

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ 40–59 YAŞ ARASI
KADINLARIN SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM
KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. H. İlkay AYDEMİR

EDİRNE- 2007

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımdan dolayı Anabilim dalı başkanı ve tez danışmanım Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Doç. Dr. Zekeriya Aktürk ve Yrd. Doç. Dr. E. Melih Şahin'e, istatistik analizlerdeki yardımlarından dolayı Dr. Necdet Süt'e, TÜTF diğer anabilim dallarındaki hocalarım ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma, tüm aileme ve eşime teşekkür ederim.

Bu çalışma, TÜBAP-797 numaralı proje ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
KADIN SAĞLIĞI	3
REPRODÜKTİF YAŞLANMA	12
MENOPOZUN TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ	13
MENOPOZUN TARİHÇESİ	14
MENOPOZUN DEMOGRAFİSİ	17
MENOPOZDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR	18
MENOPOZDA UZUN DÖNEM HASTALIK RİSKLERİ	27
MENOPOZ VE SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ	33
AİLE HEKİMLİĞİNDE MENOPOZ VE MENOPOZ YÖNETİMİ...	35
GEREÇ VE YÖNTEM	42
BULGULAR	46
TARTIŞMA	101
SONUÇLAR	109
ÖZET	112
SUMMARY	114
KAYNAKLAR	116
EKLER	

KISALTMALAR

CYBE	: Cinsel yolla bulaşan hastalık
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül stimulan hormon
HPV	: Human papilloma virüs
HRT	: Hormon replasman tedavisi
KMY	: Kemik mineral yoğunluğu
KSA	: Kadın sağlığı anketi
KVH	: Kardiyovasküler hastalıklar
LH	: Lüteinizan hormon
RIA	: Rahim içi araç
SED	: Sosyo ekonomik düzey
SF-36	: “Short form 36” Kısa form 36
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USPSTF	: “United States Preventive Services Task Force” Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu
VKİ	: Vücut kitle indeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık, “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için öncelikle sağlıklı nesillere gereksinim vardır, bu da ancak kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden sağlıklı olmasıyla gerçekleşebilir. Kadın sağlığını etkileyen sosyal, kültürel, biyolojik olaylardaki farklılıklar nedeniyle kadına özel sağlık hizmeti sunulması ve stratejiler geliştirilmesi gerekliliği doğmuştur. Çocukluk çağından itibaren kadınlara cinsiyete özgü risklerine yönelik verilecek koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımı, ileri yaşlarda da sağlıklı bir toplumun garantisi olacaktır (1-3).

Orta yaş dönemi kadınlar için, evrensel bir geçiş dönemi olan menopoza, henüz yeterince anlayamamıştır. Menopoza, overlerin foliküler aktivitesinin kaybı ile menstruasyonun kalıcı olarak sona ermesidir. Biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörleri kapsayan karışık bir geçiş olarak da tanımlanmaktadır (4). Fiziksel ve hormonal değişikliklerin yanı sıra duygusal bir geçiş dönemi olan menopoza kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini de etkilemektedir. Değişen hormon düzeyleri ile ortaya çıkmaya başlayan sıcak basması, uyku bozuklukları, yorgunluk, duygu durum değişiklikleri, üriner ve cinsel sorunlar kadınların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler (5).

Menopozda olan kadın sayısı tüm Dünya’da beklenen yaşam süresinin artması ile gün geçtikçe artmaktadır. Dünya genelinde 1990 yılında 50 yaş ve üzerinde 467 milyon kadın bulunmakta iken 2030 yılında bu sayının 1 milyar 200 milyona ulaşması beklenmektedir (4). Türkiye’de menopoza girme yaşı çeşitli çalışmalarda 47–50 arasında bulunmuştur (6-13). Kadınlarda beklenen yaşam süresi ise 71,5 yıldır. Böylece kadınların yaşamlarının yaklaşık

üçte biri menopozda geçmektedir. Beklenen yaşam süresinin giderek uzadığı ve insanların yaşam kalitesi olarak da beklentilerinin arttığı düşünülürse hekimler tarafından perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların ve onların sorunlarının göz ardı edilmesi düşünülemez.

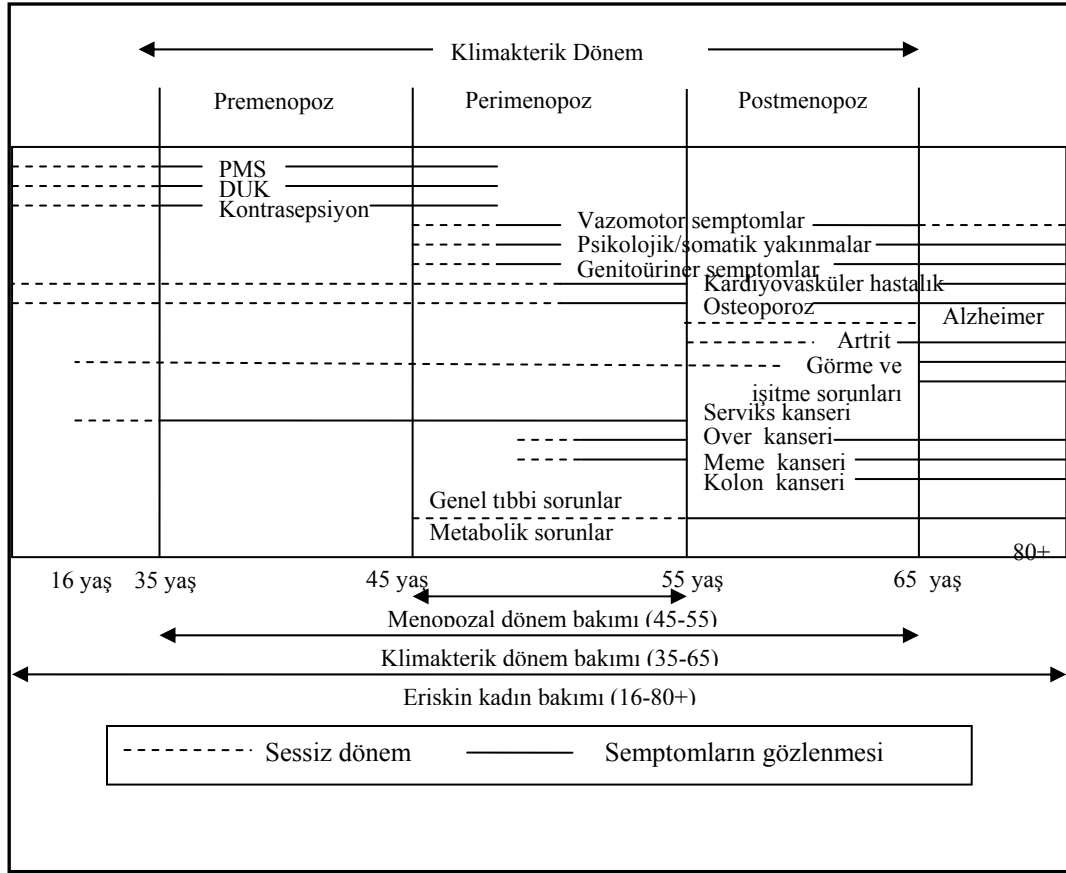
Ülkemizde menopozal dönemdeki kadınlarla ilgili sınırlı sayıda epidemiyolojik çalışma vardır. Bu bağlamda yaptığımız çalışmada Edirne il merkezindeki kadınların menopozal dönem sorunları, beklentileri ve ihtiyaçları hakkında bilgi sahibi olmayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

KADIN SAĞLIĞI

Kadın ve erkeğin biyolojik farklılığı onların farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmalarının da temelini oluşturmaktadır. Kadın fizyolojisine bağlı olarak ortaya çıkan gebelik, doğum, menopoz gibi süreçler ve bu süreçlerin kendine has hastalıkları, sorunları kadın ve erkeğin sağlık gereksinimlerindeki farkların sebepleri olarak sayılabilir. Ayrıca kadınların bazı hastalık ve durumlar için yaşa göre değişken risk grubunda olmaları da kadınlara özgü sağlık sorunlarının ayrıca ele alınması ve özgün yaklaşımlar getirilmesini gerektirir. Yetişkin kadın sağlığında yaklaşım iki temele dayanır. Bunlardan biri kronik hastalıklarla ilişkili olayların çocukluk çağında gelişmeye başlaması, diğeri ise bu hastalıklardan birincil korunma için müdahalelerin menopozdan önce yapılmasının gerekliliğidir (Şekil 1). Yaşa ve topluma göre girişimler farklılık gösterse de hedef sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıktan korunmadır (1). Kadınların beklenen yaşam umudu daha fazladır. Kadınlar daha uzun yaşadıkça, bu daha uzun yaşamın niteliği önem kazanmaktadır. Kadınların erkeklerden daha fazla oranda hastalık ve sakatlık yaşadığı pek çok toplumda mevcut olan bir gerçektir ve bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır. Bu faktörler şöyle açıklanabilir: İlk olarak kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha yüksek morbidite oranlarının bir nedenidir. Sağlığın bozulması her iki cinsiyet için de yaşlanma sürecinin bir parçasıdır. Kadınlar hemen hemen bütün ülkelerde yaşlı nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. İkincisi kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir. Yaşam süreci boyunca hem kadın hem de erkekler cinsiyete özel hastalıklar açısından risk taşımaktadır. Ancak kadının ve erkeğin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde görülür ki, kadınlar üreme sağlığı

sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşarlar ve bu duyarlılık üreme çağında (15-49 yaş) daha da artar. Üçüncüsü ise; kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği “toplumsal cinsiyet” rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını etkileyen olumsuzluklardır. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde “kadın” cinsiyeti yönünden olumsuzlukların boyutu daha da büyüktür (14,15).



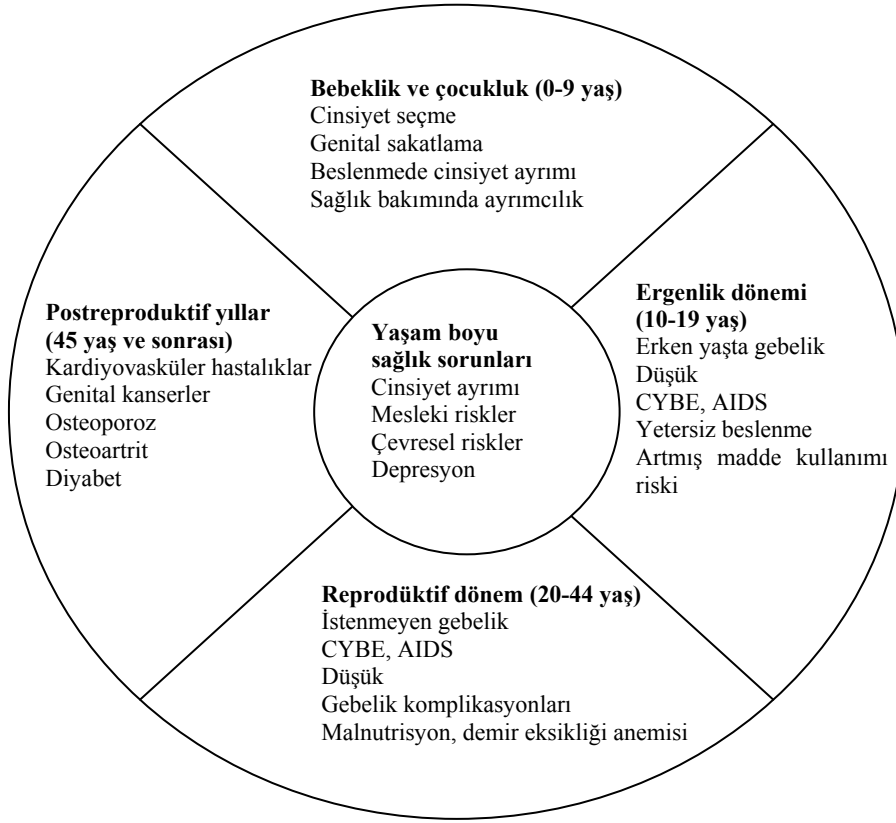
Şekil 1. Kadının yaşam boyu sağlık bakımı ihtiyaçları (1)

PMS: Premenstruel sendrom; DUK: Disfonksiyonel uterin kanama

Kadın sağlığı belirleyicileri

Sağlık durumu biyolojik, sosyal ve kültürel faktörlerle sıkı ilişki içindedir. Bu faktörler kadınları ve erkekleri farklı etkiler. Kadının üreme fonksiyonu, düşük sosyoekonomik statü, korunmasız cinsel ilişki sonucu istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), kadınlara erkeklere göre ek riskler yükler. Biyolojik ve sosyal faktörlerin kadınların sağlığı üzerinde yaşam boyunca birikici bir etkisi vardır. Bu nedenle

kadınlar tüm yaşamları boyunca sağlıklarını bozabilecek nedenler açısından değerlendirilmelidir (Şekil 2). Örneğin çocukluğunda gelişme geriliği olan bir genç kız ilerde doğum öncesi ve sonrasında artmış komplikasyon riski ile karşı karşıyadır (16).



Şekil 2. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların cinsiyeti nedeniyle yaşamları boyunca karşılaştığı riskler (16)

AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome, **CYBE:** Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

1- Biyolojik belirleyiciler: Doğurganlığın yüksek ve temel doğum öncesi bakımın kötü olduğu ülkelerde kadın sağlığı risk altındadır. Sahra altı ülkelerin bazılarında 7-9 kadından biri gebelik ile ilgili nedenlerle ölmektedir. Anemi, malaria ve tüberküloz gibi bazı hastalıklar gebelik sırasında alevlenebilir. Gebelik komplikasyonları uterus prolapsusu gibi kalıcı hasarlara neden olabilir. Biyolojik faktörler nedeniyle kadınlar erkeklerden daha fazla CYBE'ye maruz kalırlar. Kadınlarda CYBE'ler sıklıkla asemptomatik seyreder, bu da tedavinin gecikmesine ve sonuçların daha kötü olmasına yol açar. Örneğin *human papilloma virüs* (HPV) enfeksiyonu kadınlarda erkeklerden daha sık olarak genital kanserle sonuçlanır ve HPV kadınlarda serviks kanserinin en önemli nedenidir. Jinekolojik kanserler (meme kanseri,

serviks kanseri, over kanseri, uterus kanseri) gelişmekte olan ülkelerde kadınlardaki kanserlerin %27'sini oluşturur (16).

2- Sosyoekonomik faktörler: Fakirlik, gelişmekte olan ülkelerde kötü sağlık düzeyinin önemli nedenlerindendir ve kadınlar bundan daha fazla etkilenirler. Kültürel ve sosyoekonomik çevre kadınların beslenmesini, sağlık hizmetlerinden yararlanımlarını, hastalık ve yaralanmaların oluşumunu, sonuçlarını etkiler. Kadının sıklıkla aile içindeki ekonomik değeri ile ilişkili sosyal pozisyonu, kötü beslenme, erken ve sık gebelik kötü sağlık koşullarının devamına neden olur. Dünyanın büyük bir kısmında kadınlar hastalandıklarında ya daha az yada hastalığın daha ileri evrelerinde tedavi alırlar. Kadınların eğitim düzeylerinin düşük, aile kaynaklarını kullanmada ve karar vermede daha az söz hakkına sahip olduğu ülkelerde kadınlar, sağlık sorunlarını tanımda ve çözümda güçlük çekerler. Düşük sosyoekonomik düzeydeki kadınlar daha fazla fiziksel ve cinsel tacize ve mental depresyona maruz kalırlarken cinsel ilişkideki eşitsizlik istenmeyen gebelikler ve CYBE ile sonlanabilir (16). Kadın sağlığı, aile ve toplumdan kaynaklanan psikososyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin durumu gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Tablo 1’de kadın sağlığı belirleyicileri özet olarak görülmektedir (15).

Tablo 1. Kadın sağlığı belirleyicileri (15)

Kadın Sağlığının Belirleyicisi Olan Faktörler	
Ailede ve Toplumda Kadının Yeri: • Eğitim, meslek, gelir, sosyal ve yasal özerklik • Toplumda ailenin yeri • Aile geliri, bulunulan yer, ailedeki diğer bireylerin eğitimi ve meslekleri • Toplam ekonomik düzey • Toplumun mevcut kaynakları Kadının Sağlık Durumu: • Beslenme durumu • Kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon) • Geçmişte gebelik komplikasyonları ile öyküsü • Doğurganlık • Gebelikteki yaşı, gebelik sayısı • Evlilik durumu	Sağlık Hizmetleri ile ilgili faktörler: • Sağlık hizmetlerinin varlığı, hizmetlerin yeri, temel sağlık hizmetlerinin (TSH), aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetler dahil veriliyor olması • Bu hizmetlerin yaygınlığı ve ulaşılabilirliği • TSH, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin niteliği ve kabul edilebilirliği • TSH, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin kullanımı

Sonuçta kadın, bütün bu belirleyici faktörlerin durumuna ve etkileşme derecesine göre, ya sağlıklı olarak yaşamını sürdürecektir ya da akut veya kronik hastalıklar ve bunların sakatlık veya ölüm gibi olumsuz sonuçları ile karşı karşıya gelecektir. Kadınların sağlığının devam ettirilmesi için verilmesi gereken temel hizmetler Tablo 2’de görülmektedir (16).

Tablo 2. Kadın sağlığında temel hizmetler (16)

Kadın sağlığında temel hizmetler	
Temel sağlık hizmetleri	Temel davranış değişiklikleri
İstenmeyen Gebelikler • Aile planlaması • Güvensiz düşüğün ve komplikasyonlarının önlenmesi • Gebeliğin yasa dışı sonlandırılmasının önlenmesi Gebelik Doğum öncesi bakım • Doğum planlaması • Gebelik komplikasyonlarının tespiti ve yönetimi • Tetanoz aşılması • Beslenme; demir, folat gerekirse iyodin desteği • CYBE, malarya, tüberküloz yönetimi ve tedavisi Güvenli doğum • Eğitimli personel tarafından hijyenik şartlarda doğum • Doğum komplikasyonların tespiti, yönetimi tedavisi • Kurumsal doğum hizmeti Doğum sonrası bakım • Enfeksiyon ve kanama kontrolü CYBE ve Jinekolojik Kanserlerin Önlenmesi ve Yönetimi • Kondom kullanımının desteklenmesi ve dağıtımı • Doğum öncesi sifilis taraması ve tedavisi • Semptomatik vaka yönetimi • Seks işçilerinin taranması ve tedavisi • Servikal kanser ve meme kanseri taraması	Olumlu Sağlık Davranışlarının Desteklenmesi • Kadınlara sağlıkları hakkında daha fazla kontrol sahibi olmaları için bilgi ve eğitim verilmesi • Güvenli cinsel ilişki hakkında danışmanlık ve halk eğitimleri • Sağlıklı beslenme için halk eğitimleri ve programları • Kadın sağlığında erkek desteğinin sağlanması • Okullarda üreme fizyolojisi, cinsellik, üreme sağlığı, cinsiyet ilişkileri ile ilgili eğitimler • Bakım kalitesinin kadının gizliliği, saygınlığı ve bilgilendirilmiş seçimleri yönünde iyileştirilmeye çalışılması Kadınlara zarar veren davranışların önlenmesi • Cinsiyet ayrımcılığı, aile içi şiddet, tecavüz, kadın genital mutilasyonunun önlenmesine yönelik eğitimler, kurumlar ve yasalar • Kadın alım-satımının önlenmesi için eğitimler, yasalar ve politik girişimler • Ergen evliliği ve ergen gebeliğinin azaltılmasına yönelik yasalar, eğitimler, hizmetler • Tıbbi teknolojilerin gereksiz ve kötüye kullanımının önlenmesi (endikasyonsuz sezaryen ve epizyotomi uygulanması gibi)

Kadın sağlığında hedef yaş grupları: Kadın sağlığında üç hedef yaş grubundan bahsedilebilir:

1. Birincil yaş grubu: 35-65 yaş

Bu gruptaki kadınlar yaşlanma ve üremeye bağlı değişikliklerin farkındadırlar ve koruyucu girişimleri (mamografi, kemik yoğunluğu ölçümü gibi) yaptırmaya isteklidirler. Aynı zamanda asıl birincil koruma için uygun hedef grup olan 16-35 yaş arası kadınları etkileyebilirler. Otuzbeş-65 yaş grubu kadınlarda sağlık bakımı giderleri orta düzeydedir.

2. İkincil grup: 16-35 yaş

Bu hedef grup birincil korumadan (egzersiz, beslenme, yaşam tarzı düzenlenmesi) en fazla yarar sağlayacaktır. Sağlık bakımı giderleri düşüktür.

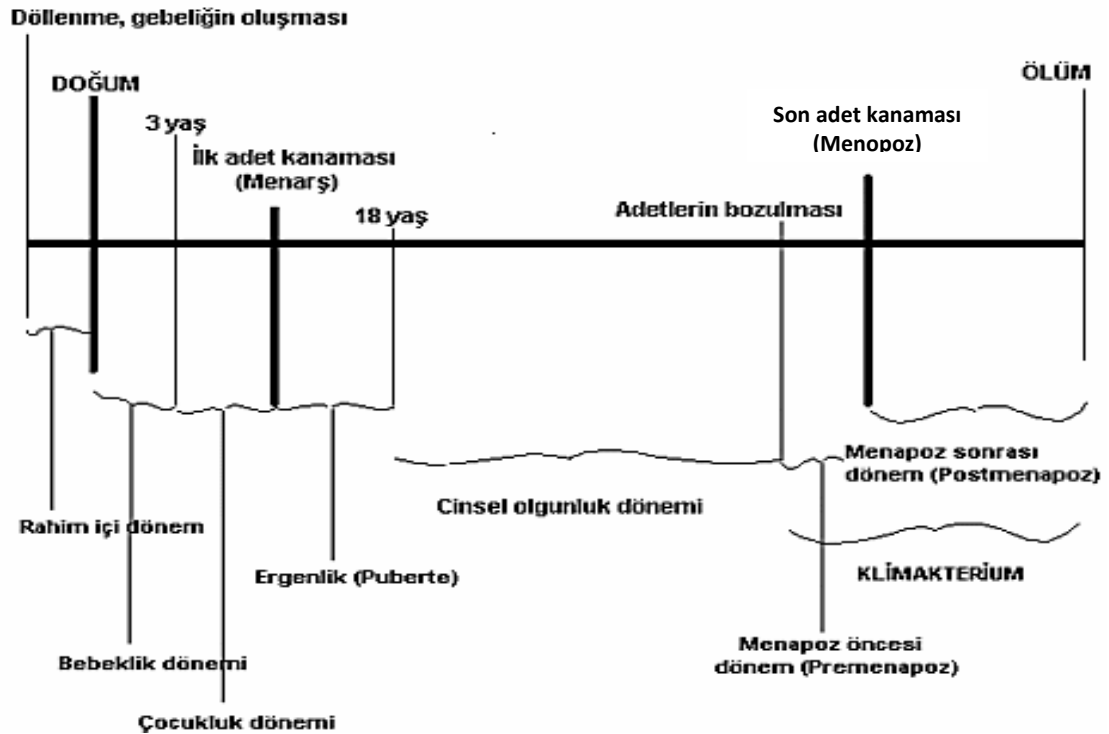
3. Üçüncül yaş grubu: 65 yaş üzeri

Bu grubun bakımı geriyatrik bakımdan ayrı düşünölmelidir. Sağık bakımı tanısıal testler ve tedaviler nedeniyle yüksektir (1).

Her üç yaş grubunun erişkin kadın sağığı bakım basamakları yönetim, klinik değeriendirme ve tedavi basamaklarından oluşur.

1. Yönetim: Beslenme, egzersiz, yaşam tarzı değışiklikleri uyarlanması ve geliştirilmesi için eğitim, pratik uygulamalar yapılması
2. Klinik değeriendirme: Kadının yaşamı boyunca erken tanı için tanısıal testlerin kullanılması ve gerektiğinde tedavi kararında ve sürecinde yardımcı olunması
3. Tedavi: Hormonal ve hastalığa özgü tedavilerden biyolojik, patolojik ve farmakolojik prensiplere, kanıta dayalı tıbbıa uygun olarak faydalanılması (1).

Kadınların toplum nüfusunun büyük bir çoğunluğunu oluşturduğu; birey, aile ve toplum sağlığını doğrudan etkilediğı göz önüne alındığında kadın sağığının korunması, sürdürölmesi ve geliştirilmesi önemlidir. Kadın yaşamı sınırları kesin olmamakla beraber bebeklik, çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakterium-menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş evreye ayrılabilir (Şekil 3) (17).



Şekil 3. Kadın yaşamı dönemleri (17)

Menopoz ve yaşlılık döneminde kadının sağlık sorunları menopoza bağlı sorunlar ile yaşlanma sürecine bağlı sorunlar şeklinde incelenebilir (Tablo 3). Menopoz ve sonrası dönem fizyolojik değişikliklerle birlikte kadının orta yaş dönemiyle paralellik göstermesi, kültürel özelliklere göre farklı tepkilerin olması nedeniyle çok yönlü değerlendirilmesi gereken bir dönemdir (18).

Tablo 3. Yaşlanan kadında görülen yakınmalar

Menopoza bağlı yakınmalar	Yaşlılığa bağlı yakınmalar
Anormal kanama	Kalp damar hastalıkları
Duygudurum değişiklikleri	Hipertansiyon
Menopoz ve yaşlanma ile ilgili endişeler	Koroner kalp hastalığı
Depresyon	Konjestif kalp yetmezliği
Vazomotor yakınmalar	Kanserler
Sıcak basması	Kas iskelet hastalıkları
Gece terlemeleri	Osteoporoz
Uyku bozuklukları	Osteoartrit
Jinekolojik kanserler	Dejeneratif kemik ve eklem hastalıkları
Serviks kanseri	Duyu organları hastalıkları
Endometriyum kanseri	Katarakt
Meme kanseri	Glokom
Over kanseri	Maküler dejenerasyon
Genitoüriner sistem yakınmaları	İşitme problemleri
Vajinal kuruluk	Beyin ve sinir sistemi hastalıkları
Üriner inkontinans	Serebrovasküler hastalıklar
Cinsel işlev bozuklukları	Parkinson hastalığı
Somatik yakınmalar	Demans
Yaşam kalitesinde azalma	Diyabetes mellitus
Osteoporoz	Kronik akciğer hastalıkları
Kardiyovasküler risk artışı	İdrar inkontinansı

Toplumda yaşlı nüfustaki ve sağlık giderlerindeki hızlı artış önleyici bakımı sadece zengin ülkelere özgü bir lüks olarak görülmekten çıkaracaktır. Erken ergenlik döneminde yüksek standartta uygulanan önleyici bakım (sağlıklı yaşam tarzı, uygun testler), orta ve ileri yaştaki tanı ve tedavi masraflarını azaltacaktır. Fonksiyonel sağlık eşiğinde sağlanacak artış

premenopozal ve yaşlı kadınların daha iyi, uzun ve aktif bir yaşam sürme umutlarını arttıracaktır (12).

Yetişkin kadınlarda periyodik sağlık muayeneleri

Genişleyen koruyucu hekimlik yelpazesi ve bazı uygulamaların yüksek maliyeti dikkate alındığında, koruyucu hekimliğin ekonomik boyutu önem kazanmaktadır. Ülkemizde bu tip çalışmalar kısıtlı olup, değinilen önerilerin çoğu, yurt dışı veriler ışında yabancı kuruluşların önerileridir. Koruyucu hekimlik uygulamalarında kanıta dayalı, bağımsız ve tarafsız önerilerde bulunan kuruluşların başında “United States Preventive Services Task Force” (USPSTF) ve “Canadian Task Force on Preventive Health Care” (CTFPHC) sayılabilir (19). Bu kuruluşlar tarafından kanıt düzeyleri verilerek önerileri uygulama kararı hekimlere bırakılmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 2005 yılı kanıt düzeyleri (20)

Kanıt düzeyi	Açıklama
A	USPSTF klinisyenin bu hizmeti uygun hastalara sağlamasını şiddetle önerir. Bu hizmetin önemli sağlık göstergelerini iyileştirdiğine dair iyi kanıtlar bulunmuştur ve yararının zararlarına bariz ağır bastığına karar vermiştir.
B	USPSTF klinisyenin bu hizmeti uygun hastalara sağlamasını önerir. Bu hizmetin önemli sağlık göstergelerini iyileştirdiğine dair en azından bazı deliller bulunmuştur ve yararının zararından fazla olduğuna karar vermiştir.
C	USPSTF bu hizmetin rutin sağlanmasını lehinde ve aleyhinde öneride bulunmaz. Bu hizmetin önemli sağlık göstergelerini iyileştirdiğine dair en azından bazı deliller bulunmuştur ancak yarar ve zarar dengesinin genel bir öneriyi makul gösteremeyeceğine karar vermiştir.
D	USPSTF bu hizmetin asemptomatik bireylere rutin olarak sağlanması aleyhinde öneride bulunur. Bu hizmetin etkisiz olduğuna yada zararlarının yararından fazla olduğuna dair en azından bazı deliller bulunmuştur.
I	USPSTF kanıtların hizmetin rutin sağlanması lehinde veya aleyhinde öneride bulunmaya yetersiz olduğuna karar vermiştir. Hizmet hakkında deliller eksik, kötü kalite yada sonuçları çelişkilidir ve yarar zarar dengesi belirlenemez.

Diyet: Hiperlipidemi, kardiyovasküler ve kronik hastalıklara bağlı diğer bilinen risk faktörleri taşıyan yetişkin hastalara, yoğun olarak diyet hakkında öneri verilmelidir. Genelde öneri veren birinci basamak klinisyeni olabileceği gibi, beslenme uzmanı yada diyetisyen de olabilir (Kanıt B).

Obezite: Bütün yetişkin hastalar taranmalıdır. Obez yetişkinlere yoğun olarak kilo vermesi için davranışsal öneri ve müdahalelerde bulunmalıdır (Kanıt B).

Sigara: Halen tütün ve tütün ürünlerini içenler ve önceden içmiş olanlara, her görüşmede danışmanlık verilmelidir (Kanıt A). Birinci basamak hekimlerince verilen tarama, danışmanlık ve farmakoterapi, sigarayı bırakan kişi oranını arttırmaktadır.

Fiziksel aktivite: USPSTF hastalara birinci basamakta fiziksel aktivite önermenin yetişkinlerin fiziksel aktivite davranışlarını iyileştirdiği hakkındaki kanıtların yetersiz olduğunu belirtir (Kanıt I).

Alkol kullanımı: USPSTF yetişkinlerin alkol kullanımı açısından taranmasını ve davranışsal önerilerde bulunulmasını tavsiye eder (Kanıt B)

Postmenopozal osteoporoz: Rutin olarak 65 yaş ve üstü kadınların taranması önerilmektedir. Rutin taramanın osteoporozla ilgili kırıkların oluşma riskinin arttığı 60 yaş üzerindeki kadınlarda başlatılmasını önermektedirler (Kanıt B). USPSTF 60 yaş altında olan ve osteoporoz için artmış risk bulunmayan kadınlarda rutin osteoporoz taraması yapılması yada yapılmaması konusunda bir önerisi yoktur (Kanıt C).

Hormon replasman tedavisi (HRT): Postmenopozal kadında kombine östrojen ve progesteronun yada histerektomili postmenopozal kadında tek başına kullanılan östrojenin, kronik hastalıklarda primer koruma amacıyla kullanılması uygun değildir (Kanıt D).

Meme Kanseri: Kırk yaş ve üstündeki bayanların 1-2 yılda bir kez klinik muayenesi olsun veya olmasın mamografi ile taranması önerilir (Kanıt B). Kendi kendine meme muayenesinin öğretilmesi ve rutin uygulanması konusunda kanıtlar yetersizdir (Kanıt I).

Serviks kanseri: Cinsel olarak aktif ve serviksi olan kadınlar taranmalıdır (Kanıt A). USPSTF 65 yaş üstündeki kadınların eğer son pap-smear sonuçları normalse, rutin serviks kanser taramasına gerek olmadığını söylemektedir (Kanıt D). Tam histerektomi geçirmiş kadınların rutin smear taramasına gerek yoktur (Kanıt D).

Kolorektal kanser: Elli yaş ve üstündeki yetişkinlerin taranması önerilir. Rutin gaitada gizli kan bakılmasının kolorektal kanser mortalitesini azalttığına dair iyi kanıtlar vardır (Kanıt A).

Koroner kalp hastalığı: Riski düşük olan kişilerde, rutin olarak; elektrokardiyografi (EKG), egzersiz treadmill test (ETT), veya “electron-beam computerized tomography” (EBCT) ile taranmasına karşındır (Kanıt D) (20).

REPRODÜKTİF YAŞLANMA

İntrauterin hayatın 20. haftasında kadının reproduktif çağına geldiğinde üremek için kullanacağı germ hücreleri overlerinde oluşmuştur. Bu dönemde bu hücrelerin sayısı 6-7 milyon civarındadır. Doğumda 2 milyon kadar primordiyal folikül vardır. Reprodüktif çağa gelene kadar folikül sayısı sürekli azalır. Reprodüktif çağda ise yaklaşık 400000 folikül kalır. Bir kadın bu foliküllerden ancak 400 tanesini ovulasyon amaçlı kullanır. Ovulasyon hipotalamustan belli dalgalanmalarla salgılanan gonodotropin relasing hormon aracılığı ile hipofize gelen emirlerle idare edilmektedir (4,21).

Hipofizden salınan folikül stimulan hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) ile overlerde bulunan primordiyal foliküllerin 60-70 tanesi dominant olmaya niyetlenir. Ancak genelde bir siklusta bunlardan ancak bir tanesi graf folikülüne dönüşür ve ovulasyonu sağlar. Ovulasyon olan foliküller korpus luteum haline gelirken harekete geçmiş ancak dominant olamamış foliküller de atreziye uğrar. FSH ve LH etkisiyle, overin ovulasyon sırasında ürettiği östradiol, progesteron ve inhibin B “feed-back” mekanizması ile siklus boyunca artıp azalarak fonksiyonları düzenler. Menopozda olduğu gibi bu “feed back” mekanizması işlemezse düzensiz FSH, LH sekresyonu olur. Menopoza giren kadınlarda FSH reproduktif çağa göre 10-15 kat, LH ise 3-5 kat artar (4,21,22).

Reproduktif yaşlanma doğumda başlayan ve devam eden bir doğal bir süreçtir. Bu sürecin sonu olan menopozu tanımlamak başlangıcı tanımlamaktan daha kolaydır. Kronolojik yaş reproduktif yaşlanma için zayıf bir göstergedir. Reprodüktif yaşlanmanın bulgu ve belirtileri ırk, etnik köken, kültür, coğrafi bölge ve sosyoekonomik durumdan etkilenir. Bu nedenle doğal yolla menopozda giren tüm kadınlar için STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop-Reproduktif Yaşlanma Evreleme Çalışma Grubu) bir evreleme sistemi geliştirmiştir (Şekil 4) (23).

Bu evreleme sisteminde ovarian hormon salınımında tama yakın bir azalmayı gösteren son menstruasyon referans noktası olarak kabul edilir. Menopozal geçiş Evre -2 (erken) ve Evre -1 (geç) menstruel siklus değişiklikleri ve hormonal değişikliklerle karakterizedir. Menopozal geçiş FSH seviyesinde yükselme ve siklus uzunluğunda değişikliklerle başlar, son menstruel siklus ile sona erer. Perimenopoz Evre -2 ile başlar son adetten sonraki onikinci

ayda sona erer. Evre +1 (erken) ve Evre +2 (geç) postmenopozal dönemdir. Erken postmenopoz son adetten sonraki 5 yılı kapsar. Bu dönemde over hormon fonksiyonlarında daha ileri bir kayıp ve kemik yoğunluğunda hızlı azalma olur. Evre +1 son adetten sonraki ilk oniki ay ve sonraki dört yıl olmak üzere ikiye bölünür. Evre +2 geç postmenopozal dönem ölüme kadar olan süredir (23,24).

Son menstrüel periyot							
0							
EVRELER	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
Terminoloji	Üreme Çağı			Menopozal Geçiş		Postmenopozal Dönem	
	Erken	Orta	Geç	Erken	Geç	Erken	Geç
				Perimenopoz			
Süre	Değişken			Değişken		1 yıl	4 yıl Ölüme Dek
Menstrüel siklus	Değişken veya Düzenli	Düzenli		Değişken siklus uzunluğu (>7 gün-normal)	2'den fazla atlanmış siklus (≥60 gün)	12 ay amenore	Amenore
Endokrin	Normal FSH		↑ FSH	↑ FSH		↑ FSH	

Şekil 4. STRAW Evreleme Sistemi (23)

MENOPOZUN TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ

Menopoz DSÖ'nün önerdiği ve yaygın olarak kabul edilen ifadesi ile overlerin foliküler aktivitesinin kaybı sonucu adetlerin kalıcı olarak sonlanmasıdır. Menopoz son adet kanamasıdır, yani bir zaman diliminden çok bir olaydır. Adetlerin oniki ay boyunca olmaması olarak tanımlandığı için ancak geriye dönük olarak konulabilecek bir tanıdır. Bu süre içinde veya önceden tespit edilmesinde kullanılabilecek bir biyolojik belirteç yoktur. Menopoz tanısı kan testleri ile konulan bir tanı değildir, çünkü adetler tam olarak kesilmediği sürece FSH, LH ve östradiol seviyeleri çok değişkendir ve kadınların yakınmaları da çoğu zaman hormon seviyeleri ile korelasyon göstermez (4,25,26).

Perimenopoz menopozun endokrinolojik, biyolojik ve klinik özelliklerinin yaklaştığı zaman olan, son adetten hemen öncesi ve sonraki bir yıllık süredir (4). Klimakteriyum

sözcüğü eski Yunanca “merdiven” anlamına gelen sözcükten türemiştir ve reproduktif dönemden postmenopozal döneme kadar geçen süreyi belirler. Klimakteriyum kavramı içine perimenopozal geçiş yılları, menopoz ve postmenopozal yıllar girmektedir (25). Menopozal geçiş son adetten önce, genellikle adet düzenindeki değişikliklerin arttığı süreci ifade eder. Herhangi başka bir patolojik veya fizyolojik neden olmaksızın adetlerin kalıcı olarak kesilmesi doğal menopoz olarak adlandırılır. Cerrahi menopoz, her iki overin, beraberinde uterusun alınmış olup olmamasına bakılmaksızın cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Cerrahi olarak her iki overin çıkarılması yada iyatrojenik olarak (radyoterapi veya kemoterapi ile) over fonksiyonlarının ablasyonu indüklenmiş menopoz olarak tanımlanır. Postmenopoz oluş biçimine bakılmaksızın, son adet periyodundan sonraki yaşam dönemini kapsar. Erken menopoz, menopoz yaşının referans popülasyonun menopoz yaş ortalamasından iki standart sapma daha küçük yaşta olmasıdır (4).

MENOPOZUN TARİHÇESİ

Kadınların 50 yaş civarında menopoza girdikleri ilk olarak M.Ö. 322’de Aristo’nun “*Historia Animalium*” kitabında kaydedilmiştir. Tarihi süreç içerisinde bu döneme, “kritik zamanlar-kadınların cehennemi-gizli hastalık-zehrin vücuttan atılamaması” gibi adlar verilmiştir. Hipokrat kadınlardaki menopoz sıkıntılarının (sıkıntı, baş ağrısı, çarpıntı) belli bir yaştan sonra doğum organının yer değiştirmesi sonucu kalbine ve kafasına yaptığı baskılar sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Menopozda kadının yaşamındaki son dönem olduğuna inanılır, doğurganlığını yitiren kadının cinsellikten uzaklaştığı ve sık sık hastalandığı düşünülürdü. Rönesans’tan sonra bilimsel olarak tıp gelişmeye başlamıştır. Tıbbın pozitif bilimsel olay olarak nitelenmeye başlaması ise 17-18. yüzyıllara rastlamaktadır. İlk defa Forthergill İngiltere’de 1776’da “*Medical Observations and Inquiries*” adlı dergide kadında yaşanınca ortaya çıkan adetten kesilmeyi ele almış ve çözümünü değerlendirme açısından tartışmaya açmıştır. Ancak 19. yüzyılda modern tıp açısından en çok Fransız tıp araştırmacıları menopoza fizyolojik de olsa bir olay olarak nitelemişler ve ilk defa bu ülkede incelemeler başlamış, menopozun oluşu hakkında teoriler ileri sürülmüştür. Menopoz; bir terim olarak ay ve kesilme anlamına gelen “men” ve “pause” kelimelerinden türetilmiş olup ilk kez 1816’da Fransız doktor de Gardanne tarafından “menespausie” olarak kullanılmıştır. Gardanne menopoza çeşitli yönleri ile ele almış, bu konudaki gözlemleri bir kitapta toplamıştır. Gardanne’in yayınlarına göre o dönem Avrupa’sında dahi menopoz sadece adet kesilmesi olarak yorumlanmakta idi (27,28).

Menopozda olan değişikler kadınlarca çeşitli devrelerde farklı hissedilmesi dolayısıyla bu devrelere Eski Yunanca'da merdiven anlama gelen *klimakteryum* adı verilmiştir. Bu deyim Avrupa'da hem kadın hem erkekler için 18. yüzyılda kullanılmaya başlamıştı. O devirde erkeklerin de belli bir yaşta klimakteryum sürecine girdiğı kabul edilmiştir. Ancak yine o devirlerdeki bilgiye göre kadında klimakteryumun başlaması demek, Fransız araştırmacılarına göre, kadının kritik bir yaşa girdiğinin kabulü anlamına gelmekteydi. İngiliz tıbbında ise kadının artık bir nevi değişme çağına girdiğini ifade etmek için klimakteryum deyimini kullanıldığını görmekteyiz. Ancak diğeri bir gerçek de şudur ki 1840 yılına kadar overlerle menstruasyon arasındaki fonksiyonel ilişki bilinmemekteydi (28,29).

Negrier d'Angers 1840 yılında overdeki follikül ile menstruasyon kanamasının ilişkisini gözlemiş ve yayınlamıştır. Tilt 1857'de İngiltere'de ilk defa 500 klimakterik kadını gözlemlemiş, bu kadınların sıkıntılarının ciddiyetini ortaya koyarak onların rahat etmeleri için sedatif verilmesini önermiştir. Aksi takdirde o devirde menopozun sıkıntılarını gidermek için kadınların alkol aldıklarını, sonuçta bu durumun onlarda alkol alışkanlığı yaptığını ileri sürmüştür. Ayrıca Tilt menopozdaki kadınların çevreden gelen olumsuz etkilere karşı hassas olduklarını da gözlemiştir. Bu sonuçlara göre menopozdaki atılmayan pis maddeler içeren kanın menopoz sıkıntılarını neden olduğuna dair teoriye itiraz etmiş, bu devirde asıl nedenin nörolojik değişiklikler olduğunu asıl nörolojik değişikliğin temelinde değişen overin nörolojik fonksiyonunun yattığını ileri sürmüştür (28,29).

Fraenkel Almanya'da 1903 yılında perimenopoz ve menopozda over fonksiyonunun bozulması sonucu ortaya çıkan östrojen azalmasına bağılı olayları tanımlamıştır (ateş basması, santral sinir sistemi belirtileri, depresyon, halsizlik, vaginal atrofi, vb.). Tavşanlarda yaptığı deneylerde korpus luteum ekstrelerini bu hayvanlara verdiğinde başarı elde etmiş aynı şekilde inek, koyun veya domuzlardan elde ettiğı ekstreleri kadınlara verdiğinde şikâyetlerin ortadan kaybolduğunu ileri sürmüştür. Ailen ve Doisy 1923 yılında JAMA'da ilk defa yayınladıkları çalışmada, sağlıklı dişi farelerde foliküllerden elde ettikleri ve adına folikülün dedikleri sıvının kastre dişi farelere verildiğinde onlarda österus (üreme için hazır hale gelme) meydana getirdiğini bildirdiler. Östrojen kelimesi, hayvanlarda österus halini meydana getirmesinden esinlenerek tıp diline östrojen ismiyle girmiştir. Ailen ve Doisy'nin buluşundan sonra yumurtalıklarla ilgili olmayan birçok menopoz teorisi terk edilip overlerle ilgili teoriler ileriye sürülmeye başlanmıştır. Bu durum menopozu açıklayan yeni teorilerin ortaya atılmasına neden olmuştur. Ailen ve Doisy'nin farelerde over hormonu bulmasından hemen sonra üç yıl içinde yapılan araştırmalar östrojen denen maddeyi saflaştırmaya yetmiş, kısa bir süre sonra

1926 yılında ticari östrojen preparatı piyasaya çıkmıştır. Bu başarı Zondek, Laqueur ve ark. çalışması ile mümkün olmuştur. Gebe kadınların idrarından 1929 yılında elde edilen östrojen hormonu doğrudan hormon replasman tedavisi amacı için olmasa bile adet görmeyen bazı hastalarda onları rahatlatmak amacı ile kullanılmaya başlanmıştır. Östronun kimyasal yapısı 1932 yılında bulunmuştur. Gene aynı yıl hala kullanılmakta olan kısrağ idrarından ekuilin, ekuilenin ve diğer östrojenler izole edilmiştir (konjüge östrojen). Östradiol bir anlamda sentetik olarak da östronun reduksiyonu ile yine bu yıllarda elde edilmiştir (29).

İlk defa 1936 yılında Albright menopozda kanda azalan östrojen değerine bağlı olarak gonodotropinlerin yükseldiğini yayınlamıştır. Inholffen, 1936 yılında etinil östradiolün sentezini yapmıştır. Menopozda HRT amaçlı konjüge östrojenler önce İngiltere, Almanya ve Fransa'da kullanılmaya başlandı. ABD'de ise menopozda HRT amacı ile östrojen kullanılması izni 1942 yılında çıkmıştır. 1960 yılında Robert Wilson menopozu östrojen eksikliğine bağlı bir hastalık olarak nitelemiş ve kadının kalan yaşamını giderek çürüten bir canlı gibi geçireceğini söylemiştir. Kısa süre içinde bu görüş o kadar yaygınlaşır ki östrojen 1970-1980 yılları arasında dünyada en çok kullanılan beş ilaçtan biri haline gelmiştir (28,29).

Avrupa'da menopoz konusundaki ilk küçük çapta tıbbi toplantı 1971'de Cenevre'de yapılmıştır. Toplantıyı uluslararası sağlık vakfı düzenlemiştir. Menopoz konusundaki ilk uluslararası kongre Fransa'da La Grande Motte'de Haziran 1976'da toplanmıştır . Başkanları P.A. Van Keep, R.B. Greenblatt ve M. Albeaux-Fernit'dir. Bu kongrede menopoz konusunda bütün dünyada klinik araştırmalar yapan 165 kişi bir araya gelmiş ve konuyu sistematik ve bir uluslararası standarda getirme tartışması yapmışlardır. Menopoz konusunda ikinci uluslararası kongre Kudüs'te (İsrail, 1978) toplanmıştır. Başkanlar P.A. van Keep, D.M. Serr ve R.B. Greenblatt'tır. Avrupa Menopoz Derneği ise 1990 yılında kurulup ilk toplantısını 1990 yılında Nice (Fransa) şehrinde yapmıştır. Ülkemizde ilk defa 1986 yılında Jinekolojik Endokrinoloji Derneği kurulmuştur. Kurulan bu derneğin amacı jinekolojik endokrinoloji konusunda hekimlere mezuniyet sonrası eğitim konusunda kongre ve toplantı tertip etmek ve organizasyonlar yapmaktır. Bu amaçla ilk kongre 1987'de yapılmıştır. Türkiye'de, menopoz ve hormon replasman tedavisi ilk kez bu kongrede konuşulmuş ve tartışılmıştır. Konuya ilgi duyan doktorlar 1992 yılında bir araya gelerek, Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği'ni kurmuştur ve adı "Menopoz" olan ilk kongre I. Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Sempozyumu adıyla 22-24 Eylül 1993 tarihinde yapılmıştır (28).

MENOPOZUN DEMOGRAFİSİ

Menopozal ve postmenopozal kadınların sağlık ihtiyaçları daha genç olan kadınlardan ve aynı yaş grubundaki erkeklerden farklılık gösterir. İhtiyaçlardaki bu farklılık sağlık hizmetleri planlanması ve düzenlenmesinde dikkate alınmalıdır. Postmenopozal popülasyonun büyüklüğünün genel nüfusa oranı ve oranın artış hızı, bu yaş grubunun sağlık ihtiyaçları düşünüldüğünde, menopoza verilen önem ülkeden ülkeye farklılık gösterir (30). 1990 yılında tüm dünyada 50 yaş ve üzeri yaklaşık 467 milyon kadın olduğu tahmin edilmektedir ve bu sayının artarak 2030'da 1 milyar 200 milyon'a ulaşacağı öngörülmektedir. Yine 1990 yılında postmenopozal kadınların %40'ı gelişmiş ülkelerde, %60'ı gelişmekte olan ülkelere yaşarken, 2030'da gelişmiş ülkelere yaşayan kadın oranının %24'e düşmesi, gelişmekte olan ülkelere yaşayan kadın oranının ise %76'ya çıkması beklenmektedir (4). Türkiye'de yaşam kalitesi ile ilgili göstergelerden biri olan doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlar için artmakla birlikte, her iki cinsiyetin de eşit hizmet aldığı gelişmiş ülkelere düşüktür. Ülkemiz için doğuştan beklenen yaşam süresi 2003 yılı için kadınlarda 71, erkeklerde 66,4 yıldır (31).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında bazı farklılıklar olmakla beraber ortalama doğal menopoza yaşı yaklaşık 50'dir (4,32). Türkiye'de menopoza girme yaşı çeşitli çalışmalarda ortalama 47-50 arasında bulunmuştur (6,8-13,33). Menopoz yaşını hangi faktörlerin etkilediği sık araştırılan konulardan biridir. Pek çok faktörün menopoz yaşını etkilediği ileri sürülse de bu konuda fikir birliği sağlanamamıştır (Tablo 5). Menopoz yaşı göz önüne alındığında kadınların yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedirler. Türkiye'de yapılan 2000 yılı nüfus sayımına göre 45 yaş ve üzeri kadın nüfusu 7.135.513'dür (34). Yani ülkemizde yaklaşık 7 milyon kişi menopozal dönem semptomları yaşamakta yada postmenopozal dönem değişikliklerden etkilenmektedir.

Menopozal geçiş, östrojen seviyelerinde azalma, bunun sonucunda FSH ve LH düzeylerinde artış, sonuçta progesteron düzeylerinde azalmayla beraber adetlerin kalıcı olarak kesilmesiyle sonlanan hormonal dengelerde keskin değişikliklerin olduğu bir dönemdir. İki-üç yıl gibi bir sürede gerçekleşen tüm bu hormonal değişiklikler menopozla ilgili mortalitede kısa ve uzun dönem etkilere yol açar. Mortalitede en fazla etkili olan hastalık grubu ise kanserler ve kardiyovasküler hastalıklardır.

Yapılan çalışmalar, azalan östrojen seviyesi nedeniyle postmenopozal dönemde kadınlarda koroner kalp hastalığı riskinin arttığını göstermektedir. Erken menopoza yaşı, tüm nedenlere bağlı ölüm riskini arttırırken, geç menopoza yaşı ise artmış meme kanseri ve

endometriyum kanseri ile ilişkilendirilmiştir (35). Türkiye’de 15-59 yaş arası kadınlarda iskemik kalp hastalıkları (%18,7) ve serebrovasküler hastalıklar (%9,7) en sık iki ölüm nedenidir (36). Kadınların ortalama yaşam sürelerinin artması, hayatlarının %30-40’ını bu hormonların koruyucu etkisinden yoksun geçirmelerine dolayısıyla kardiyovasküler olaylara maruz kalma risklerinin artmasına yol açmaktadır (37).

Tablo 5. Menopoz yaşını etkilediği ileri sürülen faktörler

Menopoz yaşını etkilediği ileri sürülen faktörler
Menarş yaşı
Doğum sayısı
Çalışma hayatı olma
Sosyoekonomik durum.
Doğum kontrol hapı kullanımı
Sigara
Yüksek rakımda yaşama
Beslenme alışkanlıkları

Sonuç olarak 1990’lı yıllarda tüm dünyada 467 milyon civarında olan postmenopozal kadın sayısının sonraki 40 yıl içinde 1 milyar 200 milyon’a çıkması beklenmektedir. Bu artışın daha çok gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Yaşa özel mortalite hızları ve farklı yaşlarda kadın-erkek mortalite hızı oranları menopozun kadın sağlığı üzerindeki bazı etkilerine dikkat çekebilir. Bu etkilerin çoğu hormonal değişikliklerden etkilenen dolaşım sistemi hastalıkları ve kanserler üzerinedir (4).

MENOPOZDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

Menopoz birçok bedensel ve ruhsal değişikliği beraberinde getiren bir dönemdir. Bunlar arasında vazomotor ve kardiyovasküler belirtiler (sıcak basmaları, gece terlemeleri, aritmi, ağrı ve çarpıntı), gastrointestinal değişiklikler (kabızlık, spazm, distansiyon, dispepsi), lokomotor sistem sorunları (osteoporoz, kas ağrısı, eklem ağrısı, hareket esnekliğinde azalma, kemik kırıkları), oftalmik değişiklikler (gözde kuruma), cinsel organlarda atrofik değişiklikler (vajinal kuruluk, vulvovajinal kaşıntı, dizüri, pollaküri, stres inkontinansı, vajinal akıntı), cilt değişiklikleri (cildin hidrasyonunun azalması ve kırılganlığı, elastikiyet kaybı) ve nöropsişik belirtiler (unutkanlık, baş ağrısı) gibi belirtiler bulunmaktadır. Anksiyete, depresyon,

duygulanımda labilite, uykusuzluk, iritabilite, cinsel istek azalması sık görülen psikiyatrik belirtilerdir (Tablo 6). Bu belirtilerin varlığı, klimakterik dönemin daha sıkıntı verici biçimde yaşanmasına yol açabilmektedir (38,39). Overlerden inhibin salınımının azalması, östrojenin negatif geriye dönük etkisinin kalkması ile hipofizden FSH ve LH salınımı artar. Artan LH salınımı ile overlerden androjen salınımı devam eder. Postmenopozal dönemde adrenal ve over kaynaklı androjenlerin (özellikle androstenodion'un) periferar aromatizasyonu ile östrojene dönüşümü kısmi olarak menopoz semptomlarını baskılayabilir. Bu dönüşüm miktarı kadının menopozal semptomlar dolayısı ile tedavi ihtiyacı olup olmayacağının da belirler (40).

Tablo 6. Menopoza bağlı kısa ve uzun dönem klinik etkiler (40)

1. Östrojen eksikliğinin kısa dönem etkileri

- Vazomotor semptomlar
- Uyku bozuklukları
- Duygudurum değişiklikleri
- Vajinal kuruluk, dispareni
- Seksüel disfonksiyon
- Üriner inkontinans
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Anormal vajinal kanama
- Somatik semptomlar
- Hayat kalitesinde değişiklik

2. Östrojen eksikliğinin uzun dönem etkileri

- Osteoporoz
- Kardiyovasküler hastalık
- Demans

Adet düzensizlikleri

Menopozal geçiş genellikle kadının adet siklusunda değişikliklerle başlar. Bu değişiklikler miktar, sıklık veya her ikisinde birlikte olabilir. Adet düzensizlikleri hormonal değişikliklerin bir sonucudur. Menopozdan yaklaşık 4 yıl önce adet düzensizlikleri başlar. En

sık görülen iki adet arasındaki sürenin uzaması ve miktarın azalmasıdır. Anovulasyon en sık neden olsa da perimenopozal hastalarda anormal kanama durumunda gebelik her zaman düşünülmelidir. Bazı kadınlarda ise daha sık ve kanamanın daha fazla olduğu sikluslar görülebilir. Bu ovulasyon olsun olmasın devam eden foliküler östrojen sentezinin göstergesidir. Aşırı kanama organik bir hastalığın (polip, atipik endometriyal hiperplazi, endometriyal karsinom gibi) belirtisi olabileceği için tam bir değerlendirme gerektirir. Postmenopozal hastalarda endometriyal kanser riski yılda %0,1 iken postmenopozal kanaması olan kadınlarda bu risk % 10'a yükselir (41,42).

Vazomotor semptomlar

Perimenopozal kadınlarda sıklıkla görülen vazomotor semptomlar sıcak basması ve gece terlemesi ile kendini gösterir . Menopoz sürecinde olan kadınların % 60-85'inde görülür. Sıcak basması, yüzde ve üst göğüs kısmında odaklanıp kısa sürede tüm vücuda yayılan ani başlayan sıcaklanma hissi, buna eşlik eden yüzde ve boyunda kızarıklık ile seyreder. Ortalama 5-10 dakika sürer, günde birkaç kez olabileceği gibi bir iki günde bir gibi seyrek yada bir saatte birkaç kez gibi sık da olabilir. Bu sırada periferik vücut sıcaklığı yaklaşık 0,3-0,9 derece artarken derin dokularda vazodilatasyon ve ısı artışı olmaz. Nöbet sırasında kalp hızı 15-20 vuruş artar. Bulantı, baş dönmesi, çarpıntı veya baş ağrısı eşlik edebilir. Hem gece hem de gündüz olabilen bu yakınmalar uyku düzeni ve hayat kalitesinde de bozulmaya yol açabilir (40,43).

Vazomotor semptomların tam olarak nedeni bilinmemekle birlikte hipotalamusta östrojen eksikliği nedeni ile termoregülatuar disfonksiyondan kaynaklandığına inanılmaktadır. Östrojen düşüklüğü, FSH, LH yüksekliğinin neden olduğu ileri sürülse de her sıcak basması olgusunda östrojen düşüklüğü ile vazomotor semptomlar arasında korelasyon gösterilememiştir. Bir başka mekanizmaya göre vazomotor semptomların endojen opioid peptid eksikliğine bağlı geliştiği söylenmektedir. Östrojen normal santral opioid aktiviteyi artırır, östrojen eksikliğinde ise santral opioid aktivite azalır veya olmaz. Vazomotor yakınmaların oluşma sıklığı LH pulse salınım sıklığı ile beraberlik gösterir. Tahmini prevalansı premenopozda %14-51, perimenopozda %35-50, postmenopozda %30-80'dir. Vazomotor semptomlar %50-75 kadında menopoz sonrası ilk 5 yıl içinde kendini sınırlayarak geriler. Kadınların %9'unda ise 70'li yaşlarına kadar devam eder (40). HRT hem oral hem de transdermal olarak sıcak basması yakınmalarında oldukça etkilidir. HRT kullanamayan

kadınlara çevre ısısının düşürülmesi, ince giysiler giyme, aralıklı solunum, gevşeme egzersizleri önerilebilir (44).

Somatik semptomlar

Eklem sertliği, ağrıları ve tüm vücut ağrıları menopozal dönem kadınları en fazla rahatsız eden semptomlardandır. Bu yakınmalar kadınların fiziksel aktivitelerini kısıtlar ve kendilerini yaşlı hissetmelerine neden olur. Fiziksel aktivite eklem ağrısı ve sertliği için yardımcı olabilir, özellikle egzersiz esnekliği korur (44).

Uyku bozuklukları

Menopozal geçiş sırasındaki uyku bozukluklarının en sık nedeni sıcak basmasıdır. Uyku bozukluğuna neden olan faktörler çoğu zaman menopoza özgü değildir. Bozulmuş uyku düzeni, kafein gibi santral sinir sistemi uyarıcıları, nikotin gibi uyku kalitesini bozan maddeler, nazal dekonjestanlar, antidepresan ilaçlar, β bloker ilaçlar, sedatifler ve steroidler uyku bozukluğuna neden olabilir. Kronik hastalıklar ve depresyon da uyku kalitesini bozabilir. Sık uyanma, gün boyu yorgunluk, irritabilite, konsantrasyonda bozukluk ve psikolojik semptomlara (depresif duygudurum, anksiyete gibi) neden olabilir. Uyku bozuklukları eğer vazomotor semptomlara bağlı ise HRT'den fayda görür. Uyku hijyeninin sağlanması (ağır akşam yemeklerinden kaçınma, kafein, alkol ve sıvı alımının kısıtlanması, gevşeme egzersizleri, uyumada önce süt ve yoğurt gibi triptofan içeren yiyeceklerin alınması, karanlık ortamın sağlanması, yatak odasında uyuma) ve davranış terapileri (uyku zamanı rutininin sağlanması, gevşeme terapileri, bilişsel davranışsal terapi) uyku bozukluklarının yönetiminde ilk stratejidir (42,44,45).

Duygudurum değişiklikleri

Uzun yıllar menopozla psikolojik problemler ilişkilendirilmiştir, ancak menopoz bir gelişim krizi olmakla birlikte, tek başına bir psikiyatrik hastalık sebebi değildir . Bu dönemde fiziksel belirtilerle birlikte çoğu zaman anksiyete, gerginlik, emosyonel labilite, depresyon, baş dönmesi, uykusuzluk, libido kaybı gibi birçok belirtinin gözlemlendiği, özgüven kaybı ve yaşamdan zevk almada azalma olduğu öne sürülmüştür. Bu belirtiler her kadında aynı biçimde ve yoğunlukta olmamaktadır. Psikososyal durumu ve yaşantısı açısından zorlanan kişilerde menopoz dönemi bardağı taşıran son damla olup, o zamana kadar çeşitli savunma mekanizmalarıyla örttükleri ruhsal bunalımların ortaya çıkmasına neden olabilir (46).

Menopozdaki psikiyatrik belirtiler ile östrojen azalması gibi hormonal değişimler arasında doğrudan bir ilişki kurulamamıştır. Psikodinamik açıdan menopoz dönemi, üretkenlik ve kadınlığın kaybı olarak ele alınmış ve bu dönemde görülen depresyon gibi psikiyatrik durumlar açıklanmaya çalışılmıştır. Freud psikanalitik kuramlar çerçevesinde üretkenlik kaybı, yas, elem tepkisi ve melankoli arasında bağlantı kurar ve menopozal depresyonun psikogenezinde feminite kaybının esas olduğunu belirtir (47). Bu dönemde birey fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişiklikler yaşar. Orta yaş dönemiyle menopoz örtüşmektedir. Menopoz, uyum sağlanması gereken gelişimsel bir kriz olmasına karşın, normal bir süreç olarak görülmelidir. Gelişim psikologlarına göre orta yaş döneminde yaşlanma, ailevi ve sosyal değişikliklerle giden bir gelişimsel kriz görülür ve uyum için çabayı gerektirir. Menopoz döneminde görülen psikolojik değişiklikler, fizyolojik nedenler yanında bireysel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü etkenlerle de ilgilidir. Bu dönemde yaşlanmadan kaynaklanan, eşin ölümü, ebeveynlerin ölümü ya da bakımı ile ilgili sorumluluklar, emeklilik destek gerektiren değişiklikleri de beraberinde getirir. Orta yaş döneminde ortaya çıkan bir diğer tablo da "boş yuva sendromu" dur. Menopoz dönemindeki kadın, çocuklarının büyüyüp evlenmesi ve evden ayrılmasıyla yıllar sonra evde eşiyile baş başa kalmaktadır. Büyüyen çocukların giderek artan bağımsızlık istekleri kadınlarda anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir (48).

Menopoza özgü bir psikiyatrik bozukluk olmasa da, menopozda duygudurum bozukluğu, özellikle depresyon olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Hastada önceden geçirilmiş bir depresyon öyküsü, postpartum duygudurum bozukluğu ya da premenstruel disforik bozukluk öyküsü bulunması, sosyal desteğin zayıf olması menopoz döneminde psikiyatrik bozukluklar için risk etkenidir. Ayrıca histerektomi, psikososyal sıkıntı varlığı, menopoza olumsuz bakış açısı, sağlık durumunun kötü olması, sigara içme ve egzersiz azlığı gibi etkenler de menopozda duygudurum bozuklukları ile ilişkilidir. Kişinin yakınmaları sistematik olarak değerlendirilmelidir. Kişilik yapısı, daha önce yaşadığı stres yaratıcı durumlarla başa çıkma biçimi, sosyal desteklerinin varlığı, çevre ile olan ilişkileri araştırılmalı, yakınmalarının biyolojik temeli varsa uygun tedaviler uygulanmalı ve hasta bu dönem ile ilgili bilgilendirilmelidir. Eğer hastada yaygın ve sürekli ruhsal çöküntü, zevk duygusu yitimi (anhedoni), libido kaybı, yaygın ilgi kaybı, ölüm düşünceleri, yetersizlik ve suçluluk düşünceleri, dikkat ve zihinsel işlevlerde yavaşlama, kilo, iştah ve uyku bozuklukları, enerji yoksunluğu, karar verme güçlüğü gibi belirti ve bulgular varsa depresyon düşünülmelidir (47,48).

Menopozun biyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri açısından çok yönlü bir sendrom olması nedeniyle, tedavisinde de çok yönlü bir yaklaşımın gerekliliği ve önemi artık tartışma götürmemektedir. Menopozu her şeyden önce doğal bir olay olarak görmek, yakınmalara neden olan belirtilerin psikososyal yönlerini iyice araştırıp, sorunların nereden kaynaklandığını anlamak, tedaviyi ona göre düzenlemek zorunludur. Hormon yetersizliğinin giderilmesi veya depressif durumların düzeltilmesi için ilaç tedavisi gerekiyorsa yapılacaktır. İlaçların gereklilik derecesi ve yan etkilerinin göz önünde bulundurularak iyi hesaplanması önemli olduğu gibi hastanın psikososyal açıdan değerlendirilip, gerekli desteğin verilmesi de önemlidir (46).

Üriner semptomlar

Menopoz sonrası düşük östrojen üretimi ile üretral epitelin yüzeyel ve orta tabakasında atrofi, üretral mukozada incelme, esneklik kaybı, irritasyon ve üretrit olur. Bunlara ek olarak trigon atrofisi ve mesane boynunun üretral sfinkterin alfa adrenerjik duyarlılığında azalma da görülür. Tüm bunlar menopoz ile beraber stres ve acil inkontinansında artışa neden olur (40,49). Üriner inkontinans objektif olarak gösterilebilen, sosyal veya hijyenik olarak problem olan istem dışı idrar kaçırma olayıdır. Üriner inkontinans nedeniyle değerlendirilen hasta, üriner inkontinans semptomunu hafif veya ciddi olarak algılayabilir. Hastanın semptomunu algılama, semptom dolayısıyla rahatsız olma derecesi son derece önemlidir (41).

Stres inkontinansı kadınlarda erkeklerden daha sık görülür ve karın içi basınç artışı ile idrar kaybı olarak tanımlanır. Hastalar öksürme, hapsirme veya egzersiz sırasında genellikle küçük miktarlarda idrar kaçağı olmasından yakınır. Kadınlarda sıklıkla pelvik kasların bozulması ile oluşan üretra hipermobilitesi sonucu ortaya çıkan zayıflık neden olur. Ancak travma, radyasyon veya cerrahi gibi nedenlerden üretral sfinkterin zayıflaması da neden olabilir (50).

Acil inkontinans birden oluşan şiddetli idrar yapma isteği (urgency) ile beraber idrarın kaçırılması olayıdır. Acil inkontinansda idrarın gelmesi çok anidir ve genelde tualete yetişecek kadar zaman yoktur. Bu semptoma ek olarak genelde sık tualete gitme, nokturi ve noktürnal enüresis olabilir. Fakat bunlar diğer tip inkontinanslarla beraber de izlenebilir. Acil inkontinans genelde ürodinamik olarak gösterilebilen iki değişik fonksiyon bozukluğu sonucu oluşur; yüksek detrusor fonksiyonu ve hipersensitivite. Artmış idrar yapma sonrası rezidü idrar miktarı ve azalmış mesane kapasitesi izlenebilir. İdrar yolu enfeksiyonu, mesane taşları, karsinoma veya ekstrinsik bası bu semptoma yol açabilir. Motor acil inkontinansın en sık

nedeni idiopattiktir, yani belirgin bir neden izlenmemektedir. Eğer nörolojik bir neden (multiple sclerosis, spinal kord yaralanması gibi) acil inkontinansa neden oluyorsa o zaman “detrusor hiperrefleksisi” adını alır. Genel olarak acil inkontinans alışkanlık olarak sık idrara çıkan, mesane kapasitesi küçük olan kişilerde gözlenmektedir. Birçok psikolojik faktörler acil inkontinansın patofizyolojisi içinde yer alır (41).

Taşma inkontinansında çıkım obstrüksiyonu veya mesanenin kontraktilesinin bozulmasına bağlı olarak idrar yapılamaz. Beraberinde %45-85 oranında acil inkontinans bulunur. Genelde erkeklerde prostat veya prostat cerrahisine bağlı olarak ortaya çıkar. Kadınlarda ise daha nadir olarak ortaya çıkar ve genelde geçirilmiş inkontinans cerrahisine bağlı olarak ortaya çıkan obstruksiyona bağlıdır (41).

Üriner inkontinans tedavisinde cerrahi tedaviden, medikal tedavi ve fizyoterapiye değin, değişik tedavi şekilleri kullanılmaktadır. Stress inkontinansa yönelik konservatif tedavi yöntemlerine genelde hafif anatomik stress inkontinansı olan vakalarda cerrahi tedavi istemeyenlerde başvurulur. Konservatif tedavi yöntemleri 3 grupta toplanmaktadır. Bunlardan birincisi genel yaşam biçiminde yapılan değişikliklerdir. Kilo verilmesi, yüksek efor gerektiren egzersizlerden kaçınmaları, sigara kullanımının bırakılması, sıvı alımında kısıtlama, konstipasyondan kaçınılması gibi önlemler semptomları azaltır. İkincisi pelvik ve periüretral kas rehabilitasyonudur. Amaç izometrik egzersizler ile levat r ani kası ve üretral çizgili sfinkterin hipertrofisi ve kasılma gücünün arttırılmasıdır. Bu değişikliklerin oluşması için en az 8 haftalık ciddi bir çalışma gerekmektedir, sonuç alınabilmesi için birkaç yıllık çalışma gerekmektedir. Genç hasta ve hafif derecede inkontinans olması iyi prognostik kriterlerdir. Bu maksatla biofeedback yöntemler, Kegel egzersizleri ve fonksiyonel elektriksel stim lasyon yapılmaktadır.    nc  konservatif tedavi şekli ilaç tedavileridir. Anatomik stress inkontinans tedavisinde en sık olarak kullanılan ilaçlar  -adrenerjik agonistlerdir (fenilpropanolamin veya psödoefedrin). Fakat bu tedavi yöntemlerinin başarı oranları oldukça düşüktür ve yan etkileri oldukça fazladır. Östrojenin vajinal veya oral kullanımının stress inkontinansı olan postmenopozal hastalara faydası olabileceği düşünülmüştür. Fakat yapılan çalışmalarda östrojen kullanımının maksimal üretral basıncı arttırmasına rağmen kontinansı azaltması yönünde bir etkisi olmadığı izlenmiştir (41).

Menopoz sonrası en önemli problemlerden biri de tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarıdır. Mukozal, vajinal atrofinin yanında, artan vajinal pH nedeni ile vajinal flora değişir ve üriner enfeksiyonlarda artış meydana gelir. Vajinal  strojen kremlerinin kullanımı ile tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarında azalma olur (40).

Vulvovajinal semptomlar

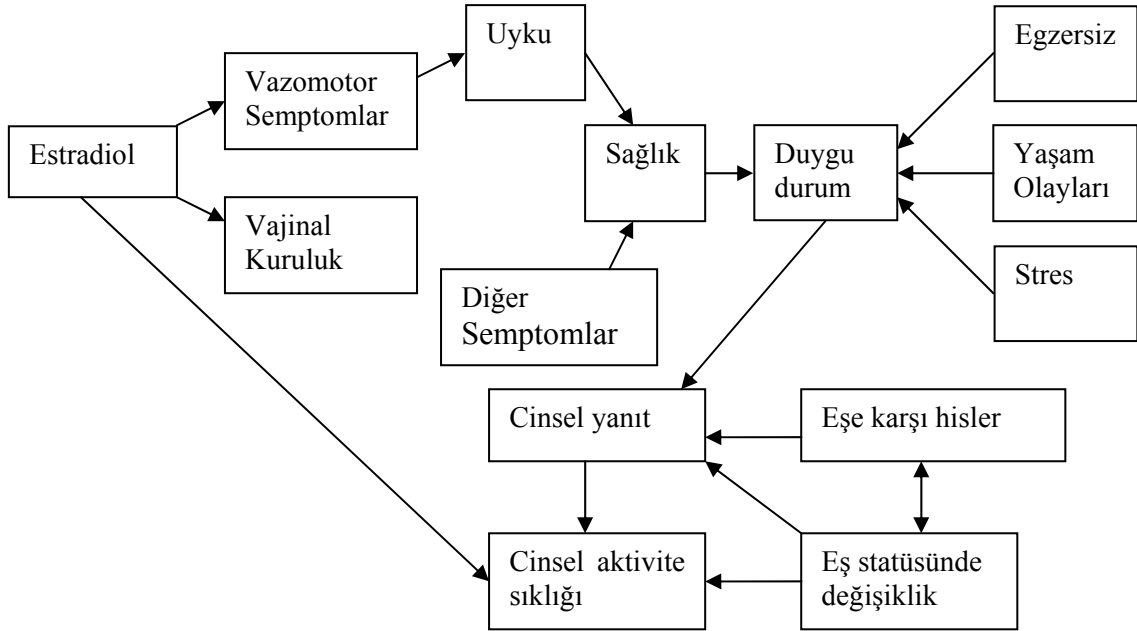
Perimenopozal ve postmenopozal hastalarda en sık rastlanılan semptomlardan biri de vajinal kuruluk ve vajinal atrofidir. Menopozun vajinal kuruluğun nedeni olduğu açıktır. Çünkü kuruluk semptomları menopoza geçiş dönemi ile başlar ve bundan sonra da devam eder. Ayrıca menopozal kadınlardan elde edilen vajinal sitolojide östrojen eksikliği ile ilgili sitolojik bulgular tespit edilir. Bunun yanında vajinal kuruluk ve dispareni olan kadınlarda sistemik veya lokal östrojen tedavisi ile semptomlarda düzelme olur. Vajinal kuruluk premenopozal dönemde %4-22, perimenopozal dönemde %7-39, postmenopozal dönemde %17-30 görülmektedir. Sigara kullanan, cinsel olarak aktif olamayan, vajinal doğum yapmamış kadınlarda vajinal atrofi riski daha yüksektir. Menopoz ile beraber vajinal epitelde incelme olur. Vajen soluk cansız bir görünüm alır, rugalarda kayıp, epiteldeki incelmeye sekonder kan damarlarında belirginleşme veya peteşiyal kanamalar görülür. Serviks atrofiye uğrayarak daha soluk, kolay kanayan bir hal alır. Vajen kısalıp daralarak dispareniye neden olabilir. Lokal düşük doz östrojen güvenli ve etkili bir tedavi sağlar, sistemik HRT kontrendike olan kadınlarda da kullanılabilir (40,44).

Cinsellik

Menopozal dönemde seksüel disfonksiyonda da artış olur. Biyolojik açıdan bakıldığında yaşın ilerlemesiyle over işlevleri yavaşlar ve menopozla birlikte dolaşımdaki östrojen, progesteron ve testosteron düzeyleri düşer. Buna bağlı olarak cinsel istek ve fantezilerde azalma, cinsel uyarılma ve orgazm sorunları ortaya çıkabilir. Özellikle meme başı ve klitoris gibi duyarlı bölgelerin uyarılma eşiği yükselir. Vajinal kuruluk ve buna bağlı dispareni, sistemik östrojen düzeyinde azalma ile beraber vajinal lubrikasyonda azalma, pudental sinirde nöropati, vajinal kuruluk ve atrofi ile vajen elastisitesinin kaybı, hem menopoz hem de yaşlanma etkisi ile libido ve cinsel istekte azalma olur. Postmenopozal dönemde vajinal atrofi sonucu pubokoksigeal kasın istemsiz kasılması vajinismus ve ağrılı cinsel birleşmelere neden olabilmekte, üriner inkontinans cinsel ilişki sıklığının istemli olarak azaltılmasına yol açabilmektedir. Sonuç olarak menopoz döneminde orgazm ve cinsel doyum olumsuz biçimde etkilenebilmektedir (39,40).

Cinsel doyum bireyin cinsel ilişkisinden duyduğu memnuniyet ve keyif olarak tanımlanabilir. Bireyin cinsiyeti ve yaşı, toplumsal ilişkileri, cinsel deneyimlerini geliştirme tarzı, yaşam koşulları ve kültürel etmenler cinsel doyum alanında bireysel farklılıklara yol

açmaktadır. Yaşlanma ve menopoz yanlış bir inanış olarak seksüel hayatın sonu gibi algılanmaktadır. Yaşlanma ve cinsellikte, kadın ve erkek arasındaki fark kadının menopozal geçiş döneminde erkekte daha kısa bir sürede, hızlı hormonal değişiklikler yaşamasıdır. Günümüzde cinsellik biyolojik, psikolojik, duygusal ve sosyal özellikleri kapsayan, genel sağlık ve iyilik halini etkileyen bir unsur olarak gözükmektedir (51). Postmenopozal cinsel yaşamın belirlenmesinde önemli özelliklerden birisi, kadının bu dönemi ne şekilde algıladığıdır. Biyolojik değişim her kişide aynı olmasına karşın, kültürel, yaşamsal özellikler gibi değişkenlerin etkisi altında birden fazla bileşene sahip cinsellik etkilenecek farklı işlev bozukluklarına yol açar (52). Yaşam olayları, stres, vazomotor semptomlar cinsel iyilik halini etkiler (Şekil 5) (53).



Şekil 5. Cinsel yanıtı etkileyen faktörler (53)

Tedavide vajinal nemlendiriciler ve kayganlaştırıcılar vajinal kuruluğu azaltarak dispareniyi önler. Sigara içmeyen sağlıklı perimenopozal kadınlarda düşük doz oral kontraseptif kullanımı istenmeyen gebelikleri önleyerek cinsel ilişki ile ilgili endişeyi azaltır. Lokal östrojen kullanımı duyarlılığı, kan akımını ve kas tonusunu artırır. Vajinal dolaşımı artırarak eksternal genital organların ve dış üçte bir vajenin konjesyonunu, klitoris ereksiyonunu artırır, vajinal kuruluğu azaltır, cinsel ilişkiyi kolaylaştırır (54).

MENOPOZDA UZUN DÖNEM HASTALIK RİSKLERİ

Osteoporoz

Osteoporoz iskelet sisteminde özellikle trabeküler kısım olmak üzere kemik dokuda azalma buna bağlı olarak kemiklerdeki kırılma olasılığında artma ve minimal travma sonrasında dahi yüksek kırık riski ile seyreden bir tablodur (55). Kemik kütlesinde yada kemik dansitesinde azalma olarak tanımlanır. Kemikler daha kırılğan ve esnekliğini kaybetmiş hale gelirler. DSÖ'nün tanımlamasına göre aynı ırk ve cinsten sağlıklı genç erişkinlerin 2,5 standart deviasyonunun altında (T skoru $< -2,5$) kemik dansitesi olması osteoporoz olarak tanımlanır (56).

Hem erkek hem de kadınlar için bir miktar kemik kaybı normaldir. Bir kez kemik zirve kitlesine ulaşıncı (20-30 yaşlarında) yılda %0,5-1 kadar bir kemik kaybı başlar. Bu değeri kişiden kişiye farklılık gösterir. Bu beklenen kayba ek olarak kadında menopoza beraber hızlı bir kemik kaybı olur. Yılda %3-5 kemik kaybının olduğu bu dönem 5-7 yıl sürer. Böylece ilk birkaç postmenopozal yılda kemik kütlesini %15'ini kaybeden kadının kemik yıkımı, sonraki yıllarda da ivmesi azalmakla beraber devam eder (4,43,56). Osteoporoz için belirlenen bazı risk faktörleri vardır (Tablo 7).

Osteoporoz iki alt tipe ayrılır: Tip 1 osteoporoz, ani östrojen azalmasına bağlı ortaya çıkar. Östrojen eksikliği serum sitokin seviyesini artırır bu da trabeküler kemikte osteoklast öncülerin hassasiyetini artırarak artmış kemik yıkımına neden olur. Bu hastalarda ön kol distali ve vertebral kemik gibi trabeküler kemiğin yoğun olduğu kemik kırıkları fazla görülür.

Tip 2 osteoporoz, normal yaşlanma sürecinin sonucu olarak ortaya çıkar. Tipik olarak erkek ve kadında 65 yaş sonrası ortaya çıkar. İlerleyici kemik kütle kaybı sonucunda trabeküler ve kortikal kemiklerde osteoporoz meydana gelir. Yapım azlığına bağlı kemik kaybı olur. Femur, femur boynu, proksimal tibia ve pelvis gibi kortikal kemiğin yoğun olduğu kısımlarda kırık daha çok görülmektedir (43,56).

Tanı ve tedavi: Koruyucu önlemler tedavide ilk adımı oluşturmaktadır. Tüm kadınlara uygun kalsiyum alımı ve fizik egzersizin önemi açısından danışmanlık verilmelidir. Yeterli kalsiyum ve D vitamini, birçok çalışmaya göre kemik kaybını azaltır, döngüyü yavaşlatır. Önerilen kalsiyum kaynağı besinler olmak üzere ek kalsiyum desteğine ihtiyaç duyulur. Besin olarak süt ve süt ürünleri, meyve suları ve krakerler kalsiyum kaynağından zengindir. Kalsiyum desteği postmenopozal dönemde fazla yarar sağlamamaktadır. Yetişkinler ideal kemik sağlığı açısından 1000 mg elementer kalsiyum almalıdırlar. Ergenler, gebeler, emziren

kadınlar, HRT kullananlar ve 65 yaş üzerindeki kadınların günlük 1500 mg elementer kalsiyum alımı kemik sağlığı için gereklidir. Birçok çalışma sonucunda kalsiyumun D vitamini ile alınması kırık riskini azaltmaktadır. Kalsiyum eksikliği gibi D vitamini eksikliği de, yaşlılarda, yatalak hastalarda, güneş ışığından yararlanamayan hastalarda osteoporoz riskini artırır. Tavsiye edilen D vitamini günlük desteği 400-800 ünedir (56,57).

Tablo 7. Osteoporoz için belirlenen risk faktörleri (57)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Kadın cinsiyet• Ufak beden yapısı• Beyaz veya Asya ırkı• Sedanter yaşam tarzı• Nulliparite• Yaşlanma• Yüksek kafein alımı• Böbrek hastalığı• Yaşam boyu düşük kalsiyum alımı• Sigara• Aşırı alkol kullanımı• Postmenopozal dönem• Düşük beden ağırlığı• Bozulmuş kalsiyum Emilimi |
|--|

Sedanter yaşam tarzı ve hareketsizlik osteoporoz riskini arttırmaktadır. Genç yaşta yapılan egzersiz genetik olarak belirlenen ulaşılacak maksimum kemik kütle düzeyini artırabilir. Yine egzersizin denge, kuvvet ve nöromusküler stabiliteyi artırarak hastanın düşme riskini azalttığı bilinmektedir. Egzersizin düzenli olarak en az haftada 3 kez yapılması önerilir. Düşük beden ağırlığı ve sigara kullanımı kemik kütlelerini olumsuz etkilemektedir (56-58).

Tanıyı onaylamak ve hastalığın ciddiyetini saptamak amacı ile tüm kırık gelişen postmenopozal kadınlar için kemik mineral yoğunluğu (KMY) ile osteoporoz açısından değerlendirme yapılmalıdır. Menopoza ek olarak bir yada birden fazla risk faktörü olan 65 yaş altındaki kadınlara ve risk faktörü olsun olmasın 65 yaşı geçen kadınlara KMY testi önerilir. Düşme ve kırık riskini azaltmak için düzenli ağırlık ve kas germe egzersizleri yapmaları, sigara içmemelerini ve alkol alımında kontrollü olmaları tavsiye edilmelidir. Kalça ya da

vertebra kırığı olan her postmenopozal kadın osteoporoz tedavisine aday olarak değerlendirilir (57).

Risk faktörü olmayan ve KMY t skorları -2 nin altında olan kadınlar ile risk etmenleri taşıyan ve KMY t skoru -1,5 altında olan kadınlarda, kırık riskini azaltmak için, tedavi başlatılmalıdır. Korunma ve tedavi açısından farmakolojik seçenekleri arasında hormon yerine koyma tedavisi, alendronat, raloxifen (korunma) ve kalsitonin (tedavi) yer almaktadır (57).

Kardiyovasküler Hastalık

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) kadınlarda daha az görülmesine karşın, her iki cinsiyette de en sık görülen ölüm nedenleri arasında dünyada ve Türkiye’de en sık ölüm nedenidir (4,36). Elli yaşın altında, KVH'nin erkeklerde kadınlara göre daha fazla rastlandığının bilinmesine karşılık menopoza sonrasında KVH riski, her iki cinsiyette de aynı orandadır. Over hormonlarının, menopoza sonrasındaki kadınlarda KVH üzerine olan olumlu etkileri özellikle gözlemsel çalışmalarda ortaya konmuştur. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisinin giderek artması, hayatlarının %30-40'a kadar olan kısımlarını bu hormonlardan yoksun olarak geçirmesine, dolayısı ile kardiyovasküler olaylara maruz kalma riskinin artmasına neden olmaktadır. Kadınlarda düşük dansiteli lipoprotein-kolesterol (low-density lipoprotein,LDL), menopoza önce erkeklerden daha düşük olmasına karşın, menopoza sonra iki cinsiyet arasında herhangi bir farklılık bulunmamaktadır. Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (high-density lipoprotein,HDL) ise tam tersine bir durum göstermektedir: Menopoza önce erkeklere göre daha yüksek olup, menopoza sonra hafif derecede azalmaktadır. Kolesterol değerlerinin kadınlarda yaşam boyunca görülen bu seyri KVH'nin özellikle menopoza önce daha az görülmesinin nedenlerinden biridir (37,59). Kadınlarda özellikle menopoza sonrasında KVH görülme oranı oldukça yüksek olarak bulunmakta ve en az erkeklerde olduğu kadar önem taşımaktadır. Bu konuda alınacak önlemlerin başında KVH risk faktörlerinin düzeltilmesi yer almaktadır. HRT postmenopozal kadınların KVH birincil ve ikincil korumasında kullanılması önerilmemektedir (37,60,61).

Genital Kanseler

Genital kanseler, çeşitli tarama programları bulunmasına ve tedavide ilerlemeler kaydedilmesine rağmen gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli mortalite ve morbidite

nedeni olmaya devam etmektedir. Kanserden korunmada en etkin yöntem, önceden önlenmesi olmakla beraber, birçok kanserin oluşum nedeni tam olarak bilinmemektedir.

Kanserler için biyolojik başlangıç öncesi devre olan kanser oluşum öncesi dönemde birincil koruma, henüz klinik başlangıcın görülmediği klinik bulgular öncesi dönemde ikincil koruma, klinik bulgu sonrası dönemde ise üçüncül koruma söz konusudur. Birincil korumada etkenin bilinmesi, etkenden uzaklaşma veya dirençli olma; ikincil korumada, erken tanı ve prekanseröz lezyonları invaziv olmadan tedavisi ve üçüncül korumada ise tanısı konulmuş invaziv kanserin uygun tedavisi ve rehabilitasyonu etkin yöntemler olarak sıralanabilir.

Genital kanserden korunmaya en iyi örnek serviks kanseri olup, neredeyse %100'e yakın korunma sağlanabilmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde düzenli “vajinal smear” taraması ile servikste hücrelere ait kanser öncüsü değişikliklerin önceden saptanması son 50 yılda serviks kanseri nedeniyle ölümlerde %74 azalmaya yol açmıştır. Bu nedenle risk faktörleri ve erken belirtilerin bilinmesi, kanserden korunma ve erken tanıda önemlidir (62,63).

Endometriyum kanseri: Endometriyal karsinom ABD’de en sık gözlenen jinekolojik kanserdir ve meme, akciğer ve kolon kanserinden sonra 4. en sık kanserdir. Kadınların ortalama %2-3’ünde hayatı boyunca endometriyal kanser görülür. Endometriyal kanser esas olarak postmenopozal dönemin kanseridir ve artan yaşla beraber daha tehlikeli olur. Östrojenin endometriyal kanser gelişimindeki yeri gösterilmiştir ve karşılanmamış östrojenin endometriyum kanserine neden olduğu bilinmektedir (62).

Endometriyum kanserlerinde belirgin bazı risk faktörleri vardır. Premenopozal kadınlarda geçmiş dönemlerde ardışık oral kontraseptif kullanımı, endometriyum kanseri riskinde güçlü artışlara yol açmasına karşın, günümüzde modern kombine preparatlar kanser riskini %50 azaltmaktadır. Maksimum korunma, düşük doz östrojen yüksek doz progestinli preparatlarla sağlanmaktadır. Diyabet, endometriyum kanseri için risk faktörü olarak görülmektedir. Obez, hipertansif, nullipar ve anovülatuar kadınlar, endometriyum kanseri için riskli fenotipik karakterler olarak görülmektedir. Son zamanlarda iki ayrı fenotipik özellik belirlenmiştir. Bunların birincisi klasik tip olup, obez hiperlipidemik, hiperöstrojenizm belirtileri olan, düzensiz vajinal kanama, infertilitesi bulunan, ilk doğumu ve menopoz yaşı ileri olan hastalardır. Bu kadınlarda endometriyum ve over stromasında hiperplazi söz konusudur. Bu kanser türü beyaz kadınlarda sık görülüp, yüzeysel invazyon gösterir, iyi diferansiye, progesterona duyarlı, ekstrauterin yayılımı az ve iyi prognozludur. Endometriyum kanserlerinin çoğunluğu bu gruba girmektedir. Diğer grupta, kötü diferansiye, derin

miyometriyal invazyon bulunan yüksek oranda lenf nodu metastazı yapan progesterona zayıf cevap veren, kötü prognozlu hastalar yer almaktadır. Zencilerde daha sık görülür ve bu hastalar genellikle zayıf yapıya sahiptir (41).

Birincil korunma için endometriyum kanseri ile hormonal ilişkinin bilinmesi önemlidir. İdeal kilonun korunması, karşılanmamış östrojen için tedavi, oral kontraseptif kullanımı önemlidir. İkincil korunmada, hastalığın sık görülen belirti ve bulguları konusunda kitle eğitimi ve bilgilendirme önemlidir. Progesteronla karşılanmamış östrojen alan kadınlarda özellikle endometriyal hiperplazi saptanmış ve kısa dönem progesteronla tedavi edilmemişse, iki yılda bir endometriyal örnekleme yapılmalıdır. Endometriyum kanserinin erken tanısında, görüntüleme yöntemleri yardımcıdır. Bunların arasında en önemlisi vajinal ultrasonografidir, ancak kesin tanı için endometriyal biyopsi gereklidir. Asemptomatik kadınlarda rutin taramanın yararı gösterilememiştir. Henüz endometriyum kanserinin mortalitesini azaltacak etkili bir tarama yöntemi yoktur. Pap testinin kanser öncüsü lezyon veya kanseri saptamada yeterli sensitivitesi bulunmamakla birlikte, postmenopozal hormon kullanmayan kadınlarda endometriyal hücrelerin varlığını ortaya çıkarmaya yardım etmektedir. Endometriyum kanseri sık olmasına karşın, morbiditesi görece olarak meme ve serviks kanseri gibi diğer kadın neoplazmalarına göre düşüktür. Yüksek maliyet ve hastanın konforunu bozan birçok tanısal işlem rutin taramada geniş uygulama bulamamakta ve kâr-zarar etkisi nedeniyle ilgi görmemektedir. Sık görülen bu kanserin akılda tutulması gerekir, erken tanısal girişim ve endometriyal örnekleme korunmada önemlidir (41,62).

Serviks kanseri: Etkin tarama yöntemleri sayesinde serviks kanserlerinin sıklığı azalmaktadır. Servikal kanserler önlenabilir kanserler arasındadır çünkü uzun bir preinvaziv dönemleri vardır. Serviks kanserlerinin ortalama görülme yaşı 52.2'dir ve ilk olarak 35-39 yaşlarında ve daha sonra 60-64 yaşlarında olan bimodal yaş dağılımına sahiptir.

Kanserde birincil korunmada risk faktörlerinin bilinmesi ve önlenmesi önemlidir. Serviks kanseri için risk faktörleri: İlk cinsel ilişkinin erken yaşta olması, çok sayıda seksüel partnerin olması, sigara kullanımı, ırk, yüksek parite ve düşük sosyoekonomik düzeydir. Menarşın başladığı yıllar, serviksin, neoplastik değişime neden olabilecek iç ve dış etkenlere en fazla duyarlı olduğu dönemdir. Oral kontraseptif kullanımının serviks kanserini arttırdığına yönelik iddialar kanıtlanamamıştır.

Günümüzde etiyolojide en çok sorumlu tutulan ajan HPV enfeksiyonudur. Serviks kanseri vakalarının yaklaşık %99'unda HPV enfeksiyonu gözlenmiştir. Neredeyse 80'den fazla HPV tipi vardır, fakat yüksek riskli gruptan tip 16 ve 18 servikal karsinomaların

%62'sinde gözlenir. HPV enfeksiyonundan korunmada çok etkili olmamasına rağmen, cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanımının, yüksek dereceli displazi ve invaziv kanseri önlediği bildirilmiştir. HIV (Human immunodeficiency virus) enfeksiyonuna yönelik eğitim ve korunmanın servikal kanser malignitelerinden korunmada önemli olduğu bildirilmiştir. Lezbiyen kadınlarda HPV virüs enfeksiyonu, bir erkekle ilişkiye girmese bile görülebilir ve taramada göz ardı edilmemelidir (41,62,63).

Genital mukoza dışında HPV deride, anogenital alanda, müköz membranlarda, genital sekresyonlarda bulunduğu için, kondom kısmi bir korunma sağlayacaktır. Bu nedenle HPV virüsüne karşı aşı servikal kanser korunmasında önemli bir durum kazanmıştır. HPV aşısı ABD'de 26 yaşından küçük olan kadınlara önerilmektedir. Rutin uygulama ilk doz uygulama yaşı 11-12'dir. İkinci doz ilk dozdan iki ay sonra, üçüncü doz 6 ay sonra yapılır. Eğer kadın bu dönemde aşılanmamışsa 26 yaşına kadar aşı yapılabilir. Cinsel ilişkide bulunmamış veya HPV ile enfekte olmamış olanlar aşidan yarar görürler (64).

Serviks kanserinden ikincil korunmada, "American Cancer Society" erken tanı için ilk cinsel ilişkiden itibaren ilk 3 yıl içinde ve en geç 21 yaşından itibaren her yıl Pap smear testi önermektedir. Otuz yaşından sonra HPV negatifse, tarama 3 yılda bir yapılır. Eğer taranacak kadın HIV pozitifse, organ nakli, kemoterapi ya da uzun süreli kortizon içeren ilaçlar kullanımı nedeniyle bağışıklık sistemi baskılanmışsa, kontrollere yıllık devam edilir. Yetmiş yaş ve üstü kadınlarda son 10 yılda üç kez arka arkaya yapılan Pap testi negatifse, serviks kanseri için tarama sonlandırılabilir. USPSTF farklı olarak 65 yaş üstündeki kadınların eğer son pap smear sonuçları normalse ve yüksek risk grubunda değilse, rutin serviks kanseri taramasına gerek olmadığını söylemektedir. Tam histerektomi geçirmiş kadınların rutin smear taramasına gerek yoktur (20,62).

Serviks kanserlerinde en sık olarak gözlenen belirti vajinal kanamadır. Postkoital, intermenstruel veya postmenopozal kanama gözlenebilir. İleri evrelerde ise kötü kokulu akıntı veya kilo kaybı gibi belirgin olmayan bulgular gözlenebilir. Servikal kanserlerin tanısında biyopsi altın standarttır. Kitle varlığında alınan biyopsinin sonuçlarına göre tedavi planlanır. Servikal kanserin evrelemesi kliniklidir ve erken evrelerde tedavi cerrahi, ileri evrelerde ise radyoterapi tercih edilir. Olguların %90'ında epidermoid karsinomlar gözlenir. Bunların dışında adenokanserler, adenoskuamoz karsinom, mezenkimal tümörler ve metastatik tümörler gözlenebilir. Temel yayılım yolları lenfatik ve komşuluk yolu ile yayılımdır. Prognoz erken evrelerde oldukça iyidir. Evre I olgularda 5 yıllık yaşam %86,3 iken evre IV'de bu oran %14'e kadar düşmektedir (41).

Meme Kanseri

Kadınlarda kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin akciğer kanserinden sonra gelen en önemli ikinci nedenidir. Meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür. Meme kanseri insidansı 100.000 kadında 109,6 olgudur. Bu da, her sekiz kadından birinin meme kanseri olma, %3,6 kadının da meme kanserinden ölme riskini getirmektedir. Meme kanseri için öncelikle kadın olmak, ikinci olarak da yaş, en önemli risk faktörleridir. Diğer risk faktörleri ise şöyle sıralanabilir: Erken menarş (12 yaşından önce), geç menopoza (50 yaşından sonra), atipi ile birlikte ya da atipisiz proliferatif fibrokistik hastalıklar, tek göğüste önceden meme kanseri olması, nulliparite veya 35 yaşından sonra ilk doğum, menopoza sonra 5 yıldan fazla hormon replasman tedavisi, beyaz ırktan olmak ve radyasyon. Meme kanseri olan hastaların %85'inde aile öyküsü yoktur. USPSTF 40 yaş ve üstündeki kadınların 1-2 yılda bir kez klinik muayenesi olsun veya olmasın mamografi ile taranması önerir. Yetmiş yaş üzeri kadınlar eğer yaşam beklentisi varsa, eşlik eden hastalığı yoksa taramaya devam edilmesini önerilir (Tablo 8)(20,65).

Tablo 8. Meme kanseri tarama testleri için önerilen aralıklar (65)

Test		40 yaş altı	40-49 yaş	50-75 yaş
Kendi kendine meme muayenesi		20 yaşından itibaren her ay	Her ay	Her ay
Klinisyen muayenesi		20-39 yaş arası 3 yılda bir	Her yıl	Her yıl
Mamografi	Düşük riskli hasta	Hasta-hekim kararı	Opsiyonel	Her yıl
	Yüksek riskli hasta	Hasta-hekim kararı	Her yıl	Her yıl

MENOPOZ VE SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden

bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (66,67).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkilidir. Bir görüşe göre yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi birbirinden ayrı olarak incelenmeliyken diğer bir görüşe göre yaşam kalitesinin tüm boyutları, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızlaşır. Örneğin, gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek bizi genellikle yanılgıya götürebilir, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir. Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine verilen önem insandan insana farklılık gösterir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi bileşenleri (örneğin; değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, kronik hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bileşenleri daha önemlidir (68-70).

Menopoz hayatta bir geçiş dönemidir ve bu yönüyle hastalıktan ayrılır. Bununla birlikte menopoz, yaşa bağlı değişiklikler ve semptomlarla kendini gösterebilen sorunlar barındırır. Menopoz döneminde yaşam kalitesini etkileyen değişiklikleri değerlendirirken bunları da dikkate almak gerekir. Yapılan çalışmalar bazı kadınların bu dönemde daha duyarlı olduklarını göstermiştir. VKİ yüksek olan, duygusal olarak hassas olan ve kötü yaşam deneyimleri olan kadınlar, perimenopozal dönemde yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi açısından yüksek risklidir. Bu dönemde yaşam kalitesini etkileyen başka faktörler olduğu bilinmesine rağmen bunlardan hangilerinin menopoza özgü olduğu açık değildir. Örneğin menopozal dönemde görülen sıcak basmaları ve terlemeler uykusuzluğa, yorgunluğa ve gerginliğe neden olabilir. Postmenopozal orta ve uzun dönemde ise osteoporoz ve osteoporotik kırıklar, KVH'ler, ürogenital semptomlar yaşam kalitesini kötü yönde etkiler. Bazen de tüm bu semptom ve hastalıkların tedavisi ve komplikasyonları yaşam kalitesini etkiler. Perimenopoz sadece hormonal değişiklikler değil, kadının yaşamında aile ve kişisel ilişkilerde, iş yaşamında, benlik algısında da değişimlerin olduğu bir dönemdir. Hangi değişimlerin yaşam kalitesini etkilediğini, hangi özgül olayların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde bozulmaya yol açtığını anlamak menopozal dönem kadınlara yardımcı olabilmek açısından önemlidir (71,72).

AİLE HEKİMLİĞİNDE MENOPOZ VE MENOPOZ YÖNETİMİ

Çoğu toplumda menopoza olumsuz anlamlar yüklenir. Üreme fonksiyonlarının kaybı kadında genellikle üzüntüye neden olur. Yaşamında önemli değişiklikler olan bu dönemde kendini kadınlığını kaybetmiş hisseder. Diğer tıp uzmanlıkları menopozu bir endokrinopati, östrojen eksikliğine bağlı bir hastalık olarak görme eğilimindedirler. Oysa ki menopoza bir hastalık değil her kadının yaşamı sırasında karşılaşacağı bir fenomendir (73).

Psikiyatrik hastalıklar 1980’de DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ile sınıflandırılmadan önce menopozun psikoz nedenleri arasında olduğuna inanılıyordu. Psikoanalitik teoriye göre ise menopoza kadının kaybettiği cinsellik ve üreme yeteneğinin yasını tuttuğu bir nörozdu. Menopoza çoğu zaman bir problem veya bir hastalık olarak tanımlanır, bu da cinsiyetler arasındaki güç ilişkisini olumsuz etkiler. Örneğin bir kadın menopoza kaçınılmaz bir kayıp olarak görüyorsa mutsuzluk ve depresyona eğilimi artar (74).

Menopoza biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirilmelidir. Tipik olarak tutum, inanış ve psikososyal stresörler gibi değişkenlerin nicel ölçümleri, menopoz sırasındaki semptom şiddeti ve duygudurum ile ilişkilidir. Örneğin “incinebilirlik modeli”ne göre menopoz öncesi hormon değişiklikleri nedeniyle orta yaş kadınlar strese karşı daha hassastırlar (75). Kadınlar için bu orta yaş dönemi sosyal, kişisel ve fiziksel değişimlerin yaşandığı ve uyum sağlaması gereken bir dönemdir. Ebeveynlerin ölümü, çocukların evden ayrılması yada adölesan yaştaki çocukların sorunları, yaşlanma ve kronik hastalıklar gibi olaylar kadının yaşamını etkiler. Sonuçta sosyal, kültürel, ekonomik ve sağlık bakımını etkileyen tüm bu değişimlerin bir kısmı da menopoza atfedilir. Menopozal dönem kadınlara hizmet veren klinikler daha fazla sağlık sorunu, yaşam olayları ve depresif duygudurumla karşılaşır (76).

Kadınların bu dönemdeki sağlık bakımları açısından aile hekimlerinin rolü önemlidir. Fizyolojik değişikliklerle ilgili hazırlık yapılması ve bilgi verilmesi kadının belirsizlik hissetmesini önler, anksiyeteyi azaltır. Her hasta kendine özgü riskleri ve yararları göz önüne alınarak değerlendirilmelidir, tedavi seçeneklerine beraber karar verilmelidir (Tablo 9)(73).

Menopoza tanısı retrospektif olarak konulan bir tanıdır. Laboratuvar testleri, kadınların menopoz öncesi dönemde bulunduklarını algılamaları, önlerindeki birkaç yıl içinde menopoz dönemine geçişi "kabullenmeleri" için yararlı olabilir. Menopoza öncesi dönem menopoza geçişi yansıttığı için bir kadının menopoz öncesi döneme girdiği tanısını koymak sıklıkla daha uygun yaklaşımdır.

Tablo 9. Perimenopozal kadın değerlendirmesi (77)

Semptomların değerlendirilmesi	Adet düzensizlikleri Sıcak basması Ürogenital semptomlar Cinsel fonksiyon Uyku bozuklukları
Risklerin değerlendirilmesi (Osteoporoz, meme kanseri, endometrial kanser, KVH)	Reprodüktif öykü: Menarş, parite, kontrasepsiyon, cerrahi öykü Fiziksel aktivite, sigara Diyet (Vitamin D, kalsiyum kullanımı) HRT öyküsü Aile öyküsü Kırık öyküsü, boyda kısalma
Psikososyal değerlendirme	Duygudurum değişiklikleri Menopoza dair beklentiler Aile ve iş yaşamı
HRT kararını etkileyebilecek hastalıkların değerlendirilmesi	Hipertansiyon Diyabetes mellitus Hiperlipidemi Tromboemboli öyküsü
Fizik muayene	Boy, kilo, VKİ Duruş Görme ve işitme muayenesi Meme muayenesi Pelvik ve rektal muayene
Laboratuvar	Lipid profili TSH (gerekli ise) FSH (gerekli ise) KMY Meme kanseri, kolon kanseri, serviks kanseri için tarama
Danışmanlık ve hasta eğitimi	Egzersiz Beslenme önerileri ve kilo alımının önlenmesi Vitamin D ve kalsiyum desteği Sıcak basmasını tetikleyici etkenlerden kaçınma HRT yarar ve zararları HRT'ye alternatif tedaviler

KVH: Kardiyovasküler hastalık, **HRT:** Hormon replasman tedavisi, **VKİ:** Vücut kitle indeksi, **TSH:** Tiroid stimule edici hormon, **FSH:** Folikül stimule edici hormon, **KMY:** Kemik mineral yoğunluğu

Menopoz öncesi dönem tanısı koymak için sıklıkla kullanılan etmenler yaş, annesinin menopoz yaşı, vazomotor ve vajinal belirtiler, FSH düzeyi ve hastanın genel olarak menopoz öncesi dönemde olduğunu algılamasıdır. Önerilen diğer yöntemler over kitlesini ve antral follikül sayısını belirlemek için vajinal ultrason yapılması ve inhibitörlerin ölçümüdür, ancak günümüzde bunların sonuca götürme özellikleri daha az invaziv ve daha ucuz olan diğer

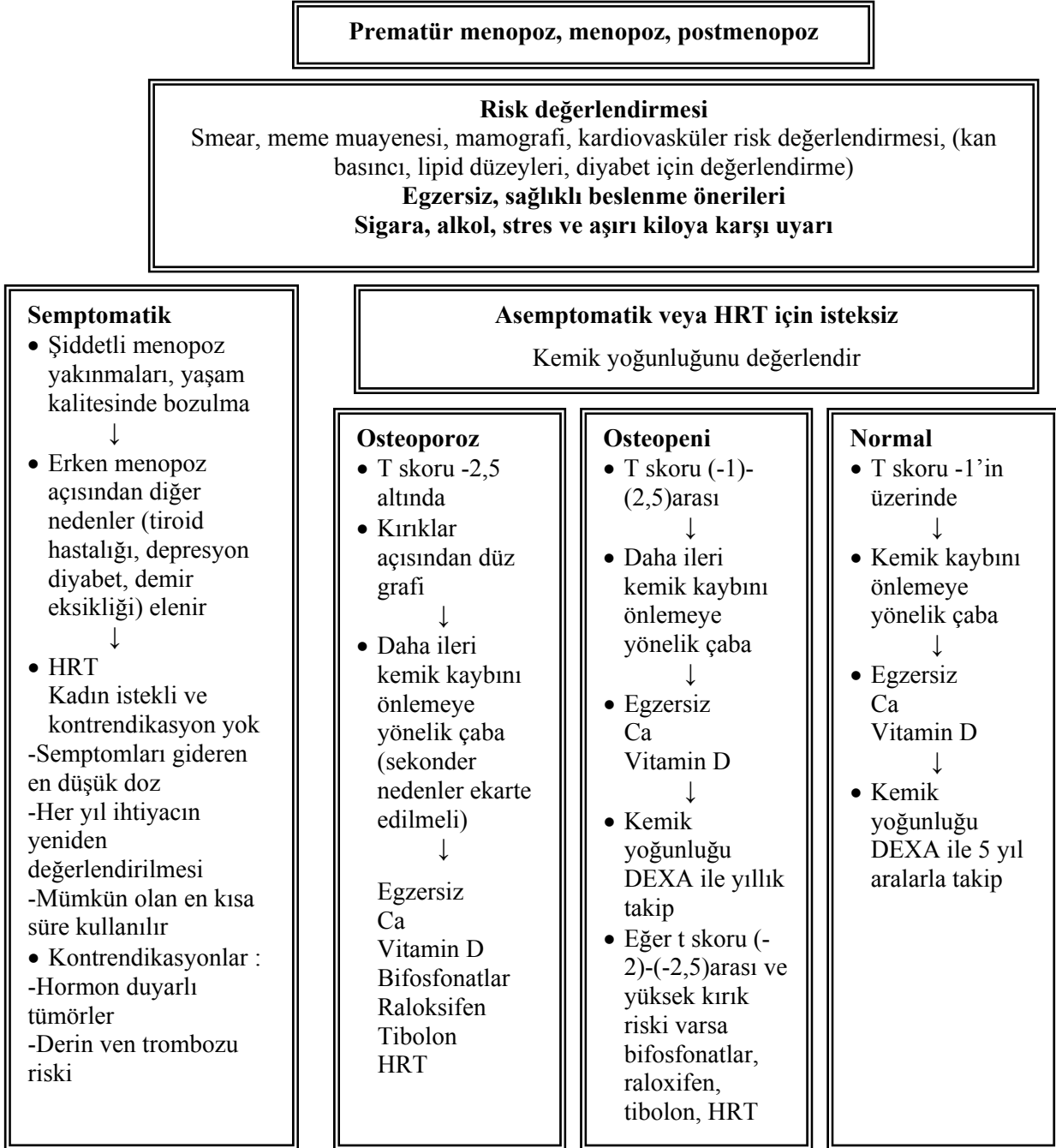
yöntemlerin altında kalmaktadır. Yaş, menopoz öncesi dönem için tek başına yararlı bir gösterge olabilir. Kadınların çoğu 50 yaşına kadar ve hemen hemen tümü 55 yaşına kadar ya menopoza geçiş dönemine girer ya da geçiş dönemini tamamlar. Hiçbir test tek başına ileri derecede duyarlı ya da özgün değildir. Sıcak basmaları, gece terlemeleri ve vajinal kuruluk gibi tipik belirtiler laboratuvar testleri kadar özgündür, ancak genellikle daha az duyarlıdır. Bununla birlikte, laboratuvar testleri genellikle öykü ve fizik muayeneye dayalı ön tanı belirlendikten sonra istendiğinden FSH ölçümünün katkısı sınırlıdır. FSH düzeyleri menopoz öncesi dönem sırasında bireyler arasında büyük oranda değişkenlik gösterir, VKİ ve etnik duruma bağlı değişiklikler tanı eşiğinin belirlenmesinde güçlük yaratabilir. Amenore ile gelen bazı hastalarda gebelik testi yapılabilir (73,78).

Perimenopozal dönem kadının bakımı; semptomların tedavisi, hastalıkların tedavisi ve koruyucu bakımı kapsar. Bu dönemde yapılacak koruyucu sağlık bakımının postmenopozal ve geriatrik yaşlarda olumlu etkisi önemli olacaktır (Şekil 6).

Koruyucu sağlık bakımının bileşenlerinden biri yaşam tarzı değişiklikleridir. Düzenli aerobik egzersiz, örneğin haftanın en az 5 günü 30 dakika tempolu yürüyüş yapmaları önerilir. Egzersiz sırasında kalp hızı 110-120 atım /dakika yada maksimum kalp hızının %70'ine çıkmalıdır. Hedef kalp hızı, $220 - \text{yaş} \times \%70$ formülü ile hesaplanabilir. Egzersiz yapılması postmenopozal kadının KVH ve osteoporotik kırık riskini azaltır. Sigara ve akciğer kanseri ilişkisi açıkça ortaya konmuştur. Gün geçtikçe daha fazla kadın sigara kullanmakta ve akciğer kanseri nedeniyle ölmektedir. Sigaranın kadınlar için bir diğer olumsuz etkisi de over fonksiyonları üzerinedir. Sigara içen kadınlar sigara içmeyenlere göre 1,74 yıl daha erken menopoza girerler . Sonuçta östrojen eksikliğine bağlı kemik yoğunluğu azalması daha erken başlar. Beslenme alışkanlıkları, mortalite ve morbitede önemli etkisi olan KVH, kanser, osteoporoz gibi hastalıklara yakalanma riskini etkiler. İdeal kilonun üzerindeki hafif artışların bile kadın sağlığı üzerinde risk doğurduğu bulunmuştur. Sağlıklı beslenme davranışı ve kilo kontrolü tüm bireylere olduğu gibi perimenopozal dönem kadınlara da önerilmelidir. Koruyucu sağlık bakımının bir diğer bileşeni olan periyodik sağlık muayeneleri de kadının yaşına ve önerilere uygun olarak düzenlenmelidir (54,79).

Menopozal semptomların tedavisinde çeşitli seçenekler vardır. Progesteron, düşük doz östrojen, ve HRT bu tedavilerin başlıcalarıdır. Progesteron, adet düzensizlikleri ve menorajinin tedavisinde ve ateş basması şikayetlerinin azaltılmasında etkilidir. Östrojenin endometrium üzerindeki proliferatif etkisinin önlenmesi için en az 13 gün süreyle verilmesi önerilmektedir. Ancak özellikle bu yaş dönemlerindeki kadınlarda gözlenen adet

düzensizliklerinde organik nedenlerin, öncelikle endometrium kanserinin dışlandıktan sonra medikal tedaviye başlanması gerektiği unutulmamalıdır. Düşük doz oral kontraseptif (östrojen 20ug/gün-progesteron) kullanımı hipotalamus-hipofiz aksını baskılayarak dalgalanmalar gösteren endojen hormonal aktiviteyi devre dışarı bırakır. Bu sayede adet düzensizliklerini önlediği gibi, sıcak basması tedavisine olanak sağlar. Diğer önemli bir faydası da kontrasepsiyon sağlamasıdır (80).



Şekil 6. Menopozda tedavi yaklaşımı (43)

DEXA: Dual energy X-ray absorptiometry.

Ateş basması, uyku bozuklukları gibi perimenopozla ilişkili şikayetler varsa, HRT uygulanması düşünülebilir ve bu şikayetlerin giderilmesinde etkindir. HRT kullanımı konusunda çeşitli görüşler vardır. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği'nin bu konudaki önerileri Tablo 10'da verilmiştir (60).

Perimenopozal dönemde diğer bir önemli konu kontrasepsiyondur. Gebe kalabilme oranı yaşla birlikte azalmaktadır. Gebe kalma oranı 24 yaşın altındaki kadınlarda bir siklusda %30 iken, 40 ile 45 yaşlar arasında bu oran %14'e inmektedir. Yaşla birlikte fertilizasyon, implantasyon oranlarında azalma ve abortus oranlarında artma çocuk sahibi olma ihtimalini azaltmaktadır. Perimenopozal dönemde gebelik oranları yüksek olmasa bile gebelik oluştuğunda bunun istenmeyen bir gebelik olma olasılığı yüksektir. Kırk yaş üstü kadınlar istenmeyen gebelikler konusunda 13-14 yaş grubundan sonra ikinci grubu oluştururlar. Kırk üç yaş civarında kadınların ortalama aylık gebe kalma olasılığı %50 azalsa da 40-43 yaş arası kadınların %80'i hala fertildir (81,82).

Kadınlar perimenopozda güvenilir bir kontraseptif gereksinimi duyarken kemik yoğunluğu kaybı, menstruel düzensizlikler ve vazomotor instabilite gibi konular da ele alınmalıdır. Kombine oral kontraseptifler (KOK) sağlıklı sigara içmeyen kadınlarda birçok yarar sağlar. KOK'ler postmenopozal kalça kırığı riskini azaltırken disfonksiyonel kanamalı kadınlarda menstruasyonu düzene sokar ve vazomotor semptomları azaltır (81).

Hormonal yöntemleri kullanan kadınlarda menopozun tam zamanını saptamak güç olabilir. Tek FSH ölçümü ovulasyon supresyonu aydan aya değişebileceği için güvenilir değildir. Ayrıca kombine oral kontraseptif kullanan kadınlarda hapsiz 7. gün sonunda bile FSH düzeyi baskılanmış olabilir. Birçok kadının 50'li yaşlarını ortasına kadar menstruasyon gördüğü düşünülürse ve tek FSH ölçümünün güvenilir olmadığı göz önüne alınırsa bir yaklaşıma göre FSH düzeyine bakılmamalıdır. Kadınlar 55 yaşına kadar kombine oral kontraseptif kullanmaya devam ederek 55 yaşından sonra bırakırlar (81).

Sadece progestin içeren haplarda iyi bir seçenektir ve östrojen kontrendikasyonu olan kadınlarda kullanılabilir. Uzun etkili progestinler menopoza kadar kullanılabilir. Ancak bu yöntemle oluşabilecek kanama düzensizlikleri perimenopozal kadınlar için sorun olabilir.

Devam eden anormal kanama kontraseptif amaçla verilen hormona bağlı olsa da mutlaka değerlendirilmelidir. Diğer kontraseptif seçenekler arasında kondomlar, vajinal bariyerler ve rahim içi araçlar (RİA) yer alır (80).

Tablo 10. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği hormon tedavisi konsensus sonuçları (60)

Hormon Tedavisi Konsensus Sonuçları
• Menopozal semptomlar (vazomotor semptomlar ve buna bağlı uyku bozuklukları) ve genitoüriner atrofi için günümüzde halen HRT kadar etkin başka bir seçenek bulunmamaktadır. • HRT, sadece primer ve sekonder kardiyovasküler koruma amacıyla kullanılmamalıdır. Östrojen tedavisi için ise bu konuda yeterli kanıt yoktur. • Endometriyumun korunması açısından, progesteronun farklı şekillerde kullanımı (3-6 ayda bir, 12-14 gün süreyle progesteron, progesteron içeren RİA veya progesteronsuz düşük doz östrojen) hakkında yeterli veri yoktur. • HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri risk artışı, alkol kullanımının, obezite (VKİ>30), 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir. • Osteoporoz ve buna bağlı kırıkların önlenmesinde HRT'nin etkin olduğu kanıtlanmıştır. Osteoporozun tedavisinde, bifosfonatlar, SERM ve kalsitoninin kullanımı da uygundur. Ayrıca, premenopozal ve postmenopozal dönemde günlük egzersiz, kalsiyum alımı ve güneş ışığından yararlanmaya özen gösterilmelidir. Bununla birlikte kemik mineral kaybını değerlendirirken, Türk kadın popülasyonuna dayalı sağlıklı verilerin de elimizde olmadığı göz önünde tutulmalıdır. Özel durumlar dışında, kemik mineral yoğunluğu ölçümlerinin 2 yıldan sık aralarla yapılmasına gerek yoktur. • Postmenopozal dönemde HRT kullanım süresi konusunda eldeki verilere göre fikir birliği yoktur. Ancak meme kanseri açısından, 5 yıldan uzun süreli HRT kullanımında, tedaviye devam edip edilmeyeceğine bireysel değerlendirmelerle karar verilmelidir. Tek başına östrojen tedavisi kullanım süresi için günümüz verilerine göre bir kısıtlama yoktur. • Prematür over yetmezliği (prematür menopoz) ve erken yaşta cerrahi menopoz olguları için HRT uygulamasında, günümüz verilerine göre böyle bir süre kısıtlaması yoktur. • Günümüzde postmenopozal hormon kullanımında mümkün olan en düşük dozlar (konjuge östrojen için 0,625 mg'dan, mikronize 17-β-estradiol için 1mg'dan, transdermal 17-β-estradiol için 0,05 mg'dan düşük dozlar) tercih edilmelidir. Ülkemizde henüz standarttan düşük doz bulunmamaktadır. • Postmenopozal kadınların hormon tedavisinde yarar-zarar dengesi ve maliyet daima düşünülmelidir. • Bu verilerin ışığında, postmenopozal kadında hormon tedavisi uygulamasının, kişiye özgü yapılması önerilmektedir.

HRT: Hormon replasman tedavisi, **RİA:** Rahim içi araç, **VKİ:** Vücut kitle indeksi, **SERM:** Selektif östrojen reseptör modülatörü.

En yaygın ve etkin kontrasepsiyon yöntemleri oral kontraseptif ve RİA kullanımındır. Tek eşli cinsel ilişkisi olan ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıkları riski az olan kadınlarda bakırlı RİA uygulanması etkin ve pratik bir kontrasepsiyon yöntemidir. Bu tip RİA'ların kontraseptif etkinliğinin yıllarca sürdüğü gösterilmiştir. Dolayısıyla 40'lı yaşların başlarında takılacak bir RİA ile menopoza kadar etkin kontrasepsiyon sağlanacaktır. Progesteron içeren RİA'lar, adet kanamalarının %90'lara varan oranlarda azalmasına neden olarak, özellikle bu yaş dönemlerinde sık karşılaşılan kanama problemlerinin çözümüne de yardımcı olarak kontrasepsiyon sağlar. RİA'lar menopoz döneminde çıkartılmalıdır (82).

Kadınlar doktora genellikle menopoz öncesi belirtileri başladığında ve bunlar için çözüm istediklerinde başvururlar. Hastaya 6-7 yıl sürebilecek normal bir hormonal geçiş dönemi yaşayacakları konusunda bilgi verilmelidir. Sigara alışkanlığı, diyet ve egzersiz, kilo kontrolü, kemik kaybının önlenmesi ve mesane kontrolü gibi yaşam tarzı değişiklikleri gerektiğini vurgulamak önemlidir. FSH, LH gibi hormonal ölçümlerin olağan uygulamada kullanılmasına gerek yoktur. Çünkü bunlar güvenli olmayabilir ve klinik yaklaşımı genellikle etkilemez. Bu dönem boyunca kadınlar istenmeyen bir gebelikle karşı karşıya kalabileceklerinden 12 ay süren amenore dönemi oluşuncaya kadar, etkin bir doğum kontrol yöntemi kullanmaları konusunda yönlendirilmelidir. Ayrıca menopozal dönem yakınmaları olan kadınlara HRT ve diğer tedavi seçenekleri konusunda bilgi verilmelidir (78).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Edirne il merkezinde yaşayan 40-59 yaş arasındaki kadınlarda 15.08.2006-15.03.2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmamız bu yaş grubu kadınların menopozal durumu, yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlanan gözlemsel tanımlayıcı ve analitik tipte bir prevalans çalışmasıdır.

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyuldu ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (Ek 1). Çalışmamız Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından sağlanan mali destekle yürütülmüştür.

Perimenopozal dönem semptom gözlenme oranı %50, ön görülen hata payı %10 ile $\alpha=0.05$ ve $\beta=0.2$ (power %80) alındığında örneklem sayısı 408 olarak bulundu. Katılımcılar Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden elde edilen 2003 yılı ev halkı tespit fişlerindeki nüfusun yaşa ve cinsiyete göre dağılımından küme örneklem alınarak tespit edildi. Edirne il merkezindeki 9 sağlık ocağı bölgesinden kümeler yaşa ve nüfusa orantılı olarak seçildi, 40-59 yaş arası 15871 kadından 410 tanesi araştırmaya alınması planlandı. Edirne il merkezinde 40-59 yaş arası bireylerin sağlık ocakları bölgelerinde yaşa göre tabakalandırılmış dağılım ve örnekleme yer alan birey sayısı Ek 2 gösterilmiştir.

Anket formunun uygunluğunu belirlemek amacıyla 30 bireye ön uygulama yapıldıktan sonra anket formuna son şekli verildi. Anketler yüz yüze görüşülerek dolduruldu, görüşme süresi ortalama 25 dakika sürdü.

Edirne il merkezinde yaşayan 452 kadının adreslerine gidilerek çalışma hakkında bilgi verildi, yapılan görüşmelerden sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 410 kişi çalışmaya

dahil edildi. Araştırmaya katılmak için 40-59 yaş arasında olmak dışında başka özellik aranmadı.

Bireylere çalışmanın başında şu ifade okunmuştur: “Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak, Edirne il merkezindeki 40-59 yaş arası kadınlarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla hazırladığımız bu anketi birlikte doldurmamızı rica ediyoruz. Bu ankete katılmak zorunda değilsiniz. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilemeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır”. Kabul eden bireylere anket uygulandı.

Araştırma verileri, literatüre uygun hazırlanan bireylerin sosyodemografik ve menopoza durumla ilgili bilgileri içeren 41 soruluk bir anketle beraber kadın sağlığı anketi (KSA, WHQ-Woman's Health Questionnaire) ve yaşam kalite ölçeği kısa formu SF-36 çalışmaya katılmak isteyen kişilerle, araştırmacılar tarafından birebir görüşülerek doldurulmasıyla elde edildi. Anket formunun örneği Ek 3’te sunulmuştur.

Kadın sağlığı anketi orta yaş kadınlarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede sık kullanılan ölçeklerinden birisidir. KSA 80’li yıllarda İngiltere’de Myra Hunter tarafından geliştirildi. KSA 1992’deki yayınından beri klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda medikal ve medikal olmayan tedavilerin değerlendirilmesinde ve özellikle perimenopozal, postmenopozal kadınlarda hormon preparatlarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin ölçülmesinde kullanıldı. İngilizce olarak geliştirilen ve 45-65 yaş arası kadınlar için standardize edilen anket 28 dile çevrildi. KSA 37 sorudan oluşur, duygusal ve fiziksel sağlığı 9 alanda dört dereceli bir skalada ölçer. Yüksek puan disfonksiyon ve sıkıntıda artışı gösterir. Ankette değerlendirilen alanlar depresyon, somatik semptomlar, anksiyete, vasomotor semptomlar, uyku problemleri, cinsel problemler, menstruasyon, hafıza-dikkat ve çekiciliktir. Depresyon alt ölçeği 3, 5, 7, 8, 10, 12 ve 25. sorular, somatik semptom alt ölçeği 14-16, 18, 23, 30 ve 35. sorular, hafıza dikkat alt ölçeği 20, 33, 36. sorular, vazomotor semptom alt ölçeği 19 ve 27. sorular, anksiyete alt ölçeği 2, 4, 6 ve 9. sorular, cinsellik alt ölçeği 24, 31, 34. sorular, uyku problemleri alt ölçeği 1, 11 ve 29. sorular, menstruasyon alt ölçeği 17, 22, 26 ve 28. sorular, çekicilik alt ölçeği 13, 21, 32. sorularla değerlendirilir. Sıklıkla katılımcı tarafından doldurulur, yaklaşık 5 dakikada tamamlanır (83). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çetinay ve Gülseren tarafından yapılmıştır (84). Mapi Research Trust’tan KSA’nın kullanımı için izin alındı. İzin belgesi Ek 4’te verilmiştir.

Ware tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Ölçekte fiziksel fonksiyon, fiziksel kısıtlılık, duygusal kısıtlılık, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, duygusal sağlık, enerji durumu olmak üzere 8 sağlık alanını değerlendiren 36 ifade bulunmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (85).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde, 8 sağlık alanı içinde sorular 2 ile 6 derecede cevap içermektedir. Cevaplar mükemmel ile kötü, her zaman ile hiçbir zaman, kesinlikle doğru ile kesinlikle yanlış gibi aralıkta değişmektedir. Her soruda elde edilen cevaplar aynı aralıkta değerlendirilmiştir. 0 “kötü sağlık”, 100 “iyi sağlık” durumunu göstermektedir. Cevapların ortalamaları, eşit aralıklar çerçevesindedir. Sorulardan elde edilen puanlar toplanarak, orijinal kodlama şemasına göre gruplandırılır ve ortalamaları alınarak 0-100 puan aralığından değişen 8 sağlık ölçeği skoru oluşturulmaktadır. Fiziksel fonksiyon alt ölçeği 3-12. sorular, fiziksel kısıtlılık alt ölçeği 13-16. sorular, duygusal kısıtlılık alt ölçeği 17-19. sorular, ağrı alt ölçeği 12-22. sorular, genel sağlık alt ölçeği 1 ve 33-36. sorular, sosyal fonksiyon alt ölçeği 20 ve 32. soru, duygusal sağlık alt ölçeği 28, 30, 24-26. ve enerji alt ölçeği 23, 27, 29, 31. sorularla değerlendirilir (86).

Veriler değerlendirilirken , her iki ölçek için standart değerlendirmeler yapıldı.

Sosyoekonomik düzeyin (SED) değerlendirilmesinde Neyzi ve ark. (87) tarafından geliştirilen SED ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek kişileri, eğitim durumu ve mesleklerine göre farklı sosyoekonomik gruplara ayırmaktadır. Bu ölçeğe göre sosyoekonomik düzeyler, çok iyi, iyi, orta ve kötü olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Puanlama yapılırken kişilerin kendi eğitim durumunun yanı sıra, evli olanlar için eş eğitim durumu ve mesleği, bekar olup da herhangi bir işte çalışmayanlar için ise de kendi eğitim durumu ve evin reisinin eğitim durumu ve mesleği değerlendirmeye alınmıştır. SED ölçeği Tablo 11’de gösterilmiştir.

Kullanılan değişkenlerden VKİ, bilgisayar yardımıyla kg/m^2 formülü ile hesaplanmıştır.

Katılımcılardan son oniki aydır düzenli adet görenler premenopozal, son oniki aydır düzensiz adet görenler perimenopozal ve son oniki aydır adet görmeyenler postmenopozal dönemde kabul edilmiştir.

Diyabet, hipertansiyon, astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı ve KVH olması kronik hastalık varlığı olarak kabul edildi.

Tablo 11. Sosyoekonomik düzey ölçeği (87)

SED 1 (Çok iyi)	Anne: En az ortaokul mezunu. Baba: En az lise mezunu. Baba mesleği: Avukat, doktor, mühendis, iş adamı vb.
SED 2 (İyi)	Anne: En az ilkokul mezunu. Baba: En az ortaokul mezunu. Baba mesleği: Öğretmen, asker, memur, büyük işyeri sahibi vb.
SED 3 (Orta)	Anne: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba: En az ilkokul mezunu. Baba mesleği: Teknisyen, memur, küçük işyeri sahibi, vb.
SED 4 (Kötü)	Anne: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba mesleği: İşçi, şoför, diğer beceri gerektirmeyen işler.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, İstatistiksel analizler Statistica 7.0 paket programı (Seri No: AXF507C775406FAN2) kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0.05$ değeri kabul edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uygunluk saptanmadığı durumlarda gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis ANOVA testi (anlamlı fark bulunduğunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile incelendi) kullanıldı. Yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemede geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi kullanıldı. Araştırmanın değişkenleri Tablo 12’de gösterilmiştir. Katılımcılara ait veriler Ek 5’te CD olarak verilmiştir.

Tablo 12. Araştırma değişkenleri

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişkenler
1. Yaş 2. Medeni hal 3. Eğitim durumu 4. Bir işte çalışmış olma durumu 5. Sosyoekonomik düzey 6. Menopozal durum 7. VKİ 8. Osteoporoz için ilaç kullanımı 9. Kronik hastalık varlığı 10. Menopozu doğal bulma durumu 11. Premenstruel sendrom varlığı 12. Menopoz giriş şekli	1. KSA 2. SF-36

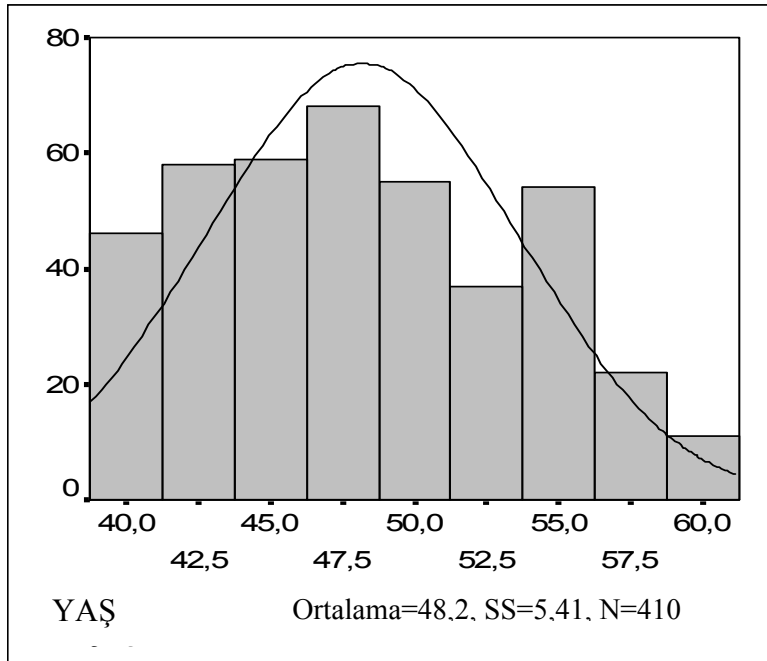
VKİ: Vücut kitle indeksi, **KSA:** Kadın sağlığı anketi, **SF-36:** Short form 36.

BULGULAR

Araştırma sonunda 410 katılımcıya ait verilerin analizi yapıldı.

Tanımlayıcı İstatistikler

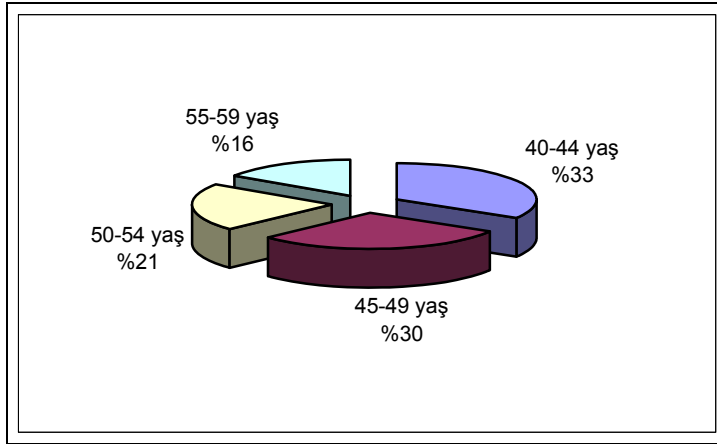
Katılımcıların yaş ortalaması $48,18 \pm 5,41$ yıldır. Çalışmaya katılanların yaşa göre dağılımı Şekil 7’de gösterilmiştir.



Şekil 7. Yaş değişkeninin histogram grafiği

SS: Standart Sapma.

Katılımcıların yaşlarının sınıflandırması Şekil 8’de gösterilmektedir.



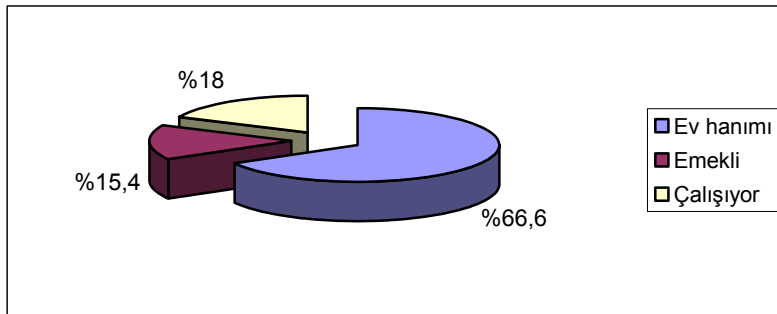
Şekil 8. Katılımcıların yaş sınıflandırması

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %3,3'ünün (n=13) bekar, %81,5'inin (n=334) evli, %2,2'sinin boşanmış ve %13,2'sinin (n=54) dul olduğu görüldü. Katılımcıların medeni hali Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların medeni durumu

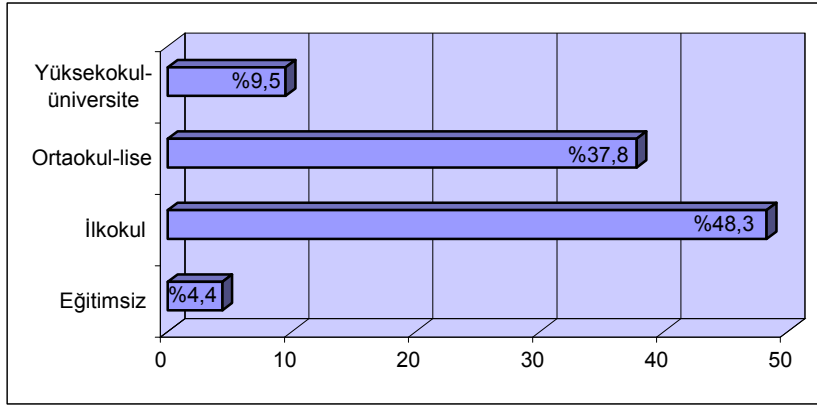
Medeni hal	N	%
Bekar	13	3,3
Evli	334	81,5
Boşanmış	9	2,2
Dul	54	13,2
Toplam	410	100

Katılımcıların bir işte çalışma durumları incelendiğinde %66,6'sının (n=273) ev hanımı, %15,4'ünün (n=63) emekli ve % 18'inin (n=74) halen çalışmakta olduğu görüldü (Şekil 9).



Şekil 9. Katılımcıların meslek durumları

Katılımcıların %4,4'ünün (n=18) eğitimsiz, %48,3'ünün (n=198) ilkokul, %37,8'inin (n=155) ortaokul-lise mezunu olduğu, %9,5'inin (n=39) yüksekokul-üniversite mezunu olduğu belirlendi. Katılımcıların eğitim durumları Şekil 10'da gösterilmektedir.



Şekil 10. Katılımcıların eğitim durumu

Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde %58,5'inin (n=240) kendine ait geliri olmadığı, %41,5'inin ise kendine ait geliri olduğu; kendine ait geliri olanların %11,8'inin hane gelirindeki payının dörtte bir, % 27,6'sının üçte bir, %45,9'unun yarısı oranında olduğu ve %14,7'sinin ise hane gelirinin tamamını karşıladığı görüldü. Katılımcıların gelir durumları ve hane gelirindeki payları Tablo 14 ve Tablo 15'te görülmektedir.

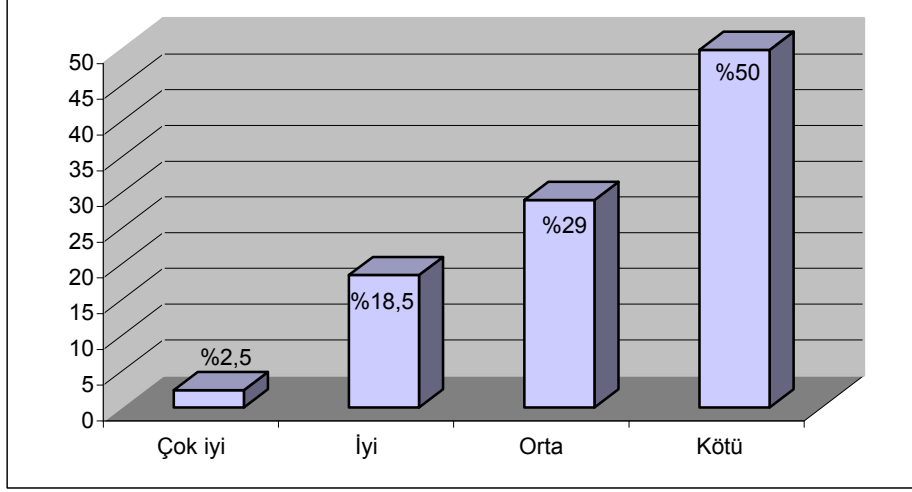
Tablo 14. Katılımcıların gelir durumları

Kendine ait gelir	N	%
Yok	240	58,5
Var	170	41,5
Toplam	410	100

Tablo 15. Katılımcının hane gelirindeki payı

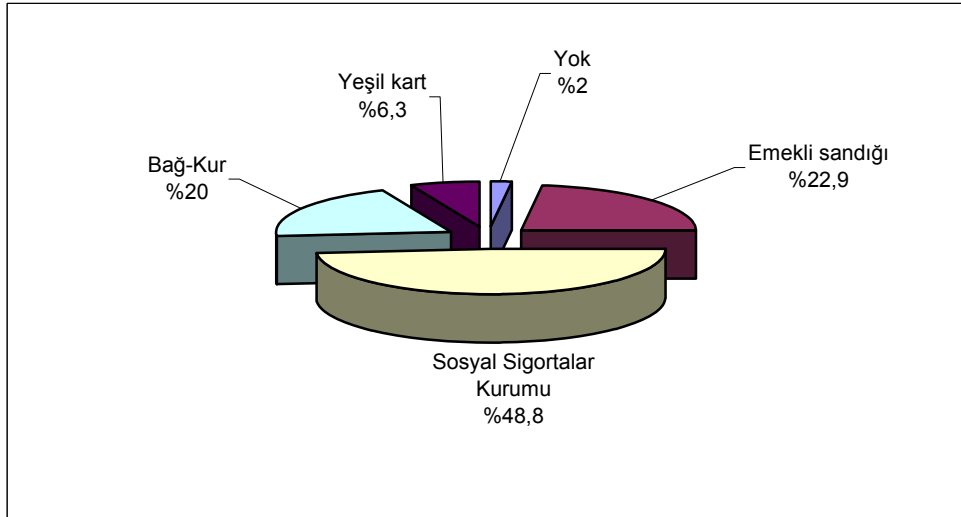
Kadının hane gelirindeki payı	N	%
Dörtte biri	20	11,8
Üçte biri	47	27,6
Yarısı	78	45,9
Tamamı	25	14,7
Toplam	170	100

Katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri incelendiğinde %2,5'inin (n=10) SED'i çok iyi, %18,5'inin (n=76) SED'i iyi %29'unun SED'i orta (n=119) ve %50'sinin SED'i kötü olarak bulundu (Şekil 11)



Şekil 11. Katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri

Katılımcıların %2'sinin (n=8) sosyal güvencesinin olmadığı, %22,9'unun (n=94) Emekli Sandığı, %48,8'inin (n=200) Sosyal Sigortalar Kurumu, %20'sinin Bağ-Kur ve %6,3'ünün (n=26) Yeşil kart sahibi olduğu görüldü. Katılımcıların sosyal güvenceleri Şekil 12'de görülmektedir.



Şekil 12. Katılımcıların sosyal güvence durumu

Katılımcıların VKİ'leri hesaplandığında %17,6'sı normal (VKİ 18,5-24,9 arasında), %55,9'u kilolu (VKİ 25-29,9 arasında), %26,6'sı şişman (VKİ ≥ 30) olarak bulundu. Katılımcıların VKİ dağılımları Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16 Katılımcıların vücut kitle indeksi dağılımı

VKİ	N	%
18,5-24,9	72	17,6
25-29,9	229	55,9
≥ 30	109	26,6
Toplam	410	100

Katılımcıların %71,7'sinin (n=294) hiç sigara kullanmamış, %9,3'ünün (n=38) sigara kullanmayı bırakmış, %19'unun halen aktif içici olduğu saptandı. Katılımcıların sigara içme durumları Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların sigara kullanma durumu

Sigara kullanımı	N	%
Hiç içmemiş	294	71,7
Bırakmış	38	9,3
İçiyor	78	19,0
Toplam	410	100

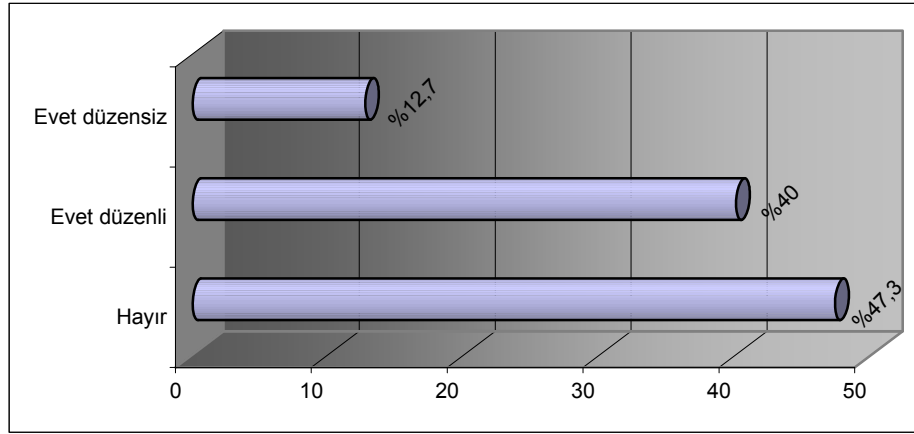
Katılımcıların alkol kullanma durumlarına bakıldığında % 92,2'sinin (n=378) hiç alkol kullanmadığı %7,8'inin (n=32) alkollü içecek kullandığı görüldü.

Katılımcıların kronik hastalıkları incelendiğinde %71'inin (n=291) herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadıkları, %29'unun (n=119) ise en az bir kronik hastalığı olduğu kendi ifadelerine göre tesbit edildi.

Katılımcıların gebelik sayısı ortancası 3 gebelik, doğum sayıları ortancası 2 doğum olarak bulundu. İlk adet yaşı ortalaması $13,04 \pm 1,3$ yaş olarak hesaplandı.

Katılımcılara menstruasyon öncesi premenstrüel sendrom belirtileri olup olmadığı sorulduğunda %30,2'si (n=124) halen premenstrüel sendromu olduğunu ya da premenopozal dönemde premenstrüel sendrom yakınmaları olduğunu söylerken %60,8'i premenstrüel sendromu olmadığını ifade etti.

Katılımcıların son oniki aydır adet görme durumlarına bakıldığında %47,3'ü (n=194) son oniki aydır adet görmezken %40'ı (n=164) düzenli olarak adet görmekteydi. %12,7'si (n=52) ise son oniki aydır düzensiz adet gördüğünü ifade etti (Şekil 13).



Şekil 13. Katılımcıların son 12 aydır adet durumları

Katılımcıların (n=410) menopoza giriş şekilleri incelendiğinde %52,7'sinin (n=216) halen adet gördüğü, %38,3'ünün (n=157) doğal yolla, %9'unun (n=37) cerrahi olarak menopoza girdiği belirlendi. Katılımcılardan menopoza girmiş olanların (n=194) menopoza girme yaş ortalaması $45,35 \pm 4,85$ yıl; ortancası 46 yıl (minimum 29 yıl, maksimum 55yıl) olarak bulundu. Doğal yolla menopoza girmiş olanların (n=157) menopoza girme yaş ortalaması $46,24 \pm 4,3$ yıl, cerrahi olarak menopoza girmiş olanların (n=37) yaş ortalaması $41,51 \pm 5,21$ yıldır. Perimenopozal dönemde olan son on iki aydır düzensiz adet gören kadınların (n=52) yaş ortalaması $46,33 \pm 3,4$ yıldır. Son oniki aydır adet görmeyen kadınların (n=194) ortalama 7 yıldır postmenopozal dönemde oldukları tespit edildi. Katılımcıların menopoza girme yaşları Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların menopoza girme yaşları

Katılımcıların menopoza durumları	N	Ortalama	Ortanca	SS
Postmenopozal	194	45,35	46	4,85
Perimenopozal	52	46,33	46	3,4
Doğal yolla menopoza girmiş	157	46,24	47	4,3
Cerrahi yolla menopoza girmiş	37	41,51	42	5,21

SS: Standart sapma, N: Katılımcı sayısı.

Perimenopozal ve postmenopozal olan katılımcıların (n=246) %76,4'ü (n=188) daha önce hiç hormon replasman tedavisi almamışken, %23,6'sı (n=58) HRT kullanmıştı. Osteoporoz tedavisi kullanımları sorulduğunda perimenopozal ve postmenopozal olan katılımcıların %30,1'inin (n=74) daha önce tedavi aldığı, %69,9'unun (n=172) ise tedavi almadığı görüldü. Perimenopozal ve postmenopozal olan katılımcıların (n=246) %95,1'i (n=234) halen hormon replasman tedavisi kullanmıyorken, %4,9'u (n=12) şu anda HRT kullanmaya devam etmekteydiler. Osteoporoz tedavisi kullanımları sorulduğunda perimenopozal ve postmenopozal olan katılımcıların %25,6'sının (n=63) halen osteoporoz için tedavi aldığı, %74,4'ünün (n=183) ise tedavi almadığı saptandı.

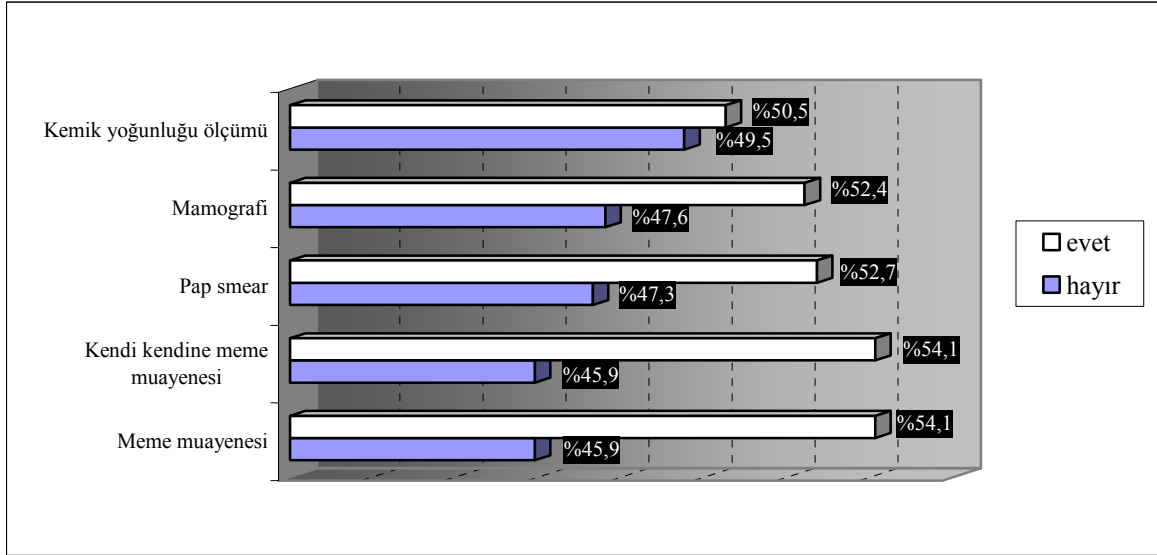
Katılımcıların %38'inin (n=156) daha önce doğum kontrol yöntemi kullanmadığı %62'sinin (n=254) doğum kontrol yöntemi kullanmış olduğu; doğum kontrol yöntemi kullanmış olanların %26,8'inin (n=68) hormonal, %73,2'sinin (n=186) hormonal olmayan yöntemleri kullandıkları görüldü. Premenopozal katılımcıların %44,5'i herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmazken %55,5'i doğum kontrol yöntemi kullanmaktaydı. Perimenopozal dönemde olan katılımcıların ise %71,2'si herhangi bir yöntem kullanmazken %28,8'i doğum kontrol yöntemi (Bilateral tüp ligasyonu %40; rahim içi araç %26,7; kondom %26,7; kombine enjekte edilebilir kontraseptif %6,6) kullanmaktaydı. Premenopozal ve perimenopozal katılımcıların halen kullanmakta oldukları doğum kontrol yöntemleri Tablo 19'da izlenmektedir.

Tablo 19. Katılımcıların halen kullandığı yöntemler

Yöntem	N	%
Oral Kontraseptif	6	6,6
Rahim içi araç	45	49,5
Bilateral tüp ligasyonu	14	15,4
Kondom	18	19,8
Kombine enjekte edilebilir kontraseptifler	2	2,2
Spermisit	2	2,2
Progesteron içeren enjekte edilen kontraseptif	4	4,4
Toplam	106	100

Katılımcıların %50,5'inin (n=188) hiç kemik yoğunluğu ölçülmemiş, %49,5'inin (n=178) ise en az bir kez kemik yoğunluğu ölçülmüştü. Mamografi yapılmamış olanların oranı %47,6 (n=195), yapılmış olanların oranı ise %52,6 (n=215) idi. Katılımcıların %52,7'si

vajinal smear yaptırmış, %47,3'ü ise hiç vajinal smear yaptırmamıştı. Kadınların %54,1'i meme muayenesi için doktora gitmişti, %45,9'u ise hiç meme muayenesi yaptırmamıştı. Kendi kendine meme muayenesi oranları meme muayenesi oranları ile aynıydı. Katılımcıların tarama testleri yaptıрма durumları Şekil 14'de görülmektedir.



Şekil 14. Katılımcıların tarama testleri yaptıрма oranları

Katılımcılara menopoza doğal bir olay olarak görüp görmedikleri sorulduğunda %78'i (n=320) doğal bir olay olarak gördüğünü, %7,8'i (n=32) doğal bulmadığını ifade etti, %14,1'i (n=58) ise "bilmiyorum" şeklinde cevap verdi. Katılımcıların "Sizce menopoza nedir" sorusuna cevapları Tablo 20'de görülmektedir.

Tablo 20. Katılımcıların menopoza nedir sorusuna cevapları

Menopoza nedir?	N	%
Adetlerin sona ermesi	215	52,4
Yaşlılığın başlaması	23	5,6
Hayatta yeni bir dönem	26	6,3
Doğurganlığın sona ermesi	57	13,9
Kadınlığın sona ermesi	6	1,5
Fiziksel bir değişiklik	31	7,6
Doğal bir olay	42	10,2
Bilmiyorum	10	2,5
Toplam	410	100

N: Katılımcı sayısı.

Katılımcıların %81,5'inin (n=334) halen cinsel partneri vardı, %18,5'inin ise (n=76) cinsel partneri yoktu. Son bir ay içinde katılımcıların %77,1'i (n=316) cinsel ilişkiye girmişlerdi, son bir aydır cinsel ilişkisi olmayan kadınların cinsel olarak aktif olmama nedenleri Tablo 21'de görülmektedir.

Tablo 21. Cinsel olarak aktif olmayan katılımcıların nedenleri

Cinsel olarak aktif değilim çünkü	N	%
Partnerim yok	82	20,0
Cinsel ilişki ilgimi çekmiyor	1	0,2
Partnerim cinsel ilişki ile ilgilenmiyor	2	0,5
Cinsel ilişkiyi zorlaştıran fiziksel sorunlarım var	2	0,5
Partnerimin cinsel ilişkiyi zorlaştıran fiziksel sorunları var	4	1,0
Diğer	3	0,7
Toplam	94	22,9

N: Katılımcı sayısı.

Yaşam kalitesi değerlendirilmesi amacıyla uygulanan KSA ve SF-36 alt ölçeklerinin tüm katılımcılardaki genel ortalamaları Tablo 22 ve Tablo 23'te görülmektedir.

Tablo 22. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ortalamaları

KSA	N	Ortalama	SS
Depresyon	410	0,19	0,18
Somatik semptomlar	410	0,32	0,26
Hafıza	410	0,23	0,31
Vazomotor semptomlar	410	0,31	0,30
Anksiyete	410	0,23	0,26
Cinsellik	326	0,21	0,32
Uyku	410	0,26	0,22
Menstruasyon	410	0,27	0,22
Çekicilik	410	0,36	0,29

SS: Standart sapma, N: Katılımcı sayısı.

Tablo 23. Short Form 36 alt ölçekleri ortalamaları

SF-36	N	Ortalama	SS
Fiziksel fonksiyon	410	84,07	21,56
Fiziksel kısıtlılık	410	82,87	34,13
Duygusal kısıtlılık	410	81,31	36,07
Ağrı	410	72,18	19,86
Genel sağlık	410	67,24	17,43
Sosyal fonksiyon	410	79,54	17,79
Duygusal sağlık	410	73,63	13,22
Enerji	410	67,34	16,76

SS: Standart sapma, N: Katılımcı sayısı.

SF-36 Alt Ölçekleri İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri ile yaş değişkeninin karşılaştırılması: SF-36 alt ölçekleri ile yaş değişkeninin karşılaştırmaları Tablo 24’de görülmektedir.

a. SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile yaş gruplarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile yaş grupları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 88,7, $p<0,001$). Kırk-44 yaş ile 45-49 yaş grupları arasında SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları açısından anlamlı fark yoktu. Kırk-44 yaş ile 50-54 yaş ve 55-59 yaş grupları arasında fiziksel fonksiyon puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardı ve puan ortalamaları 40-44 yaş grubunda daha iyi idi. Kırkbeş-49 yaş grubu kadınların fiziksel fonksiyon ortalamaları 50-54 yaş ve 55-59 yaş gruplarından anlamlı olarak farklı idi ve fiziksel fonksiyon alt ölçeği 45-49 yaş grubunda daha iyiydi. Elli-54 yaş ve 55-59 yaş grupları fiziksel fonksiyon alt ölçeği arasında anlamlı fark yoktu.

b. SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile yaş gruplarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırıldığında yaş grupları ile SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 :19,5; $p<0,001$). Kırk-44 yaş, 45-49 yaş ile 50-54 yaş grupları arasında SF-36 fiziksel kısıtlılık ortalamaları açısından anlamlı fark yoktu. Kırk-44 yaş ile 55-59 yaş grupları arasında fiziksel kısıtlılık alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı ve ortalamaları 40-44 yaş grubunda daha iyiydi. Kırkbeş-49 yaş grubu kadınların fiziksel kısıtlılık ortalamaları 50-54 yaş ve 55-59 yaş gruplarından anlamlı olarak farklıydı ve fiziksel kısıtlılık alt ölçeği 45-49 yaş grubunda daha yüksekti. Elli-54 yaş ve 55-59 yaş gruplarının fiziksel kısıtlılık alt ölçekleri arasında anlamlı fark yoktu.

c. Katılımcıların SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırıldığında, SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmadı (Kruskal-Wallis χ^2 : 1,4, $p=0,696$).

d. Katılımcıların SF-36 ağrı alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 ağrı alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırıldığında, SF-36 ağrı alt ölçeği ile yaş grupları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 24,9, $p<0,001$). Kırk-44 yaş ile 45-49 yaş grupları arasında SF-36 ağrı alt ölçeği ortalamaları açısından anlamlı fark yoktu. Kırk-44 yaş ile 50-54 yaş ve 55-59 yaş grupları arasında ağrı alt ölçeği ortalamaları açısından anlamlı fark vardı ve ortalamaları 40-44 yaş grubunda daha iyi idi.

Tablo 24. Short Form 36 alt ölçekleri ile yaş gruplarının karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	Yaş grupları	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	40-44	138	92,57	13,71	88,7	<0,001
	45-49	121	89,01	15,69		
	50-54	87	79,08	20,97		
	55-59	64	63,13	29,32		
	Toplam	410	84,06	21,58		
Fiziksel kısıtlılık	40-44	138	86,59	30,23	19,5	<0,001
	45-49	121	89,25	29,37		
	50-54	87	75,29	39,34		
	55-59	64	73,05	39,16		
	Toplam	410	82,87	34,13		
Duygusal kısıtlılık	40-44	138	83,09	34,70	1,4	0,696
	45-49	121	80,99	36,72		
	50-54	87	82,37	35,16		
	55-59	64	76,56	39,25		
	Toplam	410	81,30	36,07		
Ağrı	40-44	138	76,50	19,72	24,9	<0,001
	45-49	121	73,86	19,97		
	50-54	87	68,94	18,94		
	55-59	64	64,10	18,36		
	Toplam	410	72,18	19,86		
Genel sağlık	40-44	138	68,48	17,97	9,0	0,03
	45-49	121	69,34	17,15		
	50-54	87	63,85	19,27		
	55-59	64	65,23	13,11		
	Toplam	410	67,24	17,43		
Sosyal fonksiyon	40-44	138	80,70	20,60	23,3	<0,001
	45-49	121	82,23	15,12		
	50-54	87	79,74	17,08		
	55-59	64	71,68	14,81		
	Toplam	410	79,54	17,79		
Duygusal sağlık	Hayır	138	72,49	14,99	6,7	0,082
	40-44	121	76,13	12,08		
	45-49	87	72,55	13,07		
	50-54	64	72,81	10,86		
	55-59	410	73,63	13,22		
Enerji	40-44	138	67,39	17,49	10,1	0,02
	45-49	121	69,79	16,86		
	50-54	87	62,59	18,69		
	55-59	64	69,06	9,75		
	Toplam	410	67,34	16,76		

SS: Standart sapma, N: Katılımcı sayısı.

Kırkbeş-49 yaş grubu kadınlar ile 50-54 yaş grubu arasında SF-36 ağrı alt ölçeği ortalamalarında anlamlı fark yoktu. Kırkbeş-49 yaş grubu SF-36 ağrı alt ölçeği, 55-59 yaş grubundan anlamlı olarak farklı idi ve 45-49 yaş grubunda daha iyiydi. Elli-54 yaş ve 55-59 yaş grupları ağrı alt ölçeği arasında anlamlı fark yoktu.

e. Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırıldığında, SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile yaş grupları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 9,0, $p=0,03$). Kırk-44 yaş ile diğer yaş grupları arasında SF-36 genel sağlık alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu. Kırkbeş-49 yaş ile 50-54 yaş ve 55-59 yaş grupları arasında genel sağlık alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı ve genel sağlık alt ölçeği 45-49 yaş grubunda daha iyi idi. Elli-54 yaş ve 55-59 yaş grupları genel sağlık alt ölçeği arasında anlamlı fark yoktu.

f. Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile yaş gruplarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırıldığında yaş grupları ile SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 22,4, $p<0,001$). Kırk-44 yaş, 45-49 yaş ve 50-54 yaş grupları arasında sosyal fonksiyon alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu. Ellibeş-59 yaş grubu sosyal fonksiyon alt ölçeği her üç yaş grubundan da anlamlı düzeyde kötüydü.

g. Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırıldığında yaş grupları ile SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Kruskal-Wallis χ^2 : 6,7, $p=0,082$).

h. Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile yaş gruplarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile yaş grupları karşılaştırıldığında yaş grupları ile SF-36 enerji alt ölçeği arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 10,1; $p=0,02$). Kırk-44 yaş grubu ile diğer yaş grupları arasında enerji alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu. Kırkbeş-49 yaş grubu ile 50-54 yaş grubunun enerji alt ölçeği ortalamaları anlamlı olarak farklıydı ve 50-54 yaş grubunun enerji alt ölçeği ortalamaları daha kötüydü. Ellibeş-59 yaş grubunun enerji alt ölçeği ile diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

SF-36 alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması: SF-36 alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması Tablo 25'te gösterilmiştir.

a. SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile eğitim durumları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-

Wallis χ^2 : 34,4, $p<0,001$). Eğitimsiz olan grupla diğer üç grup arasında fiziksel fonksiyon alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı, eğitimsiz olanların fiziksel fonksiyon alt ölçeği ortalaması diğer gruplardan düşüktü. İlkokul mezunu olanlarla, ortaokul veya lise mezunu olan grup arasında fiziksel fonksiyon açısından anlamlı fark vardı ve ilkokul mezunu olanların fiziksel fonksiyon alt ölçeği daha kötüydü. Ortaokul veya lise mezunu olanlarla yüksekokul veya üniversite mezunu olanların fiziksel fonksiyon alt ölçekleri arasında anlamlı fark yoktu.

b. SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile eğitim durumları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 26,5, $p<0,001$). Eğitimsiz olan grupla, ilkokul mezunu olan grup ve ortaokul veya lise mezunu olan grup arasında fiziksel kısıtlılık durumları açısından anlamlı fark vardı, eğitimsiz olanların fiziksel kısıtlılık alt ölçeği diğer gruplardan daha kötüydü. Diğer gruplar arasında fiziksel kısıtlılık alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu.

c. SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırıldığında, SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile eğitim durumları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 14,8, $p=0,002$). Eğitimsiz olan grupla ilkokul mezunu olan grup arasında duygusal kısıtlılık alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu. Ortaokul veya lise mezunu olan grupla eğitimsiz olan grup ve yüksekokul veya üniversite mezunu olanlar arasında duygusal kısıtlılık durumları açısından anlamlı fark vardı, ortaokul veya lise mezunu olanların duygusal kısıtlılık alt ölçeği diğer gruplardan daha iyiydi. Diğer gruplar arasında duygusal kısıtlılık alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu.

d. SF-36 ağrı alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 ağrı alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırıldığında, SF-36 ağrı alt ölçeği ile eğitim durumları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 31,8, $p<0,001$). Ortaokul veya lise mezunu olanlarla, yüksekokul veya üniversite mezunu olanlar arasında ağrı alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu. Diğer tüm grupların SF-36 ağrı alt ölçeği anlamlı olarak farklıydı. Eğitim alt ölçeği iyileştikçe ağrı alt ölçeği de iyileşmekteydi.

e. Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile eğitim durumları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 21,1, $p<0,001$). Eğitimsiz olan grupla, ilkokul mezunu ve ortaokul veya lise mezunu olan grup arasında genel sağlık alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı, eğitimsiz grubun genel sağlık alt

ölçeği diğer iki gruptan daha kötüydü. Diğer gruplar arasında genel sağlık alt ölçekleri açısından anlamlı fark yoktu.

f. Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, eğitim durumları ile SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 10,5, p=0,015). Eğitimsiz olan grupla yüksekokul veya üniversite mezunu olanlar arasında anlamlı fark vardı, eğitimsiz olanların sosyal fonksiyonları daha kötüydü.

g. Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 21,5, p<0,001). Eğitimsiz grupla ilkokul mezunu olan grubun duygusal sağlık alt ölçeği arasında anlamlı fark yoktu. Eğitimsiz olan grupla, ortaokul veya lise mezunu olan grup ve yüksekokul veya üniversite mezunu olan grupların duygusal sağlık durumları anlamlı olarak farklıydı. Eğitimsiz olan grubun duygusal sağlık alt ölçeği diğerlerinden daha kötü idi. İlkokul mezunu olanların duygusal sağlık alt ölçeği ortaokul veya lise mezunu olan gruptan anlamlı olarak farklıydı. İlkokul mezunu grubun duygusal sağlık alt ölçeği daha kötüydü. Diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

h. Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile eğitim durumları karşılaştırıldığında, SF-36 enerji alt ölçeği ile eğitim durumları arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 18,7, p<0,001). Eğitimsiz olan grupla, ortaokul veya lise mezunu olan grubun enerji durumları arasında anlamlı düzeyde fark vardı. Eğitimsiz olan grubun enerji alt ölçeği daha kötüydü. Diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

SF-36 alt ölçekleri ile katılımcıların medeni durumunun karşılaştırılması: SF-36 alt ölçekleri ile katılımcıların medeni durumlarının karşılaştırılması Tablo 26'da gösterilmiştir.

a. SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile medeni durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile medeni durumları karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile medeni durumları arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 11202, p=0,099).

b. SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile medeni durum karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile medeni durumları karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile medeni durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U:

Tablo 25. Short Form 36 alt ölçekleri ile eğitim durumu karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	Eğitim durumu	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	Eğitimsiz	18	59,17	34,78	34,4	<0,001
	İlkokul	198	81,24	22,03		
	Ortaokul-lise	155	89,74	17,66		
	Yüksekokul-üniversite	39	87,31	14,59		
	Toplam	410	84,06	21,58		
Fiziksel kısıtlılık	Eğitimsiz	18	51,38	45,76	26,5	<0,001
	İlkokul	198	81,43	34,35		
	Ortaokul-lise	155	90,80	25,96		
	Yüksekokul-üniversite	39	73,07	43,82		
	Toplam	410	82,86	34,13		
Duygusal kısıtlılık	Eğitimsiz	18	64,81	41,97	14,8	0,002
	İlkokul	198	81,48	36,09		
	Ortaokul-lise	155	85,81	33,32		
	Yüksekokul-üniversite	39	70,09	40,32		
	Toplam	410	81,30	36,07		
Ağrı	Eğitimsiz	18	50,42	21,63	31,8	<0,001
	İlkokul	198	69,57	18,92		
	Ortaokul-lise	155	76,21	18,77		
	Yüksekokul-üniversite	39	79,49	19,19		
	Toplam	410	72,18	19,86		
Genel sağlık	Eğitimsiz	18	51,39	18,61	21,1	<0,001
	İlkokul	198	66,52	17,08		
	Ortaokul-lise	155	70,71	17,02		
	Yüksekokul-üniversite	39	64,49	15,80		
	Toplam	410	67,24	17,43		
Sosyal fonksiyon	Eğitimsiz	18	65,97	27,39	10,5	0,015
	İlkokul	198	78,79	16,89		
	Ortaokul-lise	155	81,37	14,69		
	Yüksekokul-üniversite	39	82,37	24,62		
	Toplam	410	79,54	17,79		
Duygusal sağlık	Eğitimsiz	18	65,33	11,31	21,5	<0,001
	İlkokul	198	72,44	12,74		
	Ortaokul-lise	155	76,05	12,57		
	Yüksekokul-üniversite	39	73,85	16,69		
	Toplam	410	73,63	13,22		
Enerji	Eğitimsiz	18	57,50	15,17	18,7	<0,001
	İlkokul	198	66,29	17,01		
	Ortaokul-lise	155	70,32	15,44		
	Yüksekokul-üniversite	39	65,38	19,07		
	Toplam	410	67,34	16,76		

SS: Standart sapma, N: Katılımcı sayısı.

10464, $p<0,001$). Katılımcılardan evli olanların evli olmayanlara göre SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ortalamaları daha iyiydi.

c. SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile medeni durum karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile medeni durum karşılaştırıldığında, SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile medeni durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 10135, $p<0,001$). Katılımcılardan evli olanların evli olmayanlara göre, SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ortalamaları daha yüksekti.

d. SF-36 ağrı alt ölçeği ile medeni durum karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 ağrı alt ölçeği ile medeni durumları karşılaştırıldığında, SF-36 ağrı alt ölçeği ile medeni durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 10279, $p=0,009$). Katılımcılardan evli olanların, evli olmayanlara göre SF-36 ağrı alt ölçeği ortalamaları yüksekti.

Tablo 26. Short Form 36 alt ölçekleri ile medeni durumunun karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	Medeni durum	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel fonksiyon	Yalnız	76	81,38	22,53	11202	0,099
	Evli	334	84,67	21,34		
	Toplam	410	84,06	21,58		
Fiziksel kısıtlılık	Yalnız	76	74,67	37,30	10464	<0,001
	Evli	334	84,73	33,15		
	Toplam	410	82,87	34,13		
Duygusal kısıtlılık	Yalnız	76	69,30	41,73	10135	<0,001
	Evli	334	84,03	34,14		
	Toplam	410	81,30	36,07		
Ağrı	Yalnız	76	67,43	19,17	10279	0,009
	Evli	334	73,26	19,88		
	Toplam	410	72,18	19,86		
Genel sağlık	Yalnız	76	65,26	15,42	11176	0,103
	Evli	334	67,69	17,85		
	Toplam	410	67,24	17,43		
Sosyal fonksiyon	Yalnız	76	73,03	17,21	9129	<0,001
	Evli	334	81,03	17,62		
	Toplam	410	79,54	17,79		
Duygusal sağlık	Yalnız	76	69,63	12,79	12399	0,001
	Evli	334	74,54	13,17		
	Toplam	410	73,63	13,22		
Enerji	Yalnız	76	63,88	14,98	13151	0,008
	Evli	334	68,13	17,07		
	Toplam	410	67,34	16,76		

SS: Standart sapma, N: Katılımcı sayısı.

e. SF-36 genel sağlık alt leği ile medeni durum karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt leği ile medeni durumları karşılaştırıldığında, SF-36 genel sağlık alt leği ile medeni durumları arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 11176, $p=0,103$).

f. SF-36 sosyal fonksiyon alt leği ile medeni durum karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt leği ile medeni durumları karşılaştırıldığında, medeni durumları ile SF-36 sosyal fonksiyon alt leği arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 9129, $p<0,001$). Katılımcılardan evli olmayanların evli olanlara göre SF-36 sosyal fonksiyon alt leği ortalamaları daha düşüktü.

g. SF-36 duygusal sağlık alt leği ile medeni durum karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt leği ile medeni durumları karşılaştırıldığında, medeni durumları ile SF-36 duygusal sağlık alt leği arasında anlamlı bir fark saptandı (Mann-Whitney U: 12399, $p=0,001$). Evli olanların duygusal sağlık alt leği ortalamaları evli olmayanlardan daha iyiydi.

h. SF-36 enerji alt leği ile medeni durum karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 enerji alt leği ile medeni durumları karşılaştırıldığında, SF-36 enerji alt leği ile medeni durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 13151, $p=0,008$). Katılımcılardan evli olanların evli olmayanlara göre SF-36 enerji alt leği ortalamaları da daha iyiydi.

SF-36 alt ölçekleri ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: SF-36 alt ölçekleri ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması Tablo 27’de gösterilmiştir.

a. SF-36 fiziksel fonksiyon alt leği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt leği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunu karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel fonksiyon alt leği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunu arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 17090, $p=0,141$).

b. SF-36 fiziksel kısıtlılık alt leği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel kısıtlılık alt leği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 18622, $p=0,926$).

Tablo 27. Short Form 36 alt ölçekleri ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	Herhangi bir işte çalışmış olma	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel fonksiyon	Çalışmamış	273	82,47	23,33	17090	0,141
	Çalışmış	137	87,22	17,22		
	Toplam	410	84,06	21,57		
Fiziksel kısıtlılık	Çalışmamış	273	82,87	33,72	18622	0,926
	Çalışmış	137	82,84	35,06		
	Toplam	410	82,87	34,13		
Duygusal kısıtlılık	Çalışmamış	273	80,95	37,21	18513	0,825
	Çalışmış	137	81,99	33,82		
	Toplam	410	81,30	36,07		
Ağrı	Çalışmamış	273	70,92	20,01	16619	0,064
	Çalışmış	137	74,71	19,37		
	Toplam	410	72,18	19,86		
Genel sağlık	Çalışmamış	273	67,16	18,16	18527	0,878
	Çalışmış	137	67,41	15,94		
	Toplam	410	67,24	17,43		
Sosyal fonksiyon	Çalışmamış	273	79,44	17,52	18405	0,789
	Çalışmış	137	79,74	18,39		
	Toplam	410	79,54	17,79		
Duygusal sağlık	Çalışmamış	273	73,49	12,86	18117	0,604
	Çalışmış	137	73,90	13,97		
	Toplam	410	73,63	13,22		
Enerji	Çalışmamış	273	67,09	16,96	18470	0,838
	Çalışmış	137	67,85	16,42		
	Toplam	410	67,34	16,76		

SS: Standart sapma, N: Katılımcı sayısı.

c. SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 18513, p=0,825).

d. SF-36 ağrı alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 ağrı alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 16619, p=0,064).

e. Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile

katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında, SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 18527, p=0,878).

f. Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında, SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 18405, p=0,789).

g. Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında, SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 18117, p=0,604).

h. Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında, SF-36 enerji alt ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu arasında anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 18470, p=0,838).

SF-36 alt ölçekleri ile katılımcıların sosyoekonomik düzeylerinin karşılaştırılması: SF-36 alt ölçekleri ile katılımcıların sosyoekonomik düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 28’de gösterilmiştir.

a. SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların SED’lerinin karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların SED’leri karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile SED’lerinin arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 8,42, p=0,015). SED’i çok iyi-iyi olan grupla SED’i orta olan grubun fiziksel fonksiyon alt ölçeği arasında anlamlı fark vardı, SED’i kötü olanların fiziksel fonksiyon alt ölçeği ortalamaları daha kötüydü. Diğer grupların fiziksel fonksiyon alt ölçekleri arasında anlamlı fark yoktu.

b. SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların SED’lerinin karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların SED’leri karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların SED’leri arasında anlamlı fark saptanmadı (Kruskal-Wallis χ^2 : 2,58, p=0,275).

Tablo 28. Short Form 36 alt ölçekleri ile katılımcıların sosyoekonomik düzeylerinin karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	SED	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	Çok iyi-iyi	86	85,93	17,09	8,42	0,015
	Orta	119	87,90	19,04		
	Kötü	205	81,05	24,15		
	Toplam	410	84,06	21,58		
Fiziksel kısıtlılık	Çok iyi-iyi	86	82,56	35,99	2,58	0,275
	Orta	119	86,55	30,67		
	Kötü	205	80,85	35,21		
	Toplam	410	82,87	34,13		
Duygusal kısıtlılık	Çok iyi-iyi	86	80,23	36,65	0,32	0,853
	Orta	119	82,07	35,99		
	Kötü	205	81,30	36,04		
	Toplam	410	81,30	36,07		
Ağrı	Çok iyi-iyi	86	74,85	19,75	13,37	0,001
	Orta	119	76,24	19,91		
	Kötü	205	68,71	19,33		
	Toplam	410	72,18	19,86		
Genel sağlık	Çok iyi-iyi	86	66,63	18,21	0,35	0,837
	Orta	119	67,60	19,52		
	Kötü	205	67,30	15,83		
	Toplam	410	67,24	17,43		
Sosyal fonksiyon	Çok iyi-iyi	86	83,28	20,79	20,11	<0,001
	Orta	119	82,56	16,05		
	Kötü	205	76,22	16,84		
	Toplam	410	79,54	17,79		
Duygusal sağlık	Çok iyi-iyi	86	82,56	35,99	7,99	0,018
	Orta	119	86,55	30,67		
	Kötü	205	80,85	35,21		
	Toplam	410	82,87	34,13		
Enerji	Çok iyi-iyi	86	68,55	19,63	3,91	0,141
	Orta	119	68,61	17,33		
	Kötü	205	66,10	15,04		
	Toplam	410	67,34	16,76		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

c. SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların SED'lerinin karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile SED'leri karşılaştırıldığında, SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların SED'ler arasında anlamlı fark saptanmadı (Kruskal-Wallis χ^2 : 0,32, p=0,853).

d. SF-36 ağrı alt ölçeği ile katılımcıların SED'lerinin karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 ağrı alt ölçeği ile katılımcıların SED'leri karşılaştırıldığında, SF-36 ağrı alt ölçeği ile

katılımcıların SED'leri arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 13,37, p=0,001). SED'i kötü olan grupla diğer iki grup arasında ağrı alt ölçeği ortalamaları açısından anlamlı fark vardı, ağrı alt ölçeği ortalamaları her iki gruptan daha kötüydü. SED'i çok iyi-iyi olanlarla SED'i orta olanların SF-36 ağrı alt ölçekleri arasında anlamlı fark yoktu.

e. SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile SED'lerinin karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile SED'leri karşılaştırıldığında, SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile katılımcıların SED'leri arasında anlamlı fark saptanmadı (Kruskal-Wallis χ^2 : 0,35, p=0,837).

f. Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile SED'lerinin karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile SED'leri karşılaştırıldığında, SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile SED'leri arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 20,11, p<0,001). SED'i kötü olanların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ortalamaları diğerlerinden daha kötüydü. SED'i çok iyi-iyi olanlarla SED'i orta olanların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçekleri arasında anlamlı fark yoktu.

g. SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile SED karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile SED'leri karşılaştırıldığında, SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile katılımcıların SED'leri arasında anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 7,99, p<0,018). SED'i orta olan grupla diğer iki grubun duygusal sağlık alt ölçekleri arasında anlamlı fark vardı. SED'i orta olan grubun duygusal sağlık alt ölçeği ortalamaları diğer iki gruptan da daha iyiydi. SED'i çok iyi-iyi olanlarla SED'i kötü olanların duygusal sağlık alt ölçekleri arasında anlamlı fark yoktu.

h. Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile SED'lerinin karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile SED'leri karşılaştırıldığında, SF-36 enerji alt ölçeği ile SED'leri arasında anlamlı fark saptanmadı (Kruskal-Wallis χ^2 : 3,91, p=0,141).

SF-36 alt ölçekleri ile katılımcıların menopoza durumlarının karşılaştırılması: SF-36 alt ölçekleri ile katılımcıların menopoza durumlarının karşılaştırılması Tablo 29'da gösterilmiştir

a. SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların menopoza durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların menopoza durumları karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların menopoza durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 8249, p<0,001). Katılımcılardan premenopoza olanların SF-36 fonksiyonel alt ölçeği ortalamaları peri/postmenopoza olanlara göre daha iyiydi.

Tablo 29. Short Form 36 alt ölçekleri ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	Menopozal durum	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel fonksiyon	Premenopozal	164	94,67	12,46	8249	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	76,99	23,42		
	Toplam	410	84,06	21,58		
Fiziksel kısıtlılık	Premenopozal	164	94,21	21,02	14962	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	75,30	38,83		
	Toplam	410	82,87	34,13		
Duygusal kısıtlılık	Premenopozal	164	85,98	32,81	17972	0,012
	Peri/postmenopozal	246	78,18	37,83		
	Toplam	410	81,30	36,07		
Ağrı	Premenopozal	164	78,57	18,40	13679	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	67,93	19,68		
	Toplam	410	72,18	19,85		
Genel sağlık	Premenopozal	164	71,71	15,99	15038	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	64,27	17,74		
	Toplam	410	67,24	17,43		
Sosyal fonksiyon	Premenopozal	164	83,00	15,90	16441	0,001
	Peri/postmenopozal	246	77,24	18,63		
	Toplam	410	79,54	17,79		
Duygusal sağlık	Premenopozal	164	75,88	12,44	15965	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	72,13	13,54		
	Toplam	410	73,63	13,22		
Enerji	Premenopozal	164	71,95	14,41	14288	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	64,27	17,53		
	Toplam	410	67,34	16,76		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

b. SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları karşılaştırıldığında, SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 14962, $p<0,001$). Katılımcılardan premenopozal olanların SF-36 fiziksel kısıtlılık alt ölçeği peri/postmenopozal olanlara göre iyiydi.

c. SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları karşılaştırıldığında, SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 17972, $p=0,012$).

Katılımcılardan premenopozal olanların SF-36 duygusal kısıtlılık alt ölçeği ortalamaları peri/postmenopozal olanlara göre iyiydi.

d. SF-36 ağrı alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 ağrı alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları karşılaştırıldığında, SF-36 ağrı alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 13679, $p<0,001$). Katılımcılardan premenopozal olanların SF-36 ağrı alt ölçeği ortalamaları peri/postmenopozal olanlara göre iyiydi.

e. Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile menopozal durumları karşılaştırıldığında, SF-36 genel sağlık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 15038, $p<0,001$). Katılımcılardan premenopozal olanların SF-36 genel sağlık alt ölçeği ortalamaları peri/postmenopozal olanlara göre iyiydi.

f. Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları karşılaştırıldığında, SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 16441, $p=0,001$). Premenopozal olan katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt ölçeği ortalamaları peri/postmenopozal olanlara göre iyiydi.

g. Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları karşılaştırıldığında, SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 15965, $p<0,001$). Katılımcılardan premenopozal olanların SF-36 duygusal sağlık alt ölçeği peri/postmenopozal olanlara göre iyiydi.

h. Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların SF-36 enerji alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları karşılaştırıldığında, SF-36 enerji alt ölçeği ile katılımcıların menopozal durumları arasında anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 14288, $p<0,001$). Katılımcılardan premenopozal olanların SF-36 enerji alt ölçeği peri/postmenopozal olanlara göre iyiydi.

KSA Alt Ölçekleri İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

KSA alt ölçekleri ile yaş gruplarının karşılaştırılması: KSA alt ölçekleri ile yaş gruplarının karşılaştırılması Tablo 30'da gösterilmiştir.

a. Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında depresyon alt ölçeği açısından anlamlı fark saptanmadı (Kruskal-Wallis χ^2 : 0,49, p=0,92).

b. Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında somatik semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 18,62, p<0,001). Kırkbeş-49 yaş grubu katılımcılar ile, 50-54 yaş grupları arasında somatik semptom alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. Kırkbeş-49 yaş grubu somatik semptom ortalamaları daha iyi iken 50-54 yaş grubu somatik semptom ortalaması daha kötüydü. Diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

c. Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında hafıza-dikkat alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 16,11, p=0,001). Ellibeş-59 yaş grubu katılımcılar ile, 40-44 ve 50-54 yaş grupları arasında hafıza-dikkat alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. Ellibeş-59 yaş grubu hafıza-dikkat ortalamaları her iki gruptan da daha iyi idi.

d. Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında vazomotor semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 101,22, p<0,001). Kırk-44 yaş grubu katılımcılar ile, diğer üç yaş grubu arasında vazomotor semptom alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. Yaş arttıkça vazomotor semptom ortalamaları kötüleşiyordu. Kırkbeş-49 yaş grubu ile diğer iki grup arasında da vazomotor semptom ortalamaları açısından anlamlı fark vardı. Yine yaş arttıkça vazomotor semptom ortalamaları kötüleşiyordu. Elli-54 yaş grubu ve 55-59 yaş grubu arasında ise arasında anlamlı fark yoktu.

e. Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında

Tablo 30. Kadın sağılığı anketi alt ölçekleri ile yaş gruplarının karşılaştırılması

KSA alt ölçekleri	Yaş grupları	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Depresyon	40-44	138	0,18	0,18	0,49	0,920
	45-49	121	0,19	0,21		
	50-54	87	0,18	0,17		
	55-59	64	0,18	0,14		
	Toplam	410	0,18	0,18		
Somatik semptom	40-44	138	0,30	0,26	18,6	<0,001
	45-49	121	0,26	0,28		
	50-54	87	0,39	0,23		
	55-59	64	0,33	0,22		
	Toplam	410	0,31	0,26		
Hafıza-dikkat	40-44	138	0,24	0,31	16,11	0,001
	45-49	121	0,22	0,31		
	50-54	87	0,32	0,34		
	55-59	64	0,11	0,20		
	Toplam	410	0,23	0,31		
Vazomotor semptom	40-44	138	0,15	0,24	101,22	<0,001
	45-49	121	0,26	0,29		
	50-54	87	0,43	0,27		
	55-59	64	0,56	0,21		
	Toplam	410	0,31	0,29		
Anksiyete	40-44	138	0,23	0,26	1,23	0,744
	45-49	121	0,22	0,26		
	50-54	87	0,22	0,25		
	55-59	64	0,26	0,26		
	Toplam	410	0,23	0,26		
Cinsellik	40-44	116	0,11	0,23	48,51	<0,001
	45-49	105	0,17	0,28		
	50-54	67	0,40	0,35		
	55-59	38	0,27	0,25		
	Toplam	326	0,21	0,30		
Uyku	Hayır	138	0,24	0,32	7,15	0,067
	40-44	121	0,22	0,31		
	45-49	87	0,35	0,37		
	50-54	64	0,27	0,28		
	55-59	410	0,26	0,32		
Menstruasyon	40-44	138	0,28	0,24	3,31	0,346
	45-49	121	0,25	0,21		
	50-54	87	0,27	0,22		
	55-59	64	0,29	0,17		
	Toplam	410	0,27	0,21		
Çekicilik	40-44	138	0,30	0,28	24,97	<0,001
	45-49	121	0,33	0,30		
	50-54	87	0,43	0,30		
	55-59	64	0,48	0,23		
	Toplam	410	0,36	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

gruplar arasında anksiyete alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Kruskal-Wallis χ^2 : 1,23, p=0,74).

f. Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında cinsellik alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 48,51, p<0,001). Kırk-44 yaş grubu katılımcılar ile, 45-49 yaş grubu arasında anlamlı fark yok iken, diğer iki yaş grubu arasında cinsellik alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. Kırkbeş-49 yaş grubu ile 50-54 yaş grubu arasında cinsellik alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. Diğer yaş grupları arasında ise anlamlı fark yoktu.

g. Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında uyku alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Kruskal-Wallis χ^2 : 7,15, p=0,067).

h. Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında menstruasyon alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Kruskal-Wallis χ^2 : 3,31, p=0,34).

i. Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği puanları ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasında çekicilik alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 24,97, p<0,001). Kırk-44 yaş grubu ile 45-49 yaş grubu arasında çekicilik alt ölçeğinde anlamlı fark yoktu. Kırk-44 yaş grubu katılımcılar ile, diğer iki yaş grubu arasında ise çekicilik alt ölçeğinde anlamlı fark vardı ve yaş arttıkça çekicilik ortalamaları kötüleşiyordu. Kırkbeş-49 yaş grubu ile 55-59 yaş grubu arasında çekicilik alt ölçeği ortalamalarında anlamlı fark vardı, 55-59 yaş grubunun çekicilik ortalaması daha kötüydü. Diğer yaş grupları arasında ise çekicilik alt ölçeğinde anlamlı fark yoktu.

KSA alt ölçekleri ile eğitim durumlarının karşılaştırılması: KSA alt ölçekleri ile eğitim durumlarının karşılaştırılması Tablo 31’de gösterilmiştir.

a. Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında depresyon alt ölçeği açısından anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 2,81, p=0,005). Katılımcılardan ortaokul veya lise mezunu olan grupla, eğitimsiz ve ilkokul mezunu olan grup arasında anlamlı fark vardı. Her iki grubun depresyon

ortalaması ortaokul veya lise mezunu olanlardan daha kötüydü. Diğer gruplar arasında depresyon alt ölçeğinde anlamlı fark yoktu.

b. Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında somatik semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 28,05, $p<0,001$). Katılımcılardan eğitimsiz olan grup ile, ilkokul mezunu ve ortaokul veya lise mezunu olanlar arasında somatik semptom alt ölçeğinde anlamlı fark vardı, eğitimsiz grubun somatik semptom ortalamaları diğer iki gruptan da daha kötüydü. Ortaokul veya lise mezunu grup somatik semptom ortalamaları hem ilkokul mezunu olanlardan hem de yüksekokul veya üniversite mezunu olanlarda farklıydı ve daha iyiydi. Diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

c. Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında hafıza-dikkat alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 15,28, $p=0,002$). Katılımcılardan eğitimsiz grup ile, ilkokul mezunu ve ortaokul veya lise mezunu olanlar arasında hafıza-dikkat alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. Eğitimsiz olan grubun hafıza-dikkat ortalamaları her iki gruptan da daha kötüydü. Diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

d. Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında vazomotor semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 33,49, $p<0,001$). Katılımcılardan eğitimsiz grupla ilkokul mezunu olan grup arasında vazomotor semptom alt ölçeğinde anlamlı fark yoktu. Eğitimsiz grubun vazomotor semptom ortalamaları ortaokul veya lise mezunu olanlardan da yüksekokul veya üniversite mezunu olanlardan da anlamlı olarak farklıydı. Vazomotor semptom ortalamaları her iki gruptan da daha kötüydü. İlkokul mezunu olanların vazomotor semptom ortalamaları ortaokul veya lise mezunu olanlar ve yüksekokul veya üniversite mezunu olanlardan farklıydı ve daha kötüydü. Ortaokul veya lise mezunu olanlar ve yüksekokul veya üniversite mezunu olanlar arasında ise arasında anlamlı fark yoktu.

e. Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında anksiyete alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 18,19, $p<0,001$). Ortaokul veya lise mezunu olanların anksiyete alt ölçeği

Tablo 31. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile eğitim durumlarının karşılaştırılması

KSA alt lekleri	Eğitim durumu	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Depresyon	Eğitimsiz	18	0,31	0,27	12,81	0,005
	İlkokul	198	0,20	0,18		
	Ortaokul-Lise	155	0,15	0,16		
	Yüksekokul-niversite	39	0,20	0,19		
	Toplam	410	0,19	0,18		
Somatik semptom	Eğitimsiz	18	0,50	0,22	28,05	<0,001
	İlkokul	198	0,34	0,25		
	Ortaokul-Lise	155	0,24	0,25		
	Yüksekokul-niversite	39	0,37	0,28		
	Toplam	410	0,31	0,26		
Hafıza-dikkat	Eğitimsiz	18	0,44	0,34	15,28	0,002
	İlkokul	198	0,23	0,31		
	Ortaokul-Lise	155	0,19	0,29		
	Yüksekokul-niversite	39	0,32	0,31		
	Toplam	410	0,23	0,31		
Vazomotor semptom	Eğitimsiz	18	0,51	0,23	33,49	<0,001
	İlkokul	198	0,37	0,29		
	Ortaokul-Lise	155	0,23	0,27		
	Yüksekokul-niversite	39	0,21	0,27		
	Toplam	410	0,31	0,29		
Anksiyete	Eğitimsiz	18	0,43	0,32	18,19	0,001
	İlkokul	198	0,25	0,25		
	Ortaokul-Lise	155	0,18	0,24		
	Yüksekokul-niversite	39	0,23	0,23		
	Toplam	410	0,23	0,26		
Cinsellik	Eğitimsiz	8	0,46	0,39	17,24	<0,001
	İlkokul	154	0,25	0,32		
	Ortaokul-Lise	130	0,12	0,20		
	Yüksekokul-niversite	34	0,28	0,38		
	Toplam	326	0,21	0,29		
Uyku	Eğitimsiz	18	0,46	0,31	18,48	<0,001
	İlkokul	198	0,27	0,32		
	Ortaokul-Lise	155	0,21	0,31		
	Yüksekokul-niversite	39	0,38	0,35		
	Toplam	410	0,26	0,32		
Menstruasyon	Eğitimsiz	18	0,33	0,17	4,18	0,243
	İlkokul	198	0,26	0,20		
	Ortaokul-Lise	155	0,28	0,23		
	Yüksekokul-niversite	39	0,24	0,21		
	Toplam	410	0,27	0,22		
Çekicilik	Eğitimsiz	18	0,61	0,29	20,52	<0,001
	İlkokul	198	0,39	0,28		
	Ortaokul-Lise	155	0,30	0,29		
	Yüksekokul-niversite	39	0,36	0,29		
	Toplam	410	0,36	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

ortalamları, eğitimsiz olanlar ve ilkokul mezunu olanlardan anlamlı olarak farklıydı ve daha iyiydi. Diğer gruplar arasında anksiyete alt ölçeğinde anlamlı fark yoktu.

f. Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında cinsellik alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 17,24, p=0,001). Ortaokul veya lise mezunu olanlar ile, eğitimsiz olan grup ve ilkokul mezunu olanlar arasında anlamlı fark vardı. Ortaokul veya lise mezunu olanların cinsellik alt ölçeğinde ortalamları her iki gruptan da daha iyiydi. Diğer gruplar arasında ise cinsellik alt ölçeğinde anlamlı fark yoktu.

g. Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında uyku alt ölçeği açısından anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 18,48, p<0,001). Katılımcılardan eğitimsiz olan grupla, ilkokul mezunu olanlar ve ortaokul veya lise mezunu olanlar arasında uyku alt ölçeği ortalamlarında anlamlı fark vardı. Eğitimsiz olanların uyku alt ölçeği ortalamları her iki gruptan da daha kötüydü. Ortaokul veya lise mezunu olanlarla, yüksekokul veya üniversite mezunu olanlar arasında uyku alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. Ortaokul veya lise mezunu olanların uyku alt ölçeği ortalamları daha iyiydi. Diğer gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

h. Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında menstruasyon alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Kruskal-Wallis χ^2 : 4,18, p=0,243).

i. Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği ortalamları ile eğitim durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği puanları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında çekicilik alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 20,52, p<0,001). Katılımcılardan eğitimsiz olan grupla diğer üç grup arasında çekicilik alt ölçeğinde anlamlı fark vardı ve eğitimsiz grubun çekicilik alt ölçeği ortalamları daha kötüydü. İlkokul mezunu olanlarla ortaokul veya lise mezunu olanlar arasında çekicilik alt ölçeği ortalamlarında anlamlı fark vardı, ilkokul mezunu olan grubun çekicilik ortalaması daha kötüydü. Diğer gruplar arasında ise çekicilik alt ölçeğinde anlamlı fark yoktu.

KSA alt ölçekleri ile medeni durumun karşılaştırılması: KSA alt ölçekleri ile katılımcıların medeni durum karşılaştırılması Tablo 32’de verilmiştir.

a. Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında depresyon alt ölçeği açısından anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 9287, $p<0,001$). Evli olanların depresyon alt ölçeği ortalamaları evli olmayanlardan daha iyiydi.

b. Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında somatik semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 12230, $p=0,615$).

c. Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında hafıza-dikkat alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 10947, $p=0,040$). Katılımcılardan evli olanların hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları evli olmayanlardan daha kötüydü.

d. Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında vazomotor semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 10134, $p=0,003$). Katılımcılardan evli olanların vazomotor semptom ortalamaları evli olmayanlardan daha iyiydi.

e. Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında anksiyete alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 10095, $p=0,003$). Evli olanların anksiyete alt ölçeği ortalamaları, evli olmayanlardan daha iyiydi.

f. Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Evli olmayan katılımcılar cinsellikle ilgili soruları yanıtlamadıkları için bu alt ölçek evli olan ve olmayan gruplar arasında değerlendirilemedi.

g. Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında uyku alt ölçeği açısından anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 10032, $p=0,002$). Katılımcılardan evli olan grubun uyku alt ölçeği ortalamaları evli olmayanlardan daha iyiydi.

h. Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında menstruasyon alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 11809, p=0,320).

i. Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği puanları ile medeni durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında çekicilik alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 9159, p<0,001). Katılımcılardan evli olanların çekicilik alt ölçeği ortalamaları evli olmayanlardan daha iyiydi.

Tablo 32. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile katılımcıların medeni durumunun karşılaştırılması

KSA alt ölçekleri	Medeni durum	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Depresyon	Yalnız	76	0,24	0,17	9287	<0,001
	Evli	334	0,17	0,18		
	Toplam	410	0,18	0,18		
Somatik semptom	Yalnız	76	0,32	0,23	12230	0,615
	Evli	334	0,31	0,26		
	Toplam	410	0,31	0,26		
Hafıza-dikkat	Yalnız	76	0,16	0,25	10947	0,040
	Evli	334	0,25	0,32		
	Toplam	410	0,23	0,31		
Vazomotor semptom	Yalnız	76	0,40	0,29	10134	0,003
	Evli	334	0,29	0,29		
	Toplam	410	0,31	0,30		
Anksiyete	Yalnız	76	0,31	0,28	10095	0,003
	Evli	334	0,21	0,25		
	Toplam	410	0,23	0,26		
Uyku	Yalnız	76	0,36	0,34	10032	0,002
	Evli	334	0,24	0,31		
	Toplam	410	0,26	0,32		
Menstruasyon	Yalnız	76	0,28	0,19	11809	0,320
	Evli	334	0,27	0,22		
	Toplam	410	0,27	0,22		
Çekicilik	Yalnız	76	0,48	0,27	9159	<0,001
	Evli	334	0,34	0,29		
	Toplam	410	0,36	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

KSA alt ölçekleri ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: KSA alt ölçekleri ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması Tablo 33’te verilmiştir.

a. Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında depresyon alt ölçeği açısından anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U: 17252, $p=0,179$).

b. Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında somatik semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 17972, $p=0,513$).

c. Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında hafıza-dikkat alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 18256, $p=0,760$).

d. Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında vazomotor semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 17612, $p=0,301$).

e. Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında anksiyete alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 16931, $p=0,095$).

f. Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında cinsellik alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 11209, $p=0,757$).

g. Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları

ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında uyku alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 18676, p=0,981).

h. Katılımcıların KSA menüasyonu alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA menüasyonu alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında menüasyonu alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 17464, p=0,285).

Tablo 33. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması

KSA alt ölçekleri	Herhangi bir işte çalışmış olma	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Depresyon	Çalışmamış	273	0,19	0,19	17252	0,179
	Çalışmış	137	0,17	0,17		
	Toplam	410	0,19	0,18		
Somatik semptom	Çalışmamış	273	0,32	0,25	17972	0,513
	Çalışmış	137	0,31	0,27		
	Toplam	410	0,32	0,26		
Hafıza-dikkat	Çalışmamış	273	0,24	0,31	18256	0,760
	Çalışmış	137	0,22	0,29		
	Toplam	410	0,23	0,31		
Vazomotor semptom	Çalışmamış	273	0,32	0,30	17612	0,301
	Çalışmış	137	0,29	0,29		
	Toplam	410	0,31	0,29		
Anksiyete	Çalışmamış	273	0,25	0,27	16931	0,095
	Çalışmış	137	0,20	0,23		
	Toplam	410	0,23	0,26		
Cinsellik	Çalışmamış	224	0,21	0,30	11209	0,757
	Çalışmış	102	0,20	0,29		
	Toplam	326	0,20	0,30		
Uyku	Çalışmamış	273	0,26	0,32	18676	0,981
	Çalışmış	137	0,27	0,33		
	Toplam	410	0,26	0,32		
Menstruasyon	Çalışmamış	273	0,26	0,22	17464	0,285
	Çalışmış	137	0,29	0,21		
	Toplam	410	0,27	0,22		
Çekicilik	Çalışmamış	273	0,36	0,29	18447	0,814
	Çalışmış	137	0,37	0,30		
	Toplam	410	0,36	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

i. Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği ortalamaları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumunun karşılaştırılması: Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği puanları ile katılımcıların herhangi bir işte çalışmış olma durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında çekicilik alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 18447, $p=0,814$).

KSA alt ölçekleri ile sosyoekonomik düzeylerinin karşılaştırılması: KSA alt ölçekleri ile SED'lerinin karşılaştırılması Tablo 34'te gösterilmiştir.

a. Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması: Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında depresyon alt ölçeği açısından anlamlı fark saptanmadı (Kruskal-Wallis χ^2 : 4,77, $p=0,092$).

b. Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması: Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında somatik semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 12,20, $p=0,002$). Katılımcılardan SED'leri orta olan grup ile, SED'leri çok iyi-iyi olanlar ve kötü olanlar arasında somatik semptom alt ölçeğinde anlamlı fark vardı, SED'leri orta olan grubun somatik semptom ortalamaları SED'leri her iki gruptan da daha iyiydi.

c. Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması: Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında hafıza-dikkat alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 10,86, $p=0,004$). Katılımcılardan SED'leri çok iyi-iyi olan grup ile, SED'leri kötü olanlar arasında hafıza-dikkat alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. SED'leri çok iyi-iyi olanların hafıza-dikkat ortalamaları SED'leri kötü olanlardan daha kötüydü.

d. Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması: Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında vazomotor semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Kruskal-Wallis χ^2 : 14,30, $p=0,001$). Katılımcılardan SED'leri kötü olanlarla, diğer iki grup arasında vazomotor semptom alt ölçeğinde anlamlı fark vardı. SED'leri kötü olanların vazomotor semptom ortalamaları her iki gruptan da daha kötüydü. SED'leri çok iyi-iyi olan grupla SED'leri orta olan grup arasında vazomotor semptom alt ölçeğinde anlamlı fark yoktu.

e. Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması: Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında anksiyete alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Kruskal-Wallis χ^2 : 5,30, $p=0,07$).

f. Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması:
Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında cinsellik alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Kruskal-Wallis χ^2 : 1,39, p=0,497).

Tablo 34. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile SED'lerinin karşılaştırılması

KSA alt ölçekleri	SED	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Depresyon	Çok iyi-iyi	86	0,18	0,22	4,77	0,09
	Orta	119	0,17	0,17		
	Kötü	205	0,19	0,17		
	Toplam	410	0,18	0,18		
Somatik semptom	Çok iyi-iyi	86	0,35	0,28	12,20	0,002
	Orta	119	0,24	0,22		
	Kötü	205	0,34	0,26		
	Toplam	410	0,31	0,26		
Hafıza-dikkat	Çok iyi-iyi	86	0,33	0,33	10,86	0,004
	Orta	119	0,22	0,29		
	Kötü	205	0,20	0,30		
	Toplam	410	0,23	0,30		
Vazomotor semptom	Çok iyi-iyi	86	0,25	0,29	14,30	0,001
	Orta	119	0,26	0,28		
	Kötü	205	0,36	0,30		
	Toplam	410	0,31	0,30		
Anksiyete	Çok iyi-iyi	86	0,20	0,25	5,30	0,07
	Orta	119	0,21	0,24		
	Kötü	205	0,26	0,26		
	Toplam	410	0,23	0,26		
Cinsellik	Çok iyi-iyi	80	0,18	0,28	1,39	0,497
	Orta	99	0,24	0,32		
	Kötü	147	0,20	0,29		
	Toplam	326	0,21	0,29		
Uyku	Çok iyi-iyi	86	0,31	0,36	6,32	0,042
	Orta	119	0,21	0,31		
	Kötü	205	0,28	0,32		
	Toplam	410	0,26	0,32		
Menstruasyon	Çok iyi-iyi	86	0,30	0,26	6,00	0,005
	Orta	119	0,24	0,22		
	Kötü	205	0,28	0,19		
	Toplam	410	0,27	0,22		
Çekicilik	Çok iyi-iyi	86	0,39	0,32	1,14	0,565
	Orta	119	0,34	0,29		
	Kötü	205	0,37	0,28		
	Toplam	410	0,36	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

g. Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması: Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında uyku alt ölçeği açısından anlamlı fark saptandı (Kruskal-Wallis χ^2 : 6,32, p=0,042). Katılımcılardan SED'leri orta olanlarla diğer iki grup arasında uyku alt ölçeği ortalamalarında anlamlı fark vardı. SED'leri orta olan grup uyku alt ölçeği ortalamaları her iki gruptan da daha iyiydi. Diğer iki grup arasında anlamlı fark yoktu.

h. Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması: Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında menstruasyon alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Kruskal-Wallis χ^2 : 6,00, p=0,05).

i. Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği ortalamaları ile SED'leri karşılaştırılması: Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği puanları ile SED'leri karşılaştırıldığında gruplar arasında çekicilik alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Kruskal-Wallis χ^2 : 1,14, p=0,565).

KSA alt ölçekleri ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması: KSA ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması Tablo 35'te gösterilmiştir.

a. Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların KSA depresyon alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında depresyon alt ölçeği açısından anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 17598, p=0,021). Premenopozal olan katılımcıların depresyon alt ölçeği ortalamaları peri/postmenopozal olanlardan daha iyiydi.

b. Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların KSA somatik semptom alt ölçeği ortalamaları ile medeni durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında somatik semptom alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 13375, p<0,001). Premenopozal olan katılımcıların somatik semptom ortalamaları peri/postmenopozal olanlardan daha iyiydi.

c. Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumlarının karşılaştırılması: Katılımcıların KSA hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında hafıza-dikkat alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 17095, p=0,004). Premenopozal olan katılımcıların hafıza-dikkat alt ölçeği ortalamaları peri/postmenopozal olanlardan daha iyiydi.

d. Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA vazomotor semptom alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında vazomotor semptom alt ölçeği

açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 7870, $p<0,001$). Peri/postmenopozal olan katılımcıların vazomotor semptom ortalamaları premenopozal olanlardan daha kötüydü.

e. Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA anksiyete alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında anksiyete alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 17615, $p=0,02$). Peri/postmenopozal olan katılımcıların anksiyete alt ölçeği ortalamaları, premenopozal olanlardan daha kötüydü.

Tablo 35. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile katılımcıların menopozal durumlarının karşılaştırılması

KSA alt ölçekleri	Menopozal durum	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Depresyon	Premenopozal	164	0,15	0,14	17598	0,021
	Peri/postmenopozal	246	0,21	0,20		
	Toplam	410	0,19	0,18		
Somatik semptom	Premenopozal	164	0,23	0,23	13375	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	0,37	0,26		
	Toplam	410	0,32	0,26		
Hafıza-dikkat	Premenopozal	164	0,18	0,28	17095	0,004
	Peri/postmenopozal	246	0,27	0,32		
	Toplam	410	0,24	0,31		
Vazomotor semptom	Premenopozal	164	0,11	0,20	7870	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	0,44	0,27		
	Toplam	410	0,31	0,30		
Anksiyete	Premenopozal	164	0,19	0,21	17615	0,02
	Peri/postmenopozal	246	0,26	0,28		
	Toplam	410	0,23	0,26		
Cinsellik	Premenopozal	141	0,08	0,20	7510	<0,001
	Peri/postmenopozal	185	0,31	0,32		
	Toplam	326	0,21	0,30		
Uyku	Premenopozal	164	0,17	0,26	15281	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	0,33	0,35		
	Toplam	410	0,26	0,32		
Menstruasyon	Premenopozal	164	0,26	0,20	18305	0,103
	Peri/postmenopozal	246	0,28	0,22		
	Toplam	410	0,27	0,22		
Çekicilik	Premenopozal	164	0,26	0,27	13847	<0,001
	Peri/postmenopozal	246	0,43	0,28		
	Toplam	410	0,36	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

f. Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA cinsellik alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında cinsellik alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 7510, $p<0,001$). Peri/postmenopozal olan katılımcıların cinsellik alt ölçeği ortalamaları, premenopozal olanlardan daha kötüydü.

g. Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA uyku alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında uyku alt ölçeği açısından anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U: 15281, $p<0,001$). Peri/postmenopozal olan katılımcıların uyku alt ölçeği ortalamaları premenopozal olanlardan daha kötüydü.

h. Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında menstruasyon alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U: 18305, $p=0,103$).

i. Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği ortalamaları ile menopozal durumları karşılaştırılması: Katılımcıların KSA çekicilik alt ölçeği puanları ile menopozal durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında çekicilik alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı (Mann-Whitney U: 13847, $p<0,001$). Peri/postmenopozal olan katılımcıların çekicilik alt ölçeği ortalamaları premenopozal olanlardan daha kötüydü.

SF-36 ve KSA Alt Ölçekleri ile Diğer Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

SF-36 ve KSA alt ölçekleri ile sigara kullanımının karşılaştırılması: SF-36 alt ölçekleri ile sigara kullanma durumu karşılaştırıldığında sadece fiziksel kısıtlılık alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark vardı. Sigarayı bırakmış olanların fiziksel kısıtlılık puanları diğer iki gruptan anlamlı olarak kötüydü (Tablo 36).

KSA alt ölçekleri ile sigara kullanımı karşılaştırıldığında depresyon, somatizasyon, hafıza-dikkat, vazomotor semptom, uyku, menstruasyon ve çekicilik alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Hiç içmemiş olanların depresyon alt ölçeği ortalaması bırakmış olanlardan anlamlı olarak iyiydi. Sigarayı bırakmış olanların somatik semptom alt ölçek puanları diğer iki gruptan da kötüydü. Halen sigara kullananların vazomotor semptom ortalamaları hem sigarayı bırakmış olanlarda hem de hiç sigara kullanmamış olanlardan daha iyiydi. Uyku ve menstruasyon alt ölçeklerine bakıldığında hiç sigara kullanmamış olanların ortalamalarının diğer iki gruptan daha iyi olduğu görüldü. Sigarayı bırakmış olanların

çekicilik alt ölçeği ortalamaları sigara içen ve hiç içmemiş olan grupların ikisinden de daha kötüydü (Tablo 37).

Tablo 36. Short Form 36 alt ölçekleri ile sigara kullanımının karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	Sigara kullanımı	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	Hiç içmemiş	294	83,06	22,59	5,73	0,057
	Bırakmış	38	81,05	22,12		
	İçiyor	78	89,29	16,11		
	Toplam	410	84,06	21,57		
Fiziksel kısıtlılık	Hiç içmemiş	294	84,09	32,52	6,30	0,043
	Bırakmış	38	69,73	43,16		
	İçiyor	78	84,61	34,24		
	Toplam	410	82,86	34,13		
Duygusal kısıtlılık	Hiç içmemiş	294	82,99	35,02	2,99	0,223
	Bırakmış	38	74,56	39,08		
	İçiyor	78	78,20	38,29		
	Toplam	410	81,30	36,07		
Ağrı	Hiç içmemiş	294	72,10	19,60	0,63	0,726
	Bırakmış	38	71,25	18,87		
	İçiyor	78	72,91	21,41		
	Toplam	410	72,18	19,85		
Genel sağlık	Hiç içmemiş	294	68,12	16,85	2,74	0,254
	Bırakmış	38	60,92	21,52		
	İçiyor	78	66,98	16,94		
	Toplam	410	67,24	17,43		
Sosyal fonksiyon	Hiç içmemiş	294	79,71	17,35	0,14	0,933
	Bırakmış	38	80,26	17,34		
	İçiyor	78	78,52	19,72		
	Toplam	410	79,54	17,79		
Duygusal sağlık	Hiç içmemiş	294	74,54	12,82	3,96	0,138
	Bırakmış	38	71,36	13,16		
	İçiyor	78	71,28	14,44		
	Toplam	410	73,62	13,22		
Enerji	Hiç içmemiş	294	68,46	15,83	3,14	0,207
	Bırakmış	38	64,34	18,01		
	İçiyor	78	64,55	19,12		
	Toplam	410	67,34	16,76		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

Tablo 37. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile sigara kullanımının karşılaştırılması

KSA alt ölçekleri	Sigara kullanımı	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Depresyon	Hiç içmemiş	294	0,16	0,15	6,91	0,032
	Bırakmış	38	0,25	0,22		
	İçiyor	78	0,22	0,22		
	Toplam	410	0,18	0,18		
Somatik semptom	Hiç içmemiş	294	0,29	0,24	14,36	0,001
	Bırakmış	38	0,45	0,22		
	İçiyor	78	0,34	0,30		
	Toplam	410	0,31	0,25		
Hafıza-dikkat	Hiç içmemiş	294	0,20	0,28	11,99	0,002
	Bırakmış	38	0,37	0,33		
	İçiyor	78	0,27	0,34		
	Toplam	410	0,23	0,30		
Vazomotor semptomlar	Hiç içmemiş	294	0,33	0,29	13,89	0,001
	Bırakmış	38	0,33	0,30		
	İçiyor	78	0,19	0,26		
	Toplam	410	0,30	0,29		
Anksiyete	Hiç içmemiş	294	0,21	0,23	5,93	0,051
	Bırakmış	38	0,30	0,31		
	İçiyor	78	0,28	0,28		
	Toplam	410	0,23	0,25		
Cinsellik	Hiç içmemiş	294	0,20	0,29	4,39	0,111
	Bırakmış	38	0,31	0,33		
	İçiyor	78	0,16	0,25		
	Toplam	410	0,20	0,29		
Uyku	Hiç içmemiş	294	0,22	0,29	11,099	0,002
	Bırakmış	38	0,40	0,38		
	İçiyor	78	0,33	0,37		
	Toplam	410	0,26	0,32		
Menstruasyon	Hiç içmemiş	294	0,24	0,19	16,78	<0,001
	Bırakmış	38	0,39	0,27		
	İçiyor	78	0,31	0,22		
	Toplam	410	0,27	0,21		
Çekicilik	Hiç içmemiş	294	0,34	0,28	6,89	0,032
	Bırakmış	38	0,50	0,33		
	İçiyor	78	0,35	0,28		
	Toplam	410	0,36	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

SF-36 ve KSA alt ölçekleri ile osteoporoz için ilaç kullanma durumu karşılaştırılması

SF-36 alt ölçeği ile osteoporoz için ilaç kullanma durumu karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı.

Tablo 38. Short Form 36 alt ölçekleri ile osteoporoz için ilaç kullanma durumu karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	Osteoporoz için ilaç kullanma durumu	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel fonksiyon	Hayır	134	77,83	23,19	3052,0	0,007
	Evet	60	69,16	24,94		
Fiziksel kısıtlılık	Hayır	134	76,11	39,12	3565,5	0,140
	Evet	60	70,00	39,54		
Duygusal kısıtlılık	Hayır	134	76,61	38,35	3867,0	0,600
	Evet	60	78,33	38,24		
Ağrı	Hayır	134	68,63	19,03	3235,0	0,026
	Evet	60	61,95	15,97		
Genel sağlık	Hayır	134	64,85	17,36	3924,5	0,791
	Evet	60	64,41	16,02		
Sosyal fonksiyon	Hayır	134	78,82	17,89	2934,0	0,002
	Evet	60	71,45	13,82		
Duygusal sağlık	Hayır	134	73,16	12,29	3949,0	0,843
	Evet	60	72,53	12,24		
Enerji	Hayır	134	64,17	16,47	3476,0	0,130
	Evet	60	67,08	13,87		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

Her üç alt ölçekte de osteoporoz için ilaç kullanmayanların ortalamaları kullananlara göre daha iyiydi (Tablo 38, Tablo 39). KSA alt ölçekleri ile osteoporoz için ilaç kullanma durumu karşılaştırıldığında hafıza-dikkat, vazomotor semptom, cinsellik, menstruasyon alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Cinsellik ve hafıza-dikkat alt ölçeklerinde osteoporoz için ilaç kullanmayanların ortalamaları, kullananlardan daha kötüydü. Osteoporoz için ilaç kullanmayanların vazomotor semptom ve menstruasyon alt ölçeği ortalamaları ise kullananlardan daha iyi idi.

Tablo 39. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile osteoporoz için ilaç kullanma durumu karşılaştırılması

KSA alt lekleri	Osteoporoz için ilaç kullanma durumu	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Depresyon	Hayır	134	0,18	0,19	3914,0	0,759
	Evet	60	0,19	0,18		
Somatik semptom	Hayır	134	0,37	0,24	3691,0	0,364
	Evet	60	0,33	0,21		
Hafıza-dikkat	Hayır	133	0,26	0,32	3299,0	0,031
	Evet	60	0,15	0,23		
Vazomotor semptomlar	Hayır	134	0,45	0,26	3148,0	0,005
	Evet	60	0,56	0,20		
Anksiyete	Hayır	134	0,23	0,26	3753,0	0,433
	Evet	60	0,25	0,23		
Cinsellik	Hayır	95	0,38	0,33	1584,0	0,016
	Evet	44	0,25	0,31		
Uyku	Hayır	134	0,31	0,34	3850,0	0,615
	Evet	60	0,28	0,32		
Menstruasyon	Hayır	134	0,24	0,18	3187,5	0,011
	Evet	60	0,30	0,16		
Çekicilik	Hayır	134	0,43	0,29	3938,5	0,810
	Evet	60	0,43	0,26		

SS: Standart Sapma

SF-36 ve KSA alt ölçekleri ile VKİ karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri ile VKİ karşılaştırılması: SF-36 alt ölçekleri ile VKİ karşılaştırması yapıldığında duygusal kısıtlılık, genel sağlık, sosyal fonksiyon, enerji alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark saptandı.

Normal kilolu olanların duygusal kısıtlılık alt ölçek ortalamaları, aşırı kilolulardan ve obezlerden daha kötüydü. Aşırı kiloluların genel sağlık alt leği ortalamaları ise obezlerden daha iyiydi. Sosyal fonksiyon alt leği ortalamaları açısından obez olan grup normal ve aşırı kilolu gruplardan daha iyiydi. Aşırı kiloluların enerji alt leği ortalamaları ise hem obezlerden hem de normal kilolu gruptan daha iyi idi.

KSA alt ölçekleri ile VKİ karşılaştırılması: KSA alt ölçekleri ile VKİ karşılaştırmasına bakıldığında somatik semptom, hafıza-dikkat, cinsellik ve çekicilik alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü.

Aşırı kiloluların somatik semptom ve hafıza-dikkat alt ölçekleri ortalamaları normal kilolu ve obez olanlardan daha iyi idi. Obez olan grubun cinsellik alt ölçeği ortalamaları diğer iki gruptan da anlamlı olarak daha kötüydü. Yine obez grubun çekicilik ortalaması aşırı kilolulardan daha kötü olarak bulundu. SF-36 ve KSA alt ölçekleri ve VKİ karşılaştırmaları Tablo 40 ve Tablo 41’de gösterilmiştir.

Tablo 40. Short Form 36 alt ölçekleri ile VKİ karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri	VKİ	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	P
Fiziksel fonksiyon	18,5-24,9	72	87,98	15,66	0,68	0,711
	25-29,9	229	82,92	22,65		
	≥ 30	109	83,85	22,48		
	Toplam	410	84,06	21,57		
Fiziksel kısıtlılık	18,5-24,9	72	80,20	35,58	2,40	0,301
	25-29,9	229	85,04	31,80		
	≥ 30	109	80,04	37,69		
	Toplam	410	82,86	34,13		
Duygusal kısıtlılık	18,5-24,9	72	74,07	38,03	6,80	0,033
	25-29,9	229	82,82	35,67		
	≥ 30	109	82,87	35,31		
	Toplam	410	81,30	36,07		
Ağrı	18,5-24,9	72	71,73	21,13	0,107	0,948
	25-29,9	229	72,09	19,53		
	≥ 30	109	72,66	19,83		
	Toplam	410	72,18	19,85		
Genel sağlık	18,5-24,9	72	67,36	17,27	6,27	0,043
	25-29,9	229	69,17	16,37		
	≥ 30	109	63,11	19,06		
	Toplam	410	67,24	17,43		
Sosyal fonksiyon	18,5-24,9	72	77,43	19,41	14,6	0,001
	25-29,9	229	78,00	16,51		
	≥ 30	109	84,17	18,60		
	Toplam	410	79,54	17,79		
Duygusal sağlık	18,5-24,9	72	71,38	16,34	1,73	0,421
	25-29,9	229	74,65	11,97		
	≥ 30	109	72,95	13,33		
	Toplam	410	73,62	13,22		
Enerji	18,5-24,9	72	64,02	18,16	11,53	0,003
	25-29,9	229	69,67	15,11		
	≥ 30	109	64,63	18,40		
	Toplam	410	67,34	16,76		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

Tablo 41. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile VKİ karşılaştırılması

KSA alt ölçekleri	VKİ	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Depresyon	18,5-24,9	72	0,20	0,22	0,08	0,957
	25-29,9	229	0,17	0,15		
	≥ 30	109	0,19	0,20		
	Toplam	410	0,18	0,18		
Somatik semptom	18,5-24,9	72	0,36	0,28	19,03	<0,001
	25-29,9	229	0,26	0,23		
	≥ 30	109	0,38	0,26		
	Toplam	410	0,31	0,25		
Hafıza-dikkat	18,5-24,9	72	0,28	0,30	28,51	<0,001
	25-29,9	229	0,16	0,26		
	≥ 30	109	0,34	0,34		
	Toplam	410	0,23	0,30		
Vazomotor semptomlar	18,5-24,9	72	0,26	0,27	1,54	0,462
	25-29,9	229	0,31	0,30		
	≥ 30	109	0,32	0,29		
	Toplam	410	0,30	0,29		
Anksiyete	18,5-24,9	72	0,26	0,27	0,70	0,703
	25-29,9	229	0,22	0,24		
	≥ 30	109	0,23	0,25		
	Toplam	410	0,23	0,25		
Cinsellik	18,5-24,9	55	0,16	0,27	12,14	0,002
	25-29,9	176	0,16	0,24		
	≥ 30	95	0,31	0,36		
	Toplam	326	0,20	0,29		
Uyku	18,5-24,9	72	0,29	0,36	3,30	0,191
	25-29,9	229	0,23	0,28		
	≥ 30	109	0,31	0,36		
	Toplam	410	0,26	0,32		
Menstruasyon	18,5-24,9	72	0,28	0,24	1,14	0,565
	25-29,9	229	0,27	0,19		
	≥ 30	109	0,25	0,22		
	Toplam	410	0,27	0,21		
Çekicilik	18,5-24,9	72	0,35	0,29	7,77	0,020
	25-29,9	229	0,33	0,27		
	≥ 30	109	0,43	0,30		
	Toplam	410	0,36	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

SF-36 ve KSA alt ölçekleri ile kronik hastalık varlığı karşılaştırması:

SF-36 alt ölçekleri ile kronik hastalık varlığı karşılaştırması: Kronik hastalığı olmayanlarda kronik hastalığı olanlara göre sosyal fonksiyon alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde ortalamaları anlamlı düzeyde iyiydi (Tablo 42).

Tablo 42. Short Form 36 alt ölçekleri ile kronik hastalık varlığı karşılaştırması

SF-36 alt ölçekleri	Kronik hastalık varlığı	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Fiziksel fonksiyon	Yok	291	86,39	20,34	12742,0	<0,001
	Var	119	78,36	23,47		
Fiziksel kısıtlılık	Yok	291	87,62	29,82	13463,5	<0,001
	Var	119	71,21	40,73		
Duygusal kısıtlılık	Yok	291	84,65	33,11	14855,5	0,002
	Var	119	73,10	41,46		
Ağrı	Yok	291	74,53	19,15	12955,0	<0,001
	Var	119	66,42	20,44		
Genel sağlık	Yok	291	70,18	15,51	12051,0	<0,001
	Var	119	60,04	19,69		
Sosyal fonksiyon	Yok	291	80,36	16,13	16494,0	0,439
	Var	119	77,52	21,25		
Duygusal sağlık	Yok	291	75,29	12,83	11909,5	<0,001
	Var	119	69,54	13,30		
Enerji	Yok	291	70,00	15,10	11519,5	<0,001
	Var	119	60,84	18,79		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

Tablo 43. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile kronik hastalık varlığı karşılaştırması

KSA alt ölçekleri	Kronik hastalık varlığı	N	Ortalama	SS	Mann-Whitney U	P
Depresyon	Yok	291	0,16	0,15	14996,5	0,025
	Var	119	0,23	0,22		
Somatik semptom	Yok	291	0,27	0,24	11954,5	<0,001
	Var	119	0,41	0,26		
Hafıza-dikkat	Yok	291	0,19	0,28	13064,0	<0,001
	Var	118	0,33	0,33		
Vazomotor semptomlar	Yok	291	0,27	0,29	13112,0	<0,001
	Var	119	0,40	0,28		
Anksiyete	Yok	291	0,20	0,23	13887,5	0,001
	Var	119	0,30	0,29		
Cinsellik	Yok	249	0,16	0,26	6472,5	<0,001
	Var	77	0,35	0,34		
Uyku	Yok	291	0,21	0,28	12862,5	<0,001
	Var	119	0,38	0,37		
Menstruasyon	Yok	290	0,26	0,20	16961,0	0,767
	Var	119	0,28	0,24		
Çekicilik	Yok	291	0,31	0,27	11960,0	<0,001
	Var	119	0,48	0,29		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

KSA alt ölçekleri ile kronik hastalık varlığı karşılaştırması: Kronik hastalığı olmayanlarda menstruasyon alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde ortalamalar kronik hastalığı olanlardan anlamlı olarak daha iyiydi (Tablo 43).

SF-36 ve KSA alt ölçekleri ile menopoza doğal bulma durumu karşılaştırılması

SF-36 alt ölçekleri ile menopoza doğal bulma durumu karşılaştırılması: Menopoza doğal bulma ile SF-36 alt ölçekleri karşılaştırıldığında sosyal fonksiyon dışında tüm alt ölçeklerde anlamlı fark vardı.

Tablo 44. Short Form 36 alt ölçekleri ile menopoza doğal bulma durumu karşılaştırması

SF-36 alt ölçekleri	Menopoz doğal mıdır?	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	Hayır	27	82,40	15,02	15,71	<0,001
	Evet	179	80,00	20,96		
	Bilmiyorum	40	59,87	30,47		
	Toplam	246	76,99	23,42		
Fiziksel kısıtlılık	Hayır	27	66,66	39,22	13,71	0,001
	Evet	179	80,58	35,70		
	Bilmiyorum	40	57,50	46,06		
	Toplam	246	75,30	38,82		
Duygusal kısıtlılık	Hayır	27	69,13	39,14	12,61	0,002
	Evet	179	83,24	33,95		
	Bilmiyorum	40	61,66	47,47		
	Toplam	246	78,18	37,83		
Ağrı	Hayır	27	64,07	22,33	14,22	0,001
	Evet	179	70,71	18,82		
	Bilmiyorum	40	58,06	18,38		
	Toplam	246	67,92	19,6		
Genel sağlık	Hayır	27	59,44	19,52	9,99	0,007
	Evet	179	66,31	17,18		
	Bilmiyorum	40	58,37	17,44		
	Toplam	246	64,26	17,74		
Sosyal fonksiyon	Hayır	27	78,70	22,94	3,,71	0,156
	Evet	179	78,14	17,52		
	Bilmiyorum	40	72,18	19,91		
	Toplam	246	77,23	18,62		
Duygusal sağlık	Hayır	27	63,11	13,14	22,31	<0,001
	Evet	179	74,23	13,21		
	Bilmiyorum	40	68,80	12,26		
	Toplam	246	72,13	13,53		
Enerji	Hayır	27	52,40	18,72	16,69	<0,001
	Evet	179	66,56	16,92		
	Bilmiyorum	40	62,00	16,20		
	Toplam	246	64,26	17,52		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

Tablo 45. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri ile menopoza doğal bulma durumu karşılaştırması

KSA alt ölçekleri	Menopoz doğal mıdır?	N	Ortalama	SS	Kruskal-Wallis χ^2	p
Depresyon	Hayır	27	0,29	0,24	5,87	0,053
	Evet	179	0,18	0,18		
	Bilmiyorum	40	0,24	0,22		
	Toplam	246	0,20	0,20		
Somatik semptom	Hayır	27	0,47	0,29	9,98	0,007
	Evet	179	0,34	0,24		
	Bilmiyorum	40	0,46	0,25		
	Toplam	246	0,37	0,25		
Hafıza-dikkat	Hayır	27	0,40	0,35	7,37	0,025
	Evet	178	0,23	0,30		
	Bilmiyorum	40	0,30	0,33		
	Toplam	245	0,26	0,31		
Vazomotor semptomlar	Hayır	27	0,40	0,25	7,23	0,027
	Evet	179	0,42	0,28		
	Bilmiyorum	40	0,54	0,23		
	Toplam	246	0,44	0,27		
Anksiyete	Hayır	27	0,40	0,36	14,08	0,001
	Evet	179	0,22	0,25		
	Bilmiyorum	40	0,35	0,25		
	Toplam	246	0,26	0,27		
Cinsellik	Hayır	18	0,57	0,39	11,80	0,003
	Evet	143	0,26	0,29		
	Bilmiyorum	24	0,36	0,33		
	Toplam	185	0,30	0,32		
Uyku	Hayır	27	0,45	0,40	10,49	0,005
	Evet	179	0,28	0,33		
	Bilmiyorum	40	0,42	0,31		
	Toplam	246	0,32	0,34		
Menstruasyon	Hayır	27	0,25	0,28	1,18	0,553
	Evet	179	0,28	0,22		
	Bilmiyorum	40	0,29	0,16		
	Toplam	246	0,28	0,22		
Çekicilik	Hayır	27	0,53	0,29	10,34	0,006
	Evet	179	0,39	0,27		
	Bilmiyorum	40	0,52	0,27		
	Toplam	246	0,43	0,28		

SS: Standart Sapma, N: Katılımcı sayısı.

Menopozun doğal olup olmadığı sorusuna “bilmiyorum” yanıtı verenlerin fiziksel fonksiyon ortalaması diğer iki gruptan da anlamlı olarak kötüydü. Menopoza doğal bulan grubun fiziksel kısıtlılık, duygusal kısıtlılık, genel sağlık, duygusal sağlık, ve enerji alt ölçek

ortalamaları diğer iki gruptan da anlamlı olarak daha iyiydi. Menopozu doğal bulan grubun “bilmiyorum” yanıtı verenlere göre ağrı alt ölçeği skoru anlamlı olarak daha iyiydi. Diğer gruplar arasında ağrı alt ölçeği açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 44).

KSA alt ölçekleri ile menopozu doğal bulma durumu karşılaştırılması: KSA alt ölçekleri ile menopozu doğal bulma durumu karşılaştırıldığında depresyon ve menstruasyon alt ölçekleri dışında tüm alt ölçeklerde gruplar arasında anlamlı fark saptandı. Somatik semptom, anksiyete, uyku, çekicilik alt ölçeklerinde menopozu doğal bulup bulmadığı sorusuna “bilmiyorum” yanıtını verenlerin ortalamaları menopozu doğal bulduğunu söyleyenlere göre daha kötüydü. Menopozu doğal bulmayanların hafıza-dikkat ortalamaları menopozu doğal bulanlardan daha kötü idi. Menopozu doğal bulmayanların vazomotor semptom ortalamaları “bilmiyorum” yanıtı verenlerden daha iyiydi. Yine menopozu doğal bulmayanların cinsellik alt grubu ortalamaları diğer iki gruptan da daha kötüydü. Diğer gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 45).

Geriye Doğru Adımsal Lojistik Regresyon Analizleri

1- SF-36 ile bağımsız değişkenlerin geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizleri: Yaşam kalitesini etkileyen olası karıştırıcı faktörleri belirlemede geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi yapılırken SF-36’nın her bir alt ölçeği için alt üçte bir (tertil) diğer üçte iki ile karşılaştırıldı (Tablo 46). SF-36’da yüksek puan yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu gösterir. Karıştırıcı faktör olarak yaş, medeni hal, eğitim, SED, daha önce bir işte çalışmış olma durumu ve menopozal durum alındı.

Tablo 46. Short Form 36 alt ölçekleri 1. tertil puanları

SF-36 alt ölçekleri	N	1. tertil SF-36 puanı
Fiziksel fonksiyon	410	85
Fiziksel kısıtlılık	410	100
Duygusal kısıtlılık	410	100
Ağrı	410	62
Genel sağlık	410	60
Sosyal fonksiyon	410	75
Duygusal sağlık	410	72
Enerji	410	65

N: Katılımcı sayısı.

“Short Form 36” fiziksel fonksiyon alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Analiz sonucunda fiziksel fonksiyon alt ölçeğinin yaş, eğitim durumu ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. SED ve medeni durum da modele girmiş olmasına rağmen anlamlı olarak etkili değildi. Bu modelin doğruluk oranı %72, duyarlılığı %76,1, özgüllüğü %66,3’tü. Kırk-44 yaş arasında olmanın 55-59 yaş arasında olmaya göre fiziksel fonksiyon açısından 4 kat daha koruyucu olduğu, yine premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan 4 kat daha koruyucu olduğu görüldü. Eğitim durumu da fiziksel fonksiyonu anlamlı şekilde etkiliyordu.

Fiziksel kısıtlılık ve duygusal kısıtlılık birinci tertil puanları 100 olduğundan lojistik regresyon modeli oluşturulamadı.

“Short Form 36” ağrı alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Analiz sonucunda ağrı alt ölçeğinin eğitim durumu ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Bu modelin doğruluk oranı %69,8, duyarlılığı %98,9, özgüllüğü %11’di. Eğitim artıka SF-36 ağrı alt ölçeği puanları iyileşmekteydi. Üniversite-yüksekokul mezunu olmak eğitimsiz olmaya göre 19 kat, ortaokul-lise mezunu olmak 15 kat, ilkokul mezunu olmak 7,6 kat koruyucuydu. Peri/postmenopozal dönemde olmak ağrı durumunu premenopozal olmaya göre 3,3 kat arttırıyordu.

“Short Form 36” genel sağlık alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında, analiz sonucunda genel sağlık alt ölçeğinin eğitim durumu ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Yaş bağımsız değişkeni de modelde yer alıyordu, fakat anlamlı etkili değildi. Bu modelin doğruluk oranı %67,1, duyarlılığı %94,3, özgüllüğü %18,9 olarak bulundu. Eğitimsiz olmak genel sağlığı kötü yönde etkiliyordu. Premenopozal dönemde olmak peri/postmenopozal dönemde olmaya göre genel sağlık açısından 3 kat daha koruyucuydu.

“Short Form 36” sosyal fonksiyon alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Modele yaş, SED ve medeni hal bağımsız değişkenleri girdi. Analiz sonucunda yaş ve SED’den anlamlı olarak etkilendiği görüldü. Bu modelin doğruluk oranı %66,6, duyarlılığı %71,7, özgüllüğü %61,5’tü. Kırk-44 yaş arasında olmanın 55-59 yaş arasında olmaya göre sosyal fonksiyon açısından yaklaşık 5 kat daha koruyucu olduğu görüldü. SED çok iyi-iyi olmanın SED kötü olmaya göre sosyal fonksiyon açısından 2,5 kat koruyucu olduğu görüldü.

“Short Form 36” duygusal sağlık alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında analiz sonucunda medeni hal, eğitim durumu ve

Tablo 47. SF-36 alt ölçeklerinin geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizleri

Bağımsız değişkenler	Fiziksel fonksiyon		Ağrı		Genel sağlık		Sosyal fonksiyon		Duygusal sağlık		Enerji	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Yaş												
40-44 yaş	R				R	0,111	R				R	
45-49 yaş	1,12	0,734			2,15	0,018	0,69	0,155			2,66	0,003
50-54 yaş	0,64	0,265			1,52	0,271	0,72	0,270			2,06	0,076
55-59 yaş	0,28	0,005			1,90	0,119	0,17	<0,001			4,59	0,001
Eğitim												
Eğitimsiz	R		R		R				R		R	
İlkokul	3,15	0,075	7,58	0,002	5,35	0,005			2,28	0,178	3,09	0,064
Ortaokul-lise	7,14	0,003	15,0	<0,001	6,18	0,003			4,96	0,010	4,83	0,011
Yüksekokul-üniversite	5,04	0,034	19,2	<0,001	4,46	0,025			4,05	0,041	2,87	0,122
Medeni hal												
Evli değil	R						R		R		R	
Evli	0,574	0,089					1,67	0,080	2,56	0,001	1,71	0,062
SED												
Çok iyi-iyi	R	0,057					R					
Orta	1,97	0,068					0,86	0,620				
Kötü	1,06	0,857					0,42	0,001				
Bir işte çalışmış olma												
Çalışmış												
Çalışmamış												
Menopozal durum												
Premenopozal	R		R		R				R		R	
Peri/postmenopozal	0,24	<0,001	0,30	<0,001	0,30	<0,001			0,46	0,001	0,18	<0,001

OR: Odds ratio R: Referans kategori, SED: Sosyoekonomik düzey.

menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Bu modelin doğruluk oranı %64,9, duyarlılığı %70,4, özgüllüğü %58,3 olarak bulundu. Evli olmak duygusal sağlık açısından 2,6 kat daha koruyucuydu. Yine eğitilmiş olmanın duygusal sağlığı koruyucu etkisi olduğu görüldü. Eğitim durumu da fiziksel fonksiyonu anlamlı şekilde etkiliyordu. Peri/postmenopozal dönemde olmak duygusal sağlık üzerinde premenopozal olmaya göre yaklaşık 2 kat kötü etkiliydi.

“Short Form 36” enerji alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Analiz sonucunda enerji alt ölçeğinin yaş, eğitim durumu ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Medeni hal modele girmesine rağmen anlamlı etkili değildi. Bu modelin doğruluk oranı %65,1, duyarlılığı %71, özgüllüğü %57,5’ti. Kırk-44 yaş arasında olmanın enerji alt ölçeği açısından, 45-49 yaş grubuna göre 2,7 kat, 55-54 yaş grubuna göre 2 kat, 55-59 yaş arasında olmaya göre 4,6 kat koruyucu olduğu görüldü. Eğitim durumu da fiziksel fonksiyonu anlamlı şekilde etkiliyordu. Ortaokul-lise mezunu olmak eğitimsiz olmaya göre 4,8 kat daha koruyucu bulundu.

“Short Form 36” alt ölçeklerinin geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizleri Tablo 47’de verilmiştir.

2- KSA ile bağımsız değişkenlerin geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizleri: Yaşam kalitesini etkileyen olası karıştırıcı faktörleri belirlemede geriye doğru adimsal lojistik regresyon analizi yapılırken KSA’nın her bir alt ölçeği için üst üçte bir tertil diğer üçte iki ile karşılaştırıldı (Tablo 48).

Tablo 48. Kadın sağlığı anketi alt ölçekleri 3. tertil puanları

KSA alt ölçekleri	N	3. tertil KSA puanı
Depresyon	410	0,14
Somatik semptom	410	0,43
Hafıza-dikkat	410	0,33
Vazomotor semptomlar	410	0,67
Anksiyete	410	0,25
Cinsellik	326	0,33
Uyku	410	0,33
Menstruasyon	410	0,33
Çekicilik	410	0,67

N: Katılımcı sayısı.

KSA'da yüksek puan yaşam kalitesinin kötü etkilendiğini gösterir. Karıştırıcı faktör olarak yaş, medeni hal, eğitim, SED, daha önce bir işte çalışmış olma durumu ve menopozal durum alındı. KSA cinsellik alt ölçeğinde bu sorulara yanıt vermiş olan 326 kişi değerlendirildi.

Kadın sağlığı anketi depresyon alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Modele medeni durum, eğitim ve menopozal durum girdi. Analiz sonucunda depresyon alt ölçeğinin medeni durumdan etkilendiği görüldü. Bu modelin doğruluk oranı %70,5, duyarlılığı %92,6, özgüllüğü %21,9'du. Üst üste bir tertile göre değerlendirildiğinde evli olmanın, evli olmamaya göre depresyon alt ölçeği açısından yaklaşık 2,4 kat arttırıcı olduğu görüldü. Modele giren diğer bağımsız değişkenler anlamlı olarak etkili değildi.

Kadın sağlığı anketi somatik semptom alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında analiz sonucunda yaş ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. SED'de modele girmiş olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktu. Bu modelin doğruluk oranı %77,3, duyarlılığı %96,8, özgüllüğü %13,5 olarak hesaplandı. Referans gruba göre yaş arttıkça somatik semptomdan etkilenme oranları artmaktaydı. Premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan yaklaşık 4 kat daha koruyucu olduğu görüldü.

Kadın sağlığı anketi hafıza-dikkat alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında analiz sonucunda yaş, SED, eğitim ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Bu modelin doğruluk oranı %65,8, duyarlılığı %79,6, özgüllüğü %47,1 olarak hesaplandı. Hafıza-dikkat alt ölçeğini 40-44 yaş arasında olanlara göre 45-49 yaş grubunda olmak 1,9 kat, 50-54 yaş arasında olmak 1,5 kat, 55-59 arasında olmak 5,3 kat kötü yönde etkilemekteydi. SED kötüleştikçe hafıza-dikkat ölçeği de kötüleşmekteydi. Referans grup olan eğitimsizlere göre hafıza-dikkat açısından ilköğretim mezunları 4,3 kat, ortaokul lise mezunları 6,3 kat, üniversite mezunları 4,7 kat kötü etkilenmekteydi. Premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan yaklaşık 3,3 kat daha koruyucu olduğu görüldü.

Kadın sağlığı anketi vasomotor semptom alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında analiz sonucunda yaş, eğitim, ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. SED'de modele girmiş olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktu. Bu modelin doğruluk oranı %76,8, duyarlılığı %66,7, özgüllüğü %82,5 olarak hesaplandı. Referans gruba göre ileri yaşlarda vasomotor semptom ölçeği

etkilenme oranları daha fazlaydı. Kırk-44 yaş arasında olanlara göre 45-49 yaş grubunda olmak vazomotor semptom alt ölçeğine göre 1,3 kat, 50-54 yaş arasında olmak 1,5 kat, 55-59 arasında olmak 4,4 kat kötü yönde etkilemekteydi. Referans grup olan eğitimsiz olanlara göre vazomotor semptom açısından ilkokul mezunu olmak 2 kat, ortaokul veya lise mezunu olmak yaklaşık 3,3 kat, yüksekokul-üniversite mezunu olmak 5 kat koruyucuydu. Premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan yaklaşık 9,9 kat daha koruyucu olduğu görüldü.

Kadın sağlığı anketi anksiyete alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında analiz sonucunda yaş medeni hal ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Eğitim modele girmesine rağmen anlamlı olarak etkilemiyordu. Bu modelin doğruluk oranı %78,5, duyarlılığı %97,8, özgüllüğü %11 olarak hesaplandı. Referans gruba göre ileri yaşlarda anksiyete etkilenme oranları daha fazlaydı. Evli olmak anksiyete açısından 2,6 kat daha kötü etkiliyordu. Premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan yaklaşık 4,3 kat daha koruyucu olduğu görüldü.

Kadın sağlığı anketi cinsellik alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Yaş bağımsız değişkeni de modele girmiş olmasına rağmen anlamlı olarak etkilemiyordu. Bu modelin doğruluk oranı %70,2, duyarlılığı %82,0, özgüllüğü %53 olarak hesaplandı. Premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan yaklaşık 4,5 kat daha koruyucu olduğu görüldü.

Kadın sağlığı anketi uyku alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Analiz sonucunda uyku alt ölçeğinin medeni hal, eğitim ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Bu modelin doğruluk oranı %62, duyarlılığı %61,2, özgüllüğü %62,8 olarak hesaplandı. Evli olanlar evli olmayanlara göre uyku semptomlarından 1,8 kat daha fazla etkilenmekteydiler. Eğitimsizlere göre uyku açısından ilkokul mezunları 4,6 kat, ortaokul lise mezunları 5,7 kat, üniversite mezunları 2,2 kat daha kötü etkilenmekteydi. Premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan yaklaşık 2 kat daha koruyucu olduğu görüldü.

Kadın sağlığı anketi menstruasyon alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Yaş, SED ve menopozal durum modele giren bağımsız değişkenlerdi. Analiz sonucunda menstruasyon alt ölçeğinin yaş ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Bu modelin doğruluk oranı %77,5, duyarlılığı %97,4, özgüllüğü %15,2 olarak hesaplandı. Kırk-44 yaş arasında olanlara göre 45-49 yaş grubunda

olmak menstruasyon alt ölçeğine göre 2,7 kat, 50-54 yaş arasında olmak 3 kat, 55-59 arasında olmak 4,4 kat kötü yönde etkilemekteydi. Premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan yaklaşık 3,4 kat daha koruyucu olduğu görüldü.

Kadın sağlığı anketi çekicilik alt ölçeğini etkileyen faktörler geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizi ile araştırıldığında analiz sonucunda çekicilik alt ölçeğinin bir işte çalışmış olma, SED, eğitim ve menopozal durumdan etkilendiği görüldü. Yaş değişkeni de modele girmiş olmasına rağmen anlamlı olarak etkilemiyordu. Bu modelin doğruluk oranı %96,6, duyarlılığı %100, özgüllüğü %6,7 olarak hesaplandı. Çekicilik alt ölçeğini SED çok iyi-iyi olanlara göre SED orta olanlar 5 kat, SED kötü olanlar 18 kat kötü yönde etkilemekteydi. Referans grup olan eğitimsizlere göre çekicilik açısından ilkökul mezunları 29,5 kat, ortaokul lise mezunları 85,6 kat, üniversite mezunları 645 kat kötü etkilenmekteydi. Herhangi bir işte çalışmamış olmak, çalışmış olmaya göre yaklaşık 10 kat koruyucuydu. Premenopozal dönemde olmanın peri/postmenopozal dönemde olmaktan yaklaşık 4,5 kat daha koruyucu olduğu görüldü.

Kadın sağlığı anketi alt ölçeklerinin geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizleri Tablo 49'da verilmiştir.

Tablo 49. KSA alt ölçeklerinin geriye doğru adımsal lojistik regresyon analizleri

Bağımsız değişkenler	Depresyon		Somatik semptom		Hafıza-dikkat		Vazomotor semptomlar		Anksiyete		Cinsellik		Uyku		Menstruasyon		Çekicilik	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Yaş																		
40-44 yaş			R		R		R		R		R	0,054			R		R	0,958
45-49 yaş			2,4	0,015	1,9	0,036	1,3	0,533	2,1	0,049	1,1	0,869			2,8	0,004	1,6	0,577
50-54 yaş			2,7	0,016	1,5	0,208	1,5	0,322	4,0	0,002	0,4	0,040			3,0	0,008	1,3	0,723
55-59 yaş			3,9	0,003	5,4	<0,001	4,4	0,001	3,1	0,015	0,6	0,319			2,7	0,025	1,7	0,997
Eğitim																		
Eğitimsiz	R	0,058			R		R		R	0,082			R				R	
İlkokul	1,4	0,545			4,3	0,011	0,5	0,248	2,2	0,137			4,6	0,021			29,5	0,001
Ortaokul-lise	2,4	0,097			6,3	0,002	0,3	0,042	3,6	0,024			5,7	0,010			85,6	<0,001
Yüksekokul-üniversite	1,1	0,884			4,7	0,028	0,2	0,023	3,8	0,047			2,2	0,292			645	<0,001
Medeni durum																		
Evli değil	R								R				R					
Evli	2,4	0,001							2,6	0,002			1,8	0,035				
SED																		
Çok iyi-iyi			R	0,066	R		R	0,095							R	0,078	R	
Orta			2,1	0,037	1,5	0,208	0,6	0,151							2,2	0,025	5,0	0,043
Kötü			1,	0,718	2,4	0,005	1,0	0,905							1,4	0,302	17,9	0,002
Bir işte çalışmış olma																		
Çalışmış																	R	
Çalışmamış																	0,2	0,038
Menopozal durum																		
Premenopozal	R		R		R		R		R		R		R		R		R	
Peri/postmenopozal	0,7	0,079	0,2	<0,001	0,4	0,001	9,9	<0,001	0,2	<0,001	0,2	<0,001	0,5	0,002	0,3	<0,001	0,1	0,019

OR: Odds Ratio, **R:** Referans kategori, **SED:** Sosyoekonomik durum.

TARTIŞMA

Araştırmamızın Edirne il merkezindeki 40-59 yaş kadın nüfusunu temsil edici nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Yaşa göre tabakalandırma yaparak ve %80 bir güç oluşacak şekilde örneklem alınarak bu durum sağlanmıştır. Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalamaları $48,18 \pm 5,41$ 'di. Katılımcıların yaş grupları dağılımı 2000 yılı Türkiye nüfus sayımı istatistiklerine paraleldi (88). Örneklemimizdeki kadınların medeni durumları ile 2000 yılı istatistiklerin de aynı yaş grubu kadınların medeni durumları karşılaştırıldığında hiç evlenmeme ve boşanmışlık oranları benzerdi. Yine Özdemir'in (89), Ankara'da yaptığı tez çalışmasındaki verilerle uyum gösteriyordu. Çalışmamızda evli kadınların oranı (%81,5) Türkiye ortalamasından (%86,7) düşüktü. Eşi ölmüş olanların ortalaması ise bizim çalışmamızda Türkiye ortalamasına göre biraz daha yüksekti. Bir işte çalışma ya da eve gelir getirme, özellikle gelir üzerinde söz sahibi olduğu durumlarda, kadınların statülerinin iyileşmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir. Araştırmamızda katılımcıların %67'sinin ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre örneklemimizdeki çalışan kadın oranının düşük oluşu, TNSA 2003'ün bizim çalışmamıza dahil 50-59 yaş grubunu kapsamamasına bağlanabilir. Kendine ait geliri olan kadınların hane gelirindeki payları Türkiye ortalamasından iyiydi (90).

Kadının statüsünü ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen bir diğer unsur da eğitimidir. TNSA 2003 verilerine bakıldığında bizim örneklemimizde kadınların yaşları daha büyük olmasına rağmen eğitim durumları daha iyiydi. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2000 yılı verileri ile karşılaştırıldığında ise bizim araştırmamızdaki kadınların ilkokul mezunu olanların oranları Türkiye geneline göre düşük olmasına karşın ortaokul ve lise mezunu olma

oranları yüksekti (88,90). Özdemir'in (89) çalışmasında eğitimsiz olanların oranlarının yüksek (%40,9), ilkokul mezunu oranlarının daha yakın, ortaokul ve üzeri eğitim alanların oranlarının ise bizim çalışmamızdan daha kötü (%14,9) olduğu bulunmuştur.

Sosyoekonomik düzey, gelir, eğitim düzeyi, meslek ve toplum içerisindeki sosyal statü ile ilişkilidir (91). Katılımcıların eğitim durumları, eşlerin eğitim durumu ve erkeğin mesleğine göre hesaplanan sosyoekonomik düzeye göre katılımcıların büyük çoğunluğu kötü SED seviyesindedir. Halbuki, gayri safi milli hasılaya göre Edirne Türkiye ortalamasının üzerinde olup ilk 20 il arasındadır (92). Neyzi ve ark. (87) tarafından hazırlanan ölçeğin kullanımı göreceli kolay olmakla beraber ekonomik göstergelerden çok sosyal gelişmişliğe odaklandığından bu farkın olağan olduğu kanısına varılmıştır. Katılımcıların çok az bir kısmının sosyal güvencesinin olmayışı da ekonomik refahı destekleyici niteliktedir. Eker'in (93) Edirne il merkezini evren olarak aldığı tez çalışmasında da aynı ölçek kullanılarak benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Obezite halen dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık problemidir. TNSA-2003 verilerine göre kadınların %23'ü obez, %34'ü kilolu bulunmuştur. Bu oran örneklemimizdeki obez ve kilolu kadınlardan daha düşüktür. Bizim çalışmamızda katılımcıların %80'inden fazlasında VKİ 25'in üzerindeydi, bu veri Yalçın'ın (94) Edirne ilinde ve Kılınçer'in (95) Samsun il merkezinde yaptığı tez çalışmalarında elde edilen verilerle paraleldi. Bizim bulgularımızın TNSA verilerinden daha düşük olmasının nedeni TNSA'nın 15-49 yaş arası kadınlarda yapılmış olması olabilir (90).

Katılımcıların sigara kullanma ve bırakmış olma oranları hem Samsun'da hem de Ankara'da yapılan çalışmalardan daha yüksekti (89,95). Katılımcıların % 71'inde kronik hastalık yoktu. Bu veri Öner'in (96) Edirne ilinde, Vehid ve ark. (97) Silivri bölgesinde yaptıkları araştırmalarla benzerlik gösteriyordu.

Doğurganlık özellikleri incelendiğinde gebe kalma ve canlı doğum oranlarının Ankara ve Samsun'da yapılmış çalışmadaki bulgulardan daha düşük olduğu görüldü. Bunun nedeninin Edirne ilinin sosyoekonomik kültüründen kaynaklanarak genel doğurganlık hızının düşük olması olabileceği düşünülmektedir. TNSA 2003 verilerinde 40-49 yaş arası kadınların canlı doğum ortalamaları Türkiye'nin batı bölgesinde 2,9 olarak bulunmuştur (90). Bu veri bizim bulgularımıza ($2,3 \pm 1,27$) yakındır.

Menarş yaşı hem menopoza giriş yaşını etkilemesi, hem de meme kanseri gibi hormon bağımlı bazı kanser türlerinde risk faktörü olması açısından önemlidir. Araştırmamızda menarş yaşı $13,04 \pm 1,33$ olarak bulundu. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında

menarş yaşı ortalaması Ankara’da 12,4, Samsun’da 13,7, Silivri bölgesinde 13,45 olarak bulunmuştur (89,95,97). İngiltere’de yapılan bir çalışma da menarş yaşı 13,3, Avusturya’da 13,3, Hırvatistan’da ise 13,5 olarak tespit edilmiştir (98-100). Avrupa ülkelerinde de menarş yaşı ülkemizdekine yakındır.

Menopoza girme yaşı pek çok faktörden etkilenmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ortalama doğal yolla menopoza girme yaşını Ergöl ve ark. (101) 46,26, Bezircioğlu ve ark. (102) 45,6, Müderris ve ark. (33) 46,3, Maral ve ark. (11) 47,3, Vehid ve ark. (97) 47,47 yıl olarak bulmuşlardır. Bu değerler bizim araştırmamızdaki değerle (46,24 yıl) uyumludur. Dünyada ise çeşitli ülkelerde farklı doğal menopoza girme yaşları bildirilmiştir. Doğal menopoza girme yaşı Güney Kore’de 46,9, Porto Riko’da 51,3, İran’da 50,4, ABD’de 51,3 yıl olarak bildirilmiştir (32,103-105). Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür, ancak genel olarak gelişmiş ülkelerde menopoza girme yaşının daha geç, gelişmekte olan ülkelerde daha erken olduğu söylenebilir (4).

Çalışmamızda menopoza girmiş olanların %80,9’unun doğal, %19,1’inin cerrahi yolla menopoza girmişti. Bu oran Kılınçer’in (95) ve Müderris ve ark. (33) çalışmaları ile benzerdi.

Hormon replasman tedavisi üzerinde yoğun araştırma ve tartışmalar devam etmektedir. HRT kullanımı ile ilgili öneriler de zaman içinde değişmektedir. Araştırmamızda perimenopozal ve postmenopozal kadınların sadece %4,9’unun halen HRT kullandığı, %23,6’sının ise daha önce HRT kullanmış olduğu görüldü. Bu oranlar Özdemir’in (89), Biri ve ark. (106) çalışmalarındaki oranlardan daha düşüktü. Aradan geçen 5-6 yıl içinde hem doktorların hem de hastaların HRT kullanmakta daha seçici davranmaları HRT kullanımında azalmaya neden olmuş olabilir.

Osteoporoz ve osteoporotik kırıklar postmenopozal dönemde önemli morbidite nedenlerindendir. Çalışmamızda katılımcıların sadece %25,6’sının osteoporozdan korunmak için ilaç aldığını saptadık. Bu oran Kılınçer’in (95) çalışmasındaki orandan daha yüksekti.

Premenopozal dönem kadınlar, düzensiz adet görseler de gebe kalabilirler ve menopoza gireceği beklentisinde olan kadın amenoreyi gebelik belirtisi olarak görmeyebilir. Sonuçta perimenopozal kadın istenmeyen ve ilerlemiş bir gebelikle karşı karşıya kalabilir. Bu nedenle kadınların doğum kontrolü konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (81,82). Bizim çalışmamızda da premenopozal katılımcıların %45,5’i halen etkin bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktaydı. Kullananlar arasında en sık kullanılan doğum kontrol yöntemleri ise RİA (%49,5), kondom (%19,8) ve bilateral tüp ligasyonuydu (%15,4).

Ülkemizde orta yaş kadınlara koruyucu sağlık bakımı vermek açısından menopozal dönem yakınmalarıyla başvuru iyi bir fırsattır (107). Çalışmamızda mamografi, pap smear, KMY, meme muayenesi yaptırma ve kendi kendine meme muayenesi yapma oranlarının tamamı %50'nin üzerindedir. Akyüz ve ark. (108) kadın doğum polikliniğine başvuran hastalarda pap smear yaptırma oranları bizim bulgularımızla benzerdi. Bezircioğlu ve ark. (109) yaptığı araştırma da ise kadınların %73,3'ünün hiç mamografi yaptırmadığı, %82,7'sinin ise KMY ölçümü yapılmamış olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızdaki oranların yüksek oluşu son zamanlarda tarama testlerinin öneminin sıkça vurgulanmasına ve Edirne il merkezinde kadınların kolay ulaşabileceği kanser araştırma merkezi bulunmasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %78'i menopoza doğal bir olay olarak görmekte ve %52,4'ü “adetlerin kesilmesi” olarak tanımlamaktadırlar. Menopoza tanımlamak için verilen diğer yanıtlar arasında sıklık sırasıyla “doğurganlığın sona ermesi”, “doğal bir olay”, “fiziksel bir değişiklik”, “hayatta yeni bir dönem”, “yaşlılığın başlaması”dır. Bazıları olumlu bazıları da olumsuz olan bu yanıtlar Türk kadınlarının menopoza hem Asyalı kadınlardan, hem de Avrupalı kadınlardan farklı algıladıklarını gösteriyor olabilir (110).

Menopozal ve postmenopozal dönemde kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin kötü yönde etkilendiği aşikardır. Bunu ölçmek amacıyla çalışmamızda SF-36 gibi genel bir yaşam kalitesi ölçeği ile KSA gibi menopozal döneme ve kadın sağlığına yönelik iki ayrı ölçek kullandık. SF-36 ölçeği ile yaşam kalitesinin yaştan etkilenme derecesine bakıldığında fiziksel sağlığın yaştan daha fazla etkilendiği görüldü. Genezzani ve ark. (111) İtalya'da yaptığı çalışmada da SF-36'nın fiziksel komponentlerinin yaştan daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

Eğitim durumu ve yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında araştırmamızda SF-36 tüm alt ölçekleri eğitimsiz olanlarda daha belirgin olmak üzere düşük eğitim düzeyi olanlarda daha kötüydü. Genezzani ve ark. (111) ve Brzyski ve ark. (112) çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olanlarda fiziksel alt ölçekler mental alt ölçeklerden daha fazla etkilenmişti.

Medeni durumla SF-36 alt ölçekleri ilişkisi incelediğimizde mental alt ölçeklerin daha belirgin olarak etkilendiği ve evli olanların ortalamalarının daha iyi olduğu görüldü. Amerika'da yapılan çalışmada evli olanların fiziksel durumlarının daha iyi olduğu, İtalya'da yapılan bir çalışmada ise evli olanların fiziksel durumlarının etkilenmediği ancak mental durumlarının daha kötü olduğu saptanmıştı (111,112). Conde ve ark. (113) çalışmalarında ise

medeni durum ile SF-36 fiziksel ve mental durum ilişkisi araştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmamızda SF-36 ölçeği ile katılımcıların herhangi bir işte çalışma durumu incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi. Amerika'daki bir araştırmada çalışmayan kadınların fiziksel durumlarının çalışanlardan daha kötü olduğu saptanmıştır (112).

Katılımcıları SED'leri ile yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında fiziksel kısıtlılık, ağrı, sosyal fonksiyon, duygusal sağlık alt ölçeklerinin etkilendiği görüldü. Genazzani ve ark.(111) çalışmasında düşük SED'i olan kadınların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştı. Benzer şekilde Brzyski ve ark. da (112) düşük geliri olan kadınların yaşam kalitelerini daha kötü bulmuşlardı.

Çalışmamızda perimenopozal ve postmenopozal kadınların hem mental hem de fiziksel alt ölçek ortalamaları premenopozal kadınlardan daha kötü olarak saptadık. Benzer şekilde Fuh ve ark. (114) yaptıkları araştırmada premenopozal kadınların yaşam kalitelerini daha iyi olarak bulmuşlardı.

Kadın sağlığı anketi menopozal dönem kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek için hazırlanmış ölçeklerden biridir. Daha çok HRT'nin yaşam kalitesi üzerinde etkisini ölçmek için kullanılmakla beraber saha çalışmalarında da kullanılmaktadır (83). KSA alt ölçekleri yaş ilişkisini incelediğimizde somatik semptom, hafıza, vazomotor semptomlar, cinsellik ve çekicilik alt ölçeklerinde anlamlı fark vardı. Beklenenin tersine 55-59 yaş grubunda hafıza-dikkat alt ölçeği ortalaması en iyiydi. Bu durum hafızada zayıflama oldukça insanların bunu kabullenmeye eğiliminde olmalarından kaynaklanabilir. İtalya'da yapılmış iki ayrı çalışmada da yaşla KSA alt ölçekleri arasında ilişki olduğu saptanmıştır (111,115).

Katılımcıların eğitim durumlarıyla KSA alt ölçekleri karşılaştırıldığında menstruasyon alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde eğitimsizlerin diğer gruplardan anlamlı düzeyde kötü olarak etkilendiği görülmekteydi. Genazzani ve ark. (111) çalışmasında da 5 yıl ve daha az eğitim almış olanların yaşam kalitelerinin kötü yönde etkilendiği saptanmıştır. Amore ve ark. (115) çalışmalarında eğitim ve yaşam kalitesi arasında benzer bir ilişki olduğunu göstermişlerdir.

Araştırmamızda katılımcılardan evli olmayanların depresyon, vazomotor, anksiyete, uyku ve çekicilik alt ölçeği ortalamaları daha kötüydü. Amore ve ark. (115) çalışmasında ise medeni durumla KSA alt ölçekleri arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda daha önce bir işte çalışmış olma ile KSA alt ölçekleri arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı. Amore ve ark. (115) çalışmasında meslek ve yaşam kalitesi ilişkisi gösterilememiştir.

Bizim araştırmamızda SED’i kötü olan grubun menstruasyon, hafıza-dikkat, somatik semptom ve uyku alt ölçeklerinde ortalamaları diğer gruplardan daha kötüydü. Genazzani ve ark. (111) SED’nin KSA 9 alt ölçeğinden 7’sini etkilediğini saptamışlardır.

Araştırmamızda menopozal durumun KSA alt ölçeklerinden menstruasyon dışındaki tüm alt ölçekleri anlamlı düzeyde etkilediği görüldü. Hunter (116) da çalışmasında menopozal durumun yaşam kalitesini etkilediğini göstermiştir.

Sigara kullanımının menopoza girme yaşını etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir (103,117). Sigara kullanımı aynı zamanda yüksek LDL, sedanter yaşam, obezite ve yüksek kan basıncı ile birlikte KVH riskini de artırır. Çalışmamızda sigara kullanımının SF-36 alt ölçeklerinden sadece fiziksel kısıtlılığı etkilediği, ancak KSA alt ölçeklerinin çoğunda etkili olduğu görüldü. Hiç sigara kullanmamış olanların yaşam kaliteleri daha iyiydi. Hollanda’da yapılmış bir çalışmada postmenopozal kadınlarda sigara kullanmamış olmanın psikolojik iyilik halini olumlu etkilediği saptanmıştı (118).

Postmenopozal osteoporoz morbidite ve yaşam kalitesinde etkili olan önemli bir faktördür. Osteoporozla bağlı aşık kırıkların ağrı, tedavi ve sağlık bakımı ihtiyacı gibi etkileri olurken, gizli kırıklar yaşam kalitesi ve fonksiyonlarda kötüleşmeye neden olur (119). Araştırmamızda osteoporoz için ilaç kullananların SF-36 alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, ağrı ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri ortalamaları anlamlı düzeyde kötüydü. Bu durum ilaç kullanmayanların yakınmalarının belirgin olmamasına bağlanabilir. Menopozal döneme yönelik yaşam kalitesini değerlendiren KSA alt ölçeklerinden vazomotor semptom alt ölçeği ortalamasının ilaç kullananlarda daha kötü olması da bu görüşü desteklemektedir.

Obezite KVH, diyabet, artrit gibi pek çok hastalık için risk faktörüdür. Bizim çalışmamızda da obez olanların genel sağlık alt ölçeği ortalamaları daha kötü idi. KSA somatik semptom, hafıza-dikkat, cinsellik ve çekicilik alt ölçeklerinde de obezlerin ortalamaları daha kötüydü. Hollanda ve Ekvator’da yapılan çalışmalarda da obezitenin yaşam kalitesini kötü yönde etkilediği bulunmuştur (118,120).

Kronik hastalık varlığı ve yaşam kalitesi ilişkisi bizim çalışmamızda da hem SF-36 hem de KSA ile yapılan değerlendirmeler de belirgindi. Kronik hastalığı olanların yaşam kaliteleri kötü yönde etkilenmişti. Hollanda ve İtalya’da yapılan iki çalışmada eşlik eden

kronik hastalık varlığında menopozal dönem kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (111,118).

Menopoz algısı menopozal dönemde semptom şiddetini de etkilemektedir. Menopozu doğal ve olumlu olarak algılayan toplumlarda kadınların yakınmaları daha hafif olmaktadır (110). Bizim araştırmamızda da menopozu doğal bulan kadınların yaşam kalitesi alt ölçeklerinde ortalamaları daha iyiydi.

Çalışmamızda menopozal dönem kadınların yaşam kalitelerini SF-36 ile ölçtüğümüzde en fazla etkileyen faktörlerin yaş, eğitim durumu ve menopozal durum olduğu görüldü. İleri yaş, düşük eğitim seviyesi, perimenopozal veya post menopozal dönemde olma yaşam kalitesini kötü yönde etkilemekteydi. Bu bulgular literatürle uyumluydu (111,112,115,121).

Kadın sağlığı anketi ile yaşam kalitesini değerlendirdiğimizde ise menopozal dönem kadınların yaşam kalitelerinde etkili olan faktörlerin yaş, eğitim, medeni hal, SED ve menopozal durum olduğu görüldü. İleri yaş menopozal dönem yaşam kalitesini olumsuz etkilemekteydi. Eğitim düzeyinin etkileri ise farklıydı. Düşük eğitim düzeyi depresyon, uyku, çekicilik ve hafıza-dikkat alt ölçeklerinde koruyucu olarak görülürken vazomotor alt ölçeğini olumsuz olarak etkiliyordu. Daha iyi eğitim düzeyine sahip kişilerin hafıza-dikkat ve çekicilik alt ölçeklerinde olumsuz yönde daha fazla etkilenmeleri beklentilerinin yüksek olmasına bağlanabilir. İtalya’da yapılan çalışmada da düşük eğitim düzeyinin vazomotor semptom alt ölçeğini kötü etkilediği saptanmıştır (111).

Evli olmama depresyon, anksiyete, ve uyku alt ölçeklerinde koruyucu etkili bulunmuştur. Regresyon analizi sonucunda daha önceki bulgumuzla çelişiyor gibi görünen bu bulgu genel olarak evli olmayanların alt ölçek ortalamalarının evli olanlardan düşük olmasına rağmen evli olanların üst üste bir tertilde daha fazla yer almalarından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda SED iyi ve çok iyi olmasının hafıza dikkat ve çekicilik alt ölçeklerinde yaşam kalitesini olumlu etkilemekte olduğu görüldü. Oysa eğitimi iyi olanlar bu iki alt ölçekte de olumsuz etkilenmişlerdi. Bu durum Neyzi ve ark. (87) tarafından geliştirilmiş SED ölçeğinin evin erkeğinin işi ve eğitimini daha ön planda tutmasından kaynaklanıyor olabilir. Lebrun ve ark. (118) çalışmalarında postmenopozal kadınlarda eşin eğitim düzeyinin, özellikle yaşam kalitesinin mental komponentlerinde etkili olduğunu saptamışlardır. Premenopozal dönemde olmak depresyon alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde anlamlı olarak koruyucu idi. Menopozal geçişin yaşam kalitesine olumsuz etkisi literatürde pek çok çalışmada gösterilmiştir (112,114,116,122,123).

Menopozal dönem kadınların yaşam kalitelerini incelerken bazen beklediğimiz yönde bazen de beklentimiz dışında sonuçlarla karşılaştık. Açık olan bu dönemde kadınların yaşam kalitelerinin kötü yönde etkilendiği, ancak bunu etkileyen nedenlerin karmaşık bir örüntü içinde olduğudur.

Kadın sağlığında önemli faktörlerden biri eğitim ve sosyoekonomik düzeydir. Eğitimleri arttıkça kadınlar, kendileri ve sağlıkları üzerinde daha fazla söz sahibi olacaktır. Kadınların eğitim ve sosyoekonomik düzeylerinin iyileştirilmesi, menopozal dönem yaşam kalitesini olumlu etkileyeceği gibi toplum içinde önemli etkileri olacaktır.

Aile hekimleri bütüncül ve sürekli yaklaşım içinde menopozal dönemde değişiklikleri en kolay fark edebilecek ve yardımcı olabilecek hekimdir. Menopozal döneme has yakınmalarda bunalan ve endişelenen kadınların yakınmalarını tedavi etmek, gündelik yaşamda değişikliklerle semptomlarıyla başa çıkmayı kolaylaştırıcı önerilerde bulunmak rahatlatıcı olacaktır.

Yine ebeveynlerin hastalıkları ve ölümleri, çocukların evden ayrılmaları, çalışanlar için emeklilik dönemi gibi yaşam olayları da bu döneme rastlar. Kadın artık hem kendini yaşlanmış, hem de işe yaramaz hissetmeye başlar. Aile hekimi kadının bu sıkıntılarını anlayarak ona yardımcı ve destek olmalı, gerektiğinde aile ve çevreden destek almalıdır. Kadınlara daha önlerinde yaşanacak uzun bir ömürleri olduğu hatırlatılarak, bu yeni döneme umutla girmeleri için destek olunmalıdır.

Aile hekiminin bir diğer görevi de kadınların kalan ömürlerini ki bu süre yaşamının üçte birini oluşturmaktadır, sağlıklı şekilde geçirmelerini sağlamaktır. Koruyucu sağlık bakımı çocukluk çağlarında sağlıklı yaşam tarzının benimsetilmesi ve diyet önerileri ile başlar. Sonraki dönemlerde de periyodik sağlık muayeneleri, bireye özgü risk faktörlerinin belirlenerek bunlara yönelik önlem ve taramalarla sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi, hastalıklar ortaya çıktığında komplikasyonların önlenmesi de aile hekiminin görevidir.

SONUÇLAR

Edirne il merkezindeki 40-59 yaş arasındaki kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bunların giderilmesi yönünde öneriler yapmamızı sağlayacak şekilde planlanıp, yürütülmüş olan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, şu şekilde özetlenebilir

1. Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalamaları $48,18 \pm 5,41$ 'di. Katılımcıların %67'sinin ev hanımı, %81,5' evliydi. %4,4'ü eğitimsiz iken %48,3'ü ilkokul mezunuydu. SED'lerine bakıldığında %50'sinin SED'i kötü olarak bulundu.

2. Katılımcıların %80'inden fazlasının VKİ 25'in üzerindeydi, %71'inin herhangi bir kronik hastalığı yoktu.

3. Doğurganlık özellikleri incelendiğinde ortalama gebelik sayısı 2,89 olan katılımcıların ortalama doğum sayıları 2,3 olarak bulundu. Menarş yaşı ise $13,04 \pm 1,33$ olarak bulundu.

4. Katılımcıların %40'ı premenopozal, %12,7'si perimenopozal ve %47,3'ü postmenopozal dönemdeydi. Menopoza girmiş olanların %80,9'unun doğal, %19,1'inin cerrahi yolla menopoza girmişti. Doğal menopoza girme yaşı 46,24 olarak tespit edildi.

5. Menopozal ve postmenopozal kadınların sadece %4,9'unun halen HRT kullandığı, %23,6'sının ise daha önce HRT kullanmış olduğu görüldü. Osteoporozdan korunmak için ilaç alanların oranı %25,6 saptandı.

6. Premenopozal katılımcıların %45,5'i halen etkin bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktaydı. Kullananlar arasında en sık kullanılan doğum kontrol yöntemleri ise RİA (%49,5), kondom (%19,8) ve bilateral tüp ligasyonuydu (% 15,4).

7. Katılımcıların %50,5'inin KMY ölçülmüş, %52,4'ü mamografi yaptırmış, %52,7'si pap smear yaptırmış ve %54,1'i meme muayenesi yaptırmıştı. Araştırmaya katılan katılımcıların %78'i menopoza doğal bir olay olarak görmekte ve %52,4'ü “adetlerin kesilmesi” olarak tanımlamaktaydılar.

8. SF-36 ölçeği ile yaşam kalitesinin yaştan etkilenme derecesine bakıldığında fiziksel sağlığın yaştan daha fazla etkilendiği görüldü.

9. Eğitim durumu ve yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında araştırmamızda SF-36 tüm alt ölçekleri eğitimsiz olanlarda daha belirgin olmak üzere düşük eğitim düzeyi olanlarda daha kötüydü.

10. Medeni durumla SF-36 alt ölçekleri ilişkisi incelediğimizde mental alt ölçeklerin daha belirgin olarak etkilendiği ve evli olanların ortalamalarının daha iyi olduğu görüldü.

11. Katılımcıların herhangi bir işte çalışma durumu incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi.

12. SED ile yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında fiziksel kısıtlılık, ağrı, sosyal fonksiyon, duygusal sağlık alt ölçeklerinin etkilendiği görüldü.

13. Çalışmamızda perimenopozal ve postmenopozal kadınların hem mental hem de fiziksel alt ölçek ortalamaları premenopozal kadınlardan daha kötü olarak saptandı.

14. KSA alt ölçekleri yaş ilişkisini incelediğimizde somatik semptom, hafıza, vazomotor semptomlar, cinsellik ve çekicilik alt ölçeklerinde anlamlı fark vardı.

15. Katılımcıların eğitim durumlarıyla KSA alt ölçekleri karşılaştırıldığında menstruasyon alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde eğitimsizlerin diğer gruplardan anlamlı düzeyde kötü olarak etkilendiği görülmektedir.

16. Evli olmayanların depresyon, vazomotor, anksiyete, uyku ve çekicilik alt ölçeği ortalamaları daha kötüydü.

17. Daha önce bir işte çalışmış olma ile KSA alt ölçekleri arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı.

18. SED'i kötü olan grubun menstruasyon, hafıza-dikkat, somatik semptom ve uyku alt ölçeklerinde ortalamaları diğer gruplardan daha kötüydü.

19. Menopozal durumun KSA alt ölçeklerinden menstruasyon dışındaki tüm alt ölçekleri anlamlı düzeyde etkilediği görüldü.

20. Çalışmamızda sigara kullanımının SF-36 alt ölçeklerinden sadece fiziksel kısıtlılığı etkilediği, ancak KSA alt ölçeklerinin çoğunda etkili olduğu görüldü.

21. Osteoporoz için ilaç kullananların SF-36 alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, ağrı ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri ortalamaları, KSA alt ölçeklerinden vazomotor semptom alt ölçeği ortalaması anlamlı düzeyde kötüydü.

22. Çalışmamızda da obez olanların genel sağlık alt ölçeği ortalamaları daha kötü idi. KSA somatik semptom, hafıza-dikkat, cinsellik ve çekicilik alt ölçeklerinde de obezlerin ortalamaları daha kötüydü.

23. Kronik hastalık varlığı ve yaşam kalitesi ilişkisi bizim çalışmamızda da hem SF-36 hem de KSA ile yapılan değerlendirmeler de belirgindi. Kronik hastalığı olanların yaşam kaliteleri kötü yönde etkilenmişti.

24. Menopozu doğal bulan kadınların yaşam kalitesi alt ölçeklerinde ortalamaları daha iyiydi.

25. Çalışmamızda menopozal dönem kadınların yaşam kalitelerini SF-36 ile ölçtüğümüzde en fazla etkileyen faktörlerin yaş, eğitim durumu ve menopozal durum olduğu görüldü. İleri yaş, düşük eğitim seviyesi, perimenopozal veya post menopozal dönemde olma yaşam kalitesini kötü yönde etkilemekteydi.

26. KSA ile yaşam kalitesini değerlendirdiğimizde ise etkili olan faktörlerin yaş, eğitim, medeni hal, SED ve menopozal durum olduğu görüldü.

27. İleri yaş menopozal dönem yaşam kalitesini olumsuz etkilemekteydi.

28. Eğitim düzeyinin etkileri ise farklıydı. Düşük eğitim düzeyi depresyon, uyku, çekicilik ve hafıza-dikkat alt ölçeklerinde koruyucu olarak görülürken vazomotor alt ölçeğini olumsuz olarak etkiliyordu.

29. Evli olmama depresyon, anksiyete, ve uyku alt ölçeklerinde koruyucu etkili bulunmuştur.

30. SED iyi ve çok iyi hafıza dikkat ve çekicilik alt ölçeklerinde yaşam kalitesini olumlu etkilemekte olduğu görüldü.

31. Premenopozal dönemde olmak depresyon alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde anlamlı olarak koruyucuydu.

ÖZET

Yetişkin kadın sağlığında yaklaşım iki temele dayanır. Bunlardan biri kronik hastalıklarla ilişkili olayların çocukluk çağında gelişmeye başlaması, diğeri ise bu hastalıklardan birincil korunma için müdahalelerin menopoza önce yapılmasının gerekliliğidir. Yaş ve topluma göre girişimler farklılık gösterse de hedef, sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıktan korunmadır. Menopozda olan kadın sayısı tüm dünyada beklenen yaşam süresinin artması ile gün geçtikçe artmaktadır, yani kadınların yaşamlarının yaklaşık üçte biri menopozda geçmektedir.

Bu araştırmada Edirne il merkezindeki 40-59 yaş arası kadınların yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Edirne il merkezinde yaşayan 40-59 yaş arası 410 kadına sosyodemografik ve menopozal özelliklerini sorgulayan bir anketle beraber yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla SF-36 ve kadın sağlığı anketi uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların doğal olarak menopoza girme yaş ortalamaları 46,24 yıl olarak tespit edildi. Katılımcıların %50,5'inin kemik mineral yoğunluğu ölçülmüş, %52,4'ünün mamografisi çekilmiş, %52,7'sinin pap smear testi yapılmış ve %54,1'inin meme muayenesi yapılmıştı. Menopozal ve postmenopozal kadınların sadece %4,9'unun halen hormon replasman tedavisi kullanmakta olduğu, %23,6'sının ise daha önce hormon replasman tedavisi kullandığı görüldü. Osteoporozdan korunmak için ilaç alanların oranı ise %25,6 olarak saptandı.

İleri yaş, düşük eğitim seviyesi, kötü sosyoekonomik düzey, perimenopozal veya post menopozal dönemde olma menopozal dönem kadınların yaşam kalitesini kötü yönde

etkilemekteydi. Sigara kullanımı, obezite ve kronik hastalık varlığının da yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardı.

Bu bulgular ışığında eğitim ve sosyoekonomik düzeyin iyileştirilmesi, koruyucu sağlık bakımının verilmesine erken yaşlarda başlanması, postmenopozal dönem kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini iyileştirecektir.

Anahtar kelimeler: Menopoz, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, Edirne

EVALUATION OF HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG WOMAN AGED 40-59 YEARS LIVING IN EDIRNE CITY

SUMMARY

Women health has two basic components. First, most events related with chronic diseases starts at childhood and second, primary prevention of these diseases has to be started before menopause. Although the interventions may vary according to age and population, the common aim is health promotion and disease prevention. Parallel to the increase in life expectancy, the number of women at menopause increases day by day all over the world. This leads to around one third of women's life to be spent at menopause.

This study aimed to evaluate life quality and the related factors among women aged 40-59 years living in Edirne city.

A questionnaire querying socio-demographic features and menopause status together with the SF-36 inventory and women's health questionnaire to evaluate life quality were applied to 410 women aged between 40 and 59 years living in Edirne city.

Mean natural menopause age of the participants was 46.24 years. Bone mineral density was measured in 50.5%, mammography was performed in 52.4%, Pap smear was obtained in 52.7% and breast exam was performed in 54.1% of the participants. Among the menopausal and postmenopausal women, only 4.9% were using hormone replacement therapy currently. However, past hormone replacement therapy usage history was 23.6%. Women using medications to prevent osteoporosis made 25.6% of the sample.

Advanced age, having less education, low socioeconomic level and being at the peri- or post-menopausal phase demonstrated a negative effect on the quality of life. Tobacco use, obesity and presence of chronic diseases were also found to adversely effect the quality of life, as well.

In the light of these findings, we conclude that improving education and socioeconomic level with initiating preventive health care at earlier ages would improve health related quality of life among postmenopausal women.

Key words: menopause, health related quality of life, Edirne

KAYNAKLAR

1. Notelovitz M. Optimizing women's health: Adult women's health & medicine. Climacteric 2005;8:205-9.
2. Akın A, Esin Ç, Çelik E. Kadının sağlık hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da kadın sağlığını iyileştirmesine yönelik stratejik eylem planı. [Serial online]. 2007.
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/gotoaspx?id=2144 .
3. Köşgeroğlu N, Açıkgöz A, Ayrancı Ü. Kadın sağlığı. [Serial online]. 2007.
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2156.
4. Report of a WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. Geneva: World Health Organization, 1996.
5. Freedman MA. Quality of life and menopause: the role of estrogen. J Womens Health (Larchmt) 2002;11:703-18.
6. Vehid S, Aran SN, Koksall S, Isiloglu H, Senocak M. The prevalence and the age at the onset of menopause in Turkish women in rural area. Saudi Med J 2006;27:1381-6.
7. Discigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Basak O. Profile of menopausal women in west Anatolian rural region sample. Maturitas 2006;55:247-54.
8. Neslihan CS, Bilge SA, Ozturk TN, Oya G, Ece O, Hamiyet B. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. Maturitas 1998;30:37-40.
9. Şengül A, Yüçetürk N, Sargın M. Doğal menopoz başlangıç yaşının değerlendirilmesi. Göztepe Tıp Dergisi 2005;20:70-2.

10. Vehid S, Köksal S, Aran SN, Kaypmaz A. Ortalama menopo2 yaşına etkisi olan bazı faktörler. İstanbul Tıp Fak Mecmuası 2001;64:39-45.
11. Maral I, Yıldırım U, Özkan S, Aycan S. Ankara Gölbaşı bölgesi kadınlarında doğal menopo2 yaşı ve menopo2 yaşına eşlik eden faktörler. Klinik Bilimler ve Doktor 2001;7:550-4.
12. Özdemir O, Çöl M. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara, Turkey. Maturitas 2004;49:211-9.
13. Seckin NC, Şener AB, Turhan N, Gokmen O, Orhon A, Bulgurlu H. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. Maturitas 1998;30:37-40.
14. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağığa etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi 2003;25:73-82.
15. T.C. Sağık Bakanlığı Ana Çocuk Sağığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme sağığına giriş katılımcı rehberi, 2005.
16. Tinker A. Women's health: the unfinished agenda. Int J Gynaecol Obstet 2000;70:149-58.
17. Erbaş N, Bekar M, Gölbaşı Z. 40-60 yaş grubu menopo2al dönem kadınların sağığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi . Klinik Bilimler ve Doktor 2004;10:612-9.
18. Akkuzu G, Akın A. Menopo2 sonrası ve yaşlılık döneminde kadının sağık sorunları. Sağık ve Toplum 1998;3:68-72.
19. Aydın ZD. Yaşlı bireye yönelik koruyucu hekimlik. IV Ulusal Geriatri Kongre Özet Kitabı, Antalya, 2005 [Serial online]. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=3535.
20. U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services. [Serial online]. 2005. <http://www.ahrq.gov>.
21. Atasü T. Yaşlanma ve menopo2un meydana gelişi. Atasü T (Editör). Menopo2- tedavisi ve kanser'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.47-62.
22. Burger H, Dudley E, Robertson D, Dennerstein L. Hormonal changes in the menopause transition. Recent Prog in Horm Res 2002;57:257-75.

23. Soulos M, Sherman S, Parrot E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). Fertil Steril 2001;76:874-8.
24. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. The menopausal transition. Fertil Steril 2006;86:253-6.
25. Atasü T. Menopoz: tanım ve terminoloji. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.13-26.
26. Gradison M. Physical changes in menopause and perimenopause. In: Rosenfeld JA (Ed.). Women's health in mid-life : a primary care guide. London:Cambridge University Press; 2004. p.125-36.
27. Kömürcü N, Yıldız N. Menopozda cinsel yaşam. Androloji Bülteni 2006;26:173-6.
28. Atasü T. Menopoz ve hormon replasman tedavisinin tarihçesine bir bakış. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.1-11.
29. Akın G. Her yönüyle yaşlılık. Ankara: Palme Yayıncılık, 2006:200-6.
30. Hill K. The demography of menopause. Maturitas 1996;23:113-27.
31. Başbakanlık Kadın Sağlığı Genel Müdürlüğü. [Serial online]. 2007. <http://www.kssgm.gov.tr/saglik.html>.
32. Hong S, Sang-Wook Y, Hee C, Sun H, Hyung G, Gombojaw B. Age at menopause and cause-specific mortality in South Korean women: Kangwha Cohort Study. Maturitas. 2007;56:411-9.
33. Müderris İİ, Batukan C, Ekinci E, Çetinkaya F. Kayseri'de menopoz yaşı ve etkileyen faktörler. Türk Fertilite Dergisi 2005;13:158-64.
34. 2000 yılı nüfus sayımı sonuçları. [Serial online]. 2007. <http://www.die.gov.tr/tkba/istatistikler1.htm>.
35. Ortiz P, Harlow S, Sowers M, Nan B, Romaguera J. Age at natural menopause and factors associated with menopause state among Puerto Rican women aged 40-59 years, living in Puerto Rico. Menopause 2006;13: 116-24.
36. T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik projesi. Hastalık yükü final raporu;2004.

37. Karpuz H. Menopoz ve kardiyovasküler hastalıklar. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.265-73.
38. Atasü T, Tekin H. Menopozun sempoamları. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.109-35.
39. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu N, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. New/Yeni Symposium Journal 2006;44:182-8.
40. Günalp G, Güven S. 60 yaş üzerindeki hastalarda menopoza bağlı sorunlar ve tedavisi. Arioğul S (Editör). Geriatri ve gerontoloji'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2006. s.447-55.
41. Önderoğlu L, Özyüncü Ö. İleri yaş ve kadın sağlığı [Serial online]. 2006. <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yayinlar/yaslanankadin.pdf>.
42. Rousseau M. Women's midlife health. J Nurse Midwifery 1998;43:208-23.
43. Uncu Y, Mehmetoğlu H. Aile hekimliğinde klimakterium ve menopoza yaklaşım. Bilgel N (Editör). Aile hekimliği'nde. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi; 2006. s.319-44.
44. Blake J. Menopause: evidence-based practice. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006;20: 799-839.
45. Derman S. Menopoz ve uyku bozuklukları. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.137-50.
46. Koptagel-İlal G. Menopozun ruhsal yönleri. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.411-27.
47. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:108-12.
48. Tot S. Menopozun psikiyatrik yönleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:114-9.
49. Greendale G. The menopause. Lancet 1999;353:571-80.
50. Carr R. Üriner inkontinens (Çeviri: E. Özkömür). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. s.506-17.
51. Palacios S, Tobar A, Menendez C. Sexuality in the climacteric years. Maturitas 2002;43:69-77.

52. Yılmaz V, Oral E, Tustaş E, Seyisoğlu H, İdil M, Ertüngealp E. Menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda epidemiyolojik verilerin ve HRT hakkında yanıtların belirlenmesi. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2003;17:30-6.
53. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Guthrie J. Sexuality. Am J Med 2005;118:59-63.
54. Khandwala S. Primary care of the perimenopausal woman. Prim Care Update Ob Gyns 1998;5:43-9.
55. Atasü T, Benian A. Menopoz ve kemik sistemi ilişkisi. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.311-56.
56. Işık M, Cankurtaran M. Senil osteoporoz ve tedavisi. Arıoğlu S (Editör). Geriatri ve gerontoloji'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2006. s.735-52.
57. South-Paul J. Osteoporoz (Çeviri: M. Urgan). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. s.336-47.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı. Osteoporoz. Arısoy S (Editör). Birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberi'nde. Ankara: 2007. s.267-9.
59. Lobo R. Cardiovascular implications of estrogen replacement therapy. Int J Gynaecol Obstet 1990;33:380-7.
60. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. Hormon tedavisi konsensus sonuçları. İstanbul, 2003.
61. Bozdağ G, Yaralı H. Menopozal hormon tedavisine güncel yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:195-8.
62. Çetinkaya M. Kadın genital kanserlerinin tanısı ve önlenmesi. Klinik Gelişim 2005;18:45-55.
63. American cancer society. Detailed guide: Cervical cancer. [Serial online]. 2007. http://www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_2_3x.asp?dt=8
64. Recommended adult immunuzation shedule, United States. Am Fam Physician 2007. <http://www.aafp.org>
65. Sadıkoğlu G. Aile hekimliğinde meme kanserine yaklaşım. Bilgel N (Editör). Aile hekimliği'nde. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi; 2006. s.513-22.

66. Başaran S, Güzel R, Sarpel R. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005;20:55-63.
67. World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life [Serial online]. 1997. http://www.who.int/mental_health/media/68.
68. Arslan Ş, Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Geriatri 1999;2:173-8.
69. Işık A. Hayat Kalitesi (Quality Of Life) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. [Serial online]. 2007. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2593.
70. Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006;5:382-9.
71. Matthews K, Bromberger J. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? Am J Med 2005;118:25-36.
72. Leplège A, Dennerstein L. Menopause and quality of life. Qual Life Res 2000;9:689-92.
73. Realini J. Menopause. In: Taylor RB (Ed.). Family medicine principles and practice. New York: Springer-Verlag; 1997. p.909-15.
74. Hunter M, O'Dea I. Menopause. In: Ussher J (Ed.). Body talk: the material and discursive regulation of sexuality, madness and reproduction. London: Routledge; 1997. p.199-222.
75. Green J. Bereavement and social support at the climacteric. Maturitas 1983;5:115-25.
76. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-cultural perspectives on menopause. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol 2007; 21: 261-74.
77. Miller R. Menopause and beyond. In: Barker L, Burton J, Zieve P (Eds.). Principles of ambulatory medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.1640-9.
78. Kahwati L, Haigler L, Rideout S. What is the best way to diagnose menopause? J Fam Pract 2005;5:1000-3.
79. Ünal O. Kadın sağlığı ve diyet, postmenopozal dönemde diyet ve diğer alternatif yöntemler. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001, s.589-605.

80. Madazlı R, Atasü T. Perimenopoz dönemine yaklaşım. Atasü T (Editör). Menopoz-tedavisi ve kanser'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. s.479-86.
81. Brunsell SC. Kontrasepsiyon (Çeviri:Z. Vural). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Current aile hekimliği tanı ve tedavi'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. s.211-20.
82. Kailas N, Sifakis S, Koumantakis E. Contraception during perimenopause. Eur J Contracept Reprod Health Care 2005;10:19-25.
83. Hunter M. The women's health questionnaire (WHQ): frequently asked questions (FAQ). Health Qual Life Outcomes [Serial online]. 2003. <http://www.hqlo.com/content/1/1/41>.
84. Çetinay P, Gülseren Ş. Kadın sağlığı anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi 2005;42:13-7.
85. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36'nın (KF-36) Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma . İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:102-6.
86. Veyisoğlu D. Dinlenme ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2002.
87. Neyzi O, Alp H, Orhon A. Sexual maturation in Turkish girls. Ann Hum Biol 1975;2:49-59.
88. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu [Serial online]. 2007. www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do.
89. Özdemir O. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 50-65 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve İlişkili Özellikler (tez) . Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2001.
90. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması [Serial online]. 2007. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm.
91. U.S.Department of Health and Human Services. Health, United States, 1998, With Socioeconomic Status and Health Chartbook; 1998. Report No: 98-1232.
92. Tuna Y, Yumuşak I. Kalkınmışlık göstergesi olarak beşeri kalkınma indeksi. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası [Serial online]. 2002. http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=172.
93. Eker E. Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.

94. Yalçın B. Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı Ve Eşlik Eden Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
95. Kılınçer A. Samsun İl Merkezindeki 45-65 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Dönemin Değerlendirilmesi (tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.
96. Öner L. Edirne'de Hiperkolesterolemi Prevalansı ve Kardiyovasküler Risklerin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
97. Vehid S, Aran SN, Köksal S, Özdemir İH, Işıloğlu H, Şenocak M. Silivri bölgesi kadınlarında menopoz ve özellikleri. T Klin J Med Sci 2001;21:493-9.
98. Whalley L, Fox H, Starr J, Diary I. Age at natural menopause and cognition. Maturitas 2004;49:148-56.
99. Fistic I, Srecko I, Marina F, Ivan S. Menopause in Croatia. Socio-demographic characteristics, women's attitudes and source of information, compliance with HRT. Maturitas 2004;47:91-8.
100. Krischengast S, Gruber D, Sator M, Huber J. Postmenopausal weight status, body composition and body fat distribution in relation to parameters of menstrual and reproductive history. Maturitas 1999;33:117-26.
101. Ergöl Ş, Eroğlu K. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi, uygulama ve tutumları. Sağlık ve Toplum 2001;11: 49-57.
102. Bezircioğlu İ, Öniz A, Kındıroğlu N, Dünder P. Menopoz verilerinin epidemiyolojik değerlendirilmesi. Kadın Doğum Dergisi 2004;2:316-9.
103. McKinlay S, Bifano N, McKinlay J. Smoking and the age at menopause in women. Ann Intern Med 1985;103: 350-6.
104. Mohammad K, Hashemi S, Farahani F. Age at natural menopause in Iran. Maturitas 2004;49:321-6.
105. Ortiz A, Harlow S, Sowers M, Nan B, Romaguera J. Age at natural menopause and factors associated with menopause state among Puerto Rican women aged 40-59 years, living in Puerto Rico. Menopause 2006;13:116-24.
106. Biri A, Bakar C, Maral I, Bumin MA, Güner H. 40 yaş ve üzeri kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgileri, menopozla ilgili yakınmaları ve hormon replasman tedavisi kullanma durumları. Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2004;14: 75-83.

107. Gülerman C, Çelikkanat H, Möröy P, Hamdemir S, Alaybeyoğlu L, Doğanay M, ve ark. Menopozal kadınlarda hormon replasman tedavisi prevalansı. Klinik Bilimler & Doktor 2000;6:261-3.
108. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap smear yaptıрма durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48:25-9.
109. Bezircioglu I, Gülseren L, Öñiz A, Kındıroğlu N. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-Anksiyete ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Derg 2004;15:199-207.
110. Tortumoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarda menopoz. İnsan Bilimleri Dergisi [Serial online]. 2004. <http://www.insanbilimleri.com>.
111. Genezzani A, Nicolucci A, Campagnoli C, Crosignani P, Nappi C, Serra G, et al. Assessment of the Qol in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. Maturitas 2002;42:267-80.
112. Brzyski R, Medrano M, Hyatt-Santos J, Ross J. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics . Fertil Steril 2000;76:44-50.
113. Conde D, Pinto-Neto A, Santos-Sa D, Costa-Paiva L, Martinez E. Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women. Gynecol Endocrinol 2006;22:441-6.
114. Fuh J, Wang S, Lee S, Lu S, Juang K. Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen Island. Qual Life Res 2003;12:53-61.
115. Amore A, Di Donato P, Papalani A, Berti A, Palareti A, Ferrari G, et al. Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. Maturitas 2004;48:115-24.
116. Hunter M. Somatic experience of the menopause: a prospective study. Psychosom Med 1990;52:357-67.
117. Reynolds R, Obermeyer C. Age at natural menopause in Beirut, Lebanon: the role of reproductive and lifestyle factors. Ann Hum Biol 2001;28:21-9.
118. Lebrun C, Schow Y, Jong F, Polls H, Grobbee D, Lamberts S. Relations between body composition, functional and hormonal parameters and quality of life in healthy postmenopausal women. Maturitas 2006;55: 82-92.
119. Martin A, Sornay-Rendu E, handler J, Duboeuf F, Girman C, Delmas P. The Impact of Osteoporosis on Quality-of-life: The OFELY Cohort. Bone 2002;31: 32-6.

120. Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Quality of life among postmenopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program. *Maturitas* 2007;56: 45-53
121. Matthews K, Bromberger J. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med* 2005;118: 25-36.
122. Kumari M, Stafford M, Marmot M. The menopausal transition was associated in a prospective study with decreased health functioning in women who report menopausal symptoms. *J Clin Epidemiol* 2005;58: 719-27.
123. Mishra G, Brown W, Dobson A. Physical and mental health: Changes during menopause transition. *Qual Life Res* 2003;12: 405-12.

EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı: 13

Karar Tarihi: 07.08.06

3-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 03.08.2006 tarihinde "Edirne İl Merkezinde 40-59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi" adlı TÜTFEK 2006/136 protokol no.lu Dr.H.İlkay AYDEMİR'in tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Prof. Dr. Betül BİNER ORHANER, Doç.Dr.Betül UĞUR ALTUN, Eczacı Emine SAKMAN izinli olması nedeniyle toplantıya katılamadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalında yapılacağı, Doç. Dr. Nezih DAĞDEVİREN'in yürüttüğü olduğu; araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına, Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve Trakya Üniversitesi Araştırma Projeleri (TÜBAP) tarafından desteklenmesi koşuluyla yapılabileceğine mevcudun oybirliği ile karar verildi.

	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet i	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof.Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Güllapoğlu Yerleşkesi
22030 EDİRNE

Tel : (0284) 235 76 41 (9 Hat) Fax: (0284) 235 76 52

EK-2. KÜMELER VE ÖRNEKLEMDE YER ALAN KİŞİ SAYISI

Küme adı	40-44 yaş		45-49 yaş		50-54 yaş		55-59 yaş		Toplam	
	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem
Ayşekadın Sağlık Ocağı	866	22	707	18	498	13	395	9	2466	62
Gazimihal Sağlık Ocağı	839	22	753	18	503	12	434	11	2529	63
Karaağaç Sağlık Ocağı	133	4	152	5	109	3	85	2	479	14
Yıldırım Sağlık Ocağı	335	8	274	8	259	7	170	5	1038	28
Binevler Sağlık Ocağı	964	24	903	23	584	15	294	8	2745	70
Muradiye Sağlık Ocağı	636	16	445	12	388	10	226	6	1695	44
Yeni İmaret Sağlık Ocağı	137	4	137	4	69	3	66	2	409	13
Kirişhane Sağlık Ocağı	547	15	442	11	402	10	238	6	1629	42
Kutlutaş Sağlık Ocağı	984	25	918	23	584	15	395	11	2881	74
Toplam	5441	140	4731	122	3396	88	2303	60	15871	410

EK-3. ANKET FORMU

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ 40-59 YAŞ ARASI KADINLARIN MENOPOZAL DURUM VE YAŞAM KALİTELERİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

1. Form no				2. Mahalle			
3. Yaş							
4. Medeni hal		Bekâr	Evli	Boşanmış	Dul		
5. Meslek		Ev hanımı	Emekli	Çalışıyor ise mesleği:			
6. Eğitim		Okuryazar değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul		
		Lise	Yüksekokul	Üniversite	Eğitim yılı:		
7. Gelir		Eve giren toplam aylık gelir				8. Kendine ait gelir	
		Ailedeki toplam kişi sayısı				Yok Var	
9. Evin erkeğinin eğitimi		Okuryazar değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul		
		Lise	Yüksekokul	Üniversite	Eğitim yılı		
10. Evin erkeğinin yakınlık derecesi		Eşi	Babası	Kardeşi	Çocuğu		
11. Evin erkeğinin mesleği							
12. Sağlık güvencesi		Yok	EMS	SSK	Bağ-Kur	Yeşil K.	Diğer
13. Boy		14. Kilo		15. BMI			
16. Sigara kullanımı		Hiç içmemiş	Bırakmış yıldır içmiyor yıl.....paket/gün içmiş		İçiyor yıl.....paket/gün		
16. Alkol kullanımı		Hiç kullanmamış	Sosyal içici	Bırakmış....yıldır yıl...../gün içmiş	Kullanıyor yıl...../gün		
17. Sürekli ilaç gerektiren hastalık		Yok	Var :..... İlaç:.....				
18. Gebelikler		Toplam:	Doğum:	Kürtaj:	Düşük:	Yaşayan	
19. İlk adet yaşı:...		20. Adet sırasında sinirlilik, sıkıntı, gerginlik, ağlama ..				Yok	Var
21. Son adet tarihi:.....		22. Kaç günde bir adet olursunuz/olurdunuz?					
23. Son oniki aydır adet görüyor musunuz?		Hayır					
		Evet 1. düzenli 2. düzensiz (... soruya geçiniz)					
24. Menopoza giriş şekli		Doğal			Cerrahi		
25. Hormon tedavisi kullanıyor musunuz?		Hayır		Evet			
25. Kemik erimesi için ilaç alıyor musunuz?		Hayır		Evet			
26. Hiç doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?		Hayır		Evet			
27. Halen bir doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?		Hayır		Evet			
28. En son ne zaman kadın doğum muayenesi oldunuz?							
29. Hiç meme muayenesi yaptırdınız mı?		Hayır		Evet			

30.Hiç kendi kendinize meme muayenesi yaptınız mı?		Hayır	Evet	
31.Hiç smear aldırınız mı?		Hayır	Evet	
32.Hiç mamografi çektirdiniz mi?		Hayır	Evet	
34.Hiç kemik yoğunluğunuzu ölçtürdünüz mü?		Hayır	Evet .	
40.Sizce menopoz normal bir durum mudur?		Hayır	Evet	Bilmiyorum
41.Sizce menopoz nedir?	1.Adetlerin sona ermesi		2. Yaşlılığın başlaması	
3. Hayatta yeni bir dönem	4. Doğuranlığın sona ermesi		5. Kadınlığın sona ermesi	
6. Fiziksel bir değişiklik	7. Doğal bir olay		8. Bilmiyorum	
9.Diğer				

Kadın sağlığı anketi

Aşağıdaki maddelerin her birine yanıt verirken doğru kutuyu işaretleyerek, lştfen şimdi kendinizi nasıl hissettiğinizi yada SON BİRKAÇ GşNDşR kendinizi nasıl hissettiğinizi belirtin:

	Evet, kesinlikle	Evet, bazen	Hayır, fazla değil	Hayır, hiç bir zaman
1.Erken uyanıyorum ve sonra gecenin geri kalanında kötü uyuyorum				
2. Ortada hiçbir neden yokken çok korkuya kapılıyorum ya da panik duyuyorum				
3. Kendimi mutsuz ve üzgşn hissediyorum				
4. Tek başıma evin dışına çıktığımda kendimi tedirgin hissediyorum				
5. Her şeye olan ilgimi kaybettim				
6. Göğşümde çarpıntılarım oluyor ya da sanki midemde “düğşmlenme” oluyor gibi bir his var				
7. Eskiden hoşlandığım şeylerden hâla hoşlanıyorum				
8. Hayatın yaşanmaya değer olmadığını hissediyorum				
9. Kendimi gergin ya da “gerilmiş” hissediyorum				
10. İştahım iyi				
11. Huzursuzum ve hareketsiz duramıyorum				
12. Her zamankinden daha sinirliyim				
13. Yaşlanıyor olmaktan endişe ediyorum				
14. Baş ağrılarım var				
15. Kendimi her zamankinden daha yorgun hissediyorum				
16. Baş dönmesi nöbetlerim oluyor				
17. Göğşlerim hassas yada rahatsız gibi				
18. Sırt ağrısı çekiyorum yada kollarımla ve bacaklarımla ağrı var				
19. Ateş basmalarımla oluyor				
20. Her zamankinden daha sakarım				
21. Kendimi oldukça canlı ve heyecanlı hissediyorum				
22. Karnımda kramplar yada ağrı var				
23. Kendimi hasta hissediyorum yada midem bulanıyor				
24. Cinsel aktiviteye olan ilgimi kaybettim				
25. Kendimi iyi hissettiğimi hissediyorum				
26. Âdet dönemlerim ağır geçiyor (Hiç âdet görmüyorsanız lştfen bu soruyu atlayın)				
27. Gece terlemelerinden ıstırap çekiyorum				
28. Midemde şişkinlik hissediyorum				
29. Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum				
30. Çoğu kez ellerimde ve ayaklarımda karıncalanmalar ve batmalar olduğunu fark ediyorum				
31. şu anki cinsel ilişkimden memnunum (Cinsel olarak aktif değilseniz lştfen bu soruyu atlayın)				
32. Kendimi fiziksel olarak çekici hissediyorum				

33. Konsantre olmakta zorlanıyorum				
34. Dölyolundaki kuruluk sonucu cinsel ilişki rahatsız edici hale geldi (Cinsel olarak aktif değilseniz lütfen bu soruyu atlayın)				
35. Her zamankinden daha sık idrara çıkma ihtiyacı duyuyorum				
36. Hafızam zayıf				
37. Yukarıdaki belirtilerden herhangi biriyle başa çıkmak sizin için çok zor oluyor mu?			EVET	HAYIR
Öyleyse, hangileri:				

SF-36 Sağlık Taraması:

1.Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? (birinin etrafına daire çizin)

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü
1	2	3	4	5

2.Geçen seneyle karşılaştırıldığında, şimdi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?(birinin etrafına daire çizin)

Bir yıl önceye göre çok daha iyi	1
Bir yıl önceye göre daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl önceye göre daha kötü	4
Bir yıl önceye göre daha kötü	5

3.Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a.Kuvvet gerektiren faaliyetler,örn ağır eşyalar kaldırmak,futbol gibi sporla uğraşmak	1	2	3
b.Orta zorlukta faaliyetler,örn masa kaldırmak,süpürmek,yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c.Çarşı pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d.Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e.Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f.Eğilmek,diz çökmek,yerden bir şey almak	1	2	3
g.Bir kilometre'den fazla yürümek	1	2	3
h.Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
I.Yüz metre yürümek	1	2	3
j.Yıkanmak yada giyinmek	1	2	3

4.Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafını daire çizin)

	EVET	HAYIR
a.İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstamak zorunda kalmak	1	2
b.Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler,temizlenmeyen ev gibi..)	1	2
c.Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d.İş yada diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5.Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü yada kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a.İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstak zorunda kalmak	1	2
b.Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi..)	1	2
c.İş yada diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6.Son bir ay (4hafta) içerisinde bedensel sağlığınız yada duygusal problemleriniz, aileniz arkadaşlarınız, komşularınızla yada diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu? (birinin etrafına daire çizin)

Hiç	Biraz	Orta derecede	Epey	Çok fazla
1	2	3	4	5

7.Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu? (birinin etrafına daire çizin)

Hiç	Çok hafif	Hafif	Orta hafiflikte	Aşırı derecede	Çok aşırı derecede
1	2	3	4	5	6

8.Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? (birinin etrafına daire çizin)

Hiç olmadı	Biraz	Orta derecede	Epey	Çok fazla
1	2	3	4	5

9.Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a.Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b.Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c.Hiç bir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d.Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e.Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f.Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g.Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h.Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i.Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10.Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız yada duygusal problemleriniz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? (birinin etrafına daire çizin)

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok ender	Hiçbir zaman
1	2	3	4	5

11.Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU yada YANLIŞ? (her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çok kere yanlış	Kesinlikle yanlış
a.Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
b.Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c.Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d.Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

EK-4. KSA KULLANIM İZNİ



Dr H. Ilkay Aydemir
Trakya University Medical Faculty
Department of Family Medicine
22030 Edirne
Turkey

Re: Use of the Turkish WHQ

Our Ref : F:\Trust\INFORMAT\CLIENTS\Experts\Turkey\Aydemir\aydemir01et__Permission to use WHQ_MPE.doc

October 14, 2005

Dear Dr Aydemir,

This letter gives you formal authorization to use the Turkish translation of the Women's Health Questionnaire (WHQ) in the research study for which you signed a user-agreement with our company.

We remind you that this translation was produced according to a reduced linguistic validation methodology (two forward translations and one backward translation). So please note that no comprehension testing on patients and no review by clinician have been performed. Therefore we advise you to test the comprehension of this version on a small group of patients (3 to 5) before using it in your study and we agree with your suggestion to perform psychometric testing on this translation in a second step.

We wish you good luck with your study.

Please do not hesitate to contact us should you require any further assistance.

Best regards,

Marie-Pierre Emery
Director, Information Resources Centre

Mapi Research Trust
Information Resources Centre
27 rue de la Villette
69003 Lyon - France
Tel: +33 (0) 4 72 13 65 75
Fax: +33 (0) 4 72 13 66 82
E-mail: mpemery@mapi.fr

Bureaux Lyonnais • 27, rue de la Villette - 69003 Lyon - France
Standard : +33 (0)4 72 13 65 75 • Fax : +33 (0)4 72 13 66 82

Website : www.mapi-trust.org

Association de loi 1901 enregistrée à Carpentras - TVA FR 44 453 979 346 - Siret 453 979 346 00013

EK-5. ÇALIŞMA VERİLERİ