



TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

MENOPOZ DÖNEMİNDE KUPPERMAN
İNDEKSİ İLE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Kübra MAKARA PEŞİN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL - 2019



TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

MENOPOZ DÖNEMİNDE KUPPERMAN
İNDEKSİ İLE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Kübra MAKARA PEŞİN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. E. Zeynep TUZCULAR VURAL

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL - 2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KADIN SAĞLIĞI	3
2.2. MENOPOZUN TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ	3
2.2.1. Menopozun Klinik Çeşitleri.....	4
2.2.1.1. Doğal Menopoz.....	4
2.2.1.2. Erken Menopoz ve Primer Over Yetersizliği.....	6
2.2.1.3. Cerrahi Menopoz.....	7
2.3. MENOPOZDA MEYDANA GELEN HORMONAL DEĞİŞİKLİKLER.....	7
2.4. MENOPOZLA İLİŞKİLİ SEMPTOMLAR.....	8
2.4.1. Santral Sinir Sistemi İlişkili Semptomlar	8
2.4.1.1. Vazomotor Semptomlar	8
2.4.1.2. Psikolojik Semptomlar	8
2.4.1.3. Uyku Bozuklukları	9
2.4.1.4. Kognitif Değişiklikler	9
2.4.1.5. Migren	10
2.4.2. Metabolik Değişiklikler	10
2.4.3. Kardiyovasküler Problemler	10

2.4.4. Ürogenital Semptomlar	10
2.4.5. Cinsel Problemler	11
2.4.6. Kas-İskelet Sistemi Problemleri	11
2.4.7. Saç ve Cilt Değişiklikleri	12
2.5. MENOPOZDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ	12
2.6. MENOPOZ VE YAŞAM KALİTESİ	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	16
3.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE MERKEZİ	16
3.3. MATERYAL VE METOT	17
3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	19
4. BULGULAR	20
4.1. KUPPERMAN İNDEKSİ'NE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER	27
4.2. MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER	34
4.3. KUPPERMAN İNDEKSİ VE MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	41
TARTIŞMA	43
5.1. SOSYO-DEMOGRAFİK, JİNEKOLOJİK-OBSTETRİK VE KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI	43
5.2. KATILIMCI BİLGİ FORMU İLE KUPPERMAN İNDEKSİ VE MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN KARŞILAŞTIRMALARININ TARTIŞILMASI	49
5.3. KUPPERMAN İNDEKSİ TOPLAM PUANLARININ MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUP PUANLARI İLE İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI	59
SONUÇ	60

KAYNAKLAR	64
ÖZGEÇMİŞ.....	74
EKLER.....	77



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin hazırlanma s¼recinde bilgi ve tecr¼belerini c¼mertçe paylaŐan, t¼m duyarlılığıyla her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Emine Zeynep Tuzcular Vural'a; Uz. Dr. IŞık G¼nenç'e; Doç. Dr. Akın Dayan'a; Dr. Öğr. Üyesi Hilal Özkaya'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Memet TaŐkın Egici'ye; hekimliğime katkıda bulunan, rotasyonlarım süresince birlikte çalışma Őansı bulduğum t¼m uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma; her ihtiyaç duyduğumda benimle oldukları için ailem ve dostlarıma teşekkür ederim.

Dr. K¼bra Makara Peşin

İstanbul-2019

KISALTMALAR

AFS	: Antral folikül sayısı
AMH	: Anti müllerian hormon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül stimulan hormon
HT	: Hormon tedavisi
Kİ	: Kupperman İndeksi
LH	: Lüteinleştirici hormon
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
SERM	: Selektif östrojen reseptör modülatörü
STRAW	: Stages of Reproductive Aging Workshop
VKİ	: Vücut kitle indeksi
VTE	: Venöz tromboemboli
WHI	: Women's Health Initiative

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Demografik Özelliklerin Dağılımı	20
Tablo 2.	Kronik Hastalık Varlığına İlişkin Dağılımlar.....	21
Tablo 3.	Alışkanlıklara İlişkin Dağılımlar.....	22
Tablo 4.	Hormon Tedavisi Alma Durumuna Göre Olguların Dağılımı	26
Tablo 5.	Kİ Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	27
Tablo 6.	Kİ Toplam Puanının Dağılımı.....	27
Tablo 7.	Demografik Özelliklere Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi ..	29
Tablo 8.	Kronik Hastalık Varlığına Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi	30
Tablo 9.	Alışkanlıklara Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi	31
Tablo 10.	Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklere Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi	32
Tablo 11.	Menopoz Özelliklerine Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi ...	33
Tablo 12.	MÖYKÖ Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	34
Tablo 13.	MÖYKÖ Puanlarının Dağılımı	35
Tablo 14.	Demografik Özelliklere Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi	36
Tablo 15.	Kronik Hastalık Varlığına Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi	37
Tablo 16.	Alışkanlıklarına Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi.....	38
Tablo 17.	Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi	39
Tablo 18.	Menopoz Özelliklerine Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi .	40
Tablo 19.	Kİ ile MÖYKÖ Puanlarının İlişkisi	41

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.	STRAW +10 Reprodüktif Yaşlanma Evreleme Sistemi (15).	6
Şekil 2.	Obstetrik özelliklerin dağılımı	23
Şekil 3.	Jinekolojik ameliyat oranları dağılımı.....	23
Şekil 4.	Düzenli jinekoloğa gitme oranları dağılımı	24
Şekil 5.	Menopoz zamanı oranları dağılımı	24
Şekil 6.	Menopoz sonrası geçen sürelerin dağılımı.....	25
Şekil 7.	Menopoz şekillerinin dağılımı	25
Şekil 8.	Menopoz ile ilgili bilgi alma oranları dağılımı	26
Şekil 9.	Kİ toplam puanının dağılımı	28
Şekil 10.	Menopoza semptomlarının şiddetlerine ilişkin dağılım	29
Şekil 11.	Kİ ile MÖYKÖ puanlarının ilişkisi.....	42

ÖZET

MENOPOZ DÖNEMİNDE KUPPERMAN İNDEKSİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu çalışmada, menopoz semptomlarının şiddeti ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirerek birinci basamakta menopoz dönemindeki kadınlara gerekli desteği vermemize yardımcı olacak veriler elde etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, 10.06.2018 ile 10.09.2018 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, araştırma kriterlerine uyan gönüllü 214 kadın hastayla yapılmıştır. Hastalara sosyo-demografik özellikleri içeren bir bilgi formu ile Kupperman İndeksi (Kİ) ve Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) uygulanmıştır. Veriler NCSS 2007 ile analiz edilmiş, anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $55,96 \pm 5,17$, %72'si evli, %56,1'i ev hanımıdır. %64'ünde en az bir kronik hastalık bulunmakta, %33,6'sı sigara kullanmakta, %22,9'u düzenli egzersiz yapmaktadır. Ortalama menopoz yaşı $47,02 \pm 4,88$, menopoz sonrası geçen süre ortalaması $8,94 \pm 6,02$ 'dir. 50 yaş altındaki olgularda, diğer yaş gruplarına göre ($p=0,025$ ve $p=0,001$), evlilerin evli olmayanlara göre ($p=0,025$ ve $p=0,044$), ev hanımlarının emeklilere göre ($p=0,002$), düzenli egzersiz yapmayanların yapanlara göre ($p=0,029$) Kİ skorları anlamlı düzeyde yüksektir. Menopoz sonrası geçen süresi 11 yıl ve üzeri olanların Kİ skorları, 1-5 yıl olan olgularınkinden anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,020$). Evlilerin MÖYKÖ cinsel alan puanı evli olmayanlara göre ($p=0,021$), kronik hastalığı olanların fiziksel alan puanları olmayanlara göre ($p=0,028$), sigara kullananların psikososyal alan puanları kullanmayanlara göre ($p=0,040$) daha yüksektir. Düzenli egzersiz yapanların fiziksel alan puanları yapmayanlara göre ($p=0,001$), menopoz sonrası geçen süre 11 yıl ve üzeri olan olguların vazomotor puanları, 1-5 yıl olanlara göre daha düşüktür ($p=0,006$). Kİ toplam puanları ile MÖYKÖ'nün tüm alt grup puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r:0,655$, $p:0,001$; $r:0,496$, $p:0,001$; $r:0,583$, $p:0,001$; $r:0,254$, $p:0,001$).

Sonuç: Menopoz semptomlarının şiddeti pek çok faktörden etkilenmektedir ve semptomların şiddeti arttıkça, menopoz dönemindeki yaşam kalitesi bozulmaktadır. Aile hekimlerinin en önemli görevlerinden biri hastaların yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu bağlamda menopoz sonrası gelişebilecek sorunları iyi anlamak, öncesinde mümkün olan önlemleri almak ve var olan sorunlara çözümler üretebilmek açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: menopoz, Kupperman İndeksi, yaşam kalitesi, MÖYKÖ



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN KUPPERMAN INDEX AND QUALITY OF LIFE IN MENOPAUSAL PERIOD

Objective: The aim of this study was to evaluate the factors affecting the severity of menopausal symptoms and quality of life, and to obtain data that will help us provide menopausal women with the necessary support in primary care.

Materials and Methods: Our study was conducted on 214 female volunteers who were admitted to the Outpatient Clinics of Family Medicine of Health Sciences University, Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital between June 10, 2018 and September 10, 2018 and met the study criteria. An information form included sociodemographic characteristics along with the Kupperman Index (KI) and Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) Questionnaire were applied to the patients. The data were analyzed with the NCSS 2007 software and the significance level was set to $p < 0.05$.

Results: The mean age of the participants was 55.96 ± 5.17 years, of whom, 72% were married and 56.1% were housewives. Of the participants, 64% had at least one chronic disease, 33.6% were smoker and 22.9% had regular exercise. The mean menopause age was 47.02 ± 4.88 and the mean postmenopausal duration was 8.94 ± 6.02 years. The KI scores of the patients under the age of 50 years were significantly higher than other age groups ($p=0.025$ and $p=0.001$), the KI scores of the married patients were significantly higher than the single patients ($p=0.025$ and $p=0.044$), the KI scores of the housewives were significantly higher than the retired women ($p=0.002$), and the KI scores of those who had regular exercise were significantly higher than those who did not do exercise ($p=0.029$). The KI scores of those with a postmenopausal duration of 11 years and above were significantly lower than those with a postmenopausal duration of 1-5 years ($p=0.020$). The MENQOL sexual domain scores of the married participants were higher than those who were not married ($p=0.021$), the physical domain scores of those with chronic disease were higher than those without chronic disease ($p=0.028$), and the psychosocial domain scores of the smokers were higher than those who did not smoke ($p=0.040$). The physical domain scores of those who exercised regularly were lower than those who did not exercise regularly ($p=0.001$),

the vasomotor scores of those with a postmenopausal duration of 11 years and above were lower than those with a postmenopausal duration of 1-5 years ($p=0.006$). There was a significant positive correlation between the total scores of KI and all subscale scores of MENQOL ($r:0.655, p:0.001$; $r:0.496, p:0.001$; $r:0.583, p:0.001$; $r:0.254, p:0.001$, respectively).

Conclusions: The severity of menopausal symptoms is affected by many factors, and as the severity of symptoms increases, the quality of life during menopause deteriorates. One of the most important tasks of family physicians is to improve the quality of life of patients. Within this context, it is important to understand the problems that may develop in the postmenopausal period, to take the possible precautions in advance, and to produce solutions to the existing problems.

Keywords: menopause, Kupperman Index, quality of life, MENQOL

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın hayatı, üzerinde önemli eşiklerin yer aldığı uzun bir yoldur. Bebeklik dönemi ile başlayan bu uzun yol, çocukluk, ergenlik, gebelik, doğum, menopoz gibi önemli aşamalardan geçerken, her yeni dönem kendinden öncekilerin izlerini taşır. Fizyolojik ya da patolojik bütün olumsuzluklar önündeki yaşam sürecine etki eder (1).

Menopoz, son adet kanamasıdır. Tek bir olayı tanımlayan bu kelime, kadın bedeninde önemli değişikliklere neden olan premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönemlerine referans olur. Klimakteryum kavramı ise bütün bu dönemleri içine alır ve orta yaştan ileri yaşa geçiş sürecini ifade eder (2). Premenopozla birlikte over fonksiyonlarında bir azalma başlar ve buna başta östrojen olmak üzere çeşitli hormonlarda gözlenen değişiklikler eşlik eder. Menopoza bağlı gelişen pek çok problemin en önemli sebebi östrojen seviyesindeki önemli düşüştür. Vazomotor semptomlar, duygudurum değişiklikleri, uyku bozuklukları, migren gibi santral sinir sistemine dair problemlerin yanı sıra ürogenital atrofi, postmenopozal osteoporozla bağlı kemik kırıkları, saç dökülmesi, ciltte yaşlanma gibi fiziksel problemler ortaya çıkar. Kadının menopoz deneyiminin nasıl olacağı pek çok faktörden etkilenir. Etnik köken, genetik özellikler, menopoza giriş şekli, iklim, obezite, sigara bağımlılığı, eşlik eden kronik hastalıklar gibi farklılıklar, belli tanımlayıcı özellikleri olan menopozu aynı zamanda kişisel bir tecrübe haline getirir (3).

Dünya genelinde 80 yılı aşan yaşam beklentisi, ortalama 45-55 yaş civarında gerçekleşen menopoz yaşı düşünüldüğünde, kadınların hayatlarının neredeyse üçte birini postmenopozal dönemde geçirdikleri görülmektedir (4). Menopoza özgü problemler, ilerleyen yaşlarda kalp damar hastalıkları, metabolik sendrom, depresyon gibi başka sorunlara da yol açabilir. Bu dönemde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri doğru tanımlamak ve anlamak, karşılaşılabilecek problemlere karşı zamanında ve etkili müdahaleler yapabilmek açısından önemlidir (5).

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik, jiekolojik-obstetrik ve klimakterik özelliklerinin menopoza dair semptomları ve şiddetlerini ne derece etkilediğini Kupperman İndeksi ile, bu semptomların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine

etkisini ise Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) ile değerlendirerek, bu dönemde kadının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri anlamayı ve birinci basamakta ona gerekli desteği vermemize yardımcı olacak veriler elde etmeyi amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. KADIN SAĞLIĞI

Ergenlik, hamilelik, doğum ve menopoz gibi dönemlerin kendine has problemleri, kadının sağlık gereksinimlerini erkeklerden farklı kılmaktadır. Anemi, sıtma, tüberküloz gibi hastalıklar hamilelik döneminde daha ağır seyredebilir ya da hamilelik komplikasyonları kadını kalıcı olarak etkileyebilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar kadınlarda daha fazla görülmekte, kadınlarda bu hastalıklar çoğunlukla asemptomatik seyrettiği için ileri aşamalara kadar tedavileri gecikebilmektedir (1). Ülkemizde tüm yaş gruplarındaki kadınlarda over ve uterusu ait tümörler, kadınlarda görülen tüm malignitelerin %11,2'sini oluşturmaktadır (6).

Kadının toplumdaki konumu, onun birey olarak sağlıklı bir biçimde var olmasının önünde henüz aşılamamış bir engel olarak durmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde cinsiyetin göz ardı edilemez etkisine bağlı olarak düşük eğitim düzeyine sahip kadınlar, sağlık ihtiyaçlarını bilme ve hizmet alma konusunda problem yaşamakta, çoğu zaman hastalıkların ileri aşamalarına kadar tedaviden mahrum kalmaktadır. Kadına şiddetin hala büyük bir problem olduğu günümüz dünyasında, buna bağlı yaşanan ruhsal ve fiziksel travmaların, kadını “tam iyilik hali” olarak tanımladığımız sağlık kavramından uzaklaştırdığı bir gerçektir (1).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2018'de yayınlanan son verilerine göre ülkemizde kadınların doğuştan beklenen yaşam süresi 80,8 yıla kadar yükselmiştir (7). Ortalama 45-55 arasında değişen menopoz yaşı ve ardından gelecek uzun yıllar düşünüldüğünde, kadın sağlığı konusunu ele alırken postmenopozal dönemi ve etkilerini iyi değerlendirmek gerekmektedir.

2.2. MENOPOZUN TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), menopozun tanımını “over fonksiyonlarının giderek azalması ve sonunda tamamen bitmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması” şeklinde yapmıştır (2). 1821'de Fransız doktor Gardanne tarafından dünyaya tanıtılan menopoz terimi, eski Yunancaya ait “menos=ay” ve “pausos=kesilmek, sona ermek” sözcüklerinden türetilmiştir (5). Menopoz tanısı

retrospektif olarak konur; çünkü bu terim aslında son menstrüasyon kanamasını ifade etmektedir ve bir kadının kesin olarak menopoza girdiğini söyleyebilmek için son adet kanaması üzerinden hiç kanamanın görülmediği 1 yıl geçmiş olması gerekir (2). Son adet tarihi ortanca yaşı, Batı ülkelerinde 48-52, gelişmekte olan ülkelerde 47-49,3 yaş arasındadır (8,9). Kanada'nın dahil edilmediği 36 çalışmanın meta-analizinde ortanca menopoza yaşı 48,7 olarak saptanmıştır (10). Kanadalı kadınlar için doğal menopoza yaşı ortanca değeri 51 olarak tespit edilmiştir (11). Menopoza girme yaşının sigara bağımlılığı, genel sağlık durumu, vücut kitle indeksi (VKİ), oral kontraseptif kullanımı maternal menopoza yaşı, ırk ve coğrafi özellikler gibi faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir (12).

Klimakteryum, 40-45 yaşlarından yaşlılık döneminin başlayacağı 65 yaşına kadar devam eden süreci ifade eder. Yunanca'da "merdiven basamağı" anlamını taşıyan bu kelime, çoğu zaman menopoza yan yana kullanılsa da, kadınlara özgü değildir. Hem erkek hem kadınlar için orta yaştan ileri yaşlara geçişte yaşanan biyolojik değişimleri ifade etmektedir (5). Kadına ait klimakteriyum dönemi, kendi içinde kronolojik olarak premenopoz, perimenopoz, menopoza ve postmenopoz dönemlerinden oluşur (2).

2.2.1. Menopozun Klinik Çeşitleri

2.2.1.1. Doğal Menopoz

Menstrüasyon kanamalarının herhangi bir cerrahi ya da medikal müdahale olmaksızın sonlanmış ve takip eden 12 ay boyunca gerçekleşmemiş olması doğal menopoz olarak adlandırılır (13). Dünya'da kadınların çoğu menopoza 45-55 yaşları arasında deneyimler (14). Menopoz kelimesi tek bir olayı ifade etse de, menopoza doğal olarak yaşayan bir kadın için bu referans noktasının önünde ve ardında, kendine özgü özellikleri olan, kadını menopoza hazırlayan ve menopozun sonuçlarının yaşandığı dönemler vardır.

Premenopoz; klimakteriyumun ilk safhasıdır. DSÖ'nün 1996'da yayınladığı rapora göre, premenopoz teriminin, son menstrüel periyoda kadarki tüm reproduktif yaşamı kapsayan dönem olarak kullanılması önerilmiştir (2).

Perimenopoz; DSÖ tarafından “menopozdan hemen önceki dönem ve son adet tarihinden sonraki ilk yıl” olarak tanımlanmıştır ve geçiş döneminin hem erken hem geç aşamalarını kapsamaktadır. Menopoz, kadın hayatında belirli bir olayı ifade ederken, perimenopoz birkaç yıl süren ve pek çok hormonal dalgalanmaya sahne olan bir süreçtir (5). Bu dönemde FSH düzeyi değişkenlik gösterir. Bazı sıklularda postmenopozal seviyelere çıkarken, diğerlerinde premenopozal seviyelere geriler. Perimenopozun içindeki geç geçiş evresinde vazomotor semptomlar görülmeye başlanır (3).

Postmenopoz terimi; menopozun doğal ya da indüklenmiş olmasından bağımsız olarak, son kanama siklusundan sonraki dönemi ifade eder (2). Bu dönemde östrojen eksikliğinin uzun dönem sonuçları olan ürogenital atrofi, cilt yaşlanması ve osteoporoz gibi östrojen eksikliği belirtilerinin gelişmesi beklenir (3).

Doğal yolla menopoza giren kadınlar için, son adet kanaması referans alınarak STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop-Üreme Yaşlanması Çalıştayının Evreleri) evreleme sistemi oluşturulmuştur. 2001 yılında yapılan bu ilk çalışmanın ardından, menopoz öncesi ve sonrasında hipotalamo-hipofizer ve ovaryen fonksiyonlardaki kritik değişiklikler gözden geçirilerek 2011 yılında STRAW +10 versiyonu geliştirilmiştir (Şekil 1). Bu yeni versiyonda, geç menopozal geçiş döneminde FSH ölçümü önerisi getirilmiş, geç geçiş döneminin süresi 1-3 yıl olarak belirtilmiş, geç geçiş dönemi ve erken postmenopozal dönem süreleri ile geç reproduktif evre ve erken postmenopozal evre kriterleri ile ilgili geliştirmeler yapılmıştır. Ayrıca reproduktif yaşlanma evrelemesinde kullanılmaları için yeterli veri olmasa da, anti müllerian hormon (AMH) ve antral folikül sayısı (AFS) gibi belirteçler, geç reproduktif dönemde kadının üreme potansiyeli için fikir vermesi açısından kalitatif kriterler olarak tabloda yerini almıştır (15).

Evre	Menarş				Son Menstrüel Siklus					
	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminoloji	REPRODÜKTİF				MENOPOZAL GEÇİŞ				POSTMENOPOZ	
	Erken	Zirve	Geç		Erken	Geç	Erken		Geç	
Süre	Değişken				Değişken	1-3 yıl	2 yıl (1+1)	3-6 yıl	Kalan Ömür	
BAŞLICA KRİTERLER										
Menstrüel Siklus	Değişken-Düzenli	Düzenli	Düzenli	Akım ve uzunlukta hafif değişiklikler	Değişken Uzunluk Ardışık siklusların uzunlukları arasında ≥ 7 gün fark	≥ 60 gün amenore				
DESTEKLEYİCİ KRİTERLER										
Endokrin FSH AMH inhibin B			Düşük	Değişken Düşük	↑Değişken Düşük	↑>25 IU/L Düşük	↑Değişken Düşük	Kararlı Çok Düşük	Çok Düşük	
Antral Folikül Sayısı			Düşük	Düşük	Düşük	Düşük	Çok Düşük	Çok Düşük		
TANIMLAYICI ÖZELLİKLER										
Semptomlar						Vazomotor semptomlar (muhtemelen)	Vazomotor semptomlar (kuvvete muhtemel)		Ürogenital atrofi semptomlarının artışı	

Şekil 1. STRAW +10 Reprodüktif Yaşlanma Evreleme Sistemi (15).

2.2.1.2. Erken Menopoz ve Primer Over Yetersizliği

Son menstrüasyon kanamasının 40-45 yaşları arasında olması “erken menopoz” olarak adlandırılır. Takip edilen aşamalar açısından doğal menopoz ile erken menopoz arasında farklılık yoktur (15). Erken menopozdan söz edebilmek için gebelik, tiroid problemleri, hiperprolaktinemi gibi sekonder amenore nedenlerinin olmaması gerekir (13).

Over fonksiyonlarının 40 yaşından önce durması “primer over yetersizliği”, diğer bir deyişle “prematür menopoz” olarak tanımlanır (16). Ardışık 3 ay boyunca adet düzensizliği yaşayan kadınlar prematür menopoz açısından tetkik edilmelidir (17). Spontan prematür menopozda çoğu vakada sebep bilinmemektedir. Otoimmün hastalıklar, genetik bozukluklar (özellikle X kromozom anomalileri, FSH reseptör gen polimorfizmi, inhibin B mutasyonları, enzim defektleri) ve bazı enfeksiyonlar (kabakulak, malarya, tüberküloz, shigella, varisella) sayılabilecek sebepler arasındadır. İndüklenmiş primer over yetersizliği sebepleri ise; kemoterapi,

radoterapi, bilateral ooferektomi, histerektomi ve uterin arter embolizasyonudur (17,18).

2.2.1.3. Cerrahi Menopoz

Menopozun cerrahi olarak indüklenmesi sadece overlerin ya da overler ile birlikte fallop tüplerinin çeşitli sebeplerle (kist ve abseler, endometriozis, over tümörü, over torsiyonu nedeniyle ya da meme ve over kanserine karşı koruyucu olarak) cerrahi işlemle alınması ardından menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması şeklinde olur. Spontan olarak gerçekleşen normal, erken ya da prematür menopozun aksine cerrahi olarak indüklenmiş menopozda over fonksiyonlarının ani kaybı söz konusudur. Operasyon sonrası hormonal değişiklikler nedeniyle sıcak basmaları, vulvovajinal atrofi, uyku bozuklukları, baş ve eklem ağrıları, cinsel problemler ve duygudurum değişiklikleri gibi semptomlar ortaya çıkar (16).

2.3. MENOPOZDA MEYDANA GELEN HORMONAL DEĞİŞİKLİKLER

Menopozal geçiş kendine özgü endokrin değişikliklere sahne olmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte antral folikül sayısı ve AMH azalır; bununla birlikte inhibin B düzeyi düşer, FSH ve LH artar. FSH'ın yükselmeye başlaması menopozdan 10 yıl öncesine dayanır. Yükselen FSH ile birlikte son adet kanamasından önceki 30 siklusta anovulatuvar siklus sıklığı artar (19,20). Menopozu takip eden 3-6 yıl içinde FSH düzeyi stabil hale gelir (21). Öncesinde anlamlı bir düşme olmazken, son adet kanamasından 2 yıl önce östrojen seviyesi düşmeye başlar. Bu zamanlama sigara bağımlılığı, parite, VKİ ve menarş yaşından bağımsızdır. Östrojen seviyesi 2 yıl sonra 21 pg/ml düzeyinde bir plato yapar (22). Menopozdan sonra en büyük östrojen üretimi over stromasında androjenlerden aromatisasyon ile olur, buna daha az olarak adipoz doku, kas, kemik, kemik iliği, fibroblastlar ve saç kökleri gibi ekstragonadal yapılardaki üretim eşlik eder (21).

Postmenopozal dönemde hem over hem de adrenal gland androjen üretimine devam eder. Ancak bu dönemde overin rolü önemlidir; çünkü yaşla birlikte adrenal glandda androjen üretimi azalacaktır (adrenopoz) (23). Bilateral ooferektomi yapılan

kadınlarda testosteron seviyelerinin doğal menopoza giren kadınlara göre %25 daha düşük olduğu saptanmıştır (24).

2.4. MENOPOZLA İLİŞKİLİ SEMPTOMLAR

2.4.1. Santral Sinir Sistemi İlişkili Semptomlar

2.4.1.1. Vazomotor Semptomlar

Sıcak basması ve gece terlemeleri olarak kendini gösteren vazomotor semptomlar, menopoza dair en sık rastlanan fenomenlerdir. Genellikle 2-4 dk kadar süren, göğüsten başa doğru yayılan ani ısı artışı şeklindedir. Beraberinde terleme, çarpıntı ve anksiyete eşlik edebilir (13). Postmenopozal kadınların %50'sinden fazlasını etkileyen, over yetmezliği veya oofektomi nedeniyle serum östradiol seviyesindeki düşüşün bir göstergesi olarak ortaya çıkan bu semptomlar menopozal kadınlar arasında evrensel değildir; östradiolün termoregülatuar merkezler ve serotonerjik, adrenerjik ve norepinefrin nörotransmitterleri üzerindeki etkilerine duyarlı olan kadınlarda görülebilir (25,26). Vazomotor semptomlar son adet kanamasından 2 yıl kadar önce başlayabilir, menopozdan sonraki ilk bir yıl içinde maksimum düzeye ulaşır ve kadınların yaklaşık yarısında menopoz sonrası ortalama 4 yıl kadar daha devam edebilir (27). Bu süre farklılık gösterebilir; nitekim Avustralyalı kadınlarla yapılmış bir çalışmada, 65-79 yaş aralığındaki kadınların üçte birinin dahi bu semptomlarla mücadele ettiği tespit edilmiştir (28).

2.4.1.2. Psikolojik Semptomlar

Östradiol, ruh halini kontrol eden serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmitterleri module eder (29). Perimenopozal dönemdeki kadınlarda depresyonun, östradiolün bu nörotransmitterler üzerindeki değişken etkisi ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (30). Diğer bazı çalışmalarda ise perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda vazomotor semptomların uykuda kesintilere neden olduğu ve bunun da dolaylı olarak duygudurum bozukluklarına yol açtığı savunulmuştur (31). Hadine Joffe ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılan bir çalışmada; depresyonunun perimenopozal kadınlarda vazomotor semptomlarla ilişkili olduğu,

postmenopozal kadınlarda ise vazomotor semptomlardan bağımsız olduğu tespit edilmiştir (32).

Orta yaştaki depresif semptomların hayatın geç dönemlerinde demans gelişimi riskini artırıyor olması, perimenopozal dönemdeki depresif semptomların kognitif fonksiyonlar üzerindeki olumsuz etkilerini anlamayı önemli hale getirmektedir (33).

2.4.1.3. Uyku Bozuklukları

Menopozla birlikte, yaşam kalitesini son derece bozan uyku problemleri ortaya çıkabilir. 50-64 yaş arası kadınların %25'i uyku problemleri yaşamakta, bunların %15'i ise bu durumun yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etkisi olduğunu belirtmektedir (34). Perimenopozal dönemde FSH'nın artması, inhibin B ve östradiolün düşmesi gibi değişmeye başlayan hormon seviyeleri uyku kalitesini düşürmekte, vazomotor semptomların varlığı gece uykularının bölünmesine yol açmaktadır (3). Problem premenopozal kadınlara kıyasla postmenopozal kadınlarda daha şiddetlidir. Postmenopozal kadınlar arasında ise cerrahi olarak menopoza girenler, doğal menopoza geçiren kadınlara göre daha fazla uyku bozukluğu yaşamaktadır (34).

2.4.1.4. Kognitif Değişiklikler

Hipokampus ve prefrontal kortekste yer alan çok sayıda östrojen reseptörü nedeniyle östradiolün bilişsel performans üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. Perimenopoz döneminde östrojen seviyelerindeki değişkenlik, bilişsel fonksiyonlarda geçici bozulmalara yol açabilir (35). Özellikle 47 yaşından önce olan doğal menopoza girenlerde menopoza girenlerin kognitif fonksiyonlar üzerine olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (36). Bununla birlikte reproduktif yaşlanma ile subjektif şikayetler artış göstermektedir ve kadınların %40-65'i hafızalarında olumsuz değişiklikler olduğunu ifade etmektedir (37). Bilişsel fonksiyonlardaki bu kayıp özellikle perimenopozal dönemde, geç geçiş evresinde çok daha belirgindir (38). Orta ve şiddetli vazomotor semptomların hafızada zayıflama ile ilişkili olduğu görülmüştür (39). Uyku bozuklukları da öğrenme ve hafıza problemlerini beraberinde getirmektedir (40). Bu ilişkiler göz önünde bulundurulduğunda bilişsel fonksiyonların en çok etkilendiği dönemin geç geçiş evresi olması beklenen bir durumdur.

2.4.1.5. Migren

Adet öncesi dönem, menopozal geçiş ve erken postmenopoz dönemlerinde östrojen seviyelerindeki ani düşüş, kadınlarda migren ataklarının tetkiklenmesinden sorumludur (41). Buna sebep olarak östrojen seviyelerindeki bu değişimlerin, vazodilatasyon, pro-inflamatuar medyatörlerin salınımı ve plazma ekstrasvazasyonu ile kendini gösteren bir çeşit nörojenik inflamasyon yaratması gösterilmektedir (42). Yaşamının önceki dönemlerinde de migrenle baş etmek zorunda kalan kadınların baş ağrısı sıklığı perimenopozal dönemde artmakta, postmenopozal dönemde ise baş ağrısı ataklarında belirgin azalma görülmektedir (43).

2.4.2. Metabolik Değişiklikler

İlerleyen yaşla birlikte kilo alımı beklenen bir durum olsa da, postmenopozal kadınlarda asıl dikkate alınması gereken, yaştan bağımsız olarak artan visseral adipoz dokudur. (44). İnsülin direncini artırmasının sonucu olarak diyabet ve metabolik sendrom gelişimine neden olması ve kardiyovasküler hastalık riskini artırması açısından cilt altı yağ dokusuna kıyasla visseral asipoz dokunun artışı sağlık için daha büyük bir tehdittir (3).

2.4.3. Kardiyovasküler Problemler

Menopozdan sonra kadında gerçekleşen visseral yağlanmadan kalp de nasibini alır. Kalp yağlanmasının yaş, obezite, ırk ve diğer değişkenlerden bağımsız olarak, geç perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda, premenopozal kadınlara oranla daha fazla olduğu gösterilmiştir (45). Östrojen eksikliğine bağlı olarak renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi aktive olur ve vazokonstriktör etki gösteren endotelinin miktarı artar. Buna karşın kardiyoprotektif etkisi olan nitrik oksit miktarı azalır. Kan lipid profilinde total kolesterol, LDL kolesterol ve apolipoprotein B düzeylerinde artış gözlenir (46). Bu değişiklikler perimenopozal kadınlarda aterogenezi artırarak kardiyovasküler hastalıklar için potansiyel risk oluşturur.

2.4.4. Ürogenital Semptomlar

Ürogenital semptomlar, postmenopozal kadınların yaklaşık %50'sini etkiler. Bu semptomlar arasında vajinal kuruluk, disparoni, vulvar kaşıntı-yanma, dizüri, idrar

kaçırma ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları yer alır (47). Menopozla birlikte vajinanın kan akımı azalır, vajina duvarı esnekliğini kaybeder, bu da disparoni ile sonuçlanır. Vajina epitelinin atrofiye olmasıyla kolay travmatize olan vajinal mukoza, postmenopozal kanamalara neden olabilir. Vajina kısalır, rugalar kaybolur. Hücrel glikojen kaybı ve laktik asit miktarının azalması vajinal pH'ın yükselmesine ve patojen invazyonunu kolaylaştıran alkali ortamın oluşmasına neden olur (48).

Postmenopozal kadınların %20'si sıkışma tipi, yaklaşık %50'si ise stres tipi üriner inkontinans yaşamaktadır; ancak sadece sıkışma tipi inkontinans sıklığının östrojen yoksunluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu durum, mesane trigonu ve üretradaki östrojen aktivitesi yokluğunun, duyuşal eşiğı düşürdüğü hipotezine dayandırılmaktadır (3).

2.4.5. Cinsel Problemler

Menopozda cinsellik, pek çok faktörden etkilenen karmaşık bir konudur. Cinsel davranışın motivasyonel kısmı testosteron, biyolojik yanıt kısmı östrojen ile ilişkilidir ve menopozal dönemde bu iki hormon miktarındaki düşüş, libido kaybı ve biyolojik yanıtta azalma ile sonuçlanır. Östrojen yokluğuna bağılı olarak vajinal kuruluk, disparoni, vajinal enfeksiyonlardaki artış ve vajinal prolapsus kadını cinsellikten uzaklaştırabilir. İlerleyen menopoz ve yaşla birlikte vücutta meydana gelen değışiklikler kadının özgüvenini zedeleyebilir ve reddedilme korkusu ile ilişkiden uzak durmasına neden olabilir. Yaş ilişkili olarak artış gösteren kronik hastalıklar (osteoartrit, solunum yolu hastalıkları, vb.), antidepressanlar gibi libidoyu olumsuz etkileyebilecek ilaçların kullanımı, beden algısını ya da hormon dengesini etkileyebilecek cerrahi işlemler de kadının cinsel hayatını negatif yönde etkileyebilir (49). Yine de bu olumsuz değışimlerin yanında menopozun cinsel yaşam üzerinde olumlu etkileri de mevcuttur. Gebelik endişesi olmadan gerçekleşen cinsel birliktelikler, yaşam içinde cinselliğe ayıracak daha çok vakit olması, menopozun kadın cinselliğine kattığı artılardır (50).

2.4.6. Kas-İskelet Sistemi Problemleri

Kas lifleri üzerindeki östrojen reseptörleri nedeniyle, over fonksiyonlarının kaybı kas dokusunu negatif yönde etkiler. Yaşla birlikte kilo alınması, kas yıkımını

destekleyen proinflamatuvar sitokinler ve oksidatif stresin artmasına neden olur (3). Menopoza bağılı meydana gelen en önemli sorunlardan biri osteoporozdur. Kemik mineral yoğunluğu ilerleyen yaşla birlikte azalır, ancak menopozda bu düşüş nispeten hızlı olur. Over fonksiyonlarının kaybı ve östrojen seviyelerindeki düşme osteoporoz gelişimi ile yakından ilişkilidir (51). Östrojen, osteoblast proliferasyon ve farklılaşmasını sağlar, osteoklast apoptozunu indükler ve kemik mineralizasyonunu destekler. Menopozla birlikte östrojen seviyesindeki düşüş nedeniyle kemik kütlelerinde önemli kayıplar yaşanır (52).

Kemik yapının korunmasında östrojen yanında androjenler de etkilidir. Yaşla birlikte adrenal glandlarda androjen üretimi azalır. Ancak postmenopozal dönemde overler az da olsa androjen üretimine devam eder. Bu nedenle bilateral ooferektomi ile androjen kaynağı aniden kesilen kadınlar, doğal menopoza giren kadınlara göre osteoporoz açısından daha fazla risk altındadır (53). Hormonal faktörlerin yanında sigara bağımlılığı, düşük fiziksel aktivite, kalsiyum ve d vitamini eksikliği, yetersiz güneşlenme gibi faktörler de osteoporotik kırıklar ile ilişkilidir (51).

2.4.7. Saç ve Cilt Değişiklikleri

Dermis ve epidermiste bol miktarda bulunan östrojen ve progesteron reseptörleri nedeniyle, menopoza bağılı hormonal değişiklikler saç ve cilt üzerinde son derece etkilidir. Postmenopozal kadınlarda östrojenden yoksun olma hali, ciltte kuruluk, kırışıklık, iyileşmede güçlük gibi durumlara yol açar (54). Menopozdan sonra kollajen miktarının azalmasını bağılı olarak cilt elastikiyeti azalır. Artan melanositler nedeniyle ciltte düzensiz renk değişiklikleri görülebilir. Menopozdan sonra östrojen/androjen oranı androjen lehine bozulur ve bu da kadında saç dökülmesi ve yüzde istenmeyen tüylerin artışı şeklinde sonuçlanır. Tüm bu değişiklikler kadının beden algısını ve buna bağılı yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (3).

2.5. MENOPOZDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Menopozun sistemik hormon tedavisinde östrojen ve progesteron preparatları kullanılmaktadır. Östrojen tedavisi, özellikle vazomotor semptomlar ve onunla ilişkili uyku bozuklukları, irritabilite, yaşam kalitesinin olumsuz yönde değişimi gibi durumlar için en etkili tedavidir. Doz arttıkça etkinlik artar (55). Östrojenler ayrıca

vulvovajinal atrofiyi olumlu etkiler, aşırı aktif mesane ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu gibi problemleri ortadan kaldırır. Hafif-orta şiddetteki depresif semptomlar üzerinde olumlu etkisi vardır ve menopozla ilişkili kemik yıkımını azaltır (13). Uterusu sağlam olan kadınlarda östrojen tedavisini tek başına uygulamak, doz ve uygulama süresi ile de ilişkili olarak endometriyal neoplazi riskini artırdığından, östrojenin etkisini karşılaması, endometriyal hiperplazi ve kanseri engellemesi için tedaviye progesteron da eklenmelidir. Kombine tedavi, değişik protokoller olmakla birlikte, sıklıkla 20-25 gün östrojen ve 12-15 gün progesteron şeklinde ardışık bir protokol ile uygulanır (56,57). Tedavi için tavsiye edilen zamanlama, menopoz sonrası 10 yıl geçmeden ya da 60 yaşından öncedir. Genel prensip mümkün olan en düşük doz ile başlayıp klinik yanıtı göre titre etmek ve mümkün olan en düşük dozu kısa süreli kullanmaktır (13).

Kardiyovasküler hastalık riski fazla olan kadınlarda nonhormonal tedaviler önerilmektedir. Orta düzeyde kardiyovasküler hastalık riski olan kadınlarda ise ilk etapta, uterus yoksa tek başına, varsa mikronize progesteron ile kombine olarak transdermal östradiol önerilmektedir (13). Oral östrojen terapisinin, 50-59 yaş arası postmenopozal kadınlarda venöz tromboemboli (VTE) riskini arttırdığı bilinmektedir (58). Transdermal östrojen tedavisine bağlı VTE riskinin nispeten daha az olduğu düşünülmekle birlikte bu konuda kesin yargıya varmak için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır (59,60).

Östrojenin, bir selektif östrojen reseptör modülatörü olan bazedoksifen ile kombinasyonu, özellikle memede hassasiyet, vajinal kanama ya da duygudurum değişikliklerinden rahatsız olan uterusu sağlam kadınlarda vazomotor semptomları hafifletmek ve beraberinde kemik kaybını azaltmak için progesterona alternatif olarak kullanılabilir. Meme kanseri öyküsü olmayan uygun hastalarda başka bir tedavi seçeneği de, zayıf östrojenik, androjenik ve progestojenik etkileriyle, doku spesifik bir ajan olan tibolondur. Tibolon, vazomotor semptomlar ve kemik kaybı üzerine etkilidir. Diğer hormonal tedavi seçenekleri ile birlikte kullanılmaz. Hafif ve orta menopozal semptomları olan kadınlarda öncelikle baharatlı yiyecekler ve alkolden uzaklaşmak, kilo vermek, stresi azaltmak, oda ısısını düşürmek gibi önerilerde bulunulabilir. Orta

ve şiddetli şikayetleri olan kadınlarda hormonal tedavi için kontrendikasyon varsa SSRI/SNRI'lar, gabapentin ya da pregabalin bir seçenek olabilir (13).

Genitoüriner sendromu olan kadınlarda sistemik hormonal tedavi yerine topikal östrojenler, vajinal nemlendiriciler ve yağlar kullanılabilir. Vulvovajinal atrofiye bağlı dispareniğin ön planda olduğu, meme kanseri öyküsü olmayan kadınlarda, selektif östrojen reseptör modülatörü (SERM) olan ospemifen tercih edilebilir (13).

Hormonal tedavisi sırasından beklenmedik vajinal kanamaları olan kadınlar endometriyal hiperplazi ve kanser açısından mutlaka araştırılmalıdır. Meme kanseri ile ilgili muhtemel risklere karşı hasta bilgilendirilmeli ve tedavi bitiminden sonra da yaşa uygun meme kanseri taramasının önemi vurgulanmalıdır. Kişiye göre değişebilmekle birlikte hasta, yan etkiler açısından (abdominopelvik ağrı, mastalji, metroraji, kilo alımı, kan basıncı ve duygudurum değişiklikleri) başlangıçta 1-3 ayda bir, daha sonraları 6-12 ayda bir değerlendirilmelidir (13).

Menopozal semptomları gidermede kullanılan bazı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri arasında soya ürünleri, melek otu, kava kava, kara yılan otu, keten tohumu gibi bitkiler ve yoga, meditasyon, reiki gibi uygulamalar yer almaktadır (61).

2.6. MENOPOZ VE YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi tanımı ile ilgili farklı yaklaşımlar mevcuttur. “Kişinin hayatı ile ilgili tatmini hakkında bilinçli yargısı” şeklindeki ifade bunlardan biridir (62). Bir başka şekilde, “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ilgili olarak yaşamdaki pozisyonlarına dair algıları” olarak tanımlanmıştır (63). Medikal araştırmacılar bu terimi, “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” olarak değiştirerek hastalık ya da tedavilerin hastalar üzerindeki fonksiyonel etkilerini değerlendirebilmeyi hedeflemişlerdir. Yaşam kalitesi ölçekleri, genel popülasyonda kullanılabilen, farklı hastalıklarla mücadele eden ya da sağlıklı kişilerde uygulanabilen genel (jenerik) ölçekler ve belirli hastalıkların yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren hastalığa özgü ölçekler olmak üzere ikiye ayrılır (62). Kısa Form-36 (Short Form-36), WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), EQ-5D (EuroQOL) vb. ölçekler genel (jenerik) ölçeklere, MENQOL

(Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği – MÖYKÖ), QOLRAD (Reflü ve Dispepsi Yaşam Kalitesi Ölçeği), ASQoL (Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği) ve FIQOLS (Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği) ise hastalığa özgü ölçeklere örnek olarak gösterilebilir (63–68).

Yıllar içinde menopozun kadının yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek üzere pek çok ölçek oluşturulmuştur. 1994 yılında Fransa’da Floch tarafından geliştirilen Qualifemme, klimakterik, psikososyal, somatik ve ürogenital başlıkları altında 15 sorudan oluşur. Vizüel analog skala şeklinde olan bu ölçek kişinin şimdiki zamana ait değerlendirmesini verir. 1970 yılında oluşturulan Utian Quality of Life Scale (UQOL), Likert tipi bir ölçektir ve kişinin geçen ayki semptomlarını sorgular. Bu yönü ile Menopoza Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) ile benzerlik gösterir. Women’s Health Questionnaire (WHQ), MQOL (Menopause Quality of Life Scale), Menopause Health State Classification ve MENCAV Quality of Life Scale, menopozun yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmeye yarayan diğer ölçeklerdir (69).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran kadınların, menopoz semptomlarının takibinde kullanılan Blatt-Kupperman İndeksi skorlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

3.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE MERKEZİ

Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki çalışmamızın popülasyonunu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine 10.06.2018 ile 10.09.2018 tarihleri arasında başvuran, son menstrüasyon kanaması üzerinden en az 1 yıl geçmiş olan kadın hastalar oluşturdu. Çalışma evreni hastanede, Aile Hekimliği polikliniğindeki hastalar ile %95 güven düzeyi, %5 güven aralığı içinde örneklem büyüklüğü 196 kişi olarak hesaplandı. Çalışmaya toplam 214 hasta katıldı. Araştırmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.05.2018 tarih, 82 sayılı onayı ile gerçekleştirildi (Ek:1).

- ✓ Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri;
- ✓ Son adet kanaması üzerinden en az 1 yıl geçmiş olması,
- ✓ 65 yaşın altında olmak,
- ✓ Yaşam kalitesini etkileyecek aktif malignitesi, psikolojik rahatsızlığı ya da hastayı yatağa bağımlı kılacak başka ağır kronik hastalık öyküsü olmaması,
- ✓ Anket formu, Kupperman İndeksi ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni anlamaya ve doldurmaya imkan vermeyecek herhangi bir fiziksel/zihinsel engele sahip olmamak,
- ✓ Anket formu ve ölçekleri eksiksiz doldurmuş olmak,
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamış olmak.

Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri;

- ✓ Son adet tarihi üzerinden 1 yıldan az zaman geçmiş olması,
- ✓ 65 yaşın üzerinde olmak,
- ✓ Yaşam kalitesini etkileyecek aktif malignitesi, psikolojik rahatsızlığı ya da hastayı yatağa bağımlı kılacak başka ağır kronik hastalık öyküsü olması,
- ✓ Anket formu, Kupperman İndeksi ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni anlamaya ve doldurmaya imkan vermeyecek herhangi bir fiziksel/zihinsel engele sahip olmak,
- ✓ Anket formu ve ölçekleri eksik doldurmuş olmak,
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak.

3.3. MATERYAL VE METOT

Çalışmaya dahil etme kriterlerine uygun olan hastalar, çalışma ile ilgili bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldı. Anket araştırmacı tarafından tek tek uygulandı ve katılımcı ile yüz yüze dolduruldu. Katılımcılara araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık tanısı gibi demografik veriler ile jinekolojik-obstetrik ve klimakterik özelliklerin sorgulandığı açık ve kapalı uçlu 19 sorudan oluşan bir sosyo-demografik veri formu uygulandı. Bu sosyo-demografik veri formu 5 hastada denendikten sonra eksiklikler giderildi ve form son hali ile çalışmada kullanıldı. Anket ve ölçeklere verilen yanıtlar analiz edilerek veriler olgu rapor formuna kaydedildi. Veriler kaydedilirken, üzerinden hiç kanama olmadan 1 yıl geçen son adet döngüsünün görüldüğü yaş menopoza girme yaşı olarak kabul edildi. 40-45 yaş arası olgular erken menopoz, 40 yaşın altındakiler ise prematür menopoz olarak kaydedildi.

Hastaların menopozal şikayetlerinin şiddetini belirlemek üzere Kupperman İndeksi kullanıldı. 11 menopozal şikayetten oluşan bu indeks, 1952 yılında Kupperman tarafından geliştirilmiştir (70). İndekste sorgulanan her semptom; yok (0 puan), hafif (1 puan), orta (2 puan) veya şiddetli (3 puan) olarak değerlendirilip, her yanıtın alınan puan ilgili semptomu ait sayısal dönüştürücü faktör ile çarpılarak

toplam puan elde edilmektedir. Semptomların şiddeti; toplam puan 14-19 arasında ise “Hafif”, 20-34 arasında ise “Orta”, 35 ve üzeri ise “Şiddetli” olarak değerlendirilmektedir (71). İndeksin orijinal halinde olmamakla birlikte, 2000 yılında Schneider ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada olduğu gibi, bu çalışmada da 1-14 puan arası “Minör Semptomlar” ve 0 puan ise “Şikayet Yok” olarak değerlendirildi (72). İndeksin original halinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına literatürde rastlanmasa da çok sayıda çalışmada original ve modifiye edilmiş versiyonları kullanılmış olup araştırmamızda kullanılan şekli Ek-3’te gösterilmiştir.

Katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anketi (MÖYKÖ) uygulandı. Bu anket; postmenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerindeki farklılıkları ve zaman içinde yaşam kalitelerinde olan değişimleri tespit etmek amacıyla John R. Hilditch ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (1996), Likert tipi, 29 sorudan oluşan, kişiyi kendi kendine uygulayabileceği, oldukça kolay bir ankettir. 1-3. sorular vazomotor, 4-10. sorular psikososyal, 11-26. sorular fiziksel ve 27-29. sorular cinsel olmak üzere, anket, kişinin yaşam kalitesini belirleyecek öğeleri 4 başlık altında toplamıştır. Her başlığa ait kişilerin yaşamış olabileceği problemler vardır. Kişinin; ilgili problemle son 1 ay içinde karşılaşmış mı, karşılaşmadığı sorulmakta, karşılaşmadıysa “Hayır”, karşılaştıysa “Evet” cevabını işaretlemesi ve cevabı “Evet” ise; problemin şiddetini 0 (hiç rahatsız edici değil) ile 6 (son derece rahatsız edici) arasında puanlaması istenmektedir. Skorlama yapılırken her madde için verilen yanıt, şu yolla 1-8 arasında bir skora dönüştürülür: Kişi o problemi yaşamamış ve “Hayır” olarak cevap vermişse 1 puan, kişi problemi yaşamış, cevap “Evet” ve sıkıntının şiddeti “0” ise 2 puan, cevap “Evet” ve şiddeti “1” ise 3 puan, cevap “Evet” ve şiddeti “2” ise 4 puan, cevap “Evet” ve şiddeti “3” ise 5 puan, cevap “Evet” ve şiddeti “4” ise 6 puan, cevap “Evet” ve şiddeti “5” ise 7 puan, cevap “Evet” ve şiddeti “6” ise 8 puan. Puanlar arttıkça problemin şiddeti artmakta, yüksek skorlar düşük yaşam kalitesine işaret etmektedir. Anketteki 4 başlığın soru sayıları farklılık göstermektedir ve her başlık ayrıca skorlanır. Her alanın tüm skora katkı oranı bilinmediğinden, bu ankette genel bir skor yoktur (67). Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Kharbouch ve Sahin tarafından yapılmış ve Cronbach’s Alpha değerleri vazomotor semptomlar için 0.73,

psikososyal semptomlar için 0.84, fiziksel semptomlar için 0.88, cinsel semptomlar için 0.84 olarak saptanmıştır (73). Ölçeğin araştırmamızda kullanılan şekli Ek-4'te gösterilmiştir.

Katılımcılara uygulanan sosyo-demografik veri formu ile Kİ ve MÖYKÖ verileri karşılaştırıldı. Her iki ölçek puanları da birbiri ile karşılaştırılarak, semptomların şiddeti ve kişinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildi.

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili Bonferroni Dunn test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği ve Kupperman İndeksi ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik değerlendirmelerinde Reliability analiz kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma 10.06.2018 ile 10.09.2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde 214 kadın olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları 38 ile 65 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $55,96 \pm 5,17$ yıldır; %9,8'i (n=21) 50 yaşın altında, %62,2'si (n=133) 50-59 yaş aralığında, %28,0'i (n=60) 60 yaş ve üzerindedir.

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	38-65 (57)
	<i>Ort±Ss</i>	55,96±5,17
	< 50 yaş	21 (9,8)
	50-59 yaş	133 (62,2)
	≥ 60 yaş	60 (28,0)
Medeni durum	Evli	154 (72,0)
	Dul- boşanmış	51 (23,8)
	Bekar	9 (4,2)
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	11 (5,1)
	Okur-yazar	7 (3,3)
	İlkokul	78 (36,5)
	Ortaokul	21 (9,8)
	Lise	51 (23,8)
Çalışma durumu	Yüksekokul	46 (21,5)
	Emekli	49 (22,9)
	Ev hanımı	120 (56,1)
Aile gelir düzeyi	Çalışıyor	45 (21,0)
	Gelir giderden az	34 (15,9)
	Gelir giderini karşılıyor	146 (68,2)
	Geliri giderinden fazla	34 (15,9)

Tablo 1'de olguların demografik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Çalışmaya alınan kadınların %72,0'si (n=154) evli, %23,8'i (n=51) dul-boşanmış, %4,2'si (n=9) bekarıdır. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; %5,1'i (n=11) okur-yazar değilken, %3,3'ü (n=7) okur-yazar, %36,5'i (n=78) ilkokul, %9,8'i (n=21) ortaokul, %23,8'i (n=51) lise, %21,5'i (n=46) ise yüksekokul meznu olduğu saptanmıştır. Olguların %22,9'u (n=49) emekli ve %56,1'i (n=120) ev hanımı iken, %21,0'i (n=45) ise herhangi bir işte çalışmaktadır. Çalışmaya katılanların aile gelir düzeyi incelendiğinde; %15,9'unun (n=34) geliri giderinden az, %68,2'sinin (n=146) geliri giderini karşılamakta, %15,9'unun (n=34) ise geliri giderinden fazladır.

Tablo 2. Kronik Hastalık Varlığına İlişkin Dağılımlar

		n (%)
Kronik hastalık	Yok	77 (36,0)
	Var	137 (64,0)
•Görülen kronik hastalıklar	Diyabet	50 (23,4)
	Solunum	13 (6,1)
	Boşaltım	4 (1,9)
	Kardiyolojik	51 (23,8)
	Kan	1 (0,5)
	Psikiyatrik	18 (8,4)
	Kas/ iskelet	32 (15,0)
	Endokrin	27 (12,6)
	Diğer hastalıklar	11 (5,1)
	Kronik hastalık sayısı	Yok
1 hastalık		85 (39,7)
2 hastalık		39 (18,2)
≥ 3 hastalık		13 (6,1)

•Birden çok hastalık görülmektedir

Olguların %64,0'ünde (n=137) en az 1 kronik hastalık görülmektedir; kronik hastalık tanısı olanların %23,8'inde (n=51) kardiyolojik hastalıklar, %23,4'ünde (n=50) diyabet, %15,0'ünde (n=32) kas/iskelet hastalıkları, %12,6'sında (n=27) endokrin sistem hastalıkları, %8,4'ünde (n=18) psikiyatrik hastalıklar, %6,1'inde (n=13) solunum sistemi hastalıkları, %1,9'unda (n=4) boşaltım sistemi hastalıkları, %0,5'inde (n=1) kan hastalıkları ve %5,1'inde (n=11) diğer hastalıklar görülmektedir (Tablo 2). Olguların kronik hastalık sayıları 0 ile 4 arasında değişmektedir; buna göre %36,0'sında (n=77) kronik hastalık görülmezken, %39,7'sinde (n=85) bir hastalık, %18,2'sinde (n=39) iki hastalık, %6,1'inde (n=13) ise üç ve üzeri sayıda hastalık görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Alışkanlıklara İlişkin Dağılımlar

		n (%)
Sigara kullanımı	Yok	142 (66,4)
	Var	72 (33,6)
Alkol kullanımı	Yok	187 (87,4)
	Var	27 (12,6)
Düzenli egzersiz	Yok	165 (77,1)
	Var	49 (22,9)
•Boş zamanlarını değerlendirme durumu	Kültürel etkinlikler	43 (20,1)
	Kurslara katılmak	33 (15,4)
	Düzenli spor	33 (15,4)
	Ev ve el işi	120 (56,1)
	Ev gezmeleri	45 (21,0)
	Diğer	11 (5,1)
	Hiçbir şey	14 (6,5)

•Birden çok seçenek işaretlenmiştir

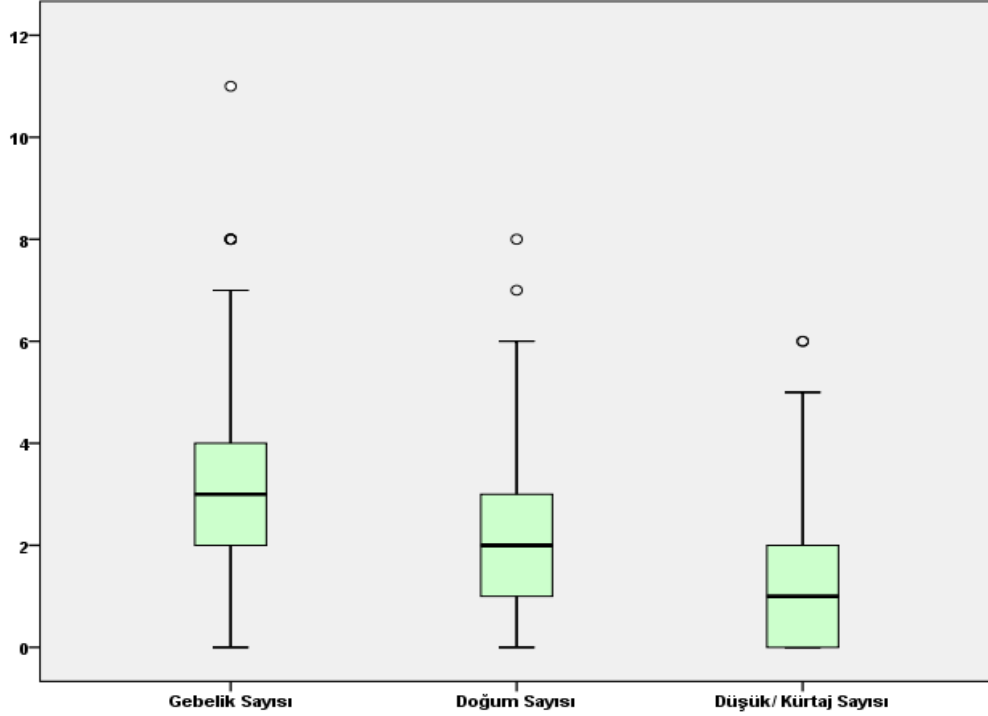
Olguların %33,6'sında (n=72) sigara kullanımı, %12,6'sında (n=27) alkol kullanımı, %22,9'unda (n=49) düzenli egzersiz alışkanlığı görülmektedir. Olguların %20,1'i (n=43) boş zamanlarında kültürel etkinliklere katılırken, %15,4'ü (n=33) kurslara katılmakta, %15,4'ü (n=33) düzenli spor yapmakta, %56,1'i (n=120) ev ve el işi ile ilgilenmekte, %21,0'i (n=45) ev gezmelerine gitmekte, %5,1'i (n=11) diğer aktiviteleri yapmakta, %6,5'i (n=14) boş zamanlarına hiçbir şey yapmadığını ifade etmektedir (Tablo 3).

Olguların gebelik sayıları 0 ile 11 arasında değişmektedir ve medyan 3 gebeliktir; %5,6'sında (n=12) gebelik yokken, %10,7'sinde (n=23) bir gebelik, %20,6'sında (n=44) iki gebelik, %22,0'sinde (n=47) üç gebelik, %41,1'inde (n=88) dört ve üzerinde gebelik görülmektedir (Şekil 2).

Olguların doğum sayıları 0 ile 8 arasında değişmektedir ve medyan 2 doğumdur; %9,8'inde (n=21) doğum yokken, %19,2'sinde (n=41) bir doğum, %38,8'inde (n=83) iki doğum, %20,1'inde (n=43) üç doğum, %12,1'inde (n=26) dört ve üzerinde doğum görülmektedir (Şekil 2).

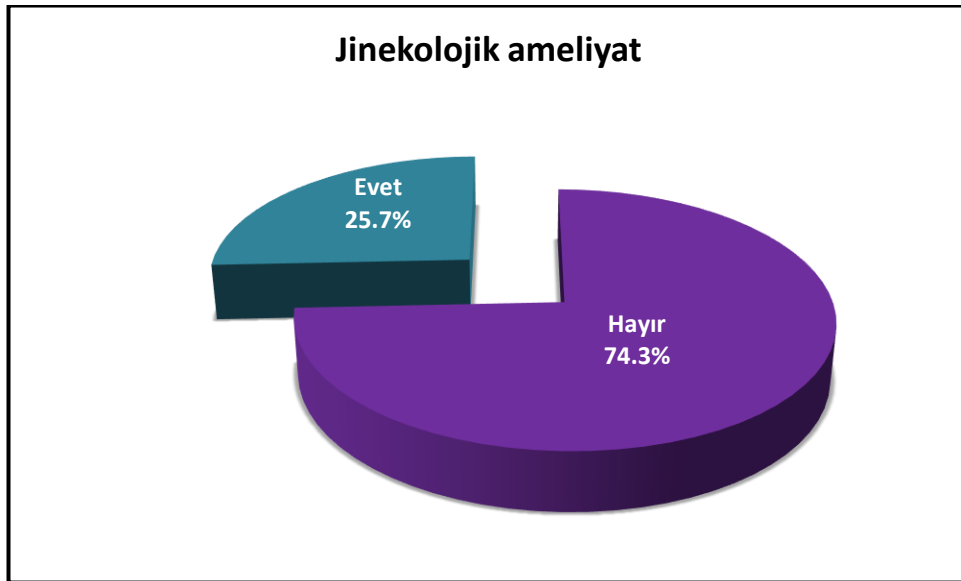
Olguların düşük/kürtaj sayıları 0 ile 6 arasında değişmektedir ve medyan 1 düşük/kürtajdır; %42,1'inde (n=90) düşük/kürtaj yokken, %31,3'ünde (n=67) 1

düşük/kürtaj, %14,0'ünde (n=30) 2 düşük/kürtaj, %12,6'sında (n=27) 3 ve üzerinde düşük/kürtaj görülmektedir (Şekil 2).



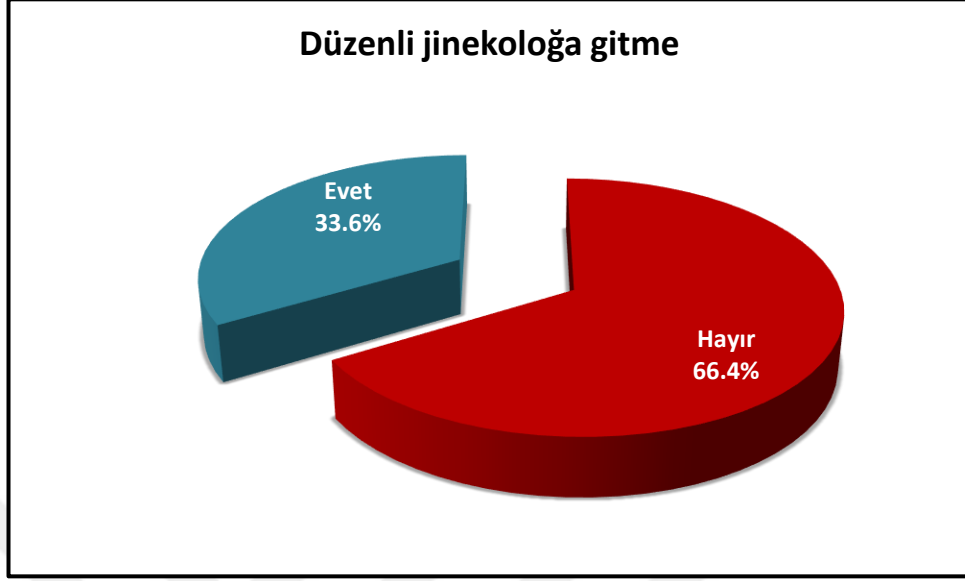
Şekil 2. Obstetrik özelliklerin dağılımı

Olguların %25,7'sinde (n=55) jinekolojik ameliyat öyküsü varken, %74,3'ünde (n=159) jinekolojik ameliyat öyküsü yoktur (Şekil 3).



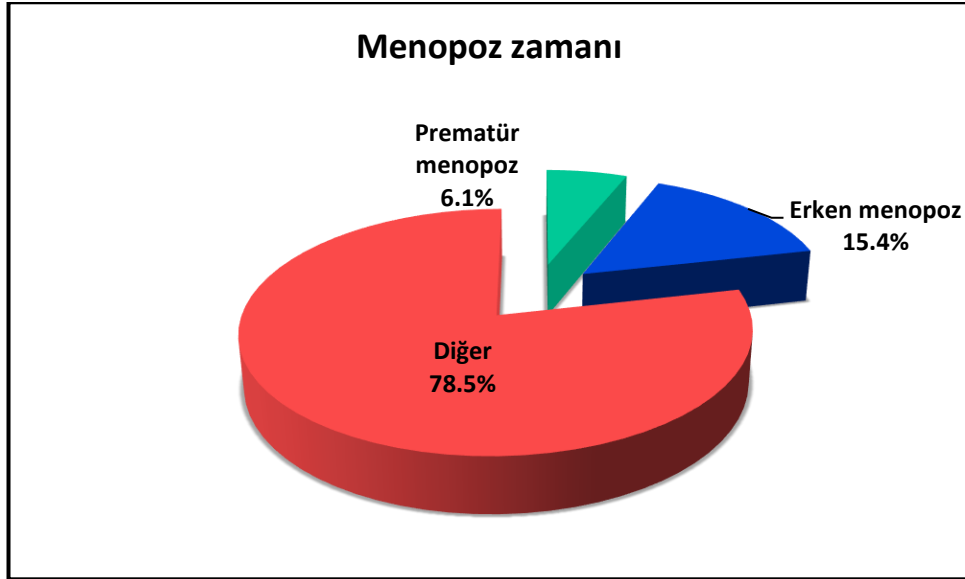
Şekil 3. Jinekolojik ameliyat oranları dağılımı

Olguların %33,6'sının (n=72) düzenli olarak jinekoloğa gittiği görülürken, %66,4'ü (n=142) gitmemektedir (Şekil 4).



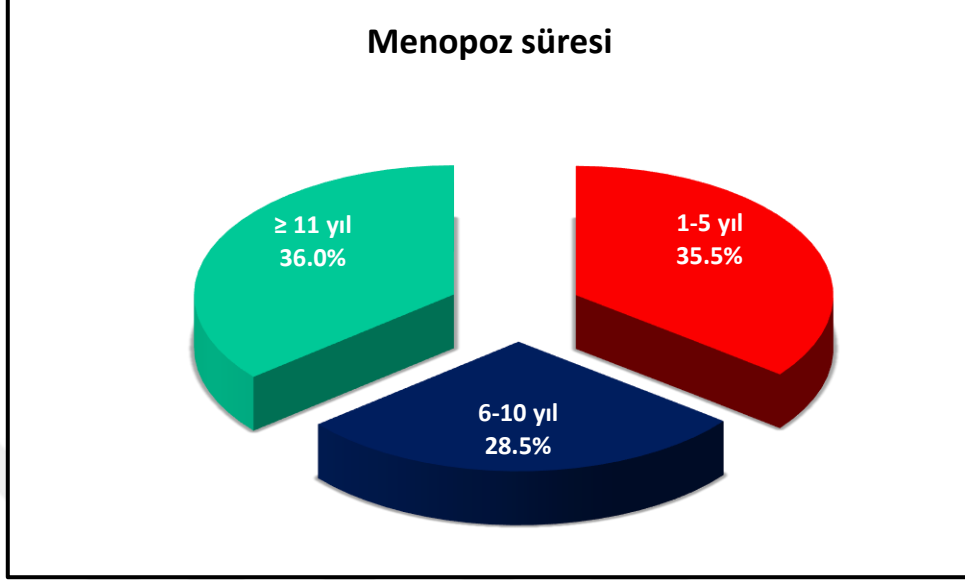
Şekil 4. Düzenli jinekoloğa gitme oranları dağılımı

Hastaların menopoz yaşları 23 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalama menopoz yaşı $47,02 \pm 4,88$ 'dir; %6,1'inin (n=13) 40 yaşın altında, %15,4'ünün (n=33) 40-44 yaş aralığında, %44,9'unun (n=96) 45-49 yaş aralığında, %33,6'sının (n=72) ise 50-55 yaş aralığında menopoza girdiği saptanmıştır. Olguların; %6,1'inin (n=13) prematür menopoz, %15,4'ünün (n=33) erken menopoz olduğu görülmektedir (Şekil 5).



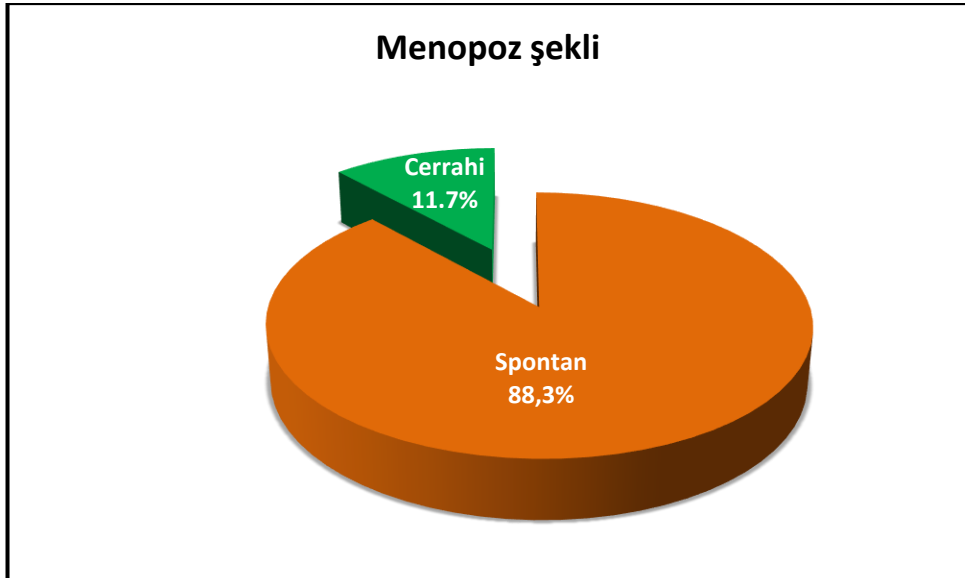
Şekil 5. Menopoz zamanı oranları dağılımı

Olguların menopoz sonrası geçen süreleri 1 ile 36 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $8,94 \pm 6,02$ yıldır; bu süre olguların %35,5'i (n=76) için 1-5 yıl, %28,5'isi (n=61) için 6-10 yıl, %36,0'sı (n=77) için 11 yıl ve üzerindedir (Şekil 6).



Şekil 6. Menopoz sonrası geçen sürelerin dağılımı

Çalışmaya alınan olguların %88,3'ü (n=189) spontan, %11,7'si (n=25) ise cerrahi menopozdur (Şekil 7).



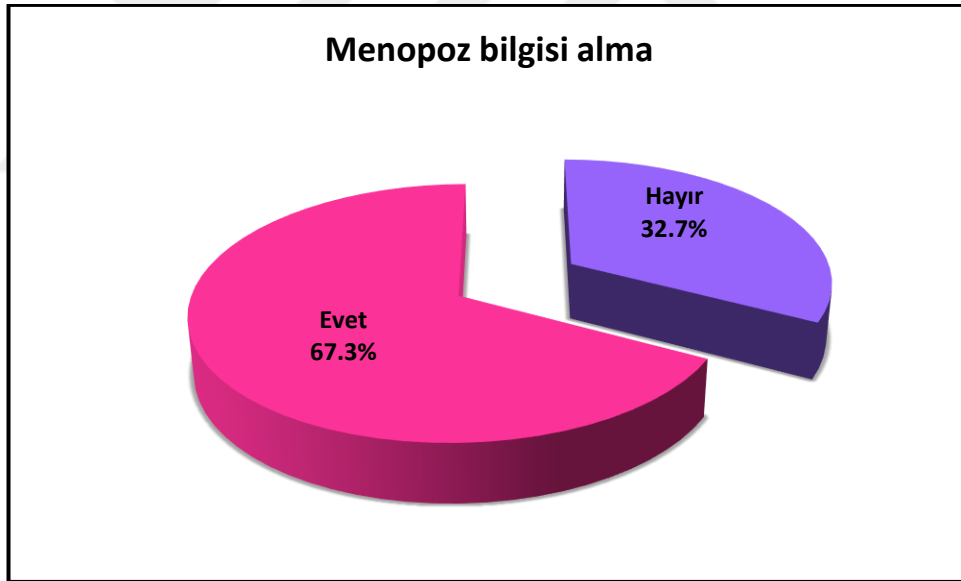
Şekil 7. Menopoz şekillerinin dağılımı

Olguların %88,8'i (n=190) hormon tedavisi almazken, %11,2'si (n=24) hormon tedavisi almıştır; bu olguların %83,3'ü (n=20) olumlu, %8,3'ü (n=2) olumsuz, %8,3'ü (n=2) ise kısmen etkilenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Hormon Tedavisi Alma Durumuna Göre Olguların Dağılımı

		n (%)
Hormon tedavisi	Tedavi almayan	190 (88,8)
	Tedavi alan	24 (11,2)
Tedaviden etkilenme (n=24)	Olumlu	20 (83,3)
	Olumsuz	2 (8,3)
	Kısmen	2 (8,3)

Olguların %67,3'ü (n=144) menopoz ile ilgili bilgi almıştır; bilgi alanların %12,6'sı (n=27) ebe-hemşireden, %46,7'si (n=100) doktordan, %16,4'ü (n=35) kile iletişim araçlarından, %12,6'sı (n=27) komşu-akrabalardan, %1,4'ü (n=3) diğer kaynaklardan bilgi almıştır (Şekil 8).



Şekil 8. Menopoz ile ilgili bilgi alma oranları dağılımı

4.1. KUPPERMAN İNDEKSİ'NE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Tablo 5. Kİ Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

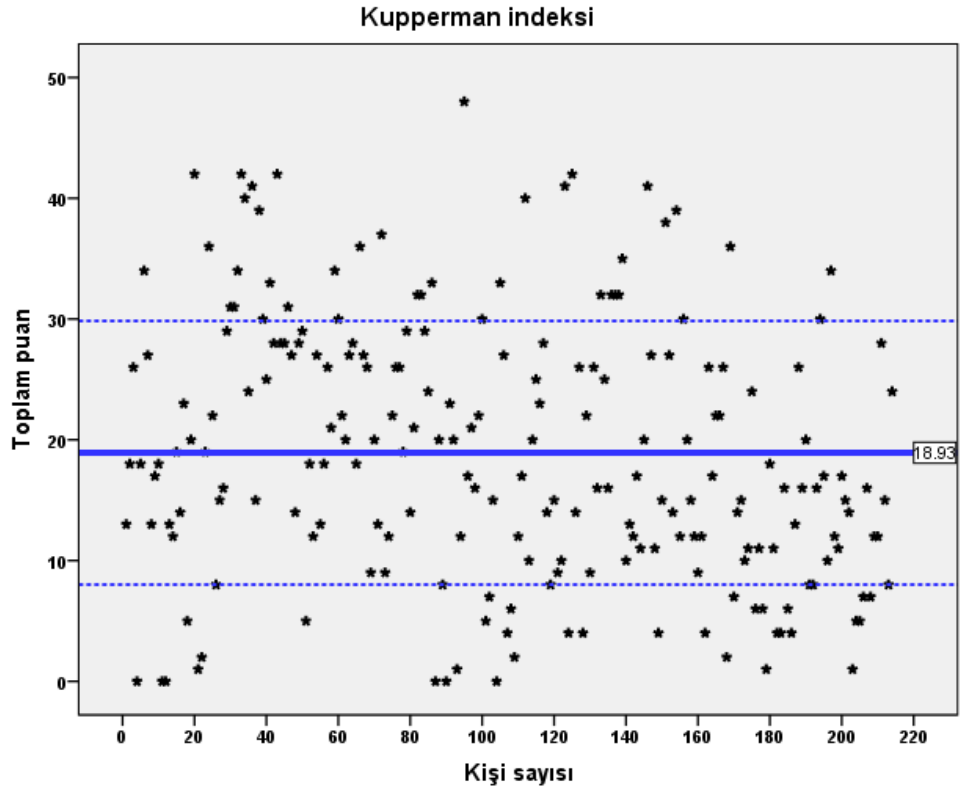
	Yok (0) n (%)	Hafif (1) n (%)	Orta (2) n (%)	Şiddetli (3) n (%)	(Min:0-Mak:3) Ort±Ss
Ateş basması	54 (25,2)	47 (22)	60 (28)	53 (24,8)	1,52±1,12
Uyuşma hissi	112 (52,3)	56 (26,2)	36 (16,8)	10 (4,7)	0,74±0,90
Uykusuzluk	82 (38,3)	50 (23,4)	48 (22,4)	34 (15,9)	1,16±1,11
Sinirlilik	53 (24,8)	57 (26,6)	74 (34,6)	30 (14)	1,38±1,01
Melankoli	128 (59,8)	42 (19,6)	30 (14)	14 (6,5)	0,67±0,95
Baş dönmesi	124 (57,9)	67 (31,3)	19 (8,9)	4 (1,9)	0,55±0,73
Halsizlik	67 (31,3)	75 (35)	54 (25,2)	18 (8,4)	1,11±0,95
Atralji miyalji	45 (21)	58 (27,1)	71 (33,2)	40 (18,7)	1,50±1,02
Baş ağrısı	92 (43)	56 (26,2)	43 (20,1)	23 (10,7)	0,99±1,03
Çarpıntı	104 (48,6)	62 (29)	38 (17,8)	10 (4,7)	0,79±0,90
Karıncaalanma	113 (52,8)	60 (28)	36 (16,8)	5 (2,3)	0,69±0,83

Kİ sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 5'te görülmektedir.

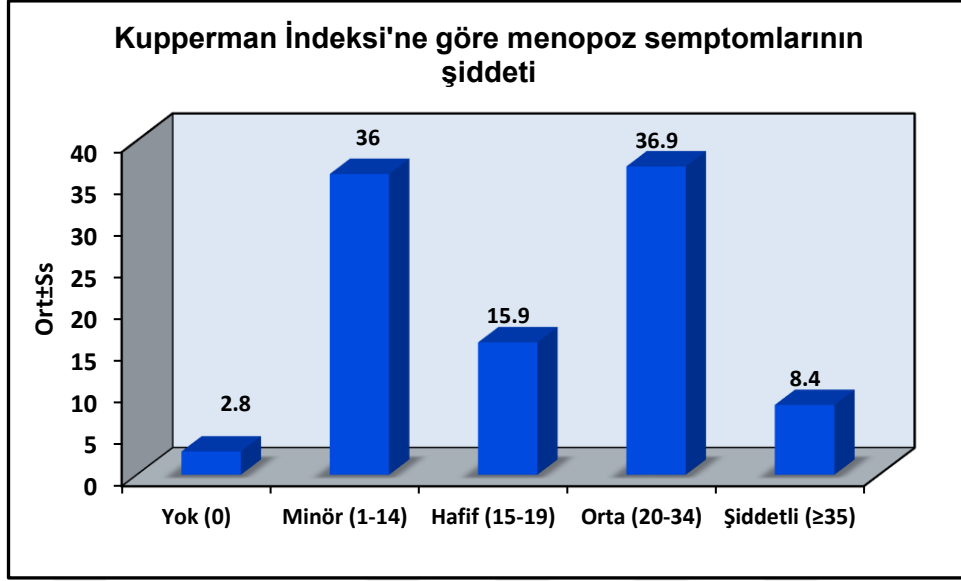
Kİ'nin sadece toplam puanı bulunmaktadır. Ölçekteki soruların iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,840 olarak saptanmıştır (Tablo 6). Buna göre ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Kİ Toplam Puanının Dağılımı

Kİ		
Kİ toplam	Soru sayısı	11
	Min-Mak	0-48 (17,5)
	(Medyan)	
	Ort±Ss	18,93±10,92
Menopoz semptomlarının şiddeti; n (%)	Yok (0)	6 (2,8)
	Minör (1-14)	77 (36,0)
	Hafif (15-19)	34 (15,9)
	Orta (20-34)	79 (36,9)
	Şiddetli (≥35)	18 (8,4)



Kİ toplam puanı 0 ile 48 puan arasında değişmekte olup, ortalaması $18,93 \pm 10,92$ puandır. Olguların %2,8'inde ($n=6$) menopoz semptomu yokken, %36,0'sında ($n=77$) minör semptom, %15,9'unda ($n=34$) hafif semptom, %36,9'unda ($n=79$) orta düzeyde semptom ve %8,4'ünde ($n=18$) şiddetli semptomlar görülmektedir (Şekil 10).



Şekil 10. Menopoz semptomlarının şiddetlerine ilişkin dağılım

Tablo 7. Demografik Özelliklere Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Kİ toplam puanı		
		n	Ort±Ss	p
Yaş (yıl)	< 50 yaş	21	25,86±10,74	^a 0,001**
	50-59 yaş	133	19,20±10,90	
	≥ 60 yaş	60	15,88±9,95	
Medeni durum; (medyan)	Evli	154	20,35±10,66 (19,5)	^b 0,003**
	Dul- boşanmış	51	15,86±11,40 (14)	
	Bekar	9	11,89±5,95 (10)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil/ okur-yazar	18	22,67±10,45	^a 0,081
	İlkokul	78	20,71±11,69	
	Ortaokul	21	19,38±8,88	
	Lise	51	16,88±10,55	
	Yüksekokul	46	16,50±10,44	
Çalışma durumu	Emekli	49	14,67±9,28	^a 0,002**
	Ev hanımı	120	20,99±11,17	
	Çalışıyor	45	18,04±10,65	
Aile gelir düzeyi	Gelir giderden az	34	18,12±10,12	^a 0,571
	Gelir giderini karşılıyor	146	19,45±11,39	
	Geliri giderinden fazla	34	17,47±9,65	

^aOneway ANOVA Test

^bKruskal Wallis Test

**p<0,01

Olguların yaşlarına göre Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Farklılığı yaratan grubu belirlemek

amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 50 yaşın altındaki olguların Kİ toplam puanları, 50-59 yaş ile 60 yaş ve üzerinde olan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (sırasıyla $p=0,025$; $p=0,001$; $p<0,05$). Olgulardan 50-59 yaş ile 60 yaş ve üzerinde olanların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Medeni durumlarına göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; evli olguların Kİ toplam puanları, dul-boşanmış ve bekar olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (sırasıyla $p=0,025$; $p=0,044$; $p<0,05$). Dul-boşanmış ve bekar olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların eğitim durumlarına göre Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışma durumlarına göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ev hanımlarının Kİ toplam puanları, emekli olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,002$; $p<0,01$). Diğer grupların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların aile gelir düzeylerine göre Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 8. Kronik Hastalık Varlığına Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Kİ toplam puanı		
		n	Ort±Ss	p
Kronik hastalık	Yok	77	18,64±10,77	^c 0,773
	Var	137	19,09±11,05	
Kronik hastalık sayısı	Yok	77	18,64±10,77	^a 0,735
	1 hastalık	85	18,55±11,32	
	≥ 2 hastalık	52	19,96±10,63	

^aOneway ANOVA Test

^cStudent t Test

Olgularda kronik hastalık varlığına göre Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Olgularda görülen kronik hastalık

sayısına göre Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 9. Alışkanlıklara Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Kİ toplam puanı		
		n	Ort±Ss	p
Sigara kullanımı	Yok	142	18,56±10,71	^c 0,489
	Var	72	19,65±11,37	
Alkol kullanımı	Yok	187	19,27±11,15	^c 0,229
	Var	27	16,56±9,06	
Düzenli egzersiz	Yok	165	19,81±10,89	^c 0,029*
	Var	49	15,94±10,62	
Boş zamanlarını değerlendirme; (medyan)	Yok	14	24,64±14,60 (24,5)	^d 0,107
	Var	200	18,53±10,55 (17)	

^cStudent t Test

^dMann Whitney U Test

* $p<0,05$

Sigara kullanımına göre olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Alkol kullanımına göre olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Düzenli egzersiz varlığına göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,029$; $p<0,05$); düzenli egzersiz yapan olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Boş zamanlarını değerlendirme durumuna göre olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 10. Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklere Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Kİ toplam puanı		
		n	Ort±Ss	p
Gebelik; <i>(medyan)</i>	Yok	12	12,33±8,54 (10)	<i>^d0,023*</i>
	Var	202	19,32±10,94 (18)	
Doğum	Yok	21	14,24±7,87	<i>0,010*</i>
	Var	193	19,44±11,10	
Düşük/ kürtaj	Yok	90	18,88±10,86	<i>0,957</i>
	Var	124	18,96±11,02	
Jinekolojik ameliyat	Hayır	159	17,94±10,71	<i>0,025*</i>
	Evet	55	21,76±11,14	
Düzenli jinekoloğa gitme	Hayır	142	18,93±11,40	<i>0,994</i>
	Evet	72	18,92±9,99	

^cStudent t Test

^dMann Whitney U Test

*p<0,05

Gebelik varlığına göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,023; p<0,05); gebelik geçiren olguların Kİ toplam puanları, gebelik geçirmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Doğum varlığına göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,010; p<0,05); doğum yapmış olguların Kİ toplam puanları, doğum yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Düşük/kürtaj varlığına göre olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Jinekolojik ameliyat öyküsü varlığına göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,025; p<0,05); Jinekolojik ameliyat öyküsü olan olguların Kİ toplam puanları, jinekolojik ameliyat öyküsü olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Düzenli jinekoloğa gitme durumuna göre olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 11. Menopoz Özelliklerine Göre Kİ Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Kİ toplam puanı		
		n	Ort±Ss	p
Menopoz yaşı (yıl); (medyan)	< 40 yaş	13	22,15±12,31 (18)	^b 0,021*
	40-44 yaş	33	16,09±11,54 (13)	
	45-49 yaş	96	21,02±10,70 (20,5)	
	50-55 yaş	72	16,85±10,16 (15)	
Menopoz sonrası geçen süre	1-5 yıl	76	21,04±11,13	^a 0,020*
	6-10 yıl	61	19,66±10,57	
	≥ 11 yıl	77	16,26±10,58	
Menopoz şekli	Doğal	189	18,45±10,82	^c 0,080
	Cerrahi	25	22,52±11,23	
Hormon tedavisi	Tedavi almayan	190	19,09±11,03	^c 0,524
	Tedavi alan	24	17,58±10,12	
Menopoz bilgisi alma	Hayır	70	18,74±11,56	^c 0,865
	Evet	144	19,01±10,64	

^aOneway ANOVA Test^bKruskal Wallis Test^{*}p<0,05^cStudent t Test

Menopoz yaşına göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,021; p<0,05). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; menopoz yaşı 45-49 yaş olan olguların Kİ toplam puanları, menopoz yaşı 40-44 yaş ve 50-55 yaş olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (sırasıyla p=0,015; p=0,016; p<0,05). Diğer grupların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Menopoz sonrası geçen sürelerine göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,020; p<0,05). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; menopoz sonrası geçen süresi 11 yıl ve üzerinde olan olguların Kİ toplam puanları, menopoz sonrası geçen süresi 1-5 yıl olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (p=0,020; p<0,05). Diğer grupların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Menopoz şekline, hormon tedavisi alma durumlarına ve menopoz hakkında bilgi alma durumlarına göre olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

4.2. MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Tablo 12. MÖYKÖ Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

	Yok n (%)	Var n (%)	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	(Min:1- Mak:8) Ort±Ss
M.1	67 (31,3)	147 (68,7)	2 (1,4)	9 (6,1)	24 (16,3)	23 (15,6)	18 (12,2)	38 (25,9)	33 (22,4)	4,43±2,69
M.2	88 (41,1)	126 (58,9)	4 (3,2)	10 (7,9)	16 (12,7)	25 (19,8)	16 (12,7)	33 (26,2)	22 (17,5)	3,82±2,70
M.3	83 (38,8)	131 (61,2)	3 (2,3)	15 (11,5)	20 (15,3)	29 (22,1)	24 (18,3)	23 (17,6)	17 (13)	3,74±2,53
M.4	109(50,9)	105 (49,1)	3 (2,9)	16 (15,2)	22 (21)	17 (16,2)	17 (16,2)	14 (13,3)	16 (15,2)	3,10±2,47
M.5	87 (40,7)	127 (59,3)	5 (3,9)	21 (16,5)	29 (22,8)	25 (19,7)	15 (11,8)	17 (13,4)	15 (11,8)	3,41±2,40
M.6	77 (36)	137 (64)	6 (4,4)	19 (13,9)	31 (22,6)	41 (29,9)	16 (11,7)	11 (8)	13 (9,5)	3,51±2,27
M.7	104 (48,6)	110 (51,4)	4 (3,6)	14 (12,7)	37 (33,6)	28 (25,5)	15 (13,6)	7 (6,4)	5 (4,5)	2,90±2,10
M.8	93 (43,5)	121 (56,5)	4 (3,3)	20 (16,5)	26 (21,5)	31 (25,6)	16 (13,2)	16 (13,2)	8 (6,6)	3,23±2,29
M.9	96 (44,9)	118 (55,1)	1 (0,8)	21 (17,8)	26 (22)	29 (24,6)	18 (15,3)	10 (8,5)	13 (11)	3,23±2,34
M.10	90 (42,1)	124 (57,9)	9 (7,3)	22 (17,7)	18 (14,5)	25 (20,2)	19 (15,3)	13 (10,5)	18 (14,5)	3,36±2,46
M.11	89 (41,6)	125 (58,4)	4 (3,2)	13 (10,4)	39 (31,2)	32 (25,6)	19 (15,2)	10 (8)	8 (6,4)	3,27±2,21
M.12	36 (16,8)	178 (83,2)	5 (2,8)	17 (9,6)	36 (20,2)	33 (18,5)	38 (21,3)	28 (15,7)	21 (11,8)	4,66±2,21
M.13	50 (23,4)	164 (76,6)	4 (2,4)	17 (10,4)	38 (23,2)	35 (21,3)	31 (18,9)	21 (12,8)	18 (11)	4,27±2,28
M.14	78 (36,4)	136 (63,6)	6 (4,4)	13 (9,6)	24 (17,6)	29 (21,3)	21 (15,4)	17 (12,5)	26 (19,1)	3,85±2,58
M.15	61 (28,5)	153 (71,5)	2 (1,3)	14 (9,2)	43 (28,1)	31 (20,3)	21 (13,7)	20 (13,1)	22 (14,4)	4,09±2,39
M.16	60 (28)	154 (72)	4 (2,6)	14 (9,1)	43 (27,9)	38 (24,7)	30 (19,5)	16 (10,4)	9 (5,8)	3,91±2,18
M.17	78 (36,4)	136 (63,6)	5 (3,7)	13 (9,6)	34 (25)	44 (32,4)	20 (14,7)	11 (8,1)	9 (6,6)	3,51±2,22
M.18	61 (28,5)	153 (71,5)	6 (3,9)	19 (12,4)	30 (19,6)	54 (35,3)	22 (14,4)	9 (5,9)	13 (8,5)	3,83±2,18
M.19	82 (38,3)	132 (61,7)	5 (3,8)	20 (15,2)	38 (28,8)	35 (26,5)	13 (9,8)	11 (8,3)	10 (7,6)	3,34±2,20
M.20	55 (25,7)	159 (74,3)	4 (2,5)	18 (11,3)	37 (23,3)	30 (18,9)	21 (13,2)	24 (15,1)	25 (15,7)	4,25±2,42
M.21	134 (62,6)	80 (37,4)	7 (8,8)	16 (20)	19 (23,8)	15 (18,8)	8 (10)	11 (13,8)	4 (5)	2,36±2,03
M.22	105 (49,1)	109 (50,9)	5 (4,6)	20 (18,3)	27 (24,8)	34 (31,2)	15 (13,8)	6 (5,5)	2 (1,8)	2,81±2,01
M.23	83 (38,8)	131 (61,2)	3 (2,3)	20 (15,3)	31 (23,7)	31 (23,7)	24 (18,3)	14 (10,7)	8 (6,1)	3,43±2,26
M.24	44 (20,6)	170 (79,4)	3 (1,8)	20 (11,8)	32 (18,8)	42 (24,7)	22 (12,9)	30 (17,6)	21 (12,4)	4,48±2,29
M.25	80 (37,4)	134 (62,6)	5 (3,7)	17 (12,7)	31 (23,1)	27 (20,1)	19 (14,2)	15 (11,2)	20 (14,9)	3,64±2,46
M.26	102 (47,7)	112 (52,3)	6 (5,4)	21 (18,8)	23 (20,5)	21 (18,8)	17 (15,2)	13 (11,6)	11 (9,8)	3,06±2,33
M.27	74 (34,6)	140 (65,4)	17(12,1)	10 (7,1)	18 (12,9)	20 (14,3)	22 (15,7)	28 (20)	25 (17,9)	3,92±2,66
M.28	82 (38,3)	132 (61,7)	5 (3,8)	14 (10,6)	18 (13,6)	23 (17,4)	16 (12,1)	19 (14,4)	37 (28)	3,95±2,76
M.29	71 (33,2)	143 (66,8)	11(7,7)	15 (10,5)	11 (7,7)	18 (12,6)	20 (14)	24 (16,8)	44 (30,8)	4,26±2,83

MÖYKÖ sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 12’de görülmektedir.

MÖYKÖ’nün 4 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki soruların iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değerleri incelendiğinde; vazomotor alt boyut için Cronbach alfa değeri 0,860, psikosoyal alt boyut için 0,873, fiziksel alt boyut için 0,880 ve cinsel alt boyut için 0,873 olarak saptanmıştır (Tablo 13). Buna göre ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 13. MÖYKÖ Puanlarının Dağılımı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach’s alpha
Vazomotor	3	3-24 (11)	11,99±7,00	0,860
Psikosoyal	7	7-56 (21)	22,76±12,32	0,873
Fiziksel	16	16-108 (59)	58,74±21,69	0,880
Cinsel	3	3-24 (11,5)	12,13±7,36	0,873

MÖYKÖ vazomotor alt boyut toplam puanı 3 ile 24 puan arasında değişmekte olup, ortalama 11,99±7,00 puan; psikosoyal alt boyut toplam puanı 7 ile 56 puan arasında değişmekte olup, ortalama 22,76±12,32 puandır. Fiziksel alt boyut toplam puanı 16 ile 108 puan arasında değişmekte olup, ortalama 58,74±21,69 puan; cinsel alt boyut toplam puanı 3 ile 24 puan arasında değişmekte olup, ortalama 12,13±7,36 puandır.

Olguların yaşlarına göre MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Olguların medeni durumlarına göre MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal ve fiziksel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Medeni durumlarına göre olguların cinsel alt boyut puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,049$; $p<0,05$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; evli olguların cinsel puanları, dul-boşanmış olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,021$; $p<0,05$). Diğer grupların cinsel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların eğitim durumlarına göre vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Olguların çalışma durumlarına göre vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Olguların aile gelir düzeylerine göre vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 14. Demografik Özelliklere Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

		MÖYKÖ				
		n	Vazomotor Ort±Ss	Psikosoyal Ort±Ss	Fiziksel Ort±Ss	Cinsel Ort±Ss
Yaş (yıl)	< 50 yaş	21	13,52±5,96	26,38±11,91	63,43±21,51	14,24±7,97
	50-59 yaş	133	12,52±7,15	23,12±12,52	59,29±22,63	11,98±7,38
	≥ 60 yaş	60	10,27±6,79	20,70±11,83	55,90±19,48	11,73±7,10
	^a p		0,067	0,165	0,353	0,378
Medeni durum; (medyan)	Evli	154	12,63±6,94 (13)	23,16±12,49 (21,5)	59,49±21,31 (60,5)	12,91±7,46 (12)
	Dul- boşanmış	51	10,51±7,09 (9)	21,49±11,29 (19)	57,25±22,61 (56)	10,20±7,10 (8)
	Bekar	9	9,33±6,32 (7)	23,11±15,78 (13)	54,33±24,61 (47)	9,78±4,66 (10)
	^b p		0,094	0,787	0,653	0,049*
Eğitim durumu	Okur-yazar değil/ okur-yazar	18	13,00±7,51	18,89±11,80	58,33±17,27	11,89±7,36
	İlkokul	78	12,22±6,99	22,85±12,78	60,73±22,73	11,91±7,63
	Ortaokul	21	13,05±6,52	23,62±10,30	60,67±20,50	15,38±8,34
	Lise	51	10,45±7,10	23,31±12,25	54,71±19,29	10,45±6,66
	Yüksekokul	46	12,41±6,94	23,13±12,87	59,13±24,56	12,98±6,85
^a p		0,471	0,734	0,629	0,113	
Çalışma durumu	Emekli	49	10,49±7,32	22,98±12,11	56,43±21,03	12,55±6,96
	Ev hanımı	120	12,43±6,92	21,83±12,45	59,45±21,40	11,86±7,59
	Çalışıyor	45	12,42±6,79	25,00±12,19	59,38±23,44	12,40±7,30
^a p		0,235	0,338	0,698	0,826	
Aile gelir düzeyi	Gelir giderden az	34	12,26±7,58	21,38±11,87	56,56±21,66	11,00±8,20
	Gelir giderini karşılıyor	146	12,12±6,92	23,05±12,34	59,47±21,99	12,62±7,32
	Geliri giderinden fazla	34	11,12±6,91	22,88±12,95	57,82±20,89	11,18±6,61
^a p		0,731	0,776	0,755	0,368	

^aOneway ANOVA Test

^bKruskal Wallis Test

* $p<0,05$

Tablo 15. Kronik Hastalık Varlığına Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

		MÖYKÖ				
			Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Kronik	Yok	77	12,04±7,07	20,79±11,96	54,42±22,80	11,66±7,57
hastalık	Var	137	11,96±6,99	23,87±12,43	61,18±20,74	12,39±7,25
		<i>^cp</i>	0,934	0,080	0,028*	0,486
Kronik	Yok	77	12,04±7,07	20,79±11,96	54,42±22,80	11,66±7,57
hastalık	1	85	10,85±6,57	22,74±12,12	59,06±21,55	12,41±7,24
sayısı	hastalık					
	≥ 2	52	13,77±7,34	25,71±12,82	64,63±19,02	12,37±7,34
		<i>^ap</i>	0,059	0,084	0,031*	0,785
		<i>^aOneway ANOVA Test</i>	<i>^cStudent t Test</i>	<i>*p<0,05</i>		

Olgularda kronik hastalık varlığına göre vazomotor, psikosoyal ve cinsel alan puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Olgularda kronik hastalık varlığına göre fiziksel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,028$; $p<0,05$); kronik hastalık görülen olguların fiziksel puanları, kronik hastalık görülmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Olgularda kronik hastalık sayısına göre vazomotor, psikosoyal ve cinsel alan puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Olgularda kronik hastalık sayısına göre fiziksel alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,031$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2 ve üzeri sayıda kronik hastalık görülen olguların fiziksel alt boyut puanları, kronik hastalık görülmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,026$; $p<0,05$). Diğer grupların fiziksel alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Alışkanlıklarına Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

		MÖYKÖ				
			Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Sigara kullanımı	Yok	142	12,13±7,06	21,45±11,40	58,19±20,65	11,74±7,29
	Var	72	11,69±6,93	25,35±13,69	59,83±23,74	12,90±7,48
	<i>c</i> p		0,666	0,040*	0,602	0,276
Alkol kullanımı	Yok	187	11,89±7,08	23,01±12,32	59,47±21,45	11,96±7,48
	Var	27	12,63±6,49	21,07±12,42	53,74±23,11	13,30±6,44
	<i>c</i> p		0,610	0,448	0,201	0,380
Düzenli egzersiz	Yok	165	12,30±7,06	23,45±12,46	61,48±21,15	12,62±7,39
	Var	49	10,94±6,76	20,43±11,67	49,51±21,15	10,49±7,07
	<i>c</i> p		0,234	0,131	0,001**	0,075
Boş zamanlarını değerlendirme; (medyan)	Yok	14	13,50±7,70 (14)	27,28±14,21 (25,5)	65,93±20,10 (73,5)	15,14±5,62 (17,5)
	Var	200	11,88±6,96 (11)	22,44±12,15 (20,5)	58,24±21,76 (57,5)	11,92±7,24 (11)
	<i>d</i> p		0,420	0,179	0,155	0,132

*c*Student t Test *d*Mann Whitney U Test **p<0,01 *p<0,05

Sigara kullanımına göre olguların vazomotor, fiziksel ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Sigara kullanımına göre olguların psikosozal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,040$; $p<0,05$); sigara kullanan olguların psikosozal alt boyut toplam puanları, sigara kullanmayanlardan daha yüksektir.

Alkol kullanımına göre olguların vazomotor, psikosozal, fiziksel ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Düzenli egzersiz varlığına göre olguların vazomotor, psikosozal ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Düzenli egzersiz varlığına göre olguların fiziksel alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); düzenli egzersiz yapan olguların fiziksel alt boyut puanları, düzenli egzersiz yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Boş zamanlarını değerlendirme durumuna göre olguların vazomotor, psikosozal, fiziksel ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

		MÖYKÖ				
			Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Gebelik; (medyan)	Yok	12	9,42±7,77 (5,5)	20,33±14,18 (13)	57,83±29,15 (49)	13,08±8,02 (12)
	Var	202	12,14±6,94 (12)	22,91±12,23 (21)	58,80±21,26 (60)	12,07±7,34 (11,5)
^d <i>p</i>			0,186	0,345	0,730	0,633
Doğum	Yok	21	10,38±7,11	22,76±13,08	59,67±26,33	13,38±6,43
	Var	193	12,16±6,99	22,76±12,27	58,64±21,21	11,99±7,46
^e <i>p</i>			0,270	1,000	0,838	0,414
Düşük/ kürtaj	Yok	90	12,42±7,30	21,92±12,64	58,96±23,27	12,73±7,48
	Var	124	11,67±6,79	23,37±12,10	58,59±20,57	11,69±7,27
^e <i>p</i>			0,439	0,397	0,903	0,309
Jinekolojik ameliyat	Hayır	159	11,45±7,01	21,90±12,15	58,03±22,32	12,04±7,41
	Evet	55	13,53±6,81	25,25±12,60	60,80±19,83	12,38±7,27
^e <i>p</i>			0,058	0,082	0,416	0,770
Düzenli jinekoloğa gitme	Hayır	142	11,71±6,88	21,83±12,55	57,92±22,25	10,86±6,84
	Evet	72	12,53±7,24	24,60±11,74	60,38±20,62	14,64±7,75
^e <i>p</i>			0,421	0,121	0,435	0,001**

^eStudent t Test

^dMann Whitney U Test

***p*<0,01

Gebelik, doğum ve düşük/kürtaj varlığına göre olguların vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Jinekolojik ameliyat varlığına göre olguların vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Düzenli jinekoloğa gitme durumuna göre olguların vazomotor, psikosoyal ve fiziksel boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05). Düzenli jinekoloğa gitme durumuna göre olguların cinsel alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*=0,001; *p*<0,01); düzenli jinekoloğa giden olguların cinsel alt boyut puanları, düzenli olarak gitmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 18. Menopoz Özelliklerine Göre MÖYKÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

		Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)				
			Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel	Cinsel
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Menopoz yaşı (yıl); (medyan)	< 40 yaş	13	11,62±7,26 (10)	24,92±12,05 (23)	63,15±20,3 (63)	12,23±6,78 (12)
	40-44 yaş	33	11,45±7,63 (13)	20,67±12,72 (17)	51,61±22,94 (48)	11,82±7,23 (10)
	45-49 yaş	96	11,9±7,04 (11)	23,93±12,81 (24)	60,95±21,65 (62)	11,22±7,08 (10)
	50-55 yaş	72	12,42±6,73 (12,5)	21,78±11,52 (19,5)	58,28±21,06 (59,5)	13,47±7,81 (13,5)
^bp			0,889	0,403	0,155	0,277
Menopoz sonrası geçen süre	1-5 yıl	76	13,47±6,35	24,67±12,38	61,68±22,91	12,47±7,88
	6-10 yıl	61	12,62±7,44	22,26±11,88	59,02±21,74	12,79±7,45
	≥ 11 yıl	77	10,01±6,89	21,27±12,52	55,62±20,23	11,27±6,74
^ap			0,006**	0,218	0,224	0,430
Menopoz şekli	Doğal	189	11,79±6,95	22,49±12,40	57,84±21,56	12,35±7,44
	Cerrahi	25	13,48±7,32	24,80±11,71	65,56±21,92	10,44±6,59
^cp			0,257	0,380	0,095	0,188
Hormon tedavisi	Tedavi almayan	190	11,98±7,06	22,74±12,34	58,90±21,64	11,95±7,40
	Tedavi alan	24	12,00±6,63	22,96±12,42	57,50±22,57	13,54±7,03
^cp			0,992	0,934	0,767	0,320
Menopoz bilgisi alma	Hayır	70	11,26±7,23	20,97±11,61	58,03±21,93	10,56±7,28
	Evet	144	12,34±6,89	23,63±12,60	59,09±21,65	12,90±7,30
^cp			0,289	0,139	0,738	0,029*

^aOneway ANOVA Test^cStudent t Test^dMann Whitney U Test^bKruskal Wallis Test

*p<0,05

**p<0,01

Menopoz yaşına göre olguların vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Menopoz sonrası geçen sürelerine göre olguların vazomotor alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,006; p<0,01). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; menopoz sonrası 11 yıl ve daha fazla süre geçen olguların vazomotor alt boyut puanları, menopoz sonrası geçen süresi 1-5 yıl olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (p=0,006; p<0,01). Diğer grupların vazomotor alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Menopoz sonrası geçen süreye göre olguların psikosoyal, fiziksel ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Menopoz şekline ve hormon tedavisi alma durumlarına göre olguların vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Menopoz hakkında bilgi alma durumuna göre olguların vazomotor, psikosoyal ve fiziksel alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Menopoz hakkında bilgi alma durumuna göre olguların cinsel alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,029$; $p<0,05$); menopoz hakkında bilgi alan olguların cinsel alt boyut puanları, bilgi almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.3. KUPPERMAN İNDEKSİ VE MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 19. Kİ ile MÖYKÖ Puanlarının İlişkisi

	Kupperman indeksi toplam	
	r	p
Vazomotor	0,655	0,001**
Psikosoyal	0,496	0,001**
Fiziksel	0,583	0,001**
Cinsel	0,254	0,001**

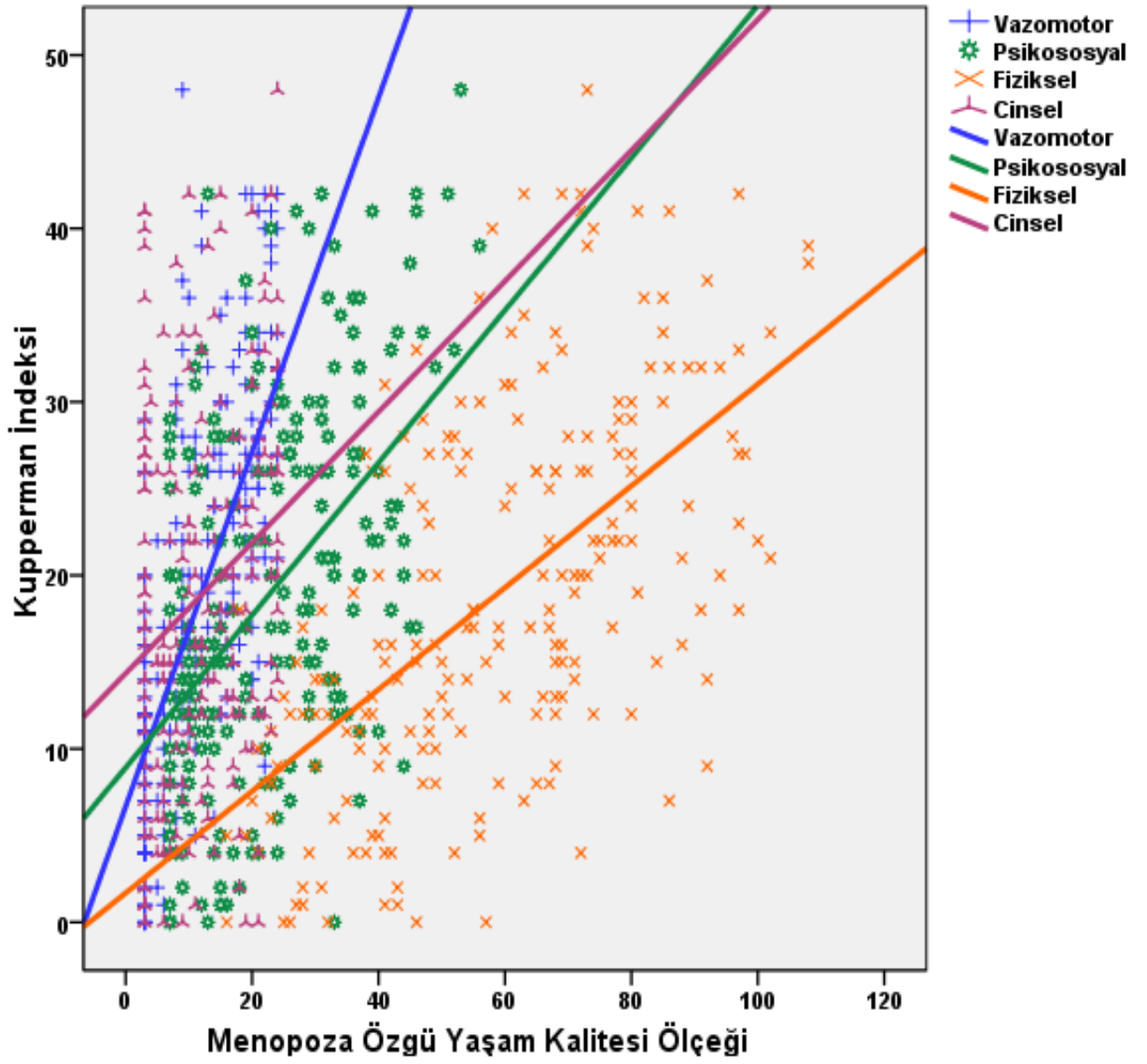
r:Pearson Korelasyon Katsayısı ** $p<0.01$

Kİ toplamı ile MÖYKÖ vazomotor alt boyut puanı arasında pozitif yönlü (menopoz semptom şiddeti arttıkça, vazomotor puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,655$; $p:0,001$; $p<0,01$).

Kİ toplamı ile MÖYKÖ psikosoyal alt boyut puanı arasında pozitif yönlü (menopoz semptom şiddeti arttıkça, psikosoyal puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,496$; $p:0,001$; $p<0,01$).

Kİ toplamı ile MÖYKÖ fiziksel alt boyut puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,583$; $p:0,001$; $p<0,01$).

Kİ toplamı ile MÖYKÖ cinsel alt boyut puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:0,254$; $p:0,001$; $p<0,01$).



Şekil 11. Kİ ile MÖYKÖ puanlarının ilişkisi

5. TARTIŞMA

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

Postmenopozal dönemdeki menopoza dair semptomların şiddetini, kadınların yaşam kalitesi düzeyini ve bunların hangi faktörlerden etkilendiğini araştırdığımız çalışmamıza 214 kadın hasta katılmıştır. Hastaların yaş ortalaması $55,96 \pm 5,17$ (min:38, mak:65) olup, %9,8'i (n=21) 50 yaşın altında, %62,2'si (n=133) 50-59 yaş aralığında, %28'i (n=60) 60 yaş ve üzerindedir. Brzyski ve arkadaşlarının yaptığı, 45-60 yaş arası kadınların katıldığı bir çalışmada yaş ortalaması 52 ± 4 olarak bulunmuştur (74). Ceylan'ın Eskişehir'de yaşayan klimakterik dönemdeki kadınların menopozal semptomları ve yaşam kalitelerinin incelendiği araştırmasında ise yaş ortalaması $48,58 \pm 5,61$ 'dir (75). Çalışmamızda yaş ortalamasının yüksek olması, araştırmaya sadece postmenopozal kadınların dahil edilmesi ve yaş için üst sınırın 65 olması ile açıklanabilir. Nitekim; Wieder-Huszla ve arkadaşlarının 2014'te yalnızca postmenopozal kadınlarla yaptıkları, sosyo-demografik, kişisel ve medikal faktörlerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirdikleri çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $57,5 \pm 6,4$ 'tür (76). Yine 45-64 yaş arası 1427 kadınla yapılan bir çalışmada postmenopozal kadınların yaş ortalaması ayrıca hesaplanarak çalışmamıza benzer şekilde $56,6 \pm 4,9$ bulunmuştur (77).

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde en büyük grubu %72'lik bir oranla evli kadın hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaların yapıldıkları bölgelere göre oranları değişse de, benzer çalışmalarda evli kadın hastalar genellikle çoğunluğu oluşturmuştur (75,76,78,79). Cruz ve arkadaşları tarafından Brezilya'da yapılan, 40-65 yaş arası 63 kadınla yapılan bir çalışmada evli olma oranı %19,05'tir; bu farklı sonuç, çalışmadaki katılımcı sayısının azlığı ve farklı bölgelerde evlilik oranlarının değişmesi ile açıklanabilir (80).

Araştırmamıza dahil olan kadınların eğitim durumları incelendiğinde %21,5'inin yüksekokul, %23,8'inin lise, %9,8'inin ortaokul, %36,5'inin ilkokul mezunu, %3,3'ünün okur-yazar olduğu görülmüştür. Okur-yazar olmayan katılımcıların oranı ise %5,1'dir. Eğitim durumu çalışmaların

yapıldığı yerlere göre büyük farklılıklar gösterebilmektedir. 2008 yılında Ehsanpour ve arkadaşları tarafından İran'da yapılan, 384 postmenopozal kadının katıldığı araştırmada okuryazar olmayan katılımcıların oranı %54,9'dur (81). Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2016 yılında yapılmış araştırmada ülkemizde 25 yaşın üzerinde okuryazar olmayan kadın oranı %8,5, yüksekokul veya fakülte mezunu kadınların oranı %14,2 olarak bulunmuştur (7). Çalışmamızda yaş ortalaması yüksek olmasına rağmen okuryazar olmayan kadınların oranı Türkiye geneli istatistiklere göre daha az, yüksekokul mezunu kadınların oranı ise daha fazladır. Araştırmamızın ülkenin en gelişmiş ilinde, sosyoekonomik ve akademik düzeyi yüksek sayılabilecek bir kesimle yapılmış olması bu duruma zemin hazırlamıştır.

Çalışma kapsamında değerlendirdiğimiz kadın hastaların yarısından fazlasının (%56,1) ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Yine de bu oran benzer çalışmalara göre düşüktür (75,81). Bunun nedeninin Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yeldeğirmeni Polikliniği'ne başvuran kadın hastaların sosyoekonomik, kültürel ve akademik açıdan toplumun diğer kesiminden farklı bir grup olması olduğu düşünülebilir. Finlandiya'da 49 yaşındaki 2606 kadınlar yapılmış, fiziksel aktivitenin menopozla ilişkili yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada çalışan kadın oranı %84 olarak tespit edilmiş olup, bu sonuç gelişmiş bir ülkedeki kadın istihdamı ile ilgili çarpıcı bir veri olarak literatürde yerini almıştır (82).

Çalışmamızda yer alan hastaların, %15,9'unun geliri giderinden az, %68,2'sinin geliri giderini karşılamakta, %15,9'unun geliri ise giderinden fazladır. Ceylan'ın çalışmasında, bizim çalışmamızın aksine %60,1 oranla kadınların büyük çoğunluğunun geliri giderini karşılamamaktadır (75). Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında geliri giderinden az olan kadınların oranı %37,6, Yurdakul ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada geliri giderinden az olan kadınların oranı %36,1'dir (73,83). Çalışmamızda yer alan katılımcıların eğitim düzeyi ve istihdam olanakları sebebiyle ekonomik açıdan başka bölgelere göre avantajlı olduğu söylenebilir. Bu sebeple geliri giderini karşılamayan hasta oranının nispeten daha az saptandığı düşünülmektedir.

Kadınların kronik hastalık varlığına dair verileri incelendiğinde %64'ünün en az 1 kronik hastalıkla mücadele ettiği belirlenmiştir. Yalnızca 1 kronik hastalık tanısı

olanların oranı %39,7, 2 kronik hastalık tanısı olanların oranı %18,2, 3 ve daha fazla kronik hastalık tanısı olanların oranı ise %6,1'dir. Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında kronik hastalığı olan katılımcıların oranı %54,5 , Güler'in çalışmasında %55,9, Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında %42,5, Karaçam ve Şeker'in çalışmasında %50,9, Ceylan'ın çalışmasında %37,1 olarak saptanmıştır (73,75,84–86). İlerleyen yaşla birlikte kronik hastalık görülme sıklığı da artmaktadır. Çalışmamıza dahil edilmek için yaş üst sınırı 65 olup, kronik hastalığı olan katılımcıların oranının benzer çalışmalara göre yüksek olması bu durumla açıklanabilir.

OECD 2017 raporuna göre Türkiye'de 15 yaş üzeri kadınların %13,1'i sigara içmektedir (87). Çalışmamızda sigara kullanma oranı Türkiye geneline kıyasla yüksek bulunmuş olup, hastaların %33,6'sının sigara kullandığı, %66,4'ünün ise kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Karaçam ve Şeker, çalışmalarında sigara kullanma oranını %17,4 olarak saptamışlardır (85). Ceylan'ın çalışmasında sigara içen katılımcılar %28'7'lik bir grubu oluşturmaktadır (75). Bu farklılıklar araştırmaların yapıldığı bölgelerde kadının toplum içinde olması beklenen konumdan, kadının kendini ifade edebilme ve alışkanlıklarından bahsedebilme özgürlüğünden ya da çalışmaya dahil edilen yaş aralığından kaynaklanıyor olabilir.

Benzer toplumsal etkilerin alkol kullanımı ile ilgili verilerimize de yön verdiği düşünülebilir. Araştırmamıza dahil olan olguların %12,6'sı alkol kullanmaktadır. Ceylan'ın Eskişehir'de yaptığı çalışmasında alkol kullanma oranı %4,80 olarak tespit edilmiştir (75). Kanada'da doğal menopoza yaşını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmaya katılan kadınların %13'ü alkol kullanmamakta, %36,4'ü haftada 1 kezden az , %50,6'sı haftada en az 1 kez olmak üzere alkol kullanmaktadır (11). Alkol kullanımını dini inançlardan ve kültürel özelliklerden etkilenmektedir. Bu bağlamda ülkemizde yapılan çalışmalarda alkol kullanımının düşük olması beklenen bir durumdur.

Araştırmamıza dahil olan kadınların %22,9'u düzenli egzersiz yaptığını belirtmiştir. Ceylan'ın çalışmasında egzersiz yapan kadınların oranı benzer şekilde %20,80 olarak saptanmıştır (75). Costanian ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları çalışmada katılımcıların %55,5'inin, Finlandiya'da yapılan başka bir çalışmada ise %51'inin boş zamanlarında düzenli olarak egzersiz yaptığı görülmüştür

(11). Ülkemizde düzenli egzersiz alışkanlığı yeterince benimsenmemiştir. Özellikle kronik hastalıkların arttığı, fiziksel kapasitenin azaldığı bu yaş grubunda düzenli egzersiz yapan katılımcı oranında yüksek sonuçlar beklenmemekle birlikte, bu oranın artırılması için çalışılması gerektiği aşikardır.

Katılımcıların çoğunluğunun (%93,5) boş zamanlarını değerlendirmek için en az bir aktivitesi mevcut iken %6.5'i boş zamanlarında hiçbir şey yapmadıklarını ifade etmiştir. %56,1'lik bir oranla en fazla yapılan boş zaman aktivitesinin ev-el işi olduğu saptanmıştır. Sert'in İstanbul'da yaptığı benzer bir çalışmada hastaların %44,7'si boş zamanlarını ev-el işi yaparak değerlendirdiğini belirtmiştir (88). Ceylan'ın çalışması için ev-el işi ile meşgul olma oranı %62,10'dur (75). Bu sonuçlar çerçevesinde kadınların bu dönemde yeterince sosyalleşmediğini ve boş zamanlarını sınırlı çeşitlilikte aktivite ile doldurduklarını düşünebiliriz.

Olguların gebelik sayısı ortalaması $3,14 \pm 1,76$, doğum sayısı ortalaması $2,11 \pm 1,28$, düşük-kürtaj sayısı ortalaması $1,04 \pm 1,21$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların %5,6'sı hiç gebelik yaşamamış, %9,8'i hiç doğum yapmamıştır. Çalışmamızın bu verileri, gebelik sayısı ortalaması $2,36 \pm 1,21$, doğum sayısı ortalaması $2,24 \pm 1,11$, düşük-kürtaj sayısı ortalaması $0,95 \pm 0,84$ olan Sert'in çalışması ve ortalama gebelik sayısı 3.47 ± 2.01 olan Ceylan'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir (75,88).

Çalışmamız katılan kadın hastaların %25,7'sinin jinekolojik ameliyat öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Avcı'nın çalışmasında bu oran çalışmamıza benzer şekilde %30,8 olarak saptanmıştır (89). Ceylan'ın çalışmasında jinekolojik operasyon öyküsü olanların oranı %11,80 bulunmuştur (75). Araştırmamızda düzenli olarak jinekoloğa giden katılımcıların oranı ise %33,6'dır (Şekil 4). Kharbouch ve Şahin'in çalışma grubundaki kadınların %40,6'sı, Sert'in çalışmasındaki kadın hastaların ise %23,3'ü düzenli olarak jinekoloğa gitmektedir (73,88). Kadınların düzenli olarak jinekolojik muayenelerini yaptırmamalarının ardındaki nedenler araştırılmalı ve periyodik sağlık muayenelerinin önemli bir parçası olan jinekolojik muayene teşvik edilmelidir.

Ortalama menopoz yaşının pek çok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Gelişmiş Batı ülkelerinde yapılan araştırmalarda, gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek ortalamalar elde edilmiştir (8,9,11,78). Araştırmamızda ortalama menopoz yaşı $47,02 \pm 4,88$ (min:23, mak:55) olarak hesaplanmıştır ve gelişmekte olan ülkelerin ortalamaları ile uyumludur. Erken yaşta gerçekleşen menopozun getirdiği farklı riskler ve problemler vardır. Bu nedenle çalışmamızda menopoza girme yaşının, menopoz semptomlarının şiddeti ve kişinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini görebilmek için katılımcılar menopoza girme yaşlarına göre belirli gruplara ayrılmıştır. 40 yaşın altında menopoza giren prematür menopoz olgularının oranı %6,1, 40-44 yaş arasındaki erken menopoz olgularının oranı %15,4, 45-49 yaş aralığında menopoza girenlerin oranı %44,9, 50-55 yaş aralığında menopoza girenlerin oranı ise %33,6 olarak saptanmıştır.

Erken ve geç postmenopozal dönemde semptomların şiddetinin ve yaşam kalitesinin farklılık gösterileceği düşünülerek katılımcıların menopoz sonrası geçen süreleri değerlendirilmiştir. Menopoz sonrası geçen ortalama süre $8,94 \pm 6,02$ yıl (min:1, mak:36) olup, sırasıyla son adet kanaması üzerinden 1-5 yıl geçenlerin oranı %35,5, 6-10 yıl geçenlerin oranı %28,5, 11 ve daha fazla yıl geçenlerin oranı ise %36 olarak saptanmıştır. Avcı'nın çalışmasında bu sınıflama 1 yıldan daha kısa süre, 1-3 yıl, 4 yıl ve üzeri şeklinde yapılmıştır ve oranları sırasıyla %30,8, %25, %44,2'dir (89). Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında menopoz sonrası geçen süre 1-5 yıl olan kadınların oranı %55,4, 6-10 yıl geçenlerin oranı %37,3, 11 ve üzeri yıl geçenlerin oranı %7,2'dir (83). Güler'in çalışma grubunda katılımcıların menopozda olma süresi ortalama $8,559 \pm 4,274$ yıl olup, gruplandırıldıklarında %78,2'sinin 5-10 yıl, %13,9'unun 11-15, %8'ininse 16 yıl veya daha fazla süredir menopozda olduğu görülmüştür (86).

Katılımcıların menopoza cerrahi ya da spontan olarak girme durumları incelendiğinde, %11,7'sinin cerrahi menopoz, %88,3'ünün spontan menopoz olduğu saptanmıştır. Avcı'nın çalışmasında benzer olarak spontan menopoz olgularının oranı %86,7, cerrahi menopoz olgularının oranı %13,3'tür (89). Teng ve arkadaşları tarafından Çin'de yapılan çalışmada ise postmenopozal olguların %74'ü spontan, %26'sı cerrahi menopoz'dur (90).

Menopozda hormon tedavisi, son zamanlara kadar, menopoz semptomlarını gidermek, kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozu engellemek için önerilmekte idi (91). Ancak WHI Çalışması'nın son sonuçları yayınlandıktan sonra kardiyovasküler koruma için hormon tedavisi artık önerilmemektedir. Bu çalışmayla birlikte hormon tedavisi alan kadınlarda inme, meme kanseri, pulmoner emboli ve derin ven trombozu riskinin arttığı gözlenmiş ve çalışma bu sebeple sonlandırılmıştır (92). Bu çalışmadan önce İsveç'te postmenopozal kadınların üçte birinde, ABD'de %40 oranında, Finlandiya'da kadınların %40'ından fazlasında menopozdan sonra 15 yıla kadar uygulandığı bilinen hormon tedavisinin kullanımı, çalışmanın bulguları yayınlandıktan sonra azalsa da halen dünya üzerinde milyonlarca kadın tarafından bir seçenek olarak tercih edilmektedir (93–97). Bizim çalışmamızda katılımcıların hormon tedavisi alma durumları incelendiğinde, %11,2'sinin hormon tedavisi aldığı, bunların %83,3'ünün tedaviden olumlu etkilendiği saptanmıştır. Avcı tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada hormon tedavisi alanların oranı 21,7'dir (89). Wieder-Huszla ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Polonya'da yapılan çalışmada hastaların %32,6'sı hormon tedavisi aldığını, %66,8'i almadığını belirtmiş, %0,6'sı ise soruya cevap vermemiştir (76). Bozkurt'un klimakterik dönemdeki kadınların yaşam kalitelerini ve umutsuzluk düzeylerini incelediği çalışmasında hormon tedavisi alma oranı %28,3 olarak saptanmıştır (84). Çalışmamızın materyalini oluşturan kadınların hormon tedavisi alma oranları çok düşük olup, çok etkili olan hormon tedavisinin gerektiğinde kullanılmama nedenleri ayrıca araştırılmalıdır.

Hastaların menopoza yönelik bilgi alma durumları ve kimden bilgi aldıkları incelendiğinde, %67,3'ünün menopoza yönelik bilgi aldığı, %32,7'sinin bilgi almadığı; bilgi alanların kadınların ise %12,6'sının hemşireden, %46,7'sinin doktordan olmak üzere %59,3'ünün sağlık personelinden bilgi almış olduğu görülmüştür. Erkin ve arkadaşları tarafından Gümüşhane'de yapılan, menopoz döneminin kadınların yaşam kalitelerine etkilerinin incelendiği çalışmada kadınların %10,7'sinin menopoza yönelik herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı, bilgi alanların %48'inin bilgiyi sağlık personelinden aldığı görülmüştür (98). Güler'in çalışmasında da benzer olarak menopoza yönelik bilgiyi doktordan alan katılımcıların oranı %40,8 olarak saptanmıştır (86). Kişilerin bilgi kaynakları sosyokültürel olarak farklılık gösterebilmektedir. Hindistan'da yapılan bir çalışmaya göre katılımcıların

menopoz hakkındaki bilgi kaynaklarının büyük çoğunluğu aile ve arkadaşlardan oluşmaktadır (99). Ülkemizdeki sonuçlar nispeten olumlu olsa da, sağlık profesyonellerinin bu bilgilendirme sürecinde daha aktif olması gerektiği açıktır.

5.2. KATILIMCI BİLGİ FORMU İLE KUPPERMAN İNDEKSİ VE MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRMALARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcıların Kİ toplam puan ortalaması 18.93 ± 10.92 olarak belirlenmiştir. Olguların %2,8'inde menopoza bağlı yakınma yokken, %36'sında minör, %15,9'unda hafif, %36,9'unda orta düzeyde ve %8,4'ünde şiddetli semptomlar görüldüğü saptanmıştır. En şiddetli semptom $1,52 \pm 1,12$ puan ortalaması ile ateş basması iken, en sık görülen semptom %79 oranla artralji/miyalji olmuştur. Wieder-Huzsla ve arkadaşlarının 630 postmenopozal kadınla yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde şiddetli semptomlar yaşayan kadınların oranı %8,7 iken, katılımcıların %24,1'i hafif, %9,3'ü semptomlar bildirmiştir (76). Cruz ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları çalışmada Kİ ortalama puanı $26,42 \pm 4,52$ olarak hesaplanmıştır ve kadınların %36,51'inde şiddetli semptomlar saptanmıştır (80). Kharbouch ve Şahin, çalışmalarında Kİ toplam puan ortalamasını 25.47 ± 11.09 olarak elde etmişlerdir (73).

Araştırmamızda MÖYKÖ'nün alt gruplarının toplam puan ortalamaları incelendiğinde; vazomotor alt boyut toplam puan ortalamasının 11.99 ± 7.00 , psikososyal alt boyut toplam puan ortalamasının 22.76 ± 12.32 , fiziksel alt boyut toplam puan ortalamasının 58.74 ± 21.69 , cinsel alt boyut toplam puan ortalamasının 12.13 ± 7.36 olduğu görülmüştür. Çalışmamıza oldukça benzer şekilde, Bozkurt'un çalışmasında MÖYKÖ'ye ait vazomotor alt grup toplam puan ortalaması $12,58 \pm 5,39$, psikososyal alt grup toplam puan ortalaması $25,74 \pm 11,77$, fiziksel alt grup toplam puan ortalaması $57,09 \pm 17,61$, cinsel alt grup toplam puan ortalaması $11,36 \pm 5,90$ olarak hesaplanmıştır (84). Ceylan'ın yaptığı araştırmada MÖYKÖ vazomotor alt grup toplam puan ortalaması $5,25 \pm 5,5$, psikososyal alt grup toplam puan ortalaması $20,72 \pm 11,55$, fiziksel alt grup toplam puan ortalaması $29,48 \pm 19,16$ ve cinsel alt grup toplam puan ortalaması ise $6,12 \pm 6,72$ olarak belirlenmiştir ve tüm alanlarda çalışmamıza göre düşük puanlar elde edilmiştir (75). Yine Ganapathy ve Furaikh'in 40-60 yaş arası 140 kadınla yaptıkları çalışmada katılımcıların MÖYKÖ vazomotor

alt grup puan ortalaması $4,08 \pm 0,79$, psikososyal alt grup puan ortalaması $12,01 \pm 0,27$, fiziksel alt grup puan ortalaması $27,1 \pm 0,72$, cinsel alt grup puan ortalaması ise $3,89 \pm 0,59$ olup çalışmamızın sonuçlarına göre düşüktür (100). Devi ve arkadaşları tarafından Hindistan'da yapılan, kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayan postmenopozal kadınların yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmada MÖYKÖ vazomotor alt grup puan ortalaması $13,7 \pm 4,9$, psikososyal alt grup puan ortalaması $31,3 \pm 8,47$, fiziksel alt grup puan ortalaması $75,6 \pm 17$, cinsel alt grup puan ortalaması $14,5 \pm 4,4$ şeklinde, tüm alanlarda çalışmamıza göre yüksek sonuçlar saptanmıştır (79).

Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile Kİ toplam skorları arasındaki ilişki incelendiğinde, 50 yaş altındaki olguların toplam skorları 50-59 yaş ile 60 yaş ve üzerinde olanların Kİ toplam skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (sırasıyla $p=0,025$ ve $p=0,001$). Kİ'nde puanı en yüksek katsayı ile çarpılan ateş basması semptomu erken postmenopozal dönemde daha sık görülmektedir. 50 yaş altı olgulardaki anlamlı yüksek Kİ skorları bu durumla açıklanabilir. Çalışmamızın aksine Kharbouch ve Şahin'in çalışma grubunda yaş arttıkça Kİ toplam skorları da artış göstermektedir (73). Zhao ve arkadaşları tarafından 41-60 yaş arası kadınlarla yapılan çalışmada ise en semptomatik grubu 46-50 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmuştur (101).

MÖYKÖ alt grup puan ortalamaları arasında katılımcıların yaşlarına göre anlamlı fark görülmemiştir. Avis ve arkadaşlarının raporuna göre menopozal semptomların ortalama süresi son adet kanamasından sonra 4.5 yıldır (102). Biz de bu doğrultuda çalışmamızda ileri yaşlardaki kadın hastalarda vazomotor alanda düşük skorlar elde etmeyi bekledik. Ancak; MÖYKÖ'nün vazomotor dahil hiçbir alt grup puan ortalaması ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı farklılık saptamadık. Zeleke ve arkadaşları, 65-79 yaş arası Avustralyalı kadınlar ile yaptıkları çalışmada 65 yaşındaki kadınların yaklaşık %50'sinin halen vazomotor semptomlarla mücadele ettiği sonucuna varmışlardır (28). Çalışmamızda vazomotor alanda yaşa bağlı anlamlı farklılık olmaması da bu sonucu desteklemektedir. Benzer şekilde Blumel ve arkadaşları, premenopozal, perimenopozal, postmenopozal kadınlarla yaptıkları çalışmada yaşla birlikte vazomotor, fiziksel ve cinsel alt grup puanlarında anlamlı artış saptarken, katılımcıların içinde 5 yıldır postmenopozal dönemde olanları ayrıca

değerlendirdiklerinde bu dört alt grubun hiçbirinde anlamlı farklılık elde edememişlerdir (103).

Araştırmaya katılan kadın hastaların evlilik durumlarının Kİ toplam skorları ile ilişkisi incelendiğinde, evli olan olguların toplam skorlarının, dul-boşanmış ve bekar olguların toplam skorlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,025$ ve $p=0,044$). Bu sonuca göre evli olmak menopozla ilişkili semptomların şiddetini arttırmaktadır. Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bir partneri olmayan, bekar, dul ya da boşanmış olguların menopoz semptom ölçeğinde daha yüksek skorlara sahip olduğu belirtilmiştir (104). Araştırmamıza katılan hastaların medeni durumlarına göre MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve fiziksel puanları anlamlı farklılık göstermezken, cinsel alt grup puanlarına bakıldığında evli olguların cinsel alt grup puanlarının dul-boşanmış olguların cinsel alt grup puanlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,021$). Sert'in çalışmasında da benzer şekilde medeni durum ile yalnızca cinsel alan puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, evli olan katılımcıların cinsel alt grup puanlarının diğerlerinden yüksek olduğu tespit edilmiştir (88). Bu durum toplumumuzda kadınlar açısından cinsel hayatın evli olmak ile ilişkilendirilmesi ve evli kadınların vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik, cinsellikten kaçınma gibi şikayetlerden daha çok etkilenmeleri ile açıklanabilir. Öte yandan yaş faktörüne bağlı olarak cinsel aktivitenin azalmış olması, eş kayıpları, boşanmalar, cinselliğe bakış açısı da bu alanda negatif geri bildirimlere yol açabilmektedir.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumları, Kİ toplam skorları üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır. Lee ve arkadaşlarının Koreli postmenopozal kadınlar ile yaptıkları çalışmada ise daha uzun süre eğitim almış kadınların daha hafif menopozal semptomlar bildirdiği gösterilmiştir (104). Benzer şekilde Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında da eğitim düzeyi düşük kadınlar Kİ'de istatistiksel olarak daha yüksek skorlar elde etmişlerdir (73). Olguların eğitim durumlarına göre MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel puanları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Blumel ve arkadaşlarının çalışmasında ise düşük eğitim düzeyi, MÖYKÖ'de yüksek psikososyal alan skoru ile ilişkili bulunmuştur (103). Eğitim düzeyinin psikososyal alanda etkili olması beklenen bir durumdur.

Araştırmamızda ev hanımlarının Kİ toplam skorları ile emekli olguların skorları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ev hanımı olanların toplam skorları emekli olanlara göre daha yüksektir ($p=0,002$). AlQuaiz ve arkadaşlarının çalışmasında da ev hanımlarının semptom skorları çalışan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışma ve iş hayatı tecrübesi kadınları daha dayanıklı kılarak menopoz semptomlarını daha kolay kabullenmelerine neden olabilir. Olguların çalışma durumlarına göre MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Literatürde çalışmayan kadınların vazomotor semptomları çalışan kadınlardan daha yoğun yaşadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (74). Blumel ve arkadaşlarının İspanya’da yaptıkları araştırmada ise ev hanımları MÖYKÖ’nün tüm alt gruplarında çalışan kadınlara göre daha yüksek skorlara, yani daha kötü yaşam kalitesine sahiptir (103).

Gelir düzeylerinin Kİ skorları üzerinde ve MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Brzyski ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek gelirli kadınların, düşük gelirli kadınlara göre fiziksel alan ve psikosoyal alan puanlarında daha düşük sonuçlar aldığı, bu alanlarda yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (74).

Kİ toplam puanları, katılımcılarda kronik hastalık varlığına göre ya da var olan kronik hastalıkların sayısına göre farklılık göstermemektedir. Olgularda kronik hastalık varlığına göre MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal ve cinsel alt grup puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmezken ($p>0.05$), fiziksel alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.028$; $p<0.05$); kronik hastalık görülen olguların fiziksel puanları, kronik hastalık görülmeyenlerden daha yüksektir. Sert’in çalışmasında en az 1 kronik hastalık tanısı olan katılımcılar, herhangi bir kronik hastalık tanısı olmayanlara göre MÖYKÖ’nün tüm alt gruplarında anlamlı derecede yüksek skorlar elde etmişlerdir (88). Bozkurt’un araştırmada kronik hastalığı olanların vazomotor alanda yaşam kalitesi, kronik hastalık tanısı olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır (84). Genazzani ve arkadaşlarının menopozal kadınlarda yaşam kalitesini incelediği çalışmada, kronik hastalığı olan kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (105). Çalışmamızdaki olgularda kronik hastalık sayısına göre vazomotor, psikosoyal ve cinsel puanları istatistiksel olarak

anlamli farklilik gostermemektedir ($p>0.05$); ancak fiziksel puanlari arasinda istatistiksel olarak anlamli farklilik saptanmistir ($p=0.031$; $p<0.05$). Yapilan ikili karstisltirmalar sonucunda; 2 ve uzeri sayida kronik hastalik goruluen olgularin fiziksel puanlari, kronik hastalik gorulmeyenlerden daha yuksektir ($p=0.026$; $p<0.05$). Diğer gruplari fiziksel puanlari arasinda istatistiksel olarak anlamli farklilik saptanmamistir ($p>0.05$). Kronik hastaligi olan kadnlarin, fiziksel puanlariinin ozellikle kronik hastalik sayisi arttikca yuksek olusu hastalik yuku nedeni ile anlasilabilir bir durumdur.

Sigara ve alkol kullanimi ile arastirmamiza katilan kadn hastalariin KI toplam skorlari arasinda anlamli farklilik saptanmamistir. Moilanen ve arkadaslari tarafından yapilan, 45-64 yas arasi 1427 kadninin katildiği calismada sigara bagimlilikđi ile menopozal semptomlar arasinda anlamli iliski bulunamamistir (77). Sigara icmenin sicak basmasi riskini artirdigina yonelik pek cok calisma mevcuttur (106-108). Sigaranin oestrojen metabolizmasini etkileyerek ya da ovaryen folikulleri tahrip ederek oestrojen seviyesini azaltiyor olabileceği dusunulmektedir. Sigara bagimlilarinin karstilasacagi ek saglik problemleri ile birlikte bu durum, sicak basmalarinin sigara icmeyen kisilere gore daha fazla olmasini aciklayabilir (106). Sigara kullanımina gore olgularin MOYKO vazomotor, fiziksel ve cinsel puanlari istatistiksel olarak anlamli farklilik gostermezken ($p>0.05$), psikosoyal alan puanlari arasinda istatistiksel olarak anlamli farklilik saptanmistir ($p=0.040$; $p<0.05$); sigara kullanan olgularin psikosoyal alan toplam puanlari, sigara kullananmayanlardan daha yuksektir. Bozkurt'un calismasinda sigara kullanimi MOYKO alt gruplariinin hicbirini anlamli duzeyde etkilemezken, Williams ve arkadaslariinin yaptigi calismada sigara kullanimi ile psikosoyal, fiziksel ve vazomotor alan puanlari arasinda anlamli iliski saptanmis, bu alanlardaki yasam kalitelerinin hic sigara icmeyen kadnlarda icenlere gore daha iyi olduğu gorulmüstür (84,109). Alkol kullanımina gore calismamizdaki olgularin vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanlari istatistiksel olarak anlamli farklilik gostermemektedir ($p>0.05$). Moilanen ve arkadaslari'nin yaptigi calismada haftada 16 porsiyondan fazla alkol alan kadn hastalariin, haftada 10 porsiyondan daha az alkol tuketen kadnlara gore vazomotor semptomlari daha sik yasadiklari gorulmüstür (77). Literatürde bu konuyla ilgili celişkili calismalar mevcuttur. Riley ve arkadaslari, haftada 1-5 birim alkol tuketen kadnlarin, hic alkol tuketmeyenlere gore daha az sicak

basması şikayeti bildirdiğini ortaya koymuştur (108). Freeman ve arkadaşları ise alkol kullanımının perimenopozal kadınlarda sıcak basması şikayetinde artışa neden olduğunu saptamışlardır (110).

Düzenli egzersiz yapan kadın hastaların Kİ toplam puanları yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p=0,029$). Finlandiya’da yapılmış bir çalışmada benzer şekilde düzenli fiziksel aktivitenin menopoz semptomları üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir (77). AlQuaiz ve arkadaşları tarafından Riyad’da yapılan bir çalışmada da düzenli egzersiz yapan kadınların, çalışmada kullanılan menopoz semptom ölçeğinde düzenli egzersiz yapmayanlara kıyasla daha düşük skorlar elde ettiği görülmüştür (111).

Düzenli egzersiz varlığına göre olguların MÖYKÖ vazomotor, psikososyal ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$); ancak düzenli egzersiz varlığına göre fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); düzenli egzersiz yapan olguların fiziksel puanları, düzenli egzersiz yapmayanlardan daha düşüktür. Literatürde düzenli fiziksel aktivitenin fiziksel semptomlar üzerindeki olumlu etkisini gösteren benzer çalışmalar mevcuttur (77,111,112).

WHI Çalışması’ndan sonra hormon tedavisinin üzerine düşen gölge, menopoz semptomları ile mücadele etmek, kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozu engellemek için alternatif çözüm arayışlarına neden olmuştur. Egzersizin, sağladığı faydalar ile hormon tedavisinin yerini doldurup dolduramayacağı yapılan çalışmalar ışığında tartışılmaktadır (113). Yapılan bazı çalışmalarda düzenli egzersizin fiziksel ve psikososyal alanlarda istatistiksel olarak anlamlı iyileşme yaratırken, menopoza spesifik olan vazomotor ve cinsel semptomlarla ilgili anlamlı etki göstermediği sonucuna varılmıştır (114–116). Öte yandan Slaven ve Lee’nin çalışmasında aerobik egzersiz yapan kadınların egzersizden hemen sonra vazomotor semptomlarında kısa süreli iyileşme olduğu belirtilmiştir (117). Wallace ve arkadaşlarının 1982’de yaptıkları çalışmada da aerobik programına katılan premenopozal ve postmenopozal kadınlarda östrojen seviyelerinin arttığı ve postmenopozal kadınların %55’inde sıcak basmaları sıklığının azaldığı gösterilmiştir (118). Teoman ve arkadaşlarının egzersizin postmenopozal kadınların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini araştırdıkları

çalışmalarında, 6 haftalık aerobik egzersiz programına katılan 41 kişilik grup ve egzersiz yapmayan 40 kişilik kontrol grubunu 6 hafta sonunda karşılaştırdıklarında, egzersiz yapan grubun yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme elde etmişlerdir (119). Çalışmalarda etkili egzersizin tanımlanması ve sorgulanması, doğru veriler elde etmek için önemlidir. Kimi zaman kişiler kısa bir mesafeye günlük rutinleri içinde yaptıkları yürüyüşleri dahi düzenli egzersiz olarak ifade edebilmektedir. Ancak bu basit fiziksel aktivitelerin yaşam kalitesinde ve menopoza semptomlarında ne kadar iyileşme sağlayabileceği tartışmalıdır. Örneğin Reed ve arkadaşları tarafından Amerika'da yapılan bir çalışmada yoga ve egzersiz, günlük aktivite ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada egzersiz ve günlük aktivitenin karşılaştırılmasında MÖYKÖ'nün sadece fiziksel alanında anlamlı farklılık elde edilmiş ve egzersizin fiziksel alanda yaşam kalitesine olumlu etkisi gösterilmiştir. Yoga ve günlük aktivite arasında yapılan karşılaştırmada ise; 12 haftalık yoga programından sonra vazomotor ve cinsel alanlarda istatistiksel olarak anlamlı olan bir iyileşme görülmüştür (120).

Hastaların boş zamanlarını değerlendirecek bir aktivitelerinin olup olmamasının Kİ toplam skorları üzerindeki etkileri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Aynı şekilde MÖYKÖ alt grup puanları ile de katılımcıların boş zaman aktivitesi olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir ($p>0.05$). Daha önce yapılmış çalışmalarda boş zaman aktivitelerinin nitelik ve nicelik açısından menopoza semptomlarına ve yaşam kalitesine etkisi üzerine değerlendirmelere rastlanmamış olup, boş zamanlarında düzenli egzersiz yapan katılımcıların menopoza semptomlarının şiddeti ve yaşam kalitelerinin durumu ayrıca tartışılmıştır.

Gebelik öyküsü olan hastaların Kİ puanları gebelik öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,023$). Doğum yapmış olguların toplam puanları da doğum yapmamış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edilmiştir ($p=0,010$). Gebelik, doğum, düşük-kürtaj varlığına göre olguların MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). İsrail'de Haimov-Kochman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada çok sayıda doğum yapmış olmak daha hafif klimakterik semptomlarla, özellikle daha iyi bir psikolojik profil ile ilişkili bulunmuş,

aksine çalışmamızla benzer olarak Ekvador'da yapılan bir çalışmada çok sayıda doğum yapmış olmanın daha şiddetli psikolojik semptomlara yol açtığı belirtilmiştir (121,122). Amerika'da yapılmış bir çalışmada ise infertilitenin, vazomotor semptomları daha hafif yaşamaya neden olabileceği bildirilmiştir (123).

Araştırmamıza katılan hastalardan jinekolojik ameliyat öyküsü olan kadınların Kİ toplam puanları, jinekolojik ameliyat öyküsü olmayanlara göre daha yüksektir ($p=0,025$). Jinekolojik operasyonların içinde erken menopoza yol açabilecek bilateral oofektomi ya da histerektomi gibi işlemlerin olması, menopoz semptomlarının daha şiddetli olmasına neden olabilir. Jinekolojik ameliyat varlığına göre olguların MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Düzenli jinekoloğa gitme durumu Kİ skorları üzerinde etkili olmamıştır. Düzenli jinekoloğa gitme durumuna göre olguların MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal ve fiziksel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Cinsel puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); düzenli jinekoloğa giden olguların cinsel puanları, düzenli olarak gitmeyenlerden daha yüksektir. Bu durumun sebebi olarak cinsel semptomları olan kadınların çözüm arayışı içinde hekime başvurmaları düşünülebilir. Kharbouch ve Şahin'in çalışmasında ise düzenli jinekolog kontrolüne gitmeyen kadınların Kİ puanlarında yükselme ve MÖYKÖ'nün psikosoyal alt alanında yaşam kalitelerinde bozulma saptanmıştır (73).

Menopoz yaşına göre olguların Kİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.021$; $p<0.05$). Menopoz yaşı 45-49 yaş olan olguların Kupperman indeksi toplam puanları, menopoz yaşı 40-44 yaş ve 50-55 yaş olanlardan daha yüksektir (sırasıyla $p=0.015$; $p=0.016$; $p<0.05$). Diğer grupların Kupperman indeksi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızın aksine AlQuaiz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada menopoz yaşı ile semptomların şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (111). Çalışmamızda menopoz yaşına göre olguların MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bozkurt'un çalışmasında kadınların menopoz yaşlarına

göre MÖYKÖ vazomotor, fiziksel ve cinsel alt grup puanlarında anlamlı farklılık saptanmazken, psikososyal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. 47 yaş üzerinde menopoza girenlerin psikososyal alanda yaşam kaliteleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (84).

Katılımcıların menopoz sonrası geçen süreleri ile Kİ toplam skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; menopoz sonrası geçen süresi 11 yıl ve üzeri olan olguların toplam skorlarının, menopoz üzerinden 1-5 yıl geçen olguların toplam skorlarından anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,020$). Benzer şekilde Lee ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da menopoz sonrası geçen süre arttıkça menopoz semptom ölçeğinde daha düşük skorlar elde edilmiştir (104). Menopozda adapte olmak için daha fazla zaman geçirmiş olan kadınların menopoz semptomları ile ilgili algısının zaman içinde sürece uyum sağladığı ve bu sebeple semptom şiddetini daha düşük bildirdikleri düşünülebilir.

Menopoz sonrası geçen süreye göre olguların MÖYKÖ psikososyal, fiziksel ve cinsel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), olguların vazomotor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.006$; $p<0.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; menopoz sonrası geçen süre 11 yıl ve üzerinde olan olguların vazomotor puanları, menopoz süresi 1-5 yıl olanlardan daha düşüktür ($p=0.006$; $p<0.01$). Diğer grupların vazomotor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Yum ve arkadaşlarının Koreli kadınlar ile yaptıkları çalışmada menopoz süresi 5 yılın altında olan kadınların %53,1'i vazomotor semptomlara sahip olduklarını bildirmişken, menopoz süresi 5 yıldan fazla olan kadınlarda vazomotor yakınmaları olanların oranının %36,5'e gerilediği görülmüştür (124). Benzer şekilde Ceylan'ın çalışmasında, menopozda olma süresi 5 yıldan az olan katılımcılarda vazomotor semptomların daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur (75). Sharma ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, menopoz sonrası geçen süre ne kadar azsa vazomotor semptomların o kadar fazla olduğu, psikolojik ve fiziksel semptomların ise artan yaşla ve menopoz sonrası geçen süre ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (125). Bozkurt'un çalışmasında ise beklenenin aksine menopoza girdikten sonra geçen süreye göre kadınların yaşam kalitesi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (84).

Çalışmamızda katılımcıların menopoza girme şekline göre Kİ toplam skorları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Blümel ve arkadaşları, cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda spontan olarak menopoza girenlere göre vazomotor semptomların daha sık olduğunu tespit etmişlerdir (126). Menopoz şekline göre olguların MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel alan puanları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bhattacharya ve Jha'nın çalışmasında cerrahi menopozlu kadınların diğerlerine göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu sonucu elde edilmiştir (127). Gökgöz'ün 270 postmenopozal kadınla yaptığı çalışmasında da cerrahi yolla menopoza giren kadınların yaşam kalitelerinin vazomotor ve cinsel alanlarda olumsuz etkilendiği saptanmıştır (61).

Hormon tedavisi alma durumuna göre olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Göçer tarafından yapılan, düşük doz kombine östradiol ve noretindron asetat içeren hormon tedavisinin doğal menopoz olgularının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği çalışmada , 3 aylık düşük doz hormon tedavisi sonrasında Kİ skorları anlamlı olarak düşmüştür (128). 12 hafta boyunca oral östrojen tedavisi verilerek sonuçlarının incelendiği İsveç'te yapılmış iki farklı çalışmada da benzer şekilde Kİ skorlarının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (129,130). Hormon tedavisi genellikle vazomotor semptomların şiddetine bağlı olarak, ihtiyaç olması durumunda verilmektedir. Çalışmamızda tedavi almayanların semptom skorlarının düşük olacağı varsayılırsa, tedavi alan grubun tedavi sonrası skorları ile tedavi almayan grubun skorlarının benzer olması beklenebilir. Çalışmamızda hormon tedavisi alan katılımcı sayısının az olması da bu sonucu doğuran sebeplerden biri olabilir. Araştırmamızda hormon tedavisi alma durumuna göre katılımcıların MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal, fiziksel ve cinsel alan puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Ancak Göçer'in aynı çalışmasında 3 aylık düşük doz hormon tedavisi sonrası MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal ve fiziksel alt grup skorlarında anlamlı olarak düşme görülmüştür (128). Bhattacharya ve Jha, yaptıkları çalışmada oral tibolon ve transdermal östradiolün, cerrahi yolla menopoza giren hastaların menopoz semptomlarında ve yaşam kalitelerinde iyileşme sağladığını göstermişlerdir (131).

Menopoz hakkında bilgi alma durumuna göre olguların Kİ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Menopoz hakkında bilgi alma durumuna göre olguların MÖYKÖ vazomotor, psikosoyal ve fiziksel puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Ancak; olguların cinsel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.029$; $p<0.05$); menopoz hakkında bilgi alan olguların cinsel puanları, bilgi almayanlardan daha yüksektir. Menopozla ilgili yaşanan cinsel problemler, kişiye menopoz hakkında bilgilendirme konusunda uyarıcı bir faktör olarak etki edebilir. Sert'in çalışmasında menopozla ilgili bilgi alan kadınların MÖYKÖ puanları, almayanlara göre tüm alanlarda daha düşük, yani yaşam kaliteleri daha yüksek saptanmıştır (88). Bu durumun, menopozla ilgili bilgilendirme menopozla adaptasyon sürecini kolaylaştırmak ve menopoz algısını değiştirmek ile ilgili olduğu düşünülebilir.

5.3. KUPPERMAN İNDEKSİ TOPLAM PUANLARININ MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT GRUP PUANLARI İLE İLİŞKİSİNİN TARTIŞILMASI

Kupperman İndeksi toplam puanı ile MÖYKÖ'nün vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alt boyut puanlarının herbiri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r:0,655$; $p:0,001$; $p<0,01$, $r:0,496$; $p:0,001$; $p<0,01$, $r:0,583$; $p:0,001$; $p<0,01$, $r:0,254$; $p:0,001$; $p<0,01$). Menopoz semptomlarının şiddeti arttıkça, ilgili alandaki puan da artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir.

Whiteley ve arkadaşlarının 40-64 yaş arasında menopoz semptomları olan ve olmayan 8811 kadınla yaptıkları çalışmada, menopozal semptomlarla mücadele eden kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır (132). Cruz ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada Kupperman İndeksi skoru arttıkça cinsel disfonksiyonun da arttığı sonucunu ortaya koymuşlardır (80).

SONUÇ

Menopozal dönemdeki kadınların menopoza ilişkin şikayetleri ve yaşam kalitelerine etki eden faktörleri değerlendirmek amacıyla Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların verilerine dayanan çalışmamızda menopoz semptomlarını değerlendirmek için menopoza dair literatürde yer alan en eski ölçeklerden biri olan Kupperman İndeksi ve menopozla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek için ise Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre 50 yaş altındaki katılımcılarda semptomların daha şiddetli olduğu tespit edilmiş, öte yandan yaşam kalitesine dair hiçbir alt grupta yaşa bağlı anlamlı değişiklik gözlenmemiştir. Literatürde benzer sonuçlar olsa da, yaş üst sınırını 65 olarak belirlediğimiz bir çalışma grubunda beklediğimiz; erken postmenopozal dönemde özellikle vazomotor alanda, geç dönemde ise özellikle fiziksel alanda anlamlı sonuçlar elde etmesidir.

Evli olmanın, bizim çalışma grubumuz için menopoz semptomlarını şiddetlendirdiği, yaşam kalitesini ise cinsel alanda olumsuz etkilediği saptanmıştır. Toplumumuzda cinselliğin evli olmakla ilişkilendiriliyor olması ve evliliğin cinsel alandaki problemleri gözle görünür hale getirmesi nedeniyle cinsel alt grup puanlarının anlamlı olarak yüksek bulunması beklenen bir durumdur. Kİ'nin kullandığımız orijinal versiyonunda cinsel semptomlar yer almamaktadır; ancak toplam puanlar evli olanlar açısından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Evlilik başlığına özel olarak değerlendirmek gerekirse; tatmin edici bir evlilik genel iyilik halini sağlamaya yardımcı iken, gerekli desteği sağlamayan, aksine yaşamı zorlaştıran bir evlilik tam tersi kişisel sağlık durumunu daha kötü algılamaya ya da yansıtmaya neden olabilir. Literatürde başka araştırma gruplarında evli olmanın semptomların şiddetini azalttığı yönünde yayınlar da olduğu göz önünde bulundurulursa, benzer araştırmalarda alt başlık olarak evliliğin sağladığı doyum ve kişi üzerindeki etkisinin de sorgulanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumları, gelir düzeyleri, menopoza girme şekli (spontan ya da cerrahi), hormon tedavisi alıp almamış olmak, boş zaman

aktivitesine sahip olup olmamak, alkol kullanımı ile menopoz semptomlarının şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sigara içmek menopoz semptomlarının şiddetini etkilemezken, yaşam kalitesini psikososyal alanda düşürmektedir. Gebelik öyküsü ve doğum yapmış olmanın menopoz semptomlarını arttırdığı, yaşam kalitesine ise anlamlı olarak etki etmediği tespit edilmiştir.

Araştırmamıza göre kronik hastalık varlığı menopoz semptomlarının şiddetini etkilememekte; ancak fiziksel alanda yaşam kalitesini azaltmaktadır. Tek başına kendisine özgü semptomlarıyla yaşam kalitesini düşüren menopozal dönemde, eşlik eden her ek hastalıkla birlikte kişinin fiziksel rahatsızlık durumu artmaktadır. Bu durum, her hasta için olması gerektiği gibi, premenopozal, perimenopozal, postmenopozal dönemdeki kadın hastaların da yatkınlık taşıdıkları potansiyel kronik hastalıklar açısından koruyucu hekimlik kapsamında değerlendirilmesi, gerekli önemlerin alınması; mevcut kronik hastalıklar için gerekli desteğin verilmesi gereğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Elde ettiğimiz sonuçlara göre; düzenli egzersiz yapıyor olmak menopoz semptomlarını azaltırken, fiziksel alanda yaşam kalitesini de artırmaktadır. Kadınlar hem menopoz dönemini daha rahat göğüsleyebilmek hem de kronik hastalıklardan korunmak ve sağlıklı yaş almak için düzenli egzersiz yapmaya teşvik edilmelidir. Koruyucu hekimlik kapsamında, düzenli egzersiz alışkanlığının toplumda yer etmesi için aile hekimlerinin çabası önemlidir.

Çalışmamızda jinekolojik ameliyat öyküsünün menopoz semptomlarının şiddetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı ancak yaşam kalitesini etkilemediği sonucu elde edilmiştir. Bu durum, selim sebeplerle yapılan histerektomi gibi ameliyatlarda cerrahi dışı alternatif yöntemlere yönelmenin gerekliliğini bir kez daha göstermektedir. Katılımcıların yalnızca üçte biri düzenli olarak jinekoloğa gitmektedir. Çalışmamıza göre bu durum menopozal semptomların şiddetini etkilemezken, cinsel alanda yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kadınların bir jinekoloğa uygun sıklıkta ulaşması mümkün olmayabilir; hekim sayısının azlığı ve hasta yoğunluğu nedeniyle kimi zaman gerekli hallerde bile bu sağlanamamaktadır. Birinci basamakta hizmet veren aile hekimleri; kadınların pek çok jinekolojik probleminde gerekli ilk desteği vermelidir.

Yaptığımız araştırmaya göre menopoza girme yaşı yaşam kalitesini etkilememektedir. Ancak menopoz yaşı 45-49 arası olan kadınlarda semptomların şiddetinin, 40-44 yaş ve 50-55 yaş aralığında menopoza girenlere göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Postmenopozal dönemin erken safhası, menopozal semptomların şiddeti açısından daha zorlayıcı bir süreçtir. Çalışmamızda da katılımcıların menopoz sonrası geçen sürelerinin menopoz semptomları ve yaşam kaliteleri üzerine etkisi incelendiğinde, menopoz sonrası geçen süre arttıkça semptomların şiddetinin azaldığı, yaşam kalitesinde ise yalnızca, menopoza özgü olan vazomotor alanda artış olduğu görülmüştür. Menopozun, kendisine özgü semptomları dışında, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, depresyon, demans, genitoüriner semptomlar gibi gelişimini kolaylaştırdığı ikincil problemlerle de, kelime anlamı olarak ifade ettiği “tek bir adet periyodu”ndan çok daha uzun süren etkileri olmaktadır. Üzerinden 11 yıl geçmesine rağmen psikososyal, fiziksel ve cinsel alanlarda yaşam kalitesinde iyileşme olmamasının da bu durumla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Aile hekimi kadının hayatında bu problemleri öngörebilecek, gerekli desteği verebilecek konumdadır ve onun bu dönemi kaçırmaması kadının yaşam kalitesinin devamı için önemlidir.

Menopoza yönelik bilgi almanın semptomların şiddeti üzerine anlamlı etkisi görülmezken bilgi alan olguların cinsel alanda yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Literatürde bilgi almış olmanın çoğunlukla yaşam kalitesini olumlu etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Kişilerin yaşam kalitelerini bozacak ölçüde problemler yaşadıkları için daha çok bilgi ve destek alma ihtiyacı içinde olabilecekleri şeklindeki ters yönlü düşünce, çalışmamızdaki sonucu anlamlı kılmaktadır. Her durumda, menopozla ilgili kadınları bilgilendirmek, onları sürece hazırlamak ya da süreç içinde karşılaştıkları problemleri birlikte yönetmek konusunda aile hekiminin rolü büyüktür. Kadın, menopoz hakkında bilgilenip bunun doğal bir süreç olduğunu öğrendiğinde, potansiyel problemlerle mücadele etmesi daha kolay olacaktır.

Menopoza dair yapılan çalışmalarda en büyük endişe ölçeklerin yeterliliği ile ilgilidir. MÖYKÖ, menopozla ilişkin yaşam kalitesini oldukça kapsamlı bir şekilde değerlendiriyorsa da, Kİ'nin orijinal halinin semptomları yeterli değerlendirmediyine yönelik eleştiriler vardır. Sıcak basması dışında vajinal kuruluk, libido kaybı gibi

menopozla yakından ilişkili semptomları sorgulamaması nedeniyle sonradan modifiye edilmiş ve genişletilmiştir. Çalışmamızda kullandığımız orijinal hali ile elde ettiğimiz sonuçlar, MÖYKÖ'nün tüm alt gruplarıyla korelasyon göstermektedir. Beklediğimiz gibi, menopoza bağlı semptomlar arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

Sonuç olarak; kaçınılmaz olan menopozun kendisidir. Bu ve benzeri çalışmalarda elde edilen veriler ışığında, menopoz döneminde olabilecek problemleri etkileyen faktörleri tanımlamak ve gerekli önlemleri almak mümkündür. Aile hekimleri bu konuda kadın hastalarına rehberlik etmelidir. Gerektiğinde bireye özgü yaklaşımla, kadınların bu dönemdeki ihtiyaç ve problemlerine yönelik tedavi önerilerinde bulunulmalıdır.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Çalışmamız toplumun küçük bir kesimini yansıtmaktadır. Daha fazla sayıda hasta ile yapılan daha geniş çaplı bir çalışmanın daha doğru sonuçlar elde edilmesini sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma grubumuz ülkenin sosyoekonomik olarak nispeten gelişmiş bir bölgesinde yaşıyor olsa da, toplumdaki cinsellik algısı ve kapalı bir toplum olmamız nedeniyle cinsellikle ilgili soruların dürüst cevaplanmamış olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Tinker A. Women's health: the unfinished agenda. *Int J Gynecol Obstet.* 2000;70(1):149-58.
2. Organization (WHO) WH, others. Report of a WHO Scientific Group: Research on the Menopause in the 1990's. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.
3. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14(4):199-215.
4. Lobo RA. Chapter 14 - Menopause and Aging. İçinde: Strauss JF, Barbieri RL, editörler. Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology. 8. bs Philadelphia: Content Repository Only!; 2019. s. 322-356.e9.
5. 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.
6. Türkiye Kanser İstatistikleri [Internet]. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2017 [a.yer 26 Ocak 2019]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR._uzuuun.pdf
7. 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>
8. Mishra GD, Cooper R, Tom SE, Kuh D. Early Life Circumstances and Their Impact on Menarche and Menopause. *Womens Health.* 2009;5(2):175-90.
9. Reynolds RF, Obermeyer CM. Age at natural menopause in Spain and the United States: Results from the DAMES project. *Am J Hum Biol.* 2005;17(3):331-40.
10. Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol.* 2014;43(5):1542-62.
11. 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.
12. 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.
13. 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.

14. Hall JE. Endocrinology of the Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015;44(3):485-96.
15. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, vd. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric.* 2012;15(2):105-14.
16. 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.
17. Torrealday S, Pal L. Premature Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015;44(3):543-57.
18. Vujovic S, Brincat M, Erel T, Gambacciani M, Lambrinoudaki I, Moen MH, vd. EMAS position statement: Managing women with premature ovarian failure. *Maturitas.* 2010;67(1):91-3.
19. Burger HG, Hale GE, Robertson DM, Dennerstein L. A review of hormonal changes during the menopausal transition: focus on findings from the Melbourne Women's Midlife Health Project. *Hum Reprod Update.* 2007;13(6):559-65.
20. Sowers MR, Zheng H, McConnell D, Nan B, Harlow S, Randolph JF. Follicle Stimulating Hormone and Its Rate of Change in Defining Menopause Transition Stages. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(10):3958-64.
21. Bacon JL. The Menopausal Transition. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;44(2):285-96.
22. Sowers MR, Zheng H, McConnell D, Nan B, Harlow SD, Randolph JF. Estradiol Rates of Change in Relation to the Final Menstrual Period in a Population-Based Cohort of Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(10):3847-52.
23. Dungan, J. S. Ovarian Androgen Production in Postmenopausal Women. İçinde: *Yearbook of Obstetrics, Gynecology and Women's Health.* 2008. s. 149–150.
24. Kotsopoulos J, Shafir AL, Rice M, Hankinson SE, Eliassen AH, Tworoger SS, vd. The Relationship Between Bilateral Oophorectomy and Plasma Hormone Levels in Postmenopausal Women. *Horm Cancer.* 2015;6(1):54-63.
25. Kronenberg F. Hot flashes: Epidemiology and physiology. *Ann N Y Acad Sci.* 1990;592(1):52–86.
26. Berendsen HH. The role of serotonin in hot flashes. *Maturitas.* 2000;36(3):155-64.
27. Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revisiting the Duration of Vasomotor Symptoms of Menopause: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med.* 2008;23(9):1507-13.
28. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Vasomotor and sexual symptoms in older Australian women: a cross-sectional study. *Fertil Steril.* 2016;105(1):149-155.e1.

29. Joffe H, Cohen LS. Estrogen, serotonin, and mood disturbance: where is the therapeutic bridge? *Biol Psychiatry*. 1998;44(9):798-811.
30. Schmidt PJ, Roca CA, Bloch M, Rubinow DR. The perimenopause and affective disorders. İçinde: *Seminars in reproductive endocrinology*. Copyright\copyright 1997 by Thieme Medical Publishers, Inc.; 1997. s. 91–100.
31. Campbell S, Whitehead M. Oestrogen therapy and the menopausal syndrome. *Clin Obstet Gynaecol*. 1977;4(1):31–47.
32. Joffe H, Hall JE, Soares CN, Hennen J, Reilly CJ, Carlson K, vd. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care: *Menopause*. 2002;9(6):392-8.
33. 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.
34. Polo-Kantola P. Sleep problems in midlife and beyond. *Maturitas*. 2011;68(3):224-32.
35. Genazzani AR, Pluchino N, Luisi S, Luisi M. Estrogen, cognition and female ageing. *Hum Reprod Update*. 2007;13(2):175-87.
36. Lindawati S, Kusdhany EH. Age at Natural Menopause and Memory Function: Modification by Education and Genotype. *Endocrinol Metab Syndr [Internet]*. 2012 [a.yer 31 Ocak 2019];s1(01). Erişim adresi: <https://www.omicsonline.org/age-at-natural-menopause-and-memory-function-modification-by-education-and-genotype-2161-1017.S7-001.php?aid=2968>
37. Woods NF, Mitchell ES, Adams C. Memory functioning among midlife women: observations from the Seattle Midlife Women’s Health Study. *Menopause N Y NY*. 2000;7(4):257–265.
38. 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.
39. 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.
40. Medic G, Wille M, Hemels M. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep*. 2017;Volume 9:151-61.
41. 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.
42. Karkhaneh A, Ansari M, Emamgholipour S, Rafiee MH. The effect of 17 β -estradiol on gene expression of calcitonin gene-related peptide and some pro-inflammatory mediators in

- peripheral blood mononuclear cells from patients with pure menstrual migraine. *Iran J Basic Med Sci.* 2015;18(9):8.
43. 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.
 44. Karvonen-Gutierrez C, Kim C. Association of Mid-Life Changes in Body Size, Body Composition and Obesity Status with the Menopausal Transition. *Healthcare.* 2016;4(3):42.
 45. El Khoudary SR, Shields KJ, Janssen I, Hanley C, Budoff MJ, Barinas-Mitchell E, vd. Cardiovascular Fat, Menopause, and Sex Hormones in Women: The SWAN Cardiovascular Fat Ancillary Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(9):3304-12.
 46. 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.
 47. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric.* 2014;17(1):3-9.
 48. Pandit L, Ouslander JG. Postmenopausal Vaginal Atrophy and Atrophic Vaginitis. *Am J Med Sci.* 1997;314(4):228-31.
 49. Gelfand MM. Sexuality among Older Women. *J Womens Health Gend Based Med.* 2000;9(supplement 1):15-20.
 50. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(1):25-32.
 51. 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.
 52. Eastell R, O'Neill TW, Hofbauer LC, Langdahl B, Reid IR, Gold DT, vd. Postmenopausal osteoporosis. *Nat Rev Dis Primer.* 2016;2:16069.
 53. 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.
 54. 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.
 55. The 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society: *Menopause J North Am Menopause Soc.* 2012;19(3):257-71.
 56. Jaakkola S, Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O. Endometrial Cancer in Postmenopausal Women Using Estradiol-Progestin Therapy. 2009;114(6):8.

57. Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: A meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 1995;85(2):304-13.
58. 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.
59. Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GDO, Scarabin P-Y. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008;336(7655):1227-31.
60. Canonico M, Oger E, Conard J, Meyer G, Levesque H, Trillot N, vd. Obesity and risk of venous thromboembolism among postmenopausal women: differential impact of hormone therapy by route of estrogen administration. The ESTHER Study. *J Thromb Haemost.* 2006;4(6):1259-65.
61. Gökgöz 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.
62. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:23-35.
63. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
64. Fryback DG, Dunham NC, Palta M, Hanmer J, Buechner J, Cherepanov D, vd. US Norms for Six Generic Health-Related Quality-of-Life Indexes From the National Health Measurement Study: *Med Care.* 2007;45(12):1162-70.
65. Doward LC. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(1):20-6.
66. Wahlqvist P. Symptoms of gastroesophageal reflux disease, perceived productivity, and health-related quality of life. *Am J Gastroenterol.* 2001;96(8):S57-61.
67. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, vd. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas.* 01 Haziran 1996;24(6):161-75.
68. Dedeli O, Fadiloglu C, Bor S. Validity and Reliability of a Turkish Version of the Fecal Incontinence Quality of Life Scale: *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(5):532-8.
69. Ceylan B, Özerdoğan N. Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *J Turk Soc Obstet Gynecol.* 2015;12(1):43-9.

70. Delaplaine R, Bottomy J, Blatt M, Wiesbader H, Kupperman H. Effective control of the surgical menopause by estradiol pellet implantation at the time of surgery. *Surg Gynecol Obstet.* 1952;94(3):323-33.
71. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas.* 1998;29(1):19-24.
72. Schneider HPG, Heinemann LAJ, Rosemeier H-P, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric.* 2000;3(1):50-8.
73. Kharbouch SB, Şahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşire Derg.* 2007;15(59):82–90.
74. Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertil Steril.* Temmuz 2001;76(1):44-50.
75. 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.
76. Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanisławska 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.
77. Moilanen J, Aalto A-M, Hemminki E, Aro AR, Raitanen J, Luoto R. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas.* 2010;67(4):368-74.
78. AlAteeq M, AlMutairi H, AL-Dughaiter A. Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Int J Womens Health.* Haziran 2015;645.
79. Devi B, Karki P, Chhetry R, Sharma N, Niroula M, Lepcha PC, vd. Quality of life of post-menopausal women residing in rural and urban areas of Sikkim, India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018;7(12):5125.
80. Cruz E, Nina V, Figuerêdo E. Climacteric Symptoms and Sexual Dysfunction: Association between the Blatt-Kupperman Index and the Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet.* 2017;39(02):066-71.
81. Ehsanpour S, Eivazi M, Davazdah-Emami S. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2008;12(4).
82. Mansikkamäki K, Raitanen J, Malila N, Sarkeala T, Männistö S, Fredman J, vd. Physical activity and menopause-related quality of life – A population-based cross-sectional study. *Maturitas.* 2015;80(1):69-74.

83. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2007;21(5):187–193.
84. Bozkurt ÖD. Klimakteriyum dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [İzmir]: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
85. Karaçam Z, Şeker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. Maturitas. 2007;58(1):75-82.
86. Güler K. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği; 2017.
87. 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
88. Sert G. Klimakterik dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2009.
89. Avcı S. Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının yaşam kalitesine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik; 2013.
90. Teng Y, Tao, Shao, Li. Correlation between the modified Kupperman Index and the Menopause Rating Scale in Chinese women. Patient Prefer Adherence. 2013;223.
91. Cutson T, Meuleman E. Managing menopause. Am Fam Physician. 2000;61(5):1391–400.
92. Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women Principal Results From the Women’s Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA. 2002;288(3):321-33.
93. Ekström H, Esseveld J, Hovelius B. Associations between attitudes toward hormone therapy and current use of it in middle-aged women. Maturitas. 2003;46(1):45-57.
94. Finley C, Gregg EW, Solomon LJ, Gay E. Disparities in hormone replacement therapy use by socioeconomic status in a primary care population. J Community Health. 2001;26(1):39–50.
95. Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Health behaviour among Finnish elderly, Spring with trends 1993–2001. Hels Publ Natl Public Health Inst. 2001;
96. Morabia A, Costanza MC. Recent reversal of trends in hormone therapy use in a European population: Menopause. 2006;13(1):111-5.

97. Guay M-P, Dragomir A, Pilon D, Moride Y, Perreault S. Changes in pattern of use, clinical characteristics and persistence rate of hormone replacement therapy among postmenopausal women after the WHI publication. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007;16(1):17-27.
98. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2014;3(4):1095–1113.
99. Singh M. Early age of natural menopause in India, a biological marker for early preventive health programs. *Climacteric.* 2012;15(6):581-6.
100. Ganapathy T, Al Furaikh S. Health-related quality of life among menopausal women. *Arch Med Health Sci.* 2018;6(1):16.
101. Zhao G, Wang L, Yan R, Dennerstein L. Menopausal symptoms: experience of Chinese women. *Climacteric.* Ocak 2000;3(2):135-44.
102. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, vd. Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):531-9.
103. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, vd. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas.* Ocak 2000;34(1):17-23.
104. Lee M-S, Kim J-H, Park MS, Yang J, Ko Y-H, Ko S-D, vd. Factors Influencing the Severity of Menopause Symptoms in Korean Post-menopausal Women. *J Korean Med Sci.* 2010;25(5):758.
105. Genazzani A., Nicolucci A, Campagnoli C, Crosignani P, Nappi C, Serra G., vd. Assessment of the QoL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas.* 2002;42(4):267-80.
106. Whiteman MK, Staropoli CA, Langenberg PW, McCarter RJ, Kjerulff KH, Flaws JA. Smoking, Body Mass, and Hot Flashes in Midlife Women. 2003;101(2):9.
107. Gold EB. Relation of Demographic and Lifestyle Factors to Symptoms in a Multi-Racial/Ethnic Population of Women 40-55 Years of Age. *Am J Epidemiol.* 2000;152(5):463-73.
108. Hyde Riley E, Inui TS, Kleinman K, Connelly MT. Differential Association of Modifiable Health Behaviors with Hot Flashes in Perimenopausal and Postmenopausal Women. *J Gen Intern Med.* 2004;19(7):740-6.
109. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas.* 2009;62(2):153-9.
110. Freeman EW, Sammel MD, Grisso JA, Battistini M, Garcia-España B, Hollander L. Hot Flashes in the Late Reproductive Years: Risk Factors for African American and Caucasian Women. *J Womens Health Gend Based Med.* 2001;10(1):67-76.

111. AlQuaiz JM, Siddiqui AR, Tayel SA, Habib FA. Determinants of severity of menopausal symptoms among Saudi women in Riyadh city. *Climacteric*. 2014;17(1):71-8.
112. Yim G, Ahn Y, Chang Y, Ryu S, Lim J-Y, Kang D, vd. Prevalence and severity of menopause symptoms and associated factors across menopause status in Korean women: *Menopause*. 2015;22(10):1108-16.
113. Morelli V, Naquin C. Alternative therapies for traditional disease states: menopause. *Am Fam Physician*. 2002;66(1):129–134.
114. Kim M-J, Cho J, Ahn Y, Yim G, Park H-Y. Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC Womens Health [Internet]*. Aralık 2014 [a.yer 13 Şubat 2019];14(1). Erişim adresi: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-14-122>
115. Mirzaainjtabadi K, Anderson D, Barnes M. The relationship between exercise, Body Mass Index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(1):28-34.
116. McAndrew LM, Napolitano MA, Albrecht A, Farrell NC, Marcus BH, Whiteley JA. When, why and for whom there is a relationship between physical activity and menopause symptoms. *Maturitas*. 2009;64(2):119-25.
117. Slaven L, Lee C. Mood and symptom reporting among middle-aged women: The relationship between menopausal status, hormone replacement therapy, and exercise participation. *Health Psychol*. 1997;16(3):203-8.
118. Wallace J. Changes in menstrual function, climacteric syndrome, and serum concentrations of sex hormones in pre-and post-menopausal women following a moderate intensity conditioning program. *Med Sci Sports Exerc*. 1982;14:154.
119. Teoman N, Özcan A, Acar B. The effect of exercise on physical fitness and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas*. 2004;47(1):71-7.
120. Reed SD, Guthrie KA, Newton KM, Anderson GL, Booth-LaForce C, Caan B, vd. Menopausal quality of life: RCT of yoga, exercise, and omega-3 supplements. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(3):244.e1-244.e11.
121. Haimov-Kochman R, Constantini N, Brzezinski A, Hochner-Celnikier D. Regular exercise is the most significant lifestyle parameter associated with the severity of climacteric symptoms: a cross sectional study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170(1):229-34.
122. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Morales B, Martínez MA, Salinas AM, vd. Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;281(5):879-85.

123. Hess R, Olshansky E, Ness R, Bryce CL, Dillon S, Kapoor W, vd. Pregnancy and birth history influence women's experience of menopause: *Menopause*. 2008;15(3):435-41.
124. Yum SK, Yoon B-K, Lee BI, Park HM, Kim T. Epidemiologic Survey of Menopausal and Vasomotor Symptoms in Korean Women. *J Korean Soc Menopause*. 2012;18(3):147.
125. Sharma S, Tandon VR, Mahajan A. Menopausal symptoms in urban women. *Alcohol*. 2007;4:3-41.
126. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, vd. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women: *Menopause*. 2011;18(7):778-85.
127. Bhattacharya SM, Jha A. A comparison of health-related quality of life (HRQOL) after natural and surgical menopause. *Maturitas*. 2010;66(4):431-4.
128. Göçer DS. Doğal Menopoz Olgularında Düşük Doz Kombine Östradiol ve Noretindron Asetat İçeren Hormon Tedavisinin Serum CRP Düzeyi ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi [Uzmanlık Tezi]. Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2009.
129. Lindh-Åstrand L, Nedstrand E, Wyon Y, Hammar M. Vasomotor symptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy. *Maturitas*. 2004;48(2):97-105.
130. Wyon Y, Wijma K, Nedstrand E, Hammar M. A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Climacteric*. 2004;7(2):153-64.
131. Bhattacharya SM, Jha A. Effects of transdermal estradiol gel and oral tibolone on health-related quality of life after surgical menopause. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;110(3):213-6.
132. Whiteley J, DiBonaventura M daCosta, Wagner J-S, Alvir J, Shah S. The Impact of Menopausal Symptoms on Quality of Life, Productivity, and Economic Outcomes. *J Womens Health*. 2013;22(11):983-90.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Kübra Makara Peşin
Doğum Yeri ve Tarihi : Kadıköy / 15.02.1988
Uyruğu : Türkiye
Medeni Durum : Evli
İletişim Adresi : Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Tıbbiye Cad. No:23 34668 Üsküdar / İSTANBUL
E-posta adresi : kbrmkr@gmail.com
Yabancı dili : İngilizce

II-Eğitimi

- SBÜ Haydarpaşa Numune EAH – Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (2016-Halen)
- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (2005-2011)
- Kocaeli Körfez Fen Lisesi (2001-2005)
- 100. Yıl Atatürk İlköğretim Okulu (1998-2001)
- Gebze Atatürk İlköğretim Okulu (1996-1998)
- Bülent Osma İkokulu (1993-1996)

III-Ünvanları

- Asistan doktor
- Pratisyen hekim

IV-Mesleki Deneyimi

- SBÜ Haydarpaşa Numune EAH – Asistan doktor (2016-Halen)
- Fırtına İş Sağlığı ve Güvenliği – İşyeri Hekimi (2015-2016)

- ERK İş Sağlığı ve Güvenliği Dan. Ve Eğitim Hiz. Ltd. Şti. – İşyeri Hekimi (2014-2016)
- Acıbadem Mobil Sağlık Hizmetleri A.Ş. – İşyeri Hekimi (2014-2016)
- Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi – Pratisyen Hekim (2011-2014)

V- Eğitim Programı Haricinde Katıldığı Kurslar ve Katıldığı Eğitim Seminerleri

- 12. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya - 2018
- 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana – 2018
- Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi, İstanbul - 2018
- 11. İstanbul Aile Hekimliği Kongresi, İstanbul - 2017
- 9th LOVAH Conference Exchange, Hollanda – 2017
- 5. Çocuk Dostları Kongresi, İstanbul – 2017
- 4. Aile Hekimliği Asistanları Buluşması, İstanbul – 2016
- Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi, 2018
- Akupunktur Uygulama Sertifikası, 2018
- Aile Hekimliğinde Klinik Araştırmalar ve Temel İstatistik Uygulamaları Kursu, 2017
- Aile Hekimliği: Yenidoğan Temel Yaklaşım Kursu, İstanbul, 2017
- İşyeri Hekimliği Sertifikası, 2013

VI- Bilimsel Etkinlikler ve Yayınları

- Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Diyabet Hastalarına Modifiye Morisky Uyum Ölçeği Uygulanması ve İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sena Yıldırım, Gizem Akça, Kübra Makara Peşin, Emine Zeynep Tuzcular Vural, Memet Taşgın Egici, Işık Gönenç. Poster Sunumu. 12. Aile Hekimliği Güz Okulu, 26-30 Eylül 2018, Antalya

- Risksiz Grupta Kolorektal Kanser Taramalarının Önemi - Olgu Sunumu, Kübra Makara Peşin, Emine Zeynep Tuzcular Vural, Hilal Özkaya. Poster Sunumu. 12. Aile Hekimliği Güz Okulu, 26-30 Eylül 2018, Antalya
- Integrative Approach to the Cancer Patient Coming to Palliative Care Unit with Pain Complaint - A Case Presentation. Kübra Makara Peşin, Emine Zeynep Tuzcular Vural, Hilal Özkaya. E-poster Sunumu. 7th International Trakya Family Medicine Congress, 21-25 Mart 2018, Edirne

VII- Diğer Üyelikleri

- TAHUD
- VdGM Türkiye Değişim Grubu

EKLER

EK -1: ETİK KURUL KARAR FORMU

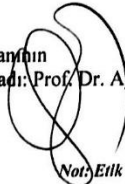
	ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU EY.FR.22
---	--

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Menopoz döneminde Kupperman İndeksi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	


ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Zeynep Kamil Mah. Op.Dr.Burhanettin Üstünel Sok. No:4/3 Üsküdar 34668
	TELEFON	0216 391 06 80
	FAKS	0216 343 92 51
	E-POSTA	www.etikkurulsekretarya@zeynepkamil.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Emine Zeynep Tuzcular Vural			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
DİĞER İSE BELİRTİNİZ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı'nın
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:









Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

	ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU EY.FR.22

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Menopoz döneminde Kupperman İndeksi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 82 Tarih: 23.05.2018 Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Başkan Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Güner KARATEKİN	Neonatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Rabia Gönül SEZER	Çocuk Sağ. Ve Hast.	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Sağ. Bak. Hizm. Müdürü Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Doğum ve Kadın Hastalıkları	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Murat Muhcu	Kad. Hast. ve Doğum	Sultan Abdulhamid Han Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mustafa EROĞLU	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya CABADAK	Biyofizik	Marmara Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Volkan YALÇINKAYA	Hukuk	Aras Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Günay CAN	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Levent KABASAKAL	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Handan ÇETİNER	Patoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Ahmet ÇETİNALP	Memur	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı'nın
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2: KATILIMCI BİLGİ FORMU

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız ? :

2. Medeni durumunuz? : Evli Dul-Boşanmış Bekâr

3. Eğitim durumunuz?: Eğitim almamış Okur-yazar
 İlkokul Ortaokul Lise Y.Okul

4. Çalışma durumunuz? : Emekli Ev hanımı Çalışıyor

5. Aile geliriniz? : Geliri giderinden az Geliri giderini karşılıyor Geliri giderinden fazla

6. Tanısı konulmuş kronik hastalık durumunuz? : Yok Var

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

7. Sigara kullanır mısınız? : Evet Hayır

8. Alkol kullanır mısınız? : Evet Hayır

9. Düzenli egzersiz yapar mısınız? : Evet Hayır

10. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz ?:

Kültürel etkinlikler Düzenli spor Ev ve el işi

Hiçbir şey yapmama Kurslara Katılarak Ev Gezmeleri-Alışveriş

Diğer

Ek-3: KUPPERMAN İNDEKSİ

BELİRTİLER	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Ateş basması				
Uyuşma hissi				
Uykusuzluk				
Sinirlilik				
Melankoli (depresyon)				
Baş dönmesi				
Halsizlik				
Artralji/miyalji (eklem/kas ağrısı)				
Baş ağrısı				
Çarpıntı				
Karınalanma				
TOPLAM				

EK-4: MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (MÖYKÖ)

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

Hiç rahatsız edici değil	<.....>							Son derece rahatsız edici
	0	1	2	3	4	5	6	

	Yok	Var >>	0	1	2	3	4	5	6
1. Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık									
2. Gece terlemesi									
3. Terleme									
4. Hayatından memnun olmama									
5. Endişeli ve gergin hissetme									
6. Hafızada zayıflama hissetme									
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme									
8. Depresif, hüznü ya da bezgin hissetme									
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olmak)									
10. Yalnız kalma isteği									
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları									
12. Kas ve eklemlerde ağrı									
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme									
14. Uyuma güçlüğü									
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar									
16. Fiziksel güçte azalma									
17. Dayanma gücünde azalma									

18. Enerjide azalma hissi																				
19. Ciltte kuruluk																				
20. Kilo alma																				
21. Yüz tüylerinde artma																				
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik																				
23. Şişkinlik hissi																				
24. Bel ağrısı																				
25. Sık idrara çıkma																				
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçıрма																				
27. Cinsel istekte değişiklik																				
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada kuruluk																				
29. Cinsellikten kaçınma																				