A 1-point increase in the Psychological Complaints subscale increased the Beck Depression Scale score by 0.94 points.

CONCLUSIONS: In this study, it was determined that there was a difference in the personality characteristics of women with psychiatric diagnoses entering menopause. By conducting this study in other city hospitals, it will be possible to determine and compare how personality traits affects depression status and menopausal symptoms in postmenopausal women. As a result, it is recommended to try to eliminate the effects of depression, menopausal symptoms and negative effects on personality by providing necessary trainings and information to women before entering the menopause period.

Keywords: Menopause, Depression, Personality, Symptom

KISALTMALAR

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
FSH	:Folikül Uyarıcı Hormon
HDL	:Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
LDL	:Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
LH	:Luteinizan Hormon
Max.	:Maksimum
Min.	:Minimum
MRS	:Menopause Rating Scale
n	:Katılımcı Sayısı
Ort.	:Ortalama
pH	:Power of Hydrogen
r	:Spearman korelasyon katsayısı
REM	:Hızlı Göz Hareketi
s	:Sayfa
Sd.	:Standart Sapma
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
%	:Yüzde

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Menopoz eski Yunanca'da men (ay) ve pausis (sonlanma) sözcüklerinden köken alarak oluşturulmuştur (1). Menopoz over aktivitesinin durması ve on iki aylık amenorenin ardından teşhis edilmiş ve patolojik sebeplerle açıklanamayan hormonal olarak adet kanamasının kalıcı olarak kesilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (2, 3). Menopoz; kadınların doğal olarak üreme döngüsünün sonunu işaret eden bir yaşam evresi olarak görülmektedir. Menopoz ortalama yaşının 51 olduğu belirtilmektedir (4, 5). Menopoz temel mekanizması incelendiğinde folikül uyarıcı hormon (FSH) seviyesinin artması ile östrojen seviyesinin azalmasına bağlı olarak gelişim göstermektedir (6, 7). Kadınlarda menopozun iki-altı yıl öncesinin premenopozal dönem, altı-sekiz yıl sonrasının ise postmenopozal olarak tanımlandığı belirlenmiştir. Alanyazın içerisinde yapılan çalışmalar içerisinde premenopozal dönem ile postmenopozal dönem içerisinde bulunan kadınlar üzerinde bir çok çalışma yapıldığı belirlenmiştir (8). Menopozal geçiş dönemi de perimenopozal dönem olarak adlandırılmaktadır (9).

Menopoz dönemi içerisinde kadınlar tarafından birçok semptomun bildirildiği görülmektedir. Bu semptomlar; kadınlarda özellikle mental, fizyolojik, cinsel ve sosyal yönden birçok değişime sebep olmaktadır (10, 11).

İnsanların gelişim süreci içerisinde uyum sağlaması ve çözmesi gereken yaşam dönemlerinin her birinde kendine özgü stres oluşturuvcu değişimler bulunmaktadır. Kadınlar için menopoz yaşam dönemlerinden bir tanesi olarak görülmektedir. Menopoz basit bir şekilde yumurtalık aktivitesinin kaybı sonucunda adet kanamasının sona ermesi ve bu sebeple son olarak görülen adet olarak tanımlanmaktadır. Kadınların yaşamlarının üçte birlik kısmı menopoz dönemini kapsamaktadır. Menopoz bir hormon hastalığı değil gelişim dönemi olarak kabul edilmektedir. Bu dönem içerisinde organizmada farklı sistemlerin dengesinin bozulması ve psikiyatrik sorunlara menopozun neden olduğu görülmektedir (12).

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde menopozun belirtileri farklı yayınlar içerisinde farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalara göre

menopoz belirtileri; adet düzeninde yaşanan bozukluklar, sıcak basmaları gibi vazomotor bozukluklar, östrojen eksikliğinin uzun dönem sorunları, deri-meme atrofisi gibi atrofik durumlar ve ruhsal yakınmalar olarak belirlenmiştir (13, 14).

Kadınlar menopoz dönemi içerisinde ruhsal açıdan incelendiklerinde özellikle hormonal değişimin birincil sebep olduğu belirlenmiştir (15). Bunun dışında kadınlarda menopoz döneminde fiziksel belirtilerin ikincil sebep olabileceği (16, 17) ya da psikososyal etki ile özellikle beden imajında değişiklikler yaşanması ve artan uyku bozukluğunun depresyon gelişiminde rol oynayabileceği görülmektedir (18, 19, 20). Yapılan çalışmalar incelendiğinde menopozda görülen klinik tablonun depresif belirtiler ve anksiyete ile beraber çoğul bedensel yakınmaların bileşiminden oluştuğundan söz edilmektedir (21).

Depresyon; bireylerin iritabl ya da üzüntülü duygu durum ve bununla bağlantılı olarak iştah ve uyku değişiklikleri, anhedoni (haz verici ve düzenli etkinliklere olan ilginin kaybolması), psikomotor değişiklikler, yorgunluk, yoğunlaşma kusuru, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları ile intihar düşünceleri gibi belirtiler sonucunda işlevsellikte bozulmanın olduğu dönem olarak tanımlanmaktadır (22).

Yapılmış olan çalışmalar içerisinde depresyon kelimesinin kendini kederli hissetme, çökme, yaşamsal ve işlevsel aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanıldığı belirlenmiştir (23). Günümüzde kullanılan depresyon kelimesinin kökeni Latince'deki depressus'tan yani bastırmaktan gelmek, alçakta olmak anlamına gelmektedir (24). Kraepelin tarafından 1896 yılında depresyon kelimesi bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. 1957 yılında ise Kalr Leonhard tarafından depresyonun bipolar ve unipolar sınıflama ayrımının yapıldığı belirlenmiştir (25).

Menopoz dönemi içerisinde kadınların yaşamış oldukları problemler üzerine yapılan çalışmalarda öncelikle bu problemlerin klinik bir sorun mu ya da ruhsal bir sorun mu olduğuna ilişkin birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. Menopozal dönem içerisinde kadınların özellikle depresif belirtiler olmak üzere ruhsal belirtilerin prevalansında bir artış yaşandığı çalışmalarda gözlenmiştir (26, 27). Kadınların menopoz sonrası dönem içerisinde menopoz döneminden öncesinde

görülen ruhsal belirtilerinde artma olduğu görülmektedir (28, 29). Bunun yanında menopo  dönemi içerisinde psikiyatrik açıdan özgün bir tablo bulunmadığı, bunun yanında menopo  sonrası depresyon yaygınlığının azaldığını belirten çalışmaların da mevcut olduğu belirlenmiştir (30, 31).

Menopo  şeklinin belirtiler üzerine etkisini gösteren araştırmalar sonucunda çelişkili sonuçların çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalar incelendiğinde özellikle cerrahi ve doğal menopo  arasında farklılığın bulunmadığı (32), bunun yanında cerrahi menopo  durumunda belirtilerin şiddetli olduğunu düşünen araştırmacıların olduğu (33, 34) cerrahi menopo un daha rahat olduğunu kabul eden araştırmacıların da bulunduğu görülmektedir (35, 36).

Biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlık olarak insan görülmektedir. Tüm insanlar için bu faktörlerin bileşkesi olarak kişilik görülmektedir (37). Bireylerim tüm bedensel özellikleri, içgüdüleri, eğilimleri, dürtüleri, kazanmış oldukları deneyimlerin bir bütünü kişilik olarak kabul edilmektedir (38). Kadınlarda menopo  durumunun iyi bir şekilde anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanında sosyal, psikolojik, kültürel faktörler ile kişilik özelliklerin de incelenmesi gerektiğı belirlenmiştir. Menopo  dönemi içerisinde kadınlar aynı biyolojik değişiklikleri yaşamasına rağmen menopo  dönemi içerisinde farklı tutumlar göstermektedirler (39). Kadınlardan bazıları klimakterik dönem içerisinde ortaya çıkan bu değişiklikleri bir sorun olarak görmektedir ve bu sorunları farkederek tedavi arayışına girmektedir, bazı kadınlar ise ortaya çıkan bu değişikliklerin farkında dahi değildir (40). Menopo al dönem içerisinde kadınlar üzerinde tıbbi ve psikososyal yakınmalarda bir artış görülmekte, buna bağılı olarak kadınların kişilik özelliklerini anlamak büyük önem taşımaktadır (37).

Yapılan çalışmada postmenopo al dönem içerisindeki kadınların depresif duygu durumunun kişilik özellikleri ve menopo al semptomlarla ilişkisi olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.LİTERATÜR İÇERİSİNDE MENOPOZ İLE İLGİLİ TANIMLARIN İNCELENMESİ

Kadınların yaşam döngüsü incelendiğinde bu döngü bebeğin anne rahmine düşmesi, bebeklik dönemi, çocukluk dönemi, adölesan dönemi, doğurganlık dönemi, klimakterik dönem ile yaşlılık dönemi olarak sıralanmaktadır. Yaşam dönemlerinin her birinde kendine has bazı fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikleri içerisinde barındırdığı belirlenmiştir (41). Menopoz; östrojen hormonunda gerçekleşen azalmaya bağlı olarak üreme işlevinin sona ermesi olarak tanımlanmaktadır. Menopoz özellikle kadınların yaşamında doğal ve fizyolojik olay olarak kabul edilmektedir (42).

Litaratürde menopozla ilgili birçok tanımın bulunduğu görülmektedir. Menopoz; Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği (2020)'nin yapmış olduğu tanıma göre bir kadının en az on iki aylık adetsiz bir dönem veya kadının her iki overinin cerrahi olarak çıkarıldığı ya da harap edilmiş olduğu zamandan önce görülmüş olan son adet olarak adlandırılmaktadır. Östrojen seviyesinin azalması durumunda kadınlarda over folikül işlevinin kaybolması ile birlikte menstruasyon ve üreme işlevinin kalıcı olarak bitmesi ile sonuçlanmış olan doğal durum menopoz olarak tanımlanmaktadır (42). Kadınların menstruasyon periyodunun daimi olarak sonlanması menopoz olarak ifade edilmektedir (43).

Menopoz meydana gelen bazı hormonal değişiklikler sonucunda gözlenmekte ve tanımlanmaktadır. Reprodüktif dönemin folliküler fazındaki kadınlarla karşılaştırıldığında; menopoz dönemindeki kadınlarda LH 3, FSH 10 kat artması ve FSH'i inhibe eden ve inhibinin yaşlanma ile birlikte bir azalma göstermesi belirleyici bir faktör olmaktadır. Bu süreç ve yaşlanma ile birlikte gonadotropine direnci yüksek ve hormonal aktivitesi düşük foliküllere sahip olmaktadır (44, 45).

Patolojik nedenler ya da hormonal kontrasepsiyon kullanılmadan on iki aylık amenoreden sonra teşhis edilmiş olan adet sikluslarının son bulması menopoz olarak tanımlanmaktadır. Menopoz geçişi; düzensiz sikluslar, hormonal dengesizlik ve semptomlarla ilişkilidir. Menopoza geçiş süreci tipik olarak 40'lı yaşların ortasından sonuna kadar başlayan 4-5 yıl süren karmaşık bir fizyolojik süreç olarak belirlenmiştir (46).

Ortalama menopoz yaşı dünyada 50-52'yken, Türkiye'de ise 47 (46-49 yaş) olarak belirlenmiştir (47, 48). Menopoza girme yaşını; gebelik yaşı, sedanter yaşam, alkol ve sigara kullanımı, doğum kontrol haplarının kullanımı, tek taraflı oofrektomi, menarş ve düzensiz adet siklusu, düşük vücut kitle indeksi, gebelik sayısı, düşük sosyoekonomik düzey, çoklu doymamış yağ tüketimi, serum kurşun seviyesi, nulliparite etkilemektedir (49, 50).

Menarş ve menopoz arasındaki zaman aralığı olarak tanımlanan üreme ömrü, mortalite ve morbiditenin azalması ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalar menopoz yaşının daha geç olması, üreme ömrünün daha uzun olması ve yaşam süresinin arttırılabileceği düşünülmektedir (51).

Klimakteriyum kadınların hayatında önemli bir basamak olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar içerisinde klimakteriyum ifadesinin menopozla aynı anlamda kullanılmasına rağmen, bu iki kavramın birbirinden farklı kavram olarak ifade edildiği belirlenmiştir (44,52). Kadınlarda over fonksiyonlarında düşüşün yaşanması ile birlikte reproduktif dönemin sonlanmasından altmış dört yaşına kadar olan zaman dilimi klimakteryum olarak tanımlanmaktadır (45,53).

Klimakteryumun başlangıç dönemi premenopoz olarak kabul edilmektedir. Premenopoz; son adet dönemine kadar geçen süre ile perimenopozal dönemin başlangıcına kadar olan dönem olarak adlandırılmaktadır. Bu süreç içerisinde menstrual siklusun düzeninin bozulduğu ve fertilite şansının azaldığı görülmektedir. Kadınlarda overyan yetmezliğin başlaması ile birlikte menopoza kadar geçen süre içerisinde kadınların üreme yeteneklerinin tamamen kaybolmadığı görülmektedir (54).

Premenopozal dönem içerisinde giren kadınların menarş dönemine benzer şekilde ya da 18-21 günden daha kısa süre içerisinde menstruasyon kanaması olduğu, ilerleyen dönemlerde üç ay hiç menstruasyon kanamasının olmayabileceği görülmektedir. Düzensizliğin başlaması ile birlikte siklusların genel olarak anovulatuvar tipte olduğu belirlenmiştir (55).

Perimenopoz; menopoz meydana gelmeden önceki birkaç yıl ve menopoz meydana geldikten sonraki ilk yıllarda biyolojik, klinik ve endokrinolojik özelliklerin ortaya çıktığı zaman dilimi olarak görülmektedir. Kadınlar bu dönem içerisinde özellikle 40'lı yaşlarda over fonksiyonlarında bir kayıpla karşılaşmaktadır. Menstrüel sürecin bir yıl hiç görülmediği zamanla bu over fonksiyonlarının azalması arasındaki süreci kapsar. Yaklaşık olarak bu dönemin yedi yıl olarak sürdüğü belirlenmiştir (56).

Menopoz; overlerde foliküler aktivitenin kaybına bağlı olarak menstrüasyonun kalıcı olarak durması olarak tanımlanmıştır. Kadın bu dönemde ardışık on iki ay boyunca adet görmemektedir. Genel olarak son menstrual siklus olarak da adlandırılmaktadır (57).

Kadınların postmenopoz dönemi on iki ay boyunca adet görmemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu durumla birlikte postmenopozal dönemin başladığı belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımı incelendiğinde menopoz sonrası 6-8 yıllık zaman aralığı postmenopozal dönem olarak tanımlanmaktadır. Postmenopozal dönem perimenopozal dönemin sonlanması ile başlamaktadır. Bu dönem yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmiş 65 yaşa kadar sürmektedir. Bahsedilmiş olan dönem içerisinde over aktiviteleri ile fonksiyonlarının tamamen sona erdiği ve fertilité şansının kalmadığı görülmektedir (52,46,58).

Menopozun başlamasını kadınlarda adet kanamasının 12 ay olmamış olması göstermektedir (58). Menopoz dönemi kadınların yaşamları içerisinde büyük bir dönemi oluşturmakta bunun yanında bu dönem içerisinde birçok sağlık sorununun yaşandığı bir dönem olarak kabul edilmektedir (59, 60, 61). Kadınların yaşamlarının

içerisinde menopo  döneminde yaşanan sağlık sorunları ve bu sorunlarla başa çıkabilmeleri için yapılmış birçok çalışma olduğu görülmektedir.

2.2.MENOPOZUN FARKLI KLİNİK ŞEKİLLERİ

Menopoz döneminde kadınlarda östrojen düzeyi azalmaktadır. Buna bağlı olarak menopoz dönemindeki kadınlarda ruhsal ve fiziksel değişikliklerin gözlendiği belirlenmiştir. Menopoz dönemi içerisinde ürogenital, vazomotor, emosyonel semptomların g r ld ğu bunun yanında kas-iskelet sistemi ile kardiovasküler sistemin etkilendiği, bunun sonucunda da duygu durum değişikliklerinin meydana geldiği görülmektedir (62).

Kadınlarda  strojen yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan en sık menopoz semptomları vazomotor değişikliklerdir. Vazomotor değişiklikler ise gece terlemesi, yüz kızarması ve sıcak basması olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınlarda sıcak basmasında genel olarak anksiyete, terleme, titreme ve çarpıntı gibi değişikliklerin eşlik ettiği belirlenmiştir. Kadınlarda ortaya çıkan bu Şikâyetler günlük yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Menopoz belirtilerinin Őiddetleri, menopozdan sonra geçen süre arttıkça azalmaktadır (63). Kadınların sıcak basmalarına sıcak ortamlar, kalabalık, sıcak içecekler, alkol, duygusal stres, baharatlı yiyecekler, bazı ilaçlar, kafein ve sigaranın uyarıcı etki yapt ı görülmektedir. Menopoz dönemindeki kadınlarda sıcak basmalarının neden meydana geldiği bilinmemektedir. Bu sıcak basmalarının hipotalamik kaynaklı olduğu düşünülmektedir (63).

Menopoza giren kadınlarda yaşanan hormonal değişiklikler özellikle kadınlr üzerinde bir takım ruhsal değişikliklere neden olmaktadır. Bunun yanında kadınların davranışlarını ve duygu durumlarını da etkilemektedir. Menopoza giren kadınlarda östrojen hormonu yetersizliğine bağlı olarak uykuya geçiş s resinde uzama görülmektedir. Bunun yanında REM uykusu s resinde kısalma gerçekleşmektedir. Bu durumda da kadınların uykudan yorgun olarak kalktıkları belirlenmiştir.

Kadınların menopoz dönemi içerisinde yaşadıkları psikolojik belirtiler ise Şu Şekilde sıralanmaktadır. Bunlar; sinirlilik, depresif ruh hali, kendini değersiz Şekilde

hissetme, kaygı, dikkat toplamada güçlük, karar vermede zorluk çekme, kendini yetersiz hissetme, cinsel istekte azalma, yorgunluk hissi, sık ve kolay şekilde ağlama, iştah artışı, günlük olaylardan çok çabuk etkilenme, toplumdan kendini soyutlama ve sabah erken uyanma olarak sıralanmaktadır (62).

Menopoza giren kadınlarda östrojen yetersizliğine bağlı olarak ürogenital organlarda atrofi geliştiği görülmektedir. Atrofi sonucunda menopoza giren kadınlarda vajinal kan dolaşımı azalacağı için kuruluk görülmektedir. Atrofik vajinanın elastikiyetini kaybettiği, soluklaştığı, pubik kıllanmanın azaldığı, vajen daralarak, fragil bir hal aldığı belirlenmiştir. Menopoza giren kadınlarda vajinal akıntının azaldığı, kuruluğa bağlı olarak disporaninin görüldüğü tespit edilmiştir. Bu süreç içerisinde özellikle vajen pH'nın arttığı, enfeksiyona yatkınlığın arttığı görülmektedir. Bunun yanında üriner şikâyetlerde artış görülerek, sistosel, rektosel, ürovajinal prolapsus ile vajinitin de görülebildiği belirlenmiştir (63, 64).

Klimakterik dönemi içerisinde menopozdan sonra kadınların üzerinde psikolojik, fizyolojik ve davranışsal birçok değişikliğin meydana geldiği belirlenmiştir. Menopoz sonrasında hormonal değişimin metabolizma hızını etkilediği görülmektedir. Bunun sonucunda toplam vücut yağ yüzdesinde artış gözlemlendiği belirlenmiştir. Bu nedenle özellikle karın bölgesinde yağlanma artışına bağlı olarak obezite riskinin arttığı görülmektedir. Menopoza giren kadınlarda yağ metabolizmasında meydana gelen değişiklik sebebi ile kalp hastalıkları ile hipertansiyon riskinin oluştuğu belirlenmiştir.

Menopoz sonrası östrojen hormonunun azlığı sebebi ile kemik metabolizması üzerinde yaşanan değişimle sonucunda, kalsiyum fosfor emiliminin azalarak, osteoporoza zemin hazırladığı görülmektedir (65).

Kadınlar menopoz dönemini daha konforlu geçirebilmek ve yaşanan sorunlarla baş edebilmek için farklı tedavi yöntemlerinin uygulandığı belirlenmiştir. Menopoza giren kadınların bazıları farmakolojik tedavileri tercih ederken, bazıları ise tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yöneldikleri görülmektedir (66).

2.3. MENOPOZ VE YAŞAM KALİTESİ

Menopoz dönemi özellikle kadınların yaşamlarını birçok yönden etkilemektedir. Bu süreç içerisinde kadınların menopoza bakış açıları ve tutumlarının kültürden kültüre farklılık gösterebildiği de görülmektedir. Kadınların menopoza karşı tutumlarının genel olarak olumlu olduğu fakat premenopozal ve perimenopozal dönem içerisindeki kadınların menopoza ilişkin tutumlarının ise daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (67).

Yapılmış çalışmalar incelendiğinde özellikle menopoz sonrası kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre menopoza daha olumlu baktıkları görülmektedir (68). Kadınların menopoz dönemine ilişkin olarak algı ve tutumları incelendiğinde kadınların menopozal semptom deneyimlerinden etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (69). Menopozal döneme geçiş süreci içerisinde kadınların psikolojik ve fiziksel olarak yaşadıkları değişimler kadınların yaşam kalitesi ile genel iyilik durumunu etkilemektedir (70).

Menopoz dönemi içerisinde kadınlarda görülen semptomların şiddet ve sıklığının kadınların yaşam kalitesini farklı şekillerde etkilediği belirlenmiştir (71). Yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde kadınların menopoza ilişkin tutumlarının yaşamış oldukları menopoz semptomlarının şiddetini etkilediği görülmektedir. Menopoza ilişkin tutumu olumsuz olan kadınların yaşamış oldukları semptomların şiddetinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (67, 72).

Dünyada insan ömrünün uzaması ile birlikte kadınların yaşamlarının önemli bölümünün menopozal dönemde geçtiği görülmektedir. Menopoz sürecini yaşayan kadınların yaşam kalitesi ve sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörlerin kadın sağlığı açısından değerlendirildiğinde önemli bir sorun oluşturduğu belirlenmiştir.

Kadınların menopoza ilişkin yaşam kalitesi fiziksel alt boyutu içerisinde ciddi sorunlar yaşadıkları, buna bağlı olarak menopoz tutumunun da olumsuz şekilde etkilendiği görülmektedir. Menopozal dönemde yaşam kalitesini, kadınların menopoza ilişkin tutumunun olumlu olması olumlu şekilde etkilemektedir.

Kadınlarda menopoz dönemine ilişkin olarak olumlu tutumlarının geliştirilmesi için erken dönemden itibaren girişimlerin planlamasının yapılması, menopozla ilgili semptomların kontrol altına alınması için kadınlara eğitim verilmesi gerekmektedir.

2.4. PREMENOPOZ, MENOPOZ VE POSTMENOPOZAL DÖNEMDE ORTAYA ÇIKAN SEMPTOMLAR VE YÖNETİMİ

Menopoz dönemleri (premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönem) içerisinde ortaya çıkan semptomlar yedi başlık altında incelenerek, yorumlanmaktadır. Bunlar; menstruel değişiklikler, vazomotor değişiklikler, uyku değişiklikleri, psikolojik/emosyonel değişiklikler, atrofik değişiklikler, kardiyovasküler sistem değişiklikleri, kas iskelet sistemi değişiklikleri ve osteoporoz olarak belirlenmiştir.

2.4.1. Menstruel Değişiklikler

Menopoz dönemine girişte adet düzensizlikleri ile çok sık şekilde karşılaşılabilir. Premenopozal menstruasyon anovulatvar tiptedir. Over fonksiyonları azalarak fertilitenin düştüğü görülmektedir. Ancak bu overlerin tamamen durması anlamına gelmemektedir. Overler daha uzun yıllar az miktarda östrojen salgılayabilmektedir ve buna bağlı olarak adet kanamalarının devam ettiği belirlenmiştir. Fakat bu dönem içerisinde görülen vajinal kanamaların en sık sebebi ise östrojen eksikliğine bağlı olarak endometrial ya da vajinal atrofidir. Bir diğer neden olarak ise, endojen östrojen fazlalığı ve bu fazlalığın progesteron ile karşılanamadığı görülmektedir (73, 74, 75).

2.4.2. Vazomotor Değişiklikler

Birçok postmenopozal kadın üzerinde yapılan inceleme sonucunda farklı derecelerde hissedilen ateş basması olayının özellikle klimakterik dönemin önemli özelliklerinden biri olduğu kabul edilmektedir. Yüzde başlayarak, göğüse yayılmış olan sıcaklığın ateş basması olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu belirti sonucunda kızarıklık ortaya çıkmaktadır. Ateş basması 30 saniye ile 5 dakika arasında ortaya

çıkılmaktadır (76, 77). Burada görülen ateş basmasının devamlı olmadığı ara ara ortaya çıkarak bunun yanında bulantı, baş dönmesi, çarpıntı hissi, aşırı gece terlemesi ile hafif terlemenin yaşandığı görülmektedir. Burada görülen bulguların premenopozal dönem içerisinde haftada bir-iki kez yaşandığı fakat menopoza yaklaşıldıkça ise sıklaştığı belirlenmiştir. Menopoza yaklaşıldıkça bu belirtilerin önce gün aşırı, sonrasında ise her gün ve birkaç kez görüldüğü tespit edilmiştir (76).

Alan yazında yapılan incelemede postmenopozal kadınların %75'nin, perimenopozal kadınların da yaklaşık olarak %40'nın sıcak basmasından yakındıkları belirlenmiştir. Kadınların %60'nda ise herhangi menstrual değişiklik olmadan bu semptomları görülebilmektedir (78).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde vazomotor semptomların sebebi ile ilgili olarak birçok görüşün bulunduğu görülmektedir. Kadınlarda LH yükselişi ardından bu semptomların ortaya çıkmasının LH hormonunun neden olabileceğini düşündürmektedir. Fakat hipofizektomi operasyonu geçiren olgular içerisinde bu semptomların kaybolmamasının bu teoriyi çürüttüğü tespit edilmiştir. Bu olayların etiyojisi tam olarak açıklanamasa da burada görülen semptomların östrojen miktarında azalmaya bağlı olarak ortaya çıktığı ve östrojen replasmanuna olumlu şekilde cevap verdiği görülmektedir (79). Menopoza giren kadınlarda sıcak basmalarının günün tamamında kadınları rahatsız edebildiği, hatta bu sıcak basmalarının geceleri daha şiddetli olabileceği, bunun sonucunda da klinik uyku bozukluklarının bir sebebi olacağı düşünülmektedir. Hormon tedavisi aldıktan sonra kadınlarda, perimenopozal ile postmenopozal dönemde sıcak basmalarının üç-altı hafta arasında kaybolduğu görülmektedir. Bu süre alınan doza bağlı olarak daha kısa sürede olabilmektedir (80).

2.4.3. Uyku Değişiklikleri (Uykusuzluk)

İnsanlığın doğuşundan itibaren toplumun ana unsurunu kadın oluşturmaktadır. Toplum içerisinde önemli bir yeri olan kadınların hayatları içerisindeki en önemli dönemlerden biri ise menopozal dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (69, 70). Tüm dünyada olduğu üzere Türkiye'de de gelişen teknoloji

sonucu sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması ve yaşam standartlarının yükselmesi sonucunda beklenen yaşam süresinin uzadığı kabul edilmektedir (83). 2000-2016 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yapmış olduğu çalışmaya göre kadınların doğuştan beklenen yaşam süresinin 74,2 yıl olduğu; 2018 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun yapmış olduğu çalışmaya göre ise 80,8 yıl olduğu belirlenmiştir. İnsanların ortalama yaşam süresinin son yüzyıl içerisinde arttığı ve menopoza kalma yaşının sabit olduğu düşünülürse her kadının hayatlarının büyük bir bölümünü postmenopozal dönem içerisinde geçireceği düşünülmektedir (84). Kadınların yaşamlarının üçte birlik kısmını geçirdikleri bu dönem yaşamları içerisinde sosyal, ruhsal ve fiziksel değişimlerin yaşanmasına sebep olmaktadır. Östrojen eksikliği sebebiyle bazı sağlık sorunlarının da ortaya çıktığı yaşam evrelerinden en uzununu olarak kabul edilmektedir (84).

Kadınların menopozal dönem içerisinde yaşadıkları sorunlar incelendiğinde sıklıkla rastlanan ve rahatsızlık veren sorunlardan biri olarak uykusuzluk karşımıza çıkmaktadır. Menopozal dönem içerisinde uykusuzluk prevalansı ile ilgili olarak yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde uykusuzluk prevelansında bir artış olduğu belirtilirken en sık artışın ise postmenopozal dönemde ortaya çıktığı görülmektedir (85, 86, 87, 88, 89).

Türkiye'de ülke genelinde yapılmış olan kadın sağlığı araştırması içerisinde yaş arttıkça uyku bozukluğu prevalansının arttığı ifade edilmektedir. Premenopozal yaş gurubu içerisinde görölme sıklığı %16-42 arasında değişirken, perimenopozal dönem içerisindeki kadınlarda ise prevalansın %39-47 arasında değiştiği belirlenmiştir. Postmenopozal dönem içerisindeki kadınlar incelendiğinde prevalansın %35-60 arasında değiştiği görülmektedir (88).

Ju-Kim ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada uyku kalitesi ile menopozda fiziksel ve vazomotor semptomlar arasındaki ilişki değerlendirilmektedir. Burada premenopozal, perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda uyku kalitesinin sırası ile %14,4; %18,2 ve %30,2 olduğu ifade edilmektedir (87).

Perez ve arkadaşlarının 2009 yılında yapmış oldukları çalışmada menopoz dönemi içerisinde kadınların uykusuzluk oranının %45,7 olduğu belirlenmiştir (90). Simon ve Reape'nin 2009 yılında yapmış oldukları çalışma içerisinde ise bu oranın %69 olarak bulunduğu görülmektedir (91). Sun ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada ise Şangay'da bulunan menopoz dönemindeki kadınların uyku bozukluğu değerlendirmesinde uyku bozukluğu prevalansının yaş arttıkça arttığı ifade edilmektedir. Bu çalışma içerisinde uyku bozukluğunun 40-44 yaş aralığında %21,7'ken, 55-60 yaş aralığında %41,8 olduğu görülmektedir (89). Kadınlarda uyku bozukluğu prevalansının premenopozal kadınlarda %34,8'ken, postmenopozal kadınlarda ise bu değerin %40,9 olduğu kabul edilmektedir. Bu durum uyku bozukluğunun postmenopozal kadınlarda premenopozal kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınlarda postmenopozal durum ve uyku sorunları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılmış çalışmaların bulunduğu görülmektedir. Valiensi ve arkadaşlarının 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada postmenopozal dönem içerisindeki uyku sorunlarının %46,7 olarak bulunduğu belirlenmiştir (86). Türkiye'de yapılmış araştırmalar incelendiğinde menopozal dönem uykusuzluk görülmesinin oranının %14-79 olarak değiştiği görülmektedir (92, 93). Timur ve Şahin'in 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada ise uykusuzluk problemi görülme oranının %62,2 olduğu (94); Erkin ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada menopoz döneminde uykusuzluk problemi görülme oranının %35,3 olduğu (93); Ağan ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış oldukları çalışmada ise menopoz döneminde uyku bozukluğu görülme oranının %59,7 olduğu görülmektedir (95).

Sosyal, fiziksel, duygusal ve entelektüel ihtiyaçları olan varlık olarak insan görülmektedir. İnsanların varlıklarının sürdürülebilmesi için boşaltım, hava, su, dinlenme, uyku gibi fizyolojik gereksinimlere ihtiyacı bulunmaktadır (96). Uyku karşılanması gereken bu fizyolojik gereksinimlerden biri olarak görülmektedir. Uyku sağlıklı yaşamın en önemli temel biyolojik işlevlerinden biri olarak kabul edilmektedir (97).

Uyku bireylerin sağlık durumu ile yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Postmenopozal dönem içerisinde sık görülmesi sebebiyle uyku mutlaka danışmanlık gerektiren bir sorun olarak görülmektedir (97).

2.4.4. Psikolojik/Emosyonel Değişiklikler

Menopoz dönemi içerisinde kadınlar üzerinde birçok psikolojik değişiklik yaşanmaktadır. Bu psikolojik değişiklikler; gerginlik, sinirlilik, depresif duygu durum, çabuk öfkelenme, uyku problemleri, enerji kaybı ve isteksizlik, unutkanlık, stresli yaşam olaylarından daha kolay etkilenme olarak belirlenmiştir (84). Menopoza geçiş sürecinde sinirlilik, gerginlik ile kaygı ve depresyon gibi olumsuz duygulanımlar olağan görülmekteyse, bu belirtilerin sıcak basmasına oranla çok daha az olduğu görülmektedir (98). Bu dönem içerisinde sıklıkla meydana gelen anksiyete ve depresyon belirtilerinin doğrudan menopoza bağlanması için yeterli kanıtın bulunmadığı belirlenmiştir. Alan yazın içerisinde şiddetli menopozal belirtilerin bir takım psikolojik sorunlara sebep olabileceği tartışılsa da orta yaş dönemi içerisinde meydana gelen bu diğer değişimlerin rolünün de araştırıldığı görülmektedir.

2.4.5. Atrofik Değişiklikler

Atrofik değişiklikler genel olarak üreme ve üriner sistem ve ciltte görülmektedir. Atrofik değişikliklerin grlme nedeni ise östrojen eksikliği olarak belirlenmiştir (52, 99, 100). Üreme organlarının küçülmesi genital atrofi olarak tanımlanmaktadır. Menopoz dönemine girildikten sonra östrojen hormonunun uzun süre boyunca olmamasına bağlı olarak üreme organlarında özellikle vajina, uterus, vulva ve distal üretrada atrofik değişimler meydana gelmektedir. Genital atrofiye ilişkin belirtiler şu şekilde sıralanmaktadır. Bunlar; ağrılı cinsel ilişki, vulvada kaşıntı, uterusta sarkma, kabızlık ve idrar kaçırmadır (42, 52, 99, 100, 101).

Menopoza bağlı olarak vulva üzerinde sıklıkla görülen semptom; kaşıntı ve kuruma olarak karşımıza çıkmaktadır. Menopoza giren kadınlarda östrojen azalmasına bağlı olarak vulva derisinde incelme meydana gelerek, elastikiyeti

kaybolmaktadır, bunun sonucunda da enfeksiyon ve irritasyona yatkın hale gelmektedir (52). Vajina östrojen kaybı ile soluklaşarak, incelmekte buna bağlı olarak da esneklik ve salgısında azalma meydana gelmektedir. Bu sebeple cinsel ilişkinin ağırlı şekilde gerçekleştiği belirlenmiştir (52, 100, 101). Postmenopozal dönem içerisinde vajinit daha sık görülmektedir. Östrojen yetmezliği sonucunda pH'ı asitten alkalene değişim gerçekleşmektedir. Vajende patojen mikroorganizmaların faaliyeti alkalen ortamda artmaktadır (52, 99, 100).

Endoservikal bezlerin aktivitesi menopozdan sonraki dönem içerisinde azalmaktadır ve burada çok az mukus salgılanmaktadır. Bu durum sonucunda da vajinal kuruluk oluşmaktadır. Bu sebeple özellikle erezyonlar ve serviks enfeksiyonlarının daha sık bir şekilde görüldüğü belirlenmiştir (52).

Menopoz sonrası dönem içerisinde üretranın (üreme organları ile aynı embriolojik kökenli olan) alt kısmında kısılma meydana gelerek, esnekliğini kaybettiği belirlenmiştir. Menopoz sonrası dönem içerisinde görülen üretral değişimler ile ilgili olarak en sık karşılaşılan sorun ise üretral sendrom olarak karşımıza çıkmaktadır. Üretral sendrom; idrar tutamama, yanma, sık ve kesik idrar yapma ile gece idrara çıkma ile karakterizedir (52, 99, 100, 101). Bireyde bu belirtiler ile birlikte eğer idrar kültürü içerisinde bakteri üremezse postmenopozal uretral sendrom tanısı koyulduğu görülmektedir (52).

Menopozal dönem içerisinde özellikle kadınların cinsel sorunlarının çözülerek cinsel yaşamlarının sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinin sağlanması gerekmektedir. Menopoza giren kadınların cinsel yaşamı menopoz ile sona ermemektedir. Fakat eşlerin kültürel tutumlarına göre değişen şekillerde cinselliklerini ifadelerinde değişiklik gerçekleşmektedir.

Menopozda ortaya çıkan atrofik değişiklikler özellikle kadınların güven ve benlik saygısının azalmasına sebep olmaktadır. Bu dönem içerisinde kadınlarda ağırlı cinsel ilişki görülürken, benzer yaşlardaki erkeklerin de cinsel fonksiyonlarında yavaşlama görülmektedir. Bu sebeple erkeklerin ilişkiyi bırakabilecekleri düşünülmektedir. Kadınlar ise bu durumda eşlerinin kendisine olan ilgisini

kaybettiğini düşünebilmektedirler. Bu dönem içerisinde kadınların yaşa ve menopoza bağlı olarak gerçekleşen fizyolojik değişiklikleri, cinsel yaklaşımları, uyumlu bir partnerin varlığı, fiziksel sınırlılıklar, sosyal değerler, kronik sağlık sorunları, sosyal değerler ve davranış kalıplarını belirlemektedir. Hormonal değişikliklerden cinselliğin çok etkilenmediği, menopozdan sonra cinsel yaşamın devam ettiği yapılan çalışmalarda belirlenmektedir. Bu sebeple eşlerin birlikte ele alınarak, danışmanlık verilmesi gerekmektedir (52).

2.4.6. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Üreme çağı içerisinde östrojenin etkileri sebebiyle kadınların kardiyovasküler sorunlardan korunduğu görülmektedir. Üreme çağı içerisindeki kadınların erkeklere oranla 2,5-4,5 kat daha az kardiyovasküler sorunlara sahip olduğu, menopozal dönem içerisinde ise büyük bir hızla erkeklerin seviyesine ulaştıkları belirlenmiştir (100). Cerrahi menopoz veya erken menopoza giren kadınlar incelendiğinde normal yaşta menopoza girenlere göre koroner arter hastalığı riskinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (100, 101, 102).

Kadınlarda menopozdan sonra kardiyovasküler hastalık riskinin arttığı, bunun sonucunda da kadınların ölüm oranının erkeklere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Östrojenin kalp hastalıkları üzerine olan olası etkisi üzerine birçok çalışmanın yapıldığı belirlenmiştir. Menopoz dönemi kalp hastalığı riski de dâhil olmak üzere birçok yönden kadınların kendi sağlıklarını yeniden ele alması için önemli bir avantaj olarak görülmektedir (102).

Kadınlarda kardiyovasküler hastalıklarla ilgili majör risk faktörleri şu şekilde sıralanmaktadır. Bunlar; inaktif yaşam tarzı, sigara, prediyabet ve diyabet, yüksek kolesterol düzeyi, sağlıksız beslenme, obezite, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü, erken menopoz ve hipertansiyon olarak belirlenmiştir (102, 103). Aile öyküsü dışında diğer risk faktörlerinin değiştirilebildiği görülmektedir.

Kadınlarda sıklıkla görülen kalp krizi semptomlarının erkeklerinkinden farklı belirtileri bulunmaktadır. Bu nedenle daha yüksek ölüm oranları ile tedavide

gecikmelere sebep olmaktadır. Kadınların; göğüs ağrısı, çene, kollara da yayılabilen, göğüste baskı ya da sıkma hissi, boyun ya da sırtta ağrı, aşırı yorgunluk, bulantı, nefes darlığı ve baş dönmesi hissi, üst karın ağrısı, aşırı terleme gibi durumlarla karşılaştıklarında acilen tıbbi yardıma başvurmaları gerekmektedir (104). Kadınlarda en sık ölüm nedeni olarak karşımıza aterosklerotik kardiyovasküler hastalık karşımıza çıkmaktadır (102).

Özer ve arkadaşının 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada menopozal kadınların kardiyovasküler olarak %75,3'nün kalpte tekleme, sıkışma ve çarpma hissiyatı yaşadıkları belirlenmiştir (105). Yapılan çalışmalarda östrojen ve kardiyovasküler şikâyetler arasında bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Kadınlarda postmenopozal dönem içerisinde lipit metabolizmasındaki değişikliğin sebebi ile kalp-damar hastalıkları riskinde artış görüldüğü tespit edilmiştir. Postmenopozal dönem içerisindeki kadınların lipit metabolizmasındaki değişim incelendiğinde serumda yüksek dansiteli lipoproteinlerde (HDL) azalma ve düşük dansiteli lipoproteinlerde (LDL) artış görülmektedir. LDL artışının kolestrol birikimine sebep olarak damarlar içerisinde arteroskleroz gelişmesine yol açmaktadır. Koroner kalp hastalığı için total kolestrol yüksekliğinin önemli bir risk oluşturduğu belirlenmiştir (52).

Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre postmenopozal dönemdeki kadınların, premenopozal dönemde olan kadınlara göre trigliserid, serum total kolestrol, düşük dansiteli lipoprotein-K düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir. Yüksek dansiteli lipoprotein-K seviyesi için ise anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir (106).

Menopoz dönemi içerisindeki kadınlarda östrojen yetmezliğine bağlı olarak metabolizma hızının yavaşladığı, kilo almaya eğilimin arttığı belirlenmiştir. Kadınlarda östrojen azlığına bağlı olarak kolestrol düzeyinde artış gözlenmektedir (52).

2.4.7. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri ve Osteoporoz (Kemik Erimesi)

Kadınların menopoz dönemi içerisinde yaşadıkları kas ve iskelet sistemine ilişkin sorunlar; eklem ağrısı, kas ağrısı, vücut hacminde azalma, hareket esnekliğinde azalma, kemik kırıkları ve tüm motor hareketlerinde yavaşlama olarak belirlenmiştir (100). Kemik dokusunun mikro-mimarisinin bozulması, düşük kemik kütlesi sonucunda kemik kırılabilirliği ve kırık eğiliminde artış sonucunda progresif metabolik kemik hastalığı osteoporoz olarak tanımlanmaktadır. Osteoporoz patolojik olarak her yaşta görülebilen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (107).

Türkiye’de 50 yaş üzerindeki bireyler üzerinde yapılan çalışmada bireylerin %50’sinde osteopeni ve %25’inde de osteoporoz saptandığı görülmektedir. Osteoporozun 50 yaş üzerindeki kadınlarda oranı %12,9’ken erkeklerde bu oranın %7,5 olduğu belirlenmiştir. Kuzey Amerika ve Avrupa’da postmenopozal kadınların ortalama olarak %30’nda osteoporoz görülmekte ve bu kadınların %40’nda ve osteoporotik olarak erkeklerin %30’nun geri kalan yaşamları içerisinde bir ya da daha fazla fragilite kırığının olacağı düşünülmektedir (107). Menopoza kadar çoğu kadının kemik kütlesinin sabit kaldığı, menopoz dönemine girilmesi ile birlikte yaşlanma sonucunda östrojen kaybı ile birlikte kemik mineral yoğunluğunda azalma meydana geldiği görülmektedir. Osteoporoz gelişimine neden olan faktörler; erken menopoz, yaşlanma, uzayan yeme bozukluğu, aşırı zayıf olma, oral kortikosteroid kullanımı, daha önce kırık öyküsü bulunması, kişinin aile öyküsü içerisinde kalça kırığı olması, alkol kullanma, sigara içme, hareketsizlik, hipertroidizm ve besin emilimi sorunu olarak belirlenmiştir (108). Genetik faktörler osteoporoz vakalarının %60-70’nde etkilidir. Osteoporozda ilk belirti genel olarak vertabl kemiklerde meydana gelen çökme sonucunda ortaya çıkan boy kısalması olarak karşımıza çıkmaktadır. Osteoporozun erken belirtilerinden biri de sırtın alt bölgesinde meydana gelen ağrı olarak görülmektedir. Osteoporozun geç belirtileri ise şu şekilde belirlenmiştir. Bunlar; vertebraların vücudu uzun süre dik tutamaması sonucunda oluşmuş olan kemik kütle kaybı ve kamburluğun sebep olduğu kalça kemiği kırıklarıdır (52).

Erken menopoza giren kadınların osteoporozdan korunmak için kemik yoğunluklarını ölçtürmeleri gerekmektedir. Eğer erken menopoza girmiş olan kadınlar osteoporozlarını tedavi ettirmezlerse bu kadınların ileri yaşlarda kırık riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (101).

Kutsal ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada postmenopozal kadınlarda osteoporoz açısından sıklıkla karşılaşılan risk faktörleri şu şekilde belirlenmiştir. Bunlar; mevcut hareketsiz yaşam şekli (%52,9), yetersiz güneş maruziyeti (%53,3), çocukluk çağında (%41,9) ve erişkinlerde (%45,1) düşük kalsiyum alımı ve ergenlik dönemi içerisinde hareketsiz yaşam şeklinin (%27,9) olduğu görülmektedir. Hastaların %74,3'nün sekonder osteoporoz için en az bir klinik risk faktörü, %96,5'nin ise birden fazla klinik risk faktörü tanımlamaktadır. Buradaki hastaların %21,9'nun kırık öyküsü olduğunu belirtmişlerdir (109).

Bireylerin osteoporozdan korunabilmek için D vitamini ve kalsiyum yönünden zengin, düşük fosfor içeren diyet yapmaları ve günlük olarak 30-60 dakika egzersiz yapmaları gerekmektedir (52). D vitaminin aktive olabilmesi için günlük on beş dakika güneşlenilmesi gerekmektedir. D vitamini sayesinde gıdalardan kalsiyumun emildiği, görülmektedir.

Türkiye'nin bulunduğu enlem içerisinde D vitamini sentezinin Mayıs-Ekim ayları arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. D vitamini için uygun ışın açısının 10:00-15:00 saatleri arasında olmasından dolayı D vitamini sentezi için bu saatlerde güneşe çıkılması önerilmektedir (108).

D vitamini kaynakları incelendiğinde bunlar; yumurta, yağlı balıklar, yapay vitamin D yağları, kırmızı et ve takviyeli kahvaltı gevrekleri olarak belirlenmiştir. Kalsiyumdan zengin besinler ise; yoğurt, süt ya da peynir gibi süt ürünleri, ekmek, kahvaltı gevrekleri, süt alternatifleri gibi kalsiyum takviye edilmiş ürünler, su teresi ve lahana benzer bazı yeşil yapraklı sebzeler, kuru incir, susam taneleri ile kemikleri ile yenen balıklar, ıspanak, asma yaprağı, kimi, hurma, turp, kavun bamya, karpuz, portakal, dut, soğan, ceviz, koyun, dana, tavuk, tatlı patates, yeşil soğan, bakliyat gibi okzalattan zengin olan gıdalardır (96). Vücuda aşırı şekilde sodyum alımının idrar ile

kalsiyum atılımını arttırdığı ve bunun sonucunda da negatif kalsiyum dengesine yol açtığı belirlenmiştir. Menopoz sonrası dönem içerisinde osteoporoz geliştirse bu durumda doktor tarafından günlük kalsiyum ve D vitamini takviyesine başlanması gerekmektedir. Kalsiyum böbrek taşına yol açtığı için mutlaka bol su ile birlikte alınması gerekmektedir (52, 100, 110). Bunların yanında alkol ve sigara tüketimini bırakmak, egzersizi arttırmak, kilo vermek ve kontrol altına almak sağlıklı yaşam sürdürmek açısından büyük önem taşımaktadır.

Yapılan araştırmalar sonucunda menopoz sonrası kadınlarda egzersiz yapmanın kemik yoğunluğunu artırarak osteoporozu iyileştirdiği görülmektedir (111, 112). Osteoporotik hastalarda günlük yoğurt, günlük kefir ve süt tüketiminin kemik mineral yoğunluğunu arttırdığı belirlenmiştir (113, 114).

Postmenopozal dönem içerisinde düşme öyküsü olan kadınlarda düşme oranlarını vitamin D desteğinin azalttığı, postural dengenin gelişmesini sağladığı görülmektedir (115). Postmenopozal dönem içerisindeki kadınların D vitamini yanında yüksek oranda süt, yoğurt, peynir alımının kalça ve bel kemik kütle yoğunluğu kaybına karşı anlamlı derecede koruyucu olduğu tespit edilmiştir (116). K vitamininin kemik yapımı üzerine güçlü bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle osteoporoz tedavisinde kullanılabilmektedir (117).

2.5.DEPRESYON

Depresyon; aktivitelere ilginin azalması, yoğun üzüntü hissi, bireylerin kendini değersiz hissetmesi ile belirlenmiş olan bir duygu durum bozukluğu olarak adlandırılmaktadır (118). Depresyon durumunda görülen belirtiler şu şekilde sıralanmaktadır. Bunlar; sinirlilik, karamsarlık veya umutsuzluk duyguları, detayları hatırlama, dikkati toplama ve karar vermede zorluk, aşırı yeme ya da iştah kaybı, uyku sorunları ve intihar girişimleri olarak belirlenmiştir (119).

Kraepelin geçen yüzyılın sonunda ruhsal rahatsızlık tanımlamasını yapmıştır. Depresif bozukluk; klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilmektedir. Depresif bozukluk; duygusal tepkiden çok kişinin yaşamını ve işlevselliğini bozarak, tüm

yaşamının olumsuz şekilde etkilenmesini sağlayan belirti kümelerinden oluşan sendrom olarak görülmektedir. Depresif bozukluğun temel özellikleri ve belirtileri şu şekilde sıralanmaktadır. Bunlar; karamsarlık, kederlilik, gelecekle ilgili umutsuzluk, kötümserlik, hiçbir şeyden zevk alamama, psikomotor işlevlerde yavaşlama, enerji düşüklüğü, iştah azlığı ve uyku düzensizliği olarak sıralanmaktadır (120). Alan yazında yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde özellikle kadınlarda depresyonun daha yaygın olduğu görülmektedir (121). DSM 5'in yapmış olduğu tanıma göre depresyonun hastalık olarak kabul edilebilmesi için depresyon belirtilerinin kişilerde en az iki hafta görülmesi ve işlevselliğini bozmasının gerektiği belirlenmiştir. Depresif duygu durumunu özellikle bireylerin umutsuzluk, keder ve çaresizlik içeren cümleleri göstermektedir. Depresif duygu belirtilerini gösteren bireyler karşılaşmış oldukları duruma uygun tepkiler gösterememektedirler. Bireylerin zaman içerisinde bu durumun üstesinden gelmesi daha da zorlaşmaktadır.

Depresif duygu durumuna sahip olan bireyler özellikle kendilerini yetersiz hissetme ve geçmişle ilgili olarak kendilerini suçlama eğilimine sahip oldukları belirlenmiştir. Bireyler depresyonla sıklıkla karşılaştıkları durumlarda özellikle aktivitelere karşı ilgisizlik, zevk ve ilgi kaybı, her şeyin anlamsız ve boş bulma durumunun gözlendiği ortaya çıkmaktadır. Bireylerin depresyon durumunda sıklıkla göstermiş oldukları belirtilerden biri de ümitsizlik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyler ümitsiz olduklarında özellikle gelecekle ilgili birçok kaygıya sahiptirler. Depresif olan bireylerin birçoğunun karakteristik özelliği düşük benlik olarak görülmektedir. Bireyler depresyona girdiklerinde kendileri için bir şey yapılmaması gerektiğini ve değersiz olduklarını düşünmektedirler. Depresyonun en önemli belirtilerinden biri de uyku sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyona giren bireyler uykuya dalmakta zorluk çekmektedirler ya da tam tersi aşırı uyku eğilimi göstermektedirler.

Kadınlarda menopoz dönemi içerisinde ortaya çıkan depresyonun nedeni bilinmemektedir. Yapılan çalışmalarda üreme hormonları düzeylerinde oluşan değişiklikler veya hormonların doğrudan etkisinden çok nöroendokrin, nörotransmitterler veya sirkadiyen sistemler üzerindeki dolaylı etkiler ile ilgili

olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (122). Kronenberg'in 1994 yılında yapmış olduğu çalışma incelendiğinde kadınlarda menopoza dönemindeki duygu durum değişikliklerinin vazomotor belirtiler veya diğer fiziksel belirtilere ikincil olduğu vurgulanmaktadır (123).

Hunter'in 1996 yılında yapmış olduğu çalışmada depresyonun esas belirtisinin psikososyal etmenler olduğu belirtilmektedir. Bu etmenler; sosyo ekonomik durum, depresyon geçirmiş olma, menopoza ilişkin olumsuz inanışlar ve stresli yaşam olayları olarak görülmektedir. Ruhsal belirtileri çevresel faktörler de etkileyebilmektedir (124). Örnek olarak geleneksel toplumlar içerisinde kadınların ilerleyen yaşlarda statüsünün güçlü duruma geldiği, sanayileşmiş olan toplumlarda ise güzellik ve gençliğe verilen önemin menopoza dönemi kadınlar için daha zor bir hale getirebileceği görülmektedir (125). Bu sebeple kültürle, menopoza ilişkili belirtiler arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Kahn ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı çalışmada östrojenin özellikle beyinde bulunan kimyasallarla etkileşime girdiği ve bunun sonucunda da duygu durumunu etkilediği ve etkilemeden kaynaklı değişikliklerin depresyona neden olabileceği savunulmaktadır (121). Buna karşılık diğer bir yaklaşım da orta yaş döneminin insan yaşamının stresli yaşam olaylarının da meydana geldiği dönem olmasından kaynaklı olabileceği de öngörülmektedir. Burada görülen stresli yaşam olayları; ebeveynlerin kaybedilmesi, sağlık sorunları, çocukların evlilik ya da okul sebebiyle evden ayrılmaları, çalışma ile ilgili sıkıntı ve değişiklikler olarak belirlenmiştir (126).

Premenopozal kadınlarda depresyon öyküsü olanların olmayanlara oranla menopoza geçişte çok fazla anlamlı depresif belirtiler gösterdiğini bildiren birçok çalışma bulunduğu görülmektedir (121, 127, 128). Gerçekleştirilen çalışmalarda depresyonun ilk defa menopoza döneminde ortaya çıkması çok karşılaşılan bir durum olmadığı görülmektedir (126). 2010 yılında Freeman'ın yapmış olduğu çalışmada menopoza döneminde depresyona rastlansa da bunu genellemenin doğru olmadığı belirlenmiştir (128).

Reed ve arkadaşlarının 2009 yılında yapmış oldukları çalışmada çok şiddetli depresif belirtileri olan kadınların özellikle hafif depresif belirtileri olan veya hiç

depresif belirtisi olmayan kadınlara göre iki kat daha fazla vazomotor belirtiler bildirdikleri, şiddetli vazomotor belirtilerin depresif belirtileri daha da kötüleştirebildiği sonucuna ulaşmışlardır (129).

Schmidt ve arkadaşlarının 2004 yılında yapmış oldukları çalışmada premenopozal döneme oranla son adet dönemini çevreleyen yirmi dört ay boyunca depresyon başlangıç oranlarının on dört kat daha fazla olduğu görülmektedir (130). Premenopoza göre hem geç hem de erken perimenopozal kadınlar için depresyon riskinin arttığı belirlenmiştir.

2.6. KİŞİLİK

Bireylerin doğuştan sahip oldukları özellikler ve toplum içerisinde geliştirmiş olduğu özelliklerin toplamı kişilik olarak tanımlanmaktadır. Kişilik konusu incelendiğinde özellikle bireyleri diğerlerinden ayıran özellikleri içine aldığı görülmektedir. Bu nedenle toplum içerisinde kişiliği tarifleyen ortak özelliklerin kelimeler ile tanımlandığı kabul edilmektedir.

Kişilik; insanların birbirlerinden ya da onları diğerlerinden farklı kılan en önemli faktör olarak kabul edilmektedir. İnsanın anlaşılması kolay bir canlı olmadığı yapılan çalışmalardan görülmektedir. Toplumdan topluma ve insandan insana düşünce, davranış ve yaklaşım farklılıkları doğmaktadır. Bunların önlenmesi mümkün değildir. İnsan bireysel bir yaratık olarak tanımlanmaktadır. İnsana bireysel özellikleri kazandıran öge kişilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin kendisi, çevresi ve başkalarına benzemeyen kendine özgün şekilde geliştirmiş olduğu ilişkilerin yapısı kişilik olarak adlandırılmaktadır (131).

İnsanlara bireysellik kazandıran kavram kişilik olarak görülmektedir. Kişilik ve bireysellik ile ilgili olarak birçok kaynakta ve konuşmalarda karışıklık olduğu belirlenmiştir. Gerçekte aynı kişi söz konusu olduğu halde bunların birbirinden ayrı olduğu görülmektedir. İnsan birey olarak biyolojik bir yaşam gösteren varlıktır. Bireylerin kalıtsal, psikolojik ve edinilmiş olan tüm yetenekleri, duyguları, güduları, alışkanlıkları, istekleri ile davranış özelliklerinin kişilik içerisinde bulunduğu

görülmektedir. Bu nedenle kişilik sürekli dış ve iç çevreden gelen uyarıcılarla karşı karşıyadır (130).

Kişilik kavramının literatür içerisinde bir çok tanımı bulunmaktadır. Kişilik kavramı batı dilleri içerisinde personality-personalite olarak kullanılırken Latince’de ise persona kavramına dayanılarak isimlendirilmiştir (131).

Bir kişinin tüm özelliklerini yansıtan kavram kişilik olarak tanımlanmaktadır. Kimi özellikler tüm insanlarda benzerdir, kimi özellikler ise sadece ilgili olan kişiye aittir. İnsanlar arası farklılıklar üzerine kurulmuş bir olgu olarak kişilik kavramı karşımıza çıkmaktadır. Bireyler arasında kişilik farklılığından bahsedebilmek için insanların taşıdığı özelliklerin farklılığından söz etmek gerekmektedir (132).

Kişiler fiziksel görünüşleri kadar davranış ve tutumları ile birbirlerinden farklılık göstermektedir. Olaylar sonucunda insanların duygular, hareketler ve fikirler açısından farklı oldukları görülmektedir. Bireylerin kişisel farklılıklarının sebeplerinin çok çeşitli olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıkların oluşum nedenleri; duygusal yaşam, alınan eğitim, çevre koşulları ile organik bileşimdir (133).

Bireylerin kendisinden kaynaklanmış olan tutarlı davranış kalıpları ile kişilik içi süreçler kişilik olarak adlandırılmaktadır. Bu tanımın bazı yönlerinin incelenmesi gerekmektedir. Bu tanım iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci bölüm tutarlı davranış kalıpları ile ilgilidir. Bu bölümde önemli olan nokta ise kişiliğin tutarlı olması olarak görülmektedir. Burada görülen tutarlı davranış şekli ve kalıplarının her durum ve zaman içerisinde gözlemlenmesi gerekmektedir. Bu duruma göre bugün içe dönük olan insanın yarın dışa dönük olması beklenilmemektedir. Çalıştığı işletme içerisinde rekabetçi olan bir insanın yapmış olduğu sporda da rekabetçi olacağı düşünülmektedir. Bu tanımın ikinci bölümü içerisinde ise kişilik içi süreç incelenmektedir. Kişilik içi süreçler içerisinde nasıl davranacağımız, hissedeceğimiz ve içimizde bulunan güdüsel, duygusal ve bilişsel süreçler bulunmaktadır. Bütün insanlar tarafından bu süreçlerin paylaşıldığı görülmektedir. Bu süreçlerin kullanılış şekli, bireysel farklılıklarla girmiş olduğu etkileşim özellikle bireylerin karakterini belirlemede rol oynamaktadır (134).

Kişilik kavramı insan davranışları ile ilgili olarak çok fazla özellik çağrıştırmamasından dolayı, çok yönlü bir kavram olarak görülmekte buna bağlı olarak da birçok tanımı bulunmaktadır. Bu tanımlardan birine göre kişilik; insanlara zamanın sosyal ve biyolojik özellikler olarak yüklemiş olduğu belirli bir zaman içerisinde sürekliliğini koruyan psikolojik davranışlardaki farklılıklar ile ortaklıkların hepsini belirleyen karakter ve eğilimlerin tamamına verilen ad olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre kişilik teorisine genel davranış teorisi olarak yaklaşılarak buna göre yorumlama gerçekleştirilmektedir. Bu tanım içerisinde özellikle insanların özelliklerinin bir kısmının birbirine benzemesi ve özelliklerin ortak olmasına karşılık olarak bir kısmının farklılığı incelenmektedir. Tanımın bir başka özelliği ise kişilik özelliklerinin kısa bir süre içerisinde değişmediği, zaman içerisinde bir değişiklik göstereceği konusu olarak görülmektedir (135).

Bireylerin çevreye olan kendine özgü uyumunu belirleyen, oldukça sabit özellikleri ve davranış örüntülerini kişilik kavramı içine almaktadır (136). Bir kişinin tutumları, ilgisi, yetenekleri, dış görünüşü, özellikleri ve çevresine uyum şeklinin özelliklerini kapsayan kavram kişilik olarak tanımlanmaktadır. Kişilik ile ilgili tanımlar incelendiğinde üç kategoride toplanarak yorumlanmaktadır. Bunlar (137);

-Sosyal becerilerin toplamı olarak kişilik görülmektedir. Bireylerin kişiliği onların insanlarla olan farklı koşullarda farklı biçimler alan davranışları ve ilişkilerin toplamı olarak adlandırılmaktadır.

-İnsanların diğer insanlar üzerinde oluşturmuş olduğu imaj kişilik olarak adlandırılmaktadır. Kişilik bireylerin başkaları üzerinde bırakmış olduğu etki olarak belirlenmiştir.

-Kişilik; bir insanın kendisinde olan özellikleri ve çevresi arasında geliştirmiş olduğu ilişkilerin oluşturmuş olduğu davranış eğilimlerinin toplamı olarak tanımlanmaktadır.

Kişilik bireylerin tüm özelliklerini organize eden bir bütün olarak kabul edilmektedir. Kişilik insanı diğer insanlardan ayıran en temel karakteristik özellik olarak görülmektedir (138).

2.6.1.Kişilik Özellikleri, Kişilik Kuramları ve Beş Faktör Kişilik Özellikleri

Bireylerin anne ve babası ile ilişkili, sosyal gelişim ile de geliştirilebilen kavram olarak kişilik görülmektedir. Çocukların kişilik gelişimleri üzerinde ebeveynlerin çocuklarına karşı göstermiş olduğu negatif ve pozitif tepkilerin rolü bulunmaktadır (140). Ebeveynlerin çocuklarını yetiştirirlerken davranışlarının nasıl olacağını belli eden etmenlerden biri kişilik özellikleri olarak görülmektedir (141). Bu çerçevede özellikle aile ilişkilerinde kişiliğin çocuk ve ebeveyn ilişkisinde önemli bir etmen olduğu söylenebilmektedir.

Alanyazın içerisinde yapılmış olan tanımlara göre kişilik; bireyleri başkalarından ayıran, doğuştan gelen ve sonrasında kazanmış olduğu tüm özellikler olarak tanımlanmaktadır (142). Kişiliğin ortaya konulmasında özellikle çevresel faktörler büyük önem taşımaktadır (143). Bireylerin birbirine benzer durumlar içerisinde aynı harekette bulunması ve çevre ile ilişki kurmasını sağlayan yapı da kişilik olarak karşımıza çıkmaktadır (144). Literatür içerisinde kişiliğin farklı tanımları bulunmaktadır. Çocukların sosyal gelişim içerisinde kazanmış olduğu yapı kişilik olarak görülmektedir (145). Bireylerin kişiliklerinin gelişmesinde özellikle sosyal gelişim sürecinde ebeveynlerin sergilemiş oldukları davranışların önemli bir faktör olduğu, sağlıklı bir gelişim için ebeveynlerin şefkat ve ilgi göstermesinin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aileleri tarafından sürekli eleştirilen çocukların eleştirici bir kişilik özelliği gösterirken, ebeveynlerinin kabul edici yaklaşım ve hoşgörü ile yetiştirdikleri çocukların ise güvenli bir kişilik özelliği gösterdiği belirlenmiştir (146).

Bireylerin davranışsal, duygusal ve bilişsel formlarını belirleyerek, tutarlılık oluşturan, bireylerin genel olarak kim olduğunu gösteren yapılar kişilik özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır (147). Bireylerin çevreye uyum özelliklerini kişilik özellikleri etkilemektedir (148).

Kişilik kavramı üzerine yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde kişilik kavramının birçok kuram içerisinde ele alınarak incelendiği görülmektedir. Bu kuramlar şu şekilde sıralanmaktadır. Bunlar; davranışçı ve bilişsel kuramlar, psiko dinamik kuramlar, insancıl kuramlar ve araştırma odaklı kuramlardır (149).

2.6.1.1.Kişilik Kuramları

2.6.1.1.1.Psikodinamik Kuramlar

Psikodinamik kuramlar genel olarak psikanalitik bakış açısı incelenerek ele alınıp oluşturulmuşlardır. Psikodinamik kuramı oluşturan kuramcılar; Adler, Freud, Horney, Jung, Fromm, Erikson ve Sullivan olarak karşımıza çıkmaktadır (149). Yapılan çalışmada öncelikle Freud'un Psikoseksüel Gelişim Kuramı, sonrasında Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı, Adler, Jung, Horney, Fromm ve Sullivan'ın kuramlarına ilişkin bilgiler verilerek açıklaması yapılmıştır.

Freud'a göre kişilik ilk olarak çocuklarda beş yaşında oluşmaktadır. Bu kişilik oluşumunda çocuklar çocukluk döneminde yaşadıklarından etkilenmektedirler. Freud'un kişilik aşaması üç temel yapıdan oluşmaktadır. Bunlar; id, ego ve süperegö olarak görülmektedir (150). Süperegö toplumsal kuralların benimsendiği yapı olarak görülürken id ise bireylerin isteklerinin hemen gerçekleşmesini istediği taraf olarak açıklanmaktadır. Burada ego ise mantık çerçevesinde süperegö ile id arasında denge sağlayıcı olarak tanımlanan yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada görülen id, ego ve süperegöyü oluşturan üç yapının birbirleri ile çatışması durumunda birey üzerinde bir kaygı oluşmaktadır (151).

Ego kişiliğin psikolojik bileşeni, id kişiliğin biyolojik bileşeni, süperegö ise kişiliğin sosyal bileşeni olarak açıklanmaktadır (152). Freud'a göre kişilik gelişimi bireylerin psikoseksüel gelişim aşamalarından geçerek oluşmaktadır. Buradaki gelişim süreçleri; anal, oral, latent, fallik ve genital dönemler olarak belirlenmektedir. Bu dönemlerin her biri incelendiğinde hepsinin yeni bir sosyalleşme sorunu ile nitelendikleri tespit edilmiştir (142).

Psikoseksüel gelişim dönemleri şu şekilde sıralanmaktadır. Bunlar (153).

-0-1,5 yaş arasındaki Oral Dönem

-1,5-3 yaş arasındaki Anal Dönem

-3-6 yaş arasındaki Fallik Dönem

-6 yaş üzerindeki Erinlik Latent (Gizil) Dönem

-Erinlik ve Sonrasındaki Genital Dönem

Bu gelişim dönemleri üzerine Freud'un yapmış olduğu çalışmada eğer haz ihtiyacının çok ya da az doyurulması durumunda bireylerin o gelişim dönemi içerisinde kaldığı, fakat saplantı yaşadığı belirlenmiştir (153). Gelişim dönemi içerisinde bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmaması durumunda kişilik gelişiminin engellendiği görülmektedir. Freud'a göre ihtiyaçları gelişim dönemi içerisinde karşılanmayan birey gelecek yıllar içerisinde o ihtiyaçla ilgili olarak normal dışı davranışlar göstermektedir. Bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması ve bunun yanında sağlıklı bir gelişim göstermesi noktasında ebeveynlerin ilişkilerinin niteliğinin önem kazandığı görülmektedir (142).

Psikoseksüel gelişim aşamaları içerisinde yaşanan çatışmaların çözülmesi durumu Freud'a göre bireylerin kişisel özelliklerini belirlemektedir (152).

Erikson'da yapmış olduğu çalışmada kişilik gelişimlerini inceleyerek yorumlamıştır. Kişilik; yaşam boyu süren bir şekil olarak tanımlanmıştır. Erikson kişilik gelişiminin sadece çocukluk dönemi içerisinde olmadığını, ergenlik dönemi sonrasında da bunun sağlandığını belirtmiştir. Erikson kişiliğin şekillenmesi ile ilgili olan tarihsel ve sosyal faktörlere önem vererek bunların incelenmesini sağlamıştır (149). Kişilik gelişimi içerisinde kritik dönemler olduğunu Erikson yapmış olduğu çalışmalar içerisinde belirtmiştir (142). Erikson'un yapmış olduğu çalışmalarda kişilik gelişiminin psikososyal dönemler içerisinde geliştiği belirlenmiştir. Bunun yanında insan davranışları güdüsünün sosyal doğa olduğu savunulmaktadır. Psikososyal gelişim dönemleri aşağıda sıralanmaktadır. Bunlar (153);

- Güvene karşı güvensizlik dönemi (Bebeklik (ilk yıl))
- Özerkliğe karşı kuşku ve utanç dönemi (Bebeklik (1-3 yaş arası))
- Girişimciliğe karşı suçluluk (İlk çocukluk (Okul öncesi dönem (3-5 yaş arası)))
- Çalışkanlığa karşı aşağılık duygusu (Orta ve İleri Çocukluk (ilkokul, 6 yaş ve erinlik arası))
- Kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası (Ergenlik (10-20 yaş arası))
- Yakınlığa karşı yalıtılmışlık (İlk yetişkinlik (20-30 yaş arası))
- Üreticiliğe karşı verimsizlik (Orta yetişkinlik (40-50 yaş arası))
- Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk (İleri yetişkinlik (60 yaş ve sonrası))

Psikososyal gelişim dönemleri incelendiğinde bu dönemlerin her biri içerisinde gerçekleşen gelişim görevinin bireyleri krizle yüzleştirdiği belirlenmiştir. Bu krizlerin başarılı şekilde atlatılabilmesi için bireyin sağlıklı bir şekilde gelişiminin sağlanması gerekmektedir (153).

Adler'in kuramına göre kişilik gelişimi ile ilgili olarak toplumsal ve sosyal konuların ilişkili görülerek açıklamasının yapıldığı belirlenmiştir. Adler'in kişilik üzerine yapmış olduğu çalışmada kişiliğin beş yaş civarında şekillendiği görülmektedir (143). Adler kuramı içerisinde aşağılık ve üstünlük kompleksi, sosyal ilgi, doğum sırasının önemi gibi kavramlarla açıklanarak yorumlamıştır (149). Adler'in kuramında kişiliğin bütünlüğü kavramı, bireylerin kültürel ve sosyal ortamı içerisinde bir bütün şeklinde incelenerek analiz edilmiştir (152).

Jung tarafından kişilik; genel olarak bireylerin farkındalık düzeyinde olmayan boyutlardaki fikirleri ile incelenmiştir. Kişilik; kolektif bilinçdışı, kişisel bilinçdışı ve bilinç olarak ifade edilen kavramlardan oluşan bir sistem içerisinde incelenerek yorumlanmaktadır. Jung'a göre kişilik gelişimi yaşam boyunca devam eden dinamik bir süreç olarak açıklanmaktadır (149, 154). Jung; bunun yanında bireylerin

amaçlarının olması ve bu amaçlara ulaşabilmek için yaşam içerisinde çaba göstermesi konusuna önem vermektedir (155).

Horney tarafından kişilik üzerinde yapılan çalışmada kişilik gelişimi içerisinde çocukluk yıllarındaki yaşantılar, sosyal ve kültürel koşulların etkili olduğu belirlenmiştir. Buna bağlı olarak bireylerin temel kaygı yaşadıkları ve bu kaygının giderilebilmesi için bazı davranış tarzlarının geliştirdikleri öne sürülmektedir (149). Burada görülen davranış tarzları; insanlardan uzaklaşma, insanlara yönelme ve insanlara karşı olma olarak görülmektedir (156). Horney daha çok nevroz ile nevrotik kişilik ile ilgili açıklamalarda bulunarak yorumlamıştır. Horney'in yaptığı çalışma sonucunda ebeveyn tutumunun üzerinde kişiliğin etkisinin olduğu belirlenmiştir. Bireylerin kişiliğinin temellerinin atılmasında ebeveyn tutumunun etkisi büyük önem taşımaktadır (157).

Fromm'un yapmış olduğu çalışmada kişilik üzerinde sosyoloji, tarih, antropoloji ve ekonomiye dayalı olan faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir. Fromm; Adler ile Freud'un görüşlerinin aksine kişilik gelişiminin yetişkinlik sürecinde de devam ettiğini belirtmektedir (158).

Sullivan ise yapmış olduğu çalışmada kişiliği incelerken kişiler arası ilişkileri dikkate almıştır. Kişilik başka bireylerin varlığı ile sosyal ortam içerisinde gelişeceğini savunmaktadır. Burada bireylerin belirli gelişim evrelerinden geçerek kişilik gelişiminin olduğu konusu incelenmektedir. Sullivan'a göre buradaki kişisel gelişim evreleri yediye ayrılmaktadır. Bunlar; bebeklik, ilk çocukluk, ikinci çocukluk, ön ergenlik, erken ergenlik, geç ergenlik ve yetişkinlik olarak ifade edilmektedir (149). Sullivan, Fromm ve Horney kişiliği incelerken bireylerin sosyal yönlerine daha çok önem vermişler, id yerine egoyu ön plana almışlardır (155).

2.6.1.1.2.Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar

Davranışçı ve bilişsel kuramlar incelendiğinde bunların özellikle kişiliğin gelişim evrelerini incelemedikleri belirlenmiştir. Bunlar kişiliği öğrenme bakış açısı ve öğrenme psikolojisi ana hatları temelinde açıklamaktadırlar (154). Burada kişilik

davranış örüntüsü olduğu düşünülerek, öğrenme kavramı ile açıklanmaktadır (149). Davranışçı ve bilişsel kuramları oluşturan kuramcılar; Miller, Skinner, Dollard, Kelly ve Bandura olarak belirlenmiştir. Skinner'e göre kişilik bireyin koşullanma yolu ile öğrenmiş oldukları davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Miller ve Dollard'a göre kişilik ise alışkanlıklardan oluşmuş bireyden bireye farklılıkları olan yaşam olayları olarak kabul edilmektedir (159). Bazı kuramcılar kişiliğin ilk çocukluk yıllarında oluşmuş olduğu görüşüne katılmaktadırlar. Miller ve Dollard ise Freud tarafından açıklanmış olan kişilik kavramlarının öğrenme süreçleri ile açıklanabileceği konusunu belirten ilk kuramcılar olarak görülmektedir (155).

Öğrenmenin sosyal yönünü tartışan kuramcı ise Bandura olarak karşımıza çıkmaktadır Bandura'ya göre kişilik; bireylerin öğrenme geçmişini temel almaktadır. Bu nedenle kişiliğin başkalarını görerek öğrenmesi ile oluştuğu belirlenmiştir (155). Model alma gözlem yolu ile öğrenmenin temelini incelemektedir. Model alma diğer insanların davranışlarını gözlemleyerek, bilişsel temsilci oluşturulmasının sağlanması, depolama ve istenildiği zaman tekrar hatırlanmasını içeren bilişsel süreç olarak tanımlanmaktadır (149).

Kelly ise yapmış olduğu çalışmada bireylerin kendi gerçekliklerini yapılandırabildiklerini ve ebeveynlerin kişilik gelişiminde etkisinin önemli olabileceğini belirtmektedir (149). Kişisel gelişim incelendiğinde burada bilişsel yaklaşımın önemli olduğu görülmektedir. Burada bireylerin davranışlar kendi bilişsel yapılarına göre yorumlanmaktadır. Kelly'nin kuramına göre insanların tahminleri bulunmaktadır, insanlar yaşamış oldukları çevre ile ilgili teoriler oluşturmaktadırlar, bu şekilde gerçeğe yönlü uygunluk test edilmektedir. Sağlıklı kişilerin buradaki test etme, yordama derecesine bağlı olarak bunları yeniden düzenleyerek, koruyabildikleri belirlenmiştir (149).

2.6.1.1.3.İnsancıl Kuramlar

Genel olarak doğuştan getirilmiş potansiyeller üzerine insancıl kuramların odaklandığı görülmektedir. İnsancıl kuramları destekleyen kuramcılar; Maslow, Rogers ve May olarak belirlenmiştir. Rogers'e göre kişilik gelişimi ile ilgili olarak

yapılan çalışmalarda çocuklar üzerinde koşulsuz ve olumlu yaklaşmanın öneminin vurgulandığı görülmektedir (149). Kişilik kuramına Maslow'un bakış açısı değerlendirildiğinde bu güdülenme olarak aktarılmaktadır. Maslow'a göre bir davranışın sergilenebilmesi için ihtiyaç olması ve bu ihtiyacın da belirli bir hiyerarşik düzende sıralanması gerekmektedir. Bu sıralamada görülen ihtiyaçlar ise güvenlik, fizyolojik, ait olma, saygı, sevgi ve kendini gerçekleştirme olarak belirlenmiştir (149). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde bireylerin alt basamaktaki ihtiyaçları giderildikçe üst basamaktaki ihtiyaçların doyurmak için çalışacağı görülmektedir. Bu ihtiyaç sıralamasının en üst noktasında kendini gerçekleştirme noktası bulunmaktadır (155).

Rogers kuramı içerisinde benlik bilinci önemslenmektedir. Burada benlik kavramını koşulsuz sevgi ve büyümenin olumlu şekilde etkileyeceği savunulmaktadır (155). Çocuklar koşulsuz bir sevgi, ilgi alamama sonucunda değer koşullarını oluşturduğu ve beklenenleri gerçekleştirdikçe sevecekleri düşüncesine kapıldıkları belirlenmiştir. Rogers ebeveynlerin ilgi ve sevgilerini göstermesi gerektiğini bu şekilde değer koşullarını geliştirmeyeceğini savunmaktadır. Bu şekilde çocukların kendilerini geliştirmeyi başarabilecekleri belirtilmektedir (149). Rogers tüm bireylerin doğuştan mutluluğu aradıklarını ve potansiyeli gerçekleştirebilmek için çabaladıklarını savunmaktadır (155).

2.6.1.1.4.Araştırma Odaklı Kuramlar

Araştırma odaklı kuramlar ayırıcı özellik yaklaşımı olarak da ifade edilmektedir. Burada öncelikle kişiliğin somut yönleri ele alınarak incelenip yorumlanmıştır. Araştırma odaklı kuramcılar; soyut kavramlar ile bireyin farkındalık düzeyinde olmayan yönleri odaklanmamaktadırlar (149). Bu yaklaşımı benimseyen kuramcılar bireylerin davranışlarını belirleyen kalıcı özellikleri bulmaya çalışmaktadırlar (160). Araştırma odaklı kuramcılar; Cattell, Allport, Eysenck, McCrea ve Costa olarak belirlenmiştir.

Cattell kişiliğin özellikle genetik ve çevresel faktörlerle belirlendiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle kişiliğin belirlenmesi konusunda deneysel yöntemlerin

kullanımının önemini vurgulayarak yorumlamıştır (134). Cattell'e göre kişilik üzerinde kalıtımın ve çevrenin etkisinin olduğu görülmektedir (158).

Allport ise özellikle yetişkinlerin güdülerinin işlevsel olduğuna inanmaktadır. Bu nedenle bireylerin kişilik gelişimi süreci içerisinde ergenlik ve çocukluk döneminin araştırılmasını Allport gerekli görmemiştir (149). Allport'a göre kişilik; bireylerin içerisinde bulunan ve göstermiş oldukları davranışların arkasında bulunan güç olarak tanımlanmaktadır. Kişiye özgü özellikler kişiliğin yapısını belirtmektedir.

Eysenck'e göre ise çevresel faktörlerin kişilik gelişiminde bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Burada kişilik gelişiminde genetik faktörler etkilidir. Kişilik; hiyerarşik şekilde olan ve etkileşim içerisindeki etmenlerden oluşmaktadır (161). İçe dönük bireyler iç dünyası içerisinde gerçekleştirenlere önem verirken, dışadönük olanlar ise dış dünyasında olanlara daha çok önem vermektedirler (155).

Kişiliğin yapısını McCrea ve Costa'nın faktör analizi ile inceledikleri belirlenmiştir. Yapmış oldukları çalışmaların sonunda ise beş faktör kişilik kuramını ortaya koymuşlardır (149).

2.6.1.2.Beş Faktör Kişilik Kuramı

Kişilik üzerine yapılan çalışmalar içerisinde ayırıcı özellik yaklaşımının ön plana çıktığı belirlenmiştir. Beş faktör kişilik kuramı araştırma odaklı özellik yaklaşımını içine alan bir kişilik modeli olarak görülmektedir. Bu kuram McCrea ve Costa tarafından ortaya koyularak incelenmiştir. Beş Faktör Kişilik Kuramı temelinde görülen varsayım; insanların bireysel farklılıklarının tüm dillerde kodlanarak, insanların konuşma dili içerisinde ifade ettikleri sözcüklerden yola çıkarak kişilik özelliklerinin sınıflanması olarak belirlenmiştir (162, 163). Beş Faktör Kişilik Kuramı içerisinde evrensel kişilik özelliklerinin sınıflandırılarak ortaya çıkarıldığı; bireylerin yaşamları boyunca değişiklik göstermeyen davranışsal yaklaşımlar olarak ele alındığı tespit edilmiştir (148, 161).

McCrea ve arkadaşının 2003 yılında faktör analizi uygulamış oldukları çalışmada keşfetmiş oldukları beş temel kişilik özelliğinin bulunduğu belirlenmiştir.

Bunlar; sorumluluk/öz disiplin; uyumluluk/yumuşak başlılık/geçimlilik; deneyime açıklık/gelişime açıklık; duygusal tutarsızlık/nevrotizm ve dışa dönüklük olarak belirlenmiştir (148).

Bireylerin dışa dönüklüğü; hayat dolu, neşeli ve konuşkan gibi özelliklerle açıklanmaktadır (162). Dışa dönüklük özelliği taşıyan bireyler incelendiklerinde bunların heyecan arayan, sempatik, etkin ve kendini açma gibi özellikleri olduğu görülmektedir (148). Dışadönüklük özelliği etkileyici, iddialı, problem çözücü ve lider özellikli gibi durumlarla nitelenmektedir (163). Dışadönüklük özelliğinde olan bireylerin eğlenceyi seven, konuşkan, şakacı ve sevecen kişiler oldukları belirlenmiştir (148). Dışa dönüklük özelliğinin diğer ucunda bulunan özellik ise içe dönüklük olarak belirlenmiştir. İçe dönük olan bireyler yalnızlığı seven, çekingen, sessiz kişilerdir (148).

Bireylerin duygusal tutarsızlığı (nevrotizm) özellikleri şu şekilde belirlenmiştir. Bunlar; depresif, agresif, üzgün ve kaygılı olarak belirlenmiştir (164). Bu özellikleri taşıyan bireyler özellikle suçluluk duygusu yüksek, karamsar, endişeli ve her zaman kendisini haklı bulan kişiler olarak görülmektedir. Duygusal tutarsızlığı düşük olan kişiler ise daha sakin, rahat ve iyi uyum gösteren bireylerdir (165). Duygusal tutarsızlığı yüksek olan bireyler değişken duygulara sahip, duygusal sıkıntı yaşayan kişiler olarak karşımıza çıkmaktadır (166).

Sorumluluk sahibi olan bireyler; dikkatli, güvenilir ve disiplinli kişilerdir (167). Bunun yanında bu bireylerin sorumluluk sahibi, planlı, özenli, titiz ve çalışkan özellikleri bulunduğu görülmektedir (164). Sorumluluk özelliği yüksek olan bireylerin dakik, hırslı, iyi bir şekilde organize olan, azimli ve çalışkan bireyler oldukları, sorumluluk özelliği düşük olan bireyler ise dağınık, amaçsız, işten kaçan dikkatsiz bireyler olarak karşımıza çıkmaktadır (148).

Gelişime açıklık özelliğini taşıyan bireyler ise yaratıcılık, bağımsızlık, yüksek hayal gücü gibi özellikleri bulunduğu belirlenmiştir (168). Gelişime açıklık özelliğinde bulunan bireyler özellikle geleneksel değerleri sorgulama eğilimindedirler. Bu nedenle özgür düşüncelere sahip ve farklı deneyimler arayışına

girmektedirler. Gelişime açıklık özelliği düşük olan bireyler ise deneyimler yerine alışık oldukları şeyleri seçme eğilimine sahiptirler (148).

Uyumluluk özelliğine sahip olan bireyler ise merhametli, alçak gönüllü ve güvenilirlerdir. Bunun yanında kibar, affedici, nazik ve hoşgörülü olma özelliklerini taşımaktadırlar (161). Uyumluluk özelliğinde olan bireyler bireyler arası çatışmalardan kaçınan, çatışma durumlarını uygun şekilde çözmeyi seçen kişiler olarak görülmektedir (169). Uyumluluk özelliği düşük olan bireyler; çabuk kızan, eleştirel, rekabet etmeye meyilli bireylerken, uyumluluk özelliği yüksek olan bireyler uysal, kabul edici ve yardımsever bireylerdir (148).

2.6.1.2.1. Kişiliğin Yapısı

McCrea tarafından bir davranışın yorumlanması için kişiliğin periferik bileşenleri ile merkezinin incelenmesi gerektiği belirlenmiştir. Kişiliğin merkezi bileşenleri incelendiğinde üç merkezi bileşenin bulunduğu görülmektedir. Bunlar; karakteristik adaptasyonlar, temel eğilimler ve kendilik kavramıdır (148). Karakteristik adaptasyonlar; bireylerin çevrelerine uyum sağlaması sonucunda gelişen ve sonradan kazanılan yapılar olarak görülmektedir. Temel eğilimler; direkt gözlenmeyen, dolaylı olarak çıkarsanabilen yatkınlıklardır. Karakteristik adaptasyonlar temel eğilimler tarafından biçimlendirilmektedir. Karakteristik adaptasyona örnekler; dil, okuma ve matematik gibi beceriler olarak belirlenmiştir (148, 149). Önemli bir karakteristik adaptasyon olarak kendilik kavramı karşımıza çıkmaktadır. Kendilik kavramı bireyin kendisine ilişkin değerlendirme ve düşüncelerden oluşmaktadır (148). Kişiliğin üç periferik bileşeni bulunmaktadır. bunlar; biyolojik temeller, nesnel yaşam öyküsü ile dış etkiler olarak belirlenmiştir. Biyolojik temeller; beyin yapısı, genler ve hormonlar olarak belirlenmiştir. Bireylerin yaşamları süresince yaşadıklarını nasıl algıladıklarının önemli olmadığı direkt olarak nesnel olarak yaşadığı şeylerin önemli olduğu görülmektedir. Bireylerin yaşamları boyunca yapmış oldukları, hissettikleri ve düşündükleri her şey nesnel yaşam öyküsü olarak ifade edilmektedir. Burada görülen dış etkiler ise bireylerin bulundukları çevrelerin fırsatları ve taleplerine verilmiş olan tepkilerle ilgilidir. Burada verilmiş

olan tepkilerin karakteristik adaptasyonlar kendisi ve onların çevresel faktörlerle etkileşiminin işlevi olarak görülmektedir (148).

2.6.1.3.Menopozal Dönemdeki Kadınların Yakınmalarının Kişilik Özellikleri İle İlişkisi

Bireylerin tüm bedensel özellikleri, dürtüleri, içgüdüleri, eğilimleri ile kazanılmış olan deneyimlerinin ve insan çevresine uyum sağlayabilmek amacı ile yapmış olduğu davranışların tümü kişilik olarak tanımlanmaktadır (170). Bireylerin kişilikleri onları dünyada tek yapan özellikleri olarak görülmektedir. Bu nedenle kişilik kimin ne olduğunu belirleyen kalıcı yön olarak adlandırılmaktadır (171). Bireyi diğer bireylerden kişilik özellikleri ayırmaktadır ve bireylerin gelecekte nasıl davranacaklarına yönelik olarak tahminlerin dayanağını kişilik oluşturmaktadır (172). Bireylerin dış ve iç çevresi ile kurmuş olduğu diğer bireylerden ayırt edici yapılaşmış ve tutarlı ilişki şekli kişilik olarak adlandırılmaktadır (173). Kişilik; bireylerde doğuştan gelerek, çevre ile etkileşim sonucunda şekillenen ve kolay şekilde değişmeyen özelliklerin tümü olarak görülmektedir. Bireylerde kişiliğin oluşmasını etkileyen faktörler; kalıtsal ve biyolojik faktörler, ailesel faktörler, sosyo-kültürel faktörler, sosyal sınıf ve sosyal yapı faktörleri, fiziki ve coğrafi yapı faktörleri olarak belirlenmiştir (172). Bireylerin kişilik gelişiminde çevre, sosyal grup, kitle iletişim araçları ile olan ilişkilerin yanında çocuk ve aile iletişimi de büyük önem taşımaktadır (174). Bireylerin kişilik özellikleri erişkin yaşamları boyunca istikrarlı, belirli ve değişmeyen bir yapı içerisinde (175).

Kadınların menopoza adaptasyonunun psikolojik yönden birçok faktöre bağlı olduğu görülmektedir. Kadınların kişisel faktörleri bu döneme olan adaptasyonları ve değişimlerle baş etme yeteneklerini büyük bir oranda etkilemektedir. Kadınların kişilik süzgeci içerisinde kendilerini algılamaları, evlilik düzeni, psikolojik sağlıkları, diğer bireylerle olan iletişimleri ve kültürel değerleri geçerek bir anlam kazanmaktadır (176).

İnsanlar gelişim süreçleri içerisinde uyum sağlaması ve çözmesi gereken yaşam dönemleri bulunmaktadır. Bu dönemlerin her birinin kendine özgü stres oluşturuıcı değişimleri vardır. Bu yaşam dönemlerinden biri kadınlar için menopoş olarak görölmektedir (177). Kadınlar yaşamlarının %30'luk bir bölümünü postmenopozal dönem içerisinde geçirmektedir. Bu sebeple kadınlarda menopoş sonrası dönem içerisinde görölen sağıık sorunları sosyal bilimler ve modern tıp için ciddi bir sorun haline gelmiştir (175). Kadınların menopozal belirtileri yaşam kalitelerini ciddi bir şekilde etkilemektedir (178).

Menopozal dönem içerisinde kadınların hem kendisi hem de yaş gereğı birçok sorunla karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir. Bu sorunlar büyük bir çoğunlukla kişilik özelliklerine bağıı şekilde anlam bulmaktadır. Kadınlar menopoş dönemine hem çevreden ekledikleri hem de doğuştan ekledikleri özellikler ile cevap vermektedirler. .Peri-post menopozal dönem içerisinde yaşanan duygusal ve psikolojik değişikliklerin menopozal yakınmalara olan etkisinin geliştirilmiş olan farklı araçlarla ölçüldüğü belirlenmiştir. Menopoş dönemindeki kadınların değerlendirilmesi yapılırken kişilik özellikleri, çocukluk yaşantıları, kişiler arası ilişkileri, yakın çevresi, sosyal desteklerinin varlığının incelenmesi gerekmektedir.

Kadınların menopozal döneme geçiş ve yaşlanma dönemi içerisinde kişisel, sosyal ve ekonomik kaynaklarının olması ve devamlılığının sağlanmasının onların yaşamları içerisinde yüksek doyum sağlamalarında çok önemli görölmektedir (174).

Yapılmış çalışmalar içerisinde menopozal şikâyetlerinin şiddetlerinde görölen azalmanın yaşam kalitesini olumlu şekilde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (179). Bu kadınların menopozal döneme ilişkin olarak yaşamış oldukları yakınmaları ortaya çıkarmak, sonuçlarını sağıığı geliştirmek için kullanmak büyük önem taşımaktadır. Özellikle doğurganlık çağında bulunan kadınların kişilik özellikleri ortaya konularak menopoza hazırlanması ve bu şekilde oluşabilecek sorunlarla baş etmede daha güçlü olmaları sağlanmalıdır (180, 181, 182, 183).

Aile Hekimliği Sistemi ve 1. Basamak Sağıık Hizmetleri'nde nüfusa kayıtlı olarak takip edilen pek çok premenopozal ve post menopozal dönemde kadın hasta

bulunmaktadır. Hastaların öncelikli başvurduğu sağlık hizmeti olması, hasta takiplerinin daha kolay olması ve hasta doktor iletişiminin daha sık olması hastanın kişilik özelliklerini de tanıyarak premenopozal dönemdeki kadın hastaları menopoş sonrası sürece hazırlamak ve postmenopozal dönemdeki hastaları yine kişilik özelliklerini tanıyarak psikolojik ve diğler semptomlara yaklaşım, destek sağlama ve hasta yönetimini sağlamak açısından önemlidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmamız 15.03.2023 tarihinde Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından E2-23-3635 araştırma protokol numarası ile etik kurul onayı almıştır (Ek-1). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek-2).

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırmacıların veri toplamak için, güncel literatür taranmıştır. Menopoz, Beck Depresyon Envanteri, Cervantes Kişilik Ölçeği, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği incelenerek Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde Aile Hekimliği Kliniği ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği hocalarınca gözden geçirilip akademik konseyler tarafından uygun görülmüş, kapsamlı ve güncel olarak bulunmuş, ölçekler izin alınarak kullanılmıştır. Anket çalışması Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde Menopoz Kliniği'ne başvuran kadınlara 25.04.2023-25.06.2023 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma kesitsel, analitik bir çalışmadır.. Araştırmayı kabul eden kadınlar için Ek-4'de verilen sosyo demografik özellikleri içeren sorular, Beck Depresyon Envanteri, Cervantes Kişilik Ölçeği, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'ni içeren anket formu gerekli onamlar alındıktan sonra Menopoz Polikliniği'ne başvurmuş olan kişilere anket formu verilerek yapılmıştır.

3.3.1.Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Ölçeği Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından bilişsel, duygusal, somatik ve motivasyonel bileşenlerden oluşan depresif belirtilerin düzey

ve şiddet değişimini ölçmek, depresyon yönünden riski belirlemek amacıyla 1961 yılında geliştirip uygulanmıştır. İkincisi ise 1978 yılında geliştirilmiş olan yirmi bir maddelik öz bildirim ölçeği olarak görülmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği; kliniklerde ve araştırmalarda kendi hakkında bilgi verme araçlarından en sık kullanılanlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu ölçeğin amacı; depresyon belirtilerinin derecesinin kapsamlı bir şekilde değerlendirmesini yapmak olarak belirlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeği psikiyatrik hasta ve sağlıklı birey grupları üzerinde uygulanabilmektedir. Beck Depresyon Ölçeği'nin kullanımı için özel bir eğitim gerekmemektedir. Ölçeğin uygulandığı kişiden uygulama günü de dâhil olmak üzere geçirmiş olduğu son bir hafta içerisinde kendini nasıl hissettiğine ilişkin olarak en iyi ifade eden cümleyi seçmesi istenilmektedir. Ölçek 0, 1, 2 ve 3 şeklinde numaralandırılarak dörtlü Likert tipi ölçümü sağlayan 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Buradaki 0 numaralı cümle o madde içerisinde belirtilmiş olan depresif belirtilerin olmadığını gösterecek şekilde diğer numaralar ile başlayan cümleler ise o belirtinin gittikçe daha yoğun yaşandığını gösterecek şekilde düzenlenmiştir. Her madde 0-3 arasında bir puan almaktadır. Toplam puan her soruya verilmiş olan puanların toplanması sonucunda elde edilmektedir. Burada ortaya çıkan puanların 0-63 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçekten alınmış olan toplam puan yükseldikçe bireyin depresyon duygularını yaşama düzeyinin de doğru orantılı olarak yükseldiği belirlenmiştir. Zaman sınırlaması bulunmamaktadır. Ölçek 5-10 dakikada yanıtlanabilmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği içerisinde 21 belirti kategorisi bulunmaktadır. Bunlar; duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, duyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirlikte engellenme, uyku bozuklukları, yorgunluk ve bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı olarak sıralanmaktadır (184, 185).

3.3.2. Cervantes Kişilik Ölçeği

Cervantes Kişilik Ölçeği kadınların kişilik özelliklerini değerlendirmek amacı ile Castelo-Branco ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir (186). Cervantes Kişilik Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması Türkiye'de Bal ve Şahin (2011) tarafından yapılmıştır (187). Cervantes Kişilik Ölçeği içerisindeki her soruyu bireyler kendi deneyimlerine göre cevaplamaktadır. Cervantes Kişilik Ölçeği 20 sorudan oluşmuş altılı likert tipinde bir ölçek olarak üç alt boyutunun bulunduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutlar; dışa/içe dönük olma, duygusal denge/nörotizm, tutarlı tutarsız olma olarak belirlenmiştir.

Alt boyutlardan alınmış olan puan ortalamaları azaldıkça dışa dönük olma, duygusal denge ve tutarlı olma kişilik özelliğinin daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Burada her maddeden en az 0-5 puan arasında puan alınabilmektedir. Bireylerin vermiş oldukları yanıtlara göre değerlendirme gerçekleştirilmektedir.

Dışa/İçe Dönük Olma: Ölçek içerisinde 12 ve 18. Sorulara verilen cevaplar toplanır. Elde edilmiş olan toplam puandan 1, 4, 7, 10 ve 15. Soruların toplamı çıkarılarak, elde edilen sonuca 25 eklenmiş ve elde edilen sonucun dışa/içe dönük olma puanını verdiği belirlenmiştir.

$$\text{Formül} = (25 + (12 + 18) - (1 + 4 + 7 + 10 + 15))$$

Burada elde edilen skorun 0-35 puan arasında değiştiği burada 0 puan dışa dönük, 35 puanın ise en içe dönük kişilik puanını verdiği belirlenmiştir.

Duygusal Denge/Nörotizm: Bu ölçek içerisinde 2, 5, 8, 11, 13, 16 ve 19. Sorulara verilmiş olan yanıtların toplanması sonucunda duygusal denge/nörotizm puanı elde edilmektedir.

$$\text{Formül: } (2 + 5 + 8 + 11 + 13 + 16 + 19)$$

Elde edilen skor 0-35 arasında değişmektedir. Buradaki 0 puan en duygusal dengeli olan 35 puan ise nörotik/duygusal olarak en dengesiz kişilik puanı olarak belirlenmiştir.

Tutarlı/Tutarsız olma: Burada 3, 6, 9, 14, 17 ve 20. Soruların yanıtları toplanmaktadır. Elde edilen sonuçtan 30 çıkarılarak tutarlı/tutarsız olma puanı elde edilmektedir.

$$\text{Formül: } (30 - (3 + 6 + 9 + 14 + 17 + 20))$$

Skor 0-30 puan arasında değişmektedir. 0 puan sorulara en tutarlı cevap veren kişilik, 30 puan ise en tutarsız cevap veren kişilik puanı olarak belirlenmiştir.

Cervantes Kişilik Ölçeği Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

Dışa/İçe dönük olma boyutu $\alpha=0,97$

Duygusal denge/Nörotizm boyutu $\alpha=0,81$

Tutarlı/Tutarsız olma boyutu $\alpha=0,71$ (188)

3.3.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Ölçeğin orijinal adı Menopause Rating Scale (MRS)'dir. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği 1992 yılında Schenider ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir. Ölçek 1996 yılında İngilizceye çevrilmiştir. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Türkiye'de 2005 yılında Gürkan tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi ölçek içerisinde her bir madde için "0= Hiç Yok, 1= Hafif, 2=Orta, 3=Şiddetli, 4= Çok Şiddetli" kullanılmıştır. Her bir madde için verilmiş puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanının hesaplandığı görülmektedir. Ölçek içerisinde alınabilecek en düşük puan 0'ken en yüksek puansa 44 olarak görülmektedir. Ölkekten alınan puanların artması yaşanan şikâyetlerdeki artışı göstermektedir.

-Somatik şikâyetler: 1. Ve 2. Madde bu bölümü oluşturmaktadır. Bu bölümden en yüksek alınabilecek puan 8 puandır.

-Psikolojik şikâyetler: Ölçek içerisinde bulunan, 3, 4, 5, 6, 7 ve 11. Maddeleri içermektedir. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan ise 24 olarak görülmektedir.

-Ürogenital şikâyetler: Ölçek içerisinde bulunan 8, 9, 10 maddelerinin değerlendirilmesi ile ölçülmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 12 olarak belirlenmiştir.

Toplam Ölçek Cronbach alfa Güvenilirlik Katsayısı $\alpha=0,84$

Somatik semptomlar $\alpha=0,65$

Psikolojik semptomlar $\alpha=0,79$

Ürogenital semptomlar $\alpha=0,72$ (189)

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Menopoz Kliniği'ne başvuran 45-65 yaş arasında son adetinin üzerinden en az on iki ay geçmiş olan postmenopozal dönemdeki kadınlar oluşturmaktadır. Polikliniğe 2 aylık sürede toplam 600 kişi başvurduğu kabul edilerek evreni bilinen örneklem formülüne göre hesapladığımızda %90 güvenilirlik seviyesi, %5 hata payı ile minimum örneklem büyüklüğü 187 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Menopoz Kliniği'ne başvuran 45-65 yaş arasında son adetinin üzerinden en az on iki ay geçmiş olan postmenopozal dönemdeki 189 kadın oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler, 45-65 yaş aralığı dışında olanlar, postmenopozal dönem içerisinde olmayanlar, soruları anlayıp cevaplayabilecek yeterlilikte olmayanlar, cerrahi yolla menopoza giren kadınlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmamızda sosyo demografik özellikleri içeren sorular, Beck Depresyon Envanteri, Cervantes Kişilik Ölçeği, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'ni içeren Ek-4'de verilen anket formu, Ek-3'te gösterilen ölçek izinleri ve gerekli onamlar alındıktan sonra Menopoz Polikliniği'ne başvurmuş olan kişilere muayene öncesi veya sonrasında muayene bekleme alanında anket formu verilerek yapıldı.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama $\pm$ standart sapma (SD), minimum (min), maksimum (maks), median ve çeyrekler arası genişlik değerleri kullanıldı. İki grup arasındaki sayısal verilerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunluğunda Student T Testi, normal dağılıma uymadığında Mann-whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla sayısal değişkenin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyduğunda ANOVA, normal dağılıma uymadığında Kruskal Wallis testi uygulandı. İki sayısal değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır. İlişkili bulunanlar için doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics v.24 programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmaya 189 menopoşlu kadın hasta dâhil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $54,4 \pm 4,4$, ortalama menopoş yaşı $48,2 \pm 3,7$, ortalama menopoş süresi ise $6,0 \pm 4,5$ yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların çoğunluğu evli ve ailesiyle yaşamaktadır. Yaklaşık yarısı 2 çocuk sahibi ve yüksekokul mezunudur. Katılımcıların %88,4'ünde psikiatrik hastalık bulunmazken, psikiyatrik hastalığı bulunanların çoğu anksiyete ve panik bozukluğa sahiptir. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri

	(n=189)
Katılımcı Yaşı (yıl), ort $\pm$ SD (min-maks)	$54,4 \pm 4,4$ (45-65)
Menopoş Yaşı (yıl), ort $\pm$ SD (min-maks)	$4,2 \pm 3,7$ (40-56)
Menopoş Süresi (yıl) ort $\pm$ SD (min-maks)	$6,0 \pm 4,5$ (1-19)
Medeni Durum, n (%)	
Evli	152 (80,4)
Bekar	37 (19,6)
Çocuk Sayısı, n (%)	
0	11 (5,8)
1	32 (16,9)
2	94 (49,7)
3	36 (19,0)
≥ 4	16 (8,4)
Eğitim Durumu, n (%)	
Okur yazar değil	7 (3,7)
İlkokul	44 (23,3)
Ortaokul	14 (7,4)
Lise	43 (22,8)
Yüksekokul	81 (42,9)
Aktif İşte Çalışma, n (%)	
Evet	62 (32,8)
Hayır	127 (67,2)
Evde Birlikte Yaşama, n (%)	
Yalnız	11 (5,8)
Ailemle	171 (90,5)
Diğer	7 (3,8)
Yakınlardan Destek, n (%)	
Evet	172 (91,0)
Hayır	17 (9,0)
Psikiatrik Hastalık, n (%)	
Yok	167 (88,4)
Var	22 (11,6)
Psikiatrik Hastalık Tanısı, n (%)	(n=24)
Anksiyete Bozukluğu	9 (37,5)
Bipolar Bozukluk	1 (4,1)
Depresyon	6 (25)
Panik Bozukluk	8 (33,3)

n: Katılımcı Sayısı; %: Yüzde; ort: Ortalama; SD: Standart sapma

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği, Cervantes Kişilik Ölçeği, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama ve median puanlar Tablo2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği, Cervantes Kişilik Ölçeği, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama ve median puanlar

(n=189)	min-max	Ortalama $\pm$ Sd	Median
Beck Depresyon Ölçek Toplam Puan	0-52	12,8 $\pm$ 8,4	11
Cervantes Kişilik Ölçeği			
Dışa/içe dönük olma	5-30	14,2 $\pm$ 5,3	14
Duygusal Denge/nörotizm	0-35	15,4 $\pm$ 7,4	15
Tutarlı/tutarsız olma	1-30	20,1 $\pm$ 4,9	21
Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan	0-44	18,9 $\pm$ 9,1	18
Somatik şikâyetler	0-16	7,2 $\pm$ 3,7	7
Psikolojik şikâyetler	0-16	7,2 $\pm$ 4,1	7
Ürogenital şikâyetler	0-12	4,4 $\pm$ 3,0	4

Yaş, menopoz yaşı ve menopoz süresi ile Beck Depresyon Ölçeği’nden alınan toplam puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Menopoz yaşı ile Beck Depresyon Ölçeği’nden alınan puanlar arasında düşük düzeyde ($r=-0,216$) negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Menopoz süresi ile Beck Depresyon Ölçeği’nden alınan puanlar arasında da düşük düzeyde ($r=0,161$) pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile Beck puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Menopoz yaşı ve menopoz süresinin Beck’den alınan puanlar üzerindeki etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucuna göre menopoz yaşı Beck’den alınan puanları negatif ve anlamlı olarak etkilemiştir ($\beta=-0,193$, $t=-2,372$, , $p<0,05$). Menopoz süresinin ise etkisi bulunmamıştır.

Tablo 3. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile yaş, menopoz yaşı ve menopoz süresi arasındaki korelasyon analizi sonucu

	Beck Puanı	
	Pearson r	
Yaş	Pearson r	-0,035
	p	0,628
	n	189
Menopoz Yaşı	Pearson r	-0,216
	p	0,003
	n	189
Menopoz Süresi	Pearson r	0,161
	p	0,027
	n	189

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4'te özetlenmiştir. Bekâr katılımcıların evli katılımcılara göre Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,031$). Yine okuryazar olmayanlar diğer eğitim seviyelerine göre istatistiksel anlamlı olarak Beck Depresyon Ölçeğinden daha yüksek puanlar almıştır ($p=0,024$). Diğer tanımlayıcı özellikler için Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlarda anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4. Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması

	Beck ten alınan Toplam Puan			
	n	(ort±SD)	Medyan (Q1-Q3)	P
Medeni durum				
Evli	152	12,4 ± 8,9	11 (7-16)	0,031^{a*}
Bekar	37	14,1 ± 6,2	14 (9,5-17,5)	
Çocuk Sayısı				
0	11	10,5 ± 6,1	9 (6-16)	0,685 ^b
1	32	13,2 ± 10,5	10 (7-15)	
2	94	11,9 ± 6,3	11 (8-16)	
3	36	13,9 ± 10,4	12 (5,5-17,7)	
≥4	16	16,1 ± 10,8	14 (8-18,7)	
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil	7	22,8 ± 13,0	27 (10-34)	0,024^{b*}
İlkokul	44	13,8 ± 10,0	13 (5,5-18)	
Ortaokul	14	11,2 ± 5,1	11,5 (8,5-13,2)	
Lise	43	13,5 ± 6,5	13 (9-17)	
Yüksekokul	81	11,2 ± 7,8	10 (6-14)	
Aktif İşte Çalışma				
Evet	62	12,0 ± 9,2	11 (7-14)	0,139 ^a
Hayır	127	13,1 ± 8,0	12 (8-17)	
Evde Birlikte Yaşama				
Yalnız	11	12,1 ± 5,6	11 (9-14)	0,990 ^b
Ailemle	171	12,8 ± 8,7	11 (7-16)	
Diğer	7	12,5 ± 6,8	10 (7-17)	
Yakınlardan Destek				
Evet	172	12,9 ± 8,6	11 (7-16)	0,573 ^a
Hayır	17	11,1 ± 6,1	11 (6-17)	
Psikiyatrik Hastalık				
Yok	167	12,5 ± 8,0	11 (7-16)	0,248 ^a
Var	22	15,0 ± 10,9	14 (9-17,5)	

*n= katılımcı sayısı, Ort ± std = ortalama ± standart sapma, Q1-Q3= %25-%75 çeyrekler arası genişlik, ^a Mann-Whitney U testi, ^bKruskal Wallis, * p < 0,05

Cervantes Kişilik Ölçeği'nden alınan puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 5'te özetlenmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı olan katılımcıların olmayanlara göre duygusal denge/nörotizm kişilik ölçeğinden aldıkları puanlar istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,026). Diğer tanımlayıcı özellikler için Cervantes kişilik ölçeğinden alınan puanlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 5. Cervantes Kişilik Ölçeği'nden alınan puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması

		Dışa/içe dönük olma			Duygusal Denge/nörotizm		Tutarlı/tutarsız olma		
	n	ort±SD	Medyan (Q1-Q3)	p	ort±SD	p	ort±SD	Medyan (Q1-Q3)	p
Medeni durum									
Evli	152	14,5 ± 5,4	14 (11-19)	0,245 ^a	14,9 ± 7,5	0,058 ^c	20,2 ± 5,0	21 (17-24)	0,657 ^a
Bekar	37	13,2 ± 4,4	14 (10-15)		17,5 ± 6,8		19,8 ± 4,2	20 (17-22,5)	
Çocuk Sayısı									
0	11	14,9 ± 7,5	12 (9-25)		13,2 ± 8,2		21,8 ± 4,4	23 (17-25)	
1	32	13,5 ± 6,0	12,5 (9,2-17,2)		15,1 ± 7,5		20,1 ± 5,4	20 (15,7-25)	
2	94	14,0 ± 4,9	14 (10-17)		15,0 ± 7,8		20,3 ± 5,1	21 (17-24,2)	
3	36	14,8 ± 5,3	14,5 (11-19)	0,604 ^b	17,1 ± 6,8	0,554 ^d	19,7 ± 4,2	20 (17-22)	0,422 ^b
≥4	16	15,4 ± 4,5	14,5 (11,5-18,5)		15,9 ± 6,5		18,8 ± 3,9	21 (17,2-21)	
Eğitim Durumu									
Okur	7								
yazar	44								
değil	14	16,4 ± 3,7	18 (13-19)		16,2 ± 6,3		18,5 ± 4,9	19 (14-22)	
İlkokul	43	14,3 ± 5,1	14 (10,2-18,7)		16,3 ± 7,6		19,2 ± 5,7	20 (16-22)	
Ortaokul	81	13,7 ± 5,2	13 (10,5-20,0)		11,9 ± 7,6		21,2 ± 4,0	22 (18,7-23,5)	0,131 ^b
Lise		14,3 ± 5,6	15 (10-19)	0,736 ^b	17,0 ± 7,4	0,167 ^d	19,4 ± 4,3	20 (16-23)	
Yüksekokul		14,1 ± 5,4	14 (10-16,5)		14,6 ± 7,4		21,0 ± 4,7	21 (18-25)	
Aktif İşte Çalışma									
Evet	62	14,1 ± 5,6	14 (10-18,2)	0,697 ^a	15,6 ± 8,3	0,814 ^c	20,1 ± 5,4	20 (17-25)	0,724 ^a
Hayır	127	14,3 ± 5,1	14 (11-18)		15,3 ± 7,0		20,1 ± 4,6	21 (17-23)	
Evde Birlikte Yaşama									
Yalnız	11	12,5 ± 4,3	11 (9-16)		16,2 ± 7,4		19,3 ± 4,2	20 (14-23)	0,328 ^b
Ailemle	171	14,4 ± 5,4	14 (10-18)		15,4 ± 7,6		20,1 ± 4,9	21 (17-23)	
Diğer	7	14,0 ± 2,5	14 (12-15)	0,538 ^b	13,5 ± 3,7	0,753 ^d	22,2 ± 5,0	23 (20-26)	
Yakınlardan Destek									
Evet	172	14,3 ± 5,3	15 (10-20)	0,605 ^a	15,3 ± 7,6	0,626 ^c	20,2 ± 4,8	20,5 (17-23)	0,935 ^a
Hayır	17	13,7 ± 5,0	16 (12,5-18)		16,2 ± 5,7		19,9 ± 5,5	21 (17,5-24)	
Psikiyatrik Hastalık									
Yok	167	14,3 ± 5,1	15 (10-20)	0,436 ^a	15,0 ± 7,4	0,026 [*]	20,3 ± 4,9	21 (17-23)	0,096 ^a
Var	22	13,5 ± 6,2	18,5 (14-23)		18,7 ± 7,2		18,6 ± 4,6	20 (14,7-21,2)	

Normal dağılıma uyan değişkenlerin verileri ortalama ± standart sapma ort±SD, normal dağılıma uymayan değişkenler için medyan ve çeyrekler arası genişlik (Q1-Q3, %25-%75) eklenerek gösterilmiştir. n= katılımcı sayısı, Ort ± std = ortalama ± standart sapma, Q1-Q3= %25-%75 çeyrekler arası genişlik, ^a Mann-Whitney U testi, ^bKruskal Wallis, ^cStudent's t-test, ^done way anova * p < 0,05

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden alınan toplam puanların bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 6'da özetlenmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı olan katılımcıların olmayanlara göre istatistiksel anlamlı

olarak daha yüksek menapoz semptomları puanı aldıkları bulunmuştur (p=0,01). Diğer tanımlayıcı özellikler için Menapoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6. Menapoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden alınan toplam puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması

	Menopoz Şikâyetleri Toplam Puan			
	n	(ort±SD)	Medyan (Q1-Q3)	P
Medeni durum				
Evli	152	18,8 ± 9,1	18 (12-26)	0,896 ^a
Bekâr	37	19,1 ± 9,0	19 (13-23,5)	
Çocuk Sayısı				
0	11	16,9 ± 10,6	15 (8-28)	0,815 ^b
1	32	18,3 ± 10,6	16 (10-25)	
2	94	19,2 ± 8,6	19 (12,7-26)	
3	36	19,7 ± 8,9	18,5 (13,2-26)	
≥4	16	17,1 ± 8,5	22 (8,2-24)	
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil	7	20,8 ± 7,0	22 (20-22)	0,083 ^b
İlkokul	44	19,8 ± 9,3	18,5 (12,2-25,7)	
Ortaokul	14	15,2 ± 8,8	15,5 (6-20,7)	
Lise	43	19,2 ± 9,1	20 (12-26)	
Yüksekokul	81	18,6 ± 9,1	16 (12-26)	
Aktif İşte Çalışma				
Evet	62	18,6 ± 10,1	16,5 (10,7-26)	0,635 ^a
Hayır	127	19,0 ± 8,5	18 (12-26)	
Evde Birlikte Yaşama				
Yalnız	11	19,7 ± 9,3	20 (12-26)	0,589 ^b
Ailemle	171	18,8 ± 9,2	18 (12-26)	
Diğer	7	18 ± 7,0	16 (11-22)	
Yakınlardan Destek				
Evet	172	18,9 ± 9,4	18,5 (11-26)	0,694 ^a
Hayır	17	18,0 ± 5,2	16 (14,5-21)	
Psikiyatrik Hastalık				
Yok	167	18,2 ± 8,8	18 (11-24)	0,010 ^{a*}
Var	22	24,1 ± 9,6	24 (15,7-31,2)	

n= katılımcı sayısı, Ort ± std = ortalama ± standart sapma, Q1-Q3= %25-%75 çeyrekler arası genişlik, ^a Mann-Whitney U testi, ^bKruskal Wallis, * p < 0,05

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden alınan puanların bazı tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 7'da özetlenmiştir. Evli olanların bekar olanlara göre, okur yazar olmayanların diğer eğitim seviyelerine göre ürogenital şikâyetler ölçeğinden aldıkları puanlar istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,013, p=0,031). Psikiyatrik hastalığı olanların olmayanlara göre psikomatik şikâyetler ölçeği ve ürogenital şikâyetler ölçeğinden aldığı puanlar istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,02,

p=0,045). Diğer ölçeklerden alınan puanlarda tanımlayıcı özellikler açısından fark bulunmamıştır.

Tablo 7. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanların tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması

	n	Somatik Şikâyetler			Psikolojik Şikâyetler			Ürogenital Şikâyetler		
		ort±SD	Medyan (Q1-Q3)	p	ort±SD	Medyan (Q1-Q3)	p	ort±SD	Medyan (Q1-Q3)	p
Medeni durum										
Evli	152	7,1 ± 3,7	7 (4-10)	0,437 ^a	7,0 ± 4,1	7 (4-10)	0,234 ^a	4,6 ± 2,8	5 (2,2-6)	0,013^a*
Bekar	37	7,5 ± 3,5	8 (4,5-10)		8,0 ± 4,0	8 (5-10,5)		3,5 ± 3,3	3 (1-4,5)	
Çocuk Sayısı										
0	11	6,7 ± 3,1	7 (4-10)	0,733 ^b	6,2 ± 4,9	6 (2-11)	0,213 ^b	3,9 ± 3,5	4 (1-5)	0,644 ^b
1	32	7,1 ± 4,2	7,5 (4-9,7)		6,9 ± 4,6	7 (3,2-10)		4,2 ± 3,3	4 (1,25-7)	
2	94	7,2 ± 3,6	7 (5-10)		7,4 ± 3,8	8 (4-10)		4,6 ± 3,0	5 (2-6)	
3	36	7,8 ± 3,6	8 (5-10,7)		7,4 ± 4,3	6,5 (4,10)		4,4 ± 2,7	4 (2,2-6,7)	
≥4	16	6,2 ± 3,5	7 (3-9,7)		6,8 ± 3,9	7,5 (3,2-10)		4,0 ± 2,5	3,5 (2-6,5)	
Eğitim Durumu										
Okuryazar	7	7,0 ± 3,0	7 (7-8)	0,443 ^b	7,4 ± 3,5	8 (6-8)	0,304 ^b	6,4 ± 0,7	7 (6-7)	0,031^b*
değil	44	8,0 ± 3,7	8 (5-11)		7,3 ± 4,2	8 (4-10,7)		4,5 ± 3,1	4 (2-6)	
İlkokul	14	6,2 ± 4,4	5,5 (2,7-9)		5,7 ± 4,0	5 (3,2-9,2)		3,2 ± 2,4	2,5 (1,7-6)	
Ortaokul	43	7,3 ± 3,7	8 (4-10)		7,8 ± 4,0	8 (5-10)		4,0 ± 3,0	3 (1-6)	
Lise	81	6,9 ± 3,6	7 (4-10)		7,0 ± 4,2	6 (4-10)		4,6 ± 3,0	5 (3-6)	
Aktif İşte Çalışma										
Evet	62	7,0 ± 3,9	7 (4-10,2)	0,694 ^a	7,2 ± 4,4	7 (3,7-10)	0,915 ^a	4,3 ± 3,4	3 (1,7-6,2)	0,473 ^a
Hayır	127	7,3 ± 3,6	7 (4-10)		7,2 ± 4,0	7 (4-10)		4,4 ± 2,7	4 (2-6)	
Evde Birlikte Yaşama										
Yalnız	11	6,2 ± 4,3	7 (2-8)	0,550 ^b	8,0 ± 4,4	8 (4-10)	0,519 ^b	5,3 ± 3,3	5 (3-8)	0,499 ^b
Ailemler	171	7,2 ± 3,7	7 (4-10)		7,1 ± 4,1	7 (4-10)		4,4 ± 2,9	4 (2-6)	
Diğer	7	7,5 ± 2,5	7 (6-10)		6,5 ± 3,1	7 (4-8)		3,8 ± 2,5	4 (1-6)	
Yakınlardan Destek										
Evet	172	7,2 ± 3,8	7 (4-10)	0,858 ^a	7,3 ± 4,2	7 (4-10)	0,991 ^a	4,5 ± 3,0	4 (2-6)	0,361 ^a
Hayır	17	7,0 ± 2,5	7 (5-8,5)		7,1 ± 3,0	6 (4,5-10)		3,8 ± 2,6	3 (2-5)	
Psikiyatrik Hastalık										
Yok	167	7,0 ± 3,6	7 (4-9)	0,108 ^a	6,8 ± 3,9	7 (4-10)	0,02^a	4,2 ± 2,9	4 (2-6)	0,045^a*
Var	22	8,5 ± 4,1	8 (5-12)		9,9 ± 4,3	10,5 (6,5-13)		5,6 ± 3,2	6 (3-8,2)	

Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Cervantes Kişilik Ölçeği alt ölçeklerinden Dışa/içe dönük olma, Duygusal Denge/nörotizm, Tutarlı/tutarsız olma alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında orta düzeyde (sırasıyla $r=0,314$, $r=0,573$, $r=0,374$) pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 8. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Cervantes Kişilik Ölçeği alt ölçekleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Sonucu

	Beck Puanı	
	r	
Dışa/içe dönük olma		0,314
	p	< 0,001
	n	189
Duygusal Denge/nörotizm	r	0,573
	p	< 0,001
	n	189
Tutarlı/tutarsız olma	r	0,374
	p	< 0,001
	n	189

r = Spearman korelasyon kat sayısı, n = katılımcı sayısı, $p < 0,05$

Cervantes Kişilik Ölçeği'nin alt ölçeklerinden alınan puanların Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar üzerindeki etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre dışa/içe dönük olma alt ölçeğinden alınan puanlar Beck depresyon ölçeğinden alınan puanları olumlu ve anlamlı olarak etkilemiştir ($\beta=0,28$, $t=-4,69$, $p<0,01$). Dışa/içe dönük olma ölçek puanındaki 1 puanlık artış Beck depresyon ölçeğinden alınan puanı 0,44 puan artırmaktadır. Gene duygusal denge/nörotizm alt ölçeğinden alınan puanlar Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanları olumlu ve anlamlı olarak etkilemiştir ($\beta=0,57$, $t=7,19$, $p<0,01$). Duygusal denge/nörotizm alt ölçeğindeki 1 puanlık artış Beck depresyon ölçeğinden alınan puanı 0,64 puan artırmaktadır. Tutarlı tutarsız olma alt ölçeğinden alınan puanların ise Beck depresyon ölçeği puanları üzerine etkisi bulunmamıştır. Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 9. Cervantes Kişilik Ölçeği'nin alt ölçeklerinden alınan puanların Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar üzerindeki etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişken	β	Std. Hata	Beta	t	P
Sabit	-8,444	3,983		-2,120	0,035
Dışa Dönük olma	0,447	0,95	0,280	-4,696	<0,001
Duygusal Denge	0,649	0,09	0,574	7,1991	<0,001
Tutarlı/tutarsız olma	0,241	0,135	0,140	1,780	0,077
$R=0,622$ $Adj R^2=0,377$ $F(3,185)=38,91$ $p < 0,05$					

Std: Standart, Bağımlı değişken Beck Depresyon ölçeğinden alınan puan

Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden Somatik Şikâyetler ve Psikolojik Şikâyetler alt ölçekleri puanları arasında orta düzeyde (sırasıyla $r=0,471$, $r=0,626$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ürogenital Şikâyetler alt ölçeğinden alınan puanlar arasında ise zayıf düzeyde ($r=0,295$) pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tablo10'da özetlenmiştir.

Tablo 10. Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Menopoz Semptomları Değerlendirme alt ölçekleri arasındaki spearman korelasyon analizi sonucu

Menopoz semptomları toplam puan	Beck Puanı	
	r	p
Somatik Şikâyetler	0,471	< 0,001
	n	189
	p	< 0,001
Psikolojik Şikâyetler	0,626	< 0,001
	n	189
	p	< 0,001
Ürogenital Şikâyetler	0,295	< 0,001
	n	189
	p	< 0,001

r = Spearman korelasyon kat sayısı, n = katılımcı sayısı, $p < 0,05$

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden alınan puanların Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar üzerindeki etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre Somatik Şikâyetler ve Ürogenital Şikâyetler alt ölçeklerinden alınan puanların Beck Depresyon Ölçeği puanları üzerine etkisi bulunmamıştır. Psikolojik Şikâyetler alt ölçeğinden alınan puanlar Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanları olumlu ve anlamlı olarak etkilemiştir ($\beta=0,460$, $t=5,63$, $p<0,01$). Psikolojik Şikâyetler alt ölçeğindeki 1 puanlık artış Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanı 0,94 puan artırmaktadır. Tablo 11'de özetlenmiştir.

Tablo 11. Menopoz Semptomları Değerlendirme alt ölçeklerinden alınan puanların Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar üzerindeki etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişken	β	Std. Hata	Beta	t	P
Sabit	2,897	1,159		2,500	0,013
Somatik Şikâyetler	0,273	0,184	0,120	1,480	0,138
Psikolojik Şikâyetler	0,940	0,167	0,460	5,630	<0,001
Ürogenital Şikâyetler	0,259	0,194	0,092	1,330	0,183
$R=0,588$ $Adj R^2=0,349$ $F(3,185)=38,91$ $p < 0,05$					

Std: Standart, Bağımlı değişken Beck Depresyon ölçeğinden alınan puan

Cervantes Kişilik Ölçeği alt ölçek puanları ile Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi göstermek için spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm alt ölçekler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Psikolojik Şikâyetler alt ölçeğinden alınan puanlar ile Duygusal denge/Nörotizm alt ölçeğinden alınan puanlar arasında güçlü düzeyde ($r=0,708$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tutarlı/Tutarsız olma alt ölçek puanları ile Somatik, Psikolojik ve Ürogenital Şikâyetler alt ölçekleri arasında ise negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bulgular tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Cervantes Kişilik Ölçeği puanları ile Menopoz Semptomları Değerlendirme alt ölçekleri arasındaki spearman korelasyon analizi sonucu

		Somatik şikâyet	Psikolojik şikâyet	Ürogenital şikâyet
Dışa/içe dönük olma	r	0,208	0,313	0,279
	p	0,004	< 0,001	< 0,001
	n	189	189	189
Duygusal Denge/nörotizm	r	0,484	0,708	0,364
	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	n	189	189	189
Tutarlı/tutarsız olma	r	-0,235	-0,385	-0,217
	p	0,001	< 0,001	0,003
	n	189	189	189

r= Spearman korelasyon kat sayısı, n= katılımcı sayısı, p < 0,05

5.TARTIŞMA

Nazlı vd. (2023)'nin yapmış olduğu çalışmada doğal menopoza giren kadın grubunun yaş ortalaması $54,83 \pm 4,3$ yıl olarak belirlendiği tespit edilmiştir (190). Ağralı ve arkadaşları 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada ortalama menopoza yaşının $48,54 \pm 5,16$ olduğu görülmektedir (191). Karlıdere ve arkadaşının 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada doğal menopoza giren kadınların ortalama yaşı $49,71 \pm 5,58$ olarak belirlenmiştir (192). Yapmış olduğumuz çalışmada doğal olarak menopoza giren kadınların ortalama yaşı $48,2 \pm 3,7$ olarak bulunmuştur. Bu oranın Ağralı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya yakın olarak bulunmuştur. Şaşımoğlu 2022 yılında yaptığı çalışmasında katılımcıların menopoza süresinin $7,50 \pm 5,80$ yıl olduğu belirlendi (193). Yapmış olduğumuz çalışmada ortalama menopoza süresi ise $6,0 \pm 4,5$ yıl olarak bulunmuştur.

Menopoza giren kadınların depresyon açısından risk altında oldukları yapılan çalışmalar sonucunda belirlenmiştir. Buna göre menopoza giren kadınların depresyon durumlarını menopoza yaşı, menopoza süresi, menopoza algısı ve eğitim durumu gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir (194, 195, 196). Catalano ve arkadaşlarının (197)'nin yapmış olduğu çalışmada 192 postmenopozal dönem içerisindeki kadın üzerinde değerlendirme gerçekleştirilmiştir. Bu kadınlar üzerinde anksiyete düzeyinin yaş, menopoza yaşı ve menopoza girdikten sonra geçen süre ile depresif semptomlar arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Karlıdere ve Özşahin (195)'in yapmış olduğu çalışmada normal menopoza giren kadınların menopoza süresi ile Beck Depresyon Ölçeği arasında bir etkinin bulunmadığı görülmektedir. Yapmış olduğumuz çalışma içerisinde kadınların menopoza yaşı ile Beck Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında düşük düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu, kadınların menopoza süresi ile Beck Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu, kadınların yaşı ile Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Babayiğit ve arkadaşının yapmış oldukları çalışmada kadınların, bekâr katılımcıların ve lise mezunu olan bireylerin Beck Depresyon Ölçeğinden almış oldukları puanların istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda düşük eğitim seviyesinde olan kişilerin depresyon düzeylerinin yüksek eğitim seviyesindeki olan kişilere göre daha yüksek olduğu, bireylerin eğitim durumlarına göre depresyon puanlarında farklılaşma olduğu ve düşük eğitim seviyesine sahip olan bireylerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (199, 200). Burada eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha düşük olmasının nedeni olarak bu bireylerin manevi ve maddi olarak kendilerini daha rahat hissetmeleri ve ruh sağlıklarının da olumlu şekilde etkilemesi olarak gösterilebilir. Uncu vd'nin yapmış olduğu çalışma içerisinde eğitim düzeyleri arttıkça kadınların menopoz dönemini daha pozitif ve çocukluktan ergenliğe geçiş dönemi gibi rahat atlattıkları ve bu süreci bu şekilde algıladıkları belirlenmiştir (201). Morrison ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada yüksek eğitim düzeyinde olan bireylerin menopoz tutumlarının olumlu boyutunun yüksek derecelendirme ile ilişkili olduğu görülmektedir (202). Gerçekleştirilen diğer bir çalışmada ise bekâr bireylerin evli olan bireylere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (203, 204, 205, 206). Yapmış olduğumuz çalışmada bekâr katılımcıların evli katılımcılara göre, okuryazar olmayan bireylerin diğer eğitim seviyelerine göre Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer tanımlayıcı özellikler için Beck depresyon ölçeğinde alınan puanlarda ise anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Diğer çalışmaların sonuçlarını çalışmamızın sonuçları destekler niteliktedir.

Yaşar ve arkadaşları (2020) ve Lawlor ve arkadaşı (1981)'nin yapmış olduğu çalışma incelendiğinde psikiyatrik tanı konulmuş olan katılımcıların, tanı olmayan kişilere göre duygusal denge/nörotizm kişilik ölçeğinden almış oldukları puanların istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmektedir. (207, 208). Yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçları da bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Yağcı ve arkadaşları (2022)'nin yapmış olduğu çalışmada menopoza ilişkin olumsuz tutum sergileyen kadınların psikolojik semptom skorlarının olumlu tutum

sergileyenlerden yüksektir (209). Thakur'un yapmış olduğu çalışmada menopoza ilişkin olumsuz tutum sergileyen kadınların psikolojik semptom skorlarının olumlu tutum sergileyenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (210). Yağcı ve arkadaşlarının (2022) yapmış olduğu çalışmada dışa/içe dönük olma alt ölçeğinden alınan puanların depresyon ölçeğini, duygusal denge/nörotizm ölçeğinden alınan puanların depresyon ölçeğinden alınan puanları olumlu ve anlamlı şekilde etkilediği belirlenmiştir (209). Yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçları bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada psikiyatrik hastalık tanısı olan katılımcıların olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek menapoz semptomları puanı aldıkları, duygusal denge/nörotizm alt ölçeğinden alınan puanlarla menapoz semptomlarının değerlendirme ölçeğinden alınan puanlarda anlamlı ve pozitif yönde fark olduğu görülmüştür.

Litaratür içerisinde menopoz ile ürogenital şikâyetler arasındaki ilişki üzerine birçok çalışma yapıldığı belirlenmiştir. Menopoz ile ürogenital şikâyetler arasındaki ilişkinin kadınların menopoza girme zamanı ile ilgili olduğu belirlenmiştir (211, 212). Kadınların menopoza girdiği dönem olan ilk birkaç yıl içerisinde östrojen hormonundaki azalmanın etkilerinin gözle görülür şekilde uyarı vermediği, kadınların yaşları yükseldikçe, menopoz süresinin de artması sonucu östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak etkilerin görülmeye başlandığı tespit edilmiştir. Bu durumda da ürogenital şikâyetlerde artış belirlenmiştir (213, 214). Woods ve arkadaşının yapmış olduğu çalışma içerisinde menopoz sonrası dönem içerisinde 50-64 yaş arası kadınların ürogenital şikâyetlerinin daha çok olduğu görülmektedir (214). Menopoz sonrası dönem içerisindeki kadınlarda eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların ürogenital şikâyetlerinde azalma olmaktadır (214). Dinç ve arkadaşının 2019 yılında yapmış olduğu çalışmada evli olan kadınların bekâr kadınlara göre ürogenital şikâyetlerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (215). Bu çalışmada da benzer şekilde evli olanların bekar olanlara göre ve okuryazar olmayanların diğer eğitim seviyelerine göre ürogenital şikâyetler ölçeği puanının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Özdemir ve arkadaşının 2021 yılında yapmış olduğu çalışmada menopoza döneminde olan psikiyatrik hastalığı olanların psikolojik şikâyetler ölçeğinden almış olduğu puanların istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (216). Bu sonuç çalışma sonucunu destekler niteliktedir.

Ergin'in 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada menopozda olan kadınların menopoz semptom ölçeği puanları ile kişilik alt ölçeklerinden alınmış olan puanlar arasında pozitif orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İçerik dönük olma somatik ve ürogenital şikâyetlerin , nevrozizm ise tüm alt şikâyetler puanını artırmış olarak bulunmuş (217). Bizim çalışmamızda da tüm alt ölçeklerle arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamız sonucunda elde edilen sonuçlar bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Karlıdere ve Özşahin (2008)'in yapmış olduğu çalışmada menopoza giren kadınların depresyon ölçeği puanları ile menopoz şikâyetleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (181). Yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarında da kadınların depresyon ölçeği puanları ile somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler ve ürogenital şikâyetler arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çoklu regresyon analizinde ise ürogenital şikâyetler ve somatik şikâyetlerinden alınan puanların depresyon ölçeği puanları üzerinde etkisi olmadığı, psikolojik şikâyetlerden alınan puanların depresyon ölçeğini olumlu ve anlamlı şekilde etkilediği belirlenmiştir.

Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde kadınların menopoz dönemlerindeki depresyon durumları, menopoz dönemlerinde yaşamış oldukları semptomlar ve depresyonla ilişkisi ve bu semptomların azalması için yapılması gereken çalışmalar, kişilik özellikleri ve postmenopozal yakınmalarla ilişkisi, menopoz döneminde kadınların yaşamış oldukları şikâyetler üzerine çalışmalar yapıldığı belirlenmiştir. Fakat postmenopozal dönem içerisindeki kadınların yaşamış oldukları depresif duygu durumlarının kişilik özellikleri ilişkisi üzerine ve görülen menopozal semptomlarla ilişkisini de içeren kapsayıcı bir çalışma yapılmadığı için bu çalışma kendi içerisinde özgün olarak değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara Şehir Hastanesinde Menopoz Kliniği'ne başvuran kadınların depresyon, kişilik ve menopoz semptomlarının değerlendirildiği ve ilişkilendirildiği bu tez çalışmasında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiş ve diğer çalışmalara yol göstermek için aşağıdaki gibi önerilerde bulunulmuştur.

Kadınların menopoza girme yaşı arttıkça depresyon skorunun azaldığı, menopoz süresi arttıkça depresyon skorunun arttığı, yaşla depresyon arasında bir ilişki olmadığı, bekâr katılımcıların evli katılımcılara göre okuryazar olmayanların da diğer eğitim seviyelerine göre depresyon puanlarının arttığı, diğer tanımlayıcı özellikler ile depresyon arasında bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir.

Psikiyatrik konulmuş tanısı olan katılımcıların tanı konulmamış katılımcılara göre duygusal denge/nörotizm kişilik özelliğinden aldığı puanın yüksek bulunduğu, diğer tanımlayıcı özellikler ile kişilik özellikleri arasında bir ilişki olmadığı; psikiyatrik hastalık tanısı konulan kadınların tanı koyulmayanlara göre yüksek menopoz semptomları gösterdiği, menopoz sonrası dönem içerisinde kadınların ürogenital şikâyetlerin arttığı, kadınların eğitim seviyeleri yükseldikçe ürogenital şikâyetlerinde azalma olduğu evli kadınların bekâr kadınlara göre ürogenital şikâyetlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Menopoz döneminde psikiyatrik hastalığı olan kadınların psikolojik şikâyetlerinin yüksek olduğu, menopoz dönemindeki kadınların depresyon puanlarının yüksek bulunması durumunda dışa/içe dönük olma, duygusal denge/nörotizm, tutarlı/tutarsız olma kişilik özellikleri ölçek puanlarını artırdığı belirlenmiştir. Menopozda olan kadınlarda depresyon skorunun yüksek olması durumunda somatik ve psikolojik şikâyetlerin arttığı, somatik şikâyetler ve ürogenital şikâyetlerin ise depresyon puanını arttırmadığı, psikolojik şikâyetlerin ise depresyon puanını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Menopozda olan kadınların psikolojik şikâyetleri olmasının duygusal denge/nörotizm ölçeğinden alınan puanlarla pozitif anlamlı ilişki bulunduğu, tutarlı/tutarsız yönde ölçek puanı yüksek

olan menopozdaki kadınların somatik, psikolojik ve ürogenital şikâyetlerle ise negatif yönde anlamlı etkilendiği görülmektedir.

Bütüncül yaklaşımın önemli olduğu hekimlik mesleğinde öncelikle hekimlerin olmak üzere tüm sağlık personelinin hasta yaklaşımında kişilik özelliklerini de dikkate alarak yaklaşması önemlidir. Bu konuda Aile Hekimleri hastalarla daha uzun süreli, daha sık iletişimde olduğu için daha öncelikli ve avantajlı durumdadır. Bu çalışma sonucunda kadınların kişilik özelliklerinin de tanınarak ve kadınları bütüncül olarak değerlendirerek menopoz dönemine girmeden kadınlara gerekli eğitimler ve bilgi verilerek depresyon, menopoz semptomlarının etkisi ve kişiliğin olumsuz etkilemesinin giderilmeye çalışılması önerilmektedir. Aynı zamanda postmenopozal dönemdeki hastaların kişilik özelliklerini tanıyarak kişilik özelliği olarak depresyon ve diğer semptomlar için daha yatkın olan kadınlar belirlenip uygun hasta yönetimi ile destek sağlanmalıdır. Bu çalışmanın daha farklı kliniklerde de yapılması sağlanırsa postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde kişilik özelliklerinin, depresyon durumu ve menopoz semptomlarını nasıl etkilediği belirlenerek, daha kapsamlı karşılaştırılması yapılabilecektir. Ayrıca erken menopoz yaşayan kadınlar ve normal zamanda menopoz olan kadınlarda, doğal şekilde menopoz olan ve cerrahi şekilde menopoza giren kadınlarda da çalışma yapıp değerlendirilip kıyaslanırsa çalışmanın daha geniş kapsamlı değerlendirilmesi sağlanabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Kılıcı, Ş., Ertem, G. Menopozda semptom yönetiminde kullanılan kanıta dayalı uygulamalar. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2019; 2(3): 36-54.
2. Karanth, L., Chuni, N., Nair, N. S. Antidepressants for menopausal symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; (9). doi:10.1002/14651858.CD013417
3. Roberts, H., Hickey, M. Managing the menopause: An update. *Maturitas*, 2016; 86: 53-58. doi:10.1016/j.maturitas.2016.01.007
4. Daley, A., Stokes-Lampard, H., Thomas, A., MacArthur, C. Exercise for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; (11). doi:10.1002/14651858.CD006108.pub4.
5. Kagan, R., Kellogg-Spadt, S., Parish, S. J. Practical treatment considerations in the management of genitourinary syndrome of menopause. *Drugs & aging*, 2019; 36(10): 897-908. doi:10.1007/s40266-019-00700-w.
6. Casper, F. R. *Clinical manifestations and diagnosis of menopause*. UptoDate, 2019; Erişim Adresi: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause?search=menopause%20symptom%20treatment&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H313304539.
7. Santoro, N., Epperson, C. N., Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 2015; 44(3): 497-515. doi:10.1016/j.ecl.2015.05.001.
8. Bozkurt, Ö. D., Sevil, Ü. Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016; 3(4): 497-503.
9. NICE. Menopause. NICE guideline NG23, recommendation 1.2.1., 2015; ErişimAdresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/chapter/Recommendations>.
10. Santoro, N., Epperson, C. N., Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 2015; 44(3): 497-515. doi:10.1016/j.ecl.2015.05.001
11. Gönenç, İ., Koç, G. Menopoz dönemine yönelik uygulanan eğitim programının kadınların menopoza yönelik tutumlarına etkisi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019; 10(1): 29-33.
12. Limouzin-Lamothe, M. A., Mairon, N., Joyce, C. R., Gal, M. L., Quality of life after the menopause: influence of hormonal replacement therapy, *Am J. Obstet Gynecol*, 1994; 170(2): 618-624.
13. Reynolds A. F. Perceived Control over Menopausal Hot Flashes: Exploring The Correlates of A Standardised Measure. *Maturitas*, 1997; 27: 215-221

14. Özdemir S, Çelik C, Görkemli H. Compared effects of surgical and natural menopause on climacteric symptoms, osteoporosis, and metabolic syndrome. *Int J Gynaecol Obstet*, 2009; doi:10.1016/j.ijgo.2009.03.016.
15. Haynes P, Parry B. L. Mood disorders and the reproductive cycle: Affective disorders during the menopause and premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacol Bull*, 1998; 34: 313-318
16. Kronenberg F. Hot flashes: phenomenology, quality of life, and search for treatment options. *Exp Gerontol*, 1994; 29: 319-336.
17. Chedraui P, Perez-Lopez FR, Morales B, Hidalgo L. Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. *Climacteric*, 2009; 10.1080/13697130902718150
18. Hunter M. S. Predictors of Menopausal Symptoms: Psychological Aspects. *Baillieres Clin Endocrinol Metab*, 1993; 7(1): 33-45.
19. Coleman P. M. Depression During The Female Climacteric Period. *J Adv Nurs*, 1993; 18(10):1540-1546.
20. Shaver JL, Giblin E, Paulsen V. Sleep Quality Subtypes in Midlife Women. *Sleep*, 1991; 14(1):18-23.
21. Chaby L, Grinsztejn A, Weitzman JJ ve ark. Anxietyrelated and depressive disorders in women during the premenopausal and menopausal period. Study of the efficacy and acceptability of tianeptine versus maprotiline. *Presse Med*, 1993; 22(24): 1133-1138.
22. Kaplan, H., Sadock, B., *Birinci Basamak Psikiyatri El Kitabı*, İstanbul: Turgut Yayıncılık,
23. Büyükişık, N. S. *Yeni Tanı Almış Majör Depresyonlu Hastalarda Serum Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör (BDNF) İle Kortizol Seviyelerinin Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Değişimi*,Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2008.
24. Işık, E. Işık, U. *Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Rotatıp Kitabevi, 2013.
25. Akdeniz, F. Aydemir, Ö. Kora, K. Oral, T. Vahip, I. Vahip, S. Yazıcı, O. *Tanıdan Sağaltıma Bipolar Depresyon*. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık, 2012.
26. Dilbaz N. Kadın Doğum Hastalıklarının Psikiyatrik Yönleri, *EGE Psikiyatri Sürekli Yayınları-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-İlkbahar*, 1197; 2(1) :158-159.
27. Li Y, Yu Q, Ma L. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas*, 2008; 20, 61(3): 238-242.
28. Paoletti A. M, Floris S, Mannias M., Evidence that cyproterone acetate improves psychological symptoms and enhances the activity of the dopaminergic system in postmenopause. *J Clin Endocrinol Metab*, 2001; 86: 608-612.

29. Björn I, Bäckström T, Lalos A. Adverse mood effects during postmenopausal hormone treatment in relation to personality traits. *Climacteric*, 2006; 9(4):290-297.
30. Danacı, A. E, Oruç S, Adıgüzel H. Relationship of sexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period. *West Indian Med J*, 2003; 52: 27-30.
31. Robinson G. E. Psychotic and mood disorders associated with the perimenopausal period: epidemiology, aetiology and management. *CNS Drugs*, 2001; 15:175-184.
32. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F ve ark. (2005) Doğal ve cerrahi menopoza depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2005; 8: 109-115
33. Vanwesenbeeck I, Vennix P, Wiel H. 'Menopausal symptoms': associations with menopausal status and psychosocial factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2001; 22: 149-158
34. Özdemir S, Çelik C, Görkemli H. Compared effects of surgical and natural menopause on climacteric symptoms, osteoporosis, and metabolic syndrome. *Int J Gynaecol, Obstet*, 2009; doi:10.1016/j.ijgo.2009.03.016.
35. Çevik A. Menopozla Birlikte Ortaya Çıkan Psikiyatrik Sorunlar. *Psychomed*, 1996; 2(3):99-101.
36. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, *İstanbul, Roche Müstahzarları*, 1993: 201-220.
37. Bal DM. *Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
38. Soysal A. *Çalışma yaşamında kişilik tipleri: Bir literatür taraması*. <http://www.ceis.org.tr/dergiDocs/makale129.pdf>, 2015.
39. Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarında menopoza. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004; 1303-5134 .
40. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz U. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2008; 22: 343-49.
41. Öztürk, S. *Halk sağlığı hemşireliği. Kadın sağlığı* (2. baskı), Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, 2016.
42. RCN, *Menopause RCN guidance for nurses, midwives and health visitors*. Erişim adresi: <https://www.rcn.org.uk/professionaldevelopment/publications/pub-006329>, 2017.
43. NCCIH. *Menopausal symptoms: In depth*. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/menopausal-symptoms-in-depth>, 2017.

44. Göksever, H., Erata, Y. E. Hormon Profili İle Perimenopozal Semptomlar Arasındaki İlişki, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010; 73(4): 92-96.
45. Aral, M. A., Erbil, N., Türkiye’de Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesini İnceleyen Çalışmalar: Bir Sistematiik Derleme, *Androl. Bul.*, 2022; 24: 38-51.
46. Karanth L, Chuni N, Nair N. S. Antidepressants for menopausal symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019; 9, DOI: 10.1002/14651858.CD013417.
47. HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Türkiye, 2019. Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
48. Irmak, V. P, Balcı, Y. H (2017). Assessing menopausal symptoms among Turkish and German women with the menopause rating scale: A cross-cultural study. *International Journal of Caring Sciences*, 2017; 10(2): 979-987
49. Ak Sözer G, Ege E., Menopoz semptomlarını yönetmek ve yaşam kalitesini arttırmak: İlerleyici kas gevşeme egzersizleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 3(2): 179-188.
50. Ceylan B, Özerdoğan N. Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015; (12)1: 43-49
51. Aladdin HS, Caroline AM, Richard AS, Sonia J, Linda CG, Margery L SG, Molly EW, Marcia LS, Andrea ZL. Ages at menarche and menopause and reproductive lifespan as predictors of exceptional longevity in women: The Women's Health Initiative. *Menopause*. 2017; 24(1): 35–44
52. Taşkın, L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Kadın hayatının devreleri*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.
53. Seyisoğlu, H., Gezer, A. *Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Klimakterium ve menopoz*, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2014.
54. Öztürk, F. *Premenopozal Kadınlarda Endometrial Biyopsi Yapılması Endikasyonlarının ve Biyopsi Yöntemlerinin Belirlenmesi*, T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, 2022.
55. Koçak, S., *Postmenopozal Dönemde Hormon Replasman Tedavisi Kullanmayan Kadınların İlaç Kullanmama Nedenleri*, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Uzmanlık Tezi, 2010.
56. Hassa, H., Şenses, T. Perimenopozal Dönemde Kontrasepsiyon, *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2006; 2(13): 56-62.
57. Çıtak, G., Bekar, M, Menopozal Dönemde Kadının Cinsel Yaşamını Etkileyen Faktörler Güncel Durum, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021; 55-60.

58. TJOD. Dünya menopoş günü. Erişim adresi: <http://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoş-gunu/>, 2018.
59. Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A. Menopoş döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 3(4): 1095-1113.
60. Omaç, M., Güneş, G., Aylaz, R. (2009). Malatya il merkezindeki 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoş ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 2009; 4(3): 59-66.
61. Özer, Ü., Gözükar, F. Şanlıurfa'da kadınların menopoşla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2016; 16-26.
62. Ertan N. *Postmenapoşal dönem kadınlarda menapoşal semptomlar, şiddeti v etkileyen faktörler*. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek lisans Tezi. 2013.
63. Sert G. *Klimakterik dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi. 2009.
64. Kal H. E. *Menopoşal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörler*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi. 2011.
65. Sağnak B. *Malatya'da özel bir kliniğe başvuran menopoşa girmiş bireylerin genel beslenme durumlarının belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek lisans Tezi. 2015
66. Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T. Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6 (3): 64-74.
67. Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas*, 2010; 65: 28-36.
68. Li S, Ho SC, Sham A. Relationship between menopause status, attitude toward menopause, and quality of life in Chinese midlife women in Hong Kong. *Menopause*, 2016; 23(1): 67-73.
69. Tümer A, Kartal A. Kadınların Menopoşa İlişkin Tutumları ile Menopoşal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2018; 11(3): 337-346.
70. Shin H, Shin HS. Measurement of quality of life in menopausal women: a systematic review. *West Journal of Nursing Research*, 2012; 34: 475-503.
71. Mastrangelo AM, Conway D, Legendre D, CanelleC, House L, Kondos L ve ark. Quality of life issues during the menopause transition. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 2006; 30(3), 6-12
72. Hunter MS, Gupta P, Papitsch-Clark A, Sturdee DW. Mid-Aged Health in Women from the Indian Subcontinent (MAHWIS): a further quantitative and qualitative

investigation of experience of menopause in UK Asian women, compared to UK Caucasian women and women living in Delhi. *Climacteric*. 2009; 12(1): 26–37.

73. Ertüngealp, E., Seyfioğlu, H. *Klimakteryum ve Menopoz, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ankara: Güneş Kitabevi, 1996.
74. Atosu, T., Şahmay, S. *Klimakteryum ve Menopoz*. In: Atosu, T., Şahmay, S (Eds). *Jinekoloji (Kadın Hastalıkları)*. Ankara:Üniversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık A.Ş., 1996.
75. Yıldırım, A. *Menopozda Oluşan Fizyolojik Değişiklikler*. In Hassa H (Ed): *Klinik Menopoz "Değerlendirme Ve Yönetim"*. Organon, 1996; 1-13.
76. Hammond CB. *Klimakterik Dönem. İçinde: Obstetrik ve Jinekoloji*, Erez S. (Çeviri editörü). *Obstetrics and Gynecology*, Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. 7. Baskı, İstanbul: Çevik Matbaacılık, İstanbul, 1997.
77. Turfanda A, Topuz S. *Menopoz*, İçinde: Berkman S. (Editör). *Jinekoloji*, 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004.
78. Turhan NÖ, Doğan D. *Perimenopoz ve Tedavisi*. İçinde: Çolgar U. (editör). *Reproduktif Endokrinoloji ve İnfertilite*, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayınevi, 2006.
79. Gezer A, Şentürk LM, Ertüngealp E. *Klimakterium*. İçinde: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, (editörler). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ankara: Güneş Kitabevi, 2006.
80. Yılmaz H, Oral E. *Menopoz*. İçinde: Obstetrik ve Jinekoloji, Demir C, Güleç ÜK, WNP, Laube DW, Smith RP, Cazonova R, Chuang A, Geopfert AR, Hueppchen NA, Weiss PM. 7. Baskı, Ankara: Akademişyen Tıp Kitabevi, 2008.
81. Erdem Ö. *Menopoz dönemindeki kadınların yasadıkları sorunlar ve baş etme yolları*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
82. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1(1):48-56.
83. Timur S, Şahin NH. Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2010; 3(3): 61-7.
84. Görgel EB, Çakıroğlu FP. *Menopoz Döneminde Kadın*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2007.
85. Krishnan V, Collop NA. Gender Differences In Sleep Disorders. *Current Opinion In Pulmonary Medicine*, 2006; 12:383-9.
86. Valiensia, S.M., Belardob, M.A., Pilnikb, S., Izbizkyc, G., Starvaggib, A.P., Brancod, C.C. Sleep quality and related factors in postmenopausal women. *Maturitas* 2019; 123: 73–77

87. Ju-Kim M, Yim G, Park HY. Vasomotor and Physical Menopausal Symptoms are Associated with Sleep Quality. *PLoS One*, 2018; 20:13(2).
88. Kravitz HM, Joffe H. Sleep during the perimenopause: a SWAN story. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, 2011; 38: 567–586
89. Sun D, Shao H, Li C, Tao M. Sleep disturbance and correlates in menopausal women in Shanghai. *J Psychosom Res.*, 2014; 76:237–241.
90. Pérez JA, Garcia FC, Palacios S, Pérez M. Epidemiology Of Risk Factors And Symptoms Associated With Menopause In Spanish Women. *Maturitas*, 2009; 62(1):30-6.
91. Simon JA, Reape KZ. Understanding the menopausal experiences of professional women. *Menopause*, 2009; 16(1), 73-76
92. Tortumluoglu G, Erci B. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 7(2).
93. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz dönemi kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(4):1095-113.
94. Timur S, Şahin NH. Effects Of Sleep Disturbance On The Quality Of Life Of Turkish Menopausal Women: A Population-Based Study. *Maturitas*, 2009; 64(3):177-81.
95. Ağan K, Özmerdivenli R, Değirmenci Y, Çağlar M, Başbuğ A, Balbay EG, Sungur MA. Evaluation of sleep in women with menopause: results of the Pittsburg Sleep Quality Index and polysomnography. *J Turk Ger Gynecol Assoc.*, 2015; 16:149-52
96. Potter PA, Perry AG. *Sleep in Fundamentals of Nursing* (7. Basım). Canada: Elsevier Mosby, 2019.
97. Karadağ M. Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2). *Akciğer Arşivi*, 2007; 8: 88-91.
98. Sommer, B. *Menopause*. J. Worell (Ed.). Encyclopedia of Women and Gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender, California, USA: Academic Press, 2002.
99. Reid R, Abramson BL, Blake J, Desindes S, Dodin S, Johnston S, Fortier M. Managing Menopause Abstract and Summary Statement. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. 2014;36(9):1-72.
100. Demirci H. *Menopoz*. İçinde: Olgularla Jinekolojik Hastalarda Bakım Editör: B. Karaca Saydam. I. Baskı, Ankara: Nobel Tıp kitabevleri, 2015.
101. The North American Menopause Society. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 Position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013; 20(9): 888-902

102. Acar RD, Aktoz M, Atamaner O, Aytekin S, Bozçalı Polat E, Çelik HG, Gülmez Ö. Approach to cardiovascular disease in women. *Archives of the Turkish Society of Cardiology*. 2018; 46(Supp:1): 1-44.
103. Newson, L. Menopause and cardiovascular disease. *Post reproductive health*. 2018; 24(1): 44-49
104. The North American Menopause Society. <https://www.menopause.org/forwomen/menopauseflashes/mental-health-at-menopause/stress-getting-serious-about-solutions>, 2019.
105. Özer Ü, Gözükar F. Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi Determining the Menopause Related Problems, Coping Methods and Perspectives of Women Having Menopause in Şanlıurfa. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016; 3(1): 16-26
106. Yıldız C, Yıldız A, Tekiner F. Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda lipit profili ve plazma aterosklerotik indeksinin karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015; 42 (1): 36-40
107. The North American Menopause Society. <https://www.menopause.org/forwomen/menopauseflashes/mental-health-at-menopause/stress-getting-serious-about-solutions>, 2020.
108. Osteoporoz ve Diğer Metabolik Kemik Hastalıkları Çalışma Grubu. *Osteoporoz Ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2019*. Türkiye endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2019.
109. Kutsal YG, Savaş S, İnancı F ve ark. The frequency of the clinical risk factors in postmenopausal osteoporosis. *Türk J Rheumatol* 2013; 28(4): 256-262
110. Hotun Şahin N. *Klimakterium dönemi ve Menopoz*. İçinde: Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Editör: N. Kızılkaya Beji. İstanbul üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik fakültesi İstanbul: 50. Yıl Yayınları. 2015.
111. Otero M, Esain I, González-Suarez ÁM, Gil SM. The effectiveness of a basic exercise intervention to improve strength and balance in women with osteoporosis. *Clinical Interventions in Aging*. 2017; 12 , 505-513
112. Murtezani A, Nevzati A, Ibraimi Z, Sllamniku S, Meka V.S, Abazi N. The effect of land versus aquatic exercise program on bone mineral density and physical function in postmenopausal women with osteoporosis: a randomized controlled trial. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja*. 2014; 16(3): 319-25.
113. Tu M-Y, Chen H-L, Tung Y-T, Kao C-C, Hu F-C, Chen C-M. Short-term effects of kefir-fermented milk consumption on bone mineral density and bone metabolism in a randomized clinical trial of osteoporotic patients. *Plos One*. 2015; 10, 1-17.

114. Gui JC, Brašić JR, Liu XD, Gong GY, Zhang GM, Liu CJ, Gao GQ. Bone mineral density in postmenopausal Chinese women treated with calcium fortification in soymilk and cow's milk. *Osteoporos Internatinal*. 2012; 23: 1563-1570.
115. Cangussu L.M, Nahas-Neto J, Orsatti C.L, Poloni P.F, Schmitt E.B, Almeida-Filho B, Nahas E.A. Effect of isolated vitamin D supplementation on the rate of falls and postural balance in postmenopausal women fallers: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Menopause*. 2016; 23(3): 267-274.
116. Sahni S, Mangano K.M, Kiel D.P, Tucker K.L, Hannan M.T. Dairy intake is protective against bone loss in older vitamin d supplement users: The framingham study. *The Journal of Nutrition*. 2017; 147(4): 645-652
117. Namıduru E, Tarakçıoğlu M. Vitamin K ve Osteoporoz. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2011; 17(1): 1-7
118. Morris, C. G. *Normaldışı davranışlar*. H. B. Ayvacık ve M. Sayıl (Çev. Ed.). Psikolojiyi Anlamak içinde (526-568). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2002.
119. Moilanen, J., Aalto, A.-A., Hemminki, E., Aro, A., Raitanen, J. ve Luoto, R. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*, 2010; 67(4), 358–374.
120. Schildkraut, J.M. Age at Natural Menapouse and Risk of Epithelial Ovarian Cancer, *Obstetrics and Gynecology*, 2011; 98(1), 85-90, 2001
121. Kahn, D., Moline, M., Ross, R., Altshuler, L. ve Cohen, L. Depression during the transition to menopause: a guide for patients and families. *Postgraduate Medicine*, (Spec No), 2001; 114-115.
122. Haynes P, Parry BL Mood disorders and the reproductive cycle: Affective disorders during the menopause and premenstrual dysphoric disorder. *Psychopharmacol Bull*, 1998, 34: 313- 318.
123. Kronenberg F. Hot flashes: phenomenology, quality of life, and search for treatment options. *Exp Gerontol*, 1994; 29:319-336.
124. Hunter MS. Depression and menopause. *BMJ*, 1996; 313:1217-1218.
125. William, W. Beck, Jr. *Menopause*. In: William, W., Beck, Jr. Eds. *Obstetrics and Gynecology*. New York: A Wily Medical Publication, 1989.
126. Dennerstein, L., Guthrie, J. R., Clark, M., Leher, P. ve Henderson, V. W. A population-based study of depressed mood in middle-aged, *Australian born women*. *Menopause*, 2004; 11(5), 563-568.
127. Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W. ve Harlow, B. L. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: The Harvard Study of Moods and Cycles. *Archives of General Psychiatry*, 2006; 63(4): 385-390.

128. Freeman, E. W. Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause*, 2010; 17(4), 823-827
129. Reed, S., Ludman, E., Newton, K., Grothaus, L., Lacroix, A., Nekhlvdov, L., Bush, T. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. *Maturitas*, 2009; 62(3), 306-310.
130. Schmidt, P. J., Murphy, J. H., Haq, N., Rubinow, D. R. ve Danaceau, M. A. Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Archives of Women's Mental Health*, 2004; 7(1), 19-26.
131. Aytaç, S., Örgütsel Davranış Açısından Kişiliğin Önemi, www.isgucdergi.org, 2007; 3(1): 25-30.
132. Güler, D. Kişilik Kavramı ve Çocuk Kişiliği, *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1989; 6(6): 285.
133. Groesbeck, J. C. Carl Jung, *Comprehensive Textbook of Psychiatry-IV*, Baltimore: Williams&Willikins, 1985.
134. Eroğlu, F., *Davranış Bilimleri*, İstanbul: Beta Basım Yay.,1996.
135. Eren, E. *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, İstanbul: Beta Basım, 2006.
136. Burger, J. M., *Kişilik*, İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2006.
137. Hellriegel, D., Slocum, J. W., Woodman, R. W., *Orgazinatone Behavior*, St.-Paul: West Publishing Company, 1989.
138. Özkalp, E. *Psikolojiye Giriş Dersleri*, Eskişehir: Eylül Yayınları, 1991.
139. Yanbastı, G., *Kişilik Kuramları*, İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, 1990.
140. Silah, M., *Sosyal Psikoloji Davranış Bilimi*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2005.
141. Navaro, L. *Çağdaş anne baba eğitimi neleri kapsayabilir?*. Ya-Pa 5. Okulöncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri, (Antalya, 7-12 Eylül), 1987.
142. Kochanska, G., Lee Clark, A., & Goldman, M. S. Implications of mothers' personality for their parenting and their young children's developmental outcomes. *Journal of Personality*, 1997; 65(2), 387-420.
143. Senemoğlu, N. *Gelişim, öğrenme, öğretim*. Pegem Akademi, 2012.
144. Morgan, C. T. *Kişilik*. S. Karakaş & R. Eski (Ed.), (Çev. Dr. B. Tegin). Psikolojiye giriş içinde. (s. 296). Eğitim Yayınevi, 2013.
145. Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. *Psikolojiye giriş-psikoloji ve yaşam*. (Çev. G. Sart), Nobel Yayınları, 2012.
146. Atabek, E. *Çocuklar büyükler ve tavşanlar*. Altın Kitaplar Yayınevi, 1994.

147. Çağdaş, A., Seçer, Z. *Çocuk ve ergende sosyal ve ahlak gelişimi*, Nobel Yayınevi, 2002.
148. Mount, M. K., Barrick, M. R., Scullen, S. M., & Rounds, J. Higher-order dimensions of the big five personality traits and the big six vocational interest types. *Personnel Psychology*, 2005; 58(2), 447-478
149. McCrae, R. R., Costa, P. T. *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press, 2003.
150. Yazgan İnanç, B., Yerlikaya, E.E. *Kişilik kuramları*. Pegem Akademi, 2016.
151. Schultz, D. P., Schultz, S. E. *Theories of personality*. Cengage Learning, 2015.
152. Cüceloğlu, D. *İnsan ve davranışı, psikolojinin temel kavramları*, Remzi Kitabevi, 2013.
153. Corey, G. *Psikolojik danışma, psikoterapi kuram ve uygulamaları*. (Çev. T. Ergene) Mentis Yayıncılık, 2015.
154. Santrock, J. W. *Yaşam boyu gelişim*. (Çev., Ed., G. Yüksel). Nobel Yayıncılık, 2016.
155. Murdock, N. L., *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları*. (Çev. F. Akkoyun), Nobel Akademik Yayıncılık, 2018.
156. Eryılmaz, A., Öğülmüş, S. Ergenlikte öznel iyi oluş ve beş faktörlü kişilik modeli. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010; 11(3), 189-203.
157. Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995; 68(1), 138–150
158. Geçtan, E. *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. Metis Yayınları, 2015.
159. Ewen, R. B. *An introduction to theories of personality*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2003.
160. Aytaç, Ö. Modern bürokrasiler ve yabancılaşma ethosu, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2005; 15(2), 319-348.
161. Aydın, A. *Gelişim ve öğrenme psikolojisi*. Alfa Yayınları, 2000.
162. Fosco, G. M., Lydon-Staley, D. M. Implications of family cohesion and conflict for adolescent mood and well-being: Examining within-and between- family processes on a daily timescale. *Family Process*, 2020; 59(4), 1672-1689.
163. Somer, O. Beş-faktör kişilik model. *Türk Psikoloji Yazıları*, 1998; 1(2), 35–62.
164. Smetana, J., Crean, H. F. Campione-Barr, N. Adolescents' and parents' changing conceptions of parental authority. *New Directions For Child and Adolescent Development*, 2005; (108), 31-46.

165. Costa, P. T., McCrae, R. R. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised neo personality inventory. *Journal of Personality Assessment*, 1995; 64(1), 21-50.
166. Somer, O., Korkmaz, M., Tatar, A. Beş Faktör Kişilik Envanteri'nin geliştirilmesi-I: Ölçek ve alt ölçeklerin oluşturulması [Development of Five Factor Personality Inventory]. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2002; 17(49), 21-36
167. Zopiatis, A., Constanti, P. Extraversion, openness and conscientiousness: The route to transformational leadership in the hotel industry. *Leadership & Organization Development Journal*. 2012; 33(1), 86-104.
168. Barrick, M. R., Mount, M. K. The big five personality dimensions and job performance: a meta-analysis. *Personnel Psychology*, 1991; 44(1), 1-26.
169. Geçtan, E. *İnsan olmak*. Remzi Kitabevi, 2000.
170. Gunthert, K. C., Cohen, L. H., Armeli, S. The role of neuroticism idaily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999; 77(5), 1087-1100.
171. Neuman, G. A., Wright, J. Team effectiveness: Beyond skills and cognitive ability. *Journal of Applied Psychology*, 1999; 84(3), 376-389
172. Goldberg, L. R. The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 1992; 4(1), 26-42.
173. Cloninger, S.C. *Theories of personality: Understanding persons*. Prentice Hall, 2000.
174. Köknel Ö. *Kişilik*, 1.Baskı. İstanbul, Altın Kitaplar, 1985..
175. Miller RA, Shelly S. *A'dan Z'ye kişiliğiniz*. Alayurt S (Çeviren). 1.Baskı, İstanbul:Vesta Ofset Matbaacılık, 2007.
176. Kaşlı M, Seymen A. O. Kişilik özellikleri, lider-üye etkileşimi ve tükenmişlik ilişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2010, 27: 109-22.
177. Bouchard TJ, Loehlin JC. Genes, evolution, and personality. *Behav Genet* 2001; 31: 243-73.
178. Bal DM. *Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
179. Jurczak A, Szkup M, Wieder S, Grzywacz A, Samochowiec A, Karakiewicz B, Samochowiec J, Grochans E. 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
180. Cooke DJ, Greene JG. Types of life events in relation to symptoms at the climacterium. *J Psychosom Res* 1981, 25: 5-11.

181. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11:159-66.
182. Chen Y, Dorjgochoo T, Bao PP, Zheng Y, Cai H. Menopausal symptoms among breast cancer patients: a potential indicator of favorable prognosis. *PLoS One* 2013; 8(9): e75926.
183. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz U. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2008; 22:343-49.
184. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961; 4: 561-571.
185. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. (1978). *Cognivite Therapy of Depression*, New York: Guildford Press.
186. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Manubens M, Alberich X, Martí A. Understanding how personality factors may influence quality of life: development and validation of the Cervantes Personality Scale. *Menopause* 2008, 15:914-18.
187. Bal DM, Şahin HN. Cervantes kişilik ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2011, 8: 39-45.
188. Ergün G. *kişilik bozuklukları/ içinde: Çam O, Engin E; ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği*, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul medikal yayıncılık 2014.
189. Gürkan, C.Ö. (2005). Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu*, 2005, 30-35
190. Nazlı, E., Adahan, D., Korkut, B., Mutlu, S., İnci, H., Kalem, P. Histerektomi Olan ve Olmayan Kadınlarda Post Menopozal Dönemde Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2023; 3(1): 399-408.
191. Ağralı, C., Ünal, E., Şenol, D. K. Women's Perception Menopause and Their Attitudes Towards Complementary Therapy Use, *Journal of Health Sciences Institute*, 2016; 7(3): 172-183.
192. Karlıdere, T., Özşahin, A. Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi, *Klinik Psikiyatri*, 2008; 11: 159-166.
193. Şaşımoğlu, S. D. *Eş Şiddetine Maruz Kalmanın Menopoz Semptomlarına ve Kadın Sağlığına Etkisinin İncelenmesi*, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022.
194. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2005; 8(3): 109-115

195. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2008; 11: 159-166.
196. Alpay N, Kıvanç ZE, Ulaşoğlu C. Menopoz dönemindeki kadınlarda hormon profilinin depresif belirtiler ile ilişkisi. *Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013; 26, 171–176.
197. Catalano A, Martino G, Bellone F, Gaudio A, Lasco C, Langher V, Lasco A, Morabito N., Anxiety levels predict fracture risk in postmenopausal women assessed for osteoporosis. *Menopause* 2018; 25(10), 1110-1115
198. Babayiğit, A., Erdem, E. The Relationship between the Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms with Psychological Resilience in the Şanlıurfa Sample during the Covid-19 Period, *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry ve Psychology*, 2023; 5(3), 239-249.
199. Kaya, B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 2007; 10(6), 11–20.
200. Khademian, F., Delavari, S., Koohjani, Z. ve Khademian, Z. An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran. *BMC Public Health*, 2021; 21(1), 1–7
201. Uncu Y, Alper Z, Özdemir H, Bilgel N, Uncu G. The perception of menopause and hormone therapy among women in Turkey. *Climacteric*, 2007; 10(1), 63-71.
202. Morrison L, Sievert L. L, Brown D. E, Rahberg N, Reza A. Relationships between menstrual and menopausal attitudes and associated demographic and health characteristics: The Hilo Women's Health Study. *Women & Health*, 2010; 50(5), 397–413.
203. Pan, L., Li, L., Peng, H., Fan, L., Liao, J., Wang, M., Zhang, Y. Association of depressive symptoms with marital status among the middle-aged and elderly in Rural China–Serial mediating effects of sleep time, pain and life satisfaction. *Journal of Affective Disorders*, 2022; 303, 52–57
204. Prenda, K. M., Lachman, M. E. Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 2001; 16(2), 206–216
205. Şen, G. *Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarında sosyal destek durumu ve tedaviye uyuma etki eden faktörler*. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyon, 2021.
206. Tekir, Ö., Yaşar, Ö., Çevik, C., Dikoğlu, M. ve Özsezer-Kaymak, G. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin depresyon ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018; 8(1), 15–21.
207. Yaşar, Ö., Yıldırım, D., Turhan, S. Primer Dismenore ve Kişilik, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neoteknoloji Tıp Dergisi*, 2020; 17(2), 364-367.

208. Lawlor C. L, Davis A. M. Primary dysmenorrhea: Relationship to personality and attitudes in adolescent females. *Journal of Adolescent Health Care*. 1981; 1(3), 208-212.
209. Yağcı, N., Şimşek, Ş., Şenel, A. Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin tutumları ve psikolojik semptomların rolü: Denizli Örneği, *Turk J. Public Health*, 2022; 20(1), 80-85.
210. Thakur M, Kaur M, Sinha AK. Assessment of menopausal symptoms in different transition phases using the Greene Climacteric Scale among rural women of North India. *Ann Hum Biol*. 2019; 46(1), 46-55.
211. Oskay ÜY, Beji NK, Yalçın O. A study on Urogenital Complaints of Postmenopausal Women Aged 50 and over. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2005; 84 (1), 72-78.
212. Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The Prevalence of and Potential Risk Factors for Female Urinary Incontinence in Beijing, China. *Menopause*, 2008; 15(3), 566-569.
213. Pérez-López FR, Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Monterrosa-Castro A. Urinary Incontinence, Related Factors and Menopause-Related Quality of Life in Mid-Aged Women Assessed with the Cervantes Scale. *Maturitas*, 2012; 73 (4), 369-372.
214. Woods FN, Faan Mitchell SE. Consequences of Incontinence for Women During the Menopausal Transition and Early Postmenopausal: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *The North American Menopause Society*, 2013; 20 (9), 915-921
215. Dinç, A., Özer, N. E. Premenopoz ve Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019; 8(2), 1-9.
216. Özdemir, A., Kavak, F. Menopoz Dönemindeki Kadınların Psikolojik İyi Oluşları İle Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonoloji Tıp Dergisi*, 2021; 18(2), 787-791.
217. Ergin, İ. O. *Menopozal Yakınmalar ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki*, T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

8. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

Sayı : E.Kurul –E2-23-3635 No’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’nde planlanan; Doç. Dr. İrfan ŞENCAN’ın sorumlu araştırmacısı olduğu “Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Depresif Duygu Durumunun, Kişilik Özellikleri ve Menopozal Semptomlarla İlişkisi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

15/03/2023

Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
2 Nolu Etik Kurul Başkanı

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat; 2nolu Etik Kurul: B.Özkan
K.Çetindağ
G.Uzun

Tel: 0 (312) 552 66 00 Dahili:721197-721198

EK-2: ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.04.2023-237459

 T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Göhlane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--237459
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu Kararları

25.04.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Göhlane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 19.04.2023 tarihinde saat 14:00'da Göhlane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 65 (altmış beş) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÖLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına
Spor Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Göhlane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığına
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÖHLANE TIP FAKÜLTESİ
ANADOLU EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
25.04.2023 14:11:19 - E-100000000-214119439


214119439
ANADOLU EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ EVRAK BİLGİSİ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BS05JVE88B* Pin Kodu : 57552 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-cbys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Göhlane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etilik/Keçiören/ANKARA Bilgi için: Levent YILDIRIM
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90 Unvanı: Uzman
Web: <http://sbu.edu.tr>
Kep Adresi: sbu@sbu01.kep.tr

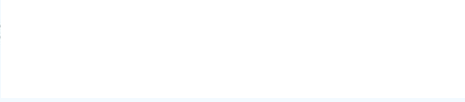


EK-3: ÖLÇEK İZİNLERİ

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Gelen Kutusu

**Bensu Balkesen** 3 Mar

Alicilar: 



Merhabalar Özlem Hocam. Ben Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği'nde Asistan Dr. Bensu Balkesen.Çalışma grubumun menopozal dönemdeki kadın hastalar olduğu tıpta uzmanlık tezimde sizin için de uygunsa Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'ni kullanmak isterim ve ölçeği iletebilirseniz çok sevinirim.

**Özlem** 3 Mar

Alicilar: ben 



Merhaba Bensu,
Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğini çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Kolaylıklar dilerim. Gerekli dosyalar ektedir.
İyi akşamlar.

Doç.Dr. Özlem CAN GÜRKAN
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
İstanbul/ Türkiye

Cervantes Kişilik Ölçeği izin



Gelen Kutusu



Bensu Balkesen 3 Mar



Alıcılar:

Merhabalar Meltem Hocam. Ben Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği'nde Asistan Dr. Bensu Balkesen. Çalışma grubumun menopozal dönemdeki kadın hastalar olduğu tıpta uzmanlık tezimde sizin için de uygunsa Cervantes Kişilik Ölçeği'ni (Türkçe'ye uyarlanmış formunu) kullanmak isterim ve ölçeği iletebilerseniz çok sevinirim.



Meltem Demirgöz Bal 3 Mar



Alıcılar: ben ✓

Doktor Hanım,

Ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçeğe hem doktora tezimden hem de geçerlik ve güvenirlik makalesinden kolaylıkla ulaşabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim.

3 Mar 2023 Cum 15:30 tarihinde Bensu Balkesen
şunu yazdı:

[Alıntılanan metni göster](#)

EK 4: ANKET FORMU

POSTMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA DEPRESİF DUYGU DURUMUN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE MENOPOZAL SEMPTOMLARLA İLİŞKİSİ İSİMLİ ÇALIŞMA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Ankara Şehir Hastanesi Aile hekimliği kliniği tarafından yürütülen “Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Depresif Duygu Durumunun, Kişilik Özellikleri ve Menopozal Semptomlarla İlişkisi” konulu ankete dayalı bir tez çalışmasına davet ediyoruz. Araştırmamızın amacı, postmenopozal dönemdeki kadınların yakınmaları, kişilik özellikleri ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırmaya katılımı kabul ettiğiniz takdirde size doldurmanız için bir anket formu sunulacaktır.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru şıkkı işaretleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla isimsiz olarak kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bizlere çekinmeden danışabilirsiniz.

Çalışmamızda hastalara uygulanacak anket formunda hastaya ait yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, kimle yaşadığı, ailesel destek alıp almadığı sorularını içeren sosyodemografik bilgiler ve menopoza girme yaşını, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olup olmadığını, sorgulayan tıbbi öyküyle ilgili sorular, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Cervantes Kişilik Ölçeği bulunmaktadır ve cevaplanması yaklaşık 30 dakika sürmektedir.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 187 civarındadır. Araştırmaya katılma, bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etme zorunluluğu yoktur. İsteddiğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkınız vardır, bu konuda hiçbir cezai sorumluluğunuz yoktur.

Araştırma süresince ve sonrasında kimliğinizi ortaya çıkaracak bilgiler de dahil verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçları yayınlansa dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllülerin orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunmakla beraber bu bilgiler gizli tutulacak; yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllünün söz konusu erişime izin vermiş olacağı kabul edilecektir. Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstediği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”

Gönüllünün adı / soyadı:

Tarih ve imza

Yardımcı Araştırmacı:

Dr. Bensu BALKESEN

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İLETİŞİM:

ANKET FORMU

Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Depresif Duygu Durumun Kişilik Özellikleri ve Menopozal Semptomlarla İlişkisi

Bu anket formu; Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Depresif Duygu Durumun Kişilik Özellikleri ve Menopozal Semptomlarla İlişkisi yönelik bir çalışma için veri toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Ankete vereceğiniz cevaplar ve elde edilecek veriler yalnızca araştırma amaçlı kullanılacak olup bunun haricinde hiçbir kurumla veya şahısla paylaşılmayacaktır. Çalışmamıza katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Bensu BALKESEN

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN

Doç. Dr. Ömer Hamid YUMUŞAK

Ankete Katılmayı Onaylıyor musunuz?

Evet (...) Hayır (...)

Sosyo-Demografik ve Tıbbi Bilgi Formu

Yaşınız:

Medeni Durumunuz: Evli
Bekar

Sahip olunan çocuk sayısı:

Menopoza girme yaşıınız:.....

Eğitim Durumunuz: Okuryazar değil

İlkokul

Ortaokul

Lise

Yüksekoku

Şuanda aktif olarak bir işte çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz? Yalnız

Ailemle

Diğer

Psikolojik, sosyal ya da fiziksel herhangi bir sorunla karşılaştığınızda yakınlarınızdan destek görüyor musunuz?

Evet

Hayır

Psikiyatrik bir hastalık tanınız var mı, varsa tanınız nedir?

Yok.

Var. Hastalık tanısı:

Beck Depresyon Envanteri

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmamışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

CERVANTES Kişilik Ölçeği

Aşağıda belirtilen maddelerin sizde ne düzeyde olduğunu işaretleyiniz. Azdan çoğa doğru 0 (en az) ile 5 (en çok) arasında puanlandırırsınız.

1)Konuşkan bir insan olduğumu düşünüyorum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Kesinlikle öyleyim
2)Zaman zaman kendimi çok kötü hissediyorum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
3)Bazen bana ait olmayan bir şeyi kaybederim veya bozarım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
4)Çok arkadaşım var.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
5)Söylemediğim ya da yapamadığım şeyler sürekli olarak zihnimi meşgul eder.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
6)Bazen diğer insanlara imrenirim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
7)Kimseyi tanımıyor olsam bile grup içinde/partide iyi zaman geçirebilirim.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
8)Duygu durumum değişiklik gösterir.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
9)Benim hatam olduğunu bile bile başka birisinin benim suçumu üstlenmesine izin veririm	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
10)Biriyle dışarıya çıkmaya her zaman hazırım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
11)Kendimi memnun hissetmek için diğer insanların onayına gereksinim duyarım.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
12)Diğer insanlar ile bir şeyler yapmak yerine her zaman evde vakit geçirmeyi tercih ederim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
13)Çok planlı davranmama karşın bazı şeyler kötü/ters gider.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
14)Bazen dedikodu yaparım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
15)Toplandığımız zaman birileriyle sohbet etmekten hoşlanırım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
16)Bazen öyle gergin oluyorum ki işime devam edemiyorum.	Asla	0	1	2	3	4	5	Sürekli
17)Bazen diğer insanların ne konuştuklarına kulak misafiri oluyorum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
18)Yeni tanıştırıldığım biriyle konuşmayı başlatmakta	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru

zorlanırım.								
19)Kendimi bomboş hissediyorum.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
20)Bazen işlerimi ertesi güne ertelerim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetiniz olmayan yakınmalar için hiç yok seçeneğini işaretleyiniz.

YAKINMALAR	HİÇ YOK	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ	ÇOK ŞİDDETLİ
PUANLAR	0	1	2	3	4
1)Sıcak basması, terlemeler (terleme nöbetleri)					
2)Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3)Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4)Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5) Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6) Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi)					
7) Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8)Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9) İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10)Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11)Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikâyetler)					

9.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı: Bensus

Soyadı: BALKESEN

Yabancı Dil: İngilizce

EĞİTİM VE MESLEKİ BİLGİLER

2007-2011 Eskişehir Fatih Fen Lisesi

2011-2018 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

2018-2019 Sivrihisar Devlet Hastanesi Pratisyen Hekim

2020-2023 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Asistan
Hekim