



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA DEPRESYON
VE YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Merve AKAN DURGAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2023



T.C.

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ**

AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA DEPRESYON
VE YAŞAM KALİTESİ DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Merve AKAN DURGAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA

ADANA, 2023

TEŞEKKÜR

Kurduğu eğitim öğretim ortamıyla yolumuzu aydınlatan, hasta-hekim iletişiminin ve birinci basamak sağlık hizmetinin önemini kavramamızda çok kıymetli katkıları olan saygıdeğer hocam ve değerli tez danışmanlarım Doç. Dr. Muhteşem Erol Yayla'ya,

Uzmanlık tez sürecimde akademik olarak destek veren, katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Uzm.Dr. Ali İhsan Çabuk'a

Asistanlık eğitimim süresinde tanıdığım tüm asistan arkadaşlarıma, sevgili eşkıdemlerim Dr. Özge Atalay Topdemir'e, Dr. Zeynep Kankılıç Koca'ya, Dr. Kübra Yıldırım Özdemir'e,

Hayatımın her aşamasında varlıklarıyla yüzümü güldüren, desteklerini ve sevgisini her zaman yanımda hissettiğim canım annem Fadime Akan'a, canım babam Cemal Akan'a, bitanecik kardeşim Mustafa Akan'a,

Her anımda yanımda olan, varlığıyla ve sonsuz sevgisiyle beni mutlu eden, meslektaşım ve sevgili eşim Zeynel Durgay'a, sözcüklerle ifade edemeyeceğim kadar Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Menopoz Dönemi.....	3
2.1.1. Tanımı ve Terminolojisi.....	3
2.1.2. Menopoz çeşitleri.....	5
2.1.2.1. Oluş Biçimine Göre	5
2.1.2.2. Başlangıç Yaşına Göre	5
2.2. Menopozun Fizyolojisi ve Endokrin Değişiklikler	6
2.3. Menopozla İlişkili Semptomlar.....	7
2.3.1. Santral Sinir Sistemi İlişkili Semptomlar	8
2.3.1.1. Vazomotor Semptomlar	8
2.3.1.2. Psikolojik Semptomlar	8
2.3.1.3. Uyku Bozuklukları.....	9
2.3.1.4. Bilişsel Değişiklikler	9
2.3.1.5. Migren	10
2.3.2. Kardiyovasküler Problemler	10
2.3.3. Kas ve İskelet Sistemi Problemleri	10
2.3.4. Ürogenital Semptomlar	11
2.3.5. Cinsel Problemler.....	12
2.3.6. Saç ve Cilt Değişiklikleri	12
2.4. Menopozda Tedavi Yaklaşımları	13
2.5. Depresyon ve Menopoz	15

2.6. Yaşam Kalitesi ve Menopoz	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmada Kullanılacak Ölçekler	19
3.1.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2)	19
3.1.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-3)	19
3.1.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)/ Menopause Rating Scale (Ek-4)	19
3.2. İstatistiksel Analizler	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	70
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	81
6.1. Sonuçlar	81
6.2. Öneriler	82
KAYNAKLAR	84
EKLER	92
Ek-1. Veri formu	92
EK-2. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği.....	97
Ek-3. Beck depresyon ölçeği	99
Ek-4. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği	100

KISALTMALAR LİSTESİ

AMH	: Anti Müllerian Hormon
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
LH	: Luteinizan Hormon
MI	: Miyokard Enfarktüsü
MSDÖ	: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
RAS	: Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi
STRAW	: Stages of Reproductive Aging Workshop
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
VTE	: Venöz Tromboemboli

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Demografik Değişkenler	21
Tablo 2. Menopoza Ait Değişkenler.....	24
Tablo 3. Görülen Semptomlar	26
Tablo 4. Depresyon Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmesine Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testi.....	27
Tablo 5. Depresyon Düzeyleri	27
Tablo 6. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	28
Tablo 7. Depresyonun, Yaşam Kalitesi Boyutlarına Etkisinin İncelenmesi.....	30
Tablo 8. Depresyonun, Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi.....	30
Tablo 9. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Yaş Açısından İncelenmesi	31
Tablo 10. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Medeni Durum Açısından İncelenmesi	34
Tablo 11. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Çocuğu Olma Durumu Açısından İncelenmesi	35
Tablo 12. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Yaşanılan Kişi Açısından İncelenmesi.....	36
Tablo 13. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi	37
Tablo 14. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Çalışma Durumu Açısından İncelenmesi	40
Tablo 15. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Sigara Kullanma Durumu Açısından İncelenmesi.....	43
Tablo 16. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Alkol Kullanma Durumu Açısından İncelenmesi.....	44
Tablo 17. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Kontrol Amaçlı Kadın Doğuma Gitme Durumu Açısından İncelenmesi.....	46
Tablo 18. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Kronik Hastalık Olması Durumu Açısından İncelenmesi.....	49
Tablo 19. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Doktora En Son Gitmenin Üzerinden Geçen Süre Açısından İncelenmesi.....	53
Tablo 20. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Menopoza Girme Süresi Açısından İncelenmesi.....	57

Tablo 21. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Menopoza Girme Şekli Açısından İncelenmesi.....	60
Tablo 22. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Menopoz ve Şikayetleri İçin Doktora Gitme Durumu Açısından İncelenmesi	63
Tablo 23. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Menopozdan Sonra Eşiyle İlişkisi Etkilenme Durumu Açısından İncelenmesi.....	66



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. STRAW Evreleme Sistemi4



ÖZET

Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi

Amaç: Günümüzde beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte kadınları menopozda geçirdikleri süre de artmıştır. Bu dönemde kadınları anlamak ve yaşadıkları semptomları belirlemek çok önemlidir. Çalışmanın temel amacı birinci basamağa başvuran menopoz dönemindeki kadın hastalarda hangi semptomların daha sık görüldüğünü tespit etmek ve bu semptomların kadınların depresyon durumlarına ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntemi: Bu Araştırma, 01 Ocak 2023, 31 Mayıs 2023 tarihleri arasında Adana İli'ndeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran menopoz dönemindeki kadın hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden 400 birey üzerinde internet aracılığıyla ve yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik verileri, mevcut sağlık yönünden verileri, riskli sağlık davranışlarına yönelik verileri, sağlık hizmet kullanımı yönünden verileri, menopoz dönemine ait değişkenleriyle ilgili verileri, menopoz dönemi hakkında düşünce ve tutumlarıyla ilgili verileri kaydedildikten sonra tüm katılımcılara, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 400 katılımcının ortanca yaş değeri 54 idi. Katılımcıların %81,3'ü evli, %9'unun çocuğu yok, %53,5'i eşi ve çocuklarıyla yaşamakta, %64'ü üniversite mezunu, %57,5'i çalışıyor, %71'i sigara kullanmıyor, %93'ü alkol kullanmıyor, %37'si hiç egzersiz yapmıyor, %48,3'ünde herhangi bir kronik hastalık yok, %6,3'ü hiç gebelik yaşamamış, %17,8'i menopoz girme süresi 1 yıldan az olmuş, %8,5'i cerrahi yolla menopoz girmiş, %23'ü menopoz şikayetleri için doktora başvurmuş, %34,8'i menopozdan sonra eşiyle cinsel ilişkisi etkilenmiş bulundu. Menopoz ile ilgili düşünceleri sorulduğunda %90 doğal normal bir süreç, %17 yaşlandığını hissetme, %13,3 üretkenliğin kaybolması, %11,3 cinselliğin azalması, %3 kadınlık özelliğinin yok olması yanıtları alındı. En sık menopoz semptomları sıcak basması, terlemeler ve sinirlilik; en az görülen semptomlar ise kalp rahatsızlıkları ve cinsel sorunlar bulundu. Medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişi açısından, sigara kullanma durumu açısından, menopoz girme şekli açısından kullandığımız ölçeklerle anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışma durumu ile MSDÖ arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ancak çalışıyor olmanın depresyonla negatif ilişkili, yaşam kalitesiyle pozitif ilişkili olduğu bulundu. Kronik hastalığa sahip olmasıyla BDÖ ve MSDÖ puanları arasında pozitif yönde ilişki, SF-36 Yaşam Kalitesi arasında negatif yönde ilişki bulundu. Menopoz ve şikayetleri için doktora giden bireylerin depresyon düzeylerinin ve MSDÖ puanlarının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulundu. Menopozdan sonra eşiyle cinsel ilişkisi etkilenmiş olanların BDÖ puanları ve MSDÖ puanları daha yüksek, SF-36 Yaşam Kalitesi puanları ise daha düşük bulundu. BDÖ ile MSDÖ arasında pozitif yönde ilişki bulundu. SF-36 Yaşam Kalitesi ile BDÖ arasında negatif yönde ilişki bulundu. SF-36 Yaşam Kalitesi ile MSDÖ arasında negatif yönde ilişki bulundu.

Sonuç: Menopoz döneminde görülen semptomlar kadınların yaşam kalitesini, beden ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kişiye biyopsikososyal açıdan yaklaşması gereken aile hekimlerine kadın sağlığı için sağlık hizmeti sunumunda öncelikli alanların belirlenmesinde ve yönetiminde önemli rol düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Menopoz dönemi, Menopoz semptomları, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Evaluation of Depression and Quality of Life in Menopausal Women

Aim: Today, with the increase in life expectancy, the time spent by women in menopause has also increased. It is very important to understand women during this period and to identify the symptoms they are experiencing. The main aim of the study is to determine which symptoms are seen more frequently in menopausal female patients admitted to primary care and to determine the effects of these symptoms on women's depression and quality of life.

Materials and methods: This research was carried out online and face-to-face on 400 individuals who agreed to participate in the study among menopausal female patients who applied to Family Health Centers in Adana Province between January 01, 2023 and May 31, 2023. After recording the participants' sociodemographic data, current health data, data on risky health behaviors, data on health care use, data on variables related to the menopause period, and their thoughts and attitudes about the menopause period, the SF-36 Quality of Life Scale, Beck Depression Scale, Menopause Rating Scale were applied to all participants.

Results: The median age of 400 participants in the study was 54. 81.3% of the participants are married, 9% have no children, 53.5% live with their spouse and children, 64% are university graduates, 57.5% work, 71% do not smoke, 93% do not drink alcohol, 37% do not exercise at all, 48.3% do not have any chronic diseases, 6.3% have never been through surgery, 17.8% have entered menopause, 17.8% have been through menopause in 1 year ü consulted a doctor for menopausal complaints, 34.8% of them were found to have affected their sexual relations with their spouses after menopause. When asked about their thoughts on menopause, the answers were 90% natural, normal process, 17% feeling of aging, 13.3% loss of productivity, 11.3% decrease in sexuality, and 3% disappearance of femininity. The most common menopausal symptoms are hot flashes, sweats and irritability; The least common symptoms were heart conditions and sexual problems. No significant difference was found with the scales we used in terms of marital status, having a child, living together, smoking status, and the way of entering menopause. There was no significant difference between working status and MRS, but it was found that working was negatively related to depression and positively related to quality of life. A positive correlation was found between having a chronic disease and Beck Depression Inventory and MRS scores, and a negative correlation was found between SF-36 Quality of Life. It was found that the depression levels and MRS scores of the individuals who went to the doctor for menopause and their complaints were higher than those who did not. Beck Depression Inventory scores and MRS scores were higher and SF-36 Quality of Life scores were found to be lower in those whose sexual relations with their spouses were affected after menopause. A positive correlation was found between Beck Depression Inventory and MRS. A negative correlation was found between SF-36 Quality of Life and Beck Depression Inventory. A negative correlation was found between SF-36 Quality of Life and MRS.

Conclusion: Symptoms seen during menopause affect women's quality of life, physical and mental health negatively. Family physicians, who should approach the person from a biopsychosocial perspective, have an important role in determining and managing priority areas in the provision of health services for women's health.

Keywords: Depression, Menopause period, Menopausal symptoms, Quality of life

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadınlarda over fonksiyonlarında gerileme ve kayıpla sonuçlanan, üreme yeteneğinin son bulunduğu dönem menopoz olarak tanımlanır. Menopoz retrospektif olarak son adet kanamasından sonra on iki ay kanama olmadan geçen bir dönem ile tanı alır (1).

Menopozal geçiş dönemi, reproduktif dönemdeki kadınların düzenli, siklik menslerden, son menstrual periyoda ve ovaryan yaşlanma dönemine geçtiği progresif hormonal bir süreçtir. Menopozal geçiş geniş bir yaş aralığında olur (42-58 yaş). Menopozal geçiş 4 ila 7 yıllık bir sürede oluşur ve ortalama başlama yaşı 47'dir (2-3).

Menopoz döneminde görülen hormonal değişiklikler sonucunda vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları, ürogenital semptomlar, psikolojik etkilenimler, kardiyovasküler semptomlar gibi belirtiler görülebilmektedir. Bu semptomların çoğu östrojen eksikliği sonucu olsa da herkeste aynı semptomların görülmemesi ve aynı şiddette olmaması nedeniyle birçok faktörün rol oynadığı düşünülmektedir (4). Bu faktörler arasında beslenme düzeni, egzersiz yapması, reproduktif öykü, sosyoekonomik durum, vücut kitle indeksi (VKİ), duygudurum değişiklikleri, bireysel ve kültürel tutumu ve yaşadığı bölgenin iklimi yer alır (5).

Kadınların menopozdaki etkilenimleri aynı zamanda psikososyal etkilenim olarak depresyona da zemin hazırlayabilmektedir. Menopozal dönemde depresyon için olası bazı riskler uyku bozuklukları, kaygı, sinirlilik hali, depresyon geçmişi, sıcak basması gibi sebeplerdir. Menopozal geçiş döneminde yeni başlayan depresyon oranlarının premenopozal kadınlardaki depresyon oranının neredeyse iki katı olduğu bilinmektedir (6). Psikososyal sorunlardan bazıları ise üretkenliğinin son bulması, çocukların anneden ayrılıp kendi yaşantılarını kurmaları, kadınlık özelliğinin yok olacağının düşünülmesi, yaşlandığını hissetme sayılabilir (7).

Günümüzde teknoloji ve tıbbın tanı ve tedavi konusunda gelişimi ile beraber ortalama yaşam süresi artmıştır. Kadınların menopozda geçirdikleri sürede artmıştır. Günümüzde kadınların yaşamlarının üçte birini menopozda geçirmesi beklenmektedir. İlerleyen zamanlar da bu oranın giderek artacağı öngörülmektedir. Kadınların bu dönemdeki sorunları yaşam kalitelerini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle menopoz kadın sağlığı açısından ve verilecek sağlık hizmeti açısından önemi giderek artan bir konu olmaktadır (4,8).

Bu çalışmada amacımız, menopoz dönemindeki kadınlarda hangi semptomların daha sık görüldüğünü saptamak ve bu semptomların kadınların depresyon durumlarına ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Bu sayede doğal bir süreç olan menopoz dönemiyle ilgili kadınlarda bireysel farkındalıkları arttırmayı ve yaşadıkları semptomların yönetimine katkı sağlamayı amaçlıyoruz. Bu çalışmanın sonuçları kadın sağlığı için sağlık hizmeti sunumunda öncelikli alanların belirlenmesinde ve yönetiminde katkı sağlayacaktır.

Bunun yanı sıra, ailenin bütün bireyleriyle hayatları boyunca iletişimde olan aile hekimleri bütüncül yaklaşımla kültürel ve varoluşsal boyutları dikkate alarak biyopsikososyal yaklaşım modeli ile menopoz dönemindeki kişinin yaşam kalitesine etki eden semptomların varlığını tespit edip ve gerektiğinde müdahale etme şansına sahip olarak önleyici basamakta önemli bir rol oynamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz Dönemi

2.1.1. Tanımı ve Terminolojisi

Menopoz terimi 1821 yılında Fransız doktor Gardanne tarafından “menos=ay” ve “pausos=kesilmek, sonlanmak” anlamlarına gelen eski Yunanca sözcüklerinden oluşturulmuştur (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre menopoz, overlerin faaliyetlerinin sonlanması sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması şeklinde tanımlanır (9).

Menopoz foliküler aktivitenin progresif kaybı ile giden reproduktif yaşlanmadır. Menopozun ortalama başlama yaşı 47’dir (2,3). Dünya’da ortalama menopoza girme yaşı ülkeler arasında farklılıklar gösterir. Menopoza girme yaşını etkileyen faktörlerden bazıları genetik ve coğrafi özellikler, VKİ, sigara kullanımı, maternal menopoz yaşıdır (10).

40 ile 45 yaş aralığında başlayan ve yaşlılık dönemi başlangıcı olan 65 yaşına kadar olan dönem klimakterium olarak tanımlanır. “Klimakterium klimesi Yunanca kökenli olup merdiven basamağı anlamını içermektedir.” Klimakterium dönemi premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopozun içerisinde barındıran dönemlerden oluşur (9). Doğal menopoz döngüsüne giren kadınlar için, STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop-Üreme Yaşlanması Çalıştayının Evreleri) evreleme sistemi son menstrüasyon periyodu referans alınarak oluşturulmuştur (11).

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

Şekil 1. STRAW Evreleme Sistemi (11)

DSÖ sınıflamasında menopoz 3 bölümden oluşur (12).

1. Premenopozal Dönem

Menopoz tanısından 2 ile 6 yıl kadar öncesini kapsayan bir dönemdir. Bu dönemde, hormonal yetersizlik ve düzensizlik oluşur. Menstrual siklus düzensizleşir ve fertilite oranı azalır. Düzensiz siklusun süresi kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, birkaç ay veya birkaç sene olabilir. Premenopozal döneminin bazı semptomları da bu dönemde gözlenir. Bunlar arasında vazomotor semptomlar, depresyon gelişimi, libido azalması, dikkat azalması, halsizlik vb. vardır (13).

2. Perimenopozal Dönem

Perimenopoz dönemi menopoz tanısı almadan önce sikluslardaki düzensizlik gelişmesiyle başlar, menopozdan sonra ilk yılın bitişiyile son bulur (11).

3. Postmenopozal Dönem

Postmenopozal dönem menopoz ile başlar yaşlılıkla son bulur. Menopoz sonrası beş yıllık süreye erken postmenopozal dönem, sonraki yıllara ise geç postmenopozal dönem denilmektedir. Bu dönemde görülen semptomlar uzun süredir eksik olan östrojen hormonuna bağlı olarak gelişir. Bunlar arasında cilt yaşlanması, osteoporoz, ürogenital atrofi gibi belirtiler görülebilir. Ayrıca kanser gelişiminde artış ve kalp damar rahatsızlıklarında artış ta gözlenebilir (11,13).

2.1.2. Menopoz çeşitleri

Menopoz oluş biçimine ve başlangıç yaşına göre iki farklı şekilde sınıflandırılır.

2.1.2.1. Oluş Biçimine Göre

Doğal menopoz

Ovaryan foliküler fonksiyonun progresif kaybı ile sonuçlanan menopoz şeklidir (14). Kadınların yaşlanma süreçleri içerisinde normal bir unsurdur.

Cerrahi menopoz

Cerrahi menopoza girme çeşitli sebeplerle kalıcı olarak menstrüasyon döngüsünün sona erdirilmesidir. Sadece overlerin ya da overlerin ve fallop tüplerinin birlikte cerrahi operasyonla alınmasıyla gerçekleşir. Bu operasyonun gerçekleşmesiyle, overler bir anda fonksiyonunu kaybeder. Ani hormonal değişiklik sonucunda baş ağrısı, sıcak basmaları, eklem ağrıları, vulvovajinal atrofi, cinsel sorunlar, uyku sorunları, duygudurum değişiklikleri gibi belirtiler meydana gelebilir (15).

2.1.2.2. Başlangıç Yaşına Göre

Erken başlangıçlı menopoz

Erken menopoz son menstrüasyon kanamasının 40 ile 45 yaş aralığında meydana gelmesidir. Erken menopoz diyebilmek için sekonder amenore nedenlerinden olan hiperprolaktinemi, gebelik ve tiroit sorunları gibi sebeplerin olmaması gerekir (14).

40 yaşından önce over fonksiyonları sonlarsa “prematür menopoz” veya “primer over yetersizliği” denilir (15). Prematür menopoz kadınlarda yaklaşık %4 oranında görülür (16). 3 ay boyunca menstrüasyon kanaması olmayan kadınlara prematür menopoz tanısı açısından tetkik yapılmalıdır. Bu durum spontan olarak veya indüklenerek gerçekleşebilir. Spontan gerçekleşen çoğu prematür menopozda altta yatan sebep bilinmezken, bazılarında genetik sorunlar (Folikül Stimüle Edici Hormon reseptör gen polimorfizmi, enzim sorunları, X kromozomu anomalisi) ve enfeksiyonlar (kabakulak, varisella, tüberküloz gibi) sebep olarak düşünülür. İndüklenerek gelişen prematür menopoz sebepleri ise uterin arter embolizasyonu, histerektomi, radyoterapi, bilateral ooferektomi olarak sayılabilir (17).

Normal zamanlı başlayan menopo2

Normal zamanlı başlayan menopo2, menstrüasyon sonlanması 45 ile 54 yaş aralığında olmasıdır.

Geç başlangıçlı menopo2

Geç başlayan menopo2 55 yaşını geçmesine rağmen menstrüasyon kanamasının devam etmesidir.

2.2. Menopozun Fizyolojisi ve Endokrin Değişiklikler

Menopoz; reproduktif döneme ait hormonal profilden ve verimli ovulasyon döngülerinden yüksek gonadotropin, düşük östrojen ve progesteron ile postmenopozal döneme geçiş basamağıdır.

Reproduktif dönemde hipotalamustan gonadotropin salgılatıcı hormon pulsatil olarak salgılanır. Buna yanıt olarak hipofizden FSH (Folikül Stimüle Edici Hormon) ve LH (Luteinizan Hormon) gonadotropinleri üretilir. Bu hormonlar da overlerin faaliyetlerini düzenler. Overler Granüloza hücreleri, Teka hücreleri ve İnterstisyumdan meydana gelir. Granüloza hücrelerinde FSH reseptörleri yer alır ve FSH etkisiyle androjenleri östrojenlere çevirir (18,19). Teka hücrelerinde LH reseptörleri yer alır ve LH etkisiyle androjenleri ve östrojenleri üretebilir. Over stroması ise androjen, progesteron ve östrojen üretebilir. 20. gebelik haftasında maksimum sayıda oosit bulunur ve yaklaşık 7 milyondur. Nöroendokrin eksenindeki işleyişin düzeni yaşla birlikte değişene kadar overlerde bulunan bu oosit sayısı ve kalitesi giderek azalır (20). Overlerden üretilen östrojen ve progesteron tarafından negatif geri bildirim ile FSH ve LH hormonları üretimi kontrol edilir. FSH ayrıca overlerdeki Granüloza hücrelerinin ürettiği inhibin tarafından negatif geri bildirim ile kontrol edilir. Düzenli menstrüasyon periyodunu sağlayan bu dengedir (21). Menstrüasyon periyodunun geç luteal ve erken foliküler fazında gerçekleşen plazma FSH artışı baskın folikülün seçilmesini sağlar. Teka hücrelerindeki LH reseptörünün uyarılması androstenedion üretimini uyarır.

Menopoz dönemine kadar menstrüasyon döngüsünün uzunluğunda, hormon konsantrasyonlarında ve ovulasyon sıklığında değişkenlik olabilir (22). Azalan oosit sayısı ile birlikte overlerin inhibin ve östrojen sentezi düşer. Bunun sonucunda negatif feedback mekanizmasıyla FSH salınımı artar. Menstrüasyon periyodunun erken foliküler fazında FSH artışı overlerde yaşlanmayla birlikte östradiol seviyesinde daha erken

yükselme yapar. Bu yüzden folikül daha hızlı ve erken büyümüş olur ve foliküler fazda kısalmayla sonuçlanır (23). Luteal faz uzunluğu ve progesteron seviyesi yaşlanma döneminde daha uzun süre aynı kalır. Sonuçta döngüler kısalır. Zamanla FSH'ye karşı overlerin duyarlılığı azalır ve foliküler faz uzar. Menopozal geçiş döneminde gelişen FSH artışı duyarlı folikül varlığında menstrual siklus oluşumuyla sonlanır ancak duyarlı folikül yokluğunda amenore gelişir. Menopozal geçiş döneminin başlangıç zamanlarında kimi aylar duyarlı folikül kimi aylar duyarsız folikül aktivasyonu meydana geldiği için düzensiz menstrüasyon süreleri oluşur (24). Dolaşımdaki östradiolün çoğunu baskın folikül ürettiği için menopozdan sonra bu östradiol seviyesi belirgin şekilde düşer. Bunun sonucunda östradiolle negatif geri bildirim olmadığı için hipofizden salgılanan FSH ve LH seviyesi artar. Bu durum postmenopozal hipergonadotropik hipogonadizme yol açar (25). Postmenopozal dönemde kadınlarda dolaşımdaki östrojenin başlıca formu östrondur. Esas olarak adrenal bezden az miktarda postmenopozal overden salgılanan androstenedionun karaciğer ve yağ dokusundaki periferik dönüşümü ile sentezlenir (26).

Anti müllerian hormon (AMH) granüloza hücrelerinde üretilir. Foliküler seçilme ve gelişimi inhibe edip, folikülün FSH'ye karşı duyarlılığını azaltır. İlerleyen yaşla birlikte AMH düzeyleri düşmeye başlar. AMH düşüklüğünde foliküler seçim hızlanacağı için foliküllerde tükenme gözlenir. Menopozla ilişkilendirilen foliküler tükenme döneminde AMH düzeyleri düşük saptanır (27).

2.3. Menopozla İlişkili Semptomlar

Menopoz, hormonal değişimlerin meydana getirdiği semptomları ve yaşlanmanın getirdiği sorunları birlikte içerdiğinden kadın sağlığı açısından önemli bir dönemdir. Bu dönem bazı kadınlarda herhangi bir semptom olmadan geçebilirken, bazı kadınlarda birçok semptomun birlikte ve yoğun bir şekilde görülmesiyle geçebilmektedir (28). Bazı semptomlar yaşlanmadan etkilendiği için menopozun hangi düzeyde sorumlu olduğunu belirlemek güç olabilmektedir. Semptomların varlığının ve şiddetinin belirlenmesi tanı ve tedavinin yönetimi açısından önemlidir. Hormonal sürecin başlamasıyla kısa dönemde premenopozal süreç sorunları, uzun dönemde postmenopozal süreç sorunları gelişmektedir (29).

2.3.1. Santral Sinir Sistemi İlişkili Semptomlar

2.3.1.1. Vazomotor Semptomlar

Menopoz öncesinde ve sonrasında kadınların en sık tıbbi şikayeti ve hekime başvuru nedeni vazomotor semptomlardır (30). Vazomotor semptomlar sıcak basması ve gece terlemesi şeklinde görülür. Sıcak basması menopoz sonrası %75 kadında görülürken, bu semptomdan dolayı ancak %30'u tıbbi yardım aramaktadır (25). Bu semptomlar menopoz sonrası genelde 5 yıl kadar sürer ancak bazen daha uzun süre de devam edebilir. Cerrahi menopoz yaşayan kadınlarda sıcak basması semptomu daha uzun süre ve daha şiddetli olma eğilimindedir (31). Son adetten iki yıl öncesine kadar başlayabilir. Günün herhangi bir saatinde gelişebilir. Kesin patofizyolojisi henüz bilinmemektedir. Genellikle östrojen düzeyinde düşmeyle birlikte gelişen bu semptomlar her kadında aynı şiddette olmayabilir. Hipotalamik termoregulator sistemde bir bozukluk sonucu geliştiği düşünülmektedir. Hipofiz yetmezliği olan hastalarda sıcak basması yaşandığı için hipotalamusun önemli olduğu varsayılmaktadır (32). LH'nin pulsatil salınmasıyla sıcak basmaları yaşandığı düşünülmektedir (32). Ayrıca noradrenalin ve serotonin termoregüler sistemi etkileyip vazokonstriksiyon ve vazodilatasyon mekanizmasıyla vücut sıcaklığını belirlemede etkili olmaktadır. Bu semptomlar periferik vazodilatasyonla yüz, boyun ve göğüste terleme oluşmasıdır (33). Deri sıcaklığında birkaç derece ani artış, kalp hızında geçici bir artış, cilt direncinde belirgin bir azalma gelişir ancak vücudun santral sıcaklığı hafif düşer. Semptomlar dört ile beş dakika arasında sürebilir (34).

Gece terlemeleri genelde uykuyu bölen sıcak basmalarıdır. Uyku kalitesinde azalma görülür ve verimli bir uyku yaşanmadığı için dinlenmişlik hissi de azalır. Bu durum huzursuzluk, sinirlilik, hafıza ve konsantrasyon güçlüklerine neden olabilir (35).

2.3.1.2. Psikolojik Semptomlar

Psikolojik semptomlar arasında depresyon, güven kaybı, hafıza kaybı, zayıf konsantrasyon, yorgunluk, anksiyete ve sinirlilik yer alır. Kadınlarda erkeklere kıyasla depresif hastalık insidansı daha yüksektir ve bu durum perimenopozal dönemde artar (36). Östrojenin beyinde serotonin dahil katekolaminler, glutamat ve gama amino bütirik asit gibi çeşitli nörotransmitterler üzerinde belirgin etkileri olduğu gösterilmiştir (37). Ancak ruh halini etkileyen birbiriyle bağlantılı birçok faktör olabileceğinden tamamen östrojen eksikliğine bağlanamaz ve değerlendirilmesi zor bir konudur. Vazomotor

semptomlar uykuda bölünmelere yol açtığı için duydudurum bozuklukları gelişebilir (35). Menopoz dönemine geçişle birlikte kişide üreme kapasitesinin son bulacağı düşüncesi, gençlik kaybı veya kadınlık kaybı gibi düşüncelere sahip olunması psikolojik semptomlara neden olabilir (36). Menopoz döneminde görülen depresif semptomlar ilerde demans riskinde artışa neden olabilir (38).

2.3.1.3. Uyku Bozuklukları

Kadınlar erkeklere göre daha uzun uyku süresine, daha iyi uyku kalitesine, daha kısa uykuya dalma süresine ve daha yüksek uyku verimliliğine sahiptir. Ancak kadınların uyku nedenli şikayetleri erkeklere kıyasla daha fazladır. Ergenlik, menstrüasyon, menopoz ve gebelik gibi normal fizyolojik dönemler uyku düzeninde değişikliklere neden olur. Araştırmalar ileri yaşlarda kadınların erkeklere göre daha fazla uykusuzluk problemi yaşadığını desteklemektedir (39). Bu durumun hormonal değişiklikler kaynaklı mı yoksa depresyon, stres ve davranışsal sebepler kaynaklı mı olduğunu belirlemek zordur. Geceleri olan sıcak basmaları, terlemeler ve huzursuz bacak sendromu gibi nedenler uyku düzenini bozup halsizlik, yorgunluk, hafıza ve konsantrasyon güçlüklerine yol açabilir. Ayrıca mali sorunlar, çocuk sorumlulukları veya evlilikte olan sorunlar gibi faktörler uyku kalitesini değiştirebilir. Sıcak basmalarının iyileştirilmesi, uyku şikayetlerini azaltabilir ama uyku bozukluklarının altında yatan sebeplerini tamamen düzeltmeyecektir (40).

2.3.1.4. Bilişsel Değişiklikler

Östrojenin prefrontal korteks ve hipokampus reseptörleri ile bilişsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (41). Menopoza geçiş döneminde östrojen hormonunda değişkenlikler olmasıyla bilişsel düzeyde geçici bozulmalar görülebilir (42). Bilişsel fonksiyonlarda görülen bozulmalar özellikle perimenopozal dönemin geç evrelerinde gözlenir (42). Vazomotor semptomların da neden olduğu uyku bozuklukları; konsantrasyon güçlüğü, öğrenme ve hafıza problemlerine neden olmaktadır (43).

2.3.1.5. Migren

Östrojen seviyesinde görülen ani değişimlerin proinflamatuvar medyatörlerin salınımı, vazodilatasyon, plazma ekstrasvazasyonu ve nörojenik inflamasyona neden olması migren ataklarının tetiklenmesinden sorumlu tutulmuştur (44). Baş ağrısı

sıklığının ise perimenopozal dönemde arttığı, postmenopozal dönemde azaldığı gösterilmiştir (45).

2.3.2. Kardiyovasküler Problemler

Menopozal geçiş döneminde östrojen azalma görülmesiyle kardiyoprotektif etki ortadan kalkmaktadır. Bu yüzden kardiyovasküler hastalıklar için postmenopozal dönem de risk artmaktadır (46).

Östrojenin azalmasıyla birlikte “RAS (renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi)” aktif hale gelir ve endotelin miktarı artmasıyla vazokonstriksiyon olur. Kardiyoprotektif etki sağlayan nitrik oksitte azalma olur. Kanda total kolesterol, apolipoprotein B ve LDL kolesterol seviyelerinde artış olur. Bunların sonucunda kadınlarda postmenopozal ateroskleroz oluşumu, miyokard enfarktüsü (MI), tromboz, emboli ve felç riskinde artma görülür (47).

Menopoz döneminde yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve kilo alımı sonucu visseral yağlanma kardiyovasküler hastalık için risk artışına neden olur. Kan basıncı, kan lipid profili, sedanter yaşam, kilo alımı ve vücut yağ dağılımı gibi faktörler için önleyici yaşam tarzı ve beslenme değişikliklerini düzenlemek gerekmektedir (48).

2.3.3. Kas ve İskelet Sistemi Problemleri

Menopoza bağlı gelişen önemli sorunlardan biri de osteoporozdur. Kemik mineral dansitesi yaşamın ilerlemesiyle birlikte zaten azalmakta iken, menopozda östrojen üretiminde azalma olması da osteoporoz gelişimini hızlandırır (49).

Over fonksiyon kaybıyla östrojen seviyesinde düşme görülürken, kas lifleri üzerinde bulunan östrojen reseptörleri uyarılmayınca kas dokusunun negatif yönde etkilenmesine sebep olur. Östrojen osteoblast farklılaşmasında ve proliferasyonunda rol alırken aynı zamanda osteoklast apoptozuna neden olur ve kemik mineralizasyonunu sağlar. Östrojenin düşüşü kemik kitlesinde azalmalara sebep olur (50). Menopozda kilo alınması proinflatuar sitokinler ve oksidatif stres düzeyini arttırarak kas yıkımını destekler (13).

Kemik yapısı için androjenler de önemlidir. Yaşla birlikte adrenal glandlardan sentezlenen androjen miktarı azalırken, menopoz sonrası dönemde overler az da olsa bir

miktar androjen üretir. Bilateral oofektomi geçiren kadınlarda androjen de aniden kesildiği için doğal menopoza göre osteoporoz riski daha fazladır (51).

Hormonal faktörler dışında düşük fiziksel aktivite, alkol tüketimi, kalsiyum ve d vitamini eksikliği, sigara bağımlılığı, glukokortikoid gibi kemik kaybı için risk oluşturan ilaçların kullanımı gibi nedenler de osteoporotik kırıklara zemin hazırlar (49).

Klinik tanı için kemik mineral yoğunluğu ölçülerek T skoru (-2.5 altında ise osteoporoz) değerlendirilir. Osteoporoz nedenli kırıklar en çok kalçada, el bileğinde ve omurgada görülür. Her kadında menopoza sonrası dönemde kırık riski değerlendirilmelidir ve sonrasında riskli bulunanlarda düşmeden koruyucu önlemler alınmalıdır. Menopoz öncesi dönemde kalsiyum ve d vitamini içerikli dengeli beslenme ve düzenli egzersiz koruyucudur (52).

Osteoporoz menopoza sonrası dönemde görülen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Osteoporoz yüksek oranda kadınlarda görülen bir sorun olduğu için önemli bir kadın sağlığı sorunudur (53).

2.3.4. Ürogenital Semptomlar

Menopoz sonrası dönemde kadınların yaklaşık %50'sinde ürogenital semptomlar görülür (54). Bu semptomlar arasında dispareni, vajinal tahriş, kuruluk, yanma ve kaşıntı, vajinal enfeksiyona yatkınlık, dizüri, idrar kaçırma, sık idrara çıkma, nokturi, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları yer alır. Bu semptomlar kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (55).

Ürogenital sistem boyunca östrojen ve progesteron reseptörleri yer alır. Bu reseptörler vajina duvarında yer aldığı için menopoza birlikte vajinal bölgede değişiklikler gözlenir (56). Vajina duvarının esnekliği azalır, kan akımı azalır, vajina kısalır ve rugalar kaybolur. Bu vajinal değişiklikler sonucu vajinal tahriş, kuruluk, yanma, kaşıntı ve dispareni gelişebilir (57). Vajina epiteli atrofiye olur ve daha kolay travmatize olur. Bu da postmenopozal kanamaya neden olabilir. Menopoz öncesi dönemde asidik olan vajinal pH, hücresel glikojen kaybı ve laktik asit azalmasıyla menopoza sonrası dönemde daha alkali bir ortama değişir. Bu durum patojen invazyonunu kolaylaştırır (58).

Östrojen reseptörleri aynı zamanda mesane, üretra ve pelvik tabanda yer almaktadır (59). Menopozda östrojenin eksikliği sonucu bağ dokusu atrofiye olur (60). Dizüri, sık idrara çıkma, nokturi, idrar kaçırma ve tekrarlayan mesane enfeksiyonu gibi

şikayetlere neden olur (59).

2.3.5. Cinsel Problemler

Cinsellik ve libido kaybını etkileyen pek çok faktör vardır. Cinsel davranışın biyolojik yanıt tarafı östrojenle ilişkili iken motivasyonel davranış tarafı testosteronla ilişkilidir (61). Menopoz döneminde östrojen ve testosteron hormonlarının azalması sonucu libido kaybı ve cinsel duyarlılık kaybı gelişebilir (61). Östrojen eksikliğinin disparoni, vajinal enfeksiyonlarda artış ve vajinal prolapsusa neden olması da cinselliği olumsuz etkiler. Artan yaşla birlikte antidepresanlar gibi libido üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olan ilaçların kullanımı, kronik hastalıklar (osteoartrit, solunum yolu hastalığı vb.), beden algısını etkileyen mastektomi gibi veya hormon değişimine neden olabilecek bilateral salpingooferektomi gibi cerrahi işlemler cinselliği olumsuz etkileyebilir (62). Menopoz ve yaşlanmanın olumsuz etkisi olarak özgüven eksikliği gelişen kadınlarda, reddedilme korkusu oluşabilir ve bu yüzden cinsellikten kaçınılabilir. İlişkilerinde disparoni yaşayan kadınlar cinsellikten kaçınılabilir (62).

Menopozun cinsellik üzerine olumlu etkisi olarak cinsellik için daha fazla zaman ayırabilmeleri ve gebelik korkusunun olmaması sayılabilir (62).

2.3.6. Saç ve Cilt Değişiklikleri

Östrojen ve progesteron reseptörleri dermis ve epidermiste bulunur. Menopoza bağlı saç ve ciltte değişim gözlemlenebilir. Menopozdan sonra östrojen eksikliği ile deride kırışıklık, kuruluk gelişir ve derinin yenilenmesinde güçlük oluşur (63). Kollajen miktarı azalır, cilt elastikiyeti azalır ve deri kalınlığında azalma görülür. Melanosit artışıyla ciltte hiperpigmentasyon veya depigmentasyon gibi düzensiz renk değişiklikleri gelişebilir. Östrojenin azalmasıyla birlikte gelişen androjenin etkisi saçta dökülme ve yüzde kıllanma artışına neden olur (13).

2.4. Menopozda Tedavi Yaklaşımları

Menopozal geçiş döneminde koruyucu sağlık bakımı gündeme gelmektedir. Hem postmenopozal dönemde görülebilecek kronik hastalıkların erken tespitinde ve önlenmesinde hem de kişiden kişiye şiddeti değişebilen ve yaşam kalitesini düşüren menopozla bağlı semptomların yönetilmesinde önemlidir.

Menopoza bağlı gelişen semptomları bazı kadınlar sorun olarak algılayıp bunun tedavisini ararken, bazıları ise bu farkındalığa sahip değildir. Menopoza bağlı gelişen semptomların yaşam kalitesine etkisinin düzeyinin belirlenmesi tanı ve tedavi için önemlidir.

Sigaranın bırakılması, alkol alımının kısıtlanması, ruhsal iyilik halinin değerlendirilmesi, vücut ağırlığının değerlendirilmesi ve egzersiz önerileri verilebileceği gibi osteoporoza karşı koruma, kalp rahatsızlıklarına karşı koruma, kanser taramaları, ürolojik sorunlar gibi hastalıklara karşı da dikkatli olmamız gereken bir dönemdir. Menopoz sonrası dönemde osteoporozu önleyebilmek için D vitamini ve kalsiyumdan zengin beslenmek (gerekli durumda kalsiyum ve D vitamini preparatları kullanmak) ve egzersiz yapmak önemlidir (64).

Menopozun hormon tedavisinde östrojen ve progesteron preparatları bulunmaktadır. Özellikle vazomotor semptomlar ve bununla ilişkili olan yaşam kalitesinde bozulmaya yol ağan huzursuzluk, uyku bozuklukları gibi sorunlarda en etkili olan östrojen tedavisidir (65). Östrojen tedavisi tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, vulvovajinal atroji ve aşırı aktif mesane rahatsızlıklarında da etkili bulunmuştur. Menopoza bağlı kemik yıkımını yavaşlatıcı etkisi ve hafif-orta şiddette depresyon belirtilerini azaltıcı etkisi vardır (66). Uterusu cerrahi olarak alınmamış olan kadınlarda tek başına östrojen tedavisi vermek doz ve tedavi süresiyle ilişkili olarak endometriyal neoplazi riskini arttırdığı için endometriyal hiperplazi ve neoplaziyi engellemesi ve östrojen etkisini karşılaması için kombine progesteron da eklenmelidir. Östrojen ve progesteron kombine tedavisi genelde 20-25 gün östrojen ardından, 12-15 gün progesteron şeklinde bir protokol olarak uygulanır (67). Bu tedavi erken menopoz hastalarına tavsiye edilir. Uygulanan tedavi en düşük doz ile başlanmalı ve klinik yanıtı göre mümkün olan en düşük dozda devam edilmeli ve kısa süreli kullanılmalıdır (66).

Kardiyovasküler hastalıklar yönünden risk durumu yüksek olan kadınlarda hormonal tedaviler verilmemektedir. Kardiyovasküler hastalıklar yönünden risk durumu orta düzeyde olan kadınlarda uterus yoksa östrojen tedavisi, uterus varsa progesteron ile kombine olarak östrojen tedavisi transdermal olarak önerilmektedir (66).

Oral östrojen tedavisi menopoz sonrası dönemde 50-59 yaş aralığında venöz tromboemboli (VTE) riskini artırır (68).

Öyküsünde meme kanseri geçirmemiş olan uygun hastalarda zayıf östrojenik, progestojenik ve androjenik etkili dokuya spesifik başka bir tedavi seçeneği tibolondur. Vazomotor semptomları hafifletmede ve kemik yıkımını azaltmada etkilidir. Diğer hormonal tedavilerle birlikte kullanılmaz (66).

Genitoüriner problemleri olan kadınlarda topikal östrojenler, vajinal nemlendiriciler ve yağlar önerilebilir (66).

Menopozal şikayetleri hafif- orta düzeyde olan kadınlara öncelikle önerilerde bulunulmalıdır. Kilo vermek, egzersiz yapmak, oda ısını düşürmek, stresi azaltmak, baharatlı yiyeceklerden ve alkolden uzak durmak, sigarayı bırakmak gibi önerilerde bulunulabilir.

Menopozal şikayetleri orta-şiddetli düzeyde olan kadınlara hormonal tedaviye kontrendike bir durum varsa SSRI, SNRI, gabapentin veya pregabalin seçenekleri değerlendirilebilir (66).

Hormonal tedavi verilecek olan hastalar mutlaka meme kanseri riskleri ile ilgili bilgilendirilmelidir ve tedavisi bittikten sonra yaşa uygun meme kanseri taraması yapılması için bilgilendirilmelidir.

Tedavi sırasında beklenmedik vajinal kanama ile gelen hastalar mutlaka endometriyal hiperplazi ve neoplazi açısından araştırılmalıdır.

Tedavi başlanan hastalarda olası yan etkiler (abdominopelvik ağrı, kilo alımı, duygudurum değişiklikleri, mastalji, metroraji, kan basıncı değişiklikleri gibi) için başlangıçta 1-3 ayda bir, sonrasında 6-12 ayda bir değerlendirilmelidir (66).

Menopozal semptomların tedavisinde kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi seçenekleri içinde soya ürünleri, keten tohumu, melek otu, kara yılan otu, kava kava gibi bitkiler ve yoga, meditasyon, reiki gibi uygulamalar da bulunur (69).

2.5. Depresyon ve Menopoz

Depresyon iki haftalık süreçte daha önceki işlevselliğin de değişiklik olmasıyla birlikte depresif duygu durum, zevk alamama, ilgide azalma, iştah değişikliği nedeniyle kilo kaybı veya kilo alımı, uyku düzeninde değişiklik, suçluluk duygusu, enerji kaybı, davranışsal bozukluk belirtilerinin olması ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (70).

Yaşlı insanlar arasında en yaygın ruhsal bozukluklardan biri depresyondur (71). Depresyon prevalansı kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır (72). Bu farkın görülmesinde kadınlardaki hormonal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (73).

Menopoz döneminde kadınlar depresif semptomlarda artışa neden olabilecek önemli biyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşarlar (73). Menopozda görülen vazomotor semptomlar uyku bozukluğuna neden olmakta ve bu durum psikiyatrik belirtilere neden olmaktadır. Aynı zamanda menopoza yüklenen anlam sebebi ile duygudurum bozukluğu yaşanabilir ve bu durum kültürler arası farklılık gösterebilir (74). Menopoz döneminde artış gösteren depresif belirtiler bireyin zihinsel ve fiziksel sağlığını azaltır (75).

2.6. Yaşam Kalitesi ve Menopoz

Yaşam kalitesi kişinin sağlıklı olmasının da ötesinde iyilik halini de içine alan daha kapsamlı bir kavramdır. DSÖ'ye göre yaşam kalitesini “bireylerin yaşamlarındaki durumlarını içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları” olarak tanımlamaktadır (76).

Menopoz döneminde görülen biyolojik etkilerin yanı sıra psikolojik ve sosyal etkiler de yaşam kalitesini etkilemektedir (77). Menopozla birlikte ortaya çıkan vazomotor semptomlardan sıcak basması, gece terlemeleri ve bununla gelişen uyku problemleri yaşam kalitesini bozabilir (78). Vazomotor semptomlar menopoz öncesi ve sonrası dönemlerdeki en yaygın tıbbi şikayettir ve bu semptomlar bir kadının sosyal hayatını, psikolojik sağlığını ve çalışma yeteneğini etkileyerek engelleyici olabilir. Ateş basması semptomu olan kadınlarda asemptomatik olanla kıyaslırsak uyku düzeninde bozulma, depresif belirtiler ve yaşam kalitesinde önemli düşüşler yaşama olasılığı daha yüksektir (31). Menopoz döneminde olan kadınlardan konsantrasyon ve hafıza güçlüğü semptomlarını yaşayanlarda yaşam kalitesinde azalma gözlemlenebilir (79). Menopozla gelişen cinsel işlev bozukluğu da yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Menopoz

semptomlarından disparoni, vajinal enfeksiyonlarda artış ve vajinal prolapsus gibi etkilerle veya psikolojik olarak özgüven eksikliği nedeniyle cinsel işlev bozukluğu gelişmesi kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (80). Kendine özgüvenin azalması, kilo almak, düşük beden algısı olan kadınlarda cinselliğe karşı isteksizlik gelişmektedir (81).

Menopozdan sonraki sağlığı etkileyen bir unsur da menopoz yaşıdır. Erken menopoz kardiyovasküler hastalık, ateroskleroz, inme, alzheimer ve osteoporoz riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir (82). Geç menopoz ise meme kanseri, endometrial kanser ve over kanseri riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir (83). Erken ve geç menopoz ile ilişkili faktörlerden özellikle değiştirilebilir olanların belirlenmesi bu kronik hastalıkları önlemede önemli rol oynayabilir.

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler beklenen yaşam süresini arttırarak yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Kadın hayatında menopoz döneminde geçirilen sürede artmıştır. Kadınların menopoz döneminde yaşam kalitelerinin yüksek olması için yaşadıkları sorunların ve bununla ilişkili faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Menopozla birlikte gelişen semptomları bazı kadınlar sorun olarak algılayıp tıbbi yardım ararlarken bazı kadınlar bu farkındalığa sahip değildir. Menopoz dönemiyle ilgili farkındalığı arttırmak tanı ve tedavide yarar sağlayacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma 01 Ocak 2023-31 Mayıs 2023 tarihleri arasında Adana İli'ndeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden menopo2 dönemindeki hastalar ile internet aracılığıyla ve yüz yüze olarak yapılmıştır. Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcıdır.

Bu tez çalışması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.12.2022 tarihli, 117 sayılı toplantısında onay alınmıştır ve araştırma Helsinki deklarasyonuna uygun görülmüştür.

Çalışma evreni Adana ilinde yaşayan menopo2 dönemindeki kadın bireylerdir. Bu araştırmada yeterli örneklem büyüklüğü (%5 hata payı %95 güven aralığı) Epiinfo programına göre 384 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma 400 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; menopo2 dönemindeki kadın hastalar, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar ve dışlanma kriterleri; menopo2 döneminde olmayan kadın hastalar, sağlıklı iletişim kurulamayan kişiler, araştırmaya katılmak istemeyen hastalar olarak belirlendi. Çalışmamızda üst yaş sınırı olarak belirli bir yaş alınmamıştır.

Çalışmaya katılan bütün katılımcılara araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı ve kullanılan formlar hakkında bilgi verilerek onamları alındı.

Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildikten sonra mevcut sağlık yönünden verileri, riskli sağlık davranışlarına yönelik verileri, sağlık hizmet kullanımı yönünden verileri, menopo2 dönemine ait değişkenleriyle ilgili verileri, menopo2 dönemi hakkında düşünce ve tutumlarıyla ilgili verileri içeren yapılandırılmış anket formu uygulandı. Ardından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları mevcut olan, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Menopo2 Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) uygulandı.

Hazırlanan veri formunun (Ek-1) sosyodemografik veriler kısmında; katılımcıların yaşları ve kaç çocukları olduğu, kiminle birlikte aynı evi paylaştıkları kaydedildi. Medeni durumları bekar, evli, eşi vefat etmiş ve boşanmış olarak kaydedildi. Katılımcıların ve varsa eşlerinin eğitim durumları kaydedildi. Eğitim almamış, ilkokul mezunu olanlar, ortaokul ve lise mezunları, üniversite mezunları ve yüksekisans/doktora yapanlar şeklinde gruplandırıldı.

Katılımcıların ve varsa eşlerinin çalışma durumları üç gruba ayrılarak incelendi. Birinci grubu çalışmayanlar, ikinci grubu çalışanlar, üçüncü grubu emekliler oluşturmaktaydı. Katılımcıların evdeki toplam gelir durumları kaydedildi.

Katılımcıların sağlık yönünden verileri kısmında; antropometrik ölçümleri boy ve kilo olarak kaydedildi. Diyabet, kardiyovasküler hastalık, serebrovasküler hastalık, psikiyatrik hastalık, romatizmal hastalık ve diğer kronik hastalıkları sorularak kaydedildi.

Katılımcıların riskli davranışlara yönelimleri kısmında; egzersiz yapma sıklıkları, sigara, alkol kullanımları sorularak kaydedildi. Katılımcılar sigara kullanım durumlarına göre günde kullandıkları paket sayısına göre incelendi.

Katılımcıların sağlık hizmet kullanımı yönünden verileri kısmında; kontrol amaçlı kadın doğuma gidip gitmedikleri ve bu kontrolün üzerinden ne kadar zaman geçtiği, menopoz şikayetleri için doktora gitmiş mi sorgulanıp kaydedildi.

Katılımcıların menopoz dönemine ait değişkenleriyle ilgili kısmında; kaç kere gebe kaldıkları, kaç yıldır menopozda oldukları, menopoza girme şeklinin ne olduğu, menopozla ilgili tedavi alıyor mu ve aldıysa hangi tedaviyi aldığı, menopozla ilgili bilgileri nerden edindikleri, menopozdan sonra eşiyle ilişki durumu sorgulandı ve kaydedildi.

Katılımcıların menopoz döneminde olmalarının sosyal hayat üzerine etkisi kısmında; menopozla ilgili düşünceleri sorgulandı ve seçenek olarak; doğal bir süreç, kadınlık özelliğinin yok olması, üretkenliğin kaybolması, yaşlandığını hissetme, cinselliğin azalması ve açık uçlu seçenek olarak sunuldu ve kaydedildi.

Menopoz dönemindeki yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, depresyon risk durumunu değerlendirmek için BDÖ, menopoz dönemindeki semptomlarını değerlendirmek için MSDÖ kullanıldı.

Anketin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek için 10 hastadan oluşan bir örneklem üzerinde pilot çalışma yapıldı. Öneriler doğrultusunda ankete son şekli verildi ve her birey için veri toplama süresi ortalama 25 dakika kadar zaman aldı.

3.1. Araştırmada Kullanılacak Ölçekler

3.1.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2)

SF-36, yaşam kalitesi ölçekleri arasında jenerik ölçek özelliğindedir. Geniş perspektifli ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (84). SF 36 ölçeğinin Koçyiğit ve ekibi tarafından Türkçe geçerliliği yapılmıştır. Ölçek sekiz alt boyutlu olarak; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılıkları, vitalite ve sağlığın genel olarak algılanmasına yönelik oluşturulmuştur. Her alt boyut için 0- 100 arasında ayrı puanlar elde edilebilir. Pozitif yönelimli olan puanlar, arttıkça yaşam kalitesinin iyi olma halini gösterir. Yapılan güvenilirlik çalışmasında, SF 36 ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları (0,604 – 0,972) ayrı ayrı hesaplanmış ve 0.7324- 0.7612 arasında olduğu saptanarak Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu belirtilmiştir (85).

3.1.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-3)

Bu ölçek Beck ve ark. 1961'de geliştirilmiştir (86). Ölçek hastanın depresif semptom seviyesini ve riskini belirlemek için kullanılan bir Likert tipi öz değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (87). Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. En yüksek puan 63 ve en düşük puan 0'dır. Ölçekten alınan puanlara göre: 0-9 puan, normal; 10-16 puan, hafif depresyon; 17- 29 puan, orta derecede depresyon; ve 30-63 puan, şiddetli depresyonu gösterir. On yedi puan kesme değeri olarak kabul edilir ve 17'nin üzerindeki puanlar % 90 oranında depresyon ile ilişkilendirilmiştir (86).

3.1.3. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)/ Menopause Rating Scale (Ek-4)

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 (88). Ölçeğin İngilizce'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği 1996 yılında, Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (88). Türkiye de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2005 yılında Gürkan tarafından yapılmıştır (89). Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte, her bir

madde için; 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçekten alınabilecek en az puan 0 iken en fazla puan 44'dür. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar 1-Somatik şikayetler alt boyutu (1,2,3,11. maddeler), 2-Psikolojik şikayetler alt boyutu (4,5,6,7. maddeler), 3- Ürogenital şikayetler alt boyutudur (8,9,10. maddeler). Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir.

3.2. İstatistiksel Analizler

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Analizlerimiz istatistiksel analiz programı ile yapılmıştır ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (90-93).

Analizlerimizde parametrik olan Bağımsız gruplar t testi, ANOVA testi, tukey testi, pearson korelasyon testi ile birlikte regresyon testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının 2 gruplu değişkenlere göre farklılık gösterme durumu t testi ile 3 ve daha fazla gruplu değişkenlere göre farklılık gösterme durumu ANOVA testi ile analiz edilmiştir. ANOVA testinde fark çıkması durumunda çoklu karşılaştırma Tukey testi ile analiz edilmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile etki ise regresyon testi analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Demografik Değişkenler

Yaşınız nedir? (ort±ss)		54,58±5,32	
		n	%
Medeni durumunuz nedir?	Evli	325	%81,3
	Bekar	13	%3,3
	Eşini kaybetmiş	19	%4,8
	Boşanmış	43	%10,8
Çocugunuz var mı? Varsa kaç tane?	Yok	36	%9
	1,0	39	%9,8
	2,0	204	%51
	3,0	102	%25,5
	4,0	13	%3,3
	5,0	2	%0,5
	6,0	1	%0,3
	7,0	1	%0,3
	8,0	2	%0,5
Kiminle yaşıyorsunuz?	Eşi ve çocuklarıyla	214	%53,5
	Eşiyle	108	%27
	Çocuklarıyla	28	%7
	Yalnız	21	%5,3
	Akrabasıyla	26	%6,5
	Arkadaşıyla	2	%0,5
	Diğer	1	%0,3
Eğitim durumunuz nedir?	Okuma yazma yok	12	%3
	İlkokul	37	%9,3
	Ortaokul	16	%4
	Lise	69	%17,3
	Üniversite	256	%64
	Yüksek lisans/doktora	10	%2,5

Eşinizin eğitim durumu nedir?	Okuma yazma yok	3	%0,9
	İlkokul	25	%7,1
	Ortaokul	18	%5,1
	Lise	65	%18,5
	Üniversite	223	%63,4
	Yüksek lisans/doktora	18	%5,1
Çalışma durumunuz nedir?	Çalışıyor	230	%57,5
	Çalışmıyor/kendi geliri yok	81	%20,3
	Emekli	89	%22,3
Eşiniz çalışıyor mu?	Çalışıyor	195	%58,6
	Çalışmıyor/kendi geliri yok	1	%0,3
	Emekli	137	%41,1
İlaç kullanılmasını gerektirecek herhangi bir hastalığınız var mı?	Diyabet hastalığı (Şeker hastalığı)	57	%14,3
	Kardiyovasküler hastalık (kalp ve damar hastalığı)	84	%21
	Serebrovasküler hastalık (beyin damar hastalıkları, inme vs)	11	%2,8
	Psikiyatrik	29	%7,3
	Romatizmal hastalık	31	%7,8
	Herhangi bir hastalığım yok	193	%48,3
	Diğer	33	%8,3
Evdeki toplam gelir ne kadar? (Türk lirası) (ort±ss)		23135±12.959	

İğara kullanıyor musunuz?	Evet, günde 1 paketten az	83	%20,8
	Evet, günde 1 paket	27	%6,8
	Evet, günde 1-2 paket arası	6	%1,5
	Evet, günde 2 paket ve daha fazla	0	%0
	Hayır	284	%71
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	28	%7
	Hayır	372	%93
Boyunuz (cm) (ort±ss)		161,23±5,38	
Kilonuz (kg) (ort±ss)		70,98±11,46	
Egzersiz yapıyor musunuz?	Sık sık	34	%8,5
	Arada sırada	218	%54,5
	Hayır	148	%37

Tablo verilerine göre, katılımcıların yaş ortalaması $54,6 \pm 5,3$ 'dir. Medeni durumlarının dağılımına bakıldığında, %81,3'ü evli, %3,3'ü bekar, %4,8'i eşini kaybetmiş ve %10,8'i boşanmıştır. Çocuk sahibi olanların dağılımı ise şu şekildedir: %9'u çocuksuz, %9,8'i 1 çocuk, %51'i 2 çocuk, %25,5'i 3 çocuk, %3,3'ü 4 çocuk ve geri kalanı ise daha fazla çocuğa sahiptir.

Katılımcıların yaşadıkları kişilerle ilişkilerine bakıldığında, %53,5'i eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. %27'si eşiyle, %7'si çocuklarıyla, %5,3'ü yalnız, %6,5'i akrabasıyla, %0,5'i arkadaşıyla ve %0,3'ü diğer kişilerle yaşamaktadır.

Eğitim düzeyine göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların %64'ü üniversite mezunu, %17,3'ü lise mezunu, %9,3'ü ilkokul mezunu ve geri kalanı farklı eğitim düzeylerine sahiptir. Eşlerin eğitim durumlarına bakıldığında ise çoğunluğunun (%63,4) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Çalışma durumuna gelindiğinde, katılımcıların %57,5'i çalışırken, %20,3'ü çalışmıyor veya kendi geliri yok, %22,3'ü ise emeklidir. Eşlerin çalışma durumuna bakıldığında ise %58,6'sının çalıştığı, %41,1'inin emekli olduğu görülmektedir.

Evdeki toplam gelirin ortalaması 23135 ± 12.959 Türk Lirasıdır.

İlaç kullanılmasını gerektirecek hastalıklar dağılımına bakıldığında, katılımcıların %14,3'ü diyabet hastalığına, %21'i kardiyovasküler hastalığa, %2,8'i serebrovasküler hastalığa, %7,3'ü psikiyatrik hastalığa, %7,8'i romatizmal hastalığa, %48,3'ü herhangi bir

hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Ayrıca, %20,8'i günde 1 paketten az sigara kullanmakta olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların boyları ortalaması $161,23 \pm 5,38$; kiloları ortalaması $70,98 \pm 11,46$ 'dır. egzersiz yapma durumuna baktığımızda, %8,5'i sık sık, %54,5'i arada sırada egzersiz yaparken, %37'si egzersiz yapmadığını belirtmiştir.



Tablo 2. Menopoza Ait Değişkenler

		n	%
Kontrol amaçlı kadın doğuma gittiniz mi?	Evet	234	%58,5
	Hayır	166	%41,5
En son gitmenizin üzerinden ne kadar zaman geçti?	<1 yıl	92	%27,1
	1-5 yıl	148	%43,5
	>5 yıl	100	%29,4
Kaç kere gebe kaldınız?	1,0	30	%7,5
	2,0	146	%36,5
	3,0	121	%30,3
	4 ve daha fazlası	78	%19,5
	Hiç gebe kalmadım	25	%6,3
Menopoza gireli kaç yıl oldu?	1 yıldan az	71	%17,8
	1-5 yıl	176	%44
	6-10 yıl	69	%17,3
	10 yıldan fazla	84	%21
Menopoza girme şekliniz nedir?	Doğal	366	%91,5
	Cerrahi	34	%8,5
Menopoz ve şikayetleri için doktora gittiniz mi?	Evet	92	%23
	Hayır	308	%77
Menopozla ilgili düşünceniz?	Doğal, normal bir süreç	360	%90
	Kadınlık özelliğinin yok olması	12	%3
	Üretkenliğin kaybolması	53	%13,3
	Yaşlandığımı hissetme	68	%17
	Cinselliğin azalması	45	%11,3
	Diğer	13	%3,3
Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz?	Çevre	239	%59,8
	Sağlık personeli	197	%49,3
	Televizyon	88	%22
	İnternet	152	%38
	Gazete	39	%9,8
	Diğer	12	%3
Menopoz için tedavi aldınız mı?	Evet	45	%11,3
	Hayır	355	%88,8
Tedavi aldıysanız hangisi?	İlaç	39	%86,7
	Alternatif yöntemler	6	%13,3
Menopozdan sonra eşinizle cinsel ilişkiniz etkilendi mi?	Evet	120	%34,8
	Hayır	225	%65,2

Tablo verilerine göre, katılımcıların %58,5'i kontrol amaçlı kadın doğumuna gitmiştir. Bunların %27,1'i son ziyaretlerinin üzerinden bir yıldan daha kısa bir süre geçmişken, %43,5'i 1-5 yıl ve %29,4'ü ise 5 yıldan daha uzun bir süre geçtiğini belirtmiştir.

Gebe kalma durumuna bakıldığında, katılımcıların %7,5'i bir kez gebe kalmış, %36,5'i iki kez, %30,3'ü üç kez ve %19,5'i dört veya daha fazla kez gebe kalmıştır. %6,3'lük bir oran ise hiç gebe kalmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların menopoza giriş süresine baktığımızda, %17,8'i bir yıldan daha kısa bir süre, %44'ü 1-5 yıl, %17,3'ü 6-10 yıl ve %21'i ise 10 yıldan daha uzun bir süre geçtiğini ifade etmiştir. Menopoza girme şekline gelindiğinde, katılımcıların %91,5'i doğal menopoz yaşadığını, %8,5'i ise cerrahi müdahale ile menopoza girdiğini belirtmiştir.

Katılımcıların %23'ü menopoz ve şikayetleriyle ilgili olarak doktora başvurduğunu, %77'si ise başvurmadığını ifade etmiştir. Menopoz hakkındaki düşüncelerine gelindiğinde, katılımcıların çoğunluğu (%90) menopozu doğal ve normal bir süreç olarak görmekte, %3'ü kadınlık özelliğinin yok olması olarak değerlendirmekte, %13,3'ü üretkenliğin kaybolması, %17'si yaşlandığını hissetme, %11,3'ü cinselliğin azalması ve %3,3'ü diğer faktörlerle ilişkilendirmektedir.

Katılımcıların menopoz hakkındaki bilgilerini nereden edindiklerine bakıldığında, %59,8'i çevreden, %49,3'ü sağlık personelinden, %22'si televizyondan, %38'i internetten, %9,8'i gazeteden ve %3'ü diğer kaynaklardan bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Tedaviye yönelik olarak, katılımcıların %11,3'ü menopoz için tedavi almıştır. Bu tedavi alanların %86,7'si ilaçları tercih etmiş, %13,3'ü ise alternatif yöntemlere başvurmuştur.

Son olarak, menopozdan sonra ilişkilerinin etkilendiğini belirten katılımcıların oranı %34,8 iken etkilenmeyenlerin oranı %65,2 olarak görülmüştür.

Tablo 3. Görülen Semptomlar

		n	%
Hangi semptomlar sizde var?	Sıcak basması, terlemeler (terleme nöbetleri)	277	%69,3
	Kalp rahatsızlıkları (normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, terleme, çarpıntı hissi)	59	%14,8
	Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	153	%38,3
	Keyifsizlik hali (kendini kötü, üzgün ağlamaklı hissetme, isteksizlik ruh halinde değişiklik)	115	%28,8
	Sinirlilik (gerginlik ve çabuk öfkelenme)	161	%40,3
	Endişe (içsel huzursuzluk, panik hali)	96	%24
	Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada azalma, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)	128	%32
	Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada zorluk)	73	%18,3
	İdrar sorunları (sık idrara çıkma, idrar yaparken güçlük, idrar kaçırma)	80	%20
	Vajinada kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)	101	%25,3
	Eklem ve kas rahatsızlıkları (eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)	153	%38,3

Tablo verilerine göre, katılımcıların %69,3'ü sıcak basması ve terlemelerden şikayet etmektedir. %14,8'i normalde hissetmediği şekilde kalp rahatsızlıkları belirtilerini (kalpte sıkışma, terleme, çarpıntı hissi) deneyimlediğini belirtmiştir.

Uyku sorunlarıyla ilgili olarak, katılımcıların %38,3'ü uyku sorunları yaşadığını (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma) ifade etmiştir. %28,8'i keyifsizlik hali (kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik), %40,3'ü sinirlilik (gerginlik ve çabuk öfkelenme), %24'ü endişe (içsel huzursuzluk, panik hali) yaşadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %32'si fiziksel ve zihinsel yorgunluk belirtileri (gün içinde yapılan işlerde azalma, hafızada azalma, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık) yaşadığını ifade etmiştir. %18,3'ü cinsel sorunlar (cinsel istekte azalma, cinsel ilişkide ve tatmin olmada

zorluk), %20'si idrar sorunları (sık idrara çıkma, idrar yaparken güçlük, idrar kaçırma), %25,3'ü vajinada kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma) ve %38,3'ü eklem ve kas rahatsızlıkları (eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler) yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4. Depresyon Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmesine Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testi

	n	Min_maks	Ort±ss	Çarpıklık	Basıklık
Beck Depresyon Ölçeği	400	0_28	10,06±6,74	,469	-,361
Fiziksel Fonksiyon	400	0_100	70,7±22,46	-,776	-,140
Fiziksel Rol Güçlüğü	400	0_100	63,31±40,12	-,509	-1,384
Emosyonel Rol Güçlüğü	400	0_100	64,5±42,03	-,586	-1,385
Enerji Canlılık Vitalite	400	0_100	54,13±16,71	-,026	1,378
Ruhsal Sağlık	400	8_96	56,67±16,1	,439	,088
Sosyal İşlevsellik	400	0_100	68,19±23,26	-,542	,042
Ağrı	400	0_100	66,64±24,53	-,610	-,058
Genel Sağlık	400	15_95	56,41±16,31	,263	-,345
Somatik Şikayetler	400	0_16	6,42±4,09	,512	-,256
Psikolojik Şikayetler	400	0_16	5±5,18	,807	-,451
Ürogenital Şikayetler	400	0_12	2,54±3,31	1,168	,591
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	400	4_44	13,96±9,36	,999	,551

Ölçek puanlarından elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup analizlerde parametrik olan test teknikleri kullanılacaktır.

Tablo 5. Depresyon Düzeyleri

		n	%
Depresyon düzeyi	Minimal depresyon	197	%49,3
	Hafif depresyon	133	%33,3
	Orta depresyon	70	%17,5
	Şiddetli depresyon	0	%0

Tabloya göre, depresyon düzeyi değerlendirildiğinde, katılımcıların %49,3'ünde minimal depresyon düzeyi, %33,3'ünde hafif depresyon düzeyi ve %17,5'inde orta depresyon düzeyi tespit edilmiştir. Şiddetli depresyon düzeyinde ise herhangi bir katılımcı bulunmamaktadır.

Tablo 6. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Beck Depresyon Ölçeği	Somatik Şikayetler	Psikolojik Şikayetler	Ürogenital Şikayetler	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
Beck Depresyon Ölçeği	r		,314**	,507**	,266**	,512**
	p		,000	,000	,000	,000
Fiziksel Fonksiyon	r	-,416**	-,240**	-,234**	,021	-,227**
	p	,000	,000	,000	,682	,000
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-,511**	-,252**	-,396**	-,036	-,342**
	p	,000	,000	,000	,468	,000
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-,525**	-,179**	-,317**	-,056	-,274**
	p	,000	,000	,000	,260	,000
Enerji Canlılık Vitalite	r	-,572**	-,349**	-,461**	-,171**	-,468**
	p	,000	,000	,000	,001	,000
Ruhsal Sağlık	r	-,480**	-,275**	-,374**	-,167**	-,386**
	p	,000	,000	,000	,001	,000
Sosyal İşlevsellik	r	-,507**	-,179**	-,325**	-,162**	-,315**
	p	,000	,000	,000	,001	,000
Ağrı	r	-,499**	-,298**	-,354**	-,079	-,354**
	p	,000	,000	,000	,115	,000
Genel Sağlık	r	-,465**	-,313**	-,277**	-,081	-,318**
	p	,000	,000	,000	,107	,000

*p<0,01 Pearson korelasyon testi

Beck Depresyon Ölçeği ile Somatik Şikayetler arasında pozitif yönlü orta, Psikolojik Şikayetler arasında pozitif yönlü orta derece, Ürogenital Şikayetler arasında pozitif yönlü zayıf, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif yönlü orta ilişki bulunmaktadır.

Fiziksel Fonksiyon ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü orta, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Fiziksel Rol Güçlüğü ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü orta, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Emosyonel Rol Güçlüğü ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü orta, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Enerji Canlılık Vitalite ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü orta, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Ürogenital Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Ruhsal Sağlık ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü orta, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Ürogenital Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Sosyal İşlevsellik ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü orta, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Ürogenital Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Ağrı ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü orta, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Genel Sağlık ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü orta, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü zayıf, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Yaşam Kalitesi ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü güçlü, Somatik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Psikolojik Şikayetler arasında negatif yönlü orta, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 7. Depresyonun, Yaşam Kalitesi Boyutlarına Etkisinin İncelenmesi

Bağımsız değişken	Bağımlı değişken	Model F	Model p	Beta	t	p	R2
Beck Depresyon Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	83,498	,000*	-,416	-9,138	,000*	,173
	Fiziksel Rol Güçlüğü	140,742	,000*	-,511	-11,863	,000*	,261
	Emosyonel Rol Güçlüğü	151,520	,000*	-,525	-12,309	,000*	,276
	Enerji Canlılık Vitalite	193,133	,000*	-,572	-13,897	,000*	,327
	Ruhsal Sağlık	118,951	,000*	-,480	-10,906	,000*	,230
	Sosyal İşlevsellik	138,027	,000*	-,507	-11,748	,000*	,257
	Ağrı	132,135	,000*	-,499	-11,495	,000*	,249
	Genel Sağlık	109,665	,000*	-,465	-10,472	,000*	,216

*p<0,05 regresyon testi

Bağımsız değişkenlerin (Beck Depresyon Ölçeği) bağımlı değişkenler üzerindeki etkilerini incelediğimizde, her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir.

Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji Canlılık Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık üzerinde Beck Depresyon Ölçeği skorunun etkili olduğu görülmektedir. Her bir modelin F değeri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Beta değerleri negatif yönlüdür ve t değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). R² değerleri ise her bir model için belirli bir oranda (Fiziksel Fonksiyon: 17,3%, Fiziksel Rol Güçlüğü: 26,1%, Emosyonel Rol Güçlüğü: 27,6%, Enerji Canlılık Vitalite: 32,7%, Ruhsal Sağlık: 23%, Sosyal İşlevsellik: 25,7%, Ağrı: 24,9%, Genel Sağlık: 21,6%) bağımlı değişkenleri açıkladığını göstermektedir. Depresyon en çok Enerji Canlılık Vitaliteyi etkilemekte iken onu sırasıyla Emosyonel Rol Güçlüğü ve Fiziksel Rol Güçlüğü takip etmektedir.

Tablo 8. Depresyonun, Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Bağımsız değişken	Bağımlı değişken	Model F	Model p	Beta	t	p	R2
Beck Depresyon Ölçeği	Yaşam Kalitesi	300,415	,000*	-,656	-17,332	,000*	,430

*p<0,05 regresyon testi

Depresyonun Yaşam Kalitesi üzerindeki etkisini incelediğimizde, etkinin negatif olduğu görülmektedir (Beta=-0,656). Yaşam Kalitesindeki değişimin %43'ü Depresyon tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 9. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Yaş Açısından İncelenmesi

	Yaş				F	p	Çoklu karşılaştırma
	50 yaş ve altı	51-55 yaş	56-60 yaş	60 yaş üstü			
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss			
Beck Depresyon Ölçeği	10,56±6,66	8,92±6,92	11,47±6,5	10,4±6,18	3,270	,021	2<3
Fiziksel Fonksiyon	66,44±25,29	71,93±20,24	75,95±22,33	63,51±22,33	4,673	,003	1<3; 3>4
Fiziksel Rol Güçlüğü	61,21±42,07	66,67±39,11	61,84±39,25	57,98±42,06	,796	,496	
Emosyonel Rol Güçlüğü	63,98±44,96	66,47±42,24	65,26±40,95	56,74±38,02	,673	,569	
Enerji Canlılık Vitalite	53,05±17,44	53,89±16,29	55,53±16,46	54,15±17,67	,353	,787	
Ruhsal Sağlık	53,98±16,51	57,1±15,9	58,06±16,53	57,28±15,06	1,112	,344	
Sosyal İşlevsellik	66,67±21,2	68,06±22,77	70,53±26,61	66,76±21,69	,504	,680	
Ağrı	65,78±24,27	71,7±22,46	64,76±27,98	53,62±19,45	7,396	,000	1>4; 2>4; 3>4
Genel Sağlık	53,28±14,94	57,72±15,55	58,21±18,71	53,83±15,61	2,236	,084	
Yaşam Kalitesi	60,03±17,77	64,03±16,57	64,66±18,98	58,14±15,16	2,524	,057	
Somatik Şikayetler	6,3±4,03	6,6±4,28	6,32±4,11	6,21±3,52	,191	,903	
Psikolojik Şikayetler	5,93±5,45	4,51±5,34	5,18±4,74	4,68±4,81	1,541	,203	
Ürogenital Şikayetler	2,34±3,08	2,64±3,42	3,07±3,62	1,45±2,27	2,728	,044	3<4
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	14,57±9,09	13,75±9,5	14,57±9,93	12,34±8,16	,754	,521	

*p<0,05 ANOVA testi

Yaş grupları arasındaki Beck Depresyon Ölçeği puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $10,56 \pm 6,66$, 51-55 yaş grubunda $8,92 \pm 6,92$, 56-60 yaş grubunda $11,47 \pm 6,5$ ve 60 yaş üstü grubunda $10,4 \pm 6,18$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda $p = 0,021$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 2. yaş grubunun 3. yaş grubundan anlamlı bir şekilde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer yaş grupları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Yaş grupları arasındaki Fiziksel Fonksiyon puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $66,44 \pm 25,29$, 51-55 yaş grubunda $71,93 \pm 20,24$, 56-60 yaş grubunda $75,95 \pm 22,33$ ve 60 yaş üstü grubunda $63,51 \pm 22,33$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda $p = 0,003$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 1. yaş grubunun 3. yaş grubundan anlamlı bir şekilde farklı olduğu ($p < 0,05$) ve 3. yaş grubunun 4. yaş grubundan anlamlı bir şekilde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Yaş grupları arasındaki Fiziksel Rol Güçlüğü puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $61,21 \pm 42,07$, 51-55 yaş grubunda $66,67 \pm 39,11$, 56-60 yaş grubunda $61,84 \pm 39,25$ ve 60 yaş üstü grubunda $57,98 \pm 42,06$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda $p = 0,496$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, yaş grupları arasında Fiziksel Rol Güçlüğü puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini göstermektedir.

Yaş grupları arasındaki Emosyonel Rol Güçlüğü puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $63,98 \pm 44,96$, 51-55 yaş grubunda $66,47 \pm 42,24$, 56-60 yaş grubunda $65,26 \pm 40,95$ ve 60 yaş üstü grubunda $56,74 \pm 38,02$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,569$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, yaş grupları arasında Emosyonel Rol Güçlüğü puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini göstermektedir.

Yaş grupları arasındaki Enerji Canlılık Vitalite puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $53,05 \pm 17,44$, 51-55 yaş grubunda $53,89 \pm 16,29$, 56-60 yaş grubunda $55,53 \pm 16,46$ ve 60 yaş üstü grubunda $54,15 \pm 17,67$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,787$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, yaş grupları arasında Enerji Canlılık Vitalite puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini göstermektedir.

Yaş grupları arasındaki Ruhsal Sağlık puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $53,98 \pm 16,51$, 51-55 yaş grubunda $57,1 \pm 15,9$, 56-60 yaş grubunda $58,06 \pm 16,53$ ve 60 yaş üstü grubunda $57,28 \pm 15,06$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,344$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, yaş grupları arasında Ruhsal Sağlık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini göstermektedir.

Yaş grupları arasındaki Sosyal İşlevsellik puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $66,67 \pm 21,2$, 51-55 yaş grubunda $68,06 \pm 22,77$, 56-60 yaş grubunda $70,53 \pm 26,61$ ve 60 yaş üstü grubunda $66,76 \pm 21,69$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,680$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, yaş grupları arasında Sosyal İşlevsellik puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini göstermektedir.

Yaş grupları arasındaki Ağrı puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $65,78 \pm 24,27$, 51-55 yaş grubunda $71,7 \pm 22,46$, 56-60 yaş grubunda $64,76 \pm 27,98$ ve 60 yaş üstü grubunda $53,62 \pm 19,45$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 1. yaş grubunun 4. yaş grubundan anlamlı bir şekilde farklı olduğu ($p < 0,05$), 2. yaş grubunun 4. yaş grubundan anlamlı bir şekilde farklı olduğu ($p < 0,05$) ve 3. yaş grubunun 4. yaş grubundan anlamlı bir şekilde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Yaş grupları arasındaki Genel Sağlık puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $53,28 \pm 14,94$, 51-55 yaş grubunda $57,72 \pm 15,55$, 56-60 yaş grubunda $58,21 \pm 18,71$ ve 60 yaş üstü grubunda $53,83 \pm 15,61$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,084$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, yaş grupları arasında Genel Sağlık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini göstermektedir.

Yaş grupları arasındaki Yaşam Kalitesi puanları incelenmiştir. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,057$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, yaş grupları arasında Yaşam Kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini göstermektedir.

Ortalama somatik şikayetler puanları 50 yaş ve altı grubunda $6,3 \pm 4,03$, 51-55 yaş grubunda $6,6 \pm 4,28$, 56-60 yaş grubunda $6,32 \pm 4,11$ ve 60 yaş üstü grubunda $6,21 \pm 3,52$ olarak bulunmuştur. ANOVA testi sonucunda, bu puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p = 0,903$, $p > 0,05$).

Psikolojik şikayetler puanlarına göre, ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $5,93 \pm 5,45$, 51-55 yaş grubunda $4,51 \pm 5,34$, 56-60 yaş grubunda $5,18 \pm 4,74$ ve 60 yaş üstü grubunda $4,68 \pm 4,81$ olarak bulunmuştur. ANOVA testi sonucunda, bu puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,203$, $p > 0,05$).

Ürogenital şikayetler puanlarına göre, ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $2,34 \pm 3,08$, 51-55 yaş grubunda $2,64 \pm 3,42$, 56-60 yaş grubunda $3,07 \pm 3,62$ ve 60 yaş üstü grubunda $1,45 \pm 2,27$ olarak bulunmuştur. ANOVA testi sonucunda, bu puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0,044$, $p < 0,05$). Post hoc analizi sonucunda, 3. yaş grubunun 4. yaş grubundan anlamlı bir şekilde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Menopoz semptomlarını değerlendiren ölçek puanlarına göre, ortalama puanlar 50 yaş ve altı grubunda $14,57 \pm 9,09$, 51-55 yaş grubunda $13,75 \pm 9,5$, 56-60 yaş grubunda $14,57 \pm 9,93$ ve 60 yaş üstü grubunda $12,34 \pm 8,16$ olarak bulunmuştur. ANOVA testi sonucunda, bu puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,521$, $p > 0,05$).

Tablo 10. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Medeni Durum Açısından İncelenmesi

	Medeni durumunuz nedir?		t	p
	Evli	Evli değil		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	9,99±6,79	10,35±6,56	-,408	,683
Fiziksel Fonksiyon	70,6±21,99	71,13±24,56	-,185	,853
Fiziksel Rol Güçlüğü	63,62±40,12	62±40,34	,314	,754
Emosyonel Rol Güçlüğü	65,44±41,72	60,44±43,39	,927	,355
Enerji Canlılık Vitalite	54,09±17,13	54,27±14,86	-,081	,935
Ruhsal Sağlık	56,59±16,75	57,01±13,02	-,239	,811
Sosyal İşlevsellik	68,23±23,82	68±20,78	,077	,938
Ağrı	66,98±24,36	65,17±25,39	,576	,565
Genel Sağlık	56,06±15,83	57,93±18,31	-,818	,415
Yaşam Kalitesi	62,66±17,16	62,44±18,43	,099	,921
Somatik Şikayetler	6,52±4,13	5,97±3,91	1,049	,295
Psikolojik Şikayetler	4,97±5,21	5,12±5,08	-,222	,824
Ürogenital Şikayetler	2,73±3,39	1,71±2,8	2,740	,007*
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	14,23±9,48	12,8±8,8	1,191	,234

* $p < 0,05$ t testi

Evli olan katılımcıların Ürogenital Şikayetler puanları ortalama olarak $2,73 \pm 3,39$ iken, evli olmayan katılımcıların puanları $1,71 \pm 2,8$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,007$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, medeni durumun Ürogenital Şikayetler puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Evli olanların Ürogenital Şikayetler puanları, evli olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 11. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Çocuğu Olma Durumu Açısından İncelenmesi

	Çocuğunuz var mı?		t	p
	Yok	Var		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	11,14±6,37	9,95±6,77	1,007	,315
Fiziksel Fonksiyon	61,81±28,91	71,58±21,57	-1,975	,055
Fiziksel Rol Güçlüğü	51,39±41,81	64,49±39,81	-1,875	,062
Emosyonel Rol Güçlüğü	57,41±41,87	65,2±42,04	-1,062	,289
Enerji Canlılık Vitalite	55,28±13,09	54,01±17,04	0,433	,665
Ruhsal Sağlık	54,22±14,55	56,91±16,24	-0,956	,340
Sosyal İşlevsellik	57,64±27,27	69,23±22,6	-2,879	,004*
Ağrı	57,01±32,5	67,59±23,44	-1,904	,064
Genel Sağlık	53,47±19,6	56,7±15,95	-0,958	,344
Yaşam Kalitesi	56,44±22,11	63,23±16,75	-1,791	,081
Somatik Şikayetler	7±3,75	6,36±4,12	0,891	,373
Psikolojik Şikayetler	4,44±5,3	5,05±5,17	-0,674	,501
Ürogenital Şikayetler	1,33±1,91	2,66±3,39	-3,633	,001*
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	12,78±8,54	14,08±9,44	-0,794	,428

* $p < 0,05$ t testi

Çocuğu olmayan katılımcıların Sosyal İşlevsellik puanları ortalama olarak 57,64±27,27 iken, çocuğu olan katılımcıların puanları 69,23±22,6 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,004$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, çocuk sahibi olma durumunun Sosyal İşlevsellik puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Çocuğu olanların Sosyal İşlevsellik puanları, olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Çocuğu olmayan katılımcıların Ürogenital Şikayetler puanları ortalama olarak 1,33±1,91 iken, çocuğu olan katılımcıların puanları 2,66±3,39 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,001$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, çocuk sahibi olma durumunun Ürogenital Şikayetler puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Çocuğu olanların Ürogenital Şikayetler puanları, olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 12. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Yaşanılan Kişi Açısından İncelenmesi

	Kiminle yaşıyorsunuz?		t	p
	Aile ya da akraba	Yalnız		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	10,08±6,82	9,67±5,21	,274	,784
Fiziksel Fonksiyon	71,02±21,83	65±32,05	,849	,405
Fiziksel Rol Güçlüğü	63,65±39,76	57,14±46,87	,624	,539
Emosyonel Rol Güçlüğü	64,64±41,91	61,9±45,07	,290	,772
Enerji Canlılık Vitalite	54,16±16,73	53,57±16,74	,156	,876
Ruhsal Sağlık	56,74±16,21	55,43±14,33	,363	,717
Sosyal İşlevsellik	68,3±23,41	66,07±20,59	,428	,669
Ağrı	67,07±24,28	58,81±28,29	1,505	,133
Genel Sağlık	56,44±16,11	55,95±20,04	,133	,895
Yaşam Kalitesi	62,8±16,99	59,38±23,63	,654	,520
Somatik Şikayetler	6,42±4,14	6,48±3,22	-,065	,949
Psikolojik Şikayetler	4,98±5,17	5,33±5,42	-,303	,762
Ürogenital Şikayetler	2,6±3,33	1,52±2,68	1,449	,148
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	13,99±9,43	13,33±8,23	,315	,753

* $p < 0,05$ t testi

Beck Depresyon Ölçeği değişkeni için yapılan t-test sonucunda, aile ya da akrabası ile yaşayanların ortalama puanı ile yalnız yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaşam Kalitesi ve alt boyut puanları değişkenleri için yapılan t-test sonucunda, aile ya da akrabası ile yaşayanların ortalama puanı ile yalnız yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanları değişkenleri için yapılan t-test sonucunda, aile ya da akrabası ile yaşayanların ortalama puanı ile yalnız yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi

	Eğitim durumunuz nedir?			F	p	Çoklu karşılaştırmalar
	Ortaokul ve altı	Lise	Üniversite ve üstü			
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss			
Beck Depresyon Ölçeği	10,91±7,44	12,88±5,67	9,12±6,61	9,549	,000*	2>3
Fiziksel Fonksiyon	68,23±22,83	64,57±21,69	72,89±22,29	4,305	,014*	2<3
Fiziksel Rol Güçlüğü	51,92±42,69	55,07±36,78	68,23±39,53	6,235	,002*	1<3, 2<3
Emosyonel Rol Güçlüğü	50,77±44,92	57,49±37,87	69,67±41,45	6,627	,001*	1<3
Enerji Canlılık Vitalite	53,77±19,33	52,17±12,11	54,72±17,07	0,651	,522	
Ruhsal Sağlık	64,25±16,58	52,75±15,05	55,83±15,72	10,031	,000*	1>2, 1>3
Sosyal İşlevsellik	66,15±27,13	68,84±20,41	68,52±22,99	0,301	,740	
Ağrı	54,92±25,08	61,78±23,84	70,76±23,49	13,295	,000*	1<3, 2<3
Genel Sağlık	56,15±17,98	51,74±13,95	57,69±16,29	3,702	,026*	2<3
Yaşam Kalitesi	59,71±17,94	57,75±15,56	64,59±17,4	5,449	,005*	2<3
Somatik Şikayetler	5,6±3,99	6,55±4,23	6,59±4,07	1,565	,210	
Psikolojik Şikayetler	4,74±4,79	5,62±4,82	4,9±5,36	0,629	,534	
Ürogenital Şikayetler	1,6±3,07	2,72±3,25	2,72±3,35	3,170	,043*	1<3
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	11,94±7,98	14,9±9,02	14,21±9,72	1,967	,141	

* $p<0,05$ ANOVA testi

Beck Depresyon Ölçeği için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $10,91 \pm 7,44$, lise grubunda $12,88 \pm 5,67$, üniversite ve üstü grubunda $9,12 \pm 6,61$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, lise mezunu olanların puan ortalaması üniversite ve üstü okul mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Fiziksel Fonksiyon için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $68,23 \pm 22,83$, lise grubunda $64,57 \pm 21,69$, üniversite ve üstü grubunda $72,89 \pm 22,29$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,014$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması lise mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Fiziksel Rol Güçlüğü için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $51,92 \pm 42,69$, lise grubunda $55,07 \pm 36,78$, üniversite ve üstü grubunda $68,23 \pm 39,53$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,002$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması ortaokul ve altı lise mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Emosyonel Rol Güçlüğü için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $50,77 \pm 44,92$, lise grubunda $57,49 \pm 37,87$, üniversite ve üstü grubunda $69,67 \pm 41,45$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,001$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması ortaokul ve altı okul mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Ruhsal Sağlık için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $64,25 \pm 16,58$, lise grubunda $52,75 \pm 15,05$, üniversite ve üstü grubunda $55,83 \pm 15,72$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, ortaokul ve altı okul mezunu olanların puan ortalaması lise ile üniversite ve üstü okul mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Ağrı için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $54,92 \pm 25,08$, lise

grubunda $61,78 \pm 23,84$, üniversite ve üstü grubunda $70,76 \pm 23,49$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması ortaokul ve altı okul mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Genel Sağlık için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $56,15 \pm 17,98$, lise grubunda $51,74 \pm 13,95$, üniversite ve üstü grubunda $57,69 \pm 16,29$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,026$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması lise mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Yaşam Kalitesi için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $59,71 \pm 17,94$, lise grubunda $57,75 \pm 15,56$, üniversite ve üstü grubunda $64,59 \pm 17,4$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,005$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması lise mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Ürogenital Şikayetler için Eğitim durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar Ortaokul ve altı grubunda $1,6 \pm 3,07$, lise grubunda $2,72 \pm 3,25$, üniversite ve üstü grubunda $2,72 \pm 3,35$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,043$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması ortaokul ve altı okul mezunu olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Tablo 14. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Çalışma Durumu Açısından İncelenmesi

	Çalışma durumunuz nedir?			F	p	Çoklu karşılaştırma
	Çalışıyor	Çalışmıyor/kendi geliri yok	Emekli			
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss			
Beck Depresyon Ölçeği	8,58±6,62	12,42±7,36	11,74±5,38	14,171	,000*	1<2, 1<3
Fiziksel Fonksiyon	72,37±22,43	68,27±22,93	68,6±22	1,503	,224	
Fiziksel Rol Güçlüğü	71,41±37,83	49,69±38,02	54,78±42,95	11,998	,000*	1>2, 1>3
Emosyonel Rol Güçlüğü	73,04±40,11	53,91±42,35	52,06±41,73	11,832	,000*	1>2, 1>3
Enerji Canlılık Vitalite	55,24±17,61	54,26±16,38	51,12±14,26	1,958	,142	
Ruhsal Sağlık	56,7±16,52	57,73±17,02	55,64±14,12	0,356	,701	
Sosyal İşlevsellik	71,41±21,21	66,2±23,09	61,66±26,9	6,171	,002*	1>3
Ağrı	72,37±22,54	60,03±24,44	57,84±25,68	16,070	,000*	1>2, 1>3
Genel Sağlık	58,3±16,56	54,57±16,4	53,2±15,02	3,842	,022*	1>3
Yaşam Kalitesi	65,64±16,64	59,01±18,36	58,1±16,92	8,540	,000*	1>2, 1>3
Somatik Şikayetler	6,43±4,07	5,38±3,91	7,33±4,14	4,877	,008*	2<3
Psikolojik Şikayetler	4,47±5,17	5,93±5,3	5,53±4,99	2,993	,051	
Ürogenital Şikayetler	2,54±3,34	2,17±3,04	2,88±3,46	0,960	,384	
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	13,44±9,56	13,48±8,61	15,73±9,38	2,058	,129	

*p<0,05 ANOVA testi

Beck Depresyon Ölçeği için çalışma durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar çalışanlar grubunda $8,58 \pm 6,62$, çalışmayan ya da geliri olmayanlar grubunda $12,42 \pm 7,36$, emekli grubunda $11,74 \pm 5,38$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, çalışmayan ya da geliri olmayanlar ile emekli olanların puan ortalaması çalışanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Fiziksel Rol Güçlüğü için çalışma durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar çalışanlar grubunda $71,41 \pm 37,83$, çalışmayan ya da geliri olmayanlar grubunda $49,69 \pm 38,02$, emekli grubunda $54,78 \pm 42,95$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, çalışanların puan ortalaması çalışmayan ya da geliri olmayanlar ile emekli olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Emosyonel Rol Güçlüğü için çalışma durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar çalışanlar grubunda $73,04 \pm 40,11$, çalışmayan ya da geliri olmayanlar grubunda $53,91 \pm 42,35$, emekli grubunda $52,06 \pm 41,73$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, çalışanların puan ortalaması çalışmayan ya da geliri olmayanlar ile emekli olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Sosyal İşlevsellik için çalışma durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar çalışanlar grubunda $71,41 \pm 21,21$, çalışmayan ya da geliri olmayanlar grubunda $66,2 \pm 23,09$, emekli grubunda $61,66 \pm 26,9$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,002$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, çalışanların puan ortalaması emekli olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Ağrı için çalışma durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar çalışanlar grubunda $72,37 \pm 22,54$, çalışmayan ya da geliri olmayanlar grubunda $60,03 \pm 24,44$, emekli grubunda $57,84 \pm 25,68$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, çalışanların puan ortalaması çalışmayan ya da geliri olmayanlar ile emekli olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Genel Sağlık için çalışma durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar çalışanlar grubunda $58,3 \pm 16,56$,

çalışmayan ya da geliri olmayanlar grubunda $54,57 \pm 16,4$, emekli grubunda $53,2 \pm 15,02$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,022$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, çalışanların puan ortalaması emekli olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Yaşam Kalitesi için çalışma durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar çalışanlar grubunda $65,64 \pm 16,64$, çalışmayan ya da geliri olmayanlar grubunda $59,01 \pm 18,36$, emekli grubunda $58,1 \pm 16,92$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, çalışanların puan ortalaması çalışmayan ya da geliri olmayanlar ile emekli olanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Somatik Şikayetler için çalışma durumu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar çalışanlar grubunda $6,43 \pm 4,07$, çalışmayan ya da geliri olmayanlar grubunda $5,38 \pm 3,91$, emekli grubunda $7,33 \pm 4,14$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,008$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, emekli olanların puan ortalaması çalışmayan ya da geliri olmayanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Tablo 15. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Sigara Kullanma Durumu Açısından İncelenmesi

	Sigara kullanıyor musunuz?		t	p
	Evet	Hayır		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	10,91±6,98	9,71±6,62	1,606	,109
Fiziksel Fonksiyon	67,89±24,68	71,85±21,43	-1,603	,110
Fiziksel Rol Güçlüğü	69,4±41,58	60,83±39,31	1,945	,052
Emosyonel Rol Güçlüğü	65,52±42,83	64,08±41,77	0,309	,757
Enerji Canlılık Vitalite	54,05±19,63	54,15±15,4	-0,056	,955
Ruhsal Sağlık	56,07±17,64	56,92±15,45	-0,477	,634
Sosyal İşlevsellik	66,7±23,54	68,79±23,15	-0,816	,415
Ağrı	69,35±24,49	65,53±24,51	1,417	,157
Genel Sağlık	58,84±16,38	55,42±16,21	1,905	,057
Yaşam Kalitesi	62,9±18,33	62,5±17,01	0,211	,833
Somatik Şikayetler	6,45±3,76	6,41±4,23	0,088	,930
Psikolojik Şikayetler	5,83±5,57	4,66±4,98	1,957	,052
Ürogenital Şikayetler	2,83±3,54	2,42±3,21	1,112	,267
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	15,1±10,04	13,49±9,05	1,497	,136

*p<0,05 t testi

Beck Depresyon Ölçeği değişkeni için yapılan t-test sonucunda, sigara içenlerin ortalama puanı ile içmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaşam Kalitesi ve alt boyut puanları değişkenleri için yapılan t-test sonucunda, sigara içenlerin ortalama puanı ile içmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanları değişkenleri için yapılan t-test sonucunda, sigara içenlerin ortalama puanı ile içmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Alkol Kullanma Durumu Açısından İncelenmesi

	Alkol kullanıyor musunuz?		t	p
	Evet	Hayır		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	7,64±5,61	10,24±6,79	-1,975	,049*
Fiziksel Fonksiyon	78,57±28,31	70,11±21,89	1,929	,054
Fiziksel Rol Güçlüğü	83,93±31,34	61,76±40,31	3,530	,001*
Emosyonel Rol Güçlüğü	76,19±39,4	63,62±42,14	1,529	,127
Enerji Canlılık Vitalite	63,57±16,93	53,41±16,5	3,136	,002*
Ruhsal Sağlık	66±9,46	55,97±16,28	5,074	,000*
Sosyal İşlevsellik	69,64±24,87	68,08±23,16	0,343	,732
Ağrı	71,43±27,28	66,28±24,32	1,072	,284
Genel Sağlık	67,14±18,33	55,6±15,89	3,665	,000*
Yaşam Kalitesi	72,23±18,02	61,89±17,14	3,067	,002*
Somatik Şikayetler	6,57±3,3	6,41±4,15	0,203	,839
Psikolojik Şikayetler	6±5,05	4,92±5,19	1,060	,290
Ürogenital Şikayetler	2,57±2,49	2,54±3,36	0,052	,958
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	15,14±8,17	13,87±9,45	0,693	,489

*p<0,05 t testi

Alkol kullanan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanları ortalama olarak 7,64±5,61 iken, kullanmayan katılımcıların puanları 10,24±6,79 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,049$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, alkol kullanma durumunun Beck Depresyon Ölçeği puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Alkol kullanmayanların olanların Beck Depresyon Ölçeği puanları, kullananlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanan katılımcıların Fiziksel Rol Güçlüğü puanları ortalama olarak 83,93±31,34 iken, kullanmayan katılımcıların puanları 61,76±40,31 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,001$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, alkol kullanma durumunun Fiziksel Rol Güçlüğü puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Alkol kullananların olanların Fiziksel Rol Güçlüğü puanları, kullanmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanan katılımcıların Enerji Canlılık Vitalite puanları ortalama olarak $63,57 \pm 16,93$ iken, kullanmayan katılımcıların puanları $53,41 \pm 16,5$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,002$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, alkol kullanma durumunun Enerji Canlılık Vitalite puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Alkol kullananların olanların Enerji Canlılık Vitalite puanları, kullanmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanan katılımcıların Ruhsal Sağlık puanları ortalama olarak $66 \pm 9,46$ iken, kullanmayan katılımcıların puanları $55,97 \pm 16,28$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, alkol kullanma durumunun Ruhsal Sağlık puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Alkol kullananların olanların Ruhsal Sağlık puanları, kullanmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanan katılımcıların Genel Sağlık puanları ortalama olarak $67,14 \pm 18,33$ iken, kullanmayan katılımcıların puanları $55,6 \pm 15,89$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, alkol kullanma durumunun Genel Sağlık puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Alkol kullananların olanların Genel Sağlık puanları, kullanmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanan katılımcıların Yaşam Kalitesi puanları ortalama olarak $72,23 \pm 18,02$ iken, kullanmayan katılımcıların puanları $61,89 \pm 17,14$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,002$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, alkol kullanma durumunun Yaşam Kalitesi puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Alkol kullananların olanların Yaşam Kalitesi puanları, kullanmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Kontrol Amaçlı Kadın Doğuma Gitme Durumu Açısından İncelenmesi

	Kontrol amaçlı kadın doğuma gittiniz mi?		t	p
	Evet	Hayır		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	10,5±6,61	9,43±6,89	1,568	,118
Fiziksel Fonksiyon	69,27±21,73	72,71±23,38	-1,510	,132
Fiziksel Rol Güçlüğü	61,75±41,25	65,51±38,49	-,923	,356
Emosyonel Rol Güçlüğü	64,1±43,6	65,06±39,83	-,224	,823
Enerji Canlılık Vitalite	51,28±16,25	58,13±16,58	-4,119	,000*
Ruhsal Sağlık	55,11±15,92	58,87±16,14	-2,312	,021*
Sosyal İşlevsellik	67,04±23,25	69,8±23,24	-1,172	,242
Ağrı	65,03±24,32	68,9±24,72	-1,557	,120
Genel Sağlık	54,91±15,89	58,52±16,71	-2,191	,029*
Yaşam Kalitesi	61,09±17,6	64,77±16,89	-2,098	,037*
Somatik Şikayetler	7,11±4,2	5,45±3,74	4,089	,000*
Psikolojik Şikayetler	5,74±5,59	3,95±4,34	3,605	,000*
Ürogenital Şikayetler	2,87±3,43	2,07±3,07	2,397	,017*
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	15,73±10,26	11,47±7,26	4,860	,000*

*p<0,05 t testi

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanları ortalama olarak 10,5±6,61 iken, gitmeyen katılımcıların puanları 9,43±6,89 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, p = 0,118 (p > 0,05) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Beck Depresyon Ölçeği puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları ortalama olarak 69,27±21,73 iken, gitmeyen katılımcıların puanları 72,71±23,38 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, p = 0,132 (p > 0,05) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Fiziksel Fonksiyon puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Fiziksel Rol Güçlüğü puanları ortalama olarak 61,75±41,25 iken, gitmeyen katılımcıların puanları 65,51±38,49 olarak

bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,356$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Fiziksel Rol Güçlüğü puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Emosyonel Rol Güçlüğü puanları ortalama olarak $64,1 \pm 43,6$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $65,06 \pm 39,83$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,823$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Emosyonel Rol Güçlüğü puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Enerji Canlılık Vitalite puanları ortalama olarak $51,28 \pm 16,25$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $58,13 \pm 16,58$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Enerji Canlılık Vitalite puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kadın doğuma gitmeyenlerin Enerji Canlılık Vitalite puanları, kadın doğuma gidenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Ruhsal Sağlık puanları ortalama olarak $55,11 \pm 15,92$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $58,87 \pm 16,14$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,021$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Ruhsal Sağlık puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kadın doğuma gitmeyenlerin Ruhsal Sağlık puanları, kadın doğuma gidenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Sosyal İşlevsellik puanları ortalama olarak $67,04 \pm 23,25$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $69,8 \pm 23,24$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,242$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Sosyal İşlevsellik puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Ağrı puanları ortalama olarak $65,03 \pm 24,32$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $68,9 \pm 24,72$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,120$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Ağrı puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Genel Sağlık puanları ortalama olarak $54,91 \pm 15,89$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $58,52 \pm 16,71$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,029$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Genel Sağlık puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kadın doğuma gitmeyenlerin Genel Sağlık puanları, kadın doğuma gidenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Yaşam Kalitesi puanları ortalama olarak $61,09 \pm 17,6$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $64,77 \pm 16,89$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,037$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Yaşam Kalitesi puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kadın doğuma gitmeyenlerin Yaşam Kalitesi puanları, kadın doğuma gidenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Somatik Şikayetler puanları ortalama olarak $7,11 \pm 4,2$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $5,45 \pm 3,74$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Somatik Şikayetler puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kadın doğuma gidenlerin Somatik Şikayetler puanları, kadın doğuma gitmeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Psikolojik Şikayetler puanları ortalama olarak $5,74 \pm 5,59$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $3,95 \pm 4,34$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Psikolojik Şikayetler puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kadın doğuma gidenlerin Psikolojik Şikayetler puanları, kadın doğuma gitmeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Ürogenital Şikayetler puanları ortalama olarak $2,87 \pm 3,43$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $2,07 \pm 3,07$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,017$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Ürogenital Şikayetler puanları üzerinde

istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kadın doğuma gidenlerin Ürogenital Şikayetler puanları, kadın doğuma gitmeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol amaçlı kadın doğuma giden katılımcıların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ortalama olarak $15,73 \pm 10,26$ iken, gitmeyen katılımcıların puanları $11,47 \pm 7,26$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, kontrol amaçlı kadın doğuma gitme durumunun Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kadın doğuma gidenlerin Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları, kadın doğuma gitmeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 18. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Kronik Hastalık Olması Durumu Açısından İncelenmesi

	Herhangi bir hastalığın var mı?		t	p
	Var	Yok		
	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss		
Beck Depresyon Ölçeği	11,86 $\pm$ 6,97	8,12 $\pm$ 5,92	5,799	,000*
Fiziksel Fonksiyon	66,86 $\pm$ 24,25	74,82 $\pm$ 19,62	-3,620	,000*
Fiziksel Rol Güçlüğü	58,94 $\pm$ 40,68	68,01 $\pm$ 39,07	-2,271	,024*
Emosyonel Rol Güçlüğü	58,45 $\pm$ 43,35	70,98 $\pm$ 39,66	-3,019	,003*
Enerji Canlılık Vitalite	51,59 $\pm$ 18,08	56,84 $\pm$ 14,68	-3,172	,002*
Ruhsal Sağlık	55,25 $\pm$ 17,32	58,2 $\pm$ 14,57	-1,837	,067
Sosyal İşlevsellik	65,1 $\pm$ 24,6	71,5 $\pm$ 21,29	-2,790	,006*
Ağrı	59,79 $\pm$ 25,7	73,98 $\pm$ 20,92	-6,071	,000*
Genel Sağlık	51,96 $\pm$ 17,1	61,19 $\pm$ 13,96	-5,892	,000*
Yaşam Kalitesi	58,77 $\pm$ 18,75	66,74 $\pm$ 14,75	-4,741	,000*
Somatik Şikayetler	7,11 $\pm$ 4,4	5,68 $\pm$ 3,59	3,574	,000*
Psikolojik Şikayetler	5,86 $\pm$ 5,34	4,08 $\pm$ 4,85	3,478	,001*
Ürogenital Şikayetler	2,78 $\pm$ 3,55	2,28 $\pm$ 3,02	1,531	,127
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	15,75 $\pm$ 10,26	12,04 $\pm$ 7,88	4,069	,000*

* $p < 0,05$ t testi

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanları ortalama olarak $11,86 \pm 6,97$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $8,12 \pm 5,92$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları ortalama olarak $66,86 \pm 24,25$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $74,82 \pm 19,62$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Fiziksel Rol Güçlüğü puanları ortalama olarak $58,94 \pm 40,68$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $68,01 \pm 39,07$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,024$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Fiziksel Rol Güçlüğü puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Emosyonel Rol Güçlüğü puanları ortalama olarak $58,45 \pm 43,35$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $70,98 \pm 39,66$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,003$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Emosyonel Rol Güçlüğü puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Enerji Canlılık Vitalite puanları ortalama olarak $51,59 \pm 18,08$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $56,84 \pm 14,68$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,002$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Enerji Canlılık Vitalite puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Ruhsal Sağlık puanları ortalama olarak $55,25 \pm 17,32$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $58,2 \pm 14,57$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,067$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Ruhsal Sağlık puanları üzerinde hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin olmadığını göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Sosyal İşlevsellik puanları ortalama olarak $65,1 \pm 24,6$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $71,5 \pm 21,29$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,006$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Sosyal İşlevsellik puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Ağrı puanları ortalama olarak $59,79 \pm 25,7$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $73,98 \pm 20,92$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Ağrı puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Genel Sağlık puanları ortalama olarak $51,96 \pm 17,1$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $61,19 \pm 13,96$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Genel Sağlık puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Yaşam Kalitesi puanları ortalama olarak $58,77 \pm 18,75$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $66,74 \pm 14,75$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Yaşam Kalitesi puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Somatik Şikayetler puanları ortalama olarak $7,11 \pm 4,4$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $5,68 \pm 3,59$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Somatik Şikayetler puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Psikolojik Şikayetler puanları ortalama olarak $5,86 \pm 5,34$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $4,08 \pm 4,85$ olarak

bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,001$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Psikolojik Şikayetler puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Ürogenital Şikayetler puanları ortalama olarak $2,78 \pm 3,55$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $2,28 \pm 3,02$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,127$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Ürogenital Şikayetler puanları üzerinde hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin olmadığını göstermektedir.

Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ortalama olarak $15,75 \pm 10,26$ iken, hastalığı olmayan katılımcıların puanları $12,04 \pm 7,88$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, hastalığı olan katılımcıların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanlarının hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 19. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Doktora En Son Gitmenin Üzerinden Geçen Süre Açısından İncelenmesi

	Doktora en son gitmenizden ne kadar zaman geçti?			F	p	Çoklu karşılaştırm a
	<1 yıl	1-5 yıl	>5 yıl			
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss			
Beck Depresyon Ölçeği	11,16±7,21	8,84±6,4	9,62±6,56	3,435	,033*	1>2
Fiziksel Fonksiyon	70,16±21,59	71,55±22,97	75,7±19,81	1,756	,174	
Fiziksel Rol Güçlüğü	59,78±44	68,58±40,21	66±34,73	1,402	,248	
Emosyonel Rol Güçlüğü	63,77±46,53	68,02±41,31	68,67±39,02	,392	,676	
Enerji Canlılık Vitalite	48,8±18,34	55,14±17,02	57,1±17	6,016	,003*	1<2; 1<3
Ruhsal Sağlık	52,78±17,09	58,81±15,15	60,12±18,03	5,441	,005*	1<2; 1<3
Sosyal İşlevsellik	64,67±22,89	70,02±23,9	70,63±25,02	1,842	,160	
Ağrı	63,32±23,13	69,31±25,73	68,38±24,35	1,785	,169	
Genel Sağlık	52,28±15,5	59,97±17,06	58,05±16,36	6,331	,002*	1<2; 1<3
Yaşam Kalitesi	59,95±18,05	64,8±18,02	65,99±16,03	3,255	,040*	1<3
Somatik Şikayetler	7,39±4,96	6,65±3,72	5,52±3,54	5,266	,006*	1>3
Psikolojik Şikayetler	6,52±6,32	4,54±5,08	4,24±4,17	5,557	,004*	1>2, 1>3
Ürogenital Şikayetler	3,17±3,82	2,46±3,18	2,44±3,11	1,564	,211	
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	17,09±12,17	13,65±8,78	12,2±7,68	6,660	,001*	1>2, 1>3

*p<0,05 ANOVA testi

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Beck Depresyon Ölçeği puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $11,16 \pm 7,21$, 1-5 yıl grubunda $8,84 \pm 6,4$, ve >5 yıl grubunda $9,62 \pm 6,56$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,033$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, <1 yıl grubunun 1-5 yıl grubundan anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer gruplar arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Fiziksel Fonksiyon puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $70,16 \pm 21,59$, 1-5 yıl grubunda $71,55 \pm 22,97$, ve >5 yıl grubunda $75,7 \pm 19,81$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,174$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasında Fiziksel Fonksiyon açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Fiziksel Rol Güçlüğü puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $59,78 \pm 44$, 1-5 yıl grubunda $68,58 \pm 40,21$, ve >5 yıl grubunda $66 \pm 34,73$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,248$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasında Fiziksel Rol Güçlüğü açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Emosyonel Rol Güçlüğü puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $63,77 \pm 46,53$, 1-5 yıl grubunda $68,02 \pm 41,31$, ve >5 yıl grubunda $68,67 \pm 39,02$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,676$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasında Emosyonel Rol Güçlüğü açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Enerji Canlılık Vitalite puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $48,8 \pm 18,34$, 1-5 yıl grubunda $55,14 \pm 17,02$, ve >5 yıl grubunda $57,1 \pm 17$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,003$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, <1 yıl grubunun 1-5 yıl ve >5 yıl gruplarından anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Ruhsal Sağlık puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $52,78 \pm 17,09$, 1-5 yıl grubunda

58,81±15,15, ve >5 yıl grubunda 60,12±18,03 olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,005$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, <1 yıl grubunun 1-5 yıl ve >5 yıl gruplarından anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Sosyal İşlevsellik puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda 64,67±22,89, 1-5 yıl grubunda 70,02±23,9, ve >5 yıl grubunda 70,63±25,02 olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,160$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasında Sosyal İşlevsellik açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Ağrı puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda 63,32±23,13, 1-5 yıl grubunda 69,31±25,73, ve >5 yıl grubunda 68,38±24,35 olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,169$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasında Ağrı açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Genel Sağlık puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda 52,28±15,5, 1-5 yıl grubunda 59,97±17,06, ve >5 yıl grubunda 58,05±16,36 olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,002$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, <1 yıl grubunun 1-5 yıl ve >5 yıl gruplarından anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Yaşam Kalitesi puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda 59,95±18,05, 1-5 yıl grubunda 64,8±18,02, ve >5 yıl grubunda 65,99±16,03 olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,040$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, <1 yıl grubunun >5 yıl gruplarından anlamlı bir şekilde daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Somatik Şikayetler puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda 7,39±4,96, 1-5 yıl grubunda 6,65±3,72, ve >5 yıl grubunda 5,52±3,54 olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,006$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, <1 yıl

grubunun >5 yıl gruplarından anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Psikolojik Şikayetler puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $6,52 \pm 6,32$, 1-5 yıl grubunda $4,54 \pm 5,08$, ve >5 yıl grubunda $4,24 \pm 4,17$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,004$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, <1 yıl grubunun, 1-5 yıl ile >5 yıl gruplarından anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Ürogenital Şikayetler puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $3,17 \pm 3,82$, 1-5 yıl grubunda $2,46 \pm 3,18$, ve >5 yıl grubunda $2,44 \pm 3,11$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,211$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasında Ürogenital Şikayetler açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

En son gitmesinin üzerinden geçen süre grupları arasındaki Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar <1 yıl grubunda $17,09 \pm 12,17$, 1-5 yıl grubunda $13,65 \pm 8,78$, ve >5 yıl grubunda $12,2 \pm 7,68$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,001$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, <1 yıl grubunun, 1-5 yıl ile >5 yıl gruplarından anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 20. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Menopoza Girme Süresi Açısından İncelenmesi

	Menopoza gireli kaç yıl oldu?				F	p	Çoklu karşılaştırma
	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	10 yıldan fazla			
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss			
Beck Depresyon Ölçeği	8,89±5,68	9,55±7,51	10,8±5,04	11,52±6,87	2,688	,046*	1<4
Fiziksel Fonksiyon	71,48±23,2	74,09±20,14	68,7±23,02	64,58±24,84	3,698	,012*	2>4
Fiziksel Rol Güçlüğü	67,61±39,28	65,2±40,09	59,78±40,27	58,63±40,79	,960	,412	
Emosyonel Rol Güçlüğü	72,3±41,4	64,39±43,58	69,57±36,93	53,97±41,69	2,951	,033*	1>4
Enerji Canlılık Vitalite	55,56±17	55,85±17,89	50,36±13,46	52,38±15,9	2,295	,077	
Ruhsal Sağlık	54,87±15,64	58,36±17,13	53,86±15,3	56,95±14,62	1,664	,174	
Sosyal İşlevsellik	72,89±18,9	68,75±23,64	67,21±19,07	63,84±27,99	2,036	,108	
Ağrı	71,09±22,35	68,84±23,87	64,46±24,91	60,06±26,21	3,511	,015*	1>4; 2>4
Genel Sağlık	53,94±15,7	59,2±15,92	56,74±16,18	52,38±16,87	4,072	,007*	2>4
Yaşam Kalitesi	64,04±16,18	64,77±17,35	61,2±17,05	58,07±18,01	3,177	,024*	2>4
Somatik Şikayetler	6,82±3,91	6,16±4,32	6,55±4,34	6,52±3,55	,501	,682	
Psikolojik Şikayetler	4,79±5,64	4,66±5,44	4,99±4,52	5,9±4,67	1,149	,329	
Ürogenital Şikayetler	2,03±2,86	2,61±3,47	2,38±3,09	2,95±3,46	1,088	,354	
Menopoz Semptomlarını Değerlendirmeye Ölçeği	13,63±9,6	13,43±10,26	13,91±7,63	15,38±8,46	,860	,462	

*p<0,05 ANOVA testi

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $8,89 \pm 5,68$, 1-5 yıl grubunda $9,55 \pm 7,51$, 6-10 yıl grubunda $10,8 \pm 5,04$ ve 10 yıldan fazla grubunda $11,52 \pm 6,87$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,046$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 1 yıldan az ve 10 yıldan fazla grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Fiziksel Fonksiyon puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $71,48 \pm 23,2$, 1-5 yıl grubunda $74,09 \pm 20,14$, 6-10 yıl grubunda $68,7 \pm 23,02$ ve 10 yıldan fazla grubunda $64,58 \pm 24,84$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,012$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 1-5 yıl grubunun 10 yıldan fazla gruptan anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Fiziksel Rol Güçlüğü puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $67,61 \pm 39,28$, 1-5 yıl grubunda $65,2 \pm 40,09$, 6-10 yıl grubunda $59,78 \pm 40,27$ ve 10 yıldan fazla grubunda $58,63 \pm 40,79$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,412$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni açısından Fiziksel Rol Güçlüğü puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Emosyonel Rol Güçlüğü puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $72,3 \pm 41,4$, 1-5 yıl grubunda $64,39 \pm 43,58$, 6-10 yıl grubunda $69,57 \pm 36,93$ ve 10 yıldan fazla grubunda $53,97 \pm 41,69$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,033$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 1 yıldan az ve 10 yıldan fazla grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Enerji Canlılık Vitalite puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $55,56 \pm 17$, 1-5 yıl grubunda $55,85 \pm 17,89$, 6-10 yıl grubunda $50,36 \pm 13,46$ ve 10 yıldan fazla grubunda $52,38 \pm 15,9$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,077$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni açısından Enerji Canlılık Vitalite puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Ruhsal Sağlık puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $54,87 \pm 15,64$, 1-5 yıl grubunda $58,36 \pm 17,13$, 6-10 yıl grubunda $53,86 \pm 15,3$ ve 10 yıldan fazla grubunda $56,95 \pm 14,62$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,174$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni açısından Ruhsal Sağlık puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Sosyal İşlevsellik puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $72,89 \pm 18,9$, 1-5 yıl grubunda $68,75 \pm 23,64$, 6-10 yıl grubunda $67,21 \pm 19,07$ ve 10 yıldan fazla grubunda $63,84 \pm 27,99$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,108$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni açısından Sosyal İşlevsellik puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Ağrı puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $71,09 \pm 22,35$, 1-5 yıl grubunda $68,84 \pm 23,87$, 6-10 yıl grubunda $64,46 \pm 24,91$ ve 10 yıldan fazla grubunda $60,06 \pm 26,21$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,015$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 1 yıldan az ve 10 yıldan fazla grupları ile 1-5 yıl ve 10 yıldan fazla grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Genel Sağlık puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $53,94 \pm 15,7$, 1-5 yıl grubunda $59,2 \pm 15,92$, 6-10 yıl grubunda $56,74 \pm 16,18$ ve 10 yıldan fazla grubunda $52,38 \pm 16,87$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,007$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 1-5 yıl grubunun 10 yıldan fazla gruptan anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Yaşam Kalitesi puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar 1 yıldan az grubunda $64,04 \pm 16,18$, 1-5 yıl grubunda $64,77 \pm 17,35$, 6-10 yıl grubunda $61,2 \pm 17,05$ ve 10 yıldan fazla grubunda $58,07 \pm 18,01$ olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA testi sonucunda, $p = 0,024$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Post hoc analizi sonucunda, 1-5 yıl grubunun 10 yıldan fazla gruptan anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanları incelenmiştir. Yapılan ANOVA testi sonucunda Menopoza gireli kaç yıl olduğu değişkeni açısından Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Tablo 21. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Menopoza Girme Şekli Açısından İncelenmesi

	Menopoza girme şekliniz nedir ?		t	p
	Doğal	Cerrahi		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	10,06±6,66	10,09±7,63	-,026	,980
Fiziksel Fonksiyon	70,96±22,49	67,94±22,3	,748	,455
Fiziksel Rol Güçlüğü	62,64±40,11	70,59±40,11	-1,106	,269
Emosyonel Rol Güçlüğü	64,57±41,71	63,73±45,96	,112	,911
Enerji Canlılık Vitalite	54,32±17,04	52,06±12,74	,753	,452
Ruhsal Sağlık	56,84±16,33	54,82±13,41	,699	,485
Sosyal İşlevsellik	68,55±22,77	64,34±28,06	1,009	,314
Ağrı	67,36±23,9	58,9±29,82	1,930	,054
Genel Sağlık	56,9±16,13	51,18±17,54	1,964	,049*
Yaşam Kalitesi	62,78±17,18	60,85±19,62	,620	,536
Somatik Şikayetler	6,39±4,16	6,71±3,37	-,425	,671
Psikolojik Şikayetler	4,98±5,33	5,18±3,2	-,207	,836
Ürogenital Şikayetler	2,51±3,31	2,82±3,34	-,522	,602
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	13,89±9,5	14,71±7,8	-,485	,628

* $p<0,05$ t testi

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Beck Depresyon Ölçeği puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde 10,06±6,66 ve Cerrahi menopoza girme şeklinde 10,09±7,63 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,980$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Fiziksel Fonksiyon puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde $70,96 \pm 22,49$ ve Cerrahi menopoza girme şeklinde $67,94 \pm 22,3$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,455$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Fiziksel Fonksiyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Fiziksel Rol Güçlüğü puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde $62,64 \pm 40,11$ ve Cerrahi menopoza girme şeklinde $70,59 \pm 40,11$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,269$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Fiziksel Rol Güçlüğü puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Emosyonel Rol Güçlüğü puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde $64,57 \pm 41,71$ ve Cerrahi menopoza girme şeklinde $63,73 \pm 45,96$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,911$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Emosyonel Rol Güçlüğü puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Enerji Canlılık Vitalite puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde $54,32 \pm 17,04$ ve Cerrahi menopoza girme şeklinde $52,06 \pm 12,74$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,452$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Enerji Canlılık Vitalite puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Ruhsal Sağlık puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde $56,84 \pm 16,33$ ve Cerrahi menopoza girme şeklinde $54,82 \pm 13,41$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,485$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Ruhsal Sağlık puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Sosyal İşlevsellik puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde

68,55±22,77 ve Cerrahi menopoza girme şeklinde 64,34±28,06 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,314$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Sosyal İşlevsellik puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Ağrı puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde 67,36±23,9 ve Cerrahi menopoza girme şeklinde 58,9±29,82 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,054$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Ağrı puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Genel Sağlık puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde 56,9±16,13 ve Cerrahi menopoza girme şeklinde 51,18±17,54 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,049$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopoza doğal yolla girmiş olan katılımcıların Genel Sağlık puanlarının cerrahi yolla girenlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Yaşam Kalitesi puanları incelenmiştir. Ortalama puanlar Doğal menopoza girme şeklinde 62,78±17,18 ve Cerrahi menopoza girme şeklinde 60,85±19,62 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,536$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, Menopoza girme şekli değişkeni açısından Yaşam Kalitesi puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Menopoza girme şekli değişkeni üzerinde yapılan analiz sonucunda Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanları incelenmiştir. Yapılan t testi sonucunda Menopoza girme şekli değişkeni açısından Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Tablo 22. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Menopoz ve Şikayetleri İçin Doktora Gitme Durumu Açısından İncelenmesi

	Menopoz ve şikayetleri için doktora gittiniz mi?		t	p
	Evet	Hayır		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	11,91±6,87	9,51±6,61	3,036	,003*
Fiziksel Fonksiyon	67,45±20,64	71,67±22,92	-1,587	,113
Fiziksel Rol Güçlüğü	55,16±40,86	65,75±39,64	-2,231	,026*
Emosyonel Rol Güçlüğü	52,9±43,41	67,97±41,05	-3,048	,002*
Enerji Canlılık Vitalite	49,29±17,41	55,57±16,25	-3,196	,002*
Ruhsal Sağlık	54,48±15,72	57,32±16,18	-1,490	,137
Sosyal İşlevsellik	66,98±21,66	68,55±23,74	-,565	,572
Ağrı	61,17±21,37	68,27±25,2	-2,452	,015*
Genel Sağlık	53,64±15,76	57,24±16,41	-1,863	,063
Yaşam Kalitesi	58,11±16	63,97±17,57	-2,862	,004*
Somatik Şikayetler	7,39±4,51	6,13±3,92	2,613	,009*
Psikolojik Şikayetler	6,7±5,37	4,49±5,02	3,633	,000*
Ürogenital Şikayetler	3,26±3,65	2,32±3,17	2,397	,017*
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	17,35±9,44	12,95±9,11	4,030	,000*

*p<0,05 t testi

Beck Depresyon Ölçeği puanları (Ort±ss: 11,91±6,87) menopoz ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 9,51±6,61) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur, p = 0,003*). Bu sonuçlar, menopoz ve şikayetleri için doktora giden bireylerin depresyon düzeylerinin, gitmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Fiziksel Fonksiyon değişkeni için yapılan t-test sonucunda, menopoz ve şikayetleri için doktora giden katılımcıların fiziksel fonksiyon puanları (Ort±ss: 67,45±20,64) menopoz ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 71,67±22,92) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, p = 0,113). Bu sonuçlar, menopoz ve şikayetleri için doktora giden ve gitmeyen bireyler arasında fiziksel fonksiyon düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Fiziksel Rol Güçlüğü değişkeni için yapılan t-test sonucunda, menopo ve şikayetleri için doktora giden katılımcıların fiziksel rol güçlüğü puanları (Ort±ss: 55,16±40,86) menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 65,75±39,64) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $p = 0,026^*$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden bireylerin fiziksel rol güçlüğü açısından gitmeyenlere göre daha düşük düzeyde olduklarını göstermektedir.

Emosyonel Rol Güçlüğü değişkeni için yapılan t-test sonucunda, menopo ve şikayetleri için doktora giden katılımcıların emosyonel rol güçlüğü puanları (Ort±ss: 52,9±43,41) menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 67,97±41,05) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $p = 0,002^*$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden bireylerin emosyonel rol güçlüğü açısından gitmeyenlere göre daha düşük düzeyde olduklarını göstermektedir.

Enerji Canlılık Vitalite değişkeni için yapılan t-test sonucunda, menopo ve şikayetleri için doktora giden katılımcıların enerji canlılık vitalite puanları (Ort±ss: 49,29±17,41) menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 55,57±16,25) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $p = 0,002^*$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden bireylerin enerji canlılık vitalite düzeylerinin gitmeyenlere göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Ruhsal Sağlık değişkeni için yapılan t-test sonucunda, menopo ve şikayetleri için doktora giden katılımcıların ruhsal sağlık puanları (Ort±ss: 54,48±15,72) ile menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanları (Ort±ss: 57,32±16,18) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $p = 0,137$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden ve gitmeyen bireyler arasında ruhsal sağlık düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Sosyal İşlevsellik değişkeni için yapılan t-test sonucunda, menopo ve şikayetleri için doktora giden katılımcıların sosyal işlevsellik puanları (Ort±ss: 66,98±21,66) ile menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanları (Ort±ss: 68,55±23,74) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $p = 0,572$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden ve gitmeyen bireyler arasında sosyal işlevsellik düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Ağrı değişkeni için yapılan t-test sonucunda, menopo ve şikayetleri için doktora giden katılımcıların ağrı puanları (Ort±ss: 61,17±21,37) ile menopo ve şikayetleri için

doktora gitmeyen katılımcıların puanları (Ort±ss: 68,27±25,2) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $p = 0,015^*$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden bireylerin ağrı düzeylerinin gitmeyen bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir.

Genel Sağlık değişkeni için yapılan t-test sonucunda, menopo ve şikayetleri için doktora giden katılımcıların genel sağlık puanları (Ort±ss: 53,64±15,76) ile menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanları (Ort±ss: 57,24±16,41) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t(X) = -1,863$, $p = 0,063$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden ve gitmeyen bireyler arasında genel sağlık düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.

Yaşam Kalitesi puanları (Ort±ss: 58,11±16) menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 63,97±17,57) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur, $p = 0,004^*$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden bireylerin Yaşam Kalitesi düzeylerinin, menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Somatik Şikayetler puanları (Ort±ss: 7,39±4,51) menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 6,13±3,92) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur, $p = 0,009^*$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden bireylerin Somatik Şikayetler düzeylerinin, gitmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Psikolojik Şikayetler puanları (Ort±ss: 6,7±5,37) menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 4,49±5,02) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur, $p = 0,000^*$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden bireylerin Psikolojik Şikayetler düzeylerinin, gitmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Ürogenital Şikayetler puanları (Ort±ss: 3,26±3,65) menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss: 2,32±3,17) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur, $p = 0,000^*$). Bu sonuçlar, menopo ve şikayetleri için doktora giden bireylerin Ürogenital Şikayetler düzeylerinin, gitmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Menopo Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları (Ort±ss: 17,35±9,44) menopo ve şikayetleri için doktora gitmeyen katılımcıların puanlarına (Ort±ss:

12,95±9,11) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur, p = 0,000*). Bu sonuçlar, menopoz ve şikayetleri için doktora giden bireylerin Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği düzeylerinin, gitmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 23. Depresyon, Yaşam Kalitesi ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirmenin, Menopozdan Sonra Eşiyle İlişkisi Etkilenme Durumu Açısından İncelenmesi

	Menopozdan sonra eşinizle ilişkiniz etkilendi mi?		t	p
	Evet	Hayır		
	Ort±ss	Ort±ss		
Beck Depresyon Ölçeği	12,95±6,98	8,68±6,15	5,639	,000*
Fiziksel Fonksiyon	65,71±23	73,09±20,61	-3,041	,003*
Fiziksel Rol Güçlüğü	56,25±39,99	66,78±40,15	-2,323	,021*
Emosyonel Rol Güçlüğü	51,94±43,6	71,11±40,09	-3,998	,000*
Enerji Canlılık Vitalite	50,88±16,24	55,62±17,15	-2,494	,013*
Ruhsal Sağlık	53,53±16,46	58,28±16,34	-2,561	,011*
Sosyal İşlevsellik	61,88±23,31	71,17±22,96	-3,561	,000*
Ağrı	61,52±25,51	69,29±23,16	-2,863	,004*
Genel Sağlık	51,79±14,78	58,36±16,03	-3,720	,000*
Yaşam Kalitesi	57,28±16,86	65,24±16,68	-4,226	,000*
Somatik Şikayetler	6,37±4,16	6,45±4,03	-,188	,851
Psikolojik Şikayetler	6,67±5,97	4,02±4,45	4,272	,000*
Ürogenital Şikayetler	3,97±3,68	1,87±2,9	5,411	,000*
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	17±10,37	12,34±8,3	4,251	,000*

*p<0,05 t testi

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puanları ortalama olarak 12,95±6,98 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları 8,68±6,15 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, p = 0,000 (p < 0,05) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Beck Depresyon Ölçeği puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmiş olanların Beck Depresyon Ölçeği puanları, kesilmemiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları ortalama olarak 65,71±23 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları

73,09±20,61 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,003$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Fiziksel Fonksiyon puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Fiziksel Fonksiyon puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Fiziksel Rol Güçlüğü puanları ortalama olarak 56,25±39,99 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları 66,78±40,15 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,021$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Fiziksel Rol Güçlüğü puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Fiziksel Rol Güçlüğü puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Emosyonel Rol Güçlüğü puanları ortalama olarak 51,94±43,6 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları 71,11±40,09 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Emosyonel Rol Güçlüğü puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Emosyonel Rol Güçlüğü puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Enerji Canlılık Vitalite puanları ortalama olarak 50,88±16,24 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları 55,62±17,15 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,013$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Enerji Canlılık Vitalite puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Enerji Canlılık Vitalite puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Ruhsal Sağlık puanları ortalama olarak 53,53±16,46 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları 58,28±16,34 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,011$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Ruhsal Sağlık puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Ruhsal Sağlık puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Sosyal İşlevsellik puanları ortalama olarak $61,88 \pm 23,31$ iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları $71,17 \pm 22,96$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Sosyal İşlevsellik puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Sosyal İşlevsellik puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Ağrı puanları ortalama olarak $61,52 \pm 25,51$ iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları $69,29 \pm 23,16$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,004$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Ağrı puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Ağrı puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Genel Sağlık puanları ortalama olarak $51,79 \pm 14,78$ iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları $58,36 \pm 16,03$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Genel Sağlık puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Genel Sağlık puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Yaşam Kalitesi puanları ortalama olarak $57,28 \pm 16,86$ iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları $65,24 \pm 16,68$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Yaşam Kalitesi puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmemiş olanların Yaşam Kalitesi puanları, kesilmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Somatik Şikayetler puanları ortalama olarak $6,37 \pm 4,16$ iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları

6,45±4,03 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,851$ ($p > 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Somatik Şikayetler puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Psikolojik Şikayetler puanları ortalama olarak 6,67±5,97 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları 4,02±4,45 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Psikolojik Şikayetler puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmiş olanların Psikolojik Şikayetler puanları, kesilmemiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Ürogenital Şikayetler puanları ortalama olarak 3,97±3,68 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları 1,87±2,9 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Ürogenital Şikayetler puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmiş olanların Ürogenital Şikayetler puanları, kesilmemiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi etkilenmiş olan katılımcıların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ortalama olarak 12,34±8,3 iken, etkilenmemiş katılımcıların puanları 17±10,37 olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucunda, $p = 0,000$ ($p < 0,05$) elde edilmiştir. Bu sonuçlar, menopozdan sonra eşiyle ilişkisinin kesilme durumunun Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Menopozdan sonra eşiyle ilişkisi kesilmiş olanların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği puanları, kesilmemiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte kadın hayatında menopo­z döneminde geçirilen süre de artmıştır. Kadınların menopo­z döneminde yaşam kalitelerinin yüksek olması için yaşadıkları sorunların ve bununla ilişkili faktörlerin incelenmesi önemlidir. Menopo­z dönemi fiziksel, ruhsal ve sosyal sonuçları açısından değerlendirilmesi gereken, toplumsal sonuçlarının değerlendirilmesi ve bireylerin farkındalığının artırılması gereken önemli bir konudur. Birinci basamağa başvuran kadın hastalarda menopo­z döneminin etkilerinin araştırıldığı bu çalışmaya toplam 400 kişi dahil edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $54,6 \pm 5,3$ 'dir. Suudi Arabistan'da 2015 yılında yapılmış olan menopo­zal semptomların yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması $49,7 \pm 3,5$ 'tir (94). Çalışmamızda yaş ortalamasının yüksek olmasının nedeninin araştırmaya katılan kadınların postmenopo­zal dönemde olmasıyla açıklanabilir. Nitekim; Wieder-Huszla ve arkadaşlarının 2014'te postmenopo­zal dönemdeki kadınlar üzerinde sosyodemografik, kişisel ve medikal faktörlerin yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $57,5 \pm 6,4$ 'tür (95). Güler'in klimakterium dönemindeki kadınların menopo­zal belirti ve tutumlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında yaş ortalaması $54.903 \pm 3,847$ 'dir (96). Bu çalışmalarda yaş ortalaması, perimenopo­zal dönemdeki kadınların çalışmaya dahil edilmemiş olması ve çalışmaya katılanların en az beş yıldır menopo­zda olması nedeniyle çalışmamızla benzer sonuçlanmış olabilir.

Medeni durum dağılımına bakıldığında, %81,3'ü evli, %3,3'ü bekar, %4,8'i eşini kaybetmiş ve %10,8'i boşanmıştır. Ülkeler ve bölgeler arasında medeni durum açısından farklılıklar gözlenebilmekle birlikte benzer çalışmalarda evli kadınlar çoğunlukta olmaktadır (29,94,95).

Eğitim düzeyine göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların %64'ü üniversite mezunu, %17,3'ü lise mezunu, %9,3'ü ilkokul mezunudur. Çalışmanın yapıldığı yere göre eğitim durumu çok farklılık gösterebilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılmış 2016 yılındaki bir araştırmada ülkemizde 25 yaşın üzerinde okuryazar olmayan kadın oranı %8,5, yüksekokul veya fakülte mezunu kadınların oranı %14,2 olarak bulunmuştur (97). Türkiye geneli istatistiklere göre çalışmamızda okuryazar olmayan

kadınların oranı daha az, üniversite mezunu kadınların oranı ise daha fazladır. Araştırmamız Adana ilindeki sosyoekonomik ve akademik düzeyi yüksek olan bir ilçesinde yapıldığı için böyle sonuçlanmıştır.

İlaç kullanılmasını gerektirecek hastalıklar dağılımına bakıldığında, katılımcıların %51,7'sinde en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamıza benzer olarak kronik hastalık oranı Karaçam ve Şeker'in 2007 yılındaki çalışmasında %50,9, Güler'in çalışmasında %55,9 saptanmıştır (96,98). Kronik hastalık sıklığı yaşla birlikte artmaktadır.

Sigara kullanımına bakıldığında, katılımcıların %29'u sigara kullanmaktadır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 2017 raporunda Türkiye'de 15 yaş üzeri kadınlarda sigara kullanım oranı %13,1'dir (99). Çalışmamızda sigara kullanım oranı Türkiye geneline kıyasla yüksek bulunmuştur. Sigara içen katılımcı oranı Ceylan'ın çalışmasında %28,7 ile benzer bulunmuştur (29).

Alkol kullanımına bakıldığında, katılımcıların %7'si alkol kullanmaktadır. Kanada'da menopoza girme yaşını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada katılımcıların %50,6'sı haftada en az bir kez alkol kullanmakta ve %13'ü alkol kullanmamaktadır (100). Alkol ve sigara kullanım oranı toplumlar arasında farklılık gösterebildiği gibi araştırma yapılan bölgede kadının kendini ifade etme ve alışkanlıklarını dile getirme özgürlüğünden de etkilenebilir.

Katılımcıların yaşadıkları kişilere bakıldığında, %53,5'i eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Çalışmamıza katılan katılımcıların daha çok eşi ve çocuklarıyla yaşamaları günümüzde çekirdek aile yapısının daha çok tercih edilmesine bağlı olduğu düşünülmüştür.

Katılımcıların %58,5'i kontrol amaçlı kadın doğuma gitmiştir. Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında kadınların %40,6'sı düzenli olarak jinekoloğa gitmektedir (101). Sert'in çalışmasında kadınların %23,3'ü düzenli olarak jinekoloğa gitmektedir (102). Kadınlar periyodik sağlık muayenesinden biri olan jinekolojik muayeneye teşvik edilmelidir.

Menopoza girme şekline gelindiğinde, katılımcıların %91,5'i doğal menopoz yaşadığını, %8,5'i ise cerrahi müdahale ile menopoza girdiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamıza benzer olarak, Aydemir'in Edirne'deki çalışmasında katılımcıların %80,9'unun doğal, %19,1'inin cerrahi yolla menopoza girdiği saptanmıştır (103).

Menopoz hakkındaki düşüncelerine gelindiğinde, katılımcıların çoğunluğu (%90) menopoza doğal ve normal bir süreç olarak görmekte, %3'ü kadınlık özelliğinin yok olması, %13,3'ü üretkenliğin kaybolması, %17'si yaşlandığını hissetme, %11,3'ü cinselliğin azalması olarak değerlendirmektedir. Aydemir'in çalışmasında katılımcıların menopoz dönemini tanımlamak için verdikleri cevaplar sıklık sırasına göre "doğurganlığın sona ermesi", "doğal bir olay", "fiziksel bir değişiklik", "hayatta yeni bir dönem", "yaşlılığın başlaması" şeklinde olmuştur (103). Kiroğlu'nun çalışmasında kadınlara menopoz dönemi hakkında düşünceleri sorulduğunda, katılımcıların %52,5'i menopoz dönemini "değişiklik", %36'sı "yaşlanmak", %15'i ise "hastalık" olarak ifade etmişlerdir (104). Çalışmamıza katılan kadınların menopoz dönemiyle ilgili ifadelerine bakıldığında "doğal normal bir süreç" seçeneğinin en fazla kullanıldığı saptanmıştır. Kadınlarda menopoz dönemiyle ilgili olumlu ve olumsuz düşünceler mevcuttur. Menopoz döneminde biyolojik değişiklikler benzer şekilde yaşanmasına rağmen her kadın bu dönemi farklı şekilde yaşayabilir. Menopoz dönemi kadınların duygu karmaşıklığı, kimlik sorunları ve psikolojik etkilenimler yaşadıkları dönemdir.

Katılımcıların menopoz hakkındaki bilgilerini nereden edindiklerine bakıldığında, %59,8'i çevreden, %49,3'ü sağlık personelinde, %22'si televizyondan, %38'i internetten, %9,8'i gazeteden ve %3'ü diğer kaynaklardan bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Güler'in çalışmasında katılımcıların %43,3'ü menopoz dönemi ile ilgili bilgileri komşu ve arkadaşlarından, %40,8 'i ise doktora başvurarak edindiklerini belirtmişlerdir (96). Katılımcıların bilgi kaynakları sosyokültürel olarak farklılık gösterebilmektedir. Çalışmamızdaki sonuçlar nispeten olumlu olsa da sağlık profesyonellerinin bilgilendirme sürecinde daha aktif rol alması farkındalığın sağlıklı ilerlemesine katkı sağlayacaktır.

Menopozdan sonra eşiyle ilişkilerinin etkilendiğini belirten katılımcıların oranı %34,8 iken, etkilenmeyenlerin oranı %65,2 olarak görülmüştür. Kiroğlu'nun çalışmasında katılımcıların %60'ının menopoz sonrası dönemde cinsel isteginde azalma olduğu saptanmıştır (104). Güler'in çalışmasında katılımcıların %49,6'sının cinsel isteginde değişiklik olmazken, %49,6'sının cinsel isteginde azalma olmuş, %0,8'inin cinsel isteginde artış saptanmıştır (96). Kadınlarda menopoz döneminde yaşanan hormonal değişiklikler sonucunda menstrüasyon düzensizliği, anksiyete, uyku bozukluğu, vajinal kuruluk, disparoni, libido kaybı ve buna bağlı gelişen cinsel fonksiyon

bozuklukları ve cinsel isteksizlik görülebilir (61). Menopoz dönemi aynı zamanda yaşlanma dönemine denk geldiği için bu dönemde görülen kronik hastalıkların yanı sıra kullanılan ilaçların yan etkisi de cinselliği olumsuz etkileyebilir (105).

Bireylerin ve toplumların özelliklerine göre menopozal dönemde görülen semptomlarda farklılıklar gözlenebilmektedir. Bazı çalışmalarda en sık görülen menopozal semptom sıcakbasması olarak saptanmıştır (106). Farklı bir çalışmada en sık görülen menopozal semptomlar kas ve eklem rahatsızlıkları, depresif duygudurum, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olarak belirlenmiştir (107).

Bizim çalışmamızda katılımcılarda en sık %69,3 ile sıcak basması ve terlemeler saptanmıştır. Ayrıca sırasıyla katılımcıların %40,3'ü sinirlilik yaşadığını, %38,3'ü eklem ve kas rahatsızlıkları yaşadığını, %38,3'ü uyku sorunları yaşadığını, %32'si fiziksel ve zihinsel yorgunluk belirtileri yaşadığını, %28,8'i keyifsizlik hali yaşadığını, %25,3'ü vajinada kuruluk olduğunu, %24'ü endişe yaşadığını, %20'si idrar sorunları olduğunu, %18,3'ü cinsel sorunlar yaşadığını, %14,8'i normalde hissetmediği şekilde kalp rahatsızlıkları belirtilerini deneyimlediğini belirtmiştir. Ghazanfarpour ve ark.'larının çalışmasında kadınların en çok vazomotor şikayetler yaşadıkları ve en az cinsel yakınmalar yaşadıkları saptanmıştır (108). Menopozal yakınmaların şiddeti ve sıklığı farklı ülkelere ve ülkelerin farklı bölgelerine göre değişiklik göstermektedir. Sosyodemografik durum, kültürel özellikler, gelenekler, yaşa bağlı değişiklikler, eş ve aile desteği, besin kaynakları, rol algısı, yaşam felsefesi menopoz yakınmaların sıklığını ve şiddetini etkileyen faktörlerdendir (109).

Yaş artışı ile yaşam kalitesinin azaldığı bilinmektedir (110). Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş ortalaması 54,6'ydı. Yapılan analiz sonucunda hastaların yaş grupları ile BDÖ arasında 51-55 yaş grubunda, 56-60 yaş grubuna göre anlamlı bir şekilde farklı olduğu tespit edilmiştir. Diğer yaş grupları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaş grupları ile SF-36 yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda MSDÖ toplam puanı, somatik ve psikolojik şikayetler alt boyut puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ürogenital şikayetler ile yaş arasında sadece 60 yaş üzeri için istatistiksel olarak anlamlı olan negatif korelasyon bulunmuştur. Dündar Nacar'ın çalışmasında MSDÖ toplam puanı, somatik ve ürogenital şikayetler alt boyut puanları ile yaş arasında anlamlı

olmayan zayıf pozitif korelasyon bulunmuştur. Psikolojik şikayetler ile yaş arasında ise anlamlı olmayan zayıf negatif korelasyon bulunmuştur (111).

Bizim çalışmamıza benzer sonuçlanan İran, Çin gibi çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda da yaş ile menopozal semptomlar arasında ilişki bulunamamıştır (12, 112).

Literatürde medeni durum ile menopozal semptom şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyle ilgili sonuçlar değişkenlik göstermektedir. 1994 yılında Uçanok'un çalışmasına göre 45-54 yaş arasındaki kadınlarda menopoza ilişkin tutumlarında medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı sonucuna varılmıştır (113). Menopoz dönemi, kadınların fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşadığı ve desteğe ihtiyaç duydukları bir dönem olması nedeniyle, eş desteği menopoz semptomlarının daha az şiddetli algılanmasını sağlayabilir.

Bizim çalışmamızda medeni durum ile BDÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmada, medeni durumun Ürogenital Şikayet puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Evli olanların Ürogenital Şikayet puanları, evli olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamıza benzer şekilde 2010 yılında yapılan bir çalışmada evli olan kadınlar artmış ürogenital semptom şiddetiyle ilişkilendirilmiştir (114). Bazı çalışmalarda da menopoz semptomları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (96,106).

Menopoz dönemine geçiş ile birlikte çocuk sahibi olma ihtimali sona erdiği için, hiç çocuk sahibi olmayan kadınların menopoza karşı düşünceleri daha olumsuz olabilir. Bu yüzden yaşadığı menopoz semptomlarını daha şiddetli algılayabilir. Ancak çalışmamızda çocuk sahibi olma durumuna göre MSDÖ'de anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yalnız MSDÖ alt gruplarından Ürogenital Şikayetler puanları çocuğu olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada katılımcılardan çocuğu olmayanların oranı yalnız %9 (n=36) olması nedeniyle böyle sonuçlanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşadıkları kişilerin farklılıkları ile BDÖ, MSDÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Başka çalışmalarda aile tipleri arasında kıyas yapılmıştır. Erzurum'da yapılan Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında aile tipi ile menopoz semptomları arasında ilişki bulunmamıştır (115). Çekirdek aile yapısına sahip veya yalnız yaşayan kadınlar aile

büyüklerinden menopo2 döneminde destek alamamaları ve sorumluluklarını paylaşabilecekleri kimselerinin olmaması nedeniyle menopo2 semptomlarını daha şiddetli yaşayabilirler. Fakat geniş aile yapısına sahip olmak ise kalabalık ev koşullarına baēlı sorunlara neden olabileceēinden menopo2 döneminde zorlanmalara yol açabilir.

Eēitim düzeyinin yüksek olması, kadınların saēlıklı yaşam ile ilgili daha bilgili olmalarına, bilinçli davranmalarına ve bu sayede menopo2 semptomlarından daha az etkilenmelerine zemin hazırlayabilir. Birçok çalışmada da artan eēitim düzeyi ile menopo2 semptomlarının azaldıēı gözlenmiştir. Güler'in çalışmasında üniversite mezunu olanlarda menopo2 semptomları ilkokul mezunu olan kadınlara kıyasla daha hafif seyrettiēi bulunmuştur (96). İran'da yapılan çalışmada eēitim düzeyi arttıkça menopo2 semptomlarının şiddetinin azaldıēı gösterilmiştir (112). Chedraui ve ark.'larının çalışmasında ise kadınlar eēitim düzeyi düştükçe, daha yüksek psikolojik ve somatik semptom puanları aldıkları saptanmıştır (107). Ancak çalışmamızda MSDÖ ile eēitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hatta ölçeēin Ürogenital Şikayetler alt boyutunda üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması ortaokul ve altı okul mezunu olanlara göre daha yüksektir. Çalışmamıza benzer şekilde Çelik ve Pasinlioēlu'nun çalışmasında öğrenim düzeyleri ile menopo2 semptomları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (115). Tümer A. ve Kartal A.'nın çalışmasında eēitim düzeyi arttıkça hastaların psikolojik yakınmalarının arttıēı gösterilmiştir (116).

Çalışmamızda eēitim durumu ile BDÖ arasında lise mezunu olanların puan ortalaması üniversite ve üstü okul mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi genel puanı ve eēitim durumu arasında üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması lise mezunu olanlara göre daha yüksektir. Eēitim durumu sadece bilinç düzeyinde deēil kişinin sosyal yaşamını ve ruhsal durumunu da etkileyebilir. Eēitim seviyesinin yaşam kalitesi ve cinsel yaşam kalitesine etkisi üzerine yapılan çalışmalarda menopozdaki kadınlarda eēitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi ve cinsel yaşam kalitesi anlamlı düzeyde arttıēı saptanmıştır (117,118). Verilecek danışmanlık hizmetlerinde, menopo2 döneminde olan kadınlara sosyal yaşama katılmaları önerilmelidir. Bizim çalışmamızda katılımcıların %66,5'u üniversite ve üzeri eēitim düzeyindedir ve katılımcıların nerdeyse tamamı şehirde yaşadıēı için kırsal kesimde yaşayan insanlarla da yapılsa farklı sonuçlar elde edilebilir.

Çalışan ve çalışmayan kadınların yaşadıkları toplumlara göre deēişen

sosyokültürel ve ekonomik koşullar olması nedeniyle, kadınların toplumdaki konumları ve sorumlulukları da değişkenlik gösterir. Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumu ile MSDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Kıroğlu'nun 2005 yılında yaptığı çalışmasında çalışma durumu ile menopoz semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (104). Birçok çalışmada kadınların çalışma hayatı içinde yer alması menopoz semptomlarını azaltırken, kadınların yaşam kalitesini de arttırdığı gösterilmektedir (119). Bizim çalışmamızda BDÖ ile çalışma durumu arasında çalışanların depresyon puanları daha düşük saptanmıştır. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi alt grupları ve çalışma durumu değişkeni üzerinde çalışanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda her ne kadar çalışma durumuyla menopozal semptomlar üzerinde anlamlı farklılık saptanmasa da çalışma durumu ile depresyon ve yaşam kalitesi için çalışmanın depresyonla negatif ilişkili, yaşam kalitesiyle pozitif ilişkili olduğu görülmüştür. Huszla ve ark. çalışmasında, çalışan kadınlarda fiziksel fonksiyonlar ve günlük aktivite gibi yaşam kalitesi göstergelerinin olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (95). Bryzski ve ark.'nın çalışmasında eğitimin azlığı, işte çalışmama ve düşüksosyoekonomik düzeyde menopozal semptomların daha şiddetli olduğu görülmüştür (120).

Çalışmamızda katılımcılarda sigara kullanma durumu ile BDÖ, MSDÖ ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak Karaçam ve Şeker'in 2007 yılındaki çalışmasında sigara kullanımı ile menopoz semptomları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (98). Ancak Dennerstein ve ark. menopozdan önce sıcak basması gibi belirtilerin erken başlamasını kadının bir işte çalışmamasıyla ve sigara içmesiyle ilişkili olduğunu saptamışlardır (121).

Menopoz ve yaşlanma beraber ilerleyen bir süreç olduğundan yaşlanmayla kronik hastalıkların artmasında doğal ve beklenen bir süreçtir. Çalışmamızda kronik hastalığı olan katılımcıların BDÖ puanları, hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Yani yaşlanmayla birlikte menopoz döneminde artan kronik hastalık insidansı aynı zamanda menopoz döneminde depresyon gelişmesi için de zemin hazırlamaktadır.

Çalışmamızda SF-36 Yaşam Kalitesi toplam puanı ve alt gruplarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji Canlılık Vitalite,

Sosyal İşlevsellik, Ağrı, Genel Sağlık puanlarında, hastalığı olan katılımcıların hastalığı olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yani kronik hastalık varlığında menopoza dönemindeki yaşam kalitesi azalmaktadır.

Çalışmamızda MSDÖ ve Somatik Şikayetler ve Psikolojik Şikayetler alt grupları, hastalığı olan katılımcıların olmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda Ürogenital Şikayetler alt grubunda ise kronik hastalık varlığı için anlamlı bir etki bulunmamıştır.

Kıroğlu'nun 2005 yılındaki çalışmasında kronik hastalığı olanlarda menopoza semptomları iki kat daha yüksek saptanmıştır (104). Lerner-Geva ve ark.'nın yaptığı çalışmada herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlarda menopoza belirtilerinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (122).

Sonuç olarak kronik hastalığı olan kadınlarda menopoza semptomlar pozitif yönde, depresyon düzeyleri pozitif yönde, yaşam kalitesi negatif yönde etkilenmektedir.

Araştırmamızda menopoza süresi ile MSDÖ ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. İranlı kadınlar üzerinde Fallahzadeh'in yapmış olduğu çalışmada 5 yıl ve daha az süredir menopoza olan kadınların psikososyal, fiziksel ve seksüel yönden 5 yıl üstü menopoza olan kadınlara kıyasla daha düşük değerlere sahip olduğu saptanmıştır (123).

Çalışmamızda menopoza girme şekli açısından BDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Aynı zamanda menopoza girme şekliyle SF-36 yaşam kalitesi toplam puanı ve alt gruplarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji Canlılık Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı için anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bizim çalışmamızla benzer olarak Çalışkan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, cerrahi menopoza giren olguların yaşamkalitesi, spontan menopoza giren olguların yaşam kalitesi ile benzer bulunmuştur (124).

Çalışmamızda menopoza girme şekli ile MSDÖ arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bir çalışmada ise cerrahi yolla menopoza giren kadınların doğal menopoza giren kadınlara oranla daha fazla sıcak basması ve ruh hali dalgalanması yaşadıkları tespit edilmiştir (125). Bachmann GA ve ark. menopoza girme şekli ile sıcak basması semptomu arasında cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda bu semptomun daha uzun süre devam ettiği ve daha şiddetli olduğunu saptamıştır (31).

Çalışmamızdaki menopoza giriş şeklinin menopoza semptomlarına etkisi

konusunda literatürü destekler yönde olmamasının nedeni cerrahi yolla menopoza girmiş olan katılımcı sayısının az olması ile ilişkilendirilebilir. Bu oran daha düşük de olabilir çünkü tek başına histerektomi olan katılımcılar over fonksiyonundan bağımsız olarak histerektomi ile sonlanan menstrüasyonu menopoza olarak yorumlamış olabilir ve tek başına histerektomiye cerrahi menopoza olarak bildirmiş olabilir.

Ayrıca çalışmamızda menopoza giriş şekli ile BDÖ ve SF-36 yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamasının nedeni olarakta cerrahinin over kanserine karşı koruyucu etkisi olması ve cerrahi menopoza dönemi hakkında hastaların bilgilendirilmiş olmaları olabilir. Diğer bir neden cerrahiye başvurulmasının altında yatan patoloji ile birlikte semptomlarının ortadan kalkması olabilir. Örneğin kadınlarda myoma uteri semptomları olması halinde anormal kanamalar ve pelvik baskı nedeniyle yaşam kalitesi, cinsel yaşam olumsuz etkilenmektedir ve depresyona yatkınlık artmaktadır (126). Myoma uterinin semptomatik olduğu bir hastada bu sorunların ortadan kalkması ile yaşam kalitesinde, cinsel yaşamda ve ruh halinde iyileşme görülmesi kaçınılmazdır.

Kadınlar menopoza döneminde vücudunda meydana gelen değişimler ve semptomlar nedeniyle doktora başvurabilirler. Çalışmamıza katılanların %58,5’u kontrol amaçlı kadın doğuma gittiklerini belirtirken, yalnız %23’ü menopoza ve şikayetleri için doktora başvurduklarını belirtmişlerdir. Bu farklılığın sebebi çalışmamıza katılan menopozal dönemdeki kadınların menopoza semptomları hakkında farkındalıklarının yeterince olmaması nedeniyle kontrol amaçlı doktora başvuranlar arasında, menopoza semptomları için başvuranlar olabileceğini düşündürüyor.

Çalışmamızda BDÖ puanları menopoza ve şikayetleri için doktora giden bireylerin depresyon düzeylerinin, gitmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda menopoza ve şikayetleri için doktora giden bireylerin MSDÖ ve alt gruplarındaki düzeylerin, gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda menopozdan sonra eşile cinsel ilişkisi etkilenmiş olanların BDÖ puanları, etkilenmemiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda menopozdan sonra eşile ilişkisi etkilenmemiş olanların yaşam kalitesi düzeyleri etkilenmiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak menopozun cinsel yaşama olan olumsuz etkisi, kadınlarda depresyon düzeylerini arttırıp, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Eşile ilişkisi etkilenmiş olanların MSDÖ puanları etkilenmemiş olanlara kıyasla

daha yüksek bulunmuştur. Bu ölçeğin alt gruplarına baktığımızda menopozdan sonra eşiyile ilişkisi etkilenmiş olanların Psikolojik Şikayetler puanları ve Ürogenital Şikayetler puanları, kesilmemiş olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Menopoz semptomlarını daha sık yaşayanların bu semptomlarla daha çok uğraştıklarını, daha çok özgüven kaybı yaşayabileceklerini ve daha depresif olabileceklerini ve bu nedenle daha fazla cinsel isteksizlik ve karşı cinsin yanında rahat olamayabileceklerini tahmin etmekteyiz. Bu durum da kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında sayılabilir.

Literatüre baktığımızda menopoz dönemindeki kadınlarda hormonal düzensizlikten dolayı depresyon, anksiyete, obsesyon, kişiler arası duyarlılık ve psikotizm gibi problemlerin yaşandığı görülmektedir (127). Yaşın ilerlemesiyle artan kronik hastalıklar, toplumsal beklentiler ve rol değişiklikleri kadınlarda artan depresyon düzeylerine neden olabilir (128).

Bizim çalışmamızda depresyon düzeyi değerlendirildiğinde, katılımcıların %49,3'ünde minimal depresyon düzeyi, %33,3'ünde hafif depresyon düzeyi ve %17,5'inde orta depresyon düzeyi tespit edilmiştir. Şiddetli depresyon düzeyinde ise herhangi bir katılımcı bulunmamaktadır.

Çalışmamızda BDÖ ile Somatik Şikayetler arasında pozitif yönlü orta, Psikolojik Şikayetler arasında pozitif yönlü orta, Ürogenital Şikayetler arasında pozitif yönlü zayıf, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif yönlü orta ilişki bulunmaktadır. Çalışmamıza benzer olarak Taşkiran ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon düzeyleri arttıkça somatik, psikolojik ve ürogenital olmak üzere tüm semptomlarda anlamlı derecede artış görülmüştür. Aynı zamanda depresyon şiddeti arttıkça bireylerin yaşam kalitesinin psikososyal, vazomotor, fiziksel ve cinsel alt boyutlarının da anlamlı olarak etkilendiği tespit edilmiştir (129).

Çalışmamızda SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin tüm alt gruplarında BDÖ skoru ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda depresyon en çok Enerji Canlılık Vitaliteyi etkilemekte iken onu sırasıyla Emosyonel Rol Güçlüğü ve Fiziksel Rol Güçlüğü takip etmektedir. Depresyonun Yaşam Kalitesi üzerindeki etkisini incelediğimizde, etkinin negatif olduğu görülmektedir.

Yapılan birçok çalışmada algılanan yaşam kalitesinin postmenopozal kadınlarda, premenopozda olanlardan daha kötü olduğu belirtilmekte ve menopozun yaşam kalitesine olan bu kötü etkisi menopoz semptomlarından kaynaklandığı düşünülmektedir (130).

Çalışmamızda benzer şekilde SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin tüm alt gruplarıyla MSDÖ arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Sonuç olarak çalışmamızda menopoş dönemindeki semptomlar arttıkça yaşam kalitesinde azalma görölmektedir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Adana ilindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalardan menopo  döneminde olan kadınlarda hangi semptomların daha sık görüldüğünü ve bu semptomların kadınlarda depresyon durumlarına ve yaşam kalitesine etkisini 400 katılımcı ile araştırdığımız bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmada gösterildiğı üzere kadınlarda menopo  dönemiyle ilgili olumlu ve olumsuz düşünceler mevcuttur.

Yaş ile menopo  semptomları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

En sık menopo  semptomları sıcak basması, terlemeler ve sinirlilik; en az görülen semptomlar ise kalp rahatsızlıkları ve cinsel sorunlar bulundu.

Medeni durum ile depresyon, yaşam kalitesi ve menopo  semptomları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Çocuk sahibi olma durumu ile depresyon, yaşam kalitesi ve menopo  semptomları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Yalnız yaşayanlar ve aile ya da akrabası ile yaşayanların depresyon, yaşam kalitesi ve menopo  semptomları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Eğitim durumu ile depresyon düzeyi arasında lise mezunu olanların puan ortalaması üniversite ve üstü okul mezunu olanlara göre daha yüksek bulundu. Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında üniversite ve üstü okul mezunu olanların puan ortalaması lise mezunu olanlara göre daha yüksek bulundu. Menopo  semptomları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Çalışma durumu ile menopo  semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışma durumuyla menopo al semptomlar üzerinde anlamlı farklılık saptanmasa da çalışıyor olmanın depresyonla negatif ilişkili, yaşam kalitesiyle pozitif ilişkili olduğu bulundu.

Sigara kullanma durumu ile depresyon, yaşam kalitesi ve menopo  semptomları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Kronik hastalık varlığı ile kadınlarda somatik semptom, psikolojik semptom ve depresyon düzeyleri yüksek, yaşam kalitesi ise düşük bulundu.

Menopoza girme süresi ile menopoz semptomları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Menopoza girme şekli ile depresyon, yaşam kalitesi ve menopoz semptomları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Menopoz şikayetleri için doktora giden bireylerde depresyon düzeyleri ve menopoz semptomları daha yüksek bulundu.

Menopozdan sonra eşyle cinsel ilişkisi etkilenmiş olanların depresyon düzeyleri ve menopoz semptomları yüksek, yaşam kalitesi ise düşük bulundu.

Depresyon ile somatik şikayetler arasında pozitif yönlü orta, psikolojik şikayetler arasında pozitif yönlü orta, ürogenital şikayetler arasında pozitif yönlü zayıf, MSDÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulundu.

Depresyon düzeyinin artmasıyla menopozal semptomlarında arttığı bulundu.

Yaşam kalitesi ile depresyon arasında negatif ilişki bulundu.

Depresyonun, SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt gruplarından en çok Enerji Canlılık Vitaliteyi etkilediği saptandı.

Yaşam kalitesi ile menopoz semptomları arasında negatif bir ilişki saptandı.

Sonuç olarak menopoz döneminde görülen semptomlar kadınların yaşam kalitesini, beden ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ancak menopoz semptomları yaşam kalitesi ve sağlık farkındalığında tek belirleyici olmamaktadır. Yaşamın tüm dönemlerinde olduğu gibi kültürel çevre, sosyoekonomik durum ve yaşam biçimi sağlık algısını ve yaşam kalitesini etkilemektedir.

6.2. Öneriler

Menopoz sağlık hizmeti planlanması ve sunumunda önemli kadın sağlığı konularından biridir. Sağlık hizmeti sunumunda menopoz semptomları; sıklıkları, şiddetleri ve ilişkili faktörler dikkate alınarak sorgulanmalıdır.

Menopozal dönemdeki kadınlarda sağlık hizmeti sunumunda psikolojik semptomlar ve depresyon özellikle dikkate alınmalıdır.

Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını gözetten birinci basamak hekimlerinin menopozal semptomları ve bunlara bağlı gelişen ruhsal sorunları tespit ve önleyici basamakta aktif rol alması gerekmektedir.

Menopozal dönemde görülebilecek kronik hastalıkların erken tespitinde ve önlenmesinde koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmelidir.

Menopoz dönemi konusunda sağlık çalışanlarında ve aile üyelerinde farkındalık oluşturulmalı ve eğitimler verilmelidir.

Menopozal semptomların ve menopoza özgü yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde, risk faktörlerini ele alan bireysel program oluşturulmalıdır. Bu risk faktörlerine yönelik Aile Hekimliği yaklaşımları bütüncül bir şekilde göz önünde bulundurulmalı ve her kadına özel optimal bir program oluşturulmalıdır.

Yaptığımız çalışma daha farklı sosyodemografik veriler ile daha geniş bir popülasyonda tekrarlandığında ülkemize dair literatüre daha zengin bilgiler kazandırabilir.

Sonuç olarak menopoz dönemi ve yaşlanmayla birlikte görülen olumsuz sonuçların önlenmesinde kurumlar, hekimler, sağlık çalışanları, aileler ve toplum bilinçlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. **Brotto LA, Luria M.** Menopause, Aging, and Sexual Response in Women. İçinde: Rowland DL, Incrocci L, editörler. Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; **2012.** s. 251-83.
2. **Burger HG, Hale GE, Dennerstein L, et al:** Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. Menopause 15(4 Pt 1):603, **2008**
3. **McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG:** The normal menopause transition. Maturitas 14:103, **1992**
4. **Bruce D, Rymer J.** Symptoms of the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. **2009**;23(1):25-32.
5. **O'Neill S, Eden J:** The pathophysiology of menopausal symptoms. Obstet Gynaecol Reprod Med 22(3):63, **2011**
6. **Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, et al:** Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. Arch Gen Psychiatry 63(4):385, **2006b**
7. **Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, et al:** Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. Am J Public Health 91(9):1435, **2001**
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması **2013.** Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, 2014.
9. Organization WH, others. Research On The Menopause in The 1990s: Report Of a WHO Scientific Group. **1996**;
10. **Gold EB, Crawford SL, Avis NE, Crandall CJ, Matthews KA, Waetjen LE,** vd. Factors Related to Age at Natural Menopause: Longitudinal Analyses From SWAN. Am J Epidemiol. **2013**;178(1):70-83.
11. **M. R. Soules** vd., "Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)", Climacteric, c. 76, sayı 4, ss. 874-8, **2001.**
12. **Yang D, Haines CJ, Pan P, Zhang Q, Sun Y, Hong S,** vd. Menopausal Symptoms in Mid-Life Women in Southern China. Climacteric. **2008**;11(4):329-36.
13. **Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T.** Symptoms Of Menopause—Global Prevalence, Physiology and Implications. Nat Rev Endocrinol. **2018**;14(4):199.
14. **Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV,** vd. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. **2015**;100(11):3975-4011.
15. **Edwards H, Duchesne A, Au AS, Einstein G.** The many menopause: searching the cognitive research literature for menopause types. Menopause. **2019**;26(1):45-65.
16. **Ziaei, S., Ziagham, S. & Sayahi, M.** Relationship between menopausal age and metabolic syndrome in non-obese postmenopausal women. J. Arak Univ. Med. Sci. 16(5), 41–48 (**2013**).

17. **Torrealday S, Pal L.** Premature Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am.* **2015**;44(3):543- 57.
18. **Simoni M, Gromoll J & Neischlag E.** The follicle-stimulating hormone receptor: biochemistry, molecular biology, physiology, and pathophysiology. *Endocr Rev* **1997**; 18: 739–773.
19. **Findlay JK & Drummond AE.** Regulation of the FSH receptor in the ovary. *Trends Endocrinol Metab* **1999**; 10: 183–188.
20. **Macklon NS & Fauser BC.** Aspects of ovarian follicle development throughout life. *Horm Res* **1999**; 52: 161–170.
21. **MacNaughton J, Banagh M & McCloud P.** Age-related changes in follicular stimulating hormone, luteinising hormone, estradiol and immunoreactive inhibin in women of reproductive age. *Clin Endocrinol* **1992**; 36: 339–345.
22. **O'Connor KA, Holman DJ & Wood JW.** Menstrual cycle variability and the perimenopause. *Am J Hum Biol* **2001**; 13: 465–478.
23. **Klein NA, Battaglia DE, Fujumonti VY et al.** Reproductive aging: accelerated ovarian follicular development associated with a monotrophic follicle-stimulating hormone rise in normal older women. *J Clin Endocrinol Metab* **1996**; 81: 1038–1045.
24. NIH State-of-the-Science Conference Statement on management of menopause-related symptoms.NIH consensus and state-of-the-science statements. **2005**;22(1):1-38
25. **Belchetz PE.** Hormonal treatment of postmenopausal women. *N Engl J Med* **1994**; 330: 1062–1071.
26. **Longcope C, Kato T & Horton R.** Conversion of blood androgens in normal adult women. *J Clin Invest* 1969; 48: 2191.
27. **de Vet A, Laven JS, de Jong FH, Themmen AP, Fauser BC.** Antimüllerian hormone serum levels: a putative marker for ovarian aging. *Fertility and sterility.* **2002**;77(2):357-62.
28. **Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al.** Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Menopause* **2001**;8:402-7.
29. **Ceylan B.** Eskişehir Tepebaşı ilçesinde yaşayan 40-59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Programı]; **2010**.
30. **Archer D, Sturdee D, Baber R, De Villiers T, Pines A, Freedman R, et al.** Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? *Climacteric: the journal of the International Menopause Society.***2011**;14(5):515-28.
31. **Bachmann GA.** Menopausal vasomotor symptoms: a review of causes, effects and evidence-based treatment options. *J Reprod Med* **2005**; 50: 155–165.
32. **Meldrum DR, Erlik Y, Lu JK et al.** Objectively recorded hot flushes in patients with pituitary insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab* **1981**; 52: 684–688.
33. **Freedman RR.** Physiology of hot flashes. *Am J Hum Biol* **2001**; 13: 453–464.
34. **Sturdee DW & Reece BL.** Thermography of menopausal hot flushes. *Maturitas* **1979**; 1: 201–205.
35. **Kravitz HM, Zheng H, Bromberger JT, Buysse DJ, Owens J, Hall MH.** An Actigraphy Study of Sleep and Pain in Midlife Women – The SWAN Sleep Study. *Menopause (New York, NY).* **2015**;22(7):710-8.
36. **Montgomery J, Appleby L & Brincat MP.** Effect of oestrogen and testosterone implants on

- psychological disorders in the climacteric. *Lancet* **1987**; 1: 297–299.
37. **Archer JS.** Relationship between estrogen, serotonin and depression. *Menopause* **1999**; 6: 71–78.
 38. **Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D.** Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry*. **2006**;63(5):530–538.
 39. **Krishnan V & Collop NA.** Gender differences in sleep disorders. *Curr Opin Pulm Med* **2006**; 12: 383–389.
 40. **Freedman RR & Roehrs TA.** Sleep disturbance in menopause. *Menopause* **2007**; 14: 826–829.
 41. **Genazzani AR, Pluchino N, Luisi S, Luisi M.** Estrogen, cognition and female ageing. *Hum Reprod Update*. **2007**;13(2):175-87.
 42. **Greendale G, Huang M, Wight R, Seeman T, Luetters C, Avis N, vd.** Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology*. **2009**;72(21):1850–1857.
 43. **Drogos LL, Rubin LH, Geller SE, Banuvar S, Shulman LP, Maki PM.** Objective cognitive performance is related to subjective memory complaints in midlife women with moderate to severe vasomotor symptoms: *Menopause*. **2013**;20(12):1236-42.
 44. **Wöber C, Brannath W, Schmidt K, Kapitan M, Rudel E, Wessely P, vd.** Prospective Analysis of Factors Related to Migraine Attacks: The PAMINA Study. *Cephalalgia*. **2007**;27(4):304-14.
 45. **Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S.** Symptoms in the Menopausal Transition: Hormone and Behavioral Correlates. *Obstet Gynecol*. **2008**;111(1):127-36.
 46. **Yıldırım A.** Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. **2010**;38 Suppl 1: 32-40.
 47. **Matthews KA, Crawford SL, Chae CU, Everson-Rose SA, Sowers MF, Sternfeld B, vd.** Are Changes in Cardiovascular Disease Risk Factors in Midlife Women Due to Chronological Aging or to the Menopausal Transition? *J Am Coll Cardiol*. **2009**;54(25):2366-73.
 48. **Barrett-Connor E.** Menopause, atherosclerosis, and coronary artery disease. Current opinion in pharmacology. **2013**;13(2):186-91.
 49. **van Dijk GM, Kavousi M, Troup J, Franco OH.** Health issues for menopausal women: The top 11 conditions have common solutions. *Maturitas*. **2015**;80(1):24-30.
 50. **Eastell R, O'Neill TW, Hofbauer LC, Langdahl B, Reid IR, Gold DT, vd.** Postmenopausal osteoporosis. *Nat Rev Dis Primer*. **2016**;2:16069.
 51. **Mucowski SJ, Mack WJ, Shoupe D, Kono N, Paulson R, Hodis HN.** Effect of prior oophorectomy on changes in bone mineral density and carotid artery intima-media thickness in postmenopausal women. *Fertil Steril*. **2014**;101(4):1117-22.
 52. **Durmuşoğlu F.** Postmenopozal Osteoporoz Tedavisi: Kalsiyum ve Vitamin D. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics*. **2009**;2(3):74- 7.
 53. **Pınar G, Pınar T, Doğan N, Karahan A, Algier L, Abbasoğlu A ve ark.** Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi* **2009**;36:258-66.
 54. **Milsom I & Molander U.** Urogenital ageing. *J Br Meno Soc* **1998**: 151–156.
 55. **Notelovitz M.** Urogenital aging: solutions in clinical practice. *Int J Gynaecol Obstet* **1997**; 59(Suppl.

9).

56. **Chen GD, Oliver RH, Leung BS** et al. Estrogen receptor alpha and beta expression in the vaginal walls and uterosacral ligaments of premenopausal and postmenopausal women. *Fertil Steril* **1999**; 71: 1099–1102.
57. **Willhite LA & O’Connell MB**. Urogenital atrophy: prevention and treatment. *Pharmacotherapy* **2001**; 21: 464–480.
58. **Melis GB, Ibba MT, Steri B** et al. Role of pH as a regulator of vaginal physiological environment. *Minerva Ginecol* **2000**; 52:111–121.
59. **Hextall A**. Oestrogens and lower urinary tract function. *Maturitas* **2000**; 36: 83–92.
60. **Falconer C, Ekman-Ordeberg G, Ulmsten U** et al. Changes in paraurethral connective tissue at menopause are counteracted by estrogen. *Maturitas* **1996**; 24: 197–204.
61. **Everitt BJ & Herbert J**. The effects of implanting testosterone propionate in the central nervous system on the sexual behavior on the female rhesus monkey. *Brain Res* **1975**; 86: 109–120.
62. **Gelfand MM**. Sexuality among older women. *J Womens Health Gend Based Med* **2000**; 9(Suppl. 20).
63. **Hall G, Phillips TJ**. Estrogen and skin: The effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin. *J Am Acad Dermatol*. **2005**;53(4):555-68.
64. **Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M**. The 2013 British Menopause Society & Women’s Health Concern recommendations on hormone replacement therapy. *Menopause international*. **2013**;1754045313489645.
65. The 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society: *Menopause J North Am Menopause Soc*. **2012**;19(3):257-71.
66. **Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV**, vd. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. **2015**;100(11):3975-4011.
67. **Jaakkola S, Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O**. Endometrial Cancer in Postmenopausal Women Using Estradiol–Progestin Therapy. **2009**;114(6):8.
68. **Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL**, vd. Menopausal Hormone Therapy and Health Outcomes During the Intervention and Extended Poststopping Phases of the Women’s Health Initiative Randomized Trials. *JAMA*. **2013**;310(13):1353.
69. **Gökğöz N**. Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarına Yönelik Uyguladıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: YıldırımBeyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; **2014**.
70. **Association AP**, others. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; **2013**.
71. **Domènech-Abella, J.; Mundó, J.; Leonardi, M.; Chatterji, S.; Tobiasz-Adamczyk, B.; Koskinen, S.; Ayuso-Mateos, J.L.; Haro, J.M.** The association between socioeconomic status and depression among older adults in Finland, Poland and Spain: A comparative cross-sectional study of distinct measures and pathways. *J. Affect. Disord*. **2018**, 241, 311–318.
72. **Leach, L.S.; Christensen, H.; Mackinnon, A.J.; Windsor, T.D.; Butterworth, P.** Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: The role of psychosocial mediators.

Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. **2008**, 43, 983–998.

73. **Freeman, E.W.; Sammel, M.D.; Liu, L.; Gracia, C.R.; Nelson, D.B.; Hollander, L.** Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch. Gen. Psychiatry* **2004**, 61, 62–70.
74. **Campbell S, Whitehead M.** Oestrogen Therapy and The Menopausal Syndrome. *Clin Obstet Gynaecol.* **1977**;4(1):31–47.
75. **Kessler, R.C.; Bromet, E.J.** The epidemiology of depression across cultures. *Annu. Rev. Public Health* **2013**, 34, 119–138.
76. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* **1995**;41(10):1403-9.
77. **Shin H, Shin HS.** Measurement of quality of life in menopausal women: A systematic review. *West J Nurs Res* **2012**;34: 475–503
78. **Polo-Kantola P.** Sleep problems in midlife and beyond. *Maturitas.* **2011**;68(3):224-32.
79. **Weber M, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM.** Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause (New York, NY).* **2012**;19(7):735-41.
80. **V. S. Cain vd.,** “Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: Baseline results from SWAN”, *J. Sex Res.*, c. 40, sayı 3, ss. 266–276, **2003**.
81. **T. D. 2006;107(4): 755-764. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS,** “No Title”, *Obs. Gynecol.*, c. 107(4), sayı Reproductive risk factors for incontinence study at kaiser study group. Sexual activity and function in middle-aged and older women., ss. 755-764., **2006**.
82. **Harlow, B. L. & Signorello, L. B.** Factors associated with early menopause. *Maturitas* 35(1), 3–9 (2000).
83. **Wang, M. et al.** Age at natural menopause and associated factors in adult women: Findings from the China Kadoorie Biobank study in Zhejiang rural area. *PLoS ONE* 13(4), e0195658 (**2018**).
84. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection on JSTOR [Internet]. [cited **2021** Sep 30]. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3765916>
85. **Hikmet Koçyigit** - Google Scholar [Internet]. [cited **2021** Sep 30]. Available from: <https://scholar.google.com.tr/citations?user=IkLE-fMAAAAJ&hl=en>
86. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry.* **1961**;4:561-71.
87. **Hisli NJJP.** Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). **1989**;7:3-13.
88. **Scheineder HP, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM:** The Menopause Rating Scale (MRS) Reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric* **2000**; 3(1): 59-64 25.
89. **Gürkan CÖ.** Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe forumunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi* **2005** MayısHaziran; 30-5.
90. **Groeneveld, R.A. and Meeden, G. (1984),** “Measuring Skewness and Kurtosis”, *The Statistician*, 33: 391-399.

91. **Moors, J. J. A. (1986)**, “The Meaning of Kurtosis: Darlington Reexamined”, The American Statistician, 40: 283-284.
92. **Hopkins, K.D. and Weeks, D.L. (1990)**, “Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting”, Educational and Psychological Measurement, 50: 717-729.
93. **De Carlo, L.T. (1997)**, “On the Meaning and Use of Kurtosis”, Psychological Methods, 2: 292-307.
94. **AlDughaiter, A., AlMutairy, H., AlAteeq M.** Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. International Journal of Women's Health **2015** ; 29;7:645-53.
95. **Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanislawska M**, vd. Effects of Socio-Demographic, Personality and Medical Factors on Quality of Life of Postmenopausal Women. Int J Environ Res Public Health. **2014**;11(7):6692-708.
96. **Güler K**, Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları Ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul **2017**
97. **İstatistiklerle Kadın, 2017** [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu; 2018 [a.yer 21 Şubat 2019]. Report No.: 27594. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594>
98. **Karaçam Z, Şeker SE**, Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. Maturitas **2007**;58: 75-82
99. **Smoking among adults. İçinde: Health at a Glance 2017** [Internet]. OECD; 2017 [a.yer 25 Şubat 2019]. s. 70-1. Erişim adresi: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/smoking-among-adults_health_glance-2017-16-en
100. **Costanian C, McCague H, Tamim H**. Age at natural menopause and its associated factors in Canada: cross-sectional analyses from the Canadian Longitudinal Study on Aging. Menopause. **2017**;1.
101. **Kharbouch SB, Şahin NH**. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşire Derg. **2007**;15(59):82-90.
102. **Sert G**. Klimakterik dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; **2009**.
103. **Aydemir Hi**, Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne **2007**
104. **Kıroğlu Fg**, Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara **2005**.
105. **Davis S, Jane F**. Sex and perimenopause. Aust Fam Physician **2011**;40(5): 274-8.
106. **Elsabagh E, Abd Allah E**. Menopausal symptoms and the quality of life among pre/post menopausal women from rural area in Zagazig city. Life Science Journal. **2012**;9(2):283-91.
107. **Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L**. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. Maturitas. **2007**;57(3):271-8.
108. **Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdollahian S**. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. Gynecol Endocrinol

2015;31:860-65.

109. **Hotun Şahin N.** Klimakteryum dönemi ve menopoz, Kızılkaya Beji N. (Edit). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, **2016**:163-70
110. **Parker, S. G., Peet, S. M., Jagger, C., Farhan, M., & Castleden, C. M. (1998).** Measuring health status in older patients. The SF-36 in practice. *Age and Ageing*, 27(1), 13-18.
111. **Dündar Nacar Y.** Menopozal Yakınmalar ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, **2019**.
112. **Abedzadeh-Kalahroudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F, Karimian Z.** Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40-60 years in Kashan, Iran. *Nurs Midwifery Stud.* **2012**;1(2):88-93
113. **Uçanok Z.** Farklı Yaş Gruplarındaki Kadınlarda Menopoza İlişkin Belirtilerin, Tutumların Ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, **1994**.
114. **Lee M-S, Kim J-H, Park MS, Yang J, Ko Y-H, Ko S-D, et al.** Factors Influencing the Severity of Menopause Symptoms in Korean Post-menopausal Women. *J Korean Med Sci.* **2010**;25(5):758-65.
115. **Çelik AS, Pasinlioğlu T.** Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **2014**:16–29.
116. **Tümer A, Kartal A.** Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pam Tıp Derg* **2018**;11(3):337-346.
117. **Aggleton, P., & Crewe, M. (2005).** Effects and effectiveness in sex and relationships education. *Sex Education*, 5(4), 303-306.
118. **Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., Conde, D. M., Osis, M. J., Sousa, M. H., & Costa-Paiva, L. (2008).** The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a population based study. *Menopause*, 15(4), 706-713.
119. **Erkin Ö, Ardahan M, Kert A.** Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **2014**;3:1095-113.
120. **Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS.** Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertility and Sterility* **2001**;76(I):44-50.
121. **Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG.** A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstetrics and Gynecology* **2000**;96:351-8.
122. **Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y.** The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: the Women's Health at Midlife Study. *Journal of women's health.* **2010**;19(5):975-85.
123. **Fallahzadeh H.** Quality of life after the menopause in Iran: a population study. *Qual Life Res* **2010**;19:813-9.

124. **Çalışkan E ve ark.** Türk kadınlarının menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* **2010**;30(5).
125. **Kaur N, Malla VG, Gupta S.** Serum estradiol level and postmenopausal symptoms in surgical and natural menopause. 2017. **2017**;6(9):4.
126. **Neis, K. J., Zubke, W., Fehr, M., Römer, T., Tamussino, K., & Nothacker, M.** (2016). Hysterectomy for benign uterine disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(14), 242.
127. **Woods NF, Mitchell ES.** Pathways to depressed mood for midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Research in nursing & health.* **1997**;20(2):119-29.
128. **Nisar N, Sohoo NA.** Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: a hospital based survey. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association.* **2009**;59(11):752-6.
129. **Taşkıran G.** Menopozal Semptom Şiddeti Ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi ,T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Programı, **2019**
130. **Progetto Dona Qualita della Vita Working Group, A.R. Genazzoni et.al.** Assesment of the QoL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas.* **2002**; 42:267-80.

EKLER

Ek-1. Veri formu

Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi

Menopoz döneminde kadınlarda menopozun depresyon ve yaşam kalitesine etkisi araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmamıza katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa karşılanacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1) Yaşınız nedir?

.....

2) Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Eşini kaybetmiş

☐ Boşanmış

3) Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane? (4 ten fazla ise en alttaki seçenekte sayısını yazınız)

☐ Hayır çocuğum yok

☐ Evet, 1

☐ Evet, 2

☐ Evet, 3

☐ Evet, 4

☐ Diğer(yazarak belirtiniz).....

4) Kiminle yaşıyorsunuz? (En alttaki diğer yazılı seçenekte farklı bir yanıtınız varsa kimle yaşadığınızı yazabilirsiniz)

☐ Eşi ve çocuklarıyla

☐ Eşiyle

☐ Çocuklarıyla

☐ Yalnız yaşıyor

☐ Akrabasıyla

☐ Arkadaşıyla

☐ Diğer (yazarak belirtiniz)

5) Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Okuma yazma yok
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Yüksek lisans/doktora

6) Eşinizin eğitim durumu nedir?

- ☐ Okuma yazma yok
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Yüksek lisans/doktora
- ☐ Evli değilim

7) Çalışma durumunuz nedir?

- ☐ Çalışıyor
- ☐ Çalışmıyor-Kendi geliri yok
- ☐ Emekli

8) Eşiniz çalışıyor mu?

- ☐ Çalışıyor
- ☐ Çalışmıyor-Kendi geliri yok
- ☐ Emekli
- ☐ Evli değilim veya eşim hayatta değil

9) Evdeki toplam gelir ne kadar? (Türk lirası)

.....TL

10) İlaç kullanılmasını gerektirecek herhangi bir hastalığınız var mı? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Diyabet hastalığı (Şeker hastalığı)
- ☐ Kardiyovasküler hastalık (kalp ve damar hastalığı)
- ☐ Serebrovasküler hastalık (beyin damar hastalıkları, inme vs)
- ☐ Psikiyatrik
- ☐ Romatizmal hastalık
- ☐ Herhangi bir hastalığım yok
- ☐ Diğer.....

11) Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet, günde 1 paketten az
- ☐ Evet, günde 1 paket
- ☐ Evet, günde 1-2 paket arası
- ☐ Evet, günde 2 paket ve daha fazla
- ☐ Hayır

12) Alkol kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13) Boyunuz.....(cm)

Kilonuz.....(kg)

14) Egzersiz yapıyor musunuz?

- ☐ Sık sık
- ☐ Arada sırada
- ☐ Hayır

15) Kontrol amaçlı kadın doğuma gittiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16) En son gitmenizin üzerinden ne kadar zaman geçti ?

- ☐ <1 YIL
- ☐ 1-5 YIL
- ☐ >5 YIL
- ☐ Hiç gitmedim

17) Kaç kere gebe kaldınız ?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ve daha fazlası
- ☐ Hiç gebe kalmadım

18) Menopoza gireli kaç yıl oldu ?

- ☐ 1 yıldan az ,
- ☐ 1-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 10 yıldan fazla

19) Menopoza girme şekliniz nedir ?

- ☐ Doğal
- ☐ Cerrahi

20) Menopoz ve şikayetleri için doktora gittiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21) Menopozla ilgili düşünceniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Doğal, Normal Bir Süreç
- ☐ Kadınlık Özelliğinin Yok Olması
- ☐ Üretkenliğin Kaybolması
- ☐ Yaşlandığını Hissetme
- ☐ Cinselliğin Azalması
- ☐ Diğer.....

22) Menopoz hakkında bilgilerinizi nasıl edindiniz ? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Çevre
- ☐ Sağlık Personeli
- ☐ Tv
- ☐ İnternet
- ☐ Gazete
- ☐ Diğer....

23) Menopoz için tedavi aldınız mı ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

24) Tedavi aldıysanız hangisi?

- ☐ İlaç
- ☐ Alternatif Yöntemler
- ☐ Tedavi Almadım

25) Menopozdan Sonra Eşinizle Cinsel İlişkiniz Etkilendi Mi ?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Birlikte olduğum biri yok



EK-2. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

SF-36 (Kısa Form 36)

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1 1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

B2 2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden	Çok daha iyi	Biraz iyi	Hemen hemen aynı	Biraz daha kötü	Çok daha kötü
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ 1	☐ 2	☐ 3
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11) Yüz metre yürümek	☐ 1	☐ 2	☐ 3
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ 1	☐ 2
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ 1	☐ 2
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ 1	☐ 2
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmada güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ 1	☐ 2

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin iökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ 1	☐ 2
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ 1	☐ 2
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ 1	☐ 2

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Ware JE Jr1, Sherbourne CD (1992) Med Care. 1992 Jun; 30(6):473-83



www.ftronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2017

Ek-3. Beck depresyon ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarıyım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapışımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın cezalandırılabilceğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek-4. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği

MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(MSDÖ)

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

1-2-3 Psikolojik puanlar:

4-5-6-7-11 Somatik puanlar :

8-9-10 Ürojenekolojik puanlar :

TOPLAM PUAN :

PUANLAR

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