



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARDA
YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

GÜLŞAH SERT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hediye ARSLAN

İSTANBUL-2009

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans çalışmam boyunca bilgi ve deneyimleri ile rehberlik eden, gösterdiği ilgi, zaman ve anlayış için danışmanım Prof. Dr. Hediye ARSLAN'a, sağladığı bilimsel destek ve katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e, Prof. Dr. Vedat ATAY'a, Uzm. Dr. Fuat DEMİR'e, tez ile ilgili tüm çalışmalarında emeği olan sevgili **EŞİME**, her zaman yanımda olan aileme ve dostlarıma,

En içten duygularıyla **TEŞEKKÜR EDERİM.**

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

01.12.2009

Gülşah SERT



İÇİNDEKİLER TABLOSU

1.ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Klimakterium	7
4.2. Menopoz	8
4.3. Yaşam Kalitesi	25
4.4. Klimakterik Dönemde Yaşam Kalitesi	27
4.5. Klimakterik Dönemde Hemşirelik	28
5. GEREÇ VE YÖNTEM	31
5.1. Araştırmanın Şekli	31
5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	31
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
5.4. Verilerin toplanması	32
5.5. Veri Toplama Araçları	32
6. BULGULAR	36
6.1. Olguların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	36
6.2. MSDÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık Durumu, Obstetrik ve Klimakterik Özellikler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	43
6.3. MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık Durumu, Obstetrik ve Klimakterik Özellikler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	52
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	61
7.1. Sosyo - Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması	61
7.2. Olguların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması	64

7.3.	Olguların Klimakterik Döneme İlişkin Verilerinin Tartışılması	64
7.4.	MSDÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık Durumu ve Klimakterik Özellikler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Verilerin Tartışılması	66
7.5.	MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık Durumu ve Klimakterik Özellikler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Verilerin Tartışılması	69
7.6.	Sonuç ve Öneriler	74
8.	KAYNAKLAR	77
9.	EKLER	84
10.	ÖZGEÇMİŞ	92

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E	: Östrojen
EP	: Östrojen-Progesteron
ERT	: Östrojen Replasman Tedavisi
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
HERS	: Kalp ve Estrojen Replasman Tedavisi Çalışması
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
LH	: Lüteinizan Hormon
MÖYKÖ	: Menopoza Özel Yaşam Kalitesi Ölçeği
MSDÖ	: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
M.Ö	: Milattan Önce
STRAW	: Stages of Reproductive Aging Workshop
TNSA	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
WHI	: Women's Health Initiative

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 :	Klimakterik Dönem Aşamaları	7
Şekil 2 :	Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	36
Şekil 3 :	Olguların Medeni Duruma Göre Dağılımı	37
Şekil 4 :	Olguların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	37
Şekil 5 :	Kronik Hastalık Durumu	38
Şekil 6 :	Olguların Klimakterik Dönem Aşamalarına Göre Dağılımı	41

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Olguların Meslek ve Ekonomik Durumuna Göre Dağılımı	38
Tablo 2 : Olguların Alışkanlıkları ve Yaşam Biçimlerine Göre Dağılımı	39
Tablo 3 : Olguların Doğurganlık Öykülerine Göre Dağılımı	40
Tablo 4 : Olguların Düzenli Jinekolojik Muayene ve Jinekolojik Ameliyat Durumuna Göre Dağılımı	41
Tablo 5 : Olguların Menopoza Girme Şekli, Menopozu Algılama Durumu ve Tedavi Görme Durumlarına Göre Dağılımları	42
Tablo 6 : Olguların Menopoza Yönelik Bilgi Alma Durumları	43
Tablo 7 : MSDÖ Maddelerinin Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri	44
Tablo 8 : MSDÖ Toplam ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri	45
Tablo 9 : MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	45
Tablo 10 : MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	46
Tablo 11 : MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	47
Tablo 12 : MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı	48
Tablo 13 : MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Doğum Sayılarına Göre Dağılımı	48
Tablo 14 : MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Menopozda Tedavi Görme Durumuna Göre Dağılımı	49
Tablo 15 : MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Klimakterik Dönem Aşamalarına Göre Dağılımı	50

Tablo 16 : MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	51
Tablo 17 : MÖYKÖ Maddelerinin Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri	53
Tablo 18 : MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri	54
Tablo 19 : MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	54
Tablo 20 : MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı	55
Tablo 21 : MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	56
Tablo 22 : MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı	57
Tablo 23 : MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Doğum Sayılarına Göre Dağılımı	57
Tablo 24 : MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Menopozda Tedavi Görme Durumuna Göre Dağılımı	58
Tablo 25 : MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Klimakterik Dönem Aşamalarına Göre Dağılımı	59
Tablo 26 : MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	60

1. ÖZET

Araştırma klimakterik dönemdeki kadınların yaşam kalitelerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini Şubat 2008 - Mayıs 2008 tarihleri arasında jinekoloji polikliniğine başvurabilecek olan toplam olgu sayısına ve %95 güven aralığına göre formüle edilerek belirlenmiştir. Örneklem grubunu, jinekoloji polikliniğine başvuran, görüşmeyi kabul eden, 300 kadın oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında, “Katılımcı Bilgi Formu”, menopoz semptomlarını değerlendirmede “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği(MSDÖ)”, klimakterik dönemde yaşam kalitesi değerlendirmede “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)” kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS programı ile aritmetik ortalama, standart sapma, One - way ANOVA, t Testi kullanılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre, kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları $12,75 \pm 5,76$ olarak bulunmuş olması kadınların menopozal yakınmaları hafif düzeyde yaşadıklarını göstermektedir. Kadınların yaş grubu yükseldikçe herhangi bir hastalığa sahip olmalarıyla, somatik, psikolojik ve ürogenital klimakterik semptomlarda artış olduğunu gösteren MSDÖ puanları yüksek bulunmuştur. MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları incelendiğinde; 35-45 yaş grubundaki, eğitim düzeyi yüksek olan, kronik hastalığı olmayan, menopoza yönelik bilgi alan, menopoza yönelik tedavi gören ve premenopozal dönemde olan kadınların dört alanda da düşük puan aldıkları yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, medeni durumlarına bakıldığında evli olan kadınların cinsel alanda yaşam kalitelerinde düşüş olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Menopoz, menopoz semptomları, MSDÖ, yaşam kalitesi, MÖYKÖ

2. SUMMARY

Determination of Quality Life of the Women in Climacteric Period

This investigation, has been planned as a complementary study with the aim of considering the life quality of women in the climacteric state and affecting factors.

The sample of the investigation has been determined by formulating according to total number of case which may apply to gynecology polyclinic between the dates of February 2008 – May 2008 accordingly the confidence ga of %95. 300 women, which have applied to gynecology polyclinic and accept the interview, have made up the sample group.

Collecting the datas; “Participant Information Form”, at evaluating symptoms of menopause; “Menopause Rating Scale (MRS)”, at evaluating the life quality in climacteric period; “The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)” have been used.

The SPSS Programme with aritmetical average, standart deflection, Independent t Test and One-Way Anova test have been used for the analysis of the datas.

According to the results of the study, the fact that the evaluation scale point average for women’s menopause symptoms as $12,75 \pm 5,76$ has shown that the women have lived the menopausal complains in a slight way with the increase in women’s age group, their having an illness, somatic, psychological and genitourinary climacterical symptoms, found high. When the scale of life quality for menopause vasomotor, psychosocial, physical, sexual, area point averages have been surveyed; the women WHO are in 35–45 age group, have been treated for menopause and their premenopausal state has ben determined with a low point standart and on the other hand those who re married have been determinedin this study with a decreasing in the sexual life quality.

Key Words : Menopause, Menopause Symptoms, MRS, Life Quality, MENQOL

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yüzyılda bilim ve teknolojideki gelişmelerle insanın yaşam süresi ve kalitesi artarken, kadınların da yaşam süresi artmıştır (3). Tüm dünyada ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte ileri yaşta ortaya çıkan kronik hastalıklar önem kazanmıştır. Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı almayan birçok kadında kronik hastalıklar gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle kadın hayatının üçte birinden fazlasını kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için uygun sağlık bakımı büyük bir önem kazanmaktadır (83).

Klimakterium kadın yaşamının üretkenlik (reproduktif) dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir ve kadın hayatında önemli bir aşamayı tanımlar. Çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin ortaya çıktığı bu dönemde en önemli olay mensturasyonun daimi olarak kesilmesi yani, menopozdur. Klimakterium dönemi yaklaşık 45 yaş civarında başlar ve menopozdan sonraki belli bir süreyi de içine alarak yaşlılık dönemi kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder. Klimakterium dönemi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün sınıflamasına göre başlıca üç bölüm altında incelenir. Premenopoz, ilk semptomların görüldüğü klimakterium başlangıcından menopoza kadar geçen süredir. Menopoz, en son adet kanamasının görülmesidir. Postmenopoz ise menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süredir (6, 41,84).

Kadınların 50 yaş civarında adetten kesildikleri ilk olarak M.Ö. 322'de Aristo'nun '*Historia Animolium*' kitabında kaydedilmiş, tarihi süreç içerisinde bu döneme "kritik zamanlar - kadınların cehennemi - gizli hastalık - zehrin vücuttan atılamaması" gibi adlar verilmiştir. Menopoz terimi ilk olarak Fransız Hekim Gardanne tarafından 1821 yılında kullanılmıştır (24). Menopoz, DSÖ'nün bu konudaki komitesinin önerdiği ve yaygın olarak kabul gören tanıma göre ovaryum

aktivitesinin yitirilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır. Temmuz 2001'de yapılan Reprodüktif Yaşlanmanın Evreleri Çalışması'nda (STRAW) Menopoz, mens olmadan geçen 12 ayın sonunda beraberinde overyan hormon sekresyonunun azalması olarak tanımlanmıştır. Menopoz, başlangıç yaşı ve biçimi bakımından 3 değişik bölümde incelenebilir. Natürel (Doğal) Menopoz, Erken Menopoz, Cerrahi menopoz. Menopoza girme yaş ortalaması bölge ve toplumun gelişmişliğine göre 46 ile 52 yaş arasında değişme göstermektedir. Türkiye Menopoz Derneği tarafından 2002 yılında ülkemiz genelindeki merkezler tarafından elde edilen verilere göre, menopoz yaşının 46,7 olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye'de ortalama yaşam süresi 72,3 ve postmenopozal kadın oranı 1/5'dir (6,24,31). Menopoz birçok bedensel ve ruhsal değişikliği beraberinde getiren yaşamın bir dönemidir. Bunlar arasında vazomotor ve kardiyovasküler belirtiler (sıcak basmaları, gece terlemeleri, aritmi, ağrı ve çarpıntı), gastro-intestinal değişiklikler (kabızlık, spazm, distansiyon, dispepsi), lökomotor 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 enkontinansı, vajinal akıntı), cilt değişiklikleri (cildin hidrasyonunun azalması ve kırılması, elâstikiyet kaybı) ve nöro-psişik belirtiler (unutkanlık, baş ağrısı) bu dönemde karşılaşılabilecek klimakterik belirtiler bulunmaktadır. Anksiyete, depresyon, duygulanımda labilite, uykusuzluk, irritabilite, cinsel istek azalması sık görülen psikiyatrik belirtilerdir. Bu belirtilerin varlığı, klimakterik dönemin daha sıkıntı verici biçimde yaşanmasına yol açabilmektedir(6).

Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerinde dikkate alınması gerekmektedir. Çünkü kadınlar bu dönemde benzer biyolojik değişiklikler yaşamalarına rağmen menopoza farklı yaşarlar. Yapılan çalışmalar menopozun algılanması, menopozal tutum ve bu dönemde görülen yakınmalar açısından hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir. Doğu ve Batı kültürlerindeki kadınları karşılaştıran çalışmalar, Doğudaki kadınların menopoza doğal bir süreç olarak gördüklerini ve batıdaki yaşlılarına göre yaşamın bu dönemini daha olumlu değerlendirdiklerini göstermiştir (66).

Menopozal dönemde kısa ve uzun süreli sorunların en aza indirgenmesinde ya da ortadan kaldırılmasında hormon replasman tedavisi oldukça etkili olmakta ve böylece kadınların yaşam kalitesini arttırmaktadır. Tartışmalar olmasına rağmen hormon replasman tedavisi menopozal semptomların yönetiminde standart tedavi olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte kadınların son yıllarda menopoz sıkıntılarıyla baş etme yöntemi olarak alternatif tıbbi tercih ettikleri belirtilmektedir(36,77).

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, bir kişinin fiziksel durumunun, psikososyal fonksiyonları üzerine etkilerini değerlendirir. Daha geniş bir tanımla, yaşam kalitesi aynı zamanda “deneyimle birleşen tutku ve ümitlerimizin ölçüsüdür” diye tanımlanabilir. Menopoza bağlı değişiklikler her kadını farklı ölçüde etkilemekte ve kimi kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir(69). Menopozda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biridir. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini, ilişkili faktörleri belirlemek ve sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarındandır. Kadın ve ailesi içinde bulunduğu bu özel dönemi anlaması için eğitim verilmeli ve desteklenmelidir. Verilen eğitimlerle kadının yaşacağı ya da yaşamakta olduğu menopoz dönemine özgü fiziksel ve psikolojik sorunlar bir bilinmez olmaktan çıkarak anksiyetesini azaltır ve kadının baş etme mekanizmalarını harekete geçirmesini sağlar. Sağlık ekibinin profesyonel birer üyesi olarak hemşireler kadınların klimakterik döneme ait sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır. Hemşire bu dönemde kadına karşı duyarlı olmalı, yaptığı danışmanlıkla kadını desteklemeli ve yol gösterici olmalıdır (85).

Günümüzde kadınların menopoz sonrası dönemde geçirdiği yıllar uzadıkça yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalara hız verilmelidir. Buna paralel olarak yapılacak çalışmalarda menopoz dönemi yaşanan sorunlar ve baş etme yollarının belirlenmesi yaşam kalitesi artırıcı hizmetlerin planlanması ve uygulanması açısından önemlidir.

Bu alışma, Jinekoloji Polikliniğine başvuran klimakterik dönemdeki kadınların menopoz semptomlarını, yaşam kalitelerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Klimakterium

Geçen yüz yılda tıp alanında, halk sağlığında ve insanların refah düzeyinde kaydedilen gelişmelere paralel olarak kadınların yaşam beklentileri de artmıştır. Ayrıca gün geçtikçe insanların yaşam süresi uzamakta ve klimakterik dönemde geçirilen yılların sayısı artmaktadır. Günümüzün kadını, ömrünün yaklaşık olarak 1/3'ünü klimakteryum ve sonrası dönemde geçirmektedir. Bu bakımdan bu döneme ait sağlık sorunları ve klimakterik dönemde hayat kalitesinin artırılması giderek büyük önem kazanmaktadır (11,90).

Klimakterium kelimesi yunanca klimakter (critical years of life) kelimesinden türetilmiştir. “Merdiven basamağı” anlamına gelir ve kadın hayatında önemli bir dönemi tanımlar. Kadın yaşamının reproduktif dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. Yaklaşık 40 yaş civarında ovülasyon frekansının azalması ile başlar ve menopozdan sonra belli bir süreyi de içine alarak yaşlılık dönemi kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder. Sırasıyla adet düzensizlikleri, menopoz, sistemik değişimler, ilerleyici doku atrofileri ve yaşlanma şeklinde seyreder. Bu dönemde görülen en belirgin değişiklik menopozdur. Klimakterium terimi premenopozal, menopozal, perimenopozal ve postmenopozal dönemlerini içine alır (11,25).



Şekil 1 : Klimakterik Dönem Aşamaları

Premenopoz, ilk semptomların görüldüğü klimakterium başlangıcından menopoza kadar geçen süredir, 35-40 yaşlarında başlayıp, 55-60 yaşlarına kadar uzayabilir. Yaklaşık 10 yıl sürer. Bu fazda menstural siklus bozulmuş, fertilité azalmış, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi yakınmalar görülmeye başlamıştır (35, 68, 86).

Menopoz, overlerde foliküler aktivitenin kaybına bağılı olarak mensturasyonun sürekli olarak durmasıdır. Klimakterik dönemde overiyal foliküllerdeki azalma ile birlikte östrojen üretimi de azalır, foliküllerin tamamen tükenmesi ile östrojen hormonu salgısı durur ve sonuçta menopoz ortaya çıkar (86).

Perimenopoz, adet kesilmesinden önce başlayan over fonksiyonlarındaki değişiklikleri ve son adetten sonraki bir yılı kapsamaktadır (11).

Bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlar olarak sıcak basması, gece terlemesi, yorgunluk, huzursuzluk, unutkanlık gibi psikosomatik semptomlar ve baş ağrısı görülmektedir (70,86).

Postmenopoz, menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi kapsar ve over fonksiyon kaybına bağılı patolojik değişikliklerin görüldüğü dönemdir (11).

4.2. Menopoz

Menopoz, overlerin foliküler aktivitesinin kaybı sonucu, üretkenliğini kaybeden kadın sağlığının kişisel, sosyal, biyolojik ve kültürel faktörlerle birlikte etkilendiğı karmaşık bir geçiş dönemidir (11,43).

Menopoz yunanca men (ay) ve pausis (ara verme) köklerinden türetilmiş bir kelimedir. Menopozla ilgili ilk yazılı bilgilere MÖ. 322 yılında Aristoté'nun Historia Animalium adlı eserinde rastlanmaktadır. Aristoté eserinde 50 yaş civarında adet görmenin bittiğini belirtmektedir. Dönemin diğér önemli isimlerinden Hipokrat'ın da bu bilgileri doğrular nitelikteki yazılı eserleri bulunmaktadır (24).

Orta çağ döneminde menopoz; ahlaki, psikolojik ve fizyolojik tanımlamalarda bir "eksiklik" olarak ifade edilmiştir. 18. ve 19. yüzyıllara ait tıbbi kanıtlar

incelendiğinde menopoza kadını, duygusal olarak kararsız ve fizyolojik olarak hassas bir konuma soktuğu gözlenmektedir. Klinik anlamda menopoza ilk kez 1816'da Fransız jinekolog De Gardenné tarafından "La Menespausie" diye adlandırılmış ve Fransız Hastalığı olarak kabul edilmiştir (43).

Bu dönemde kadının fiziksel ve mental durumu menopoza bağlanmış ancak yapılan açıklamaların çoğu, bilimsel verilerden yoksun yanlış açıklamalar olarak değerlendirilmiştir. Robert Wilson, 1960'lı yıllarda menopoza bir hormon eksikliği olarak tanımlanması ve pratikte kabul görmesi bakımından anahtar kişi olarak görülmektedir. Wilson, kadınların menopoza sonrası fizyolojik ve psikolojik olarak risk altındaki durumlarını incelemiş ve menopoza hormon tedavisi kullanımının gerekliliğini savunmuştur (6).

DSÖ'nün tanımına göre menopoza, kaybolan follikül işlevi sonucu doğal şekilde bir daha başlamamak üzere kadının adet görmemesine denmektedir (22). Temmuz 2001'de yapılan STRAW'da menopoza, mens olmadan geçen 12 ayın sonunda beraberinde overyan hormon sekresyonunun azalması olarak tanımlanmıştır (23,64).

Bugün modern anlamda menopoza, kadın yaşamının cinsel olgunluk döneminin sonları ile yaşlılık dönemi başlangıcı arasındaki klimakteriumda son menstruasyonun görüldüğü bir nokta olarak kabul edilmektedir (88).

Menopoza yaşı farklı çalışmalarda 50-52 yaş arasında ortalama 51 yaş olarak bildirilmektedir. %1 kadar kadında 40 yaşından önce görülmektedir (88). Referans alınan toplumun ortalama menopoza yaşından iki standart sapma daha erken olan menopoza prematür over yetmezliği veya prematür menopoza olarak tanımlanmalıdır. Fakat uygulamada bu mümkün olmadığından sınır değeri 40 olarak alınmıştır (11). Bununla birlikte 60 yaşına kadar düzenli adet görenlerde vardır. Bayraktar ve Uçanok tarafından aktarıldığı üzere, Amerika Birleşik Devletleri'nde ortalama menopoza yaşı 51 olarak belirtilirken, Japonya'da menopoza 50 yaş civarında yaşandığı bildirilmiştir. Ülkemizdeki çalışmalarda bu rakam ortalama 45-49 yaş olarak bildirilmektedir. Türkiye Menopoza Derneği tarafından bildirilen 2002 yılında bildirilen bir ortak rapora göre menopoza yaşı 46,7'dir (31,88).

Bayraktar ve Uçanok'un Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi konulu çalışmalarında belirtildiği gibi, hem kentte hem de kırsal kesimde yapılan bir çalışmada kadınların menopoza ilişkin değişimleri 35 yaşından itibaren yaşamaya başladıkları ve bu durumun 50 yaşına kadar devam etmekte olduğu belirlenmiştir (13).

Menopoz yaşıyla ilgili çeşitli kültür ve toplumlarda farklılıklar görülmektedir. Menopoz yaşının genetik, sosyal faktörler, beslenme ve çevresel nedenler gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir. Sigara içen kadınlar yaklaşık 1,5 yıl erken menopoza girmektedir. Ortalama yaşın altında bir yaşta menopoza girmekle ilişkili olabilen diğer unsurlar arasında, hiç doğum yapmamış olmak hiç doğum kontrol hapı kullanmamış olmak, düşük benden ağırlığı, kalp hastalığı öyküsü ve çocukluk döneminde ortaya çıkan kanserin pelvik radyasyon yâda kemoterapinin bazı tipleriyle tedavi edilmesi bulunur. Menarj yaşı ile menopoz yaşı arasında bir ilişki yoktur (7,57,88).

Menopoza Geçiş Biçimleri:

DSÖ'nün tanımlamasına göre menopoz dönemine kadınlar iki yolla ulaşmaktadırlar;

1. Doğal Menopoz: Patolojik ya da fizyolojik bir neden olmaksızın ardışık 12 ay boyunca amenorenin gözlenmesi olarak kabul edilmektedir.

2. Cerrahi Menopoz: Menstrasyonun, her iki overin cerrahi olarak çıkarılması (histerektomili / histerektomisiz) ya da overyan fonksiyonların iatrojenik olarak (kemoterapi veya radyasyontedavisi vb.) gibi nedenlerle sonlanmasını ifade etmektedir (11,38,57).

4.2.1.Menopozun Fizyolojisi

Menopoz, ovaryumdaki follikül üretiminin tükenmesi ile ovaryum yetmezliğinin fizyolojik bir sonucu olarak değerlendirilir. Ovaryumda artık östrojen yapılmaması, hormonun etkili olduğu sistemlerde yıkıcı etkilere yol açar ve bir eksiklik sendromu ortaya çıkar (67,70,87).

Östrojen üretiminin azalması ile hipotalamustaki negatif feed-back mekanizması etkilenir. Bu etkilenme sonucunda zaman içinde önce FSH, daha sonra da LH'da yükselme meydana gelir. FSH'ın yükselmesine bağlı folliküler faz kısalmır, daha sonra overlerde FSH'a direnç artar ve folliküler faz uzar (67,88). Daha ileri dönemlerde overdeki direncin ilerlemesi ile folikülogenez tamamen yavaşlar ve östradiol sentezi, ovulasyonu sağlayan LH çıkışına imkân vermeyecek seviyelere iner. Böylece anovulatuvar sikluslar artar, oligomenore gelişir veya düzensiz kanamalar ortaya çıkar. Bu dönemde FSH'ın yanı sıra LH seviyelerinde de artış baslar ve folikül gelişiminin tamamen durduğu gözlenir. Menopoz dediğimiz son adet kanaması bu dönemde görülür. Östrojenin daha da düşmesi ile menstürasyon kesilir ve postmenopozal dönem başlar (40,88).

4.2.2. Menopozda Yaşanan Değişiklikler

Yeterince uzun yaşayan her kadının deneyimlediği menopoz, önemsiz ve kısa süreli bir rahatsızlık değil kadını uzun yıllar boyu etkileyen bir süreçtir (21). Klimakterium döneminin anlaşılabilmesi için, biyolojik faktörlerin olduğu kadar psikolojik, sosyal ve kültürel değişikliklerin de dikkate alınması gerekmektedir (13). Kadınlarda görülen menopoz dönemi yakınmaları; kadının eğitim düzeyi, yaş, mesleği, ekonomik bağımsızlığı, gelir düzeyi, evlilik uyumu, medeni durumu, başka alanlara yönelmiş olması, ailenin büyüklüğü, bu döneme özgü bilgi alma durumu, rol değişimi ve toplumun kadına verdiği değerden etkilenmektedir. Klimakterik dönemde yaşanan değişiklikler kadının yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen sorunları da beraberinde getirmektedir (18,72).

4.2.2.1. Vazomotor Değişiklikler

Kadınlarda menopozun en belirgin özelliği vazomotor değişikliklerdir. Vazomotor semptomlar, başta yüz, boyun ve göğüs olmak üzere vücudun üst tarafında ani sıcak basması olarak kendini gösterir. Sıcak basması genellikle terleme, anksiyete, titreme ve çarpıntı gibi şikâyetlerle paralel gider. Bu belirtiler, bazı kadınlarda ufak bir sıkıntıya neden olurken, pek çok kadında uyku ve günlük aktivite düzenini bozan önemli bir sorun haline gelir (91).

Vazomotor şikâyetler menopozal dönendeki kadınların %90'ında görülmektedir. Şikâyetler zaman zaman premenopozal dönemlerde görülsede, perimenopozal

dönemde artar ve erken potmenopozal dönemde yüzde 70-80 oranında görülür ve beşinci yılın sonunda yüzde 20-25'e düşer. Sıcak basmalarının şiddeti menopoz sonrası geçen süre arttıkça azalmaktadır (11,55).

Genellikle dört ile beş yıldan fazla devam etmeyen sıcak basmaları giderek azalır sona eren adet kanamalarının sonuncusunun ardından iki yıl boyunca en şiddetli seviyesinde olur. Öte yandan kadınların yaklaşık yüzde 10'ununda sıcak basmaları süresiz olarak beklide hayatları boyunca devam edecektir (57).

Sıcak basması devamlı değildir, nadir veya sık aralıklarla gelebildiği gibi süresi de saniyelerden saatlere değişkenlik gösterebilmektedir. Bazı kadınlarda gecede bir iki kez olabilmektedir. Uyku sırasında gece saatleri oluşan sıcak basmalarına gece terlemeleri denir. Sıcak basma episodları vücut sıcaklığında ve nabızda artma ile beraber ellerde kan akımının hızlanmasını takiben sıcaklığın düşmesi ve terleme ile sonuçlanır (5,57).

Menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve rahatsız eden semptom vazomotor semptomlar olmakla birlikte, toplumlar arasındaki prevalansı farklılık göstermektedir. Batı toplumlarında % 80'lerin üzerinde, bazı Asya toplumlarında ise % 5'in altında olacak şekilde, nedeni bilinmeyen geniş bir prevalans farklılığı bildirilmiştir (91). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların % 73,9'unun sıcak basması sorunu yaşadığı belirtilmiştir (91).

Sıcak basmalarının neden meydana geldiği halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Fakat hipotalamik kaynaklı olduğu sanılmaktadır. Sıcak basmaları LH yükselmeleri ile ilişkilendirilmektedir (82).

Sıcak basmalarına kalabalık, sıcak ortamlar, alkol, sıcak içecekler, baharatlı yiyecekler, duygusal stres, kafein, bazı ilaçlar ve sigara uyarıcı etki yapmaktadır.

Hafif vazomotor semptomların tedavisinde North American Menopause Society (NAMS) önerileri, hayat tarzı değişiklikleri (vücut ısısının düşük tutulması, düzenli egzersiz), reçete edilmeyen tedavilerdir (soya içeren yiyecekler, isoflovan desteği, vitamin E gibi). Orta ve ciddi vazomotor semptomların en etkin tedavi seçeneği ise östrojendir (11,82).

4.2.2.2. Psikososyal Değişiklikler

Araştırmalar, ani ruh değişiklikleri ya da ruh halindeki dalgalanmaların, hormonal dalgalanmaların en şiddetli olduğu perimenopozun erken safhasında daha yaygın yaşandığını göstermektedir (57). Bu bulguların doğrudan östrojen azlığına mı yoksa bu yaş grubunun ortak sorunları olan sosyal streslere mi bağlı olduğu halen tartışmalıdır. Birçok kadın için menopoza, kültürel ve sosyopsikolojik etkileri de beraberinde getirir. Kişi kendini daha telaşlı hissedip duygularda dalgalanma yaşayabilir. Görülen diğer semptomlar ise tahammülsüzlük, konsantrasyon eksikliği, sinirlilik, baş ağrıları, ağlama nöbetleri, cinsel isteksizlik, yorgunluk, unutkanlık ve depresyondur (30).

Menopozla birlikte başlayan yaşam sürecinde ortaya çıkan değişimlerin kadın psikolojisine yansımaları, bu sürecin önemli semptomlarının da ortaya çıkmasına neden olur. Hatta çok genel bir yaklaşımla, menopozla ilgili yakınmaların çoğunun biyolojik kökenli olduğu, ancak hemen tamamının psikolojik yansımalarının bulunduğu söylenebilir (45).

Yapılan çalışmalarda, menopozal dönemlerle psikolojik semptomların ilişkisi araştırılmış ve kesin bulgular ortaya konamamakla birlikte, psikolojik semptomların menopozal bir semptom olduğuna dair ciddi şüpheler uyanmıştır. Genel kanı; sosyokültürel ve sosyodemografik özellikler ile birlikte menopoza olan olumsuz tutumların, psikolojik problemler için tetik görevi yaptığı ve mevcut psikolojik sıkıntının kaynağının çok yönlü olduğudur (16).

Bir kadının benlik saygısı ve yaşam doyumu düşük ise her alanda olduğu gibi menopoz döneminde de pek çok sorun yaşayacaktır. Sağlıklı bir kişilik yapısı geliştirmiş ve yaşı yaşayabilecek bir benlik gücüne kavuşmuş bir birey menopoz döneminde de yaşadığı kayıpla ilgili yaşı yapıcı bir şekilde yaşayıp olumluya döndürme şansına sahiptir (35,81). Daha önceki yaşamında beklediği amaçlara erişememiş, geriye dönüp baktığında dolu yaşamış bir ömür gözleyemeyen, üretici olmamış ya da kalıcı bir şeyler bırakamamış kişilerde bu dönem daha sorunlu ve endişe verici olacaktır (35).

4.2.2.3. Kardiyovasküler Değişiklikler

Menopoz, kardiyovasküler sistem açısından kesin bir risk faktörü kabul edilmektedir. Çünkü östrojenin kardiyovasküler sistemdeki olumlu etkileri, yapılan pek çok araştırma tarafından ispatlanmıştır. Kadınlarda her ne kadar koroner kalp hastalıkları insidansı rölatif olarak düşük olsa da genç erişkinlik döneminde erkekler ile kadınlar arasındaki farklılık menopoza takiben yavaş yavaş ortadan kalkmakta ve 10 yıl sonra eşit düzeylere ulaşmaktadır (35,64). Böylece kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler, postmenopozal kadınlarda ilk sırada yer almaktadır.

Postmenopozal östrojen eksikliği lipit değişiklikleriyle sonuçlanır ve bu da düşük yoğunluktaki lipoprotein (LDL) düzeyinin artmasına, yüksek yoğunluktaki lipoprotein (HDL) düzeyinin azalmasına neden olur. Sonuçta toplam serum kolesterolünde düzenli bir artış meydana gelerek kadınlarda ateroskleroz gelişimi, myokard enfarktüsü, emboli, tromboz ve felç riskini artırmaktadır. Menopozda kardiyovasküler hastalıklar, eksilen östrojen hormonu ile açıklansa da bunun yanı sıra obezite, diabetes mellitus, hareketsizlik gibi durumlar da kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturmaktadır (15).

Kalp damar hastalıklarından korunmak için kardiyologlar tarafından önerilen diyet, egzersiz, kolesterolü düşüren ilaçlar önerilirken menopozda hormon tedavisinin yeri tartışmalıdır. Daha ileri yaşta ve menopoza girdikten sonra çok uzun zaman geçmiş olup ta hâlihazırda kalp hastası olan ya da kalp hastası olma riski, yüksek olan kadınların genel olarak hormon tedavisi almaması gerekirken, daha genç yaşta olan, menopoza yeni girmiş ve kalp hastalığına yakalanma riski yüksek olmayan kadınlar muhtemelen koroner açıdan hiçbir yan etki taşımaz hatta fayda görürler. Ancak bu durum yeni menopoza girmiş kadınların özel olarak kalp hastalığını önlemek için hormon tedavisi alması gerektiği anlamına gelmemektedir(57).

4.2.2.4. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşam süresinin giderek uzadığı günümüzde yaşanacak sağlıklı yılların süresinin ve kalitesinin nasıl arttırılabileceği önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Toplumlarda beklenen yaşam süresi arttıkça menopozdaki kadın nüfusu da önemli

bir artış göstermektedir. Bu dönemde kemiklerde görülen en önemli sorunlardan biri osteoporozdur (75).

Osteoporoz kemik kitlesindeki kayba bağlı olarak kemiğin yapısındaki bozulma ile karakterize olan ve dünyada en sık görülen bir iskelet sistemi hastalığıdır. Klimakterik dönemde östrojen seviyesinin azalmasına bağlı kemik yıkım hızının artması ile osteoporoz gelişmesi daha da hızlanmaktadır. Ayrıca genetik yapı, kısa boylu ve zayıf olma, D vitamini eksikliği, yetersiz kalsiyum alımı, hareketsiz yaşam biçimi, sigara kullanımı ve bazı ilaçlar da osteoporoz riskini artırmaktadır (35,57).

Normal bir kemik üzerinde fraktür yapmayacak şiddetteki bir travma ile kemiğin fraktüre maruz kalması o kemiğin osteoporotik olduğunu gösterir. Bir kişi kendi cinsine göre kemik kitlesinin %20'sini kaybetmişse osteoporotik olarak kabul edilir. En yüksek kemik kitlesinin elde edildiği 25-30 yaşlarından sonra kemik kitlesi kayıpları başlar (16,53). Düşük östrojen düzeylerine bağlı kayıp menopoz dönemi boyunca devam eder. Bir kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde meydana gelir. Menopoz sonrası bu kayıp hızlanıp yılda %2 ile %5'i bulur ve özellikle postmenopozal dönemini takip eden 15-20 yıl içinde toplam vücut kemik kitlesi yaklaşık %30 azalır (53,62,93).

Postmenopozal ilk 5 yılda kemik kaybı çok hızlı olup daha sonra yavaşlar. Bu dönemde tedaviye ne kadar erken başlanırsa o kadar çok kemik kitlesi korunabilir. Mevcut tedavi yaklaşımların arasında osteoporozun en iyi tedavisi, profilaktik tedavidir. Düzenli egzersizler, kalsiyum ve vitamin D bakımından dengeli bir beslenme, osteoporozun önlenmesi açısından önemli faktörlerdir. Östrojenin kemik metabolizmasını stabilize ederek rezorpsiyonu önlediği ve fraktür riskini azalttığı, kontrollü klinik çalışmalarla kanıtlanmıştır. Östrojen ayrıca, osteoporozu ilerlemiş kadınlarda kemik yoğunluğunu stabilize etmek için kullanılmaktadır (35,57).

4.2.2.5. Ürogenital Sistem Değişiklikleri

Alt genital yol ile alt üriner yolun ortak bir embriyolojik kökene sahip olması östrojen ve progesteron hormonlarının her iki sistem üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir. Bu yüzden östrojen yetmezliğine bağlı olarak gelişen atrofi menopozun erken dönemlerinde başlar (44,64). Ancak ürogenital sistemin östrojen yetmezliği sendromunun semptom ve şikayetleri hemen atrofi başlar başlamaz değil

60 yaş civarında görülür. İlk ve en sık rastlanan şikayet vaginal kuruluştur. İdrar yapmadaki kontrolün kaybı ve sıkışma inkontinansına bağlı semptomların yanında disparoni, yanma, pruritis ve vulvovaginal şikâyetlerde sık görülmektedir (31,46,64).

Vulvada subkutan yağ dokusu azalır, epidermis inceler. Bu değişimler menopozal kadında disparoni, pruritis, vajinit ve vajinal stenoz gibi nedenlerle cinsel disfonksiyona neden olur. Ancak cinsel ilişkinin kendisi genital sistemdeki dolaşımı arttıran önemli bir faktör olduğundan cinsel olarak aktif yağı kadınlarda vajinal atrofi daha azdır (35,57).

Atrofik vagina elastikiyetini kaybetmiş, soluklaşmış, kısalmış, daralmış, frajil bir hal almıştır. Minimal travmayla vaginal kanamalar, peteşiler ve ülserler meydana gelebilmektedir. Östrojen eksikliğiyle birlikte glikojen azalır ve PH'sı 4,5- ten 6-8'e yükselir. Bu ortamda vaginal florayı oluşturan laktobasillerin üremesi azalır. Bu değişikliklere bağlı olarak tekrarlayan vaginitler ve disparoni ortaya çıkar (64) Vaginal bağ dokusu ve kaslar atrofiye uğrar, pelvik kas tonusunun kaybı ile pelvis statığı bozulur, ürovaginal prolapsus, rektosel ve sistosel gelişimine oram hazırlar(27,46).

Östrojen çekilmesiyle uterusun miyometrium tabakası inceler. servikste atrofik değişiklikler olur. Serviks küçülür, silikleşir ve artık vagene doğru bir çıkıntı yapamaz. Servikal epitelyum inceler kolay kanar. Eksternal ve internal os stetonik bir hal alır. Endoservikal gland aktivitesi azalır, bu durumda vaginal kuruluk sebeplerindendir (27,35,64).

Kadınlr yaşlandıkça, inkontinans dâhil olmak üzere üriner sistem ile ilişkili şikayetleri de artmaktadır (35). Alt üriner sisteme ait mukozalar atrofiye uğrar, vasküler yapı ve bağ dokusu zayıflar ve sonuçta üretral sendrom (idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, idrar kaçırma, gece idrara çıkma ile karakterizedir), gerçek stres inkontinans, urge inkontinans (acil idrar yapma isteğı) ve ilerleyen yaşlarda atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlükleri ortaya çıkar. Urge inkontinans, yaşlı kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı istem dışı idrar kaçırma nedenleri arasında yaklaşık %70 ile ilk sıradadır (35,57,91).

4.2.2.6. Cilt ve Bağ Dokusu Değişiklikleri

Deri, yaşılanma ile oluşan değişikliklerin gözle görülebildiği en önemli organdır. Vücudun en büyük organlarından biri olan deri yaşılanma sürecinden ve menopoza çok belirgin şekilde etkilenmektedir. Bu görünüm aynı zamanda gözle görünür olduğu için, sosyopsikolojik olarak kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir (74).

Kronolojik yaşılanma, fotoyaşılanma, çevresel faktörler ve hormonal yaşılanmanın sinerjistik etkisi ile derinin kalitesi bozulur. Menopoz döneminde östrojen kaybı ile oluşan hormonal yaşılanma sonucu, kollajen içeriği, su miktarı ve sebace sekresyonlar azalır, bununla birlikte deri atrofisi, elastisite kaybı ve hiperandrojenizm görünümü oluşur. Menopoza sonra derinin tabakasında değişiklikler oluşur. Keratin tabakası azalır, epidermis inceler, interpapillar çıkıntılar ve dermoepidermal bileşke düzleşir(6,35,74).

Östrojenlerin kıl foliküllünün anagen dönemini uzatarak, kıl folikül ömrünü uzattıkları da gösterilmiştir. Saçların azalması menopoz başlangıcı ile ilişkilidir. Menopoza sonra vücut kıl dağılımında değişiklikler olur. Genellikle pubik ve aksiller kıllarda azalma, dudak üstü ve çenedeki lanugo kıllarında azalma ile birlikte bu bölgelerde terminal kıllarda artış vardır (9,22).

4.2.2.7. Sindirim Sistemi Değişiklikleri

Menopoz sonrası dönemdeki kadınları şikâyetleri arasında sindirim sistemi ile ilgili yakınmalar önemli bir yer tutmaktadır. Bu şikâyetler daha ziyade gıdaların gastro intestinal sistemden geçiş süreleri ile ilgilidir. Östorojen eksikliğine bağlı olarak midenin sinir sistemi olumsuz etkilenmekte ve mide devriminde yavaşlamalara neden olmaktadır. Menopoza giren kadınlarda mide ve bağırsak gazı şikayeti artmaktadır. Hazımsızlık, şiddetli gaz, kabızlık, bağırsaklarda kasılma görülmektedir. Ayrıca yine östrojen eksikliğine bağlı olarak ağız mukozasında kuruma, kötü tad, diş eti hastalıkları görülebilir (6,7,57).

SWAN Araştırması'nda başlı başına menopozla kilo alımı veya bel çevresinin genişlemesi arasında bir bağlantı görülmendiği bildirilmiştir. Başka bir klinik deney, menopoza geçiş sırasındaki kilo alımının kaçınılmaz olmadığını ve beslenme ve egzersizle önlenebileceğini rapor etmiştir (57).

4.2.2.8. Cinsellikte Değişiklikler

Menopozal dönemdeki seksüel fonksiyon değişikliklerini, değişikliklerin derecesini, altta yatan nedenleri ve tedavi olanaklarını ortaya koymaya yönelik biyolojik, psikolojik veya sosyolojik açılardan olaya yaklaşan pek çok çalışma yapılmıştır. Menopozun, cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilemediğini bildiren az sayıda rapora karşılık, cinsel fonksiyonların hemen her alanda değişik düzeylerde etkilendiğini bildiren bir çok çalışma yayınlanmıştır (65).

Menopozal ve postmenopozal kadın, sıklıkla menopoza bağlı fizyopatolojik değişiklikler veya daha az sıklıkla depresyon ya da evlilik problemleri yüzünden seksüel istekte azalma, yetersiz ve geç uyarılma, orgazma ulaşmada güçlük, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, disparoni, cinsel ilişki sıklığında azalma ve seksüel aktivitede üriner inkontinans gibi sorunlar yaşayabilir(14,65).

Östrojen azalması genital organlarda kan akımı ve vazokonjesyonu azaltır. İlerleyici iskemik deri ve muköz membranlarda incelmeye, deri altı yağ dokusu kaybı ve introitusta daralmaya neden olur. Östrojenin azalmasına bağlı olarak, sinir hücresi gelişimi, proliferasyonu, ileti zamanı ve sinir dokusu boyunca akış hızı düşer. Postmenopozal kadında periferik sinir etkilenmesinin klinik karşılığı, hissizlik, kaşıntı, parestezi, klitoral reaksiyon duyusunun kaybı ve orgazm kapasitesinin düşmesi şeklinde görülür (24,91).

Menopoz ile ortaya çıkan cinsel fonksiyonlardaki değişiklikleri sadece hormonal değişikliklere bağlamanın doğru olmayacağı, erkek erektil disfonksiyonundaki vasküler patolojiler gibi, kadınlarda da vasküler patolojilerin olabileceği ileri sürülmektedir. Klitoral ve vajinal düz kas kontraktilesinde değişikliklere neden olabilecek yapısal ve fonksiyonel bozukluklar, kadın seksüel yanıtında da farklılıklara yol açmaktadır.

Postmenopozal kadınlarda uzamış depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların görülme oranı yüksektir. Bu hastalıkların ve tedavilerinde kullanılan ilaçların da libido ve orgazm bozukluklarına neden olabildiği bildirilmiştir (37).

Genel düşünce, androjenlerin kadında libidoyu düzenledikleri yönünde olmasına rağmen, kadının seksüel davranışları çevresel, emosyonel, kültürel ve diğer hormonal faktörlerden de önemli ölçüde etkilendiğidir. Kadının menopoz öncesi seksüel aktivite düzeyinin, postmenopozal dönemdeki durumuna ışık tutacağı bildirilmiştir(14). Menopozdan önce seksten zevk almayan kadın, postmenopozal dönemde de seksüel aktiviteden uzak duracaktır. Kültürel alt yapı, kadının belli konulara bakış açısını, ruh halini ve libidosunu etkileyebilir. Postmenopozal dönemde kadının seksüel açıdan değeri, onun içinde yaşadığı topluma göre değişiklik göstermektedir (63).

Menopoz döneminde seksüel ilginin azalmasına sebep olan hormonal ve biyolojik değişimler, aslında kadının menopoz dönemini seksüel açıdan nasıl gördüğü ile de ilgilidir. Seksüel yaşamı doğurganlıkla anlamlandıran kadınlar için bu dönem cinsel yaşamın anlamını yitirmesine ve ilgi azlığına neden olabilmektedir(35).

4.2.3.Menopozda Tedavi Yöntemleri

Klimakterium ve menopozun başlıca nedeni, overlerin yaşlanması ve foliküler atreziye bağlı olarak fonksiyonel özelliklerini kaybetmesidir. Bu durum, foliküler granüloza hücrelerinde aromatize edilen ve biyolojik aktif östrojen olan ösradiol düzeyinde azalmaya neden olur. Bu nedenle ortaya çıkan birçok majör ve minör semptomların tedavisi için uygulanabilecek en ideal yöntemin östrojen verilmesi olduğu kabul edilmektedir (11,31,35).

4.2.3.1. Hormon Replasman Tedavisi

Pek çok ülkede menopoz ve birlikte olan şikâyetler doğal yaşamın bir parçası olarak kabul edilip hastalık olarak düşünülmediğinden HRT (Hormon Replasman Tedavisi) kullanımı yaygın değildir. Dünyada kadınların sadece % 10'unun ülkemizde ise %12,3'ünün HRT kullandığı bildirilmiştir. Ancak her hastanın klimakterik dönem ve yaşanabilecek sıkıntılar, bu şikâyetlerin kontrol altına alınmasında HRT'nin kullanılabilirliği, uzun dönem östrojen eksikliğine bağlı osteoporoz ve dolayısıyla kırık riski olduğu, HRT'nin kontrendikasyonları ve negatif etkileri konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir (11,80).

Hormon replasman tedavisi seks hormonlarının peri ve postmenopozal dönemlerde kullanımudur. Menopoz döneminde seks steroidlerinin hepsi miktar olarak azalmış olsa da klimakterik şikâyetlerin ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek osteoporozun nedeni östrojen eksikliğidir. Bu nedenle HRT'nin kullanımının popüler olduğu 1950-1960'lı yıllarda postmenopozal hormon tedavisi sadece ERT (Östrojen Replasman Tedavisi) olarak karşılanmamış östrojenler şeklinde veriliyorken, günümüzde bu tedavi şeklinin endometrium üzerindeki olumsuz etkilerinin kanıtlanmasıyla birlikte kombine HRT rejimleri uygulanmaya başlamıştır(42,57).

HRT'nin günümüzdeki endikasyonlarının değişiminde yapılan geniş kapsamlı çalışmaların sonuçları etkili olmuştur. 2002 yılında yayınlanan iki büyük çalışma ve onları takip eden diğer çalışmalar sayesinde günümüzde menopozal HRT'ye bakış açısı net bir biçimde değişmiştir (28).

2002 yazında rapor edilen WHI (Women's Health Initiative) çalışmasında hastalar EP (Östrojen-Progesteron) ve plasebo alan kollar olarak ikiye randomize edildi. Hastaların yaşları 50-79 arasındaydı ve daha önceden bilinen sağlık problemleri yoktu. Uterusları olan hastalara EP, histerektomize hastalara ise tek başına E (Östrojen) verildi. HT alan kolda gerek kombine EP gerekse de tek başına E alan kolda kontrol grubuna göre %1'den az da olsa miyokardiyal infarkt ve inme riskinde artış gösterildi. Ayrıca, ek olarak venöz tromboembolizm sıklığı da artmaktaydı. Risk artışının %1'den az olması sebebiyle WHI çalışmasına devam edilmesine ve hastaların daha uzun süre gözlenmesine karar verildi. Ancak 5,2 yıllık ortalama hasta takibi sonrası çalışma, EP kolundaki tahmin edilebilir olmayan ve kabul edilebilir orandan fazla olan meme kanseri riskindeki artış sebebiyle 2002 yılında planlanandan erken olarak sonlandırıldı. Bu zamana kadar ki yapılan prospektif dönem sonunda koroner olay sıklığında %29 (çoğu nonfatal), serebrovasküler olay sıklığında %41 ve venöz tromboembolizm sıklığında iki katlık bir artış saptandı. Bu dezavantajların yanı sıra kolorektal kanser sıklığında %37'lik, kalça kırığında %33'lük bir azalma da eş zamanlı olarak saptandı (28,42,57).

WHI çalışmasından hemen sonra geleneksel menopozal HT anlayışına bir büyük darbe daha vuran ikinci çalışma Bir Milyon Kadın Çalışması yayınlanmıştır. İngiltere'de geniş gözlemsel kohortlardan, ulusal tümör ve ölümlerden elde edilen

veriler değerlendirilmiştir. Toplam hasta sayısı 1.084.110'du ve yaşları 50-64 arasında değişmekteydi. WHI çalışmasından farklı olarak sadece konjuge östrojen ve medroksiprogesteron asetat kombinasyonu değil birçok oral (tibolon dahil), transdermal ve implant yolla uygulanan HT preparatları da gözlemlenmişti. Sonuç olarak hem sadece E verilen hem de EP kombine tedavisi verilen bütün ilaç formları artmış meme kanseri ile ilişkili bulundu. EP kolunda tek başına E koluna göre daha fazla bir artış söz konusuydu (20,58).

HERS (Kalp ve Estrojen Replasman Tedavisi Çalışması) çalışmasında ise daha önce kardiyovasküler hastalığı dokümanite edilmiş hastalar randomize edilerek iki kola ayrıldı. Birinci kola EP, diğer kola ise plasebo verildi. Her iki kolda ölümcül olmayan miyokard infarktüsü ve koroner ölüm sıklığı açısından bir fark saptanmadı. HERS I ve II çalışmalarında ayrıca ikincil sonuç olarak venöz tromboembolizm riskinde iki kat, cerrahi gerektiren safra kesesi hastalıklarında ise %50'lik bir artış saptandı (20).

2002 yılında Humphrey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hasta grupları sosyoekonomik durum, fiziksel aktivite ve diyet alışkanlıkları gibi kardiyovasküler olay sıklığını direkt etkileyebilen faktörlerle eşleştirildiğinde, HT'nin kardiyovasküler koruyucu etkisi bu sefer gösterilemedi (20,71).

2002 yılında yapılan bir başka çalışmada (Women's Angiographic Vitamin and Estrogen Trial) ise koroner hastalığı anjiyografik olarak kanıtlanmış hastalar üç kola ayrıldı. Birinci kola EP, ikinci kola antioksidan ve vitamin kombinasyonları, üçüncü kola ise plasebo verilerek randomize edildiler. Ancak ne HT verilen ne de vitamin + antioksidan verilen kolda fayda gösterilemedi (20,57,71).

Bütün bu çalışmaların ışığında Ocak 2003 tarihinde "Food and Drug Administration", E ve EP kombine tedavisinin konumunu değiştirdi ve kardiyovasküler hastalıktan korunma amacıyla reçete edilemeyeceği kararına vardı(57).

Klasik bir bilgi olarak klimakteryum sırasında ortaya çıkan belirtilerin ortadan kaldırılmasının yanı sıra yaşlılık döneminde görülen komplikasyonların önlenmesi amacıyla da HT uygulaması yapıldığından HT kullanım alanları (31);

- Vazomotor semptomlar,
- Genito-üriner atrofi,
- Osteoporozun önlenmesi şeklinde sıralanmaktadır.

Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların önlenmesi gibi olası sekonder faydaları günümüzde HT'nin kullanım amaçlarının dışında tutulmaktadır (57).

4.2.3.2. Hormon Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

Östrojen

HRT'de östrojenlerin tek başına kullanıldığı rejimlere monoterapi denilmektedir. Uterusu olan kadınlarda, HRT'nin yeni gündeme geldiği yıllardan 1970'lere kadar bu tedavi uygulanmıştır. Daha sonraları endometrium kanseri riskini artırdığı yolundaki çalışmalar nedeniyle terk edilmiştir, günümüzde sadece histerektomi geçiren kadınlarda kullanılmaktadır (11,57).

Östrojenler doğal ve sentetik östrojenler denilen iki gruptan oluşmaktadır. Ancak menopozal dönemde kullanılan HRT preparatlarında daha çok doğal östrojenler tercih edilmektedir (11).

Östrojenlerin veriliş yollarıda değişmektedir. Sistemik olarak oral veya transdermal yol kullanılabilir. Transdermal kullanım osteoporozun önlenmesi ve sıcak basmaları konusunda oral yolla benzer etkinliğe sahipken, avantajı serum lipit profili üzerinde oral preparatlarda olduğu gibi olumsuz etkilerin görülmemesidir. Ayrıca karbonhidrat metabolizmasını bozmaz ve safra kesesi oluşumunda etkileri yoktur. İntranazal kullanılabilen şeklide son yıllarda kullanıma girmiştir. Östrojenler vaginal kuruluk veya üriner sistem şikayetleri açısından vaginal yoldan topikal olarakta kullanılabilir (11).

Progestagen – Progesteron

Postmenapozal hormon replasman tedavisinde etki doz aralığının düşük olması sebebi ile ve aynı zamanda temel amaç olan endometriumdaki etkilerinin yüksekliği nedeni ile progesteron yerine progestagenlerin kullanımı tercih edilmektedir. Progestagenler, progesteron reseptörlerine bağlanabilme yeteneğine sahip ve onun biyolojik aktivitesini gösterebilen sentetik bileşiklerdir (6,11).

HRT’de progestogen ajanlar östrojenle birlikte karşılanmamış östrojenin endometrium üzerinde hiperplazi ve-veya endometrium kanseri geliştirme riskini engellemek amaçlı verilmektedir. Progesteronların antiproliferatif etkisi hücrede östrojen reseptörlerinin azalması ve hücre içi östrojen metabolizmasını arttırmasına dayanmaktadır. Progestojenler aynı zamanda nadir de olsa östrojenin kontrendike olduğu bazı hastalarda ateş basması gibi menopozal şikayetlerin önlenmesinde kullanılabilmektedir (6,11,57).

Androjenler

HRT’ de androjenlerin yeri sınırlıdır. Bunun nedeni ise istenmeyen etkileridir. Bunun içinde en önemlisi de artmış kardiyovasküler hastalık riskidir. Androjenlerin postmenopozal hormon tedavisinde yararlı etkileri; sıcak basmalarında azalma, kemik mineral dansitesinde artış, seksüel disfonksiyon ve azalmış libido üzerine olumlu etkileridir (11,57).

4.2.4. Alternatif yöntemler

Son yıllarda kadınların menopoz sıkıntılarıyla baş etmede alternatif tıpla ilgili yollara başvurdıkları saptanmıştır. Japonya’da yaşayan kadınların, menopoz döneminde yaşadıkları sıkıntılarla baş etmede alternatif tıbbi tercih ettikleri belirtilmiştir. Japon kadınlarının %40’ının diyetlerine ekledikleri soya ürünleri ile yaşadıkları sıcak basması şikayetlerinden kurtuldukları belirtilmektedir. Amerika, Almanya ve Çin’de menopoz döneminde yaşanan sıkıntıları gidermek amacı ile kadınların, yıllardır alternatif tıpi kullandıkları bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada plasebo uygulanan kadınların %40’ında, bitkisel kaynaklı tedavi uygulanan kadınların %60’ında vazomotor belirtilerin azaldığı bildirilmiştir. Egzersizin menopoz döneminde yaşanan sıkıntıların azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur(6,47,53,77).

Alternatif tıp bilim dışı bir kavram olmamakla beraber bu konudaki araştırma ve çalışmalar sürmektedir. Alternatif tıp, geleneksel ve günümüz batı tıbbının her ikisinin de dışında kalan geniş yelpazedeki şifa uygulamalarını içermektedir. Günümüz batı tıbbıyla birlikte, onun etkisini azaltmadan, hastanın durumunu iyileştirmek üzere kullanılmaktadır. Klasik tıbbi reddetmek yerine, klasik tıbbın

çaresiz kaldığı durumlarda devreye girmektedir. Böylece kişinin daha hızlı iyileşmesini sağlayan olumlu bir etkisi vardır.

❖ **Bitkisel terapiler:** Bitkisel preparatların menopoz semptomlarını rahatlatıldığı ileri sürülmektedir. Literatürde yer alan bitkiler; jinseng, black kohosh (tahta biti otu), arı poleni, kırmızı adaçayı, saparna, meyan kökü, yer elması, karahindiba, ahududu, damiana (afrodizyak olarak kullanılan bir Meksika ilacı), kırmızı yonca, çuhaçiçeği, palmiye ağacı, keten tohumu, atefl çiçeği, papatya, süs bitkileri, flerbetçiotu, tutku çiçeği, arpa mayası ve kediotudur. Bitkisel östrojenler (**Fitoöstrojenler**) ise yapısal ve fonksiyonel olarak östradiol içeren veya benzer östrojenik aktiviteye sahip bitki bileşenleridir. İsoflavon ve lignan en önemli fitoöstrojenlerdir. İsoflavonlar; soya, nohut gibi baklagillerde ve kırmızı yoncada, lignanlar ise yağlı tohumlarda yüksek konsantrasyonlarda bulunurlar.

Ancak tüm bu bitkisel kaynaklı ilaçların sıcak basmalarını iyileştirmede plasebo kontrollü randomize çalışmalarda etkinliği tam olarak gösterilememiştir. Bu bitkisel kaynaklı ilaçların yan etkileri arasında dispepsi, bulantı, kusma, diğer gastrointestinal rahatsızlıklar, baş ağrısı, hipotansiyon, halsizlik ve görme bozuklukları yer almaktadır.

❖ **Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar:** Yapılan çalışmalar, düzenli egzersiz yapan kadınların yaşadıkları sıcak basması şiddetinin, egzersiz yapmayan diğer kadınlara göre daha az olduğunu, yoganın stresi, kalp hızını ve kan basıncını azalttığını ve sağlığı olumlu etkilediğini göstermektedir. Sempatik aktivasyonu azaltan gevşeme tekniklerinin (derin soluk alıp verme) kullanılması, sıcak basması gibi semptomları önlemede yararlı olabilir. Osteoporozun önlenmesi ve tedavisi için yeterli kalsiyum ve D vitamini önemi bilinmektedir. Vitamin E'nin sıcak basmaları, ruhsal durum değişiklikleri ve vajinal kuruluğu azaltmada olası bir etkisinin olduğu ileri sürülmektedir. B vitaminlerinin koroner arter hastalığı ve osteoporozu önlemede önemli rol oynadığı bildirilmektedir. C, K, P (bioflavonoid) vitaminleri, manganez, selenyum, çinko menopoz döneminde eksikliği görülen, osteoporoz ve koroner arter hastalığı yönünden önemli olan diğer vitamin ve minerallerdir.

❖ **Hormon Dışı Tedaviler:** Antikonvülzan ilaçların bir çalışmada sıcak basmalarını %45 oranında azalttığı gösterilmiştir. E vitamininin günlük 800 IU alımının sıcak basmalarının tedavisinde plasebodan biraz daha iyi geldiği iddia edilmiştir. D vitamini ile birlikte alınan kalsiyumun kemik kütlesinin korunmasına olan katkısı şüpheli olmakla beraber menopozdaki hastalarda kalsiyum desteği önerilmektedir. Bifosfanatlar son yıllarda üretilen, ağızdan alınımına elverişli kemik yoğunluğunu arttıran ilaçlardır.

4.3. Yaşam Kalitesi

Hemşireliğin kurumsal ve kavramsal çatısı “sağlık” üzerine odaklanmıştır. Sağlık kavramı evrensel olmasına karşın, anlamı bireyden bireye, toplumdan topluma farklılık göstermektedir (1,8).

Günümüzde sağlık; bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edebilir, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır. Sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil; bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini attırmak ve geliştirmektir (1).

Yaşam kalitesi; bireyin kendi yaşamına ilişkin genel doyumudur. Bütün evresel bilimler, yaşam kalitesini kendi bakış açılarına göre tanımlasalar da, özetle yaşam kalitesi, mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlanmış, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk kavramları ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır (52).

Yaşam kalitesi ilk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanmış olup, bireyin kendisini nasıl hissettiği, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yapabildiğini ifade eden bir kavramdır (52).

Patrick ve Ericson’a göre yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum, sağlık algısı ve sosyo-kültürel olumsuzlukları içeren temel bir kavramdır (12).

1981’de Campbell yaşam kalitesi ile ilintili 12 boyut tanımlamıştır. Bunlar, toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, arkadaşlık, sağlık, barınma durumu, evlilik, milliyet, komşuluk, kendilik, yaşam standardı ve iş durumudur (12,54).

DSÖ'ne göre yaşam kalitesi; bireyin gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında kendi durumunu algılama biçimidir (12).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının çeşitli yönlerine ilişkin doyum ifadesidir. Bireyin iyilik halinden söz edilirken, fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik alanlar ele alınır.

Fiziksel iyilik hali yaşam kalitesinin objektif göstergesidir, bireyin mevcut durumuna karşın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, bunları yaparken zevk duymasıdır.

Psikolojik iyilik hali subjektif göstergeler temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır, bireyin yaşantısını değerlendirmesi, yaşamına dair hissettiklerinin ifadesidir.

Sosyo-ekonomik anlamda iyilik, bireyin sosyal güç yeterliliğine sahip olması, ekonomik yönden iyi olması, sosyal güvencesinin olması, gelir düzeyinin belli standartta olması, tüm bunları yaşarken kendini yeterli görmesi gibi durumlarla bireyin memnuniyetinin kesişmesidir (12,54).

Yaşam kalitesi, yıllarca esenlik ve mutluluk ifadesi olarak felsefe bilimi içinde ele alınırken, 1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonra da psikoloji biliminin uğraş alanına girmiştir. 1970'li yıllardan sonra sağlık, tıp ve hemşirelik alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur (92).

Sağlık alanında yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte, yaşam doyum, yaşam memnuniyeti ya da mutluluk ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Normal bireylerde fonksiyonel durum, aile yaşamı ve finansal durum iyilik halinin en iyi göstergeleri olarak kabul edilirken, hastalık durumunda öncelikler değişebilmektedir. Demografik değişkenlerde yaşam kalitesini anlamlı derecede etkileyebilmektedir (3,92).

Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyine karşın, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı doyum şeklinde de yorumlanan yaşam kalitesi çok boyutlu kavram olup bireyin fiziksel, hastalık ya da tedavi ile ilgili hastalık semptomları, psikolojik

ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar, değerlendirmeler gereken dinamik bir kavramdır(59,79).

Yaşam Kalitesi, hastalıkların mekanik tedavisi ve semptomların iyileştirilmesinde yoğunlaşan günümüz tıbbına hümanistik bir bakış açısı getirmektedir. Yaşam Kalitesi'nin değerlendirilmesi hasta merkezlidir, hastanın görüşlerini vurgular, hastanın sorunlu yaşam bölümünü tanımlamaya yardım eder. Bu sorunların üstesinden gelmesine yardım edilen hasta daha iyi hissedebilir ve sağlık sektöründen daha az talepte bulunur (49).

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamaları ile güçlü ilişkiler içindedir. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları, yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren iyilik hali durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır (1,8,34).

4.4. Klimakterik Dönemde Yaşam Kalitesi

Kadında ortalama yaşam süresinin uzaması, postmenopozal dönemin uzaması ve ortalama ömrün 1/3'ünden fazlasını kapsaması gerçeğini ortaya çıkarmıştır. Over hormonları yalnızca genital organlar üzerinde değil hedef dokular üzerinde de etkiye sahip olduğundan, menopoz sırasında meydana gelen östrojen yetersizliği hem jinekolojik bölgeyi hem de tüm bedeni etkileyecektir. Kadının annelik, eğitim, mesleki bilgi ve birikimi gibi maddi, manevi ve sosyal açıdan çeşitli kazanımlara eriştiği bu dönemde, yaşaması olası fizyolojik ve psikolojik değişiklikler onun hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecektir (16,91).

Sağlıklı bir toplum oluşmasında kadının rolü, yadsınamaz evrensel bir gerçekliktir. Toplumun en küçük birimi olan aile ele alınacak olursa, kadından anne ve eş olarak sağlıklı çocuklar yetiştirmesi, ekonomiye katkıda bulunması ve üretkenliği beklenmektedir. Toplumda atfedilen bu görevleri üstlenen kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olabilmesi gerekir.

Günümüzde değişen sosyal yapı sağlık politikasında da değişikliklere neden olmuş ve yaşamı ızdırap içinde gereksiz uzatmak yerine, kaliteli ve sağlıklı yaşamı sağlayıcı yöntemleri gündeme getirmiştir. Günümüzde ortaya çıkan hastalıkların

büyük bir çoğunluğu kişinin günlük yaşamı ve alışkanlıklarıyla doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle de sağlıklı yaşamının ilk ve olmazsa olmaz şartı kişinin yaşam tarzını amaca yönelik değiştirmesidir. Kadınlarda menopoza hemen sonra belirgin sağlık sorunlarıyla karşılaşılır (48).

Son yüzyılda bilim ve teknolojiye gelişmelerle insanın yaşam süresi ve kalitesi artarken, kadınların da yaşam süresi artmıştır (3). Yaşam süresinin uzaması sonucunda görece olarak, menopoza sonrası (postmenopozal) dönem uzamıştır. Bir kadın, yaşamının ortalama üçte birini postmenopozal dönemde geçirmektedir. Gelişmiş ülkelerde kadın popülasyonunun %30'dan fazlası postmenopozal dönemdedir. Ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak bu oran gün geçtikçe artmaktadır (20,62).

Bu dönem, kadın yaşamının önemli dönüm noktalarından biridir. Menopoza sonrası dönem her kadın için fizyolojik olsa da; kimi istenmeyen patolojik sonuçlardan kaçınılabilme ve yaşam kalitesini sürdürebilme açısından önemlidir. Menopoza bağlı bu değişiklikler her kadını farklı ölçüde etkilemekte ve kimi kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir. Kimi kadınlarda yaşa bağlı değişiklikler olarak tanımlanan hastalık algılamalarına ve öz kimliğe yabancılaşmaya yol açarken, kimilerinde bu tür belirtiler hiç görülmemektedir. Çünkü menopoza yönelik değişikliklerin kabullenilmesi sosyo kültürel çevreden ve yaşam biçiminden çok etkilenmektedir (42,85).

Klimakterik dönem sadece klimakterik dönemdeki kadının değil, ailesinin de sorunudur. Bu dönemde yaşanan fizyolojik değişiklikler kadının ailesiyle olan ilişkisine ve aile düzenine de yansımaktadır. Menopozda oluşan bazı değişiklikler kadınları öylesine olumsuz etkiler ki kadınların yaşam kalitesine azalmalar olmaktadır (30,57,85).

4.5. Klimakterik Dönemde Hemşirelik

Menopoza, pek çok önemli değişiklikler ve buna bağlı sorunların yaşandığı bir dönemdir. Bu sorun yalnız kadını değil hem aileyi hem de toplumu etkilemektedir. Son gelişmeler menopozal kadına yaklaşımda sadece medikal tedavinin yeterli olmadığı, multidisipliner sağlık bakımının gerekli olduğunu göstermiştir (2,76,84).

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme, hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin içinde olan; yaşamın biyolojik, psikosoyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanmaktadır.

Sağlık ekibinin amacı, bireylerin sağlıklarını sürdürmelerine yardımcı olmaktır. Hemşire danışmanlık fonksiyonu ile bu yardımın verilmesinde önemli bir rol alır (2). Hemşireler klimakterik dönemdeki kadınlara yardım edebilmeleri için, klimakterik dönemin özelliklerini, oluşabilecek değişiklikleri ve bu değişiklikler karşısında yapılması gereken sağlık hizmetlerini çok iyi bilmelidirler. Klimakterik döneme yönelik yaptıkları danışmanlık ile, kadınların menopoz hakkında bilgi sahibi olmalarına, yaşacakları sorunlarla baş etme yollarını öğrenmelerine ya da en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olabilirler (4,26,76,78).

Menopoz konusunda yapılan araştırmalar, kadınların pek çoğunun menopozun ne olduğunu, bedenlerinde neler olduklarını bilmediklerini göstermiştir. Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler, kadının klimakterik döneme özgü sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır (4,78). Hemşireler kadınlara döneme özgü bilgiler vererek, sorularını cevaplayarak, iyimser ve kendilerine güvenli tutumlar geliştirmelerine yardımcı olabilirler. Bu dönemdeki kadınların orta yaş ile ilgili beklentileri belirlenerek, kültürel değerleri tanınarak, sosyal destek sistemleri saptanarak kendilerini tanımaları ve sağlıklarına aktif rol almaları sağlanabilir (4,26,60).

Pek çok kuramcı tarafından incelenen “Temel İnsan Gereksinimleri” Klimakterik dönem kadın içinde vazgeçilmezdir. Bunun yanı sıra klimakteriumdaki biopsikososyal değişiklikler nedeniyle farklı ve özel bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Bu gereksinimler şunlardır (76,85).

- Uygun beslenmenin sürdürülmesi
- Yeterli uyku ve dinlenme
- Düzenli seksüel yaşam

- Uygun fiziksel aktivite
- Vazomotor değişikliklerle baş etme
- Gebelikten korunma
- Stresle başa çıkma
- Deri değişiklikleri ile baş etme ve estetik
- Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi
- Üretkenliğin sürdürülmesi
- Farklı uğraşlara yönlendirme yeteneklerini keşfetme
- Sosyal destek
- HRT Danışmanlığı

Klimakterik dönemde kadının sağlık bakımı için hemşirenin genel hedefleri şunlar olmalıdır (85);

- Menopozal dönem hakkında kadını ve ailesini bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamaları düzeltmek ve anksiyeteyi gidermek,
- Bu dönemde ilgili sorunlarla kadın ve ailesinin etkili bir şekilde başa çıkabilmesine ve uyum sağlayabilmesine yardımcı olmak, danışmanlık yapmak,
- Cinsel yaşam, beslenme, egzersiz ve sosyal aktivitelerin planlanmasında kadına ve ailesine sağlık eğitimi vermek ve danışmanlık yapmak,
- Kadının erken tedavi ve imkanlarını bilmesini sağlamak ve buna yönlendirmek,
- Kadının döneme özgü değişiklikleri tanıması ve rapor edebilmesini sağlamak,
- Kadının sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilmesini sağlamak,

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, klimakterik dönemdeki kadınların döneme özgü yakınmalarının ve sosyo-demografik, obstetrik, klimakterik özelliklerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, Şubat 2008 - Mayıs 2008 tarihleri içerisinde, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Jinekoloji Polikliniği'nde örneklem grubu özelliklerine uygun olan kadınlarla gerçekleştirilmiştir.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'nden örneklem seçiminin nedeni hasta kapasitesinin yüksek olması, eğitim hastanesi olması sebebiyle bilimsel çalışmalara verilen destek ve araştırmacının bu kurumda çalışmasıdır.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Komutanlığı'ndan yazılı izin, araştırmaya katılan kadınlardan yazılı onam alınmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şubat 2007 - Mayıs 2007 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne klimakterik şikayetlerle başvuran 3125 oluşturmuştur. Başvuran bu kadınlardan 621'ine menopoz tanısı konmuştur.

Araştırmanın örneklemi Şubat 2008 - Mayıs 2008 tarihleri arasında jinekoloji polikliniğine başvurabilecek olan toplam olgu sayısına ve %95 güven aralığına göre formüle edilerek belirlenmiştir. Elde edilen sonuca göre en az alınması gereken vaka

sayısı 292 olarak bulunmuştur. Örneklem grubunu, jinekoloji polikliniğine başvuran, görüşmeyi kabul eden 300 kadın oluşturmuştur. Kadınların klimakterik dönemin hangi aşamasında olduğunun belirlemede klinik muayene bulguları ve uzman hekim görüşüne göre değerlendirme yapılmıştır.

Örneklem kapsamına alınan kadınların özellikleri:

- Çalışmaya katılmaya istekli olan,
- Çalışmanın yapıldığı tarihlerde jinekoloji polikliniklerine başvuran,
- Cerrahi ya da doğal yolla menopoza girmiş olan.
- Genç yaşta olup klimakterik şikayetleri başlamış olan.

5.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) - *Menopause Rating Scale (MRS)*, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) - *The Menopause Specific Quality Of Life Questionnaire (MENQOL)* ve Katılımcı Bilgi Formu kullanılmıştır.

Katılımcılı bilgi formu ve ölçekler jinekoloji polikliniğine başvuran menopoz dönemindeki 20 kadına ön uygulama yapılarak değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonucunda katılımcı formundaki ifadelerde değişiklik yapılmış ve soru sayısı azaltılmıştır.

Çalışma örneklem kapsamına alınan kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği ile haftanın her günü 09.00 – 12.00 saatleri arası uygulanmış olup, her uygulama süresi yaklaşık 30–40 dakika sürmüştür. Görüşme ortamı olarak poliklinik ortamında aktif olarak kullanılmayan bir oda araştırmacıya yer olarak gösterilmiştir.

5.5. Veri Toplama Araçları

5.5.1. Katılımcı Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından geliştirilen, literatür bilgisinden ve yaşam kalitesini inceleyen benzer çalışmalardan yararlanılarak oluşturulan, bireylerin sosyo-demografik, jinekolojik, obstetrik ve yaşama biçimi özelliklerini gösteren katılımcı formu 19 sorudan oluşmaktadır.

5.5.2.Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Orijinal adı Menopause Rating Scale olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ilk olarak 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin İngilizce'ye uyarlanması, güvenirlik ve geçerliliği 1996 yılında, Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ülkemizdeki geçerlilik güvenirlik çalışması Özlem Can Gürkan tarafından 2004 yılında yapılmıştır.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan Likert tipi ölçekte, her bir madde için; 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan “0” iken en fazla puan “44”dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Somatik şikâyetler alt boyutu (1, 2, 3 ve 11 numaralı maddeler):

- Sıcak basması (terleme nöbetleri),
- Kalp rahatsızlıkları (normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi),
- Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma),
- Eklem ve kas rahatsızlıkları (eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)

Psikolojik şikayetler alt boyutu (4, 5, 6 ve 7 numaralı maddeler):

- Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik),
- Sinirlilik (sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi),
- Endişe (içsel huzursuzluk, panik hissi),

- Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık),

Ürogenital şikayetler alt boyutu (8,9 ve 10 numaralı maddeler):

- Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik),
- İdrar sorunları (idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma),
- Vajinada (haznede) kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma).

5.5.3.Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Ölçek John R. Hilditch, Jacqueline Lewis ve arkadaşları tarafından 1996 yılında, kadınların deneyimlerine dayalı psikometrik özelliklerle, menopozda sağlık durumuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir olup ,2005 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından Türk toplumuna uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirliği saptanmıştır.Ölçek kaynağı olarak, Sema B. Kharbouch'un “Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi” yüksek lisans tezi gösterilmektedir.

MÖYKÖ’de her bir alt alan puanı 1 den 8 e doğru sıralanmıştır. 1 puan o konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını gösterir. 2 puan o konunun var olduğunu, yaşandığını ancak hiç rahatsız edici olmadığını işaret eder 3-8 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini gösterirler. Ölçek vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere dört alandan oluşur.

- Vazomotor alan(1-3. sorular) sıcak basması, gece terlemesi ve terlemenin varlığı ve şiddetini değerlendirir.
- Psikosoyal alan (4-10. sorular) hayatından memnun olmama, endişeli ve gergin hissetme, hafızada zayıflama, kendini eskisinden daha az başarılı hissetme, depresif hüznünlü yada bezgin hissetme, diğer insanlara tahammülsüzlük, yalnız kalma isteği gibi sorularla bireysel psikolojik iyilik algısını ölçer.
- Fiziksel alan (11-26. sorular), gaz çıkarma ya da gaz ağrıları, kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış hissetme, uyuma güçlüğü, baş ve

boyun arkasında ağrılar, fiziksel güçte azalma, dayanma gücünde azalma, enerjide azalma hissi, ciltte kuruluk, kilo alma, yüz tüylerinde artma, cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik, şişkinlik, bel ağrısı, sık idrara çıkma, öksürürken yada gülerken idrar kaçırmaya gibi genel semptomları değerlendirir.

- Cinsel alan ise(27-29. sorular), cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vaginal kuruluk ve cinsellikten kaçınma gibi belirtileri araştırır.

5.5.4.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS İstatistik paket programı kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda yer alan faktörlere ait tanımlayıcı istatistiklerin frekans dağılımları (n) ve (%) şeklinde verilmiştir. Ölçülebilir verilerimiz ortalama (X), standart sapma (SD) ile birlikte verilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş, normal dağılıma uyan, iki gruplu verilerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t), ikiden fazla gruplardaki ortalamaların karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA) (f) testi kullanılmıştır.

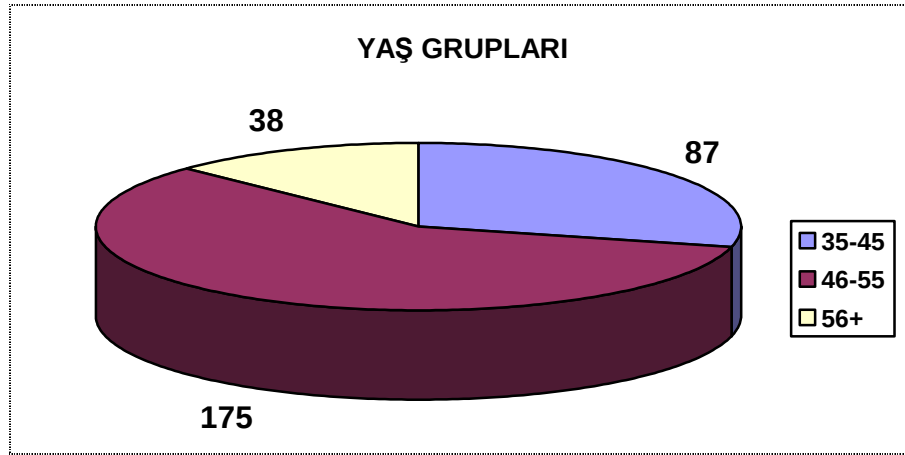
6. BULGULAR

Klimakterik dönemdeki yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan, elde edilen sonuçlar, üç bölüm halinde ele alınmıştır.

- Olguların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Olguların MSDÖ puan ortalamaları ve bunların sosyo-demografik, kronik hastalık durumu, obstetrik, klimakterik özelliklere göre dağılımı,
- Olguların MÖYKÖ puan ortalamaları ve bunların sosyo-demografik, kronik hastalık durumu, obstetrik, klimakterik özelliklere göre dağılımı.

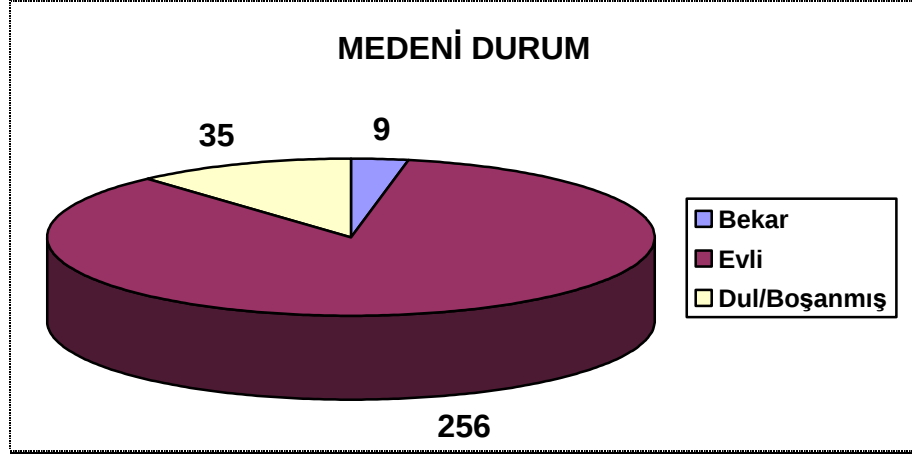
6.1. Olguların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.1.1. Olguların Sosyo-demografik Özelliklerine ve Genel Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular



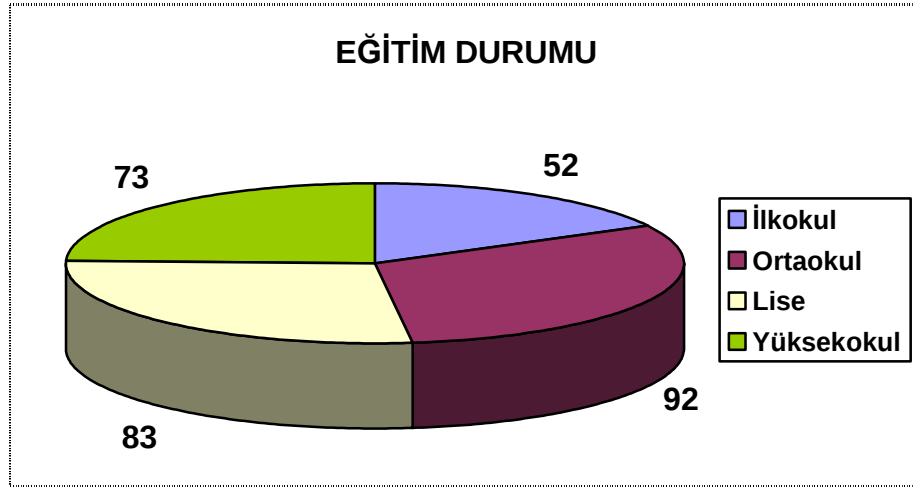
Şekil 2: Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Çalışma kapsamına alınan bireylerin, yaş grupları Şekil 2’de verilmektedir. Kadınların %29’u 35–45 yaş aralığında, %58,3’ü 46–55 yaş aralığında ve %12,7’si 56 ve üzeri yaş aralığında bulunmaktadır. Kadınların yaş ortalamalarının $X:50,12 \pm 4,98$ olduğu saptanmıştır.



Şekil 3: Olguların Medeni Duruma Göre Dağılımı

Kadınların medeni durumları incelendiğinde; %85,3'ü evli, %11,6'sı dul ve %3,0'ünün bekâr olduğu belirlenmiştir.



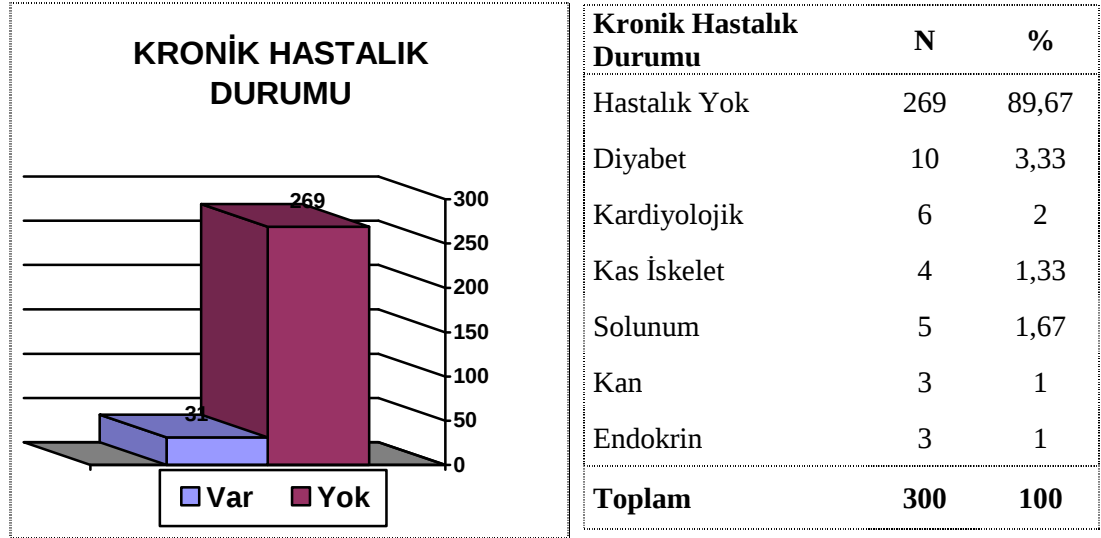
Şekil 4: Olguların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde, %52,0'ı lise ve üstü eğitim durumuna sahip iken, %48'i ortaöğretim ve daha alt eğitim durumuna sahiptir.

Tablo 1: Olguların Meslek ve Ekonomik Durumuna Göre Dağılımı

Meslek ve Ekonomik Durum	N	%
Meslek		
Emekli	30	10
Ev Hanımı	228	76
Çalışıyor	42	14
Ekonomik Durum		
Geliri Giderinden Az	52	17,3
Geliri Giderini Karşıllayan	229	76,3
Geliri Giderinden Fazla	19	6,3
Toplam	300	100

Araştırmaya katılan kadınların mesleki durumları incelendiğinde büyük bir kısmının ev hanımı (%76) olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumları incelendiğinde ise gelirin gideri karşılama oranının en yüksek değer olduğu belirlenmiştir.



Şekil 5:Kronik Hastalık Durumu

Kadınların kronik hastalık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %10,3'nün kronik bir hastalığının var olduğunu belirttikleri belirlenmiştir. Belirtilen kronik hastalıklardan %3,33 ile diyabet hastalığının ilk sırada yer aldığı saptanmıştır.

Tablo 2: Olguların Alışkanlıkları ve Yaşam Biçimlerine Göre Dağılımı

Alışkanlıklar ve Yaşam Biçimleri	N	%
Sigara Kullanımı		
Evet	84	28
Hayır	216	72
Alkol Kullanımı		
Evet	11	3,7
Hayır	289	96,3
Egzersiz Yapma		
Evet	33	11
Hayır	267	89
Boş Zamanı Değerlendirme		
Kültürel etkinlikler	30	10,0
Ev işi el işi	134	44,7
Kurslara katılarak	34	11,3
Ev gezmeleri, alış veriş	78	26,0
Düzenli spor	6	2,0
Diğer	18	6,0
Toplam	300	100

Olguların alışkanlıkları ve yaşam biçimlerine göre dağılımları incelendiğinde, %28'inin sigara kullandığı, %3,7'sinin alkol kullandığı, %11'nin egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Boş zamanları değerlendirme alışkanlıklarına göre dağılımlarında ise aktivite olarak en fazla el işi ve ev işi yaptıkları saptanmıştır. Kadınların yapmış oldukları aktivitelerden “Diğer” seçeneğini bahçe işleri, torun bakma, dikiş, nakış aktiviteleri oluşturmaktadır.

6.1.2.Olguların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3: Olguların Doğurganlık Öykülerine Göre Dağılımı

		N	%	Ortalama
Gebelik Sayısı				
Gebelik Yaşamayan		38	12,67	
Gebelik Yaşayan	1	22	7,33	2,36
	2	84	28	±1,21
	3	106	35,33	
	4 ve üzeri	50	16,67	
Doğum Sayısı				
Doğum Yapmayan		39	13	
Doğum Yapan	1	21	7	2,24
	2	88	29,33	±1,11
	3	132	44	
	4 ve üzeri	20	6,67	
Düşük/Kürtaj Sayısı				
Düşük/Kürtaj Yaşamayan		142	47,33	
Düşük/Kürtaj Yaşayan	1	85	28,33	0,84
	2	51	17	±0,95
	3	22	7,33	
	4 ve üzeri	-	-	
Toplam		300	100	

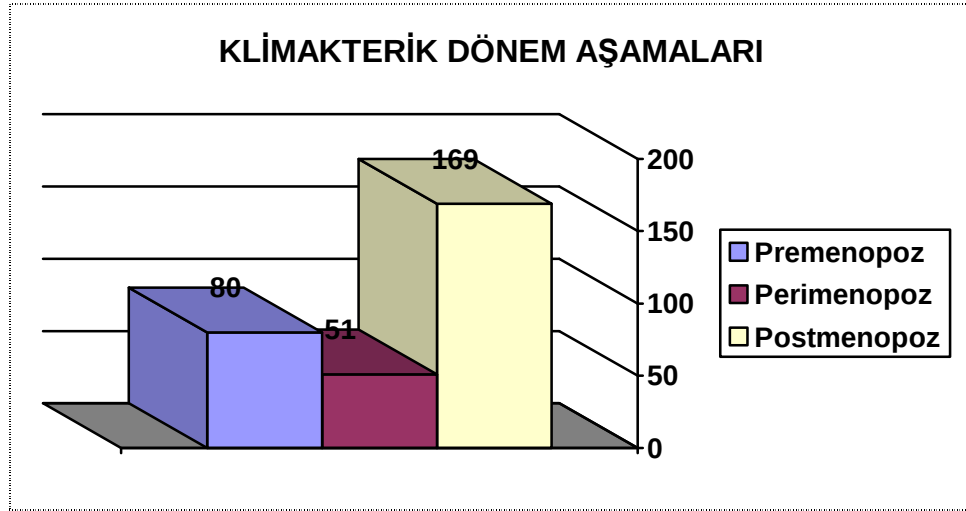
Olguların doğurganlık öykülerine göre dağılımı incelendiğinde; ortalama gebelik sayısı $2,36 \pm 1,21$, ortalama doğum sayısı $2,24 \pm 1,11$, ortalama düşük/kürtaj sayısı $0,84 \pm 0,95$ olarak saptanmıştır.

Tablo 4: Olguların Düzenli Jinekolojik Muayene ve Jinekolojik Ameliyat Durumuna Göre Dağılımı

Düzenli Jinekolojik Muayene ve Jinekolojik Ameliyat	N	%
Düzenli Jinekolojik Muayene		
Evet	70	23,3
Hayır	230	76,7
Jinekolojik Ameliyat		
Evet	20	6,7
Hayır	280	93,3
Toplam	300	100

Kadınların düzenli jinekolojik muayene ve jinekolojik ameliyat durumları incelendiğinde; %6,7'sinin jinekolojik ameliyat geçirdiği ve büyük bir çoğunluğunun (%76,7) düzenli jinekolojik muayeneye gitmediği belirlenmiştir.

6.1.3.Olguların Klimakterik Döneme İlişkin Bulguları



Şekil 6: Olguların Klimakterik Dönem Aşamalarına Göre Dağılımı

Çalışma kapsamına alınan kadınların %56,3'ünün postmenopozal evrede, %17'sinin perimenopozal evrede ve %26,7'sinin premenopozal evrede olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Olguların Menopoza Girme Şekli, Menopozu Algılama Durumu ve Tedavi Görme Durumlarına Göre Dağılımları

	N	%
Menopoza Girme Şekli		
Menopoza Girmeyen	80	26,7
Doğal Menopoz	200	66,7
Cerrahi Menopoz	20	6,7
Menopozu Algılama Durumu		
Olumsuz Etkilenen	134	44,7
Kısmen Etkilenen	114	38
Hiç Etkilenmeyen	52	17,3
Olumlu Etkilenen	0	
Menopoza Yönelik Tedavi		
Menopoza Girmeyen	80	26,7
Tedavi Görmeyen	173	57,7
Tedavi Gören	21	7
Tedavi Gören Bırakan	26	8,7
Toplam	300	100

Kadınların %66,7'sinin menopoza doğal yolla girdikleri, yarısından fazlasının (%57,7) menopoza yönelik tedavi görmedikleri belirlenmiştir. Menopozu algılama durumları incelendiğinde olumlu etkilendiğini ifade eden yok iken, %44,7'si olumsuz etkilendiğini belirtmiştir.

Tablo 6: Olguların Menopoza Yönelik Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Kaynakları

	N	%
Bilgi Alma Durumu		
Bilgi Alan	137	45,7
Bilgi Almayan	163	54,3
Bilgi Kaynakları		
Hemşire-Ebe	10	3,3
Doktor	80	26,7
Komşu-Akraba	5	1,7
Kitle İletişim Araçları	42	14
Bilgi Almayan	163	54,3
Toplam	300	100

Kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumları incelendiğinde %45,7'sinin bilgi aldığı, %54,3'ünün bilgi almadığı saptanmıştır. Kadınların %26,7'si doktorları bilgi kaynağı olarak belirtmiştir.

6.2. MSDÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık Durumu, Obstetrik ve Klimakterik Özellikler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların MSDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamaların;

- Yaş,
- Medeni durum,
- Eğitim durumu,
- Kronik hastalık,
- Doğum sayısı,
- Tedavi durumu,
- Klimakterik dönem aşamaları,
- Bilgi alma durumu ile karşılaştırılmasına ilişkin verilere yer verilmiştir.

Tablo 7: MSDÖ Maddelerinin Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri

MSDÖ Maddeleri (N:300)	Ortalama	Standart Sapma
Sıcak basması, terlemeler (terleme nöbetleri)	1,51	0,734
Kalp rahatsızlıkları (normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)	0,56	0,584
Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	1,05	0,610
Keyifsizlik hali (kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)	1,26	0,779
Sinirlilik (sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)	1,23	0,735
Endişe (içsel huzursuzluk, panik hissi)	1,24	0,639
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)	1,37	0,758
Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)	1,14	0,747
İdrar sorunları (idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	0,94	0,710
Vajinada (haznede) kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşimde zorlanma)	0,86	0,720
Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikâyetler)	1,59	0,962

MSDÖ maddelerinde sorgulanan, menopoz şikâyetlerinin kadınlar tarafından ne düzeyde yaşandığı elde edilen puan ortalamaları ile belirlenebilmektedir. MSDÖ'den alınabilecek en yüksek puan 44'tür. Puan ne kadar yükselirse bu durum o düzeyde semptomların daha şiddetli yaşandığını gösterir. Çalışmada yapılan değerlendirme de en yüksek ortalama olarak eklem, kas rahatsızlıkları(X:1,59) ve sıcak basması, terlemeler(X: 1,51) şikâyetlerinin, en düşük düzeyde yaşanan şikâyetin ise kalp rahatsızlıkları olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: MSDÖ Toplam ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri

MSDÖ Toplam ve Alt Grupları	Ortalama Puan Değeri	Standart Sapma
Somatik	4,71	2,03
Psikolojik	5,10	1,93
Ürogenital	2,94	1,80
MSDÖ Toplam	12,75	5,76

MSDÖ'nün orijinal metninde '35 ve/veya daha yüksek' puan elde edildiğinde semptomların çok şiddetli yaşandığını, '20-24' arası şiddetli, '15-19' arası orta, '1-14' arası daha hafif ve '0' puan hiç semptom yaşanmadığını göstermektedir. MSDÖ toplam ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde toplam puan ortalaması 12,75 olarak bulunmuştur. Bu da vakaların tüm menopoz semptomlarını hafif düzeye yakın şiddette yaşadıklarını göstermektedir. Ortalaması en yüksek olan semptomun psikolojik, en hafif düzeyde yaşananların ise ürogenital semptomlar olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		Somatik		Psikolojik		Ürogenital		MSDÖ Toplam	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Yaş Grupları	35-45	3,49	1,48	4,22	2,09	1,62	1,54	9,32	3,30
	46-55	5,34	2,09	5,61	1,91	3,60	1,84	14,55	5,04
	56+	4,58	1,54	4,76	1,94	2,92	1,34	12,26	2,93
Test Değeri	F	29,02		17,23		45,01		41,77	
	P	0,001		0,001		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	MSDÖ Toplam
35-45/46-55	0,001	0,001	0,001	0,001
35-45/56+	0,008	0,282	0,001	0,002
46-55/56+	0,059	0,030	0,046	0,010

Tabloda MSDÖ toplam ve tüm alt grup puanları ile yaş grupları arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).Yapılan tukey analizi sonucuna göre MSDÖ toplam ve ürogenital alt grubundaki anlamlılığın, tüm yaş gruplarındaki kadınların puan ortalamalarındaki farktan, somatik alt grubundaki anlamlılığın 35-45 yaş ile 46-55 yaş arasında ve 35-45 yaş ile 56 ve üstü yaş grubuna sahip bireylerin puan ortalamalarındaki farktan ve psikolojik alt grubundaki anlamlılığın, 35-45 ve 46-55 yaş ile 46-55 ve 56 ve üstü yaş grubunda bulunan bireylerin puanlarındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 10: MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	Somatik		Psikolojik		Ürogenital		MSDÖ Toplam	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Medeni Durum	Evli	4,66	1,98	5,17	1,83	3,05	1,84	12,88	4,85
	Dul / Boşanmış	5,17	2,04	4,97	2,31	2,37	1,37	12,51	4,83
	Bekar	4,33	3,16	3,56	2,92	1,89	1,76	9,78	7,03
Test Değeri	F	1,15		3,14		2,83		1,77	
	P	0,321		0,041		0,061		0,171	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	MSDÖ Toplam
Evli / Dul	0,338	0,838	0,088	0,911
Evli / Bekar	0,886	0,037	0,135	0,153
Dul / Bekar	0,512	0,122	0,752	0,298

Olguların MSDÖ toplam ve tüm alt boyut puan değerleri ile medeni durum arasındaki ilişki tabloda incelenmiştir. İnceleme sonucuna göre, psikolojik alt boyut ile medeni durum arasında istatistiksel olarak önemli farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre, psikolojik alt boyutundaki anlamlılığın, evli ve bekar olgularının puan ortalamalarındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 11: MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		Somatik		Psikolojik		Ürogenital		MSDÖ Toplam	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Eğitim Durumu	İlkokul	5,60	1,22	5,70	1,63	3,63	1,16	14,92	2,84
	Ortaokul	5,30	2,14	5,57	1,93	3,70	1,89	14,55	5,17
	Lise	4,38	1,91	5,25	1,65	2,53	1,97	12,16	4,61
	Yüksekokul	3,71	2,00	3,90	1,97	1,96	1,22	9,58	4,38
Test Değeri	F	14,09		14,58		19,54		21,66	
	P	0,001		0,001		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	MSDÖ Toplam
İlkokul / Ortaokul	0,798	0,978	0,997	0,965
İlkokul / Lise	0,002	0,521	0,001	0,003
İlkokul / Yüksekokul	0,001	0,001	0,001	0,001
Ortaokul / Lise	0,009	0,668	0,001	0,003
Ortaokul / Yüksekokul	0,001	0,001	0,001	0,001
Lise / Yüksekokul	0,138	0,001	0,142	0,002

Yukarıdaki tabloda, olguların MSDÖ toplam ve tüm alt grupları ile eğitim durumu arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p < 0.01$). Yapılan tukey çoklu karşılaştırma analizinde, somatik ve ürogenital alt gruplarındaki anlamlılığın; ilkokul/lise, ilkokul/yüksekokul, ortaokul/lise ve ortaokul/yüksekokul eğitim durumuna sahip olguların puan ortalamalarındaki farktan, psikolojik alt gruplarındaki anlamlılığın; ilkokul/yüksekokul, ortaokul/yüksekokul ve lise/yüksekokul eğitim durumlarına sahip olguların puan ortalamalarındaki farktan MSDÖ toplam puanlarındaki anlamlılığın; ilkokul/ortaokul dışında kalan tüm eğitim durumuna sahip olguların puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Tablo 12: MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		Somatik		Psikolojik		Ürogenital		MSDÖ Toplam	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Kronik Hastalık Durumu	Yok	4,60	2,01	5,01	1,91	2,82	1,76	12,43	4,84
	Var	5,71	1,97	5,84	2,02	3,97	1,96	15,52	4,92
Test Değeri	t	-2,94		-2,27		-3,40		-3,36	
	P	0,004		0,024		0,001		0,001	

t: Independent t test

MSDÖ toplam puan ve tüm alt grupların kronik rahatsızlık durumu ile ilişkisi tabloda incelenmiştir. İnceleme sonucuna göre kronik rahatsızlık durumu ile MSDÖ toplam puanlar ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 13: MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Doğum Sayılarına Göre Dağılımı

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		Somatik		Psikolojik		Ürogenital		MSDÖ Toplam	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Doğum Sayısı	Doğum Yok	4,20	1,30	4,97	1,69	1,71	1,09	10,89	3,02
	1	3,47	1,36	4,19	1,63	1,76	1,04	9,42	2,89
	2	4,90	2,40	4,98	2,26	3,35	2,10	13,25	6,01
	3	4,80	2,02	5,26	1,81	2,96	1,59	13,03	4,65
	4 ve üzeri	5,45	1,35	5,65	1,66	4,60	1,35	15,70	3,21
Test Değeri	F	3,60		1,93		14,14		6,29	
	P	0,007		0,104		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	MSDÖ Toplam
Doğum Yok / 1	0,661	0,561	1,000	0,786
Doğum Yok / 2	0,357	1,000	0,001	0,080
Doğum Yok / 3	0,471	0,922	0,001	0,104
Doğum Yok / 4 ve üzeri	0,159	0,706	0,001	0,003
1 / 2	0,028	0,431	0,001	0,010
1 / 3	0,040	0,125	0,020	0,012
1 / 4 ve üzeri	0,015	0,111	0,001	0,001
2 / 3	0,995	0,835	0,436	0,997
2 / 4 ve üzeri	0,810	0,637	0,023	0,234
3 / 4 ve üzeri	0,660	0,920	0,001	0,137

Olguların MSDÖ toplam, somatik ve ürogenital alan puan ortalamaları ile doğum sayısı arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p<0.01$). Yapılan tukey çoklu karşılaştırma analizinde, somatik alandaki anlamlılığın genel olarak 1 doğum yapan kadınlardan, ürogenital alt gruplarındaki anlamlılığın, doğum yapmayan ve 1 doğum yapmış olan grupların puan ortalamalarından, MSDÖ toplamındaki anlamlılığın ise 1 doğum yapmış olan kadınların diğer kadınlara göre daha düşük puan almış olmalarından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 14: MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Menopozda Tedavi Görme Durumuna Göre Dağılımı

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		Somatik		Psikolojik		Ürogenital		MSDÖ Toplam	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Tedavi Görme Durumu	Menopoza Girmeyen	3,63	1,40	4,22	1,90	1,62	1,07	9,48	3,37
	Tedavi Görmeyen	5,50	1,86	5,66	1,84	3,75	1,69	14,93	4,50
	Tedavi Gören	2,14	1,23	3,90	0,88	1,57	0,67	7,61	1,74
	Tedavi Gören Bırakan	4,73	2,06	4,96	1,90	2,65	1,91	12,34	4,85
Test F		37,63		14,86		42,62		43,62	
Değeri P		0,001		0,001		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	MSDÖ Toplam
Menopoza Girmeyen / Tedavi Görmeyen	0,001	0,001	0,001	0,001
Menopoza Girmeyen / Tedavi Gören	0,003	0,889	0,999	0,254
Menopoza Girmeyen / Tedavi Gören Bırakan	0,029	0,277	0,015	0,013
Tedavi Görmeyen / Tedavi Gören	0,001	0,256	0,004	0,017
Tedavi Görmeyen / Tedavi Gören Bırakan	0,146	0,889	0,999	0,254
Tedavi Gören / Tedavi Gören Bırakan	0,001	0,196	0,074	0,001

Tabloda görüldüğü gibi MSDÖ Toplam ve tüm alt grup puanları ile tedavi görme durumları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0.01$). Yapılan analizde bu anlamlılığın menopoza girmeyen grup ile tedavi görmeyen gruplar arasındaki ortalama farkından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 15: MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Klimakterik Dönem Aşamalarına Göre Dağılımı

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		Somatik		Psikolojik		Ürogenital		MSDÖ Toplam	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Klimakterik Dönem	Premenopoz	3,64	1,41	4,23	1,90	1,63	1,07	9,49	3,38
	Perimenopoz	4,20	1,88	5,00	1,37	5,54	1,96	12,45	4,30
	Postmenopoz	1,63	1,07	3,25	1,80	3,47	1,79	14,37	4,97
Test Değeri	F	25,09		13,62		35,86		32,33	
	P	0,001		0,001		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	MSDÖ Toplam
Premenopoz/ Perimenopoz	0,225	0,054	0,001	0,001
Premenopoz/Postmenopoz	0,001	0,001	0,001	0,001
Perimenopoz/Postmenopoz	0,001	0,168	0,693	0,021

Olguların MSDÖ toplam ve tüm alt grup puanları ile bulunan somatik, psikolojik ve ürogenital alt grupları ile klimakterik dönem arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.01$). Yapılan tukey çoklu karşılaştırma analizinde, somatik, psikolojik ve ürogenital alt gruplarındaki anlamlılığın; genel olarak premenopoz/postmenopoz dönemindeki olguların, puan ortalamalarındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 16: MSDÖ Alt Grupları ve Toplam Puan Değerlerinin Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		Somatik		Psikolojik		Ürogenital		MSDÖ Toplam	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Bilgi Alma Durumu	Bilgi Alan	3,93	1,97	4,32	1,84	2,26	1,31	10,51	4,29
	Bilgi Almayan	5,36	1,85	5,75	1,78	3,51	1,97	14,62	4,66
Test		-6,50		-6,82		-6,53		-7,88	
Değeri		0,001		0,001		0,001		0,001	

t: Independent t test

MSDÖ toplam puan ve tüm alt grupların bilgi alma durumu ile ilişkisi tabloda incelenmiştir. İnceleme sonucuna göre bilgi alma durumu ile MSDÖ toplam puan ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

6.3. MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık Durumu, Obstetrik ve Klimakterik Özellikler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların MSDÖ puan ortalamaları ve bu ortalamaların;

- Yaş,
- Medeni durum,
- Eğitim durumu,
- Kronik hastalık,
- Doğum sayısı,
- Tedavi durumu,
- Klimakterik dönem aşamaları,
- Bilgi alma durumu ile karşılaştırılmasına ilişkin verilere yer verilmiştir.

Tablo 17: MÖYKÖ Maddelerinin Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri

MÖYKÖ (N:300)	Ortalama	Standart Sapma
Vazomotor		
Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	4,28	1,00
Gece terlemesi	3,26	1,03
Terleme	3,36	0,84
Psikososyal		
Hayatından memnun olmama	2,76	1,12
Endişeli ve gergin hissetme	3,37	1,25
Hafızada zayıflama hissetme	4,40	1,32
Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	4,31	1,22
Depresif hüzünlü yada bezgin hissetme	3,53	1,44
Diğer insanlara tahammülsüzlük	3,22	1,22
Yalnız kalma isteği	3,25	1,17
Fiziksel		
Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	3,34	1,35
Kas ve eklemlerde ağrı	4,72	1,39
Yorgun ve yıpranmış	4,48	1,50
Uyuma güçlüğü	4,28	1,10
Baş ve boyun arkasında ağrılar	4,39	1,23
Fiziksel güçte azalma	3,86	1,16
Dayanma gücünde azalma	4,74	1,27
Enerjide azalma hissi	4,05	1,39
Ciltte kuruluk	3,52	1,14
Kilo alma	3,36	1,13
Yüz tüylerinde artma	2,90	1,06
Cildin görünümünde, esnekliğinde değişiklik	3,37	1,00
Şişkinlik hissi	4,34	1,10
Bel ağrısı	5,20	1,04
Sık idrara çıkma	4,13	0,99
Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma	3,92	1,09
Cinsel		
Cinsel istekte değişiklik	4,47	1,14
Cinsel ilişki sırasında vajinada kuruluk	3,94	0,81
Cinsellikte kaçınma	4,41	1,14

Tablo 18: MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri

MÖYKÖ Alt Grupları	Ortalama Puan Değeri	Standart Sapma
Vazomotor	3,63	0,79
Psikososyal	3,54	0,91
Fiziksel	4,03	0,75
Cinsel	4,27	0,92

Araştırmaya katılan kadınların MÖYKÖ'nün alt alanlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; vazomotor alan puan ortalamaları $3,63 \pm 0,79$, psikososyal alan puan ortalamaları $3,54 \pm 0,91$, fiziksel alan puan ortalamaları $4,03 \pm 0,75$, cinsel alan puan ortalamaları ise $4,27 \pm 0,92$ olarak bulunmuştur.

Tablo 19: MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

MÖYKÖ		Vazomotor		Psikososyal		Fiziksel		Cinsel	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Yaş Grupları	35-45	3,34	0,67	3,54	0,61	3,61	0,52	3,62	0,51
	46-55	3,82	0,83	3,47	1,03	4,25	0,78	4,61	0,96
	56+	3,45	0,70	3,92	0,85	4,07	0,65	4,22	0,68
Test Değeri	F	12,49		3,86		24,28		41,67	
	P	0,001		0,022		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
35-45/46-55	0,001	0,828	0,001	0,001
35-45/56+	0,757	0,080	0,002	0,001
46-55/56+	0,020	0,016	0,327	0,024

Olguların Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt grupları ile yaş grupları arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Yapılan tukey çoklu karşılaştırma analizinde, vazomotor alt boyutlarındaki

anlamlılığın; 35–45 yaş ile 46–55 ve 46–55 yaş ile 56 ve üstü yaş arasındaki kadınların puan ortalamalarından, psikososyal alt boyutlarındaki anlamlılığın; 46–55 yaş ile 56 ve üstü yaş arasındaki kadınların puan ortalamalarından, fiziksel alt boyutlarındaki anlamlılığın; 35–45 yaş ile 46–55 ve 35–45 yaş ile 56 ve üstü yaş arasındaki kadınların puan ortalamalarından, cinsel alt boyutlarındaki anlamlılığın ise tüm yaş grubundaki kadınların puan ortalamalarındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 20: MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı

MÖYKÖ		Vazomotor		Psikososyal		Fiziksel		Cinsel	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Medeni Durum	Evli	3,67	0,76	3,55	0,92	4,05	0,76	4,36	0,95
	Bekar	3,54	0,88	3,58	0,91	4,06	0,68	3,85	0,52
	Dul	3,58	1,11	3,46	0,83	3,65	0,80	3,56	0,58
Test Değeri	F	1,45		0,06		1,26		7,76	
	P	0,195		0,945		0,286		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
Evli / Bekar	0,623	0,986	0,998	0,006
Evli / Dul	0,644	0,956	0,313	0,026
Dul / Bekar	0,637	0,939	0,257	0,664

MÖYKÖ cinsel alan puan ortalaması ile medeni durum arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.01$). Yapılan tukey çoklu karşılaştırma analizinde, cinsel alt boyutundaki anlamlı farklılığın evli olgular ile bekar ve dul medeni durumuna sahip olguların puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 21: MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

MÖYKÖ		Vazomotor		Psikososyal		Fiziksel		Cinsel	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Eğitim Durumu	İlkokul	3,92	0,91	4,06	1,15	4,63	0,79	4,78	0,82
	Ortaokul	3,88	0,70	3,75	0,72	4,22	0,61	4,57	0,89
	Lise	3,63	0,69	3,50	0,85	3,90	0,74	4,04	1,05
	Yüksekokul	3,12	0,70	2,99	0,68	3,55	0,52	3,79	0,46
Test Değeri	F	17,08		19,02		30,48		19,99	
	P	0,002		0,001		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
İlkokul / Ortaokul	0,984	0,130	0,002	0,485
İlkokul / Lise	0,116	0,001	0,001	0,001
İlkokul / Yüksekokul	0,001	0,001	0,001	0,001
Ortaokul / Lise	0,125	0,219	0,008	0,001
Ortaokul / Yüksekokul	0,001	0,001	0,001	0,001
Lise / Yüksekokul	0,001	0,001	0,008	0,244

Yukarıdaki tabloda, olguların Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt grupları ile eğitim durumu arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Yapılan tukey çoklu karşılaştırma analizinde, vazomotor alt boyutlarındaki anlamlılığın; ilkokul/yüksekokul, ortaokul/yüksekokul ve lise ve yüksekokul eğitim durumuna sahip olguların puan ortalamalarındaki farktan psikososyal alt boyutlarındaki anlamlılığın; ilkokul/lise, ilkokul/yüksekokul, ortaokul/yüksekokul ve lise yüksekokul eğitim durumlarına sahip olguların puan ortalamalarındaki farktan, cinsel alt boyutlarındaki anlamlılığın; ilkokul/lise, ilkokul/yüksekokul, Ortaokul/lise ve ortaokul/yüksekokul eğitim durumlarına sahip olguların puan ortalamalarındaki farktan ve fiziksel alt boyutlarındaki anlamlılığın ise tüm eğitim durumlarının puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 22: MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

MÖYKÖ		Vazomotor		Psikososyal		Fiziksel		Cinsel	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Kronik Hastalık Durumu	Yok	3,56	0,77	3,48	0,86	3,97	0,71	4,22	0,88
	Var	4,31	0,77	4,11	1,12	4,60	0,91	4,74	1,13
Test Değeri	t	-5,21		-3,67		-4,55		-3,03	
	P	0,001		0,001		0,001		0,003	

t: Independent t test

Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinde bulunan tüm alt grupların kronik rahatsızlık durumu ile ilişkisi tabloda incelenmiştir. İnceleme sonucuna göre kronik rahatsızlık durumu ile MÖYKÖ alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$).

Tablo 23: MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Doğum Sayılarına Göre Dağılımı

MÖYKÖ		Vazomotor		Psikososyal		Fiziksel		Cinsel	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Doğum Sayısı	Doğum Yok	3,52	0,56	3,77	0,61	3,84	0,56	3,70	0,57
	1	3,51	0,55	3,72	0,50	3,64	0,47	3,63	0,46
	2	3,56	0,84	3,39	0,74	4,00	0,70	4,47	1,06
	3	3,68	0,86	3,39	1,05	4,13	0,86	4,36	0,92
	4 ve üzeri	4,02	0,77	4,71	0,39	4,40	0,48	4,63	0,43
Test Değeri	F	1,80		12,13		3,97		9,11	
	P	0,128		0,001		0,004		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
Doğum Yok / 1	1,000	0,999	0,859	0,999
Doğum Yok / 2	0,999	0,134	0,771	0,001
Doğum Yok / 3	0,811	0,096	0,208	0,001
Doğum Yok / 4 ve üzeri	0,158	0,001	0,045	0,001
1 / 2	0,999	0,495	0,255	0,001
1 / 3	0,890	0,454	0,043	0,005
1 / 4 ve üzeri	0,245	0,002	0,009	0,003
2 / 3	0,796	1,000	0,751	0,901
2 / 4 ve üzeri	0,136	0,001	0,188	0,939
3 / 4 ve üzeri	0,393	0,001	0,519	0,689

Katılımcıların doğum sayılarına göre MÖYKÖ psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık belirlenmiştir($p<0.01$). Tukey çoklu karşılaştırma testinde; cinsel alandaki farklılığın hiç doğum yapmamış ve 1 doğum yapmış olan kadınlar ile 2 ve daha üstü doğum yapan kadınlar arasındaki farklılıktan, psikososyal ve fiziksel alanda ise genel olarak 4 ve üzeri doğum yapan kadınların diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Tablo 24: MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Menopozda Tedavi Görme Durumuna Göre Dağılımı

MÖYKÖ		Vazomotor		Psikososyal		Fiziksel		Cinsel	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Tedavi Görme Durumu	Menopoza Girmeyen	3,37	0,69	3,58	0,62	3,64	0,53	3,61	0,52
	Tedavi Görmeyen	3,88	0,81	3,68	0,98	4,32	0,73	4,66	0,87
	Tedavi Gören	3,05	0,43	2,69	0,37	3,24	0,16	3,65	0,36
	Tedavi Gören Bırakan	3,28	0,64	3,30	1,08	4,00	0,79	4,23	1,12
Test Değeri	F	16,06		8,59		30,98		36,32	
	P	0,001		0,001		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
Menopoza Girmeyen / Tedavi Görmeyen	0,001	0,868	0,001	0,001
Menopoza Girmeyen / Tedavi Gören	0,300	0,001	0,066	0,997
Menopoza Girmeyen / Tedavi Gören Bırakan	0,958	0,470	0,080	0,004
Tedavi Görmeyen / Tedavi Gören	0,001	0,172	0,085	0,053
Tedavi Görmeyen / Tedavi Gören Bırakan	0,001	0,001	0,066	0,997
Tedavi Gören / Tedavi Gören Bırakan	0,706	0,092	0,001	0,064

Katılımcıların tedavi görme durumlarına göre MÖYKÖ puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık belirlenmiştir($p<0.01$). Tukey çoklu karşılaştırma testinde; bu farklılığın genel anlamda menopoza girmeyen kadınlar ile tedavi görmeyen kadınların puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Tablo 25: MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Klimakterik Dönem Aşamalarına Göre Dağılımı

MÖYKÖ		Vazomotor		Psikososyal		Fiziksel		Cinsel	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Klimakterik Dönem	Premenopoz	3,37	0,69	3,58	0,62	3,64	0,53	3,61	0,52
	Perimenopoz	3,73	0,88	3,35	1,02	4,12	0,84	4,55	1,02
	Postmenopoz	3,73	0,80	3,59	0,99	4,20	0,75	4,50	0,89
Test Değeri	F	6,30		1,48		17,25		33,91	
	P	0,002		0,23		0,001		0,001	

F: One-Way Anova test

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
Premenopoz/ Perimenopoz	0,026	0,325	0,001	0,001
Premenopoz/Postmenopoz	0,002	0,997	0,001	0,001
Perimenopoz/Postmenopoz	1,000	0,217	0,728	0,931

Olguların Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinde bulunan vazomotor, fiziksel ve cinsel alt grupları ile klimakterik dönem arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.01$). Yapılan tukey çoklu karşılaştırma analizinde, vazomotor, fiziksel ve cinsel alt boyutlarındaki anlamlılığın; premenopoz/perimenopoz ile premenopoz/postmenopoz dönemindeki olguların, puan ortalamalarındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 26: MÖYKÖ Alt Grupları Puan Değerlerinin Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

MÖYKÖ		Vazomotor		Psikososyal		Fiziksel		Cinsel	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Bilgi Alma Durumu	Bilgi Alan	3,23	0,70	3,15	0,78	3,67	0,58	3,97	0,68
	Bilgi Almayan	3,97	0,71	3,88	0,88	4,35	0,74	4,52	1,02
Test Değeri	t	-9,01		-7,54		-8,77		-5,37	
	P	0,001		0,001		0,001		0,001	

t: Independent t test

Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinde bulunan tüm alt grupların bilgi alma durumu ile ilişkisi tabloda incelenmiştir. İnceleme sonucuna göre bilgi alma durumu ile MÖYKÖ alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p< 0.01$).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Menopoz, kadın yaşamının doğal dönemlerden birisidir. Dünyada insan ömrünün uzaması ve yaşam beklentisindeki artışa paralel olarak, kadın yaşam süresinde değişimlerin sonucunda, kadın yaşamının yaklaşık 1/3'lük dönemi menopoz ve sonrasını kapsamaktadır.

Klimakterium döneminde östrojen eksikliğine bağlı olarak, biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişimler yaşanmaktadır. Klimakterium dönemindeki biyopsikososyal değişiklikler, kadının yaşamını önemli derecede etkileyen sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu dönemde yaşanan kısa süreli, siklus bozuklukları, emosyonel, ürogenital ve vazomotor değişiklikler ile uzun süreli, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar sonucu yaşanan sorunlar kadının sağlığını, iş gücünü, kararlarını, verimliliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Böylece kadınların bu döneme özgü sağlık sorunları da giderek büyük önem kazanır.

Kadınlarda görülen menopoz dönemi yakınmaları, kadının eğitim düzeyi, yaşı, mesleği, ekonomik bağımsızlığı, gelir düzeyi, evlilik uyumu, medeni durumu, başka alanlara yönelmiş olması, ailenin büyüklüğü, bu döneme özgü bilgi alma durumu, rol değişimi ve toplumun kadına verdiği değerden etkilenmektedir.

Günümüzde kadınların menopoz sonrası dönemde geçirdiği yıllar uzadıkça yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalara hız verilmelidir. Buna paralel olarak yapılacak çalışmalarda menopoz dönemi yaşanan sorunlar ve baş etme yollarının belirlenmesi yaşam kalitesi artırıcı hizmetlerin planlanması ve uygulanması açısından önemlidir.

7.1. Sosyo - Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Çalışma kapsamında yer alan katılımcıların yaş ortalamalarına bakıldığında %58,3'ünün 46–55 yaş aralığında yer alarak en yüksek oranı oluşturduğu, toplam grubun yaş ortalamasının ise $50,12 \pm 4,98$ olduğu bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in (10) yaptığı çalışmada $51,23 \pm 4,17$, Çoban ve arkadaşlarının (32) çalışmasında $50,3 \pm 5,5$, Tokuç ve arkadaşlarının (82) yaptığı çalışmada $52,07 \pm 6,12$,

Kapdağlı'nın (50) yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması $54,16 \pm 5,69$ olarak bildirilmektedir. Çalışmamızın yaş gurubu ortalaması incelenen çalışma bulgularına yakın bulunmuştur.

Yapılan kesitsel çalışmalarda Türk kadının menopoza girme yaşının 46-49 yaş arası olduğu belirtilmektedir. Türkiye menopoz derneği tarafından 2002 yılında ülkemiz genelindeki merkezlerden elde edilen verilere göre, menopoz yaşı 46,7 olarak tespit edilmiştir. Dünyada ise gelişmiş ülkelerde menopoz yaşı 51 yaş civarında, gelişmekte olan ülkelerde ise ortalama menopoz yaşı 51 yaş civarında, gelişmekte olan ülkelerde ise 43-48 yaşları arasında değişmektedir. Bu çalışmada menopoza doğal olarak girme yaşı $47,1 \pm 3,4$ olarak saptanmış olup Türkiye ve gelişmekte olan ülkelerle benzerlik göstermektedir.

Kadınların medeni durumu incelendiğinde %85,3 nün evli olduğu saptanmış olup, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın bulgularına göre ilk evlilik yaşı yıllar içinde hızla yükselmekle birlikte, nüfusun yarısından fazlası 20 yaşına kadar evlenmiş olmaktadır. Yurdakul ve arkadaşlarının (94) çalışmasında olguların %79,5'nin, Kharbouch ve Şahin'in (10) çalışmasında ise %84,6'sının evli olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmamızdaki katılımcıların medeni durumları incelenen çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına giren kadınların eğitim durumlarına bakıldığında %17,3'ünün ilkokul mezunu, %30,27'sinin ortaokul mezunu, %27,7'sinin lise mezunu, %24,3'ünün ise yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan 2000 yılı nüfus sayımı verilerine göre kadınların %27, 3 okuryazar değil, %7,5 okuryazar, %50,5 ilköğretim, %14,5 lise ve yüksek okul mezunudur. Türkiye geneli ile değerlendirildiğinde araştırmamızda okuryazarlık oranı daha yüksektir. Bu sonuç araştırma kapsamındaki kadınların daha çok kent kökenli olduğuna bağlanabilir.

Çalışmada kapsamındaki kadınların %76'sının ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Konuya ilişkin benzer çalışmalarda Yurdakul ve arkadaşları (94) katılımcıların %98,8'inin, Tortumluoğlu (86) %92,3'nün, Timur (81) %87,6'sının ev hanımı olduklarını bildirmektedirler. Çalışmamızda ev hanımı oranı yüksek olmakla birlikte incelenen literatürler kadar yüksek olmadığı görülmektedir. Bu farklılığın hastane

temelli örneklem seçimi ve GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesine başvuran kadınların ekonomik, kültürel ve eğitim seviyeleri açısından toplumun genelinden farklı bir grubu oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların ekonomik durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %76,3'ünün gelirlerinin giderlerine eşit, %17,3'ünün gelirlerinin giderlerinden az, %6,3'ünün ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır.

Kadınların kronik hastalıklarının varlığına ilişkin verileri incelendiğinde, %10,3'ünün kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Kharbouch ve Şahin (10) %54,5'inin, Özgür (61) %44,73'ünde kronik hastalık belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızdaki oranın diğer çalışmalardan oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu farklılığın kişiler arasındaki sağlık algısının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıkları incelendiğinde %44,7'sinin "ev işi - el işi" ile uğraştıkları saptanmıştır. Benzer çalışmalar da Kharbouch ve Şahin (10) toplam gruptaki kadınların %47'sinin, Tortumluoğlu (86) %57,2'sinin el işi yaptıkları bildirilmiştir. Bu durum çalışma kapsamındaki kadınların sosyal etkinlik ve boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıklarının sınırlı olduğunu göstermektedir.

DSÖ' nün verilerine göre gelişmemiş ülkelerde kadınların yaklaşık %20'si sigara içerken, gelişmekte olan ülkelerde kadınların yaklaşık %9'u sigara içmektedir. Ülkemizde yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden bir çalışmaya göre kadınların sigara içme oranı %24,3 tür.

Çalışmamızdaki kadınların %28'sinde sigara kullanma alışkanlığı tespit edilmiştir. Kharbouch ve Şahin (10) çalışmalarında %21,3'nün, Tortumluoğlu'nun (86) çalışmasında %11,6'sının, Yurdakul ve arkadaşlarının (94) çalışmalarında %18,1'nin, Arslan ve Altınsoy'un (4) çalışmalarında %27,0, Koç ve Sağlam'ın (51) çalışmasında %16,6'sının sigara alışkanlığının olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma verileri Türk kadınlarının sigara içme verilerine yakın bulunmuştur.

Literatür taramasında düzenli egzersizin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır. Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %12,0'sinin, Kharbouch ve Şahin (10) çalışmalarında %19,3'ünün egzersiz yaptığı

bildirilmiştir. Çalışmada düzenli egzersiz yapma oranı %11,0 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen verilerin verinin belirtilen çalışma verileriyle benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

7.2. Olguların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın verilerine göre (TNSA 2003), ülkemizde doğurganlık hızı kentsel yerleşim yerinde 2.06 olarak belirtilmiş, her yüz gebelikten %21,3'ünün düşükle sonlandığı bunlardan %10'unun istemeden, %11,3'ünün isteyerek gerçekleştiği bildirilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların toplam gebelik ortalamasının $2,36 \pm 1,21$, doğum sayısı ortalamasının $2,24 \pm 1,11$, düşük-kürtaj sayısı ortalamasının $0,95 \pm 0,84$ olduğu bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in (10) çalışmasında gebelik sayısı $3,96 \pm 2,62$, doğum sayısı $2,68 \pm 1,44$, ortalama düşük sayısı $0,42 \pm 0,85$ olarak belirtilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular TNSA verileriyle benzerlik gösterirken incelen çalışma verileriyle kısmen benzerlik göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların düzenli jinekoloğa gitme oranının %23,3, jinekolojik ameliyat geçirme oranının %6,6 olduğu belirlenmiştir. Kharbouch ve Şahin (10) çalışmalarında düzenli jinekoloğa gitme oranını %40,6, jinekolojik ameliyat geçirme oranını ise %18,8 olarak bildirmiştir. Düzenli jinekoloğa gitme oranları arasındaki farklılığın jinekolojik ameliyat geçiren olgu sayısının farkıyla bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

7.3. Olguların Klimakterik Döneme İlişkin Verilerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan olguların klimakterik döneme ilişkin özellikleri incelendiğinde %26,7'si premenopoz, %17'ı perimenopoz ve %56,3 postmenopoz döneminde bulunmaktadır. Kharbouch ve Şahin çalışma grubunun %20,3'ünün premenopozal, %23,3'ünün perimenopozal, %8,4'ünün 5 yıldan az postmenopozal, %48'inin 5 yıl ve üzerinde postmenopozal dönemde olduğunu, Özgür ve Eryılmaz'ın (61) çalışmasında katılımcıların; %62,31'i postmenopozda, %24,6'sı premenopozda ve %13,09'u perimenopozda olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmada olguların %73,3'ü menopoza girmiş olup bunların %66,7'sinin doğal ve %6,6'sının cerrahi olduğu tespit edilmiştir. Özgür (61) çalışmasındaki olguların %63,26'sının, İntepe (45)ise çalışmasındaki olguların %80,8'inin doğal yolla menopoza girdiğini bildirmiştir.

Kadınların HRT tedavisi görme durumları değerlendirildiğinde, %57,7'sinin tedavi görmediği, %7'sinin halen tedavi gördüğü ve %8,7'sinin ise tedaviyi bıraktığı belirlenmiştir. Menopoza giren grup içerisinde tedavi görmeme oranının %81,4 olduğu bulunmuştur. Yurdakul ve arkadaşlarının (94) çalışmalarında kadınların %88'nin tedavi görmediğini, Tokuç ve arkadaşlarının (82) çalışmasında %44,1'nin tedavi görmediği, Bezircioğlu ve arkadaşlarının (17) çalışmalarında %85,8'nin hiç tedavi almadığı, bildirilmiştir. Çalışmamız Yurdakul ve Bezircioğlu'nun çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Tokuç ve arkadaşlarının çalışmalarını menopoza polikliniğine başvuran kadınlarla yapmış olmasından farklılığın kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumu ve bilgi kaynakları incelendiğinde, kadınların %45,7'sinin menopoza yönelik bilgi aldığı, bilgi kaynağı olarak %30'unun sağlık personelinin belirttiği, sağlık personelinin %26,7 sini doktorların oluşturduğu saptanmıştır. Tortumluoğlu'nun (86) çalışmasında kadınların %70'nin menopoza yönelik bilgi alamadığı, bilgiyi alan kadınların ise bu bilgiyi %61,4 oranında doktorlardan aldığı belirtilmiştir, Yurdakul ve arkadaşlarının (94) çalışmalarında kadınların %61,4'nün menopozal dönemle ilgili bilgi almadığı ve bilgi alanların sadece %71,8'nin sağlık personelinin eğitim aldığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar, kadınların menopoza dönemi, bilgi alınması gereken bir dönem olarak algılamamasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Ayrıca kadınlar arasında hemşire ve ebeden bilgi aldığını belirtenlerin az olması, bu konuda hemşirelik sürecindeki eksikliği yansıtan bir bulgu olarak dikkat çekmektedir.

Olguların menopozdan etkilenme durumları incelendiğinde, %44,7'sinin menopozdan olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Çoban ve arkadaşlarının (32) çalışmasında 226 olgudan 100 tanesinin menopozdan olumsuz etkilendiği belirtmiş. Özgür'ün (61) çalışmasında menopozu olumsuz olarak belirleyenlerin oranı %38,7 olarak rapor edilmiştir. Tortumluoğlu'nun (86) çalışmasında kadınların %56,4'ünün

dönemi kötü algıladıkları, Koç ve Sağlam'ın (51) çalışmalarında ise kadınların %57,0'nın menopozal dönemi kötü algıladığı bildirilmiştir. Çalışma verilerimiz bu sonuçlarla paralellik göstermektedir.

7.4. MSDÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık Durumu, Obstetrik ve Klimakterik Özellikler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Verilerin Tartışılması

Araştırmada MSDÖ maddelerinin puan ortalamaları incelendiğinde, puan değerlerinin “0,56” ile “1,59” arası değiştiği, en yüksek puan ortalamaları olarak eklem ve kas rahatsızlıkları (1,59), sıcak basması, terlemeler (1,51), en düşük olarak ise kalp rahatsızlıkları (0,56) , vajinada (haznede) kuruluk (0,86) tespit edilmiştir. MSDÖ toplam puan ortalaması $12,75 \pm 5,76$ olarak belirlenmiştir.

MSDÖ alt gruplarına bakıldığında somatik grupların $4,71 \pm 2,89$, psikolojik alt gurupların $5,1 \pm 2,91$ olduğu, ürogenital alt grupların $2,94 \pm 2,177$ ortalama puan ile diğer guruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Schneider MSDÖ' nün orijinal metninde, “35 ve/veya daha yüksek” puan elde edildiğinde semptomların çok şiddetli yaşandığını, “20–34” arası şiddetli, “15–19” arası orta, “1–14” arası daha hafif yaşandığını ve ‘0’ puan hiç semptom yaşanmadığını göstermektedir. Bu doğrultuda kadınların genelde menopoz semptomlarını “daha hafif” yaşadıkları belirlenmiştir.

Benzer çalışmalarda Özgür (61) MSDÖ toplam puan ortalamasını $15,32 \pm 8,14$ olarak, Çoban ve Nehir (32) çalışmalarında $18,0 \pm 8,7$ olarak belirtmişlerdir. Çalışma, incelen çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Yaş gruplarına göre MSDÖ alt alan puan ortalamaları incelendiğinde, somatik alan puan ortalamalarının 35–45 yaş arası grupta diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. ($F=29,02$, $p=0,001$, $p<0,01$). Psikolojik alan puan ortalamaları 46–55 yaş arasındaki kadınlarda daha yüksek bulunmuş ve bu fark ile anlamlılık elde edilmiştir ($F=17,23$, $p=0,001$, $p<0,01$). Ürogenital alandaki anlamlılığın ise tüm yaş gruplarındaki kadınların puan ortalamalarındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir ($F=45,01$, $p=0,001$, $p<0,01$). MSDÖ toplam puan ortalaması ise 46–55 yaş grubundaki kadınlarda 35–45 yaş grubu kadınlara göre istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur. ($F=41,77$,

$p=0,001$, $p<0,01$). Tokuç ve arkadaşlarının (33) çalışmasında 49 yaş altındaki kadınların MSDÖ toplam puanı daha yüksek, Özgür (61) 46–55 yaş arasındaki kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Çalışmada **ilkokul ve ortaokul öğrenimi** gören katılımcıların somatik alan ortalamaları, lise ve yüksek okul öğrenimi gören olgulara göre ileri düzeyde anlamlı ve yüksek bulunmuştur. ($F=14,09$, $p=0,001$, $p<0,01$). Psikolojik alan ortalamalarındaki anlamlılık yüksek okul mezunu olan kadınların ortalama puanlarının diğer kadınlara göre düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. ($F=14,58$, $p=0,001$, $p<0,01$). İlkokul ve ortaokul mezunu olan kadınların ürogenital alan puan ortalamaları diğer olgulara göre ileri düzeyde yüksek bulunmuştur ($F=19,54$, $p=0,001$, $p<0,01$). MSDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, ilkokul ve ortaokul öğrenimi gören kadınların puan ortalamalarının yakın, lise ve yüksek okul öğrenimi gören kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($F=21,66$, $p=0,001$, $p<0,01$). Tokuç ve arkadaşları (82) çalışmalarında hiç eğitim almayan kadınların MSDÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğunu, Özgür (61) çalışmasında eğitim durumu arttıkça MSDÖ puan ortalamasının düştüğünü, Tortumluoğlu (86) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda menopozal yakınmaların eğitim düzeyi düşük olan kadınlara göre daha az görüldüğünü bildirmişlerdir.

Evli kadınların MSDÖ psikolojik alan puan ortalamaları bekar olan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup ($F=3,14$, $p=0,045$, $p<0,05$) grupların medeni durumlarına göre diğer alt alan puanlarında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Tortumluoğlu (86) kadınların menopozal tutumları üzerinde medeni durumlarının istatistiksel bir farklılık oluşturmadığını rapor etmiştir.

MSDÖ puan ortalamaları ile **kronik hastalık** durum arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmada ürogenital ($t=-3,40$, $p=0,001$, $p<0,01$), somatik ($t=-2,94$, $p=0,001$, $p<0,01$), psikolojik ($t=-2,27$, $p=0,024$, $p<0,05$) ve MSDÖ toplam puan ortalamasının ($t=-3,36$, $p=0,001$, $p<0,01$) kronik hastalığı olan katılımcılarda herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum kronik hastalığı olanların menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşadığını göstermektedir. Tokuç ve arkadaşlarının (82) çalışmasında kronik

hastalığı olanların MSDÖ toplam ve alt alan puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek olduğunu belirtmişleridir.

Doğum sayılarına göre MSDÖ alt alan puan ortalamaları incelendiğinde, somatik alan puan ortalamalarının 1 doğum yapmış olan grupta diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. ($F=3,60$, $p=0,007$, $p<0,01$). Psikolojik alan puan ortalamalarında ise gruplar arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır ($F=1,93$ $p=0,104$, $p>0,05$). Ürogenital alandaki anlamlılığında 4 ve üzeri doğum yapmış kadınların puan ortalamalarındaki yükseklikten kaynaklandığı belirlenmiştir ($F=14,14$, $p=0,001$, $p<0,01$). 1 ve hiç doğum yapmamış olan olguların 2 ve üzeri doğum yapan olgulara göre MSDÖ toplam puan ortalamalarının düşük olduğu ve tüm gruplardaki puan ortalaması farklılıklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($F=6,29$, $p=0,001$, $p<0,01$).

Klimakterik dönem aşamalarının MSDÖ toplam ve alt alan puan ortalamaları incelendiğinde, premenopozal dönemdeki olguların somatik ($F=25,09$, $p=0,001$, $p<0,01$), ürogenital ($F=13,62$, $p=0,001$, $p<0,01$), psikolojik ($F=35,86$, $p=0,001$, $p<0,01$) ve MSDÖ toplam puan ($F=32,33$, $p=0,001$, $p<0,01$) ortalamaları postmenopozal ve perimenopozal dönemdeki kadınlara oranla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Özgür'ün çalışmasında MSDÖ toplam ve alt alan puanların premenopozal dönemde düşük olduğu belirtilmiştir. Tortumluoğlu premenopozal dönemdeki kadınların perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlara göre menopoza semptomlarının şiddetini daha az yaşadıklarını bildirmiştir. Çalışma verileri Özgür ve Tortumluoğlu'nun bulgularına benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda menopoza girmiş olan kadınlar tarafından cevaplandırılmış olan sorunun; MSDÖ toplam puan ve tüm alt grupları ile **menopozda tedavi görme** durumu arasında farklılığın anlamlı olduğu görülmektedir. Tedavi görmeyen ve tedavi görüp bırakan kadınların somatik ($F=37,63$, $p=0,001$, $p<0,01$), ürogenital ($F=42,62$, $p=0,001$, $p<0,01$), psikolojik alan ($F=14,86$, $p=0,011$, $p<0,05$) ve MSDÖ toplam puan ($F=43,62$, $p=0,001$, $p<0,01$) ortalamalarının tedavi görmekte olan kadınların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu belirlenmiştir. Çoban ve Nehir'in (32) çalışmalarında hormon replasman tedavisi

kullanma durumu ile MSDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulamadıklarını, Gambacciani ve arkadaşları (39) hormon replasman tedavisi alanların semptomlarının azaldığını belirtmişlerdir.

Olguların **bilgi alma durumlarına** göre MSDÖ toplam ve alt alan puan ortalamaları incelendiğinde menopozal dönemle ilgili bilgi almayan kadınların somatik ($t=-6,50$ $p=0,001$, $p<0,01$), ürogenital ($t=-6,53$, $p=0,001$, $p<0,01$), psikolojik alan ($t=-6,82$ $p=0,001$, $p<0,01$) ve MSDÖ toplam puan ($t=-7,88$ $p=0,001$, $p<0,01$) ortalamalarının bilgi alan kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Döneme yönelik bilgi almanın menopozal semptomların yaşanmasını olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

7.5. MÖYKÖ Alt Gruplarının Puan Ortalamaları ve Bunların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık Durumu, Obstetrik ve Klimakterik Özellikler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Verilerin Tartışılması

Araştırmada MÖYKÖ'nün alt alanlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde, vazomotor alan puan ortalaması $3,63\pm0,79$ olarak tespit edilmiştir. Kharbouch ve Şahin'in (10) menopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmasında toplam grubun vazomotor alan puan ortalaması $4,44\pm1,59$, Timur'un (81) menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve yaşam kalitesine etkisi çalışmasında $4,19\pm1,96$ olarak bildirilmiştir. Araştırmadaki olguların vazomotor alan puan ortalaması Timur'un çalışma verilerine yakın, Kharbouch ve Şahin'in çalışmasındaki bulgulardan düşük bulunmuştur.

Olguların MÖYKÖ psikosoyal alan puan ortalaması $3,55\pm0,91$ olarak saptanmıştır. Kharbouch ve Şahin'in (10) araştırmasında psikosoyal alan puan ortalaması $3,85\pm1,68$, Timur'un (81) çalışmasında $3,74\pm1,62$ olarak bildirilmiştir. Çalışmadaki katılımcıların psikosoyal alan puan ortalaması incelenen araştırmaların verilerine benzer bulunmuştur.

MÖYKÖ fiziksel alan puan ortalamaları $4,03\pm0,75$ olarak bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in araştırmasında psikosoyal alan puan ortalaması toplam grupta $4,23\pm1,25$, Timur'un çalışmasında $4,16\pm1,23$ olarak bildirilmiştir. Çalışma grubunun psikosoyal alan puan ortalaması Kharbouch ve Şahin (10) ve Timur'un (81) çalışmasındaki verilere benzer bulunmuştur.

MÖYKÖ cinsel alan puan ortalaması incelendiğinde $3,20 \pm 0,92$ olarak tespit edilmiştir. Kharbouch ve Şahin'in (10) çalışmasında cinsel alan puan ortalaması toplam grup için $4,55 \pm 2,30$, Timur'un (81) çalışmasında $3,87 \pm 2,09$ olarak bildirilmiştir. Çalışma sonucumuz Timur'un cinsel alan puan ortalaması ile paralellik gösterirken Kharbouch ve Şahin'in araştırmasındaki ortalamadan düşük bulunmuştur.

Yaş guruplarına göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamalarına baktığımızda, vazomotor ($F=12,49$, $p=0,001$, $p<0,01$), psikososyal ($F=3,86$, $p=0,022$, $p<0,05$), fiziksel ($F=24,28$, $p=0,001$, $p<0,01$) ve cinsel alan ($F=41,67$, $p=0,002$, $p<0,01$) puan ortalamaları ile yaş gurupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 35–45 yaş grubu kadınların puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu, farklılığın 35–45 yaş arası kadınlar ile 46–55 ve ≥ 56 olan kadınlar arasında olduğu bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in (10) çalışmasında vazomotor ve fiziksel alt alan puan ortalamalarında artan yaşla birlikte bir yükseliş olduğu bildirilmiştir. Timur'un (81) çalışmasında tüm alt alan ortalamalarının 45–49 yaş grubu kadınlarda 50–54 ve 55–59 yaş grubu kadınlara göre düşük bulunduğu belirtilmiştir. Bozkurt'un (21) çalışmasında yaş gurupları ile psikososyal alan puan ortalamalarının 40–49 yaş grubundaki kadınlarda yüksek olduğu, diğer alt alan puan ortalamaları arasındaki farkın yaş guruplarına göre farklılık göstermediği bildirilmiştir. Çalışmada artan yaş ile birlikte puan ortalamalarının da artması tüm alanlarda yaşam kalitesinde düşüş olduğunu göstermektedir. Çalışma bulguları Timur'un çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda artan yaş ile birlikte MSDÖ toplam puan ortalamasının da artması menopoz semptomlarının yaşam kalitesini azalttığını doğrular niteliktedir.

Eğitim durumlarına göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamalarına baktığımızda; ilk ve orta okul mezunu olan katılımcıların vazomotor ($F=17,08$, $p=0,002$, $p<0,01$), psikososyal ($F=19,02$, $p=0,001$, $p<0,01$), fiziksel ($F=30,48$, $p=0,001$, $p<0,01$) ve cinsel alan ($F=19,99$, $p=0,001$, $p<0,01$) puan ortalamaları lise ve yüksek okul mezunu olan katılımcılara göre ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in (10) çalışmasında öğrenim durumu arttıkça vazomotor, psikososyal, fiziksel alan puan ortalamalarında düşüş olduğu, cinsel alan puan ortalaması ile öğrenim düzeyi

arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir. Timur'un (81) çalışmasında öğrenim görmeyen kadınların vazomotor, psikosoyal ve fiziksel alan puan ortalamasının öğrenim durumu arttıkça azaldığı belirtilmiştir. Tokuç ve arkadaşlarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullandıkları çalışmada daha düşük eğitilmiş katılımcılarda yaşam kalitesi skorunun daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma verileri Kharbouch ve Şahin, Timur, Tokuç ve arkadaşlarının çalışma verilerine benzer bulunmuştur. Çalışmamız ve incelenen çalışma sonuçları doğrultusunda kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi ile baş etme sistemlerinin buna bağlı olarak geliştiği düşünülebilir.

Medeni duruma göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamaları incelendiğinde, vazomotor ($F=1,45$, $p=0,195$, $p>0,05$), psikosoyal ($F=0,06$, $p=0,945$, $p>0,05$) ve fiziksel alan ($F=1,26$, $p=0,286$, $p>0,05$) alan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yokken cinsel alan puan ortalaması ($F=7,76$, $p=0,001$, $p<0,01$), evli olan olgularda evli olmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu anlamlılığın çalışmaya alınan kadınların çoğunun evli olması ve klimakterik dönemin başlamasını seksüel aktivitenin azalmaya başlaması olarak düşünmeleri nedeni ile cinsel alan yaşam kalitelerinin etkilenmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bozkurt (21) kadınların medeni durumlarına göre vazomotor, psikosoyal ve fiziksel yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken, cinsel alan puan ortalamaları arasında fark saptadıklarını bildirmişlerdir. Kharbouch ve Şahin'in(84) yaptığı çalışmada evli katılımcıların MÖYKÖ cinsel alan puan ortalamasının evli olmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, psikosoyal puan ortalamasının evli olmayan olgularda evli olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Vazomotor ve fiziksel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Timur'un (81) çalışmasında MÖYKÖ alt alan puan ortalamaları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir. Çalışma verileri Timur'un bulgularından farklı bulunmuş olup, Bozkurt'un ve Kharbouch ve Şahin'in çalışma bulgularıyla benzer bulunmuştur. Ancak Kharbouch ve Şahin'in çalışmasından farklı olarak psikosoyal alan puan ortalaması medeni duruma göre farklılık göstermemiştir.

Kronik hastalığı olan kadınların MÖYKÖ vazomotor ($t=-5,21$, $p=0,001$, $p<0,01$), psikosoyal ($t=-3,67$, $p=0,001$, $p<0,01$), fiziksel ($t=-4,55$, $p=0,001$, $p<0,01$)

ve cinsel alan($t=-3,03$, $p=0,001$, $p<0,01$) puan ortalamaları herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bozkurt'un (21) araştırmasında sistemik hastalığı var olanlarda olmayanlara göre vazomotor yaşam kalitesinin düşük olduğu, Kharbouch ve Şahin'in (10) çalışmasında kronik hastalığı olan katılımcıların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan kadınların, genel olarak bakıldığında tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarına göre yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur.

Doğum sayılarına göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamaları incelendiğinde, vazomotor alan puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Doğum sayısı 4 ve daha fazla olan katılımcıların fiziksel ($F=3,97$, $p=0,004$, $p<0,01$), cinsel ($F=9,11$, $p=0,001$, $p<0,01$) ve psikososyal ($F=12,13$, $p=0,001$, $p<0,01$) alan puan ortalamaları doğum sayısı 1 ve hiç doğum yapmamış olan katılımcılara göre ileri derecede anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Kharbouch ve Şahin'in(84) yaptığı çalışmada 4 ve daha fazla doğum yapan katılımcıların cinsel alan puan ortalamaları 3 ve daha az doğum yapanlara oranla yüksek bulunmuş, diğer alt grup alanlarında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Cinsel alan verileri Kharbouch ve Şahin'in verilerine benzer bulunmuştur. Çalışma verilerimiz doğrultusunda aşırı doğurganlığın ve bakmakla sorumlu olduğu birey sayısının fazla olmasının kadın hayatı etkileyen önemli bir faktör olduğu düşünülebilir.

Premenopozal olguların ortalama vazomotor ($F=6,30$, $p=0,002$, $p<0,01$), fiziksel ($F=17,25$, $p=0,001$, $p<0,01$) ve cinsel alan puanları ($F=33,91$, $p=0,001$, $p<0,01$) **perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki** kadınların puan ortalamalarına oranla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Psikososyal alan puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=1,48$, $p=0,230$, $p>0,05$). Kharbouch ve Şahin (10) 5 yıl ve üzerinde postmenopozal olguların psikososyal, fiziksel ve cinsel alan puanlarının premenopozal, perimenopozal ve 5 yıldan az postmenopozal kadınlardan daha yüksek bulduklarını bildirmişlerdir. Blumel ve Arkadaşları (19) premenopozal dönemde olan kadınların perimenopozal ve postmenopozal dönemde olan kadınlara göre yaşam kalitesi puanlarının daha iyi olduğunu bildirmektedir. Çalışma bulguları Blumel ve

arkadaşları ve Kharbouch ve Şahin'in çalışma verilerine benzerlik göstermektedir. Ancak Kharbouch ve Şahin'in çalışmasından farklı olarak psikosoyal alan puan ortalaması klimakterik dönem aşamasına göre bir farklılık göstermemiştir. Çalışma verileri doğrultusunda premenopozal dönemdeki olguların menopozal semptomlarını yaşama sıklığına paralel olarak yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görülmektedir.

Kadınların HRT kullanma durumlarına göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamaları incelendiğinde, kadınların HRT kullanma durumlarına göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tedavi görmeyen ya da tedavi görüp bırakan olguların ortalama vazomotor ($F=16,6$, $p=0,001$, $p<0,01$), psikosoyal ($F=8,59$, $p=0,001$, $p<0,01$), fiziksel ($F=30,98$, $p=0,001$, $p<0,01$) ve cinsel alan puanları ($F=36,32$, $p=0,001$, $p<0,01$) HRT tedavisi gören kadınlara oranla yüksek bulunmuştur. Bozkurt'un (21) çalışmasında kadınların HRT kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulmadıklarını belirtmişlerdir. Yurdakul ve Sever (94) ise çalışmalarında tedavi görme durumuyla yaşam kalitesi arasında ilişki saptamadıklarını rapor etmişlerdir. Tokuç ve arkadaşlarının (82) çalışmasında hiç HRT kullanmamış ya da kullanıp bırakmış olanların yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bulgularımız Tokuç ve arkadaşlarının çalışma verilerine benzer bulunmuş olup Bozkurt ve Yurdakul ve Sever'in verilerinden farklı bulunmuştur. Çalışmamızda; HRT kullanımının fiziksel ve sosyal fonksiyonların iyileşmesinde, seksüel ve vazomotor belirtilerin azalmasında yararlı olarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Menopoza yönelik bilgi alan kadınların, almayanlara göre MÖYKÖ alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir. Vazomotor ($t=-5,21$, $p=0,001$, $p<0,01$), psikosoyal ($t=-3,67$, $p=0,001$, $p<0,01$), fiziksel ($t=-4,55$, $p=0,001$, $p<0,01$) ve cinsel alan ($t=-3,03$, $p=0,001$, $p<0,01$). Bozkurt ve Sevil (21) çalışmalarında klimakterik döneme yönelik bilgi alma durumları ile vazomotor, psikosoyal ve fiziksel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Yurdakul ve Sever'in (94) çalışmasında bilgi alma durumunun yaşam kalitesi puanı üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğunu bildirilmiştir. Çalışmamızda menopoza yönelik bilgi alma durumunun yaşam kalitesi ve menopozal döneme ait belirtilerin yaşanmasında olumlu yönde etkisinin olduğu belirlenmiştir.

7.6. Sonuç ve Öneriler

Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması $50,12 \pm 4,98$ olarak bulunmuş olup, kadınların büyük bir çoğunlunun evli ve ev hanımı olduğu, yarısından fazlasının lise ve yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Sigara, alkol ve düzenli egzersiz alışkanlıklarının düşük oranlarda olduğu, boş vakitlerini değerlendirme alışkanlıkları olarak %44,7'sinin ev işi-el işi ile uğraştıkları bulunmuştur.

Ortalama gebelik sayısı $2,36 \pm 1,21$ olarak tespit edilmiş, düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranının düşük olduğu saptanmıştır. Çoğunluğu postmenopozal dönemdeki kadınlardan oluşan grubun genel olarak doğal yolla menopoza girdikleri ve tedavi görmedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Yarısına yakın bir kısmı menopozdan olumsuz etkilendiği belirtmiş ve %54,3'ünün menopoza yönelik bilgi almadığı saptanmıştır.

Kadınların MSDÖ puan ortalamalarına göre menopozal semptomları hafif ve hafife yakın düzeyde yaşadıkları belirlenmiştir. En yüksek puan ortalamasını eklem, kas rahatsızlıkları ve sıcak basması, terleme semptomlarından aldıkları, en düşük düzeyde yaşanan semptomun ise kalp rahatsızlıkları olduğu saptanmıştır. 35-45 yaş grubu kadınların semptomları daha az yaşadıkları, eğitim düzeyi düştükçe MSDÖ toplam puan ortalamalarında yükselme olduğu belirlenmiştir. Evli olan kadınlarda psikolojik alan puan ortalaması dul ve bekâr kadınlara göre daha yüksek bulunurken, premenopozal dönemde olan, menopoza yönelik bilgi alan, tedavi gören ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan kadınların tüm alt alanlarda puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Doğum sayısı yükseldikçe ürogenital ve somatik yakınmalarda artış olduğu belirlenmiştir.

MÖYKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, cinsel alan puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlenmiştir. 46–55 yaş grubundaki kadınların vazomotor, fiziksel ve cinsel alanlardaki puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Evli olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin dul ve bekâr kadınlara göre daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumları ile MÖYKÖ puan ortalamaları arasında anlamlılığın olduğu, eğitim seviyesi yükseldikçe ölçekten alınan puanda düşüş olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık varlığı her dört alanda da yaşam kalitesini

olumsuz etkilemektedir. 4 ve daha fazla doğum yapmış olan kadınların fiziksel, cinsel ve psikososyal yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Menopoza yönelik tedavi gören kadınların puan ortalamalarının, görmeyen ve tedaviyi bırakan kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Postmenopozal dönemdeki ve menopoza yönelik bilgi almayan kadınların yaşam kalitesinin genel anlamda daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Klimakterik dönemde görülen semptomların kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ancak tek belirleyici olmadıkları belirlenmiştir. Sosyokültürel, sosyoekonomik, genel sağlık durumu gibi faktörlerinde klimakterik dönemde yaşam kalitesi üzerindeki etkileri saptanmıştır.

Öneriler;

- Kadınlara menopozal dönemle ilgili sunulan tüm sağlık hizmetlerinde hemşirelerin bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması,
- Sağlık kuruluşlarında menopoz polikliniklerinin yaygınlaştırılması ve poliklinik kapsamında eğitim birimlerinin oluşturulması,
- Menopoz konusunun, sadece kadın sağlığı kapsamında ele alınmayıp toplum sağlığı olarak değerlendirilmesi ve bu kapsamda kitle iletişim araçları aracılığıyla toplum genelinin bilgilendirilmesi,
- Kadınlar hoşlandığı ve ilgi duyduğu etkinlikler ve alanlar konusunda cesaretlendirilmeli böylece kadınların menopozu yaşamın doğal bir parçası olarak algılamalarına yardımcı olunması,
- Klimakterik döneme yönelik hizmet içi programların düzenlenmesi, tüm sağlık personelinin katılımının sağlanması,
- Kadınların menopoza yönelik bilgiye her zaman kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayıcı yazılı eğitim kitapçıkları ve broşürlerin hazırlanması ve dağıtılması,
- Menopoz polikliniklerinde telefon ve internet aracılığıyla danışma hizmetinin verilmesi,

- Menopoz veya jinekoloji polikliniklerine başvuran kadınların, menopozun getirdiği sorunlar yanında cinsel sorunlar açısından da değerdendirilmesi,
- Araştırma sonuçlarının kadın doğum kliniği çalışanları ile paylaşılması, MÖYKÖ ve MSDÖ ölçeklerinin poliklinik hemşiresi tarafından kullanılması.

8. KAYNAKLAR

1. Akdemir N.: Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2004: p.3–61.
2. Akkuzu G. (2004). Hormon Replasman Tedavisi Gören Kadınlarda Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Tedaviye Uyuma Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
- 3 Arden, N., Spector, T. (2000). Osteoporosis Illustrated Current Medical Literature. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 1–77.
- 4 Arslan, H., Altınsoy, N. (2004). Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri ile İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi, Androloji Bülteni, 19, s:360–363.
- 5 Arulkumaran S., Symonds I.M., Fowlie A. (2004). Oxford Handbook Of Obstetrics&Gynaecology, Oxford University Press, p:665–669
- 6 Atasü T. (2001). Menopoz-Tedavisi ve Kanser. Nobel Tıp Kitapevi, Tayf Matbaacılık İstanbul.
- 7 Atasü T., Güreli N. (2007). Sağlıklı Menopoz. Özgür Yayınları, İstanbul.
- 8 Ay F, Ertem U, Özcan N, Güneş B (2007). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Medikal Yayıncılık, İstanbul
- 9 Aytekin S. (2002). Menopozal Dönemde Görülen Deri Belirtileri. Türkiye Klinikleri Dermatoloji, 12(3):222–4.
- 10 Kharbouch B. S., Şahin H. N. (2007). Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İ.Ü.F.N.Hem.Derg. Cilt 15- Sayı 59 : 82-90 ISSN 1304-4869
- 11 Başaran A. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi, Ankara, s:941–952.
- 12 Başaran S, Güzel R, Sarpel T. (2005) Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, Romatizma, 20 (1): 55–63.
- 13 Bayraktar R., Uçanok Z. (2002). Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. Aile ve Toplum Dergisi Sayı:5, Cilt:2, Nisan-Haziran
- 14 Bayram GO, Şahin NO. (2008) Histerectomy's Psychosexual Effects İn Turkish Women. Sex Disabil, 26: 149–158.
- 15 Baytur Y., Çetinkaya B., Var A., Ulman C., Çabuk M., Onur E., Yıldırım Y., Koyuncu F.M. Erken (2005). Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Östrojen Tedavisinin Kardiyovasküler Risk Faktörleri Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst,

15:243–248.

- 16 Bertero C. (2003). What Do Women Think About Menopause? A Qualitative Study of Women's Expectations, Apprehensions and Knowledge About Climacteric Period, *International Nursing Review*, 50(2): 109–118.
- 17 Bezircioğlu İ., Gülseren L., Öniz A. (2004). Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yeti Yitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3):199–207.
- 18 Bloch, A. (2002) Self - Awareness During the Menopause. *Maturitas*, 41, 61–68.
- 19 Blumel JE. (2000) Quality of Life After the Menopause A Population Study. *Maturitas*, 34(1):7–23.
- 20 Bozdağ G., Yaralı H. (2004). Menopozal Hormon Tedavisine Güncel Yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35:195–198.
- 21 Bozkurt Ö. (2004). Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- 22 Brincat MP. (2000). Hormone Replacement Therapy And The Skin. *Maturitas*, May 29, 35(2):107–17.
- 23 Bektaş MS., Ayhan A., Demir N., Hassa H., Kösebay D., Tıraş MB., Tuncer ZS., Yaralı H., Yüce K. (2006) Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji Medikal Network, Ankara s:502-520.
- 24 Brotto LA, Luria M. (2008). Menopause, Aging, and Sexual Response in Woman. In Rowland DL, Incrocci L, Eds. *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc, 251–281.
- 25 Burnett F.A. (2001). *Clinical Obstetrics And Gynecology*. Blackwell Science p:269–273.
- 26 Carrol, D. (2006). Menopoz Döneminde Sıcak Basmaları İçin Hormon Dışı Tedaviler. *Güncel Tıp Dergisi*, 14(5), 23–32.
- 27 Chamberlin, G., Hamilton, DF. (2005). Menopoz ve Tedavisi, *Obstetrik ve Jinekoloji*. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara 55–65.
- 28 Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD. (2003). Influence Of Estrogen Plus Progestin On Breast Cancer And Mammography In Healthy Postmenopausal Women: The Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA*, 289:3243–53.
- 29 Cohen, L.S., Soares, C.N., Joffe, H. (2005). Diagnosis and Management of Mood Disorders During the Menopausal Transition. *The American Journal of Medicine*, 118(12), 93–97.
- 30 Çağlayan EK. (2004). Hormon Replasman Tedavisinin Perimenopoz ve Postmenopozal Kadınlarda Psikolojik Semptomlara Etkisi, Uzmanlık Tezi.

- 31 Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, s: 1163–1180.
- 32 Çoban A., Nehir S., Demirci H., Özbaşaran F., İnceboz Ü. (2008) Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumları Ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağ. Bil. Derg., 22 (6), 343 – 349
- 33 Dennerstein, L., Dudley, E., Hopper, J.L. (2000). Aprospective Population-Based Study of Menopausal Symptoms. Obstetric and Gynecology, 96, 351–359.
- 34 Ergül Ş., Bayık A. (2000). Hemşirelik ve Manevi Bakım. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(1), 37–45
- 35 Ertüngealp E., Seyisoğlu H. (2000). Menopoz ve Osteoporoz. Cerrahpaşa, İstanbul
- 36 Ertüngealp, E. (2002). Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Sonuçları. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği ve Türkiye Jinekoloji Obstetrik Derneği, İstanbul.
- 37 Evlice YE, Tamam L, Karatağ G. (2002). Menopoz Ve Tedavi Sürecinde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:108–112.
- 38 Frances R. Batzer, MD. (Çevirmen: Dr. Murat Kahramanoğlu). (2002). Çağdaş Sorunlar Perimenopoz ve Menopoz
- 39 Gambacciani, M. ve ark. (2003). Effects of Low-Dose, Continuous Combined Estradiol and Noretisterone Acetate On Menopausal Quality Of Life İn Early Postmenopausal Women. Maturitas, 44(2),157–163.
- 40 Gordon J.D., Speraff L. (2003). Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi.
- 41 Görgel B.E., Çarıkoglu F.P. (2007). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi.
- 42 Günalp, S., Tuncer, S. (2004).Menopoz ve Hormon Tedavisi, Kadın Hastalıkları ve Dogum Tanı-Tedavi. Pelikan Yayınları, Ankara, 585–601.
- 43 Hassa H. (2000). Postmenopozal Dönemde Östrojen, Progesteron Destek Tedavisi ve Androjenlerin Tedavideki Yerleri ile Nonhormonal Tedavi Yöntemleri, Eskişehir, s:1 – 20.
- 44 Hassa H. (1996). Klinikte Menopoz “Değerlendirme Ve Yönetim”. Organon Yayınları.
- 45 İntepe İH. (2007). Premenopoza Ve Postmenopozal Kadınlarda Depresyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi
- 46 Jones NL, Judd HL. Lange. (2004). Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9 ed.

- 47 Jou, H.J., Ling, P.Y., Wu, S.C. (2005). Comparison Of 70mg And 35mg İsoflavone Soya Supplement For Menopause Symptoms. *İnternational Journal Of Gynecology And Obstetrics*, 159–160.
- 48 Kadayıfçı O. (2006). *Klimakterium*. Nobel Kitapevi.
- 49 Kahan S. (2005) *Her Sayfada Bir Hastalık iç Hastalıkları*. Global Publishing,,İstanbul.
- 50 Kapdağlı D. (2009). *Postmenopozal Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Çukurova Üniversitesi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- 51 Koç Z., Sağlam Z. (2008). *Klimakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoz İlişkin Yaşadıkları Belirti Ve Tutumların Belirlenmesi*. Aile ve Toplum Dergisi, Cilt: 4 Sayı: 15.
- 52 Koçkar Ç. (2005). *Lomber Disk Herni Ameliyatı Olmuş Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi*, Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- 53 Küçükardalı, Y., Solmazgöl, E., Kaplan, M. (2006). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Popülasyonda Osteoporoz Taraması, *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(1), 25–29.
- 54 Küçükdeveci A. (2005). *Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi*. Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Derg;51, 23–29.
- 55 Lobo RA., Crosignani, PG.,Paoletti, Bruschi (2002). *Women’s Healt and Menopause*. Kluwer Academic Publishers, p:353–385.
- 56 Lobo RA., Kelsey J., Marcus R. (2000). *Menopause Biology and Pathobiology*. Academic Press.
- 57 Manson EJ, Bassuk SS. (2008). *Menopoz Ve Hormon Tedavisi*. Optimist Yayınları, İstanbul.
- 58 Million Women Study Collaborators. (2003). *Breast Cancer And Hormone-Replacement Therapy İn The Million Women Study*. *Lancet*, 362:419–27.
- 59 Mollaoğlu M. (2003). *Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Sağlık ve Toplum, 4: 42–46.
- 60 Nanette, S. (2005). *The Menopausal Transition*. *The American Journal of Medicine*, 118, 8–13.
- 61 Özgür N. (2007). *Klimaktium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları Ve Başa Çıkma Yolları*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- 62 Özgürtas, T., Yıldız, C., Kutluay T. (2000). *Osteoporozun Tanımı, Teşhisi ve Tedavisi*. Sağlık ve Toplum, 10(4), 1–4.

- 63 Öztürk S, Bayık AB, Ergül Ş. (2007). Kadınların ve Erkeklerin Menopoza İlişkin Görüşleri. Aile ve Toplum, 2,s:61–72.
- 64 Pabuçcu R. (2002). Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı. GATA Basımevi.
- 65 Palacios S, Tobar AC, Menendez C. (2002). Sexuality İn The Climacteric Years. Maturitas, 43 Supply 1,69–77.
- 66 Bayraktar R., Uçanok Z. (2002). Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:5, Cilt:2, Yıl:5, Nisan-Haziran.
- 67 Saka, G., Ceylan, A., Ertem, M. (2005). Diyarbakır İl Merkezinde Lise ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yas Üzeri Kadınların Menopoz Dönemine Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları. Dicle Tıp Dergisi, 32(2), 77–83.
- 68 Saraçoğlu F. (1997). Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi. Türk Hemşireler Dergisi, 47(4),37–48.
- 69 Schneider HPG. (2002). The Quality Of Life İn The Post Menopausal Woman. Best Practices & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 16(3):395–409.
- 70 Seifer D.B., Kennard E.A. (1999). Menopause Endocrinology And Management. Humana Press Totowa, New Jersey, s:245–262.
- 71 Selam B., Topçuoğlu A. (2004). Menopozda Hormon Replasman Tedavisi Kullanımı ile İlgili Tartışmalar ve Güncel Yaklaşım. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 3, 38–43.
- 72 Shea J.L. (2006). Chinese Women’s Symptoms. Relation to Menopause, Age and Related Attitudes, Climacteric, 9,30–39.
- 73 Sherman, S. (2005). Defining the Menopausal Transition, The American Journal of Medicine, 118(12), 3–7.
- 74 Solak Tekin N, Eştürk E. (2005). Menopause and The Skin, J Turkish German Gynecol Assoc, Vol. 6(4).
- 75 Soykan G., Yalçın P. (2006). Postmenopozal Osteoporozda Sitokinlerin Rolü. Romatizma Dergisi, 21:49–55
- 76 Şahin N.H. (1998) Bir Kilometre Taşı Menopoz. Çevik Matbaacılık.
- 77 Şen E., Sevil Ü. (2008). Menopoz Semptomlarında Tamamlayıcı Tedaviler. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi Cilt 16 - Sayı 62 :36–142 ISSN 1304-4869
- 78 Taşkın, L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, V Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- 79 Telatar T., Özcebe H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 7: 162–165.

- 80 Thunell, L., Stadbrg E., Milsom I., (2004). Longitudinal Population Study of Climacteric Symptoms and Their Treatment in a Random Sample of Swedish Women, *Climacteric*, 7, p:357–365.
- 81 Timur S. (2008). Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
- 82 Tokuç B., Kaplan P.B., Balık G.Ö., Gül H. (2006). Trakya Üniversitesi Hastanesi Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. Yıl: Cilt: 3 Sayı: 4 s:281–287.
- 83 Topçuoğlu D., Topçuoğlu M.A. (2004). Menopozda Cinsel Yaşamın Organik ve Psikolojik Yönü. *Haseki Tıp Bülteni*, 42(3):177–182.
- 84 Tortumluoğlu G, Erci B. (2003). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları Ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozsal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*, 6: 77–90.
- 85 Tortumluoğlu G. (2004). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Temel Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303–5134.
- 86 Tortumluoğlu G. (2003) Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi*.
- 87 Tuna V. (2005). Cerrahi Menopoz ve Doğal Menopoz Olgularında Kan Lipid Profili. Trombotik Sistem, Arteriyel Elastisite ve Psikoseksüel Parametrelerdeki Değişiklikler Uzmanlık Tezi.
- 88 Turhan N.Ö., Doğan D. (2003). Perimenopoz ve Tedavisi. *Reprodüktif Endokrinoloji&İnfertilite*. Medikal Yayıncılık, İstanbul.
- 89 Türkiye Nüfus Sağlık ve Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2003). Ankara.
- 90 William WH. (1996). *Novak's Gynecology*. Baltimore, Maryland USA Williams and Wilkins.
- 91 Yeni E., Kadioğlu A., Başar M., Semerci İ., Orhan İ., Aşçı R., Yaman MÖ., Çayan S., Usta MF., Kendirci M. (2004). Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı, *Türk Androloji Derneği Yayınları*: 652–666. İstanbul.
- 92 Yıldırım A, Ateş M, Bektaş G. Sağlık Hizmetlerinin Ölçümünde Yaşam Kalitesi Ve Yıllara Uyarlanan Kalite. http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/goto.aspx?id=2595 Erişim Tarihi 11.03.08.

- 93 Yılmaz F., Şahin F., Çağlıyan A., Taşpınar Ş., Özcan B., Kuran B. (2002). Vertebra Kırıklarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.
- 94 Yurdakul M., Eker A., Kaya D. (2007). Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağ. Bil. Derg., Cilt 21, Sayı 5, 187–193.

9. EKLER

EK-A

Katılımcı Bilgi Formu

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız ? :
2. Medeni Durumunuz? :
☐ Evli
☐ Dul-Boşanmış
☐ Bekâr
3. Eğitim Durumunuz? :
☐ Eğitim almamış
☐ Okur-yazar
☐ İlkokul
☐ Ortaokul
☐ Lise
☐ Y.Okul
4. Çalışma Durumunuz? :
☐ Emekli
☐ Ev Hanımı
☐ Çalışıyor
5. Aile Geliriniz? :
☐ Geliri Giderinden Az
☐ Geliri Giderini Karşılıyor
☐ Geliri Giderinden Fazla
6. Tanısı Konulmuş Kronik Hastalık Durumunuz? :
☐ Yok
☐ Var

☐ Diyabet	☐ Solunum	☐ Boşaltım
☐ Kardiyolojik	☐ Kan	☐ Psikiyatrik
☐ Kas-İskelet	☐ Endokrin	☐ Diğer

Alışkanlıklar

7. Sigara Kullanır mısınız? :
☐ Evet
☐ Hayır
8. Alkol Kullanır mısınız? :
☐ Evet
☐ Hayır
9. Düzenli Egzersiz Yapar mısınız? :
☐ Evet
☐ Hayır

10. Boş Zamanlarınızı Nasıl Değerlendirirsiniz ?:

- | | |
|--|--|
| ☐ Kültürel Etkinlikler | ☐ Düzenli Spor |
| ☐ Ev ve El işi, | ☐ Hiçbir şey Yapmama |
| ☐ Kurslara Katılarak | ☐ Ev Gezmeleri-Alışveriş |
| ☐ Diğer | |

Jinekolojik-Obstetrik Özellikler

11. Gebelik Sayınız? :

Doğum Sayınız? :

Düşük-Kürtaj Sayınız? :

12. Jinekolojik Ameliyat Geçirdiniz mi? :

☐ Evet

☐ Hayır

13. Düzenli Jinekoloğa Gider misiniz? :

☐ Evet

☐ Hayır

Klimakterik Özellikler

14. Menopoza Girme Yaşınız? :

15. En Son Adet Tarihiniz? :

16. Menopoza Girme Şekliniz? :

☐ Girmemiş

☐ Doğal

☐ Cerrahi

17. Hormon Replasman Tedavisi Gördünüz mü? :

☐ Menopoza Girmeyen

☐ Tedavi Görmeyen

☐ Kısmen Etkilenen

☐ Tedavi Gören Bırakan

18. Menopozal Dönemi Nasıl Algıyorsunuz? :

☐ Olumlu Etkilenen

☐ Olumsuz Etkilenen

☐ Kısmen Etkilenen

☐ Hiç Etkilenmeyen

19. Menopoza Yönelik Bilgi Aldınız mı? :

☐ Hayır

☐ Evet

☐ Ebe-Hemşire

☐ Doktor

☐ Kitle İletişim Araçları

☐ Komşu-Akraba

☐ Diğer

EK-B

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yaşıyıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yaşadıysanız bunun sizi ne derece rahatsız ettiğini işaretleyiniz.

Hiç rahatsız edici değil _____ Son derece rahatsız edici

0 1 2 3 4 5 6

1. Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
2. Gece terlemesi	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
3. Terleme	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
4. Hayatından memnun olmama	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
5. Endişeli ve gergin hissetme	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
6. Hafızada zayıflama hissetme	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
8. Depresif hüzünlü yada bezgin hissetme	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (Hoşgörüsüz olma)	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
10. Yalnız kalma isteği	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6

12. Kas ve eklemlerde ağrı	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
13. Yorgun ve yıpranmış	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
14. Uyuma güçlüğü	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
16. Fiziksel güçte azalma	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
17. Dayanma gücünde azalma	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
18. Enerjide azalma hissi	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
19. Ciltte kuruluk	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
20. Kilo alma	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
21. Yüz tüylerinde artma	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
23. Şişkinlik hissi	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
24. Bel ağrısı	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
25. Sık idrara çıkma	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6

27. Cinsel istekte değişiklik	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede) kuruluk	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6
29. Cinsellikte kaçınma	Yok	Var	— » 0 1 2 3 4 5 6

EK-C

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

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

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

EK-D

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans tezinde kullanılmak üzere **klimakterik dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin belirlenmesi** amacıyla yapılmaktadır.

Bu amaçla GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine başvuran siz değerli hanımlarla görüşerek, bilgi ve deneyimlerinizden yararlanmak istiyoruz.

Bilgiler anket formu ile toplanacaktır. Yaptığımız görüşmelerde kimlik bilgileriniz ve özel yaşamınıza dair bilgiler teşhir edilmeyecek ve yayınlanmayacaktır. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Gülşah SERT

Araştırmaya hiçbir baskı olmadan kendi isteğimle katılıyorum.

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası:

HİZMETE ÖZEL

06.03.08

147

A

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ KOMUTANLIĞI
İSTANBUL

HRK.EĞT. :3730-309-08/Eğt.Öğt.Ks.

05 Mart 2008

KONU :Tez Çalışması

GÖĞÜS CERRAHİSİ

1. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi K.lığı Göğüs Cerrahi Servis Sorumlu Hemşireliğinde görevli Svl.Me.(Hemşire) Gülşah SERT(G-2004-1070)'in, Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yapmış olduğu tezli yüksek lisans eğitimi programı kapsamında, "Klimakterik dönemindeki kadınlarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini yükseltebilmek için hemşirelik girişimleri" konulu tez araştırmasını Kadın Hastalıkları ve Doğum Servis Şefliğinde yapma talebi, hizmet işleyişini olumsuz etkilememek koşuluyla uygun bulunmuştur.

2. Emrin ilgili personele tebliğini, gereğini arz ve rica ederim.

HASTANE KOMUTANI EMRİYLE


Yunus AKTAN
Kurmaya Albay
Kurmaya Başkanı

DAĞITIM:

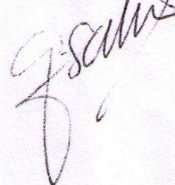
Gereği :
Göğüs Cerrahi Srv.Şefliğine
Kadın Hstl.ve Doğ.Srv.Şefliğine

Bilgi :
Baştabiplik
Başhemşirelik

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

Hem. Gülşah Sert tebliğ



26/3

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gülşah	Soyadı	SERT
Uyruğu	T.C.	T.C.Kimlik No.	27190698800
E-Mail	gulsahsert_82@hotmail.com	Telefon	5053119983

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu / Ankara	2004
Lise	Yunus Emre Süper Lisesi / Eskişehir	2000

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	GATA Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	2004-2005
Hemşire	Diyarbakır Asker Hastanesi Genel Yoğun Bakım Kliniği	2005-2006
Başhemşire	GATA Göğüs Cerrahi Kliniği	2006-2008
Enfeksiyon Hemşiresi	Sarıkamış Asker Hastanesi	2008 -

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Sözel	Eşit Ağırlık
LES Puanı	63.260	62.016	62.638

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft XP	İyi
Microsoft Office 2003	İyi
SPSS	Orta