

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL HAYDARPAŞA
NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ

Koordinatör: Prof. Dr. Refik DEMİRTUNÇ



KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARIN MENOPOZAL
YAKINMALARI VE MENOPOZAL TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. KEZBAN GÜLER

Tez Danışmanı

Uzm. Dr. IŞIK GÖNENÇ

İstanbul 2017

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince ilgi ve desteklerini gördüğüm İç Hastalıkları Eğitim Sorumlusu ve Aile Hekimliği Koordinatörü Prof. Dr. Refik Demirtunç'a,

Tezimin her aşamasında yanımda olan, sabırla motive eden, bilgi ve becerilerini eksiksiz paylaşan, Aile Hekimliği yaklaşımı ve tecrübesiyle bizlere örnek olan tez danışmanım Uzm.Dr.Işık Gönenç'e,

Disiplini ve verdiği fikirlerle Aile Hekimliğine yaklaşımımızı şekillendiren, tecrübelerini bize aşılayan, desteğini her zaman hissettiğim Doç. Dr. Emine Zeynep Tuzcular Vural'a,

Bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım eğitim görevlisi, uzman dr. ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

En büyük destekçilerim olan sevgilerini her zaman yanımda hissettiğim sevgili aileme,

Hayatın her anında yanımda olan hayat arkadaşım Aytaç Güler'e

Ve

Hayatımıza girerek bize neşe katan sevgili kızım Bilge Güler'e

Teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Dr. Kezban Güler

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kadın Sağlığı	2
2.2. Menopozun Tanımı ve Terminolojisi	2
2.3. Menopozun Tarihçesi	3
2.4. Menopozun Demografisi	5
2.5. Küresel Anlamda Menopoz	6
2.6. Reprodüktif Yaşlanma	7
2.7. Menopozda Klinik Şekiller	8
2.8. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar	13
2.9. Menopozda Tedavi Yöntemleri	20
2.10. Menopoz ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi	21
2.11. Aile Hekimliğinde Menopoz Yönetimi	23
3. YÖNTEM VE GEREÇ	25
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	95
6. SONUÇ	124
7. ÖZET	127
8. ABSTRACT	130
9. KAYNAKLAR	133



Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik devletleri
BSO	Bilateral Salpingo Ooferektomi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FSH	Folikül Uyarıcı (stimülan) Hormon
GNRH	Gonadotropin Releasing Hormon
HDL	High Density Lipoprotein
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
IMS	Uluslararası Menopoz Topluluğu
KSH	Kronik Sistemik Hastalıklar
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
LDL	Low Density Lipoprotein
LH	Luteinizan Hormon
MRS	Menopose Rating Scala
MSDÖ	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
NIH	Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü
NSHD	Tıbbi Araştırma Konseyi Ulusal Sağlık ve Gelişim Araştırması:
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
STRAW	Stages of Reproductive Aging Workshop-Üreme Yaşlanması Çalıştayının Evreleri
TSH	Tiroid Stimülan Hormon
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	Vücut Kitle İndeksi

Tablolar Dizini

Tablo 1: Dünyada menopozun görülme yaşının yıllara göre değişimi	6
Tablo 2: STRAW Evreleme Sistemi	10
Tablo 3: Menopoza bağlı ortaya çıkan kısa ve uzun dönem semptom ve diğer sorunlar	15
Tablo 4: Menopozdaki belirtiler, görülme yılları ve oranları	15
Tablo 5: Kadınların Sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	29
Tablo 6: Menopoz ile ilgili özelliklerin dağılımı	33
Tablo 7: Kadınların menopoz semptomları ile ilgili ifadelerine verdiği cevapların dağılımları (MRS)	47
Tablo 8: Kadınların menopoz ile ilgili tutumlara ilişkin ifadelerine verdiği cevapların dağılımları	48
Tablo 9: Tanımlayıcı özelliklerin ortalaması	51
Tablo 10: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeyleri	51
Tablo 11: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin algılanan gelir düzeyine göre ortalamaları	52
Tablo 12: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin BKİ 'ye göre ortalamaları	53
Tablo 13: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin eğitim düzeyine göre ortalamaları	54
Tablo 14: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin medeni duruma göre ortalamaları	55
Tablo 15: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin mesleğe göre ortalamaları	56

Tablo 16: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşa göre ortalamaları	57
Tablo 17: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşam boyunca daha çok bulunulan yerleşim yerine göre ortalamaları	58
Tablo 18: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşanılan aile yapısına göre ortalamaları	59
Tablo 19: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin çocuk sayısına göre ortalamaları	60
Tablo 20: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin adetten kesilince neler hissettiğine göre ortalamaları	62
Tablo 21: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin ailenin menopoz durumuna tepkisine göre ortalamaları	63
Tablo 22: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin arkadaşların menopoz durumuna tepkisine göre ortalamaları	64
Tablo 23: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin farklı toplumda menopoz farklı yaklaşıldığını düşünmeye göre ortalamaları	66
Tablo 24: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin genel olarak kaygı ve endişeler değişim olma durumuna göre ortalamaları	67
Tablo 25: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiğine göre ortalamaları	68
Tablo 26: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyine göre ortalamaları	70
Tablo 27: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz sonrası cinsel isteksizliğin değişme durumuna göre ortalamaları	71

Tablo 28: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz sonrası en çok destek veren kişiye göre ortalamaları	72
Tablo 29: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz sonrasında kadın olmaktan pişmanlık duymaya göre ortalamaları	73
Tablo 30: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz sürecini nasıl geçirdiğine göre ortalamaları	75
Tablo 31: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopozda rahatsızlıklar için tedavi alma durumuna göre ortalamaları	76
Tablo 32: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşam boyunca daha çok bulunulan yerleşim yerine göre ortalamaları	77
Tablo 33: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşamları boyunca herhangi bir işte çalışma durumuna göre ortalamaları	78
Tablo 34: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin çocuk sahibi olma durumuna göre ortalamaları	79
Tablo 35: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin düzenli ilaç kullanım durumuna göre ortalamaları	79
Tablo 36: Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutumlar arasındaki ilişki	80
Tablo 37: Menopoz semptomları alt boyutlarının menopoz ile ilgili tutum üzerine etkisi	81
Tablo 38: Menopoz semptomlarının menopoz ile ilgili tutum üzerine etkisi	82
Tablo 39: Menopoz sonrası cinsel isteğin değişme durumu ile meslek arasındaki ilişki	83
Tablo 40: Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi ile eğitim düzeyi arasındaki	86

ilişki

Tablo 41: Faklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki	87
Tablo 42: Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki	88
Tablo 43: Menopoz sonrası en çok destek veren kişi ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki	88
Tablo 44: Menopoz sürecini nasıl geçirdiği ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki	89
Tablo 45: menstrüasyon kesilince neler hissettiği ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki	89
Tablo 46: Karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiği ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki	90
Tablo 47: Menopoz sonrası cinsel isteğin değişme durumu ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki	90
Tablo 48: Genel olarak kaygı ve endişelerde değişim olma durumu ile çalışma durumu arasındaki ilişki	91
Tablo 49: Faklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki	91
Tablo 50: Çevrenin menopoz söylemlerinin ne kadar etkilediği ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki	92
Tablo 51: Menopoza girdiğini ilk kime söylediği ile yaşanan aile yapısı arasındaki ilişki	93
Tablo 52: Menopoza girme şekli ile çalışma durumu arasındaki ilişki	94

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın hayatı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakterium ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşmaktadır. Kadın hayatının bu dönemlerinin her birinde kendine özgü fiziksel, psikolojik ve hormonal değişimler gözlenir. Kadın için her dönemin farklı özellikleri olmasına rağmen, ergenlik ve klimakterium dönemleri kadın hayatına pek çok hormonal, psikolojik ve fiziksel değişikliklerin yaşandığı bir dönem olmasından dolayı oldukça önemlidir (1).

“Klimakterium”, Yunanca kökenli bir kelime olup “merdiven basamağı” anlamına gelmektedir. Genellikle, 40 - 45 yaşlarında başlar ve yaşlılık döneminin başlayacağı 65 yaşına kadar devam eder. Bu dönem içerisinde premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz dönemleri bulunmaktadır (1).

Klimakterium döneminde overlerden östrojen üretiminin azalmasına bağlı olarak kadında birtakım değişiklikler meydana gelir. Menopoz döneminde görülen şikâyetlerden bazıları sıcak basması, vajinal kuruluk, sinirlilik, uyku problemleri, kas eklem ağrıları, keyifsizlik ve idrar problemleridir. Bu problemlerin ortaya çıkış sebebi tam olarak bilinmemekle beraber östrojen hormonunun eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (2). Sebep her ne kadar östrojen eksikliği olsa da bu şikâyetler her kadında aynı şiddette seyretmemekte ve bu şikâyetleri her kadın yaşamamaktadır. Kadınların tedavilere verdikleri yanıtlar bile farklıdır. Bütün bunlar düşünüldüğünde bu şikâyetlerin sadece östrojen eksikliği ile açıklanamayacağı düşünülmektedir. Östrojen eksikliğinin yanında bu semptomların ortaya çıkışında kadının menopoz ile ilgili tutumu, algı ve davranış biçimi de etkilidir (3).

Kadınların menopoz hakkındaki tutumlarını ve kadınlar için bu dönemin anlamını etkileyen en önemli faktörler arasında kadının yaşadığı toplumun kültürel ve etnik özellikleri gelmektedir. Kadınların menopoza karşı bakış açısı ve orta yaşa girmeleriyle beraber yaşamlarında meydana gelen bazı değişimler kadının menopoza karşı tutumunu etkilemektedir. Menopozal semptomlar hakkında yapılmış olan çalışmalara göre kadının menopoz dönemi ile ilgili tutumu, menopoz şikâyetlerinin ortaya çıkmasında ve şiddetinde oldukça etkilidir (4).

Doğumda beklenen yaşam süresinin giderek uzamasıyla beraber hekimler perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların sorunlarını göz ardı etmemelidir (5). Çalışmamızda klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomların şiddetini, sıklığını, menopoza yaklaşımlarını ve tutumlarını incelemeyi planladık

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KADIN SAĞLIĞI

Yaşamı boyunca insan fiziksel, biyolojik ve psikolojik açıdan farklılıklar içeren dönemlerden geçer. Doğum öncesi dönem, ilk bebeklik yılları, okul öncesi dönem, ergenlik dönemi, gençlik dönemi, orta yaşlılık ve yaşlılık dönemlerinden geçerek farklı farklı gelişim gösterir. Her bir dönem kendinden bir sonraki dönemi etkileyerek birikim katar. Kadınlar da yaşam evrelerinin farklı dönemlerinde kadın cinsiyetlerine özgü biyolojik ve psikolojik deneyimler yaşarlar (1).

Kadın ve erkek biyolojik olarak farklı olmalarından dolayı sağlık sorunlarında da bazı farklılıklar olması kaçınılmazdır. Kadın fizyolojisine özgü olarak ortaya çıkan gebelik, doğum, menopoz gibi dönemler ve bu dönemlerin kendine özgü hastalıkları, sorunları kadın ve erkeğin sağlık gereksinimlerindeki farklılıkların sebebidir. Kadınların bazı hastalıklar için yaşa göre değişken risk grubunda olmaları da kadınlara özgü sağlık sorunlarının ele alınmasını ve özgün yaklaşımlar getirilmesini gerektirmektedir. Yetişkin kadın sağlığına yaklaşım iki unsura dayanmaktadır. Birincisi; kronik hastalıklarla ilgili durumların çocukluk çağında gelişmeye başlaması, diğeri ise bu hastalıklardan birincil koruma için müdahalelerin menopoz dönemi öncesi yapılması gerektiğidir. Ana hedef her zaman var olan sağlık durumunun iyileştirilmesi ve hastalıklardan korunma olmakla beraber bu konuda yapılacak müdahaleler yaşa ve toplumlara göre farklılık gösterir. Kadınların yaşam süresi arttıkça morbidite oranları da buna bağlı olarak artmakta yaşam kalitesi önem kazanmaktadır. Kadınların üreme sağlığı ile ilgili problem yaşama riski erkeklerden daha yüksektir. Ayrıca toplumdan topluma farklar olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde “kadın toplumsal cinsiyeti” daha fazla olumsuzluk yaşamaktadır (7).

2.2. MENOPOZUN TANIMI VE TERMİNOLOJİSİ

Menopoz kelimesi köken olarak eski yunanca olup “ menos = ay ” ve “ pausos = kesilmek, sona ermek ” sözcüklerinin köklerinden türetilmiştir. Aylık menstrüasyon döngüsünün sona ermesini ifade etmektedir. Menopoz son menstrüasyon kanamasıdır. Bir zaman diliminden ziyade bir olaydır (6).

Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre over fonksiyonlarının yitirilmesi ve bunun sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır. Menopoz fizyolojik olarak foliküler aktivitenin azalmasıyla beraber oluşan östrojen salınımındaki

azalma ile ilgilidir. Son menstrüasyon kanamasından sonra on iki ay kanamanın olmaması gerektiğinden dolayı menopoza tanısı retrospektif olarak konulur. Menopoz başlangıcı genellikle 40-50 yaş arasındadır (1).

2.3. MENOPOZUN TARİHÇESİ

Aristo'nun "Historia Animalium" adlı kitabında (Milattan Önce 322) kadınların 50 yaş civarında menopoza girdiğinden bahsedilmektedir. Tarihi süreç içerisinde menopoz dönemine " kritik zamanlar - kadınların cehennemi - gizli hastalık - zehrin vücuttan atılamaması " gibi isimler verilmiştir (8).

Hipokrat ise menopoz semptomlarının (sıkıntı, baş ağrısı, çarpıntı) kadının doğum organının belirli bir yaştan sonra yer değiştirmesi sonucunda kalbine ve kafasına yaptığı baskılar sonucunda olduğunu ileri sürmüştür. Menopozdaki kadının artık yaşamının son döneminde olduğuna, doğurganlığını yitirdiğinden dolayı cinsellikten uzaklaştığına ve sık sık hastalandığına inanılırdı. Rönesanstan sonra tıp gelişmeye başlamış olup pozitif bir bilim olarak nitelendirilmesi 17-18. yüzyılları bulmaktadır. 1776'da ilk defa Forthergill İngiltere'de "Medical Observations and Inquiries" adlı dergide kadının yaşlanmakla birlikte adet kesilmesini ele almış ve tartışmıştır. 19. yüzyılda ise modern tıp açısından menopozu en çok Fransız tıp araştırmacıları incelemiş, fizyolojik bir olay olarak değerlendirmişler ve oluşu hakkında birtakım teoriler ileri sürmüşlerdir. Menopoz; terim olarak ay ve kesilme anlamına gelen "men" ve "pause" kelimelerinden türetilmiş olup ilk defa 1816 yılında Fransız doktor de Gardanne tarafından "menespausie" olarak kullanılmıştır. Menopozu çeşitli yönleriyle değerlendirip ele alan Gardanne gözlemlerini bir kitapta toplamıştır. O dönemin Avrupa'sında dahi Gardanne'in yayınlarına göre menopoz sadece adet kesilmek olarak değerlendirilmekteydi (6).

Menopoz döneminde olan değişiklikler çeşitli dönemlerde farklı hissedilmesinden dolayı bu dönem eski Yunanca 'da merdiven anlamına gelen "klimakterium" olarak adlandırılmıştır. Bu deyim Avrupa'da 18. yüzyılda kullanılmaya başlanmış olup hem kadın hem de erkekler için kullanılmıştır. Erkeklerin de belirli bir yaşa geldiğinde klimakterium sürecine girdiği kabul edilmiş ve bu sürece girmek kritik bir döneme girişin kabulü anlamına gelmiştir. İngiliz tıbbında ise klimakterium deyimini kadının bir değişim çağına girdiğini anlatmak için kullanılmıştır. Bütün bu gelişmelere rağmen 1840 yılına kadar overler ve menstrüasyon arasındaki fonksiyonel ilişki bilinmemekteydi (6).

Overlerle menstruasyon arasındaki ilişkiyi ilk olarak 1840 yılında Negrier d'Angers gözlemlemiş ve yayınlamıştır. Tilt 1857'de İngilterede 500 klimakterik kadınla yaptığı bir çalışmada bu dönemde kadınların yaşamış oldukları sıkıntıyı ortaya koymuş ve ciddiyetini vurgulamıştır. Kadınları bu sıkıntılardan rahatlatmak için sedatif verilmesini önermiştir. Kadınların menopoz sıkıntılarını gidermek için alkol aldıklarını ve bu durumun kadınlarda alkol bağımlılığı yaptığını öne sürmüştür. Tilt menopoz semptomlarını kandan atılamayan pis maddelerin yaptığına dair teorilere itiraz etmiş, bu sıkıntıların nörolojik değişikliklerden kaynaklandığını ve bu nörolojik değişikliklerin sebebini ise değişen overin nörolojik fonksiyonuna bağlamıştır (6).

Fraenkal, Almanya'da 1903 yılında over fonksiyonların bozulmasıyla östrojenin azalmasına bağlı olarak ateş basması, santral sinir sistemi belirtileri, depresyon, halsizlik, vajinal atrofi gibi bulguları tanımlamıştır. 1923 yılında ise Allen ve Doisy, sağlıklı dişi farelerin foliküllerinden alınan ve adına “ folikülün” dedikleri sıvının kastre farelere verildiğinde, östrojen ürettiğini göstermişler ve bu buluştan sonra overlerle ilgili olmayan menopoz teorileri terk edilmiştir (8).

Allen ve Doisy'nin bu buluşlarından sonra kısa bir süre içerisinde yapılan çalışmalar sonucunda östrojen saflaştırılmış ve ilk olarak 1926 yılında Zondek, Laqueur ve ark. Çalışması ticari östrojen preparatı piyasaya çıkmıştır. 1929 yılında kadınların idrarından elde edilen östrojen hormonu direkt olarak hormon tedavisi için olmasa da kadınların sıkıntılarını hafifletmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. 1932 yılında ise östrojenin kimyasal yapısı bulunmuş olup bu yıllarda kısarak idrarından konjuge östrojenler izole edilmiş, sentetik olarak da östrodiol östronun redüksiyonu ile elde edilmiştir (6).

1936 yılında Albright menopoz döneminde kanda östrojen düzeyinin azaldığından ve gonadotropinlerin ise yükseldiğinden bahsetmiştir. Inholffen yine 1936 yılında etinil östradiolün sentezini gerçekleştirmiştir. Konjuge östrojenler menopozda hormon replasman tedavisi (HRT) amaçlı öncelikle İngiltere, Almanya ve Fransa'da kullanılmaya başlanmış, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kullanma izni 1942 yılında çıkmıştır. Menopoz konusundaki ilk toplantı 1971'de Uluslararası Sağlık Vakfı tarafından Cenevre 'de düzenlenmiştir. İlk uluslararası menopoz kongresi ise Fransa'da La Grande Motte'de toplanmıştır (1976). Bu kongrede bütün dünyadan menopozla ilgili araştırmalar yapan 165 kişi bir araya gelmiş ve bu konunun sistematik ve uluslararası bir standarda getirilmesi tartışılmıştır. Menopoz konusunda ikinci kongre ise Kudüs'te yapılmıştır. Avrupa Menopoz

Derneği ise 1990 yılında kurulmuş olup ilk toplantısını 1990 yılında Nice (Fransa) şehrinde yapmıştır Menopozla ilgili bilimsel araştırmalar ülkemizde 1970’li yıllardan sonra yapılmaya başlanmış ve 1986 yılında Jinekolojik Endokrinoloji Derneği kurulmuştur. Menopozda östrojen tedavisiyle ilgili ilk Türkçe kitap 1973 yılında yayınlanan “Klinikte Menopoz ve Tedavisi” isimli kitaptır. 1992 yılında “Türk Menopoz ve Osteoporoz Derneği” kurulmuş ve yine o yıl eylül ayında ilk ulusal menopoz kongresi düzenlenmiştir. Uluslararası Menopoz Topluluğu (IMS) ve DSÖ 2001 yılında 18 Ekim’i “ Dünya Menopoz Günü” olarak ilan etmiştir (8).

2.4. MENOPOZUN DEMOGRAFİSİ

Menopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların sağlık ihtiyaçları aynı yaş grubundaki erkeklerden ve daha genç yaştaki kadınlardan farklılık göstermekte olup bu farklılıklar sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi durumunda dikkate alınmalıdır. Postmenopozal dönemdeki kadın nüfusunun oranının genel nüfusa oranı ve bu oranın artış hızı postmenopozal dönemin sağlık ihtiyaçları düşünüldüğünde, menopoz konusuna verilen önem ülkeden ülkeye değışiklik göstermektedir. 1990 yılında tüm dünyada 50 yaş ve üzeri yaklaşık olarak 467 milyon kadın olduğu tahmin edilmekte ve bu sayının 2030 yılında artarak 1 milyar 200 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. 1990 yılında postmenopozal kadınların %40’ı gelişmiş ülkelerde, %60’ı ise gelişmekte olan ülkelerde yaşarken 2030 yılında gelişmiş ülkeler de bu oran %24’e düşerken, gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %76’ya çıkması beklenmektedir (9). Yaşam kalitesi göstergelerinden biri olan doğuşta beklenen yaşam süresi ülkemizde kadınlar için artmakta iken gelişmiş ülkelerden düşüktür. Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresi 2016 yılı için kadınlarda: 80,7, erkeklerde ise 75,3 yıldır (5).

Ülkeler arasında farklılıklar olsa da ortalama olarak doğal menopoz yaşı 50’dir. Menopoza girme yaşını göz önünde bulundurursak kadınlar yaşamlarının üçte birini postmenopozal dönemde geçirmektedirler (10).

Menopozal geçiş dönemi östrojen hormon seviyelerinde azalma, folikül uyarıcı (stimulan) hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) seviyelerinde artış ve sonuç olarak progesteron seviyesindeki azalma gibi hormonal dengelerde keskin değışikliklerin olduğu, adetlerin kalıcı olarak kesilmesiyle sonlanan bir dönemdir. Bu hormonal değışiklikler iki - üç yıl gibi bir sürede olup menopozla ilgili mortalitede kısa ve uzun dönem etkilere yol açar. Kanserler ve kardiyovasküler hastalıklar mortalitede en fazla etkili hastalık gruplarıdır (6).

Yapılan çalışmalara göre azalan östrojen seviyesi postmenopozal dönemdeki kadınlarda koroner kalp hastalığı riskini arttırmaktadır. Erken menopoz yaşı tüm nedenlere bağlı ölüm riskini, geç menopoz yaşı ise meme kanseri ve endometriyum kanseri ile ilişkilendirilmiştir (11).

Menopozun uzun dönem semptomlarından biri olan osteoporoz kemik kırıklarına neden olmakta, yaşam kalitesini azaltmakta ve hatta bazen kişinin yaşamı boyunca bakıma muhtaç olmasına neden olmaktadır (12).

1990'lı yıllarda 467 milyon civarında olan postmenopozal kadın sayısının, 40 yıl içerisinde çoğu gelişmekte olan ülkeler olmak üzere giderek artacağı ve bir milyar 200 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (6).

2.5. KÜRESEL ANLAMDA MENOPOZ

Menopoz orta yaş grubundaki tüm kadınlarda görülen fizyolojik bir olay olup, başlangıç belirtileri ise toplumların sosyokültürel, politik ve ekonomik yapılarına, bireylerin sağlık hizmetlerine erişilebilirlik durumu gibi pek çok faktöre bağlı olarak değişir (13).

Son 100 yıl içerisinde menopoza girme yaşının giderek arttığına dair kuvvetli veriler mevcuttur. Avrupa'da ise bu değişikliğin oluştuğunu gösterecek güvenilir veriler yok iken zaman içerisinde menopoza girme yaşında dalgalanmalar olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (13).

Tablo 1: Dünyada menopozun görülme yaşının yıllara göre değişimi (13)

Roma İmparatorluğu.....	<30 yaş
Ortaçağ.....	33 yaş
19. yy	38 yaş
1900	41 yaş
1906	47.3 yaş
1919	47.9 yaş
1976	50.2 yaş
1978	50.4 yaş

Tayvanlı kadınlarda menopoz dönemi için “-kanama gidecek, rüzgar esecek ” anlamına gelen “leod cha pai-lom cha ma” deyimini kullanılmaktadır. Menopozdaki kadının duygu durumu, iyilik hali davranışları ile ilgili olan değişim rüzgarını ifade edilmektedir (14).

Batı toplumlarında menopozun kadın yaşamında iyilik halinin kaybı, eksiklik sendromu gibi olumsuz ifadelerle anılması İtalya, Almanya, Amerika gibi ülkelerde menopoz döneminin yaşlılığın dönüm noktası olarak görülmesi ve daha negatif bir dönem olarak algılanması ile sonuçlanmaktadır (12).

Hindistan ve Güney Pasifik gibi kadının yaşlanmasıyla statü kazandığı ülkelerde menopoz dönemi olumlu olarak algılanmaktadır. Çok daha önceleri “konuşulmayan ıstırap” olarak tanımlanan menopozun daha sonraları sosyokültürel şartlarda değerlendirilecek karmaşık ve olağanüstü bir olay olduğu savunulmaktadır (15).

Menopoz dönemi ile ilgili olan olumsuz görüşlerin yanısıra menstrüasyon sıkıntılarının bittiği, gebelik korkusunun olmadığı “olumlu bir dönem” olarak algılandığını gösteren çalışmalar da vardır. Yaşamı boyunca bütün zamanını eşine, işine ve çocuklarına ayırmış olan kadın postmenopozal dönemde kendine zaman ayırmakta, istediği sosyal etkinliklere katılabilmekte, çeşitli spor ve aktivitelerinde bulunabilmektedir (16).

Ülkemizde ise daha önceleri utanma ya da toplumda yanlış anlaşılma korkusuyla menopoz dönemini gizlice acı çekerek geçiren Türk kadını bu dönemi artık fizyolojik ve birlikte yaşamaya alışılması gereken bir dönem olarak algılamaktadır. Gerek kitlesel iletişim araçları, gerekse sivil toplum ve sağlık örgütlerinin çalışmasıyla her geçen gün kadının menopoz konusundaki bakış açısı değişmekte, bilgisi ve ilgisi artmaktadır (12).

2.6. REPRODÜKTİF YAŞLANMA

Kadının reproduktif çağında üremek için kullanacağı germ hücreleri intrauterin yirminci haftada overlerde oluşmuştur ve sayısı altı-yedi milyon civarındadır. Kadının doğumunda ise primordiyal folikül sayısı iki milyon kadardır. Kadın reproduktif çağına gelene kadar bu foliküllerin sayısı giderek azalır. Reproduktif çağa gelindiğinde yaklaşık 400.000 folikülü olan kadın, yaşamı boyunca bu foliküllerin sadece 400 tanesini ovulasyon amaçlı kullanır ve foliküllerin atrezi hızındaki değişikliğe bağlı olarak da menstrüel siklusların sayısı değişir (1).

Ovulasyonun düzenlenmesi hipotalamustan belirli dalgalanmalarla salınan gonadotropin relasing hormon ile hipofize gelen emirlerle olmaktadır. Hipofiz bezinden

salınan FSH ve LH etkisiyle primordiyal foliküllerden 60-70 tanesi dominant folikül olmak için gelişim gösterir. Ancak herbir menstrüel siklusta bu foliküllerden sadece bir tanesi graff folikülü olmayı başarır ve ovulasyonu sağlar. Ovule olan folikül korpus luteum haline gelirken diğer foliküller ise atreziye uğrarlar (6). Overlerin ovulasyon esnasında FSH ve LH'nin etkisiyle sentezlenen östrodiol, progesteron ve inhibin B “feed-back” mekanizması ile siklus boyunca değişiklik göstererek siklik döngüye katkı sağlarlar. Menopozda olduğu gibi bu “feed-back” mekanizması çalışmazsa düzensiz FSH ve LH sekresyonu olur (17).

2.7. MENOPOZDA KLİNİK ŞEKİLLER

2.7.1.Doğal Menopoz

Klimakterium; overlerin menstrüasyonun kesilmesinden yaklaşık on yıl kadar öncesinden over fonksiyonlarının azalmaya başlamasıyla ve ardından menopoz, ilerleyici doku atrofisi yaşlanmanın ortaya çıkacağı uzun bir geçiş dönemi olarak tanımlanır. Eski yunanca kökenli olup “merdiven basamağı” anlamına gelmektedir. Kadının yaşamındaki reproduktif dönem ve yaşlılık dönemi arasında yer alan ve büyük hormonal değişikliklerin olduğu bir geçiş dönemidir. Overlerde bu dönemde morfolojik ve fonksiyonel değişimler gözlenir. Bu dönemin en belirgin olayı ise 40 - 50 yaş arasında menstrüasyonun kalıcı olarak kesilmesidir (1).

2.7.1.1.Premenopoz: Klimakteriumun ilk fazıdır. Bu dönemde menstrual siklusun düzeni bozulmuş ve fertilité şansı azalmıştır. Düzensiz menstrüel sikluslar birkaç aydan birkaç yıla kadar sürebilmektedir. DSÖ'nün kabul ettiği tanıma göre menopozdan 2-6 yıl kadar önceki devre olan bu dönemde bazı semptomlar ortaya çıkabilmektedir (vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı emosyonel rahatsızlıklar vb.) (1).

Primordiyal folikülerin çoğu tükendiği için overlerin fonksiyonunu bu dönemde giderek azalmıştır ve artık siklik olaylar olmamaktadır. Östrojen ve progesteron oluşumu azaldığı için ilk planda bu dönemde siklus bozuklukları ortaya çıkmaktadır (1).

2.7.1.2.Perimenopoz: Kanda östrojen düzeyinin azalmasıyla birlikte over fonksiyonlarının FSH 'ın yükselmesiyle karakterize olan bu dönem yaklaşık üç - beş yıl sürer. Bu dönemde ovulasyon düzeninin bozulmasına bağlı olarak kanama düzeni de bozulur (18).

2.7.1.3.Menopoz: overler yeterli östrojen üretemeyip endometriyum yeterli oranda stimüle olamadığı anda menstrüasyon kesilir (18). Son mestruel siklusun görüldüğü zamana menopoz denilmektedir. Tanı retrospektif olarak konulur. Bir kadının menopoza girdiğini söyleyebilmek için son menstrüel siklustan sonra bir yıl menstrüasyon kanaması olmaması gerekir. Bu süre medikal tedavilerden ya da bazı dış etkenlerden etkilenebilmektedir. Bazı kadınlarda menopoz, premenopozal menstrüel kanama düzeninde hiçbir değişiklik olmadan aniden gerçekleşebilmektedir. Pekçok kadında daha hafif, daha kısa ve daha seyrek menstrüel periotlar izlenebilmektedir (19).

2.7.1.4.Postmenopoz: Fertilitenin sonlandığı, overlerin sentezlediği hormonların azalmaya bağlı menopozal semptomların görüldüğü menopozu izleyen altı-sekiz yıllık dönemi içine almaktadır. Kadınların hayatına bu dönemde farklı stresörlerin girmesi, aile içinde meydana gelen problemler, çocukların ev, iş, evlilik gibi nedenlerle evden ayrılmaları v.b. durumlar kadınların menopozal semptomlarla başa çıkmasını etkilemektedir (1).

Reprodüktif yaşlanmanın belirti ve bulguları ırk, etnik köken, kültür, coğrafi bölge ve sosyoekonomik düzey gibi faktörlerden etkilenmesi nedeniyle doğal yolla menopoza giren kadınlar için Stages of Reproductive Aging Workshop - Üreme Yaşlanması Çalıştayının Evreleme sistemi geliştirilmiştir (tablo 2) (1, 20).

Bu evreleme sisteminde son menstrüasyon referans noktası olarak kabul edilir. Menopozal geçiş evre-2 ve evre-1 olmak üzere ikiye ayrılır. Bu geçiş evresi hormonal değişiklikler ve siklus düzensizlikleri ile karakterizedir. Menopozal geçiş evresi hormonal olarak FSH düzeyindeki artış ve siklus uzunluğunda değişikliklerle başlar ve son menstrüel kanama ile biter. Perimenopoz evre -2 ile başlar ve son menstrüel siklustan sonra 12 ay devam eder. Postmenopozal dönem ise erken (evre +1) ve geç (evre+2) olmak üzere ikiye ayrılır. Postmenopozun erken dönemi son adetten sonraki ilk beş yılı içine alır. Bu dönemde over hormonlarında kayıp ileri boyuttadır ve kemik yoğunluğunda çok hızlı bir azalma olur. Evre +1 son adetten sonraki ilk bir yıl ve daha sonraki dört yıl olmak üzere ikiye ayrılır. Evre+2 geç postmenopozal dönem ise ölüme kadar sürer (tablo2) (1, 20).

Tablo 2: STRAW Evreleme Sistemi

EVRE	-5	-4	-3	-2	-1	1	2
TERMİNOLOJİ	ÜREME ÇAĞI			MENOPOZA GEÇİŞ		POSTMENOPOZ	
				PERİMENOPOZ		5 YIL	
	ERKEN	TEPE	GEÇ	ERKEN	GEÇ	ERKEN	GEÇ
					VAZOMOTOR SEMPTOMLAR		
FSH	N		↑	↑			↑
MENSTRÜEL SIKLUS	DÜZENLİYE DOĞRU	DÜZENLİ		DEĞİŞKEN SÜRELİ SIKLUSLAR	ARADA AMENORENİN OLDUĞU 2 VE DAHA FAZLA SIKLUS	YOK	

2.7.1.5. Menopoz Döneminde Meydana Gelen Hormonal Değişimler

2.7.1.5.1. Östrojen: Kadınlık hormonu olan östrojen kadın vücudunun şekillenmesinde ve üreme fonksiyonunun devamlılığının sağlanmasında en önemli rolü oynamaktadır (19).

Endometriumda glandlar ve stroma üzerinde ve miyometriyum üzerindeki uyarıcı etkisi yanında vajinal ve üretral epitelde de proliferatif ve uyarıcı etkisi bulunmaktadır. Genital sistemde östrojen etkisiyle genel olarak bir kanlanma artışı olmakta ve böylece servikal bezlerde de sekresyon artışı olmaktadır. Östrojen aynı zamanda progesteron ve LH'ın reseptör sentezini de arttırmaktadır (19).

Puberte döneminde sekonder seks karakterlerinin gelişimini ve meme dokusunda da duktal sistemin gelişimini uyarmaktadır. Östrojenin kas ve iskelet sistemi üzerine de etkileri vardır. İskelet sisteminin hem büyümesini sağlamakta hem de korumaktadır. High density lipoprotein (HDL) sentezini uyarıp, low density lipoprotein (LDL) sentezini baskılayarak kalp ve damar sistemi üzerinde de koruyucu etkisi vardır (19) .

Östrojen safra tuzları ve prolaktin sentezini artırırken, vazomotor semptomları ve gonadotropin sekresyonunu baskılamaktadır. Östrojen beyin üzerine de etkilidir. Bazı çalışmalarda östrojenin yerine koyma tedavisinin beyin çalışmasına ve hafızanın geliştirilmesinde etkili olduğu gözlenmiştir (19).

Premenopozal dönemde östrojenin %90'ı overlerden sentezlenirken %10'luk kısmı ise böbreküstü bezi, karaciğer, böbrekler ve adipoz dokudan sentezlenmektedir. Adipoz dokudan da az miktarda östrojen sentezinin olması şişman kadınların menopoz semptomlarını daha hafif atlatmalarını sağlamaktadır (19).

Menopozla birlikte östrojenin faydalı etkileri salınımının düşmesiyle azalmaktadır. Menopozla birlikte olan östrojen üretimindeki azalma perimenopoz dönemindeki azalmadan da hızlı olmaktadır. Rezidüe östrodiol dolaylı olarak adrenal bez tarafından üretilmektedir. Bu dönemde majör hormon olan östron, testosteron periferik dokuda östrodiol'e dönüştürülür. Östron seviyesi sabahları pik yapıp akşamları en düşük seviyeye ulaşan bir diurnal ritme sahiptir. Yine bu dönemde östron üretiminin çoğunluğu periferik dokuda androstenedionun aromatisasyonu ile olmaktadır (19).

2.7.1.5.2. Progesteron: Overlerde korpus luteumdan salgılanmaktadır. Uterusun endometrium tabakasını fertilize olmuş ovum için hazırlanmasında, laktasyonda ve devamının sağlanmasında, üreme fonksiyonlarının korunmasında görevlidir. Menopozal dönemde ilk olarak azalmaya başlayan hormon progesterondur. Eksikliğinde meno-metroraji, mastodini, ödem, vücut ağırlığında artış ve psikovejetatif semptomlar da oluşmaktadır. Reprodüktif dönemde progesteron sentezi korpus luteumdan olduğu için postmenopozal dönemde progesteron seviyesi foliküler dönemdeki seviyenin %30 kadarıdır. Adrenal bez postmenopozal dönemde progesteronun yalnız küçük bir kısmının kaynağıdır (19).

2.7.1.5.3. Androjenler: Androstenedion overden foliküllerden salınan başlıca androjendir. Menopoz sonrası dönemde folikül gelişimi olmadığı için androstenedion sentezi %50 azalmaktadır. Androstenedion seviyesinde menopozdan sonra diurnal ritm gözlenmektedir (adrenal bez aktivitelerini takiben). Menopoz sonrası over androstenedionun yalnızca %20'sini sentezlemektedir. Postmenopozal dönemde testosteron üretimi 1/3'ten daha azına inmektedir. Diurnal ritm belirgindir. Yine bu dönemde sentezin büyük bir kısmı overlerde olmaktadır. Bu devam eden testosteron üretimi, östrojen salınımı da zamanla azaldığı için hafif bir kıllanma artışına sebep olmaktadır. Testosteron kadın için önemli bir androjen olup libido üzerine doğrudan pozitif etkisi vardır. Yine aynı zamanda ruhsal durum,

otorite kurmak, enerji dolu hissetmek ve iyilik hali gibi durumlar üzerine de etkilidir. Östrojen sentezinde prekürsör olarak kullanılmakta ve direkt olarak vazomotor bir etkiye sahiptir. Bu durum vajinal kanlanma ve lubrikasyon için çok önemlidir. Menopozal dönemde testosteronun bu pozitif etkileri de azalacaktır. Bunun sonucu olarak da kadında libidoda azalma, vajinal lubrikasyonda azalma ve buna bağlı dispareni, kendini yorgun hissetme, halsizlik v.b. semptomlar görülür (19).

2.7.1.5.4. Gonadotropinler: Menopozdan sonra LH ve FSH seviyelerinde çok belirgin bir artış oluşacaktır. Reprodüktif dönemde seviyeleri 4-30 mIU/ml 'dir. Ancak reprodüktif dönemde kısa bir süre için FSH>30 mIU/ml'ye, LH>100 mIU/ml'ye yükselir. Menopoz sonrası dönemde her iki hormonun seviyesinde >100 mIU/ml'dir. Postmenopozal dönemde FSH, LH'a göre daha erken ve daha hızlı yükselmektedir. Her iki hormonda bir –iki saatte bir hipotaamustan salınan gonadotropin releasing hormona (GnRH) yanıt olarak pulsatil bir şekilde salınır (19).

2.7.2.Cerrahi Menopoz

Doğal menopozdan önce overlerin histerektomi ya da fallop tüpleriyle birlikte Bilateral Salphingo Ooferektomi (BSO) ile çıkarılması sonucu olan menopozdur. Genellikle overler ve uterus beraber çıkartılır. Menopoz semptomları doğal menopoza göre daha şiddetli seyretmektedir. Çünkü doğal menopozda overlerin fonksiyonları yavaş yavaş azalırken vücut da buna adapte olmaktadır. Ooferektomi ve histerektomi sonrası menopoza girenlerde medikal tedavi operasyondan 15-20 gün sonra başlanmalıdır (21).

Cerrahi menopoz histerektomi ameliyatı olan kadınlarda menopoz ve histerektomi ve ooferektomi ameliyatı geçiren kadınlarda menopoz olmak üzere ikiye ayrılır.

2.7.2.1. Histerektomi Ameliyatı Yapılan Kadınlarda Menopoz: Bu kadınlarlarda overin kanlanması akut olarak bozulmadığı için over fonksiyonlarında azalma yavaş yavaş meydana gelir. Kan östrojen düzeyi 12 ay boyunca yavaş yavaş düşer. Overlerin operasyon esnasında beslenememesinin over histolojisinde birtakım değişiklikler meydana getirdiğinden bahsedilmektedir. Kan hormon düzeyi doğal yolla menopoza giren kadındaki düzeye erişmesi 2-5 yılı bulmakta hatta bazen bu süre daha da uzayabilmektedir (21).

2.7.2.2. Histerektomi ve Ooforektomi Ameliyatı Yapılan Kadınlarda Menopoz: BSO operasyonu geçiren kadınlarda kan östrojen düzeyinde 24 saat içerisinde %80 civarında bir düşüş izlenir. Overin bağ dokusunda yapılmakta olan androjen seviyesinde

hızlı bir düşüş olur ve bu düzey premenopoz dönemindeki kadının androjen seviyesinin %30'udur. Çünkü doğal menopoza giren kadında overler bir iç salgı bezi fonksiyonuna devam eder ve testosteronunun %50'sini, androstenedionun da %30'unu sentezlemeye devam eder. BSO ameliyatı sonrası menopoza giren kadınlarda süreç çok daha hızlı ve şiddetlidir. Cerrahi menopozda overin muhafaza edildiği durumlarda menopozun erken ve geç semptomları overi çıkarılanlara göre daha geç ve daha yavaş oluşmaktadır (21).

2.7.3. Erken Menopoz

Son menstrüasyonun 40 yaşından önce gerçekleşmesi durumudur ve bu duruma “prematür menopoz” adı verilir. Eğer bu durum 30 yaşından önce meydana geldiyse “Prematür Ovaryen Yetmezlik” adı verilir. Overlerin fonksiyonunun çok erken yaşta azalması psikolojik ve fizyolojik yönden pek çok problemi beraberinde getirmektedir. Prematür menopoz olan hastaların %40'ında genetik nedenler %5'inde kalıtsal eğilim gösteren aile öyküsü mevcuttur (21).

2.8. MENOPOZ DÖNEMİNDE GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

Klimakterik dönemde overlerde östrojen üretimin zamanla azalmasına bağlı olarak bu döneme özgü bazı değişiklikler ve semptomlar ortaya çıkacaktır. Östrojen hormonundaki ani azalmaya bağlı olarak östrojen reseptörü içeren pelvik ve ekstrapelvik dokularda bazı fonksiyonel, metabolik ve organik değişimler zamanla meydana gelecektir (1). Bu değişikliklerde kadında zamanla problemler yaşatacaktır. Klimakterik dönemdeki kadınlarda yaşanan problemler özetlenecek olunur ise;

- 1- Menstrüel kanama paterninin bozulması (hipermenore, hipomenore, anovulasyon ve beraberinde fertilitide azalma, amenore, menometroraji)
- 2- Vazomotor semptomların oluşması (sıkıntı hissi, sıcak basması, terleme gibi...)
- 3- Psikolojik semptomların görülmesi (gerginlik, depresyon, anksiyete ve irritabilite gibi...)
- 4- Atrofik değişiklikler (vulva ve vajinadaki atrofilere bağlı olarak olan kaşıntı, disparoni, alt üriner sistem atrofisi, idrar inkontinansı, pollaküri, aseptik üretrit ve sistit)
- 5- Uzun dönemde östrojen eksikliğine bağlı oluşan kalıcı sistem değişiklikleri (kardiyovasküler sistem ve kemik dokusuna ait değişimler)

6- - Nörolojik sistem değişiklikleri (Alzheimer, Demans gibi...) (1).

Tablo 3: Menopoza bağlı ortaya çıkan kısa ve uzun dönem semptom ve diğer semptomlar (1)

1. Östrojen eksikliğinin kısa dönem etkileri
➤ Vazomotor semptomlar
➤ Psikolojik semptomlar
➤ Üriner semptomlar
➤ Vulvo-vajinal semptomlar
2. Östrojen eksikliğinin uzun dönem etkileri
➤ Osteoporoz
➤ Kardiyovasküler Hastalık
➤ Demans
➤ Meme kanseri

Klimakterik dönemde yaşanmaya başlayan bu değişiklikler kadının yaşam kalitesini ve tarzını etkileyen problemleri de beraberinde getirmektedir. Östrojen hormonunun azalmasına bağlı meydana gelecek olan bu değişiklikler erken (kısa süreli sorunlar) ve geç dönem (uzun süreli sorunlar) olmak üzere iki kısımda incelenir. Kısa süreli sorunlar premenopozal dönemdeki sorunları, uzun süreli sorunlar postmenopozal dönem sorunları kapsamaktadır (1).

Tablo 4: Menopozdaki belirtiler, görülme yılları ve oranları(21)

Görülme yılı	Belirti	Oran (%)
-2;+5	Vazomotor belirtiler	60-70
+1;+2	Psikolojik belirtiler	60-70
+5	Vajinal ve üriner atrofi	Yaşlandıkça artar.
+5	Üriner inkontinans	57-60
+5	Deri değişiklikleri	20-30
+7	Osteoporoz	25-35
+10	Ateroskleroz	Yaşlandıkça artar.
+20	Alzheimer hastalığı	Yaşlandıkça artar.

2.8.1. VAZOMOTOR SEMPTOMLAR

Perimenopozal dönemde vazomotor semptomlar kendini daha çok sıcak basması ve gece terlemesi şeklinde gösterir. Menopoz dönemindeki kadınların yarısından fazlasında görülmektedir. Sıcak basması genellikle yüzde ve göğüsün üst kısmında odaklanıp kısa bir sürede tüm vücuda yayılan ani sıcaklama hissidir. Yüzde ve boyunda olan kızarma eşlik eder. Yaklaşık olarak 5-10 dakika sürer. Sıklığı ise değişkendir. Günde birkaç kez olabileceği gibi bir iki günde bir gibi seyrek veya bir saatte birkaç kez gibi sık aralıklarla da olabilir. Periferik vücut ısı 0.3-0.9 derece artmıştır. Kalp atım hızı 15-20 atım artmıştır. Beraberinde bulantı, çarpıntı, baş ağrısı olabilir. Hem gece hem de gündüz olabilen bu şikayetler kadının yaşam kalitesini ve uyku düzenini olumsuz etkiler (6).

Sıcak basması şikayeti erken menopoz ve cerrahi menopozlu kadınlarda, radyoterapi, kemoterapi yada ilaçla (GnRH agonistleri gibi) girilen menopozlarda daha şiddetli seyretmektedir (1).

Vazomotor semptomların nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte östrojen eksikliği nedeniyle hipotalamustaki termoregülasyon disfonksiyonunun neden olduğu düşünülmektedir. Başka bir mekanizmaya göre östrojen santral opioid aktiviteyi arttırdığı için östrojen eksikliğinde santral opioid aktivite azalır veya olmaz. Vazomotor semptomlar da buna bağlı gelişmektedir. Vazomotor semptomların sıklığı LH pulse salınım sıklığı ile beraberlik gösterir. Prevalansı ise tahmini olarak; premenopozal dönemde %14-51, perimenopozal dönemde %35-50, postmenopozal dönemde ise %30-80 dir. Vazomotor semptomlar %50-75 kadında menopoz sonrası 5 yıl içerisinde kendini sınırlayarak azalır. %9 luk bir kısımda ise 70 yaşına kadar devam etmektedir (6). Sıcak basmaları 6 ay içinde sonlanabileceği gibi 30 yıla kadar da sürebilir (21).

Voda sıcak basmasını üçe ayırarak derecelendirmiştir:

Orta sıcak basması: Hızlı bir şekilde yayılan ılıklik duygusudur ve beraberinde deride nemlenme vardır.

Ciddi sıcak basması: Isınma duygusu daha güçlüdür. Beraberinde bol terleme ve kızarıklık vardır.

Çok ciddi sıcak basması: Şiddetli ve çok yoğun bir ısınma duygusu, beraberinde bol terleme ve kızarıklık vardır. Bu şikayetler kadının günlük aktivitelerini etkileyecek düzeydedir (19).

Tüm menopozal semptomların giderilmesinde olduğu gibi sıcak basması için de egzersiz önerilmektedir. Günlük çok yorucu olmayan egzersizler sıcak basması ve gece terlemelerini azaltırken çok ağır egzersizler sıcak basması şikayetini tetikleyebiliyor (21).

Sıcak basmasına neden olan faktörler:

Sıcak, nemli hava

Kapalı, sınırlı alanlar

Kafein veya alkol

Hazır gıdalar

Stres

Sıcak basması şikayetini azaltan faktörler:

Serin odada uyumak

Pamuklu kıyafetler

Soğuk su ya da meyve suyu

Cildin nefes almasına izin verecek yatak örtüleri

Doğal beslenmek (21).

2.8.2. PSİKOLOJİK SEMPTOMLAR

Menopoz tek başına bir psikiyatrik hastalık sebebi olmasa da, menopozdan 2-3 yıl önce başlayan anksiyete, depresyon, uykusuzluk, libido kaybı, emosyonel labilite, gerginlik, yaşamdan zevk alamama gibi psikolojik semptomlar kültürler arası fark gösterse de, kadınlarda gereksiz antidepressan kullanımı ile sonuçlanabilir (6).

2.8.3. ÜRİNER SEMPTOMLAR

Postmenopozal dönemde düşük östrojen seviyeleri, Alt üriner sistemin mukozasında, bağ ve kas dokularında, vasküler yapılarında atrofiye neden olacak bunun

sonucunda üretral epitelin yüzeyel ve orta tabakasında atrofi, esneklik kaybı, irritasyon stres acil inkontinans ve üretrit gelişecektir (21). Mukozadaki atrofi ve vajinada pH'nın artması sonucunda bu dönemde idrar yolu enfeksiyonu da daha sık görülmektedir (6).

2.8.4. GENİTAL DEĞİŞİKLİKLER VE SEMPTOMLAR

Menopoz sonrası dönemde ürogenital yaşlanma yıllarca sürer. Atrofiye olan vajen ve vulvada yağ dokusu miktarının giderek azalmasıyla sıvı miktarı azalır, kuruluk ve vajen duvarı epitelinde incelme oluşur. Vajen duvarındaki incelme vajinanın çok kolay travmatize olmasına bu da kanamalara neden olabilir (1).

Östrojen hormonun yetersizliğine bağlı olarak vajinal Ph artar ve patojen bakterilerin üremesi için daha uygun bir ortam oluşur buna bağlı olarak daha sık vajinit görülür (1).

2.8.5. SAÇ VE DERİDEKİ DEĞİŞİKLİKLERİ

Menopoz döneminin başlamasıyla beraber hücresel düzeyde değişiklikler meydana gelmeye başlar. Deride genel anlamda incelme ve elastikiyet kaybı vardır. Menopozdan sonraki ilk beş yılda kollajen kaybı %30'dur. Özellikle yüzde, boyunda ve ellerdeki görünüm tipiktir. Göz ve ağız etrafında karakteristik deri değişiklikleri olacaktır. Özellikle el derisindeki değişiklikler oldukça kolay farkedilir. Menopoz sonrası dönemde yüzdeki deride elastikiyet kaybının ve kollajen dokudaki azalmanın yavaşladığı görülür. Yine bu dönemde adrenokortikal aktivitenin artması ve östrojen hormonunun azalması ile çene, dudak üstü, göğüs ve karında kalın tüyler çıkmaktayken saçlar, koltuk altı ve pubik kıllarda azalma olacaktır. Ciltte menopozal dönemde hiperpigmentasyon ya da depigmentasyon sıkça rastlanan lezyonlardır. Dış görünümdeki bu değişimler bazen orta yaş kadınının stres faktörlerinden biri olabilir (21).

2.8.6. SİNDİRİM SİSTEMİ DEĞİŞİKLİĞİ

Östrojen hormonunun azalmasıyla birlikte ağızda kuruluk, diş eti hastalıkları, kötü tat meydana gelebilir. Kolonda spazmla beraber konstipasyon veya diyare, distansiyon olabilir. Hemoroid ve iştah artışı da görülebilir (22).

2.8.7. CİNSEL YAŞAM DEĞİŞİKLİĞİ

Kadın menopoza girdiğinde diğer sistemlerde olduğu gibi cinsel yaşamda da disfonksiyon görülür. Overlerin işlevlerinin yavaşlamasıyla kan östrojen, progesteron ve testosteron düzeyi de düşecektir. Bütün bu değişimlerin sonucu olarak libido kaybı ve orgazm problemleri olması kaçınılmazdır. Duyarlı bölgeler olan meme başı ve klitoris gibi bölgeler daha zor uyarılacaktır. Vajinal kuruluğa bağlı disparoni, östrojen hormonundaki azalmayla beraber olan vajinal lubrikasyonda azalma, pudental nöropati gibi sorunlar da cinsel istekte azalma yapacaktır. Menopoz sonrası dönemde pubokoksigeal kasın istemsiz olarak kasılması sonucunda vajinismus ve ağrılı cinsel birleşme olabilmektedir. Menopoz döneminin diğer bir problem olan üriner inkontinans da istemli olarak cinsel ilişki sıklığının azaltılmasının bir sebebidir. Bütün bunların bir sonucu olarak menopoz dönemi cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir (23, 7).

2.8.8. KARDİOVASKÜLER SİSTEM DEĞİŞİKLİĞİ

Kardiyovasküler Hastalık (KVH) kadın cinsiyetinde daha az görülmesine rağmen Türkiye’de ve dünyada her iki cinsiyet için de en sık ölüm nedenidir. 50 yaş altında erkekler için KVH riski daha fazla iken 50 yaş üzerinde her iki cinsiyet için de eşit risk vardır. Menopoz öncesi dönemde aynı yaş grubu için erkeklerde kadınlara göre 2.5-4.5 kat daha fazla risk vardır. 55 yaşını aşmış bir kadında ise koroner damar hastalığı riski 35-54 yaş grubu arasındaki kadınlara göre neredeyse on kat fazladır (6).

Postmenopozal dönemde kardiyovasküler hastalıkların (KVH) görülme oranı oldukça yüksek olup erkeklerde olduğu kadar önem taşımaktadır. KVH risk faktörlerinin düzeltilmesi bu dönemde oldukça önemlidir. Postmenopozal dönemde HRT kullanımı, KVH birincil ve ikincil korumasında kullanılması önerilmemektedir (6).

2.8.9. KAS İSKELET SİSTEMİ DEĞİŞİKLİKLERİ VE OSTEOPOROZ

Osteoporoz, kronik bir hastalık olup; kemik dokusunun hacim, yoğunluk ve kalitesinin azalarak kırığa karşı daha hassas olduğu bir tablodur. Kemik kütlesi veya dansitesinde azalma olarak da tanımlanır ve kemik esnekliğini kaybetmiş olup daha kırılgandır (11).

Menopoz döneminde kemik yoğunluğunda hızlı bir düşüş olur ve yıllık kaybın oranının %3-5 olduğu beş-yedi yıllık olduğu bir dönem vardır. Kadın böylelikle kemik kütlesinin %15 kadarını birkaç yıl içerisinde kaybetmiş olur. Bu kayıp daha sonraki yıllarda ivmesi azalarak devam edecektir (6).

Menopozal osteoporoz, östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Östrojen eksikliği sonucu serum sitokin seviyesi artmakta ve bu da trabeküler kemikte osteoklast öncül hücrelerinin hassasiyetini artırarak kemik yıkımının artmasına sebep olurlar. Ön kol distali ve vertebral kemik gibi trabeküler kemiğin yoğun olduğu kemiklerde kırıklar fazla görülür (6).

2.8.10. UYKU BOZUKLUĞU

Menopozal geçiş dönemindeki uyku bozukluklarının en sık sebebi sıcak basmaları olup, çoğunlukla uyku bozukluğuna neden olan faktörler menopoza özgü değildir. Depresyon ve kronik hastalıklar da uyku kalitesini bozabilir. Uyku esnasında sık sık uyanma gün içinde olan yorgunluk, irritabilite, konsantrasyon bozukluğu, depresif duygu durumu ve anksiyete gibi psikolojik semptomlara neden olabilir. Vazomotor semptomlara bağlı olan uyku bozuklukları HRT'den fayda görürler. Uyku bozukluğunun yönetiminde uyku hijyeninin sağlanması (akşam yemeğinin ağır olmasından kaçınma, alkol ve sıvı alımının kısıtlanması, gevşeme egzersizleri, uyumadan önce süt ve yoğurt gibi triptofan içeren gıdaların alınması, yatak odasında uyuma, karanlık ortamın sağlanması gibi.) ve davranış terapileri uyku bozukluklarının yönetiminde ilk adımdır (6).

2.8.11. DEMANS

Östrojen hormonu beynin farklı bölgelerinde farklı etkiye sahiptir. Parietal, frontal oksipital bölge nöronları kognitif fonksiyonlar ile ilgilidir. Temporal bölge nöronları ise nöron aktivitesini azaltarak kontrol edici özellik gösterirler. Östrojen kognitif fonksiyon bölgelerinde nörotrofik etki gösterirler. En fazla oksipital beyin bölgesinde bu etkiyi gösterir ve bu bölge Alzheimer Hastalığı ile yakından ilgilidir. Bu hastalıkta en geç oksipital korteks etkilenmekte, en erken ise temporal lop etkilenmektedir. Demans olayı ise nöral hasar ve nöral onarım cevabı arasındaki balans ölçüsünde gelişmektedir. Östrojen tedavisi nöral onarımı artırarak demansta iyileşme sağlar (1). Asemptomatik kadınlarda östrojenin kognitif fonksiyonlar üzerine fayda sağladığına dair kanıt gösterilememiştir. Östrojenin Alzheimer

hastalığının gelişimini önleme veya geciktirme amacıyla kullanımında etkili olduğuna dair bilgiler kanıtlar yoktur (1).

2.8.12. SOSYAL VE KÜLTÜREL DEĞİŞİKLİKLER

Menopoz bir kadın için pekçok değişikliğin yaşanmış olduğu bir dönüm noktasıdır. Kadına yüklenen cinsiyet rollerinde özellikle menopozdan sonra bazı değişiklikler göze çarpmaktadır. Menopozun kadınlık işlevinin kaybı olarak değerlendirildiği toplumlarda kadınlarda daha çok kaygı yaratırken, bazı kültürlerde de daha fazla özgürlük tanınmıştır. Kültürel yapı ile menopoz semptomları ve menopozla karşı yaklaşım arasında sıkı bir ilişki vardır (24).

Antropolog Mary Cathrine Bateson'a göre kadına menopozdan sonra daha fazla özgürlük sunulmaktadır. Kadın artık kocasının utanç duyacağı bir cinsellik nesnesi olarak görülmemektedir. Örneğin çingene kadınları menopoz sonrası dönemde erkeklerle beraber sigara içip yemek yiyebilir, daha önceden yasak olan şeyleri yapabilirler. Pek çok kültürde buna benzer durumlar artık kadının cinselliğinin bittiğinin altını çizmektedir (24).

2.8.13. MEME KANSERİ

Kadınlarda akciğer kanserinden sonra kanser nedeniyle olan ölümler arasında ikinci sırada yer almaktadır ve kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Meme kanseri insidansı 100.000 kadında 109.6'dır. Yani her sekiz kadından biri meme kanseri olma ihtimali taşımaktadır (25).

2.9. MENOPOZDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Klimakterik ve postmenopozal dönemdeki kadının tedavisinde ilk amaç eksik olan hormonun takviyesidir. Genellikle östrojen hormonu tercih edilir. Etkinliği daha geniş olup, maliyet olarak ucuz ve kolay elde edilebilir olması üstünlüklerinin arasındadır. Östrojen hormonunun kontraendike olduğu durumlarda alternatif tedavi yöntemlerinin kullanılabilmekte olup klimakterium tedavisi iki ana başlık altında incelenebilir (26).

1. Hormon Tedavisi

2. Diğer Tedavi Yöntemleri

HRT Kullanım Endikasyonları (26):

- Hipogonadizm
- Prematür menopoz
- Klimakterik semptomlar
- Osteoporoz
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Östrojen yetersizliğine bağlı hastalıklar
- Amenoreler

HRT'nin Kesin Kontraendikasyonları (27):

- Gebelik
- Tanı konulmamış uterin kanama
- Aktif tromboflebit
- Karaciğer ve safra esesi hastalığı
- Akut myokard enfarktüsü

2.10. MENOPOZ VE SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kişinin yaşamının ait olduğu kültür ve değer sistemleri dâhilinde hayatındaki amaçları, beklentileri dâhilinde, yaşamdaki pozisyonunu algılamasıdır. Yaşam kalitesi fiziksel sağlıktan, psikolojik durumundan, inançlar ve sosyal ilişkilerden etkilenen karmaşık bir kavramdır. Kişinin sağlık durumunun ve tedavinin değerlendirilmesinde oldukça önemlidir. Ancak farklı kişilerde farklı şeyleri ifade ettiğinden net bir tanım yapmak oldukça güçtür. Hastalığın olmaması değil; fiziksel, sosyal ve mental açıdan tam bir iyilik halidir (28).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Birbirleriyle oldukça yakından ilişkili kavramlardır. Bu iki kavramın farklı incelenmesiyle ilgili görüşler olmasına rağmen tam aksi görüşler de mevcuttur. Örneğin; gelir düzeyi, sosyal olanaklar, çevre koşulları, kişisel inançlar gibi kavramlar kişinin yaşam kalitesi içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek bizleri yanıltır.

Bu faktörlerin çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir aynı zamanda. Bu kavramlara verilen önem insandan insana farklılık göstermektedir. Örneğin sağlık durumu çok iyi olan birisi için yaşam kalitesi bileşenleri (inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, fiziksel koşullar, okul, güvenlik, sosyal statü v.b.) önemli iken kronik bir hastalığı olan kişi için daha önemlidir (6).

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte orta ve ileri yaş gruplarında ortaya çıkan kronik hastalıklar önem kazanmıştır. Menopozal dönemde sağlık bakımını yeterli alamayan kadınlarda ilerleyen yıllarda kronik hastalıklar gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Kadınlar yaşamlarının yaklaşık olarak üçte birini menopozal dönemde geçirdiklerinden dolayı bu dönemdeki uygun sağlık bakımı büyük bir önem taşımaktadır (6).

Menopozal dönemdeki yaşam kalitesi ise kadının, menopoz ile birlikte meydana gelen değişiklikler ve sorunlar ile ne derece baş edebildiği ve bu geçiş döneminde yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu ile ilgilidir (6).

Menopoz bir hastalık değil hayatta bir geçiş dönemi olan doğal bir süreçtir. Böyle olmasına rağmen kadın hayatına bazı sorunlar da getirecektir. Bu yüzden menopoz döneminde yaşam kalitesini etkileyen değişiklikler incelenirken bunlar da dikkate alınmalıdır. Kadınların bazılarının bu dönemde daha hassas oldukları gösterilmiştir. VKİ yüksek olan, duygusal olarak hassas olan ve kötü yaşam deneyimleri olan kadınlar bu dönemde yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi açısından yüksek risklidir. Bu dönemde yaşam kalitesini etkileyen faktörler bilinmesine rağmen bunlardan hangisinin menopoza özgü olduğu net değildir. Perimenopozal ve postmenopozal dönemde olan sıcak basmaları ve terlemeler uykusuzluğa, yorgunluğa ve gerginliğe sebep olabilir. Menopozun ilerleyen yıllarında ortaya çıkan kardiyovasküler sorunlar, osteoporoz, osteoporotik kırıklar ürogenital semptomlar yaşam kalitesini kötü etkiler (29). Perimenopoz sadece hormonal değişim demek değildir. Aynı zamanda kadının yaşamında aile ve kişisel ilişkilerde, iş yaşamında, benlik algısında da değişimlerin gözlemlendiği bir dönemdir. Hangi değişimlerin yaşam kalitesini etkilediğini, hangi olayların sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olduğunu anlamak menopoz dönemindeki kadına yardımcı olabilmek için önemlidir (30).

2.11. AİLE HEKİMLİĞİNDE MENOPOZ YÖNETİMİ

Çoğu toplumlarda menopoza genellikle olumsuz olarak algılanır. Kadında üreme fonksiyonlarının kaybolmuş olması genellikle üzüntüye sebep olur. Yaşamında önemli değişikliklerin olduğu bu dönemde kadınlığını kaybetmiş olarak hissedebilir. Diğer uzmanlık dalları menopoza bir endokrinopati, östrojen hormonunun azaldığı bir hastalık olarak görse de menopoza bir hastalık değil kadının yaşamında karşılaşacağı doğal bir süreçtir (6).

Menopoz biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirilmelidir. Tutum, inanış ve psikososyal stresörler gibi değişkenlerin nicel ölçümleri menopoz esnasındaki semptomların şiddeti ve duygu durumu ile alakalıdır. “İncinebilirlik modeli” ne göre orta yaş kadınlar menopozdan önce olan hormon değişiklikleri nedeniyle strese karşı oldukça hassastırlar. Kadınlar için bu dönem pek çok açıdan değişimlerin yaşanmış olduğu oldukça önemli bir dönemdir. Örneğin; ebeveynlerin ölümü, çocukların evlenmesi, ayrılık, yaşlanma, kronik hastalıklar, çocukların ergenlik sorunları gibi olaylar kadının yaşamını bu dönemde etkileyecektir. Sonuç olarak sosyal, kültürel, ekonomik ve sağlık bakımını etkileyen bu değişimlerin bir kısmı menopozla ilişkilendirilmiştir. Bütün bunların sonucunda menopoza yönelik sağlık hizmeti veren birimlerde daha çok sağlık sorunları, yaşam olayları ve depresif duygu durumuyla karşılaşılır (6).

Menopoz döneminde kadınların sağlık bakımı açısından aile hekimlerinin rolü oldukça önemlidir. Kadının bu dönemde belirsizlik yaşayıp hissetmemesi için bu dönemde menopozla ilgili olan değişiklikler ve semptomlar kadına anlatılmalıdır. Her hasta kendine has riskleri ve yararları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Menopoz tanısı geriye dönük olarak konulan bir tanıdır. Laboratuvar testleri kadınların premenopozal dönemde olduklarını anlamak için ve kadınların önündeki birkaç yıl içerisinde menopoz dönemine geçeceğini “kabullenmeleri” açısından faydalı olabilir. Premenopozal dönem menopoza geçişi yansıttığı için kadının premenopozal döneme girdiğinin tanısını koymak daha faydalı olacaktır (6).

Premenopozal dönem tanısını koymak için sıklıkla yaş, annenin menopoz yaşı, vazomotor ve vajinal belirtiler, FSH düzeyi ve hastanın genel olarak kişinin menopoz öncesi dönemde olduğunu algılaması durumuna bakılır. Diğer yöntemler ise over büyüklüğünü ve antral folikül sayısını belirlemek amacıyla vajinal ultrasonografi yapılması ve inhibin ölçülmesidir. Hiç bir test tek başına ileri derecede duyarlı değildir. Sıcak basmaları, gece terlemeleri, vajinal kuruluk gibi semptomlar laboratuvar testleri kadar özgündür ancak onlar

kadar duyarlı değildir. Öykü ve fizik muayene ile ön tanı belirginleştirildiği için laboratuvar testlerinin katkısı sınırlı olacaktır. Ayrıca kadınlarda FSH düzeyleri menopoz öncesi dönemde oldukça değişkendir (31). Vücut kitle indeksi (VKİ) ve etnik duruma bağlı değişiklikler tanı eşiğinin belirlenmesinde güçlük yaratacaktır. Yine bu dönemde amenore ile gelen kadında mutlaka gebelik testi de yapılmalıdır (32).

Perimenopozal dönemdeki kadının bakımı menopozal semptom ve hastalıkların tedavisini, koruyucu bakımını kapsamaktadır. Yine bu dönemde yapılacak olan koruyucu sağlık bakımı, menopoz sonrası ve geriatrik döneme katkı sağlayacaktır (6).



3. YÖNTEM VE GEREÇ

Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik kurulu'nun 26.04.2016 tarih, 1340 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmanın popülasyonunu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine 28.04.2016 ile 28.08.2016 tarihleri arasında başvuran beş yıldır menstrüasyon kanaması olmayan kadın hastalar oluşturdu. Bu çalışmada klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve menopozal tutumların değerlendirilmesi amaçlandı. Katılımcılara katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve menopoz seyrini sorgulayan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

3.1. ARAŞTIRMAYA DÂHİL OLMA KRİTERLERİ

60 yaş altı, menopoza girmiş olan ya da son beş yıldır menstrüasyon kanaması olmamış, onam formunu imzalayarak gönüllü katılan kadın hastalar çalışmamıza dâhil edilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMAYA DÂHİL OLMAMA KRİTERLERİ

60 yaş üzeri olan menopoza girmiş olan (ya da son beş yıl içerisinde menstrüasyon kanaması olan), erkek hastalar ve çalışmayı gönüllü olarak kabul etmeyen hastalar çalışmaya alınmamıştır.

3.3. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22,0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında man whitney-u testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında kruskall whallis testi kullanılmıştır. Kruskall Whallis testi sonrasında

farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak man whitney-u testi testi kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere ki-kare analizi uygulanmıştır.

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında spearman korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.4. DEĞERLENDİRME

3.4.1. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği: Farklı yaş gruplarındaki kadınlar menopoz yaşantısı ve sonrasına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Uçanok (33) tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin tümü için iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Bu araştırma için iç tutarlılık katsayısı 0.845 olarak saptanmıştır. Menopoz ilişkin tutum ölçeğinde 2 adet olumlu, 18 adet olumsuz ifade bulunmaktadır. Olumlu ifadeler için, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtına 0 puan, “katılmıyorum” yanıtına 1 puan, “kararsızım” yanıtına 2 puan, “katılıyorum” yanıtına 3 puan ve “kesinlikle katılıyorum” yanıtına 4 puan verilmektedir. Olumsuz ifadelerde ise bu puanlama ters yönde yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 80’dir. Ölçekten alınabilecek yüksek puan menopoz ilişkin olumlu tutumu, düşük puan ise olumsuz tutumu göstermektedir. Ortalama puanın üzerinde (40) alınan puanlar yükseldikçe tutumun daha olumlu olduğu kabul edilmektedir. Menopoza ilişkin tutum ölçeği Tortumluoğlu’nun (34) , Uçanok’un (33) ve Koç’un çalışmalarında (35) kullanılmıştır.

Menopoza ilişkin tutum ölçeğinin araştırmamızda kullanılan son şekli ek 3’de gösterilmiştir.

3.4.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) : Orjinal adı Menopause Rating Scale (MRS) olan MSDÖ 1992 yılında Schneider ve arkadaşları tarafından (36) menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiş, 1996 yılında İngilizceye uyarlanmıştır .

MSDÖ, ülkemizde 2005 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Test-tekrar test güvenirlik ölçümü Pearsen momentler çarpımı kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğin toplam puan korelasyon katsayısı $r=0.92$, somatik şikayetler için $r=0.89$, psikolojik şikayetler için $r=0.91$ ve ürogenital şikayetler için $r=0.81$ ’dir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.001$).

MSDÖ'nün toplam Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0.84'dür. Alt boyutlar için ise Cronbach's Alfa değeri somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72 olduğu belirlenmiştir .

Bu çalışmada da MSDÖ'nün toplam Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0.886 olarak belirlenmiştir. MSDÖ;

- Menopoz dönemindeki bir kadınların yaşadığı menopozal yakınmaların şiddetini ölçmek,
- Farklı koşullarda yaşayan kadınlar menopozal semptomlarının düzeylerini karşılaştırmak,
- Menopoz döneminde tedavi öncesi ve sonrası semptomların şiddetini karşılaştırmak,
- Menopozal semptomların yaşam kalitesine etkisini belirlemek,
- Menopozal semptomlardaki değişiklikleri sayısal olarak değerlendirmek amacıyla klinik uygulamalarda kolaylıkla kullanılmaktadır.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte her bir madde için “ 0 = hiç yok”, “ 1 = hafif ”, “2 = orta”, “ 3 = şiddetli ” ve “ 4 = çok şiddetli ” seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması bir yandan yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini de göstermektedir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin araştırmamızda kullanılan son şekli ek2'de gösterilmiştir.

3.4.2.1. Somatik Şikâyetler Alt Boyutu: Ölçekteki 1. ve 2. maddelerden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 8'dir.

3.4.2.2. Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu: Ölçekte yer alan 3. 4. 5. 6. 7. ve 11. maddeleri içerir. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 24'tür.

3.4.2.3. Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu: Ölçeğin 8. 9. ve 10. maddelerinin değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu bölümden alınabilecek puan 12'dir.

3.5.HESAPLAMALAR

VKİ, vücut ağırlığı (kg) / boy (m)² olarak hesaplandı. DSÖ'nün tanımına göre VKİ<18.5kg/m² ise zayıf; 18.5kg/m²<VKİ<25kg/m² arasında ise normal kilo ağırlığında; VKİ>25kg/m² ise kilolu; VKİ>30kg/m² ise obez olarak tanımlandı (37).



4. BULGULAR

Çalışma 28.04.2016 - 28.08.2016 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile hekimliği polikliniğine menopoz veya menopoz dışı şikâyetler ile başvuran, son beş yıl içerisinde menstrüasyon kanaması olmamış, 60 yaş altı 238 kadın hasta ile yürütüldü.

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kadınların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 5. Kadınların Sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Yaş (yıl)	45-50 Arası	45	18,9
	51-55 Arası	68	28,6
	56-60 Arası	125	52,5
	Toplam	238	100,0
BKI (kg / m ²)	18,5-24,9 Normal	70	29,4
	25-29,9 Fazla kilolu	98	41,2
	30-39,9 Obez	63	26,4
	40< Morbid obez	7	2,9
	Toplam	238	100,0
Meslek	Emekli	83	34,9
	Ev hanımı	110	46,2
	Muhasebeci	4	1,7
	Satış temsilcisi	4	1,7

	Eczacı	1	0,4
	Öğretmen	9	3,8
	Temizlik personeli	5	2,1
	Memur	12	5,0
	Serbest meslek	4	1,7
	Avukat	1	0,4
	Hastabakıcı	2	0,8
	Çağrı merkezi çalışanı	1	0,4
	İktisatçı	1	0,4
	Güvenlik	1	0,4
	Toplam	238	100,0
Meslek	Emekli	83	34,9
	Ev hanımı	110	46,2
	Diğer (Çalışan)	45	18,9
	Toplam	238	100,0
Sağlık güvencesi	SGK	237	99,6
	Özel sigorta	1	0,4
	Toplam	238	100,0
Yaşam boyunca daha çok bulunulan yerleşim yeri	Büyükşehir	216	90,8
	Diğer şehirler	5	2,1
	Kasaba	6	2,5
	Köy	11	4,6

	Toplam	238	100,0
Yaşam boyunca daha çok bulunulan yerleşim yeri	Büyükşehir	216	90,8
	Diğer	22	9,2
	Toplam	238	100,0
Algılanan gelir düzeyi	Gelirim giderlerimi karşılıyor	77	32,4
	Gelirim giderime denk	88	37,0
	Gelirim giderlerimi karşılamıyor	73	30,7
	Toplam	238	100,0
Medeni durum	Bekâr	20	8,4
	Evli	146	61,3
	Dul	47	19,7
	Boşanmış	25	10,5
	Toplam	238	100,0
Kaçınıcı evlilik olduğu	1	141	96,6
	2	4	2,7
	3	1	0,7
	Toplam	146	100,0
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	2	0,8
	Okuryazar	7	2,9
	İlkokul mezunu	74	31,1
	Ortaokul ve dengi mezunu	29	12,2

	Lise ve dengi mezunu	80	33,6
	Üniversite mezunu	46	19,3
	Toplam	238	100,0
Eğitim düzeyi	İlkokul Ve Altı	83	34,9
	Ortaokul ve dengi mezunu	29	12,2
	Lise ve dengi mezunu	80	33,6
	Üniversite mezunu	46	19,3
	Toplam	238	100,0
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	205	86,1
	Hayır	33	13,9
	Toplam	238	100,0
Çocuk sayısı	1	48	23,4
	2	98	47,8
	3	36	17,6
	4	15	7,3
	5 ve üzeri	8	3,9
	Toplam	205	100,0
Daha önce veya şimdi çalışma durumu	Evet	139	58,4
	Hayır	99	41,6
	Toplam	238	100,0
Yaşanılan aile yapısı	Çekirdek aile	192	80,7
	Geleneksel geniş aile	10	4,2

	Yalnız yaşıyorum	36	15,1
	Toplam	238	100,0
Sistemik hastalık varlığı	Evet	133	55,9
	Hayır	105	44,1
	Toplam	238	100,0
Düzenli ilaç kullanım durumu	Evet	130	54,6
	Hayır	108	45,4
	Toplam	238	100,0

Tablo 6. Menopoz ile ilgili özelliklerin dağılımı

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Menopozda Olma Süresi (Yıl)	5-10	186	78,2
	11-15	33	13,9
	16 ve üzeri	19	8,0
	Toplam	238	100,0
Menopoz girme şekli	Normal	195	81,9
	Cerrahi operasyon sonrası	39	16,4
	Diğer	4	1,7
	Toplam	238	100,0
Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi	Yeterli bilgiye sahibim	115	48,3
	Az bilgim var	54	22,7
	Bilgi sahibi değilim	11	4,6

	Etraftan duyduklarımı biliyorum	58	24,4
	Toplam	238	100,0
Menopoz hakkında nereden bilgi edindiği	Doktora başvurarak	97	40,8
	Dergi-gazete	22	9,2
	Televizyon-internet	57	23,9
	Komşular ve arkadaşlarımdan	103	43,3
	Bilgim yok	5	2,1
Menopozun ne olduğu	Doğurganlığın bitmesi	50	21,0
	Adetten kesilmek	78	32,8
	Yaşlanmak	41	17,2
	Doğal bir süreç	17	7,1
	Hormonların tükenmesi hormonal değişiklik	11	4,6
	Sıkıntı	7	2,9
	Kadınlığın bitmesi	14	5,9
	Yeni bir dönem	8	3,4
	Özgürleşmek	1	0,4
	Hastalıkların artması	2	0,8
	Kötü bir süreç	1	0,4
	Fiziksel bir rahatlık	1	0,4
	Değişiklik	1	0,4

	Hislerin bitmesi	1	0,4
	Temizlik	3	1,3
	Son	2	0,8
	Toplam	238	100,0
Menopoz hakkındaki bilginin kimden alınması gerektiği	Doktordan	229	96,2
	Ebe-hemşireden	16	6,7
	Etrafımızdakilere sorarak	2	0,8
	Menopoza girenlere sorarak	2	0,8
	Görsel ve yazılı yayın organları	2	0,8
Menopoz dönemini nasıl algıladığı	Özgürleşme	51	21,4
	Kayıp	30	12,6
	Hastalık	29	12,2
	Yaşlanma	98	41,2
	Değişiklik	133	55,9
	Kadınlığın bitmesi	70	29,4
Menopoza girdiğini ilk kime söylediği	Eşime	76	31,9
	Anneme, kardeşime, aileden başka birine	75	31,5
	Arkadaşıma	29	12,2
	Komşuma	4	1,7
	Doktoruma	38	16,0
	Hiç kimseye	16	6,7

	Toplam	238	100,0
Ailenin menopo2 durumuna tepkisi	Çok destek oldular	34	14,3
	Oldukça destek oldular	92	38,7
	Az destek oldular	37	15,5
	Destek olmadılar	75	31,5
	Toplam	238	100,0
Arkadaşların menopo2 durumuna tepkisi	Çok destek oldular	26	10,9
	Oldukça destek oldular	94	39,5
	Az destek oldular	34	14,3
	Destek olmadılar	84	35,3
	Toplam	238	100,0
Menopo2 sonrası en çok destek veren kişi	Eşimden	92	38,7
	Çocuklarımdan	48	20,2
	Annem ve kardeşlerimden	49	20,6
	Arkadaşlarımdan	49	20,6
	Toplam	238	100,0
Menopo2 sürecini nasıl geçirdişi	Çok rahat	27	11,3
	Rahat	59	24,8
	Az sıkıntılı	82	34,5
	Çok sıkıntılı	70	29,4
	Toplam	238	100,0
Adetten kesilince neler hissettişi	Çok doğal karşıladım	91	38,2

	Sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim	111	46,6
	Kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı	32	13,4
	Hiç kabullenemedim	4	1,7
	Toplam	238	100,0
Menopoz sürecinde hissedilenler	Güvensizlik	23	9,7
	Kadınlığını kaybetme	47	19,7
	Kendini kötü hissetme	49	20,6
	Sinirlilik ve huzursuzluk	154	64,7
	Yoğunlaşma problemi	19	8,0
	Hatırlamada güçlük	31	13,0
Karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiği	Oldukça rahat	33	13,9
	Rahat	142	59,7
	Az rahat	39	16,4
	Rahat hissedemiyorum	24	10,1
	Toplam	238	100,0
Menopoz sonrası cinsel isteksizliğin değişme durumu	Azaldı	118	49,6
	Değişiklik olmadı	120	50,4
	Toplam	238	100,0
Menopoz öncesi olumsuz olay yaşama durumu	Evet	49	20,6
	Hayır	189	79,4

	Toplam	238	100,0
Genel olarak kaygı ve endişelerde değişim olma durumu	Hayır, eskisi gibiyim	147	61,8
	Daha çok kaygılıyım	70	29,4
	Daha az kaygılıyım	21	8,8
	Toplam	238	100,0
Fiziksel sağlığını kaybetmeye yönelik kaygı ve endişe yaşama	Sık sık	24	10,1
	Ara ara	76	31,9
	Hiç	138	58,0
	Toplam	238	100,0
Ruhsal sağlığın bozulmasına yönelik kaygı ve endişe yaşama durumu	Sık sık	18	7,6
	Ara ara	55	23,1
	Hiç	165	69,3
	Toplam	238	100,0
Eşle ilişkinin bozulmasına yönelik kaygı ve endişelerin yaşanması	Sık sık	13	5,5
	Ara ara	50	21,0
	Hiç	175	73,5
	Toplam	238	100,0
Yaşlanma korkusu	Sık sık	27	11,3
	Ara ara	86	36,1
	Hiç	125	52,5
	Toplam	238	100,0
Ölüm korkusu	Sık sık	22	9,2

	Ara ara	72	30,3
	Hiç	144	60,5
	Toplam	238	100,0
Kadınlığını kaybetme korkusu	Sık sık	33	13,9
	Ara ara	58	24,4
	Hiç	147	61,8
	Toplam	238	100,0
Menopoz öncesi sigara içme durumu	Tiryaki	74	31,1
	Ara ara	29	12,2
	Hiç içmezdim	135	56,7
	Toplam	238	100,0
Menopoz sonrası sigara içme durumu	Tiryaki	59	24,8
	Ara ara	27	11,3
	Hiç içmedim	152	63,9
	Toplam	238	100,0
Menopoz öncesi alkol tüketme durumu	Sık sık	1	0,4
	Ara ara	40	16,8
	Hiç içmedim	197	82,8
	Toplam	238	100,0
Menopoz sonrası alkol tüketme durumu	Sık sık	1	0,4
	Ara ara	40	16,8
	Hiç içmedim	197	82,8

	Toplam	238	100,0
Menopoz sonrası dönemde kadın olmaktan pişmanlık duyma	Sık sık	15	6,3
	Ara ara	22	9,2
	Nadiren	21	8,8
	Hiç duymadım	180	75,6
	Toplam	238	100,0
Farklı toplumda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme	Evet	118	49,6
	Hayır	54	22,7
	Bu konu hakkında fikrim yok	66	27,7
	Toplam	238	100,0
Diğer gelişmiş/batı toplumlarında ve kültürlerinde menopoz dönemine farklı yaklaşıldığını düşünmenin temel nedeni	Sosyokültürel farklılık	46	39,0
	Toplumların ekonomik gelişmişlik düzeyleri farklı	7	5,9
	Eğitim düzeylerimiz farklı	40	33,9
	Birey olarak insana verilen değer farklı	20	16,9
	Toplumların kadına verdiği önem farklı	38	32,2
Cinsel ilişki sırasında ağrı	Sık sık	26	10,9
	Ara ara	82	34,5
	Hiç yaşamadım	130	54,6
	Toplam	238	100,0

Göğüslerde küçülme	Sık sık (şiddetli)	11	4,6
	Ara sıra (orta)	53	22,3
	Hiç yaşamadım	174	73,1
	Toplam	238	100,0
Göğüslerde sarkma	Sık sık (şiddetli)	18	7,6
	Ara sıra (orta)	72	30,3
	Hiç yaşamadım	148	62,2
	Toplam	238	100,0
Göğüslerde yumuşama	Sık sık (şiddetli)	20	8,4
	Ara sıra (orta)	77	32,4
	Hiç yaşamadım	141	59,2
	Toplam	238	100,0
Kemik erimesi	Sık sık (şiddetli)	51	21,4
	Ara sıra (orta)	87	36,6
	Hiç yaşamadım	100	42,0
	Toplam	238	100,0
Sırt bel ağrıları	Sık sık	71	29,8
	Ara sıra	105	44,1
	Hiç yaşamadım	62	26,1
	Toplam	238	100,0
Hazımsızlık	Sık sık	50	21,0
	Ara sıra	103	43,3

	Hiç yaşamadım	85	35,7
	Toplam	238	100,0
Kabızlık	Sık sık	47	19,7
	Ara sıra	99	41,6
	Hiç yaşamadım	92	38,7
	Toplam	238	100,0
Ciltte kuruluk ve kaşıntı	Sık sık (şiddetli)	46	19,3
	Ara sıra (orta)	96	40,3
	Hiç yaşamadım	96	40,3
	Toplam	238	100,0
Ciltte kırısklık	Sık sık	31	13,0
	Ara sıra	91	38,2
	Hiç yaşamadım	116	48,7
	Toplam	238	100,0
Saçlarda dökölme	Sık sık (şiddetli)	54	22,7
	Ara sıra (orta)	104	43,7
	Hiç yaşamadım	80	33,6
	Toplam	238	100,0
Baş dönmesi	Sık sık	30	12,6
	Ara sıra	93	39,1
	Hiç yaşamadım	115	48,3
	Toplam	238	100,0

Baş ağrısı	Sık sık	35	14,7
	Ara sıra	89	37,4
	Hiç yaşamadım	114	47,9
	Toplam	238	100,0
Çabuk yorulma	Sık sık	55	23,1
	Ara sıra	100	42,0
	Hiç yaşamadım	83	34,9
	Toplam	238	100,0
Kilo Alma	Sık Sık (şiddetli)	71	29,8
	Ara sıra (orta)	102	42,9
	Hiç yaşamadım	65	27,3
	Toplam	238	100,0
Kilo verme	Sık sık (şiddetli)	10	4,2
	Ara sıra (orta)	31	13,0
	Hiç yaşamadım	197	82,8
	Toplam	238	100,0
Güvensizlik	Sık sık	18	7,6
	Ara sıra	52	21,8
	Hiç yaşamadım	168	70,6
	Toplam	238	100,0
Menopozda rahatsızlıklar için tedavi alma durumu	Hayır, hiç almadım	183	76,9
	Düzensiz kullandım	9	3,8

	Kullandım bıraktım	46	19,3
	Toplam	238	100,0
Menopozda rahatsızlıklar için tedavi almama nedeni	Doktora gitmedim	37	20,2
	Ekonomik olarak imkânım yok	1	0,5
	Kilo almaktan endişe duydum	5	2,7
	Doktor ilaç kullanmamı önermedi	60	32,8
	Komşu ve arkadaşlarım kullanıyor memnun olmadıkları için	2	1,1
	Kanser korkusu	45	24,6
	Menopoz açısından şikâyetim olmaması	49	26,8
	Tedavinin faydalı olduğuna inanmıyorum	8	4,4
	Gazete ve dergide çıkan haberler nedeniyle oluşabilecek yan etkilerden korkma	2	1,1
	İlaç kullanmayı sevmiyorum	11	6,0
	Başka bir hastalığım olması dolayısıyla kullanamıyorum	2	1,1
	Menopoz tedavisi hakkında	3	1,6

	bilgi sahibi olmadığım		
Çevrenin menopoz söylemlerinin ne kadar etkilediği	Dikkate almıyorum	125	52,5
	Kesinlikle dikkate alıyorum	32	13,4
	Onların söylediklerini doktoruma danışıyorum	53	22,3
	Aklımda şüpheli durumlar yaratıyor	19	8,0
	İlaçlardan korkmama neden oluyor	6	2,5
	Komşularımın sözlerinden dolayı ilaç kullanmayı bıraktım	3	1,3
	Toplam	238	100,0
Postmenopozal dönemde kimden bilgi alınmalı	Doktordan	235	98,7
	Dergi-gazete	1	0,4
	Ebe-hemşire	2	0,8
	Toplam	238	100,0

Çalışmamıza katılan kadınların büyük çoğunluğu 5-10 yıldır menopozda olup (%78,2), doğal yolla menopoza girmişlerdir (%81,9). Katılımcılara menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi sorulduğunda yaklaşık olarak yarısı (%48,3) yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu menopoz dönemi ile ilgili bilgilerin doktordan alınması gerektiğini (%96,2) ifade etmesine rağmen; menopoz dönemi ile ilgili bilgilerin nereden edinildiği sorulduğunda çoğunlukla komşu ve arkadaşlardan (%43,3), doktordan (%40,8) cevapları alınmıştır.

Katılımcılardan menopoza birkaç cümle ile tanımlamaları istenildiğinde çoğunlukla “adetten kesilmek” (%32,8) ve “doğurganlığın bitmesi” (%21) şeklinde ifade ettikleri görülmüştür.

Katılımcıların büyük çoğunluğu menopoza dönemi “değişiklik” (%55,9) ve “yaşlanma” (%41,2) olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu menopoza girdiklerini ilk olarak eşlerine söylediklerini (%31,5) ve en çok desteği eşlerinden aldıklarını (%38,7) ifade etmişlerdir.

Katılımcılara adetten kesilince neler hissettiği sorulduğunda çoğunluğunun “sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim-” şeklinde cevapladığı görüldü (%46,6).

Katılımcılara menopoza döneminde neler hissettikleri sorulduğunda çoğunluğunun “sinirlilik ve huzursuzluk” (%64,7) cevabını verdikleri görülmüştür.

Katılımcıların çoğu menopoza dönemine girdikten sonra karşı cinsin yanında rahat hissettiklerini ifade ederken (%59,7) yaklaşık olarak yarısı cinsel isteginde azalma olmadığını (%49,6) belirtmiştir.

Katılımcılara menopoza döneminde kaygı ve endişe durumları sorulduğunda çoğunluğu (%61,8) eskisi gibi olduğunu, artma veya azalma olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların menopoza öncesi ve sonrası, sigara ve alkol alışkanlıkları sorgulandığında sigara içiciliğinde tiryaki olanların oranında azalma görülürken alkol kullananların oranında değişiklik gözlenmemiştir.

Katılımcılara menopoza döneminde kadın olmaktan pişmanlık duyup duymadıkları sorulduğunda büyük çoğunluğun hiç pişmanlık duymadıkları (%75,6) görülmüştür.

Katılımcılara batı toplumlarında menopoza farklı yaklaşıyor mudur diye sorulduğunda yaklaşık olarak yarısı evet cevabını vermiştir. Bunun sebebi ise en çok “sosyokültürel farklılığa” (%39) ve “eğitim düzeyinin farklı olmasına” (%33,9) bağlanmıştır.

Katılımcılara menopoza dönemi ile ilgili semptomlar sorulduğunda çoğunluğu “cinsel ilişki sırasında ağrı, göğüslerde küçülme, göğüslerde sarkma, göğüslerde yumuşama, kemik erimesi, ciltte kırışıklık, baş dönmesi, baş ağrısı, kilo verme ve güvensizlik ”

şikâyetlerini hiç yaşamadıklarını ifade ederlerken; katılımcıların çoğunluğu ise “sırt-bel ağrısı, hazımsızlık, kabızlık, saç dökülmesi, kilo alma ve çabuk yorulma ” şikâyetlerini ise ara ara yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %98,7’si postmenopozal dönemde hormon kullanımıyla ilgili bilgilerin doktordan alınması gerektiğini ifade ederken; %76,9’u bu dönemde yaşamış oldukları rahatsızlıklar için tedavi almadığını belirtmiştir. Tedavi almama nedenleri arasında en çok doktorun ilaç önermemesi ve menopoza açısından şikâyetlerin olmaması yer almaktadır. Katılımcılara menopoza dönemi ve bu dönemdeki hormon tedavisi açısından çevredeki insanların söylemlerinin onları nasıl etkilediği sorulduğunda; büyük çoğunluğu kesinlikle bu söylemleri dikkate almadıklarını (%52,5) ve bunları doktorlarına danıştıklarını (%22,3) ifade etmişlerdir.

Tablo 7. Kadınların menopoza semptomları ile ilgili ifadelere verdiği cevapların dağılımları (MRS)

	Hiç yok		Hafif		Orta		Şiddetli		Çok şiddetli			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	Ort	Ss
Sıcak basması, terlemeler	31	13,0	35	14,7	35	14,7	50	21,0	87	36,6	2,530	1,437
Kalp rahatsızlıkları	74	31,1	63	26,5	62	26,1	32	13,4	7	2,9	1,310	1,134
Uyku sorunları	48	20,2	50	21,0	69	29,0	57	23,9	14	5,9	1,740	1,197
Keyifsizlik hali	48	20,2	58	24,4	64	26,9	53	22,3	15	6,3	1,700	1,201
Sinirlilik	37	15,5	45	18,9	77	32,4	50	21,0	29	12,2	1,950	1,230
Endişe	66	27,7	57	23,9	65	27,3	38	16,0	12	5,0	1,470	1,196
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk	58	24,4	67	28,2	65	27,3	35	14,7	13	5,5	1,490	1,168
Cinsel sorunlar	78	32,8	76	31,9	40	16,8	36	15,1	8	3,4	1,240	1,162
İdrar sorunları	87	36,6	58	24,4	51	21,4	32	13,4	10	4,2	1,240	1,201

Vajinada (haznede) kuruluk	77	32,4	43	18,1	72	30,3	36	15,1	10	4,2	1,410	1,204
Eklem ve kas rahatsızlıkları	29	12,2	49	20,6	87	36,6	48	20,2	25	10,5	1,960	1,149

Araştırmaya katılan kadınların menopoz semptomları ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar incelendiğinde; çok şiddetli yaşanan semptomlar “sıcak basması ve terlemeler” (%36.6) ve “sinirlilik” (12.2) iken; en çok hiç yaşanılmayan semptomlar ise “idrar sorunları” (%36.6) ve “cinsel sorunlar” (%32.8)’dir.

Tablo 8. Kadınların menopoz ile ilgili tutumlara ilişkin ifadelere verdiği cevapların dağılımları

	Katılmıyoru		Katılmıyoru		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Kadınlar yaşamlarında adetten kesilmeyi, genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler	21	8,8	70	29,4	12	5,0	127	53,4	8	3,4	2,130	1,142
Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar	12	5,0	105	44,1	33	13,9	83	34,9	5	2,1	1,850	1,028
Adetten kesilen kadın kendisinin anlayacağı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir	22	9,2	136	57,1	22	9,2	56	23,5	2	0,8	1,500	0,980
Erkekler adetten kesilme sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar	12	5,0	107	45,0	47	19,7	63	26,5	9	3,8	1,790	1,014
Kadınlar genellikle adetten kesilme döneminde sinirli ve	5	2,1	30	12,6	9	3,8	168	70,6	26	10,9	2,760	0,886

gergin olurlar													
Birçok kadın adetten kesildikten sonra artık gerçek bir kadın olmadığını düşünür	24	10,1	118	49,6	18	7,6	69	29,0	9	3,8	1,670	1,111	
Pek çok kadın adetten kesilmekten üzüntü duyar	7	2,9	92	38,7	13	5,5	114	47,9	12	5,0	2,130	1,082	
Adetten kesilmek bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır	6	2,5	120	50,4	16	6,7	89	37,4	7	2,9	1,880	1,042	
Kadınlar adetten kesilme sırasında bir takım sıkıntılar yaşamayı beklemelidirler	6	2,5	33	13,9	10	4,2	163	68,5	26	10,9	2,710	0,925	
Aslında hemen her kadın yaşamında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar	4	1,7	48	20,2	12	5,0	158	66,4	16	6,7	2,560	0,943	
Adetten kesilme yaşlanmanın önemli bir işaretidir	10	4,2	75	31,5	14	5,9	114	47,9	25	10,5	2,290	1,142	
Kadınları adetten kesilme döneminde en çok korkutan şey ne olacağını bilmemektir	9	3,8	64	26,9	33	13,9	126	52,9	6	2,5	2,240	1,000	
Kadınlar genellikle adetten kesildikten sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar	19	8,0	125	52,5	22	9,2	61	25,6	11	4,6	1,660	1,085	
Pek çok kadın adetten kesilme döneminde üzüntülü ve çökkün olur	13	5,5	88	37,0	14	5,9	113	47,5	10	4,2	2,080	1,109	
Adetten kesilme pek çok	18	7,6	118	49,6	12	5,0	81	34,0	9	3,8	1,770	1,114	

kadınların yaşamını altüst eder													
Adetten kesilme bir kadınların yaşamında pek çok sorun yaşandığı bir dönemdir	6	2,5	85	35,7	10	4,2	126	52,9	11	4,6	2,210	1,064	
Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler	9	3,8	90	37,8	39	16,4	96	40,3	4	1,7	1,980	1,002	
Adetten kesilmek kadınların yaşamını büyük ölçüde etkilemez	7	2,9	73	30,7	19	8,0	131	55,0	8	3,4	2,250	1,025	
Pek çok kadın için adetten kesilme katlanması oldukça zor bir durumdur	10	4,2	89	37,4	10	4,2	122	51,3	7	2,9	2,110	1,079	
Adetten kesilen pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder	104	43,7	78	32,8	11	4,6	38	16,0	7	2,9	1,020	1,180	

Araştırmaya katılan kadınların menopoz ile ilgili tutumlara ilişkin ifadelerle verdiği cevaplar incelendiğinde; en fazla hiç katılmıyorum cevabını alan ifade (%43.7) “Adetten Kesilen Pek Çok Kadın Artık Fiziksel Çekiciliğini Kaybeder” ifadesi, en fazla katılmıyorum cevabını alan ifade (%57.1) “Adetten Kesilen Kadın Kendisinin Anlayacağı Çılgınca Şeyler Yapma Eğilimindedir” ifadesidir. En fazla kararsız kalınan ifade (%19.7) “Erkekler Adetten Kesilme Sonrasında Eşlerini Cinsel Yönden Daha Az Çekici Bulurlar” ifadesi, en fazla katılıyorum cevabını alan ifade (%66.4) “Aslında Hemen Her Kadın Yaşamında Meydana Gelen Bu Değişiklikten Sıkıntı Duyar” ifadesi, en fazla tamamen katılıyorum cevabını alan ifadeler ise “Kadınlar Genellikle Adetten Kesilme Döneminde Sinirli Ve Gergin Olurlar ” (%10.9) ve “Kadınlar Adetten Kesilme Sırasında Bir Takım Sıkıntılar Yaşamayı Beklemelidirler” (%10.9) ifadeleridir.

Tablo 9. Tanımlayıcı özelliklerin ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Yaş (yıl)	238	54,903	3,847	45,000	60,000
Boy (m)	238	1,611	0,058	1,470	1,750
Ağırlık (kg)	238	72,908	13,566	46,000	150,000
BKI (kg/m ²)	238	28,134	5,371	18,660	59,330
Menopozda olma süresi	238	8,559	4,274	5,000	28,000

Tablo 10. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeyleri

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Somatik şikâyetler (MRS)	238	3,840	2,079	0,000	8,000
Psikolojik şikâyetler (MRS)	238	10,315	5,488	0,000	24,000
Ürogenital şikâyetler (MRS)	238	3,895	2,866	0,000	12,000
Menopoz semptomları toplam (MRS)	238	18,050	9,093	0,000	44,000
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	238	40,168	10,563	8,000	65,000

*Araştırmaya katılan kadınların “somatik şikâyetler” düzeyi yüksek ($3,840 \pm 2,079$); “psikolojik şikâyetler” düzeyi ($10,315 \pm 5,488$); “ürogenital şikâyetler” düzeyi yüksek ($3,895 \pm 2,866$); “menopoz semptomları toplam” düzeyi ($18,050 \pm 9,093$); “menopoz ile ilgili tutum” düzeyi ($40,168 \pm 10,563$); olarak saptanmıştır.

Tablo 11. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin algılanan gelir düzeyine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Gelirim giderlerimi karşılıyor	77	3,662	1,854	0,623	0,732
	Gelirim giderime denk	88	3,898	2,223		
	Gelirim giderlerimi karşılamıyor	73	3,959	2,137		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Gelirim giderlerimi karşılıyor	77	9,571	5,413	2,749	0,253
	Gelirim giderime denk	88	10,761	5,337		
	Gelirim giderlerimi karşılamıyor	73	10,562	5,735		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Gelirim giderlerimi karşılıyor	77	3,766	2,595	2,017	0,365
	Gelirim giderime denk	88	3,693	3,034		
	Gelirim giderlerimi karşılamıyor	73	4,274	2,931		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Gelirim giderlerimi karşılıyor	77	17,000	8,296	1,723	0,422
	Gelirim giderime denk	88	18,352	9,148		
	Gelirim giderlerimi karşılamıyor	73	18,795	9,826		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Gelirim giderlerimi karşılıyor	77	39,701	11,729	0,433	0,805
	Gelirim giderime denk	88	40,023	9,568		

	Gelirim giderlerimi karşılamıyor	73	40,836	10,524		
--	----------------------------------	----	--------	--------	--	--

Tablo 12. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin beden kitle indeksine (BKI) göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	18,5-24,9Normal	70	3,486	2,185	4,983	0,289
	25-29,9Fazla kilolu	98	3,949	2,053		
	30-34,9Obezite1	49	4,245	1,726		
	35-39,9Obezite2	14	3,429	2,875		
	40<Morbid obez	7	3,857	1,574		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	18,5-24,9Normal	70	10,014	5,722	0,822	0,935
	25-29,9Fazla kilolu	98	10,265	4,971		
	30-34,9Obezite1	49	10,592	5,982		
	35-39,9Obezite2	14	10,500	6,174		
	40<Morbid obez	7	11,714	6,370		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	18,5-24,9Normal	70	3,514	2,796	5,866	0,209
	25-29,9Fazla kilolu	98	4,041	2,701		
	30-34,9Obezite1	49	3,674	3,112		
	35-39,9Obezite2	14	4,571	3,155		
	40<Morbid obez	7	5,857	3,078		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	18,5-24,9Normal	70	17,014	9,249	2,251	0,690

	25-29,9Fazla kilolu	98	18,255	8,334		
	30-34,9Obezite1	49	18,510	9,624		
	35-39,9Obezite2	14	18,500	11,514		
	40<Morbid obez	7	21,429	10,114		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	18,5-24,9Normal	70	40,729	10,839	3,074	0,546
	25-29,9Fazla kilolu	98	39,990	10,596		
	30-34,9Obezite1	49	41,225	10,205		
	35-39,9Obezite2	14	36,357	9,162		
	40<Morbid obez	7	37,286	13,022		

*Menopoz semptomları (somatik, psikolojik, ürogenital şikâyetleri) ve menopozla ilgili tutum puanları ile gelir durumu ve obezite açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 13. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin eğitim düzeyine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	İlkokul ve altı	83	4,229	2,120	6,342	0,096	
	Ortaokul ve dengi mezunu	29	3,862	1,807			
	Lise ve dengi mezunu	80	3,750	2,102			
	Üniversite mezunu	46	3,283	2,040			
Psikolojik şikâyetler (MRS)	İlkokul ve altı	83	11,398	5,417	8,773	0,032	1>4
	Ortaokul ve dengi mezunu	29	9,897	4,769			
	Lise ve dengi mezunu	80	10,350	5,722			
	Üniversite mezunu	46	8,565	5,303			

Ürogenital şikâyetler (MRS)	İlkokul ve altı	83	4,133	2,695	3,560	0,313	
	Ortaokul ve dengi mezunu	29	3,552	2,886			
	Lise ve dengi mezunu	80	4,075	2,967			
	Üniversite mezunu	46	3,370	2,977			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	İlkokul ve altı	83	19,759	9,006	7,844	0,049	1>4
	Ortaokul ve dengi mezunu	29	17,310	7,996			
	Lise ve dengi mezunu	80	18,175	9,605			
	Üniversite mezunu	46	15,217	8,482			
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	İlkokul ve altı	83	38,928	11,110	1,675	0,643	
	Ortaokul ve dengi mezunu	29	40,586	7,735			
	Lise ve dengi mezunu	80	41,400	11,471			
	Üniversite mezunu	46	40,000	9,426			

*Psikolojik şikâyetler ve toplam menopoz semptomları ortalama puanları, eğitim düzeyi ilkokul ve altında olan grubun üniversite mezunlarıyla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin medeni duruma göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Bekâr	20	3,650	2,434	0,540	0,910
	Evli	146	3,863	2,043		
	Dul	47	3,936	1,904		
	Boşanmış	25	3,680	2,393		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Bekâr	20	8,150	4,440	3,866	0,276

	Evli	146	10,541	5,570		
	Dul	47	10,106	5,083		
	Boşanmış	25	11,120	6,313		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Bekâr	20	3,200	2,949	5,185	0,159
	Evli	146	4,219	2,911		
	Dul	47	3,255	2,532		
	Boşanmış	25	3,760	2,976		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Bekâr	20	15,000	8,417	3,055	0,383
	Evli	146	18,623	9,243		
	Dul	47	17,298	8,246		
	Boşanmış	25	18,560	10,137		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Bekâr	20	42,050	10,405	1,317	0,725
	Evli	146	40,425	10,414		
	Dul	47	39,702	11,000		
	Boşanmış	25	38,040	10,979		

Tablo 15. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin mesleğe göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Emekli	83	3,578	2,073	2,464	0,292
	Ev hanımı	110	4,046	2,096		
	Diğer	45	3,822	2,037		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Emekli	83	9,747	4,708	2,174	0,337

	Ev hanımı	110	10,882	5,731		
	Diğer	45	9,978	6,166		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Emekli	83	3,627	2,861	1,706	0,426
	Ev hanımı	110	3,873	2,693		
	Diğer	45	4,444	3,251		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Emekli	83	16,952	8,079	1,498	0,473
	Ev hanımı	110	18,800	9,346		
	Diğer	45	18,244	10,178		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	Emekli	83	41,048	11,094	5,429	0,066
	Ev hanımı	110	38,600	10,550		
	Diğer	45	42,378	9,129		

Menopoz semptomları (somatik, psikolojik, ürogenital şikâyetleri) ve menopozla ilgili tutum puanları ile medeni durum ve meslek grubu açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 16. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşa göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	45-50Arası	45	3,867	2,252	0,099	0,952	
	51-55Arası	68	3,897	1,986			
	56-60Arası	125	3,800	2,079			
Psikolojik şikâyetler (MRS)	45-50Arası	45	9,600	5,778	3,856	0,145	
	51-55Arası	68	11,235	5,258			
	56-60Arası	125	10,072	5,483			

Ürogenital şikâyetler (MRS)	45-50Arası	45	3,289	3,245	9,455	0,009	2>1 2>3
	51-55Arası	68	4,677	2,841			
	56-60Arası	125	3,688	2,662			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	45-50Arası	45	16,756	10,145	4,798	0,091	
	51-55Arası	68	19,809	9,087			
	56-60Arası	125	17,560	8,622			
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	45-50Arası	45	38,244	11,780	1,548	0,461	
	51-55Arası	68	40,132	10,864			
	56-60Arası	125	40,880	9,920			

Ürogenital şikâyetler ve yaş kıyaslandığında 51-55 yaş grubu arasındaki kadınlarda diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 17. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşam boyunca daha çok bulunulan yerleşim yerine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Büyükşehir	216	3,806	2,064	2,387	0,496
	Diğer şehirler	5	4,400	3,362		
	Kasaba	6	3,333	1,366		
	Köy	11	4,546	2,115		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Büyükşehir	216	10,306	5,529	1,142	0,767
	Diğer şehirler	5	11,000	6,557		
	Kasaba	6	8,500	3,271		
	Köy	11	11,182	5,565		

Ürogenital şikâyetler (MRS)	Büyükşehir	216	3,894	2,879	6,129	0,105
	Diğer şehirler	5	6,400	2,881		
	Kasaba	6	2,000	2,280		
	Köy	11	3,818	2,272		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Büyükşehir	216	18,005	9,111	2,458	0,483
	Diğer şehirler	5	21,800	12,478		
	Kasaba	6	13,833	4,021		
	Köy	11	19,546	9,169		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	Büyükşehir	216	40,505	10,702	4,487	0,213
	Diğer şehirler	5	38,800	3,421		
	Kasaba	6	38,667	11,843		
	Köy	11	35,000	8,544		

Tablo 18. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşanılan aile yapısına göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Çekirdek aile	192	3,880	2,082	3,869	0,144
	Geleneksel geniş aile	10	2,600	1,838		
	Yalnız yaşıyorum	36	3,972	2,063		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Çekirdek aile	192	10,287	5,635	0,602	0,740
	Geleneksel geniş aile	10	9,300	5,122		
	Yalnız yaşıyorum	36	10,750	4,837		

Ürogenital şikâyetler (MRS)	Çekirdek aile	192	3,990	2,914	1,191	0,551
	Geleneksel geniş aile	10	3,200	2,821		
	Yalnız yaşıyorum	36	3,583	2,634		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Çekirdek aile	192	18,156	9,293	1,177	0,555
	Geleneksel geniş aile	10	15,100	8,875		
	Yalnız yaşıyorum	36	18,306	8,106		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	Çekirdek aile	192	40,443	10,329	0,555	0,758
	Geleneksel geniş aile	10	38,200	11,868		
	Yalnız yaşıyorum	36	39,250	11,606		

Menopoz semptomları (somatik, psikolojik, ürogenital şikâyetleri) ve menopozla ilgili tutum puanları ile yaşam boyunca daha çok bulunulan yerleşim yeri ve aile yapıları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 19. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin çocuk sayısına göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	1	48	3,625	1,996	11,194	0,024	5>1 5>2 5>3
	2	98	3,633	2,043			
	3	36	4,028	1,859			
	4	15	4,533	2,232			
	5 ve üzeri	8	6,000	2,204			
Psikolojik şikâyetler (MRS)	1	48	9,792	5,508	3,672	0,452	
	2	98	10,357	5,694			
	3	36	10,722	5,338			

	4	15	11,800	5,596			
	5 ve üzeri	8	13,250	5,776			
Ürogenital şikâyetler (MRS)	1	48	4,208	2,673	5,646	0,227	
	2	98	3,796	2,799			
	3	36	3,778	2,890			
	4	15	5,133	3,044			
	5 ve üzeri	8	5,375	2,669			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	1	48	17,625	8,877	5,746	0,219	
	2	98	17,786	9,222			
	3	36	18,528	8,196			
	4	15	21,467	10,246			
	5 ve üzeri	8	24,625	10,042			
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	1	48	40,750	10,332	5,884	0,208	
	2	98	41,510	9,434			
	3	36	38,194	10,767			
	4	15	35,067	11,074			
	5 ve üzeri	8	36,250	13,854			

Somatik şikâyetler, çocuk sayısının 5 ve üzeri olan grupta; bir çocuk, iki çocuk ve üç çocuk olanlarla kıyaslandığında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 20. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menstrüasyondan kesilince neler hissettiğine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	Çok doğal karşıladım	91	2,901	2,071	33,619	0,000	2>1 3>1 3>2
	Sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim	111	4,261	1,847			
	Kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı	32	5,063	1,684			
	Hiç kabullenemedim	4	3,750	2,986			
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Çok doğal karşıladım	91	8,330	4,985	21,119	0,000	2>1 3>1 4>1
	Sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim	111	11,261	5,603			
	Kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı	32	12,313	5,140			
	Hiç kabullenemedim	4	13,250	1,708			
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Çok doğal karşıladım	91	2,934	2,375	20,712	0,000	2>1 3>1
	Sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim	111	4,378	3,081			
	Kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı	32	5,125	2,550			
	Hiç kabullenemedim	4	2,500	3,000			
Menopoz semptomları toplam	Çok doğal karşıladım	91	14,165	8,060	29,805	0,000	2>1 3>1
	Sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim	111	19,901	9,093			

(MRS)	Kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı	32	22,500	8,378			
	Hiç kabullenemedim	4	19,500	5,196			
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Çok doğal karşıladım	91	41,495	11,403	6,599	0,086	
	Sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim	111	40,243	9,899			
	Kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı	32	37,031	10,091			
	Hiç kabullenemedim	4	33,000	6,481			

Somatik şikâyetler, menopoz dönemini “kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı” olarak ifade eden grupta “çok doğal karşıladım” ve “sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim” şeklinde ifade eden grupla kıyaslandığında anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Psikolojik şikâyetler menopoz dönemini “ çok doğal karşıladım ” şeklinde ifade edenlerde diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır.

Ürogenital şikâyetler ve toplam menopozal semptomları ortalama puanları, menopoz dönemini “sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim” ve “kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı” şeklinde ifade eden grupta “çok doğal karşıladım” şeklinde ifade eden grupla kıyaslandığında anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Tablo 21. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin ailenin menopoz durumuna tepkisine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Çok destek oldular	34	3,412	2,271	1,913	0,591
	Oldukça destek oldular	92	4,033	2,062		
	Az destek oldular	37	3,757	2,314		
	Destek olmadılar	75	3,840	1,889		

Psikolojik şikâyetler (MRS)	Çok destek oldular	34	9,765	6,046	2,584	0,460
	Oldukça destek oldular	92	10,163	5,421		
	Az destek oldular	37	11,568	5,689		
	Destek olmadılar	75	10,133	5,223		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Çok destek oldular	34	3,353	2,411	1,224	0,747
	Oldukça destek oldular	92	3,935	3,005		
	Az destek oldular	37	4,108	2,951		
	Destek olmadılar	75	3,987	2,864		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Çok destek oldular	34	16,529	9,740	1,798	0,615
	Oldukça destek oldular	92	18,130	9,201		
	Az destek oldular	37	19,432	9,745		
	Destek olmadılar	75	17,960	8,375		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	Çok destek oldular	34	39,147	12,517	5,648	0,130
	Oldukça destek oldular	92	39,870	9,958		
	Az destek oldular	37	37,649	11,564		
	Destek olmadılar	75	42,240	9,611		

Tablo 22. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin arkadaşların menopoz durumuna tepkisine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Çok destek oldular	26	3,423	2,266	5,502	0,139
	Oldukça destek oldular	94	3,957	1,895		

	Az destek oldular	34	3,206	2,333		
	Destek olmadılar	84	4,095	2,075		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Çok destek oldular	26	10,039	6,290	0,255	0,968
	Oldukça destek oldular	94	10,404	5,379		
	Az destek oldular	34	10,677	6,380		
	Destek olmadılar	84	10,155	5,036		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Çok destek oldular	26	3,385	2,547	5,621	0,132
	Oldukça destek oldular	94	4,043	2,832		
	Az destek oldular	34	3,059	2,984		
	Destek olmadılar	84	4,226	2,910		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Çok destek oldular	26	16,846	10,372	1,283	0,733
	Oldukça destek oldular	94	18,404	8,571		
	Az destek oldular	34	16,941	10,129		
	Destek olmadılar	84	18,476	8,904		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	Çok destek oldular	26	37,192	12,893	3,988	0,263
	Oldukça destek oldular	94	40,362	10,237		
	Az destek oldular	34	38,441	10,717		
	Destek olmadılar	84	41,571	9,971		

Menopoz semptomları (somatik, psikolojik, ürogenital şikâyetleri) ve menopozal tutum düzeyleri ile ailenin ve arkadaşların menopoz döneminde destek olma durumu kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 23. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin farklı toplumda menopoz farklı yaklaşıldığını düşünmeye göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	Evet	118	3,839	2,063	0,323	0,851	
	Hayır	54	3,963	1,990			
	Bu konu hakkında fikrim yok	66	3,742	2,200			
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Evet	118	10,136	5,604	0,404	0,817	
	Hayır	54	10,500	5,663			
	Bu konu hakkında fikrim yok	66	10,485	5,198			
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Evet	118	4,220	2,999	4,543	0,103	
	Hayır	54	3,111	2,296			
	Bu konu hakkında fikrim yok	66	3,955	2,958			
Menopoz semptomları toplam	Evet	118	18,195	9,452	0,103	0,950	
	Hayır	54	17,574	8,257			
	Bu konu hakkında fikrim yok	66	18,182	9,210			
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	Evet	118	38,432	10,889	6,497	0,039	3>1
	Hayır	54	41,500	9,792			
	Bu konu hakkında	66	42,182	10,207			

	fikrim yok						
--	------------	--	--	--	--	--	--

Çalışmamıza katılan hastaların menopoza semptomları (somatik, psikolojik, ürogenital şikâyetler) puan ortalamalarının farklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme durumuna göre kıyaslandığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır ($p>0.05$).

Farklı toplumlarda menopozun farklı yaşandığı konusunda fikri olmayanların menopoza ilgili tutum puan ortalamaları, farklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünen gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 24. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin genel olarak kaygı ve endişeler değişim olma durumuna göre ortalamaları

	Genel kaygı ve endişede değişim olma durumu	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	Hayır, eskisi gibiyim	147	3,456	1,980	13,503	0,001	2>1
	Daha çok kaygılıyım	70	4,543	2,097			
	Daha az kaygılıyım	21	4,191	2,112			
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Hayır, eskisi gibiyim	147	9,020	5,176	24,127	0,000	2>1
	Daha çok kaygılıyım	70	12,900	5,308			
	Daha az kaygılıyım	21	10,762	5,309			
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Hayır, eskisi gibiyim	147	3,435	2,753	15,414	0,000	2>1 2>3
	Daha çok kaygılıyım	70	5,014	2,836			
	Daha az kaygılıyım	21	3,381	2,837			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Hayır, eskisi gibiyim	147	15,912	8,398	23,685	0,000	2>1
	Daha çok kaygılıyım	70	22,457	9,076			
	Daha az kaygılıyım	21	18,333	8,896			

Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	Hayır, eskisi gibiyim	147	42,259	9,852	13,756	0,001	1>2 1>3
	Daha çok kaygılıyım	70	37,000	11,291			
	Daha az kaygılıyım	21	36,095	9,444			

Menopoz döneminde genel olarak kaygı ve endişelerde değişim durumu açısından “daha çok kaygılıyım” şeklinde yanıtlayan grupta somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler ve menopoz semptomları toplam puan ortalaması “hayır eskisi gibiyim” şeklinde cevap veren gruptan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Genel olarak kaygı ve endişelerdeki değişim açısından “daha çok kaygılıyım” şeklinde cevap veren grupta ürogenital şikâyetler puan ortalaması “daha az kaygılıyım” şeklinde cevap veren gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Genel olarak kaygı ve endişelerdeki değişim açısından “hayır eskisi gibiyim” şeklinde cevap veren grupta menopozla ilgili tutum puan ortalamaları “daha çok kaygılıyım” ve “daha az kaygılıyım” şeklinde cevap veren gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 25. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiğine göre ortalamaları

	Karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiği	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	Oldukça rahat	33	3,333	2,367	11,214	0,011	3>1
	Rahat	142	3,634	2,047			4>1
	Az rahat	39	4,436	1,714			3>2
	Rahat hissedemiyorum	24	4,792	2,000			4>2
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Oldukça rahat	33	9,121	6,313	18,578	0,000	3>1
	Rahat	142	9,451	5,068			4>1
	Az rahat	39	12,718	5,099			3>2

	Rahat hissedemiyorum	24	13,167	5,435			4>2
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Oldukça rahat	33	4,242	3,345	20,632	0,000	3>2 4>2
	Rahat	142	3,261	2,668			
	Az rahat	39	5,026	2,529			
	Rahat hissedemiyorum	24	5,333	2,808			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Oldukça rahat	33	16,697	10,711	21,183	0,000	3>1 4>1 3>2 4>2
	Rahat	142	16,345	8,318			
	Az rahat	39	22,180	7,732			
	Rahat hissedemiyorum	24	23,292	9,553			
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum Ölçeği)	Oldukça rahat	33	40,697	11,722	25,462	0,000	1>3 1>4 2>3 2>4
	Rahat	142	42,514	9,544			
	Az rahat	39	35,051	11,083			
	Rahat hissedemiyorum	24	33,875	8,784			

Karşı cinsin yanında kendisini nasıl hissettiği sorusuna “az rahat” ve “rahat hissedemiyorum” şeklinde cevap veren grupta somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler ve menopoz semptomları toplam puan ortalamaları “oldukça rahat” ve “rahat hissediyorum” şeklinde cevap veren gruptan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Karşı cinsin yanında kendisini nasıl hissettiği sorusuna “az rahat” ve “rahat hissedemiyorum” şeklinde cevap veren grupta ürogenital şikâyetler puan ortalaması “rahat hissediyorum” şeklinde cevap veren gruptan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Karşı cinsin yanında kendisini nasıl hissettiği sorusuna “oldukça rahat” ve “rahat hissediyorum” şeklinde cevap veren grupta menopozla ilgili tutum puan ortalamaları “az rahat” ve “rahat hissedemiyorum” şeklinde cevap veren gruptan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Tablo 26. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyine göre ortalamaları

	Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	Yeterli bilgiye sahibim	115	3,513	2,121	7,746	0,052	
	Az bilgim var	54	3,870	2,155			
	Bilgi sahibi değilim	11	3,636	2,111			
	Etraftan duyduklarımı biliyorum	58	4,500	1,789			
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Yeterli bilgiye sahibim	115	9,435	5,482	7,602	0,055	
	Az bilgim var	54	10,574	5,666			
	Bilgi sahibi değilim	11	10,182	3,868			
	Etraftan duyduklarımı biliyorum	58	11,845	5,350			
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Yeterli bilgiye sahibim	115	3,426	2,779	8,563	0,036	4>1
	Az bilgim var	54	4,019	2,805			
	Bilgi sahibi değilim	11	3,455	2,382			
	Etraftan duyduklarımı biliyorum	58	4,793	3,013			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Yeterli bilgiye sahibim	115	16,374	8,984	10,188	0,017	4>1
	Az bilgim var	54	18,463	9,426			
	Bilgi sahibi değilim	11	17,273	6,467			
	Etraftan duyduklarımı biliyorum	58	21,138	8,761			
Menopoz ile	Yeterli bilgiye sahibim	115	40,417	10,892	5,841	0,120	

İlgili tutum (Tutum ölçeği)	Az bilgim var	54	39,482	10,502			
	Bilgi sahibi değilim	11	33,364	9,003			
	Etraftan duyduklarımı biliyorum	58	41,603	9,915			

Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi açısından katılımcılardan etraftan duyduklarımı biliyorum şeklinde cevap veren grupta ürogenital ve menopoz semptomları toplam puan ortalaması yeterli bilgiye sahibim şeklinde cevap veren gruptan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi çalışmamıza katılan katılımcıların somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler ve menopozla ilgili tutum toplam puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 27. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz sonrası cinsel isteksizliğin değişme durumuna göre ortalamaları

	Menopoz sonrası cinsel isteksizliğin değişme durumu	N	Ort	Ss	MW	p
Somatik şikâyetler	Azaldı	118	4,195	2,043	5739,500	0,011
	Değişiklik olmadı	120	3,492	2,062		
Psikolojik şikâyetler	Azaldı	118	11,703	5,563	5039,500	0,000
	Değişiklik olmadı	120	8,950	5,076		
Ürogenital şikâyetler	Azaldı	118	5,000	2,783	3932,000	0,000
	Değişiklik olmadı	120	2,808	2,518		
Menopoz semptomları toplam	Azaldı	118	20,898	9,276	4636,000	0,000
	Değişiklik olmadı	120	15,250	8,008		
Menopoz ile ilgili	Azaldı	118	38,246	10,311	5572,000	0,004

tutum	Değişiklik olmadı	120	42,058	10,508		
-------	-------------------	-----	--------	--------	--	--

Menopoz sonrası cinsel istekte değişiklik durumu açısından cinsel isteğinde azalma olduğunu belirten grupta somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler ve menopoz semptomları toplam puan ortalaması, menopoz sonrası cinsel isteğinde değişiklik olmadığını belirten grupla kıyaslandığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Menopoz sonrası cinsel isteğinde azalma olduğunu ifade eden grupla cinsel isteğinde değişiklik olmadığını ifade eden grubun menopozla ilgili tutum puanları kıyaslandığında cinsel isteğinde değişiklik olmadığını ifade eden grubun menopoz ile ilgili tutum ortalama puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Arttı diyen iki kişi değişiklik olmadı grubuna eklenerek x2 testi uygulanmıştır.

Tablo 28. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz sonrası en çok destek veren kişiye göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Eşimden	92	3,772	2,071	1,446	0,695
	Çocuklarımdan	48	4,000	2,104		
	Annem ve kardeşlerimden	49	4,061	2,145		
	Arkadaşlarımdan	49	3,592	2,030		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Eşimden	92	9,717	5,223	2,688	0,442
	Çocuklarımdan	48	10,938	5,722		
	Annem ve kardeşlerimden	49	10,000	5,951		
	Arkadaşlarımdan	49	11,143	5,256		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Eşimden	92	3,826	2,687	0,454	0,929
	Çocuklarımdan	48	4,000	2,910		

	Annem ve kardeşlerimden	49	3,755	3,038		
	Arkadaşlarımdan	49	4,061	3,044		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Eşimden	92	17,315	8,716	1,033	0,793
	Çocuklarımdan	48	18,938	9,472		
	Annem ve kardeşlerimden	49	17,816	9,690		
	Arkadaşlarımdan	49	18,796	8,944		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Eşimden	92	39,685	10,722	2,170	0,538
	Çocuklarımdan	48	38,917	10,989		
	Annem ve kardeşlerimden	49	41,531	11,859		
	Arkadaşlarımdan	49	40,939	8,343		

Menopoz sonrası dönemde en çok destek alınan kişi değişkeni çalışmamıza katılan katılımcıların menopoz semptomları (somatik, psikolojik, ürogenital şikâyetler) ve menopozal tutum toplam puan ortalaması üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 29. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz sonrasında kadın olmaktan pişmanlık duymaya göre ortalamaları

	Menopoz sonrasında kadın olmaktan pişmanlık duyma	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	Sık sık	15	5,467	1,846	19,902	0,000	1>3
	Ara sıra	22	4,955	1,759			1>4
	Nadiren	21	4,095	1,921			2>4
	Hiç duymadım	180	3,539	2,051			

Psikolojik şikâyetler (MRS)	Sık sık	15	13,867	5,768	31,199	0,000	1>4
	Ara sıra	22	14,818	3,825			2>4
	Nadiren	21	12,571	5,418			3>4
	Hiç duymadım	180	9,206	5,186			
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Sık sık	15	5,867	3,159	16,615	0,001	1>4
	Ara sıra	22	5,500	2,824			2>4
	Nadiren	21	4,191	2,581			
	Hiç duymadım	180	3,500	2,757			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Sık sık	15	25,200	10,080	30,126	0,000	1>4
	Ara sıra	22	25,273	7,018			2>4
	Nadiren	21	20,857	9,013			3>4
	Hiç duymadım	180	16,244	8,472			
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Sık sık	15	36,200	11,663	14,487	0,002	4>3
	Ara sıra	22	36,682	11,610			
	Nadiren	21	33,619	11,147			
	Hiç duymadım	180	41,689	9,861			

Menopoz sonrası dönemde kadın olmaktan pişmanlık duyma durumuna göre hiç pişmanlık duymayan grupta psikolojik, ürogenital şikâyetler ve menopoz semptomları toplam puan ortalamasında sık sık, ara ara ve nadiren pişmanlık duyan gruptan anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Menopoz sonrası dönemde kadın olduğuna sık sık pişmanlık duyan grupta somatik şikâyetler puan ortalaması, nadiren pişmanlık duyan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Menopoz sonrası dönemde kadın olduğuna hiç pişmanlık duymayan grupta menopozla ilgili tutum puan ortalaması, kadın olduğuna nadiren pişmanlık duyan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 30. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopoz sürecini nasıl geçirdiğine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	Çok rahat	27	2,259	2,194	59,097	0,000	3>1
	Rahat	59	2,864	1,795			4>1
	Az sıkıntılı	82	3,878	1,855			3>2
	Çok sıkıntılı	70	5,229	1,590			4>2 4>3
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Çok rahat	27	5,963	5,424	52,022	0,000	2>1
	Rahat	59	7,831	3,878			3>1
	Az sıkıntılı	82	10,829	5,065			4>1 3>2
	Çok sıkıntılı	70	13,486	5,138			4>2 4>3
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Çok rahat	27	2,333	2,542	19,919	0,000	3>1
	Rahat	59	3,203	2,333			4>1
	Az sıkıntılı	82	4,049	2,832			4>2
	Çok sıkıntılı	70	4,900	3,061			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Çok rahat	27	10,556	9,146	58,065	0,000	2>1
	Rahat	59	13,898	6,520			3>1
	Az sıkıntılı	82	18,756	8,234			4>1

	Çok sıkıntılı	70	23,614	8,273			3>2 4>2 4>3
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Çok rahat	27	41,296	11,289	10,175	0,017	2>3 2>4
	Rahat	59	43,170	10,771			
	Az sıkıntılı	82	39,585	10,613			
	Çok sıkıntılı	70	37,886	9,571			

Menopoz sürecini az sıkıntılı ve çok sıkıntılı geçiren katılımcıların somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler ve menopoz semptomları toplam puan ortalamaları bu süreci çok rahat geçirenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Menopoz sürecini rahat geçiren katılımcıların menopozla ilgili tutum puan ortalamaları düzeyi, az sıkıntılı ve çok sıkıntılı geçirenlerin menopoz ile ilgili tutum puan ortalamaları düzeyinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Menopoza girdiğini ilk olarak kime söylediği, kaç yıldır menopozda olduğu ve menopoza girme şekli çalışmamıza katılan katılımcıların somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler, toplam menopoz semptomlarını ve menopoz ile ilgili tutum puan ortalamaları düzeyinde anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 31. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin menopozda rahatsızlıklar için tedavi alma durumuna göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Somatik şikâyetler (MRS)	Hayır, hiç almadım	183	3,628	2,087	10,547	0,005	3>1
	Düzensiz kullandım	9	3,667	1,414			
	Kullandım bıraktım	46	4,717	1,951			
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Hayır, hiç almadım	183	9,716	5,260	7,622	0,022	3>1
	Düzensiz kullandım	9	11,222	3,993			

	Kullandım bıraktım	46	12,522	6,106			
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Hayır, hiç almadım	183	3,825	2,848	0,478	0,787	
	Düzensiz kullandım	9	3,556	1,424			
	Kullandım bıraktım	46	4,239	3,150			
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Hayır, hiç almadım	183	17,169	8,873	6,813	0,033	3>1
	Düzensiz kullandım	9	18,444	4,799			
	Kullandım bıraktım	46	21,478	9,888			
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Hayır, hiç almadım	183	41,159	10,065	6,652	0,036	1>3
	Düzensiz kullandım	9	40,444	13,389			
	Kullandım bıraktım	46	36,174	11,216			

Menopoz sonrası dönemde yaşadıkları rahatsızlıklar için ilaç (hormon tedavisi) kullanıp bırakan katılımcıların somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler ve toplam menopoz semptomları puan ortalamaları hiç kullanmamış olan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Menopoz sonrası dönemde ilaç kullanımı açısından hiç kullanmayan katılımcıların menopoz ile ilgili tutum düzeyi puan ortalamaları kullanıp bırakan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 32. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşam boyunca daha çok bulunulan yerleşim yerine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Büyükşehir	216	3,806	2,064	2135,500	0,430
	Diğer	22	4,182	2,239		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Büyükşehir	216	10,306	5,529	2339,500	0,905
	Diğer	22	10,409	5,188		

Ürogenital şikâyetler (MRS)	Büyükşehir	216	3,894	2,879	2330,000	0,880
	Diğer	22	3,909	2,793		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Büyükşehir	216	18,005	9,111	2300,000	0,805
	Diğer	22	18,500	9,107		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Büyükşehir	216	40,505	10,702	1790,000	0,057
	Diğer	22	36,864	8,604		

Tablo 33. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin yaşamları boyunca herhangi bir işte çalışma durumuna göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Evet	139	3,612	2,045	5833,500	0,044
	Hayır	99	4,162	2,093		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Evet	139	9,583	5,323	5592,500	0,014
	Hayır	99	11,343	5,577		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Evet	139	3,763	2,955	6331,000	0,291
	Hayır	99	4,081	2,739		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Evet	139	16,957	8,859	5746,500	0,030
	Hayır	99	19,586	9,239		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Evet	139	41,259	10,057	5986,000	0,087
	Hayır	99	38,636	11,107		

Yaşamları boyunca herhangi bir işte çalışan katılımcıların somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler ve toplam menopoz semptomları puan ortalamaları yaşamları boyunca herhangi bir işte çalışmayan gruptan anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Tablo 34. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin çocuk sahibi olma durumuna göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Evet	205	3,859	2,064	3233,500	0,682
	Hayır	33	3,727	2,198		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Evet	205	10,507	5,581	2872,500	0,164
	Hayır	33	9,121	4,775		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Evet	205	4,049	2,809	2496,500	0,015
	Hayır	33	2,939	3,071		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	Evet	205	18,415	9,128	2764,000	0,092
	Hayır	33	15,788	8,667		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Evet	205	40,073	10,293	3246,500	0,711
	Hayır	33	40,758	12,273		

Çocuk sahibi olan katılımcıların ürogenital şikâyetler puanları çocuk sahibi olmayanların ürogenital şikâyetler puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 35. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum düzeylerinin düzenli ilaç kullanım durumuna göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Somatik şikâyetler (MRS)	Evet	130	3,954	2,105	6472,000	0,296
	Hayır	108	3,704	2,047		
Psikolojik şikâyetler (MRS)	Evet	130	10,723	5,415	6365,500	0,215
	Hayır	108	9,824	5,560		
Ürogenital şikâyetler (MRS)	Evet	130	4,085	2,842	6356,500	0,207
	Hayır	108	3,667	2,891		

Menopoz semptomları toplam (MRS)	Evet	130	18,762	9,118	6303,000	0,175
	Hayır	108	17,194	9,031		
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Evet	130	40,392	10,381	6857,000	0,758
	Hayır	108	39,898	10,821		

Menopozla ilgili şikâyetler açısından ilaç kullanım durumu, menopoz öncesi dönemde olumsuz yaşanma durumu ve sistemik hastalık varlığı katılımcıların somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler, toplam menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutum puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 36. Menopoz semptomları ve menopoz ile ilgili tutumlar arasındaki ilişki

		Somatik şikâyetler(MRS)	Psikolojik şikâyetler(MRS)	Ürogenital şikâyetler(MRS)	Menopoz semptomları toplam(MRS)	Menopoz ile ilgili tutum(Tutum ölçeği)
Somatik şikâyetler (MRS)	r	1,000				
	p	0,000				
Psikolojik şikâyetler (MRS)	r	0,677**	1,000			
	p	0,000	0,000			
Ürogenital şikâyetler (MRS)	r	0,475**	0,602**	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000		
Menopoz semptomları toplam (MRS)	r	0,787**	0,948**	0,787**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	

Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	r	-0,109	-0,238**	-0,094	-0,198**	1,000
	p	0,094	0,000	0,146	0,002	0,000

Psikolojik şikâyetler ve somatik şikâyetler arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Ürogenital şikâyetler ve somatik şikâyetler arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Ürogenital şikâyetler ve psikolojik şikâyetler arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Menopoz Semptomları Toplam ve somatik şikâyetler arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Menopoz Semptomları Toplam ve psikolojik şikâyetler arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Menopoz Semptomları Toplam ve ürogenital şikâyetler arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Menopoz İle İlgili Tutum ve psikolojik şikâyetler arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Menopoz ile ilgili tutum ve menopoz semptomları toplam arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 37. Menopoz semptomları alt boyutlarının menopoz ile ilgili tutum üzerine etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model(p)	R ²
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Sabit	44,200	29,084	0,000	5,391	0,001	0,053
	Somatik şikâyetler (MRS)	0,448	1,020	0,309			
	Psikolojik şikâyetler (MRS)	-0,651	-3,552	0,000			
	Ürogenital şikâyetler (MRS)	0,248	0,843	0,400			

Somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler ile menopozal tutum arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopozal tutum düzeyinin belirleyicisi olarak somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler, ürogenital şikâyetler değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların somatik ve ürogenital şikâyetleri düzeyinin menopozal tutumu etkilemediği, psikolojik şikâyetleri düzeyinin menopozal tutum puanları düzeyini azalttığı saptanmıştır.

Tablo 38. Menopoz semptomlarının menopoz ile ilgili tutum üzerine etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model(p)	R ²
Menopoz ile ilgili tutum (Tutum ölçeği)	Sabit	44,329	29,605	0,000	9,673	0,002	0,035
	Menopoz semptomları toplam (MRS)	-0,231	-3,110	0,002			

Menopoz semptomları toplam ile menopoz ile ilgili tutum arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Menopoz ile ilgili tutum düzeyinin belirleyicisi olarak menopoz semptomları toplam değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür. Kadınların menopoz semptomları toplam düzeyi menopoz ile ilgili tutum düzeyini azaltmaktadır.

Çalışmamızda; katılımcıların yaşı ile sistemik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, menopoza girme şekli, menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi, menopoza girdiğini ilk olarak kime söylediği, arkadaş ve ailenin destek olma durumu, menopoz döneminde en çok desteğin alındığı kişi ve menopoz sürecinin rahat geçirilme derecesi arasında anlamlı ilişkisi saptanmamıştır. ($X^2=1,662$ $p=0,436$; $X^2=1,294$ $p=0,524$; $X^2=7,146$ $p=0,128$; $X^2=9,040$ $p=0,171$; $X^2=10,918$ $p=0,364$; $X^2=6,414$ $p=0,378$; $X^2=5,558$ $p=0,474$; $X^2=7,173$ $p=0,305$; $X^2=4,380$ $p=0,625$).

Çalışmamızda; katılımcıların yaşı ile menopoz sonrası dönemde karşı cinsin yanında rahat hissetme durumu, cinsel isteğindeki değişim, adetten kesilmeyi kabullenme durumu, genel olarak kaygı ve endişelerde değişim, farklı toplumlarda menopoza farklı

yaklaşıldığını düşünme, menopozda yaşanan rahatsızlıklar açısından tedavi alma durumu, çevrenin menopoz söylemlerinden etkilenme durumu ve menopoz sonrası dönemde kimden bilgi alınması gerektiğini düşünme arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($X^2=5,289$ $p=0,507$; $X^2=4,477$ $p=0,345$; $X^2=6,049$ $p=0,418$; $X^2=8,845$ $p=0,065$; $X^2=4,627$ $p=0,328$; $X^2=1,467$ $p=0,832$; $X^2=15,267$ $p=0,123$; $X^2=4,938$ $p=0,294$).

Çalışmamızda; katılımcıların BKİ ile adetten kesilmeyi kabullenme durumu, karşı cinsin yanında kendini rahat hissetme durumu, cinsel isteğindeki değişim, kaygı ve endişelerdeki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

($X^2=10,344$, $p=0,586$; $X^2=13,698$ $p=0,320$; $X^2=5,096$ $p=0,747$; $X^2=8,827$ $p=0,357$).

Ancak, BKİ açısından morbid obez grubunda olan katılımcıların %57,1'i menopoz dönemini anlamlı derecede daha rahat geçirdiklerini ifade etmişlerdir. ($p=0,019$) ($X^2=24,234$ $p=0,019$).

Çalışmamızda; katılımcıların mesleği ile menopoz dönemi hakkındaki bilgi düzeyi, menopoza girdiğini ilk olarak kime söylediği, aile ve arkadaşların destek olma durumu, en çok destek veren kişi, menopoz sürecini rahat geçirme durumu, adetten kesilmeyi kabullenme ve karşı cinsin yanında rahat hissetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($X^2=16,784$, $p=0,010$; $X^2=10,021$, $p=0,439$; $X^2=2,771$, $p=0,837$; $X^2=4,856$, $p=0,562$; $X^2=14,165$, $p=0,028$; $X^2=11,286$, $p=0,080$; $X^2=8,627$, $p=0,196$; $X^2=10,256$, $p=0,114$).

Tablo 39. Menopoz sonrası cinsel isteğin değişme durumu ile meslek arasındaki ilişki

Menopoz Sonrası Cinsel İsteksizliğin Değişme Durumu	Meslek								X²/p
	Emekli		Ev Hanımı		Diğer		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Azaldı	32	%38,6	66	%60,0	20	%44,4	118	%49,6	X²=9,289 p=0,010
Değişiklik Olmadı	51	%61,4	44	%40,0	25	%55,6	120	%50,4	
Toplam	83	%100,0	110	%100,0	45	%100,0	238	%100,0	

Menopoz sonrası cinsel isteğin değışme durumu ile kadınların çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hiç çalışmamış olanların daha fazla oranda cinsel istek kaybı yaşadığı gözlenmiştir. Arttı diyen iki kişi değışiklik olmadı grubuna eklenerek x2 testi uygulanmıştır.

Katılımcılarımızın çalışma durumu ile menopoz öncesinde olumsuz bir olay yaşama durumu, menopoz sonrası dönemde kaygı ve endişelerde değışim durumu, menopoza farklı toplumlarda farklı yaklaşıldığını düşünme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($X^2=5,774$, $p=0,056$; $X^2=5,173$, $p=0,270$; $X^2=7,773$, $p=0,100$)

Katılımcılarımızın çalışma durumu ile menopozda yaşanan rahatsızlıklar için tedavi alma durumu, çevrenin menopoz söylemlerinden etkilenme durumu ve menopoz sonrası dönemde ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerin kimden alınması gerektiğini düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($X^2=5,515$, $p=0,238$; $X^2=10,146$, $p=0,428$; $X^2=6,637$, $p=0,156$).

Çalışmamızda; katılımcılarımızın daha çok yaşadıkları yerleşim yeri ile menopozda olma süresi, sistemik hastalık varlığı, düzenli olarak ilaç kullanma durumu, menopoza girme şekli, menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi ve menopoza girdiğini ilk olarak söylediği kişi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($X^2=4,711$ $p=0,581$; $X^2=5,311$ $p=0,150$; $X^2=5,489$ $p=0,139$; $X^2=2,674$ $p=0,848$; $X^2=13,231$ $p=0,152$; $X^2=16,369$ $p=0,358$).

Çalışmamızda; katılımcılarımızın daha çok yaşadıkları yerleşim yeri ile menopoz döneminde aile ve arkadaşlarından destek alma durumu, menopoz döneminde en fazla destek alınan kişi, karşı cinsin yanında kendini rahat hissetme durumu, menopoz döneminde cinsel isteğindeki değışim ve menopoz öncesi dönemde olumsuz olay yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($X^2=16,758$ $p=0,053$; $X^2=4,073$ $p=0,907$; $X^2=14,074$ $p=0,120$; $X^2=10,311$ $p=0,326$; $X^2=6,311$ $p=0,389$; $X^2=0,642$ $p=0,887$).

Çalışmamızda; katılımcılarımızın daha çok yaşadıkları yerleşim yeri ile menopoz dönemini rahat geçirme durumu, adetten kesilmeyi kabullenme durumu, menopoz döneminde kaygı ve endişelerdeki değışim arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($X^2=10,737$ $p=0,294$; $X^2=6,931$ $p=0,644$; $X^2=6,055$ $p=0,417$).

Çalışmamızda; katılımcılarımızın daha çok yaşadıkları yerleşim yeri ile menopoza farklı toplu toplumlarda farklı yaklaşıldığını düşünme, menopoz döneminde yaşanan rahatsızlıklar için tedavi alma durumu, çevrenin menopoz söylemlerine etkisi ve menopoz sonrası dönemde bilgilerin kimden alınması gerektiğini düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($X^2=4,080$ $p=0,666$; $X^2=8,774$ $p=0,187$; $X^2=10,633$ $p=0,778$; $X^2=0,309$ $p=0,999$).

Çalışmamızda; katılımcılarımızın algıladıkları gelir düzeyi ile menopoz sürecini rahat geçirme durumu, adetten kesilmeyi kabullenme durumu ve menopoz döneminde kaygı ve endişelerdeki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($X^2=6,662$ $p=0,353$; $X^2=3,443$ $p=0,752$; $X^2=2,725$ $p=0,605$).

Çalışmamızda evli olan katılımcılarımızın %45,2'si menopoza girdiğini ilk olarak eşlerine söylediklerini ifade ederken bekâr olan katılımcılarımızın %50'si ise menopoza girdiklerini ilk olarak annelerine, kardeşlerine veya aileden başka birine söylediklerini ifade etmektedir. ($X^2=45,725$ $p=0,000$).

Çalışmamızda bekâr katılımcılarımızın %55'i menopoz döneminde ailelerinin oldukça destek olduklarını ifade etmektedirler. ($X^2=17,539$ $p=0,041$).

Çalışmamızda bekâr olan katılımcılarımızın %70'i menopoz döneminde arkadaşlarının oldukça destek olduklarını ifade etmektedirler. ($X^2=26,018$ $p=0,002$).

Çalışmamızda evli olan katılımcıların %52,7'si menopoz döneminde en çok desteği eşlerinden aldıklarını ifade etmişlerdir. ($X^2=40,472$ $p=0,000$).

Çalışmamızda; katılımcıların medeni durumu ile menopoz sürecini rahat geçirme durumu, adetten kesilmeyi kabullenme durumu, karşı cinsin yanında kendini rahat hissetme durumu, menopoz döneminde cinsel isteğindeki değişim, kaygı ve endişelerdeki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($X^2=8,580$ $p=0,477$; $X^2=2,832$ $p=0,971$; $X^2=7,366$ $p=0,599$; $X^2=11,268$ $p=0,080$; $X^2=1,682$ $p=0,946$).

Tablo 40. Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki

Menopoz Dönemi ile İlgili Bilgi Düzeyi	Eğitim Düzeyi								Toplam		X ² /p
	İlkokul Ve Altı		Ortaokul Ve Dengi Mezunu		Lise Ve Dengi Mezunu		Üniversite Mezunu				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yeterli bilgiye sahibim	20	%24,1	11	%37,9	48	%60,0	36	%78,3	115	%48,3	X ² =54,580 p=0,000
Az bilgim var	20	%24,1	9	%31,0	21	%26,2	4	%8,7	54	%22,7	
Bilgi sahibi değilim	9	%10,8	1	%3,4	1	%1,2	0	%0,0	11	%4,6	
Etraftan duyduklarımı biliyorum	34	%41,0	8	%27,6	10	%12,5	6	%13,0	58	%24,4	
Toplam	83	%100,0	29	%100,0	80	%100,0	46	%100,0	238	%100,0	

Çalışmamızda üniversite mezunu olan katılımcılarımızın %78,3'ünün menopoz dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade ettiğini ($X^2=54,580$ $p=0,000$), %39,1'inin menopoza girdiklerini ilk olarak eşlerine söylediklerini ($X^2=25,959$ $p=0,038$), %45,7'sinin menopoz döneminde en çok desteği eşlerinden gördüklerini ($X^2=18,852$ $p=0,026$) saptadık.

Çalışmamızda lise ve dengi mezunu olan katılımcılarımızın %55'inin menopoz döneminde arkadaşlarından oldukça destek gördükleri saptanmıştır. ($X^2=28,310$ $p=0,001$).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe menopoz sürecini daha rahat geçirdikleri saptanmıştır. ($X^2=18,251$ $p=0,032$).

Çalışmamızda; katılımcıların eğitim düzeyi ile ailenin menopoz sürecinde destek olma durumu ve adetten kesilmeyi kabullenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($X^2=15,108$ $p=0,088$; $X^2=14,853$ $p=0,095$).

Çalışmamızda; katılımcıların eğitim düzeyi ile menopoza döneminde cinsel istekte değişim durumu ve karşı cinsin yanında kendini rahat hissetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üniversite mezunu olan kadınların %65'i menopoza sonrası cinsel isteginde değişim olmadığını bildirmiş ve %78,3'ü kendisini karşı cinsin yanında rahat hissettiğini söylemiştir. ($X^2=15,103$ $p=0,019$; $X^2=35,347$ $p=0,000$).

Tablo 41. Farklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki

Faklı Toplumlarda Menopoza Farklı Yaklaşıldığını Düşünme	Eğitim Düzeyi								Toplam		X ² /p
	İlkokul Ve Altı		Ortaokul Ve Dengi Mezunu		Lise Ve Dengi Mezunu		Üniversite Mezunu				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet	30	%36,1	13	%44,8	45	%56,2	30	%65,2	118	%49,6	X ² =20,398 p=0,002
Hayır	17	%20,5	10	%34,5	17	%21,2	10	%21,7	54	%22,7	
Bu konu hakkında fikrim yok	36	%43,4	6	%20,7	18	%22,5	6	%13,0	66	%27,7	
Toplam	83	%100,0	29	%100,0	80	%100,0	46	%100,0	238	%100,0	

Farklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Daha eğitilmiş kadınların daha fazla oranda farklı toplumlarda menopoza farklı şekillerde yaklaşıldığını düşündüğü görülmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeyi ile çevrenin menopoza ile ilgili söylemlerinden ne kadar etkilendiği ve kimden bilgi alınması gerektiğini düşünme durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Katılımcılar çevrelerindeki menopoza ilgili söylemleri her eğitim seviyesinde, dikkate almadıklarını ($X^2=13,886$, $p=0,534$) ve her eğitim seviyesindeki katılımcılar doktordan bilgi alınması gerektiğini ($X^2=7,742$, $p=0,258$) bildirmişlerdir.

Çocuk sahibi olma durumu ile kadınların adetten kesilince neler hissettiği ($X^2=2,569$, $p=0,463$), menopoza sürecini nasıl geçirdiği ($X^2=1,849$, $p=0,604$) ve genel olarak

kaygı ve endişelerde değişim olma durumu ($X^2=0,022$ $p=0,989$) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 42. Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki

Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi	Çalışma durumu						X ² /p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Yeterli bilgiye sahibim	79	%56,8	36	%36,4	115	%48,3	X ² =11,058 p=0,011
Az bilgim var	29	%20,9	25	%25,3	54	%22,7	
Bilgi sahibi değilim	4	%2,9	7	%7,1	11	%4,6	
Etraftan duyduklarımı biliyorum	27	%19,4	31	%31,3	58	%24,4	
Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	

Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyi ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce çalışmış olanların çoğunluğunun menopoz dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 43. Menopoz sonrası en çok destek veren kişi ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki

Menopoz sonrası en çok destek veren kişi	Çalışma durumu						X ² /p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Eşimden	49	%35,3	43	%43,4	92	%38,7	X ² =12,108 p=0,007
Çocuklarımdan	21	%15,1	27	%27,3	48	%20,2	
Annem ve kardeşlerimden	37	%26,6	12	%12,1	49	%20,6	
Arkadaşlarımdan	32	%23,0	17	%17,2	49	%20,6	

Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	
--------	-----	--------	----	--------	-----	--------	--

Çalışmamızda hiç çalışmamış katılımcılarımızın %43,4'ü menoz döneminde en çok desteği eşlerinden aldıklarını ifade etmektedirler ($p<0.05$).

Tablo 44. Menoz sürecini nasıl geçirdiği ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki

Menopoz sürecini nasıl geçirdiği	Çalışma durumu						X ² /p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Çok rahat	19	%13,7	8	%8,1	27	%11,3	X ² =6,570 p=0,087
Rahat	34	%24,5	25	%25,3	59	%24,8	
Az sıkıntılı	53	%38,1	29	%29,3	82	%34,5	
Çok sıkıntılı	33	%23,7	37	%37,4	70	%29,4	
Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	

Menoz sürecini rahat geçirme durumu ile ömür boyunca çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 45. Menstrüasyon kesilince neler hissettiği ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki

Adetten kesilince neler hissettiği	Çalışma durumu						X ² /p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Çok doğal karşıladım	53	%38,1	38	%38,4	91	%38,2	X ² =6,079 p=0,108
Sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim	71	%51,1	40	%40,4	111	%46,6	
Kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı	14	%10,1	18	%18,2	32	%13,4	

Hiç kabullenemedim	1	%0,7	3	%3,0	4	%1,7	
Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	

Menstrüasyondan kesilmeyi kabullenme durumu ile ömür boyu çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 46. Karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiği ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki

Karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiği	Çalışma durumu						X ² /p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Oldukça rahat	22	%15,8	11	%11,1	33	%13,9	X ² =10,654 p=0,014
Rahat	91	%65,5	51	%51,5	142	%59,7	
Az rahat	17	%12,2	22	%22,2	39	%16,4	
Rahat hissedemiyorum	9	%6,5	15	%15,2	24	%10,1	
Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	

Karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiği ile ömür boyunca çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce çalışmış olan grubun çoğunluğunun karşı cinsin yanında rahat hissettikleri görülmektedir.

Tablo 47. Menopoz sonrası cinsel isteğin değişme durumu ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki

Menopoz sonrası cinsel isteksizliğin değişme durumu	Çalışma durumu						X ² /p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	

Azaldı	55	%39,6	63	%63,6	118	%49,6	X ² =13,398 p=0,0001
Değişiklik olmadı	84	%60,4	36	%36,4	120	%50,4	
Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	

Menopoz sonrası cinsel istekte değişim durumu ile daha önce çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Daha önce çalışmış olan katılımcılarımızın %60,4'ü cinsel isteğinde değişiklik olmadığını ifade ederken; daha önce hiç çalışmamış olan katılımcılarımızın %63,6'sı cinsel isteğinde azalma olduğunu ifade etmiştir.

Arttı diyen iki kişi değişiklik olmadı grubuna eklenerek x2 testi uygulanmıştır.

Tablo 48. Genel olarak kaygı ve endişelerde değişim olma durumu ile çalışma durumu arasındaki ilişki

Genel olarak kaygı ve endişelerde değişim olma durumu	Çalışma durumu						X ² /p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Hayır eskisi gibiyim	92	%66,2	55	%55,6	147	%61,8	X ² =3,949 p=0,139
Daha çok kaygılıyım	34	%24,5	36	%36,4	70	%29,4	
Daha az kaygılıyım	13	%9,4	8	%8,1	21	%8,8	
Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	

Genel olarak kaygı ve endişelerde değişim olma durumu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 49. Farklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki

Farklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme	Çalışma durumu			X ² /p
	Evet	Hayır	Toplam	

	n	%	n	%	n	%	
Evet	78	%56,1	40	%40,4	118	%49,6	X ² =6,001 p=0,050
Hayır	26	%18,7	28	%28,3	54	%22,7	
Bu konu hakkında fikrim yok	35	%25,2	31	%31,3	66	%27,7	
Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	

Faklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünme ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce herhangi bir işte çalışmış grupta menopoza farklı toplumlarda daha farklı yaklaşıldığını düşünme oranı daha fazladır.

Menopozda rahatsızlıklar için tedavi alma durumu ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=1,089$, $p=0,580$).

Tablo 50. Çevrenin menopoz söylemlerinin ne kadar etkilediği ile ömür boyunca çalışma durumu arasındaki ilişki

Çevrenin menopoz söylemlerinin ne kadar etkilediği	Çalışma durumu						X ² /p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Dikkate almıyorum	81	%58,3	44	%44,4	125	%52,5	X ² =12,364 p=0,030
Kesinlikle dikkate alıyorum	16	%11,5	16	%16,2	32	%13,4	
Onların söylediklerini doktoruma danışıyorum	33	%23,7	20	%20,2	53	%22,3	
Aklımda şüpheli durumlar yaratıyor	5	%3,6	14	%14,1	19	%8,0	
İlaçlardan korkmama neden oluyor	3	%2,2	3	%3,0	6	%2,5	
Komşularımın sözlerinden dolayı ilaç kullanmayı bıraktım	1	%0,7	2	%2,0	3	%1,3	
Toplam	139	%100,0	99	%100,0	238	%100,0	

Çevrenin menopoz söylemlerinin ne kadar etkilediği ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce herhangi bir işte çalışmış grupta çevrenin menopoz hakkındaki söylemlerinin dikkate alınmama oranının daha fazla olduğu görülmekteyken, menopozla ilgili kimden bilgi alınması gerektiğini düşünme ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,771$, $p=0,680$).

Tablo 51. Menopoza girdiğini ilk kime söylediği ile yaşanan aile yapısı arasındaki ilişki

Menopoza girdiğini ilk kime söylediği	Yaşanılan aile yapısı								X²/p
	Çekirdek aile		Geleneksel geniş aile		Yalnız yaşıyorum		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Eşime	71	%37,0	2	%20,0	3	%8,3	76	%31,9	X²=23,190 p=0,010
Anneme, kardeşime, aileden başka birine	56	%29,2	7	%70,0	12	%33,3	75	%31,5	
Arkadaşıma	20	%10,4	0	%0,0	9	%25,0	29	%12,2	
Komşuma	3	%1,6	0	%0,0	1	%2,8	4	%1,7	
Doktoruma	30	%15,6	0	%0,0	8	%22,2	38	%16,0	
Hiç kimseye	12	%6,2	1	%10,0	3	%8,3	16	%6,7	
Toplam	192	%100,0	10	%100,0	36	%100,0	238	%100,0	

Menopoza girdiğini ilk kime söylediği ile yaşanan aile yapısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Geleneksel geniş ailede yaşayanların menopoza girdiğini ilk anne, kardeş ya da aileden başka birine söylediği görülürken çekirdek ailede yaşayanların ise daha çok eşiyle paylaştığı görülmektedir.

Ailenin menopoz durumuna destek olma durumu ile yaşanan aile yapısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=11,911$, $p=0,064$).

Tablo 52. Menopoz sonrası en çok destek veren kişi ile yaşanan aile yapısı arasındaki ilişki

Menopoz sonrası en çok destek veren kişi	Yaşanılan aile yapısı								X ² /p
	Çekirdek aile		Geleneksel geniş aile		Yalnız yaşıyorum		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Eşimden	82	%42,7	4	%40,0	6	%16,7	92	%38,7	X ² =14,408 p=0,025
Çocuklarımdan	40	%20,8	2	%20,0	6	%16,7	48	%20,2	
Annem ve kardeşlerimden	36	%18,8	3	%30,0	10	%27,8	49	%20,6	
Arkadaşlarımdan	34	%17,7	1	%10,0	14	%38,9	49	%20,6	
Toplam	192	%100,0	10	%100,0	36	%100,0	238	%100,0	

Menopoz sonrası en çok destek veren kişi ile yaşanan aile yapısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların daha çok eşlerinden destek aldığı yalnız yaşayanların ise daha çok arkadaşlarından destek aldığı görülmektedir.

Katılımcıların, menopoz sürecini nasıl geçirdiği, menstrüasyon kesilince neler hissettiği , menopoz sonrası cinsel isteğin değişme durumu ve genel olarak kaygı ve endişelerde değişim olma durumu ile yaşanan aile yapısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. ($X^2=4,287$, $p=0,638$; $X^2=8,053$, $p=0,234$; $X^2=4,024$, $p=0,4039$; $X^2=2,208$, $p=0,698$).

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Özellikler, Tanımlayıcı Özellikler ve Menopoza İlişkin Genel Özelliklerin Tartışılması

Ülkemizde de dünyadakine paralel olarak doğumda beklenen yaşam süresi uzadığından kadın hayatının yaklaşık üçte birinin postmenopozal döneme yani pek çok yaşlılık probleminin de yaşandığı bir döneme denk gelmesi nedeniyle yaşam kalitesi açısından kadın hayatının zor bir dönemi olduğu belirtilmektedir (10, 38).

Klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumlarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmamıza toplam 238 kadın hasta katılmış olup yaş ortalaması (min:45, max:60) $54.903 \pm 3,847$ yıl olarak hesaplanmıştır (tablo 9) . Katılımcıları yaş aralığına göre gruplandırdığımızda %18,9'u 45-50 yaş, %28,6'sı 51-55 yaş ve %52,5'i ise 56-60 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (tablo 5). Klimaterik dönemdeki kadınlarda bu döneme özgü belirti ve yakınmaları incelemek amacıyla yapılan çalışmalarla kıyasladığımızda, çalışmamızda yaş ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Bunu en az beş yıldır menopozda olan kadınları çalışmamıza dâhil etmemize bağlayabiliriz. Örneğin, Aydemir' in Edirne il merkezinde 40-59 yaş grubu 410 kadın ile yapmış olduğu çalışmada (6) katılımcıların yaş ortalamaları 48.18 ± 5.41 , Timur ve Şahin'in Malatya'da 45-59 yaş arası 887 menopozal kadınla yaptığı çalışmada (39) 50.55 ± 4.13 , Tortumluoğlu ve Erci'nin Erzurum ilinde 40-60 yaş arası 87 klimakterik kadın üzerinde yaptığı çalışmada (34) 48.36 ± 6.49 olarak saptanmıştır. 2007 yılında San Cayetano Municipio köyünde Afro-Kolombian kadınlarla, menopoz semptomlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada (40), yaş ortalaması $47,9 \pm 5,9$ yıl olarak saptanmıştır. Suudi Arabistan, Riyad'da 2015 yılında menopozal semptomların yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmış olan bir çalışmada (41), katılımcıların yaş ortalaması $49,7 \pm 3,5$ yıl olarak saptanmıştır. Mısırdaki Mansoura Üniversitesinde yapılan bir araştırmada (42) katılımcıların yaş ortalaması $52.09 \pm 3,0$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmalara perimenopozal dönemdeki kadınların da dâhil edilmelerinden dolayı yaş ortalamalarının bizim çalışmamızdan daha düşük olduğunu düşünüyoruz.

Obezite dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık problemidir. Çalışmamıza katılan katılımcılar VKI açısından incelendiğinde; %29,4'ünün normal kilolu, %41,2'sinin fazla kilolu, %29,4'ünün ise obez olduğu saptanmıştır (tablo 5). Türkiye İstatistik Kurumu'nun

raporuna göre (43), 2014 yılında 15 yaş üzeri kadınların %5,5'i düşük kilolu, %40,7'si normal kilolu ve %53,8'inin ise VKI 25'in üzerinde olup fazla kilolu veya obezdir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %70,6'sının VKI'si 25'in üzerinde saptanmıştır. Bizim çalışmamızda bulguların Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) raporundan daha yüksek saptanmasının sebebini TUIK'in 15yaş üzeri kadınlarda yapılmış olmasına bağlayabiliriz. Çalışmamıza benzer şekilde Ceylan B.'nin Eskişehir'de 2010 yılında 1030 menopozal kadın ile yapmış olduğu çalışmasında (1) ; katılımcıların %25,8'i normal kilolu, %42,1'i fazla kilolu ve %30,7'si ise obez olarak saptanmıştır. Lu ve arkadaşlarının Sydney'de yaşayan 203 Hintli kadın üzerinde yaptıkları çalışmada (44) katılımcıların %9,4'ünün, Liu ve Eden'in Sydney'de yaşayan 310 Çin'li kadınla yapmış oldukları çalışmada (45) katılımcıların %2,1'inin, Williams ve arkadaşlarının Amerika'da 40-65 yaş arası 2703 postmenopozal kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada (46) ise katılımcıların %36'sının obez olduğu saptanmıştır. Aldughaiter'in çalışmasında (41) ise katılımcıların %42'si aşırı kilolu, %20,2'si obez olarak saptanmıştır. Toplumlar arasında bu farklı sonuçların çıkması, beslenme kültürünün ve alışkanlıklarının, genetik ve coğrafik faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir. Menopoz döneminin kadınlar için kilo alma açısından riskli dönemleri olduğu ortalama 1-3 kg aldıkları bildirilmektedir (47).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde; %3,7'si okuryazar değil veya okuryazar, %31,1'i ilkokul mezunu, %12,2'si ortaokul veya dengi mezunu, %33,6'sı lise veya dengi mezunu, %19,3'ü üniversite mezunu oldukları saptanmıştır (tablo 5). Çalışmamızda katılımcıların %52,9'unun lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip oldukları saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre (48); 45-49 yaş arası kadınların %5,8'i okuryazar değil veya okuryazar, %50,6'sı ilkokul mezunu, %13,3'ü ortaokul mezunu, %30,13'ü ise lise ve üzeri mezunudur. TNSA 2013 verilerine göre 50-54 yaş arası kadınların ise %6,7'sinin okuryazar değil veya okuryazar,%46,6'sının ilkokul mezunu, %14,3'ünün ortaokul mezunu, %31,8'inin ise lise ve üzeri mezunu olduğu bildirilmiştir. TNSA 2013 verilerine göre 55-59 yaş arası kadınlarda ise katılımcıların %10,5'i okuryazar değil veya okuryazar, %50,8'i ilkokul mezunu, %10,5'i ortaokul mezunu, %27,7'si ise lise ve üzeri mezunudur. Bizim çalışmamızla kıyasladığımızda çalışmamızda lise ve üzeri eğitim almış kadınların oranının daha fazla olduğunu, ilkokul mezunu olan kadınların oranının daha az olduğunu, okuryazar veya okuryazar olmayan kadınlarının oranının da daha az olduğunu görmekteyiz. TNSA verileri Türkiye genelini yansıtmakta olup bizim çalışmamızın İstanbul il merkezinde, sosyoekonomik düzeyin daha yüksek olduğu bir

bölgedeki eğitim araştırma hastanesine bağlı polikliniklerde yapılmış olmasından dolayı çalışmamızda eğitim düzeyinin daha yüksek saptanmış olduğunu düşünmekteyiz. Mısır'da Mohammed ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (42) ise katılımcıların %43,1'i okuma yazma bilmemekte, %24,6'sı okuryazar, %19,2'si ortaokul mezunu ve %13,1'i üniversite mezunudur. Hindistan'da Khan ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmış olan bir çalışmada (49) ise hem kırsal (%89,4) hem de kentsel (%71,7) alanda yaşayan katılımcıların çoğunluğunun okuma yazma bilmediği saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %61,3'ü evli, %8,4'ü bekâr %19,7'si dul, %10,5'i boşanmış olarak saptanmıştır (tablo 5). 2006 yılında Ankara Üniversitesi'nde yapılmış olan benzer bir çalışmada (7) katılımcıların %80,3'ü evli, %4,9'u bekâr, %14,8'i ise dul olarak saptanmıştır. 2014 yılında Sivas'ta Cumhuriyet Üniversitesi'nde yapılan benzer bir çalışmada (48) ise katılımcıların %98,4'ü evli, %1,6'sı bekâr olarak saptanmıştır. Bölgeler arasında medeni durum açısından farklılıklar gözlenmektedir ve çalışmamızda evli kadınların oranı daha düşük saptanmıştır. Aldughaiter'in çalışmasında (41) ise katılımcıların %77,3'ü evli, %20,1'i dul, %2,5'i boşanmış olarak saptanmıştır. Mısır'da Mohammed ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (42) ise katılımcıların %62,3'ü evli, %30,8'i dul, %6,9'u boşanmış olarak saptanmıştır. Hindistan' da Khan'ın çalışmasında (49) kırsal kesimde yaşayan katılımcıların %70,72'si evli, %1,92'u bekâr, %27,5'i dul; kentsel alanda yaşayan katılımcıların %56,6'sı evli, %4,92'si bekâr ve %38,5'i dul olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda ev hanımlarının oranı %46,2 ve ömür boyunca herhangi bir işte çalışma oranı ise %58,4 olarak saptanmıştır (tablo 5). Yine konuya ilişkin benzer çalışmalarda; Tortumluoğlu'nun 2003 yılında Erzurumda yapmış olduğu çalışmada (34) katılımcıların %92,3'ünün ev hanımı olup, çalışmadığı; Gaziantep üniversitesi 2003 yılında yapılan çalışmada (21) katılımların %96,5'inin çalışmadığı saptanmıştır. Bu bölgelerde çalışma oranının daha az olmasını, kadınların ev hanımı olmalarına ve okuma yazmanın çalışmayı doğrudan etkileyen bir faktör olmasına bağlayabiliriz. Bizim çalışmamızda ömür boyunca çalışan kadınların oranının %58,4 gibi yüksek sayılabilecek düzeydedir. Bu da İstanbul ilinde hayat şartları ve yaşamının zorluklarının kadınları çalışmak zorunda bıraktığı gerçeğini ortaya koymaktadır. Aldughaiter A.'nın çalışmasında (41) ise katılımcıların %97,5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Mısır'da Mohammed'in çalışmasında (42) ise katılımcıların %68,5'inin ev hanımı olup çalışmadığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %32,4'ü gelir durumunun giderlerini karşıladığını, %30,6'sı karşılamadığını, %37'si ise gelirinin giderine denk olduğunu ifade

etmiştir (tablo 5). 2010 yılında Eskişehir’de yapılmış olan bir çalışmada (1) bulgularımıza benzer olarak katılımcıların %38’inin gelir durumu giderlerine denktir. İzmir’de 2008 yılında yapılan başka bir çalışmada (51); katılımcıların %20,8’inin gelir durumu giderinden az, %70’inin gelir ve gider durumu dengeli, %8,2’sinin ise gelir durumu giderlerinden fazla olarak saptanmıştır. Ülkemizde bölgelere göre sosyoekonomik durumun önemli farklılıklar göstermesi, kadınların kendi değerlendirmelerine göre gelir durumlarını ifade etmeleri sonuçlarda farklılıklara neden olabilmektedir. Bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak Karaçam ve Şeker’in (52), Timur ve Şahin’in çalışmalarında (39) ise kadınların çoğu gelirlerinin giderlerini karşılamadığını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda katılımcıların sadece %30,6’sı gelir durumunun giderlerini karşılamadığını ifade etmekte ve çoğunun gelir durumu dengeli veya geliri giderinden fazladır. Bozkurt ve Sevil’in İzmir’de postmenopozal kadınlarda yaptıkları çalışmada (53) kadınların %82,5’inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu saptanmıştır. Mısır’da Mohammed’in çalışmasında (42)ise katılımcıların %58,5’inin aylık geliri, giderlerini karşılamakta yetersiz bulunmuştur. Yapılmış olan bu çalışmalarda katılımcıların ileri yaş grubunda olmaları ve çoğunluğunun emeklilerden oluşması göz önüne alınacak olursa, bu durum aslında beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamıza katılan katılımcıların tamamının sosyal güvencesi bulunmakta olup %0,4’ünün özel sigortalı, %99,6’sının ise SGK’lı olduğu tespit edilmiştir (tablo 5). 2010 yılında Afyon’da yapılan bir çalışmada (54) katılımcıların %96,2’sinin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. 2010 yılında Eskişehir’de menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılmış olan bir çalışmada (1) ise katılımcıların %87,40’ının sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvencenin varlığı, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkileyen ve arttıran önemli faktörlerden biridir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %80,7’si çekirdek aile yapısına, %4,2’si geleneksel geniş aile yapısına sahip olup, %15,1’ise yalnız yaşamaktadır (tablo 5). 2003 yılında Fırat Üniversitesinde Halk Sağlığı Bölümünde yapılan bir çalışmayla (12) benzer aile yapı oranları görülmektedir. 2015 yılında Eskişehir’de yapılmış olan bir çalışmada (4) katılımcıların %81,6’sı çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Çekirdek aile yapısının günümüzde daha fazla tercih edilmesine bağlı olarak bu verilerin elde edilmesi beklenen bir sonuçtur. Hindistan’da Khan’ın çalışmasında (49) kırsal kesimde yaşayan kadınların %27,52’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %73,2’sinin geniş ailede ve %1,1’inin ise yalnız yaşadığı tespit edilmiştir. Kentsel alanda yaşayan kadınlarda ise bu oranlar sırasıyla %31,7 , %60,8 ve %7,5 olarak saptanmıştır.

Menopozda olma süresi açısından baktığımızda çalışmamıza katılan kadınlar yaklaşık olarak $8,559 \pm 4,274$ yıldır menopozdadır (min:5, max:28 yıl) (tablo 6). Menopozda olma süresine göre gruplandığımızda katılımcılarımızın %78,2'sinin 5-10, %13,9'unun 11-15 ve %8'inin de 16 yıl veya daha fazla süredir menopozda olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %55,9'unun kronik sistemik hastalığı (KSH) olup %54,6'sı düzenli olarak ilaç kullanmaktadır (tablo 6). Bizim çalışmamıza paralel olarak Karaçam ve Şeker'in (2007) çalışmasında (52) %50,9, Ceylan'ın çalışmasında (1) ise katılımcıların %37,1'i sistemik hastalığa sahiptir. Ceylan'ın çalışmasında sistemik hastalık sahibi olma oranının daha düşük saptanmasını katılımcıların daha genç olmasına (40-60 yaş) bağlayabiliriz.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %81,9'u menopoza doğal olarak girmiştir (tablo 6). 2007 yılında Edirne'de yapılmış olan bir çalışmada (6) bizim çalışmamıza paralel olarak katılımcıların %80,9'unun doğal, %19,1'inin ise cerrahi yolla menopoza girdiği saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %48,3'ü menopoz dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu, %24,4'lük bir grup da etraftan duyduklarını bildiklerini ifade ederken %4,6'lık bir grup ise bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (tablo 6). 2005 yılında Ankara Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'nde yapılan bir çalışmada (55), bizim çalışmamıza paralel olarak katılımcıların %5'inin menopoz dönemi ile ilgili hiç bilgi sahibi olmadığı ve %70'inin bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise yeterli bilgiye sahip olanlar ve etraftan duyduklarını bilenlerin toplam oranı %72,7 olup benzerlik göstermektedir. Koçak'ın çalışmasında (54) ise katılımcıların %20,2'si menopoz dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu %20,3'ü ise bilgi sahibi olmadığını, %32,7'si az bilgisi olduğunu, %26,9'u ise etraftan duyduklarını bildiğini belirtmiştir.

Menopoz ile ilgili bilgi düzeyi ile meslek grupları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; emekli olan kadınlar ve çalışan kadınların daha fazla bilgi sahibi olduğu saptanmıştır .Bu bulgular çalışan kesimin eğitim düzeyinin ve araştırmaya yatkınlığının daha fazla olmasıyla açıklanabilir.

Katılımcıların menopoz dönemi hakkındaki bilgi düzeyi ile eğitim seviyesi arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; üniversite mezunu olanların %78,3'ünün, lise ve dengi mezunu olanların %60'ının, ilkokul ve altı eğitim seviyesinde olanların ise %24,1'inin menopoz dönemi hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade ettiklerini gözlemledik

(tablo 40). Eğitim seviyesinin artmasıyla beraber kadınların menopoza hakkındaki bilgi düzeyinin artması beklediğimiz bir sonuçtur.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %43,3'ü menopoza dönemi ile ilgili bilgileri komşu ve arkadaşlarından, %40,8 'i ise doktora başvurarak edindiklerini ifade etmişlerdir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) bizim çalışmamızla benzer olarak katılımcıların %35'inin bu bilgileri doktordan edindiği saptanmıştır. Aynı çalışmada (55) menopoza ilgili bilgileri komşu ve arkadaşlarından edinenlerin oranı ise %25 olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadınların bu bilgilerin kaynağı olarak doktorları seçmeleri olumlu bir davranıştır. Güngör'ün çalışmasında (12) ise katılımcıların %30,6'sı menopoza dönemi ile ilgili bilgi aldıklarını belirtmişler ve katılımcıların %82,8' sinin bu bilgileri doktordan aldıkları saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %96,2'si menopoza dönemi hakkındaki bilgilerin doktordan alınması gerektiğini belirtmektedir (tablo 6). Ancak buna rağmen katılımcıların sadece %48,3'ü menopoza dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu ve bunların da , %40,8' i bu bilgileri doktora başvurarak edindiklerini ifade etmiştir (tablo 6). Yani kadınlar en doğru bilginin hekimden alınması gerektiğine inanmakta ancak uygulama noktasında pek başarılı olamamaktadırlar. Çalışma bulgularımıza benzer olarak Koçak'ın çalışmasında (54) katılımcıların %77,9'unun menopoza dönemi ile ilgili bilgileri doktordan, %22,1'inin ise ebe ve hemşirelerden alınması gerektiğine inandığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcılara “ sizce menopoza nedir? ” diye sorduğumuzda %32,8'i “adetten kesilmek”, %21'i “doğurganlığın bitmesi”, %17,2'si “yaşlanmak”, %7,1'i “doğal bir süreç”, %5,9'u “kadınlığın bitmesi”, %4,6'sı “hormonların tükenmesi”, %3,4'ü “ yeni bir dönem”, %2,9'u “sıkıntı”, %1,3'ü “temizlik”, %0,8'i “son”, %0,8'i “hastalıkların artması”, %0,04'ü “hislerin bitmesi”, %0,04'ü “değişiklik”, %0,04'ü “fiziksel bir rahatlık” , %0,04'ü “kötü bir süreç”, %0,04'ü “özgürleşmek” olarak tanımlamışlardır (tablo 6). Çalışmamızda saptandığı gibi menopoza hem olumlu hem de olumsuz bakış açıları mevcuttur. Kadınların bu döneme olumlu yaklaşımlarının sebepleri arasında kanamaların getirdiği sıkıntıların sona ermesi, gebelik riskinin ortadan kalkması, ibadetlerin daha rahat yapılabilmesi gibi nedenler sayılabilir. Aydemir'in çalışmasında (6), menopoza dönemini katılımcıların %78'i “doğal bir olay”, %52,4'ü ise “adetlerin kesilmesi” olarak tanımlamıştır. Aynı çalışmada menopoza tanımlamak için verilen cevaplar sıklık sırasına göre “doğurganlığın sona ermesi”, “doğal bir olay”, “fiziksel bir değişiklik”, “hayatta yeni bir dönem”, “yaşlılığın başlaması” şeklinde saptanmıştır. Bu çalışmada da bizim çalışmamızda

olduğu gibi olumlu ve olumsuz bakış açılarının olduğu gözlenmektedir. Bu dönemde yaşanan biyolojik değişiklikler aynı olmasına rağmen kadınlar bu dönemi farklı yaşarlar. Bizim çalışmamıza benzer olarak Marmara Üniversitesi'nde 2007 yılında yapılmış olan bir çalışmada (19) katılımcıların %33,2'sinin menopoza "üretkenliğin bitmesi" şeklinde yorumladıkları saptanmıştır. Klimakterium, kadınların duygu karmaşıklığı, kimlik sorunları ruhsal çalkantılar yaşadığı bir dönemdir. Bazı kadınlar için menopoza, doğurganlığın / üretkenliğin bitmesini ifade ederken, bazı kadınlar için de yaşlılığın bir işareti olarak algılanır. Çalışmamızda kadınların menopoza dönemi ile ilgili ifadelerine bakıldığında tüm yaş gruplarında "doğurganlığın bitmesi" bitmesi ifadesinin daha fazla kullanıldığı ve bunun yaş gruplarıyla arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Menopoza dönemini çalışmamıza katılan katılımcıların %55,9'u "değişiklik", %41,2'si "yaşlanmak", %29,4'ü "kadınlığın bitmesi", %21,4'ü "özgürleşmek" %12,6'sı "kayıp", %12,2'si "hastalık" olarak algıladıklarını bildirmişlerdir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) bizim çalışmamıza paralel olarak menopoza dönemini, katılımcıların %52,5'i menopoza dönemini "değişiklik", %36'sı "yaşlanmak", %15'i ise "hastalık" olarak ifade etmişlerdir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %31,9'unun menopoza girdiğini ilk olarak eşine, %31,5'inin de ilk olarak anne, kardeş ya da aileden başka birine söylediği saptanmıştır (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55), bizim çalışmamıza paralel olarak, katılımcıların %30'u menopoza girdiğini ilk olarak eşine, %30'u da anne, kardeş veya aileden başka birine söylediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızda evli olan katılımcıların %45,2'si menopoza girdiklerini ilk olarak eşlerine, bekâr olanların %50'si ve boşanmış olanların %48'i anne, kardeş veya aileden başka birine söylemişlerdir. Bu da bizim açımızdan beklenen bir sonuçtur. Kadınların genellikle bu haberi ilk olarak en yakınları ile paylaştıkları sonucuna varabiliriz. Aynı şekilde evli olan katılımcılarımızın en çok desteği ailelerinden almaları da kadın açısından aile yapısının ve özellikle eşin önemini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcılarımızın %38,7'si ailelerinden oldukça destek gördüğünü, %14,3'ü ise çok destek gördüğünü ifade ederken, %31,5'i ise aileden hiç destek görmediğini ifade etmektedir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) bizim çalışmamıza paralel olarak katılımcıların %30'u ailelerinden oldukça destek gördüklerini, %32,5'i ise hiç destek görmediğini ifade etmiştir.

En çok destek veren kişi ile medeni durum arasındaki ilişkiyi incelediğimizde evli olan kadınların %52,7'sinin en çok desteği eşinden gördüğü, bekâr ve boşanmış olan

kadınların ise %40'ının en çok desteği anne ve kardeşlerinden gördükleri saptanmıştır. Bu bizim için beklenen bir sonuç olmuştur.

Katılımcıların menopoz döneminde en çok destek aldıkları kişi ile çocuk sahibi olma durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda çocuk sahibi olanların daha çok eşlerinden destek aldıkları ve çocuk sahibi olmayanların ise daha çok anne ve kardeşlerinden destek aldıkları saptanmıştır. Daha önce hiç çalışmayan kadınların en çok desteği eşlerinden aldıkları saptanmıştır. Aile yapısı ile menopoz döneminde en çok destek alınan kişi arasındaki ilişkiyi incelediğimizde ise yalnız yaşayanların daha çok arkadaşlarından destek aldıkları, çekirdek ailede ve geleneksel geniş ailede yaşayanların ise en çok desteği eşlerinden aldıkları saptanmıştır. Bu veriler bize eşin desteğinin kadın için menopozal dönemde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Bu da özellikle çekirdek ailede eş dayanışmasını varlığını ve önemini bize göstermektedir. Çalışmamıza katılan katılımcıların %34,5'i bu dönemi az sıkıntılı, %29,4'ü çok sıkıntılı, %24,8'i rahat, %11,3'ü ise çok rahat geçirdiklerini belirtmiştir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55); katılımcıların %27,5'i menopoz dönemini çok rahat, %22,5'i rahat, %25'i çok sıkıntılı, %25'i az sıkıntılı geçirdikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda menopoz dönemini çok sıkıntılı geçiren kadınların oranının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların menopoz sürecini nasıl geçirdiği ve eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiye incelediğimizde üniversite mezunu olan kadınların menopoz dönemini daha rahat geçirdikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamıza paralel olarak Özgür'ün çalışmasında (19) eğitim düzeyi ile menopozdan etkilenme derecesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup ilkökul mezunu veya altı eğitim seviyesine sahip olan kadınların menopoz döneminden daha olumsuz etkilendikleri saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça menopozal sıkıntılardan çok etkilenedikleri ve menopoz dönemini daha doğal karşıladıkları saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan kadının menopoz ve getirdiklerine daha hazırlıklı olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %46,6'sı bu döneme ait hislerini “sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim” şeklinde ifade ederken %38,2'i ise çok doğal karşıladığını ifade etmektedir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) bizim çalışma bulgularımıza paralel olarak katılımcıların %37,5'i bu süreci çok doğal karşıladığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %59,7'si karşı cinsin yanında kendini rahat hissettiğini, %16,4'ü az rahat hissettiğini, %10,1'i ise rahat hissedemediğini ifade etmiştir (tablo 6). Menopoz sonrası dönemde katılımcılarımızın %49,6'sının cinsel isteğinde değişiklik olmazken, %49,6'sının cinsel isteğinde azalma olmuş, %0,8'inin cinsel isteğinde

ise artış olmuştur (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) bizim çalışmamıza paralel olarak katılımcıların %60'ının menopoz sonrası dönemde cinsel isteğinde azalma olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %62,5'i karşı cinsin yanında rahat hissedemediğini ifade etmiştir. Güngör'ün çalışmasında (12) ise katılımcıların %47,9'u menopoz döneminde cinsel isteğinde bir azalma olduğunu ifade ederken, %44,6'sı değişiklik olmadığını ifade etmiştir. Nicolasi önderliğinde 29 ülkede, 40–80 yaş arası 27,500 kadın ve erkek arasında “Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors” adlı çalışmada cinselliğin önemi ve cinsel fonksiyon bozuklukları incelenmiş ve kadınların %39'unda başta cinsel istekte azalma olmak üzere orgazm olamama, kayganlık problemleri, cinsel ilişkiden zevk alamama ve ağırlı ilişki yakınmalarından en az birini yaşadıklarını bildirmişlerdir (56). Yine aynı grup, 2001-2002 yılları 40-80 yaş arasındaki Çin, Tayvan, Güney Kore, Japonya, Tayland, Singapur, Malezya, Endonezya ve Filipinler'de 3350 Asyalı kadında cinsel isteksizlik oranını %27 olarak bulmuştur (57).

Kadında menopoz döneminde hormonal değişikliklere bağlı olarak yaşanan menstrüasyon düzensizliği, yoğun kanama, anksiyete, uyku bozukluğu, vajinal kuruluk, orgazm ya da uyarılma sorunları ve buna gelişen cinsel fonksiyon bozuklukları görülebilir. Vajen ve serviks kan akımının azalması cinsel uyarılmayı bozar ancak düzenli seks hayatı olanların bundan daha az etkilendiği bildirilmektedir (58). Menopoz aynı zamanda yaşlanma dönemine denk geldiği için bu dönemde kronik hastalıkların da görülmesi olağandır. hastalıkların getirdiği fiziksel ve bedensel yüklerin yanı sıra bu hastalıklar için kullanılan ilaçların yan etkileri de sosyoekonomik durum, kültürel çevre, dini inanışlar ve partnerin özellikleri de kadınların menopoz döneminde cinselliği yaşama şeklini etkilemektedir (59).

Menopoz sonrası cinsel istekteki değişikliklerle meslek arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; ev hanımlarının %60'ı menopoz döneminde cinsel isteğinde azalma olduğunu, emekli olanların ise %60,2'si cinsel isteğinde değişiklik olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların karşı cinsin yanında kendini nasıl hissettiği ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; üniversite mezunu olan kadınların %78,3'ü karşı cinsin yanında rahat hissettiğini ve %65'i ise menopoz sonrası dönemde cinsel isteğinde değişiklik olmadığını ifade etmiştir. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Jokinen ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada (60) kadının eğitim düzeyinin yüksek olmasının seksüel disfonksiyon dâhil tüm menopozal semptomları belirgin oranda azalttığını, Çayan da 2004 yılında yaptığı çalışmada (61) kadınlarda eğitim seviyesi düştükçe cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansının arttığı saptanmıştır.

Çalışma durumu ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiyi incelediğimizde daha önce herhangi bir işte çalışmış veya halen çalışan kadınların %59,7'si cinsel isteğinde değişiklik olmadığını ve %65,5'i ise kendisini karşı cinsin yanında rahat hissettiğini ifade etmektedir Valadares ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada (62), eğitilmiş ve ev dışında çalışan kadınların menopozal semptomlarla daha kolay başa çıktıkları ve buna bağlı olarak da cinsel isteklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %79,4'ü menopoz öncesi dönemde olumsuz bir olay yaşamadığını ifade ederken, %20,6'sı menopoza girmeden önce olumsuz bir olay yaşadığını ifade etmektedir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak katılımcıların %80'i menopoz öncesi dönemde olumsuz bir olay yaşamadığını ifade etmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %61,8'i kaygı ve endişelerinde bir değişiklik olmadığını ifade ederken, %29,4'ü daha çok kaygılı, %8,8'i daha az kaygılı olduğunu ifade etmiştir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) bizim çalışma bulgularımızla paralel olarak katılımcıların %60'ında kaygı ve endişelerinde bir değişiklik olmazken, %37,5'i menopoz sonrası dönemde daha kaygılı olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %31,9'u fiziksel sağlığını kaybetme korkusunu ara ara yaşadığını, %10,1'i ise sık sık yaşadığını; ruhsal sağlığını kaybetme korkusunu %23,1'i ara ara, %7,6'sı ise sık sık yaşadığını; eşi ile ilişkilerinin bozulma korkusunu %21'i ara ara, %5,5'i ise sık sık yaşadığını ifade etmiştir (tablo 6). Çalışmamızda katılımcıların %36,1'i yaşlanma korkusunu ara ara yaşadığını, %11,3'ü ise sık sık yaşadığını; ölüm korkusunu %30,3'ü ara ara yaşadığını, %9,2'si ise sık sık yaşadığını; kadınlığını kaybetme korkusunu %24,4'ü ara ara yaşadığını, %13,9'u ise sık sık yaşadığını ifade etmiştir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) ise katılımcıların %37,5'i fiziksel sağlığın kaybolması ile ilgili kaygıları ara ara, %35'i ruhsal sağlığın kaybolması ile kaygıları ara ara, %25'i ise eşi ile ilişkilerinin bozulmasına yönelik kaygıları ara ara yaşadığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların menopoz öncesi sigara içiciliğinde tiryakilik oranı %31,1 iken, menopoz sonrası dönemde %24,8'e gerilemektedir (tablo 6). Menopoz öncesi dönemde sigara içmeyenlerin oranı %56,7 iken menopoz sonrası dönemde sigara içmeyenlerin oranı %63,9'a yükselmektedir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) ise bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde menopoz öncesi dönemde sigara tiryakiliği oranı %35 iken, menopoz sonrası dönemde bu oran %27,5'e gerilemiştir. Menopoz öncesi dönemde sigara içmeyenlerin oranı %42,5 iken menopoz sonrası dönemde bu oran %52,5'e

yükselmiştir (53). Çalışmamızda menopoz sonrası dönemde sigara içme oranı %24,8 olarak saptanmış olup, Ceylan'ın çalışmasındaki (1) bulgularla benzerlik göstermektedir. Eskişehir'de yapılan bu çalışmada 40—59 yaş grubu arasındaki kadınlarda sigara içme oranı %28,7 olarak saptanmıştır. Yaşın ilerlemesiyle beraber kronik sistemik hastalıkların ve kaygıların da artmasına bağlı olarak da sigara kullanımındaki bu düşüşü saptamış olabiliriz.

Çalışmamıza katılan katılımcıların alkol kullanımında menopoz öncesi ve sonrasında bir değişiklik gözlenmektedir. Katılımcıların %82,8'i hiç alkol tüketmezken, %16,8'i ara ara alkol tüketmektedir (tablo 6). Ceylan'ın çalışmasında (1), 40-59 yaş arasındaki kadınlarda alkol tüketim oranı %4,8 olarak saptanmış olup bu oran bizim çalışmamızdan daha düşük saptanmıştır. Bizim çalışmamız İstanbul il merkezinde yapılmış olup bu farklılıklar şehirlerarasındaki yaşam tarzı ve kültür değişikliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Hilditch ve arkadaşlarının Kanada'da yapmış oldukları bir çalışmada (63) da kadınların %26,1'sinin günde en az bir kez alkol tükettiği saptanmıştır. Dini ve kültürel değerler göz önüne alındığında Türk kadınlarında alkol kullanma oranının daha az olması beklenen bir sonuçtur. Literatürü taradığımızda alkol kullanımı açısından menopoz öncesi ve sonrası arasında farkı araştıran bir çalışmaya rastlayamadık.

Katılımcılara " Sizce menopoza farklı toplumlarda farklı yaklaşıyor mudur?" diye sorduğumuzda üniversite mezunu olan katılımcılarımızın %65,2'si farklı yaklaşıldığını düşünürken ilkokul ve altı eğitim seviyesinde olan katılımcılarımızın %43,4'ünün bu konu hakkında fikrinin olmadığı saptanmıştır. Çalışma durumu ile arasındaki ilişki incelendiğinde ise çalışan katılımcılarımızın %56,1'inin farklı toplumlarda menopozun farklı yaşandığını düşündükleri tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcılardan farklı toplumlarda menopoza farklı yaklaşıldığını düşünenlerin %39'unun bunun sosyokültürel farklılıktan, %33,9'unun eğitim düzeylerimizin farklı olmasından, %32,2'sinin toplumların kadına verdiği önemin farklı olmasından %16,9'unun birey olarak insana verilen değer farklı olmasından, %5,9'unun ise toplumların ekonomik gelişmişlik düzeyinin farklı olmasından kaynaklandığını düşündüğü saptanmıştır (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) ise katılımcıların %50'si eğitim düzeylerinin farklı olmasından kaynaklandığını, %18,2'si ise insana verilen değer farklı olmasından kaynaklandığını, %31,8'i ise sosyokültürel farklılıktan kaynaklandığını ifade etmiştir. Çalışmamıza katılan katılımcıların %76,9'unun menopoz rahatsızlıkları için hiç tedavi görmediği, %3,8'inin düzensiz olarak tedavi gördüğü, %19,3'ünün ise tedavi gördüğü saptanmıştır. Çalışma bulgularımıza benzer olarak Koçak'ın çalışmasında da (54)

katılımcıların %59,6'sı hiç tedavi görmediğini, %14,4'ü düzensiz olarak tedavi gördüğünü, %26'sı ise tedavi gördüklerini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda hiç tedavi görmeme oranı daha fazla saptanmıştır. Çalışmamıza katılan katılımcıların menopozdaki rahatsızlıklar için tedavi almama nedeni olarak; %32,8'i doktorun ilaç kullanmayı önermediğini, %26'8'i menopoz açısından şikâyeti olmadığını, %24,6'sı kanser korkusu yaşadığını, %20,2'si doktora gitmediğini belirtmiştir. Koçak'ın çalışmasında (54) ise ilaç kullanmama nedenlerine baktığımızda katılımcıların %38,5'i doktora gitmediğinden, %33,7'si kanser olma korkusu taşıdığından hiç tedavi görmediğini belirtmiştir.

5.2. Menopozal Semptom Bulgularının Tartışılması

Çalışmamıza katılan katılımcıların %34,5'i cinsel ilişki sırasında ağrıyı ara ara yaşadığını, %10,9'u ise sık sık yaşadığını ifade etmiştir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak katılımcıların %10'u cinsel ilişki sırasında ağrıyı sık sık yaşadığını, %22,5'i ise ara ara yaşadığını ifade etmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %22,3'ü göğüslerde küçülmeyi hafif yaşadığını, %4,6'sı şiddetli yaşadığını; göğüslerde sarkmayı %30,3'ü hafif yaşadığını, %7,6'sı ise şiddetli yaşadığını; göğüslerde yumuşamayı %32,4'ü hafif yaşadığını, %8,4'ü ise şiddetli yaşadığını ifade etmiştir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55) ise katılımcıların %20'sinin göğüslerde sarkmayı şiddetli yaşadığı, %5'inin hafif yaşadığı; göğüslerde küçülmeyi %7,5'inin şiddetli; göğüslerde yumuşamayı ise %10'unun şiddetli, %2,5'inin ise hafif yaşadığı tespit edilmiştir. Kiroğlu'nun çalışmasında (55) çalışmada göğüsle ilgili şikâyetlerin hiç yaşanmama durumu bizim çalışmamızdan daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %44,1'i sırt ve bel ağrısı şikâyetlerini ara ara yaşadığını, %29,8'i ise sık sık yaşadığını ifade etmiştir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55), bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak, katılımcıların %37,5'i ara ara, %22,5'i ise sık sık sırt-bel ağrısı şikâyetleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ceylan'ın çalışmasında (1) ise katılımcıların % 77,8'i menopozal dönemde sırt ve bel ağrıları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Mekke'de Mohamed ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmış olan bir çalışmada (64) katılımcıların %41,9'u şiddetli derecede sırt-bel ağrısı yaşadığını, %19,4'ü orta düzeyde yaşadığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %43,3'ü ara ara hazımsızlık yaşadığını belirtirken, %21'i ise sık sık yaşadığını ifade etmiştir (tablo 6). Kiroğlu'nun çalışmasında (55)

bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak, katılımcıların %20'si sık sık, %37,5'i ara ara hazımsızlık şikâyeti yaşadığını ifade etmiştir. Ceylan'ın çalışmasında (1) ise katılımcıların %61,44'ü menopozal dönemde hazımsızlık şikâyeti yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %41,6'sı kabızlık şikâyetini ara ara yaşadığını, %19,7'si ise sık sık yaşadığını ifade etmiştir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) ise bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak, katılımcıların %22,5'i sık sık, %32,5'i ara ara kabızlık şikâyeti yaşadığını ifade etmiştir. Ceylan'ın çalışmasında (1) katılımcıların %50,45'i menopozal dönemde kabızlık ve gaz şikâyetleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Mekke'de Mohamed tarafından yapılan çalışmada (64) katılımcıların %31,6'sı kabızlık ve gaz şikâyetleri yaşamakta olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %40,3'ü ciltte kuruluk ve kaşıntı şikâyetini hafif, %19,3'ü ise şiddetli yaşadığını belirtmiştir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) ise bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak, katılımcıların %5'i ciltte kuruluk ve kaşıntı şikâyetini şiddetli yaşadığını, %12,5'i ise hafif yaşadığı ifade etmiştir. Ceylan'ın çalışmasında (1) ise katılımcıların %43,24'ü ciltte kuruluk şikâyeti yaşadığını ifade etmiştir. Mohamed'in çalışmasında (64) ise katılımcıların %38,8'i ciltte kuruluk ve kaşıntı şikâyeti yaşadığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %38,2'si saç dökülmesi şikâyetini hafif yaşadığını, %13'ü ise şiddetli yaşadığını belirtmektedir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) ise bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak katılımcıların %30'u kırışıklık şikâyetini hafif olarak yaşadığını belirtmiştir. Ceylan'ın çalışmasında (1) ise katılımcıların % 32,83'ü ciltte kırışıklık şikâyeti yaşadığını ifade etmiştir. Mohamed'in çalışmasında (64) ise katılımcıların %48,4'ü ciltte kırışıklık şikâyeti yaşadığını ifade etmişlerdir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %43,7'si saç dökülmesini hafif yaşadığını, %22,7'si ise şiddetli yaşadığını belirtmiştir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) ise katılımcıların %25'i hafif derecede, %32,5'i ise şiddetli derecede saç dökülmesi şikâyeti yaşadığını belirtmiştir. Her iki çalışmayı da incelediğimizde saç dökülmesinin oldukça sık karşılaşılan bir semptom olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %39,1'i baş dönmesi şikâyetini ara ara yaşadığını, %12,6'sı ise sık sık yaşadığını belirtmiştir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) ise katılımcıların %47,5'i ara ara, %25'i ise sık sık baş dönmesi şikâyeti yaşadığını

belirtmiştir. Her iki çalışmada da baş dönmesinin menopozal dönemde oldukça sık karşılaşılan bir semptom olduğu saptanmıştır

Çalışmamıza katılan katılımcıların %37,4'ü baş ağrısı şikâyetini ara ara yaşadığını, %14,7'si ise sık sık yaşadığını belirtmiştir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) ise katılımcıların %50'si ara ara, %32,5'i ise sık sık baş ağrısı yaşadığını belirtmiştir. Ceylan'ın çalışmasında (1) ise katılımcıların %76,2'si menopozal dönemde baş ağrısı yaşadığını ifade etmiştir. Mohamed'in çalışmasında (64) ise katılımcıların %62'si hafif düzeyde baş ağrısı şikâyeti yaşadığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %72,7'si menopozal dönemde kilo aldığını belirtmiştir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) ise bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak katılımcıların %75'i menopozal dönemde kilo aldıklarını belirtmiştir. Ceylan'ın çalışmasında (1) ise katılımcıların %55,14'ü menopozal dönemde kilo aldığını ifade etmiştir. Mohamed'in çalışmasında (64) ise katılımcıların %58,1'i menopozal dönemde kilo aldığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %82,8'i hiç kilo veremediğini, %13'ü hafif kilo verdiğini belirtmektedir (tablo 6). Kıroğlu'nun çalışmasında (55) ise bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak katılımcıların %90'ı menopozal dönemde hiç kilo vermediğini belirtmiştir.

5.3. MRS Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda kadınların yaşadıkları menopoz semptomları, 11 alt başlıktan oluşan (36) MRS ile belirlenmiştir. MRS altbaşlıklarında değerler 0 – 4 arası değişmektedir. “0” şikâyetin hiç yaşanmadığını, “4” ise çok şiddetli yaşandığını göstermektedir. Buna göre MRS alt başlıklarının puan ortalamaları incelendiğinde; puan değerlerinin “1,24” ile “2,53” arasında değiştiği, en yüksek puan ortalaması olarak “sıcak basması ve terlemeler” (2,53), “eklem ve kas rahatsızlıkları” (1,96), “sinirlilik” (1,95) ve “keyifsizlik hali” (1,7) alt başlıkları göze çarparken, en düşük puan ortalaması ise “cinsel sorunlar ve idrar sorunları” (1,24) alt başlıklarında görülmüştür (tablo 7).

Schneider MRS'nin orijinal metninde; “35 ve/veya daha yüksek” toplam puan elde edildiğinde semptomların çok şiddetli yaşandığını, “20 – 34” arası şiddetli, “15 – 19” arası orta, “1 – 14” arası daha hafif yaşandığını ve “0” puan hiç semptom yaşanmadığını göstermektedir (63). Çalışmamızda MRS toplam puan ortalaması $18,050 \pm 9,093$ olarak tespit edilmiştir (tablo 10).

Çalışmamıza katılan katılımcıların %87'si farklı şiddetlerde vazomotor semptomları yaşamaktayken, %36,6'sı çok şiddetli, %21'i şiddetli şekilde bu belirtileri yaşamaktaydı.

Ayrıca çok şiddetli kategorisinde birinci sırayı sıcak basması ve gece terlemeleri (%36,6) almaktadır (tablo 7). İkinci sırada sinirlilik (%12,2), üçüncü sırada ise eklem ve kas rahatsızlıkları (%10,5) yer almaktadır (tablo 7). En hafif yaşanan menopoza semptomları arasında ise idrar sorunları (%36,6), cinsel sorunlar (%32,8), vajinada kuruluk (%32,4), kalp rahatsızlıkları (%31,1) yer almaktadır (tablo 7). Çalışmamızda ürogenital şikâyetlerin en az (en hafif) yaşanan menopoza semptomları olduğu saptanmıştır. Güngör'ün çalışmasında (12) menopoza döneminde bulunan kadınlarda da en sık görülen menopoza şikâyetlerin ateş basması (%78,1) ve gece terlemesi (%76,2) olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada (12) kemik ve kas ağrısı olan kadınların oranı %69,8 olarak saptanmıştır. Carda ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (65) sıcak basması ve kas, iskelet sistemi ağrısı yaşayan kadınların oranları sırasıyla %73,9 ve %82,3 olarak bildirilmiştir. Oldenhove ve arkadaşlarının Hollanda'da yapmış oldukları çalışmada (66) ise perimenopoza dönemdeki kadınların %85'inin sıcak basması ve gece terlemesi semptomlarını yaşadığı tespit edilmiştir. AlDughaiter'in çalışmasında (41) eklem ve kas rahatsızlıkları %80,7 oranında en sık yaşanan menopoza semptom olarak saptanmıştır. İkinci sırada ise %64,7'lik bir oranla fiziksel ve zihinsel yorgunluk yer almaktadır. Sıcak basması ve gece terlemesi ise katılımcıların %47,1'inde yaşanmış olup bu oran batı toplumlarından daha az olduğu belirtilmektedir (41). Sıcak basması ve gece terlemesi şikâyetlerinin batı toplumlarında perimenopoza dönemde %40-60 oranında, postmenopoza dönemde ise %8-80 oranında yaşanmasına rağmen, Riyad'daki bu çalışmada (41) bu oranın daha düşük saptanması, iklim şartları ve kadınların sıcağa karşı olan duyarlılığının düşmesiyle ilişkilendirilmiştir (67). Hindistan'da 2015 yılında Sharma ve arkadaşları tarafından menopoza semptomlarının kırsal ve kentsel alanda, kadının yaşam kalitesine etkisini incelemek amacı ile yapılan bir çalışmada (68), en şiddetli yaşanan menopoza semptomları eklem ve kas ağrıları, fiziksel ve zihinsel yorgunluk ve uyku problemleri olarak saptanmıştır. Bu semptomların hem kırsal hem de kentsel alanda şiddetli yaşanmasına rağmen, kırsal alanda daha yüksek oranda yaşandığı tespit edilmiştir (68). Avrupalı kadınlarda da vazomotor belirtiler sık görülmekte iken uzak doğulu kadınlarda vazomotor belirtilerin sıklığı azalmaktadır (68). Bu farklılığın sebebi iklim şartlarından, kültür ve beslenme alışkanlığı farkından kaynaklanıyor olabilir. Zira fitoöstrojen içeren gıdalar uzak doğuda beslenme de oldukça tercih edilmektedir (69). 2012 yılında Hindistan'da

menopoz semptomlarını incelemek amacıyla Ahsan ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir çalışmada (70) vazomotor şikâyetlerin %40 oranında yaşandığı saptanmıştır.

Vazomotor semptomlar menopoz döneminde kadınlar tarafından en rahatsızlık verici semptomlardandır. Bu belirtiyi araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Mohamed'in çalışmasında (64) sıcak basmalarının katılımcıların üçte birinin çok şiddetli yaşadığı bildirilmiştir. Bunun aksine Singapur'da 2002 yılında yapılan bir çalışmada(69); sıcak basması şikâyetinin %17,6 oranında, gece terlemesi şikâyetinin ise %8,9 oranında yaşandığı saptanmış olup bu oranlar Mohamed'in çalışmasındaki (64) oranlardan daha düşüktür. Singapur çalışmasında (69) ayrıca şaşırtıcı olarak perimenopozal dönemdeki kadınlarla yapıldığı için nispeten daha genç (49.1 yaş) bir popülasyon olmasına karşın somatik yakınmaların vazomotor semptomlara kıyasla daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir.

ABD' de yaşayan farklı ırklar vazomotor semptomlar açısından birbiriyle kıyaslandığında Afro Amerikalıların en çok, Çin ve Japon kökenlilerin de en az vazomotor semptom şikayeti yaşadığı bildirilmekte olup bunun Asyalıların fazla miktarda soya ürünleri tüketmesiyle ilişkili olabileceği tahmin edilmiştir (71).

Çalışmamızda katılımcılarımızın %31,1'i kardiyak şikâyetleri hiç yaşamadığını ifade ederken, %26,5'i ise hafif yaşadığını belirtmiştir (tablo 7). Çalışma bulgularımıza benzer olarak Özgür'ün çalışmasında (19) katılımcıların %46,65'i kalp şikâyetlerini hiç yaşamadığını, %22,4'ü hafif düzeyde yaşadığını ifade etmiştir. Bu bulgular kadınların kalp ile ilgili şikâyetleri hafif düzeyde yaşadıklarını göstermiştir. Khan'ın çalışmada (49) katılımcıların %5,7'sinin kardiyak şikâyetler yaşadığı saptanmıştır. Monterrosa'nın çalışmasında (40); Afro-Kolombian kadınların menopozal dönemde kardiyak şikayetler yaşama oranı %38,8 iken, Afro-Kolombian olmayan kadınlarda ise bu oran %26,8 olarak saptanmıştır. Bu çalışma bize genetik faktörlerin bu dönemdeki kadınlarda etyolojik önemini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların uyku problemleri ile ilgili MRS sonuçlarını incelediğimizde katılımcıların %29'unun uyku problemlerini orta şiddette yaşadığı ve %23,9'unun ise şiddetli derecede yaşadığı saptanmıştır (tablo 7). Çalışma bulgularımızla benzer şekilde Özgür'ün çalışmasında (19) katılımcıların %27,16'sının menopozal dönemde orta şiddette uyku problemleri yaşadığı tespit edilmiştir. İngiltere'de Tıbbi Araştırma Konseyi Ulusal Sağlık ve Gelişim Araştırması (NSHD), menopozal geçişin ve menopozal semptomların özellikle de gece terlemelerinin, uyku problemleri ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Buna ek olarak postmenopozal dönemde kadınlarda nokturi, depresyon ve yaşla

birlikte artan stres faktörlerinden dolayı yaşanan uyku bozukluğu şikayeti bu dönemde menopozdan bağımsız olarak ortaya çıkabilir (72). Subrahmanyam'ın Kerala'da Hintli kadınlarla yapmış olduğu çalışmada (73) katılımcıların %86, 5'inin uyku problemleri yaşadığı saptanmıştır. Khan'ın çalışmasında (49) ise katılımcıların %29, 9'unun menopozal dönemde uyku problemleri yaşadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların eklem ve kas rahatsızlıkları ile ilgili MRS sonuçlarını incelediğimizde katılımcılarımızın %36,6'sının orta derecede, %20,6'sının ise hafif derecede eklem ve kas ağrısı şikâyetleri yaşadıkları tespit edilmiştir (tablo 7). Bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak Özgür'ün çalışmasında ise (19). Katılımcıların %38,02'sinin eklem ve kas ağrıların orta derecede, %19,17'sinin ise hafif derecede yaşadığı tespit edilmiştir. AlDughaiter'in çalışmasında (41) katılımcıların %80,7'sinin kas ve eklem rahatsızlıkları yaşadığı saptanmıştır. Ahsan'ın çalışmasında (70), katılımcıların %90,53'ünün eklem ve kas rahatsızlığı şikâyetlerini yaşadığı tespit edilmiştir. Menopozal dönemdeki kadınların yüksek oranda kas ve eklem rahatsızlıklarını yaşamaları, kötü beslenmeye, diyetle yetersiz kalsiyum alınımına ve egzersiz yapılmamasına bağlanmıştır (70). Subrahmanyam'ın çalışmasında (73) katılımcıların %95'inin kas ve eklem rahatsızlığı yaşadığı tespit edilmiştir. Monterrosa'nın çalışmasında (40) Afro-Kolombiyalı kadınlarda kas eklem rahatsızlıklarının Afro-Kolombiyalı olmayan kadınlara göre daha fazla oranda yaşandığı tespit edilmiştir (%77, 1 %43, 5).

Çalışmamızda menopozal dönemde en hafif derecede yaşanan ürogenital şikâyetleri incelediğimizde katılımcılarımızın %36,6'sının idrar sorunlarını hiç yaşamadığı %24,4'ünün hafif derecede, %21'inin orta derecede, %13'ünün şiddetli derecede, %4,2'sinin ise çok şiddetli derecede yaşadığı tespit edilmiştir (tablo 7). Bizim çalışma bulgularımızla benzer olarak Özgür'ün çalışmasında (19), katılımcıların %21,41'inin idrar şikâyetlerini hafif derecede yaşadıkları tespit edilmiştir. Özkan'ın klimakterik dönemdeki kadınlarda görülen idrar problemleri ile ilgili çalışmasında (74) kadının menopozal dönemde olması ile idrar şikâyetleri arasında bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu görüşün tam aksine, Aslan'ın inkontinansı olan kadınlarla yapmış olduğu bir çalışmada (75) katılımcıların %75,7'sinin klimakterik dönemde ve %43,'ünün ise menopozal dönemde olduğu, kadınlarda yaşanan idrar problemleri ile klimakterik dönem arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere geriatrik nüfusun giderek arttığı toplumlarda en sık karşılaşılan problemler arasında üriner inkontinans yer almaktadır (75). Postmenopozal dönemde yaşanan idrarla ilgili her problemi inkontinansla karıştırmamak gerekir. Sharma'nın çalışmasında (68), hem

kırsal alanda hem de kentsel alanda ürogenital şikâyetlerin en az yaşanan semptomlar olduğu tespit edilmiştir. Kentsel alanda ürogenital şikâyetlerin daha fazla yaşanmasına rağmen bu fark anlamlı olarak bulunmamıştır. Khan'ın çalışmasında (49), en sık ve şiddetli yaşanan semptom mesane problemleri olarak saptanmıştır (%71,2). Monterrosa'nın çalışmasında (40), Afro-Kolombian olmayan kadınlarda siyah ırka göre daha fazla oranda mesane problemi yaşandığı tespit edilmiştir (%24,9 %14,9). Sharma'nın çalışmasında (68), idrar ve mesane şikâyetlerinin kırsal alanda yaşayan menopozal kadınlarda kentsel alanlarda yaşayan kadınlara kıyasla daha fazla oranda yaşadıkları tespit edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %32,8'inin cinsel sorunları hiç yaşamadığı, %31,9'unun hafif derecede, %21,4'ünün ise orta derecede yaşadığı tespit edilmiştir (tablo 7). Çalışma bulgularımızla benzer olarak Özgür'ün çalışmasında (19), katılımcıların %27,79'unun cinsel şikâyetleri hafif derecede yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmamızda MSDÖ puan ortalaması en düşük semptomlar; cinsel istek değişiklikleri ve idrar problemleri olarak saptanmıştır. Tortumluoğlu'nun çalışmasında (34) ise kadınların yaklaşık olarak yarısının libido azalması yaşadığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların bu semptomları hafif derecede yaşadıkları saptanmıştır. AlDughaiter'in çalışmasında (41) cinsel problemler %24,4 oranında en az yaşanan semptom olarak saptanmıştır. Pakistan'ın Sindh kırsal bölgesinde yaşayan menopozun farklı evrelerindeki kadınlarla yapılan bir çalışmada (76), ürogenital şikâyetler en az sıklıkta yaşanan menopoz semptomları olarak saptanmıştır. Bu durum kadınların postmenopozal dönemde daha az cinsel aktivitede bulunmalarına bağlanmıştır. Khan 'ın çalışmasında (49) katılımcıların %0,06'sının menopozal dönemde cinsel problemler yaşadığı tespit edilmiştir. Monterrosa'nın çalışmasında (40) ise Afro-Kolombiyan kadınlarda en az oranda yaşanan menopozal semptomlar cinsel problemler olarak saptanmıştır. Diğer semptomlara kıyasla ürogenital ve seksüel yakınmaların en az düzeyde olmasını özellikle toplumumuzda kişilerin bu konuyu konuşmaktan çekinmeleri nedeniyle paylaşmamış olabileceklerine bağlayabiliriz.

Çalışmamızda menopozal dönemde en şiddetli olarak yaşanan ikinci semptom ise sinirlilik olarak tespit edilmiştir. Katılımcılarımızın %12,2'sinin çok şiddetli derecede, %21'inin şiddetli derecede, %32,4'ünün ise orta derecede sinirlilik şikâyeti yaşadığı saptanmıştır (tablo 7). Çalışma bulgularımızla benzer olarak Özgür'ün çalışmasında (19), kadınların %38,65'inin sinirlilik şikâyetini orta derecede yaşadıkları saptanmıştır. Koyuncu'nun çalışmasında (4), katılımcıların %75,8'inin sinirlilik şikâyeti yaşadığı saptanmıştır. Subrahmanyam'ın çalışmasında (73), katılımcıların %58,8'inin sinirlilik

şikâyetini yaşadığı saptanmıştır. Mohammed'in çalışmasında (42) ise katılımcıların % 65, 4'ünün hafif veya orta derecede sinirlilik şikayeti yaşadığı saptanmıştır. Khan'ın çalışmasında (49) ise katılımcıların %14, 4'ünün menopozal dönemde sinirlilik şikayeti yaşadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %27,7'sinin endişe durumunu hiç yaşamadığı, %23,9'unun hafif derecede yaşadığı, %27,3'ünün ise orta derecede yaşadığı saptanmıştır (tablo 7). Çalışmamızda menopoz sonrası daha kaygılı ve endişeli olduğunu ifade eden katılımcılarımızın oranı %29,4 olup bu oran azımsanmayacak bir değerdedir (tablo 7). Menopoz sonrası dönemde hormonal dengenin değişmesine bağlı olarak kaygı ve endişe şikâyetleri oldukça sık karşılaşılr (1). Koyuncu'nun çalışmasında (4), katılımcıların %63,5'inin menopozal dönemde kaygı ve endişe yaşadığı tespit edilmiştir. Kalahroidi ve arkadaşlarının 2012 yılında yapmış olduğu bir çalışmada (77), endişe ve sinirlilik katılımcıların %88,3'ünde mevcutken, %28,6'sında şiddetli düzeyde yaşandığı belirtilmiştir. Mohammed'in çalışmasında (42), katılımcıların %55,4'ünün orta derecede kaygı ve endişe durumu yaşadıkları saptanmıştır. AlDughhaither'in çalışmasında (41) ise bu oran %31,1 olarak saptanmıştır. Khan'ın çalışmasında (49) ise menopozal dönemde anksiyete yaşayanların oranı %17, 1 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %20,2'sinin keyifsizlik halini hiç yaşamadığı, %24,4'ünün hafif derecede, %26,9'unun ise orta derecede yaşadığı saptanmıştır (tablo 7). Özgür'ün çalışmasında (19) ise katılımcıların %36,42'sinin keyifsizlik halini orta derecede yaşadığı saptanmıştır. Koyuncu'nun çalışmasında (4) ise katılımcıların %70,6'sının keyifsizlik hali yaşadığı tespit edilmiştir. Khan'ın çalışmasında (49) ise menopozal dönemde keyifsizlik hali yaşama oranı %8,3 olarak saptanmıştır. Sharma'nın çalışmasında (68), depresif duygu durumu ve keyifsizlik şikâyetinin kentsel alanda yaşayan kadınlarda, kırsal kesimde yaşayan menopozal kadınlardan daha fazla oranda yaşandığı saptanmıştır. Mohammed'in çalışmasında (42) ise katılımcıların %71, 5'inin orta veya şiddetli derecede keyisizlik hali veya depresif duygu durumu yaşadığı saptanmıştır. Khan'ın çalışmasında (49) ise katılımcıların %8, 3'ünün depresif duygu durumu yaşadıkları tespit edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %24,4'ünün fiziksel ve zihinsel yorgunluğu hiç yaşamadığı, %28,2'sinin hafif derecede, %27,3'ünün ise hafif düzeyde yaşadıkları saptanmıştır (tablo 7). Koyuncu'nun çalışmasında (4) katılımcıların %78,1'inin fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadığı saptanmıştır. Khan'ın çalışmasında (49) ise katılımcıların %60,2'sinin fiziksel ve zihinsel yorgunluk şikâyeti yaşadıkları saptanmıştır. Al Dughhaither'in

çalışmasında (41) ise bu oran %64,7 olarak saptanmıştır. Sharma'nın çalışmasında (68) ise, fiziksel ve zihinsel yorgunluk şikâyetinin kırsal kesimde yaşayan kadınlarda daha az oranda yaşandığı tespit edilmiştir. Mohammed'in çalışmasında (42) ise katılımcıların %88, 4' ünün orta veya şiddetli derecede fiziksel ve zihinsel yorgunluk şikayeti yaşadıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %4,2'sinin çok şiddetli seviyede, %30,3'ünün ise orta derecede vajinal kuruluk şikayeti yaşadıkları saptanmıştır (tablo 7). Koyuncu'nun çalışmasında (4) ise katılımcıların %37,4'ünün vajinal kuruluk şikâyeti yaşadığı belirtilmiştir. Mohammed'in çalışmasında (42) katılımcıların %46, 2'sinin şiddetli derecede, %34,6'sının ise orta derecede vajinal kuruluk yaşadığı tespit edilmiştir. AlDughaither'in çalışmasında (41) ise bu oran %31,1 olarak saptanmıştır. Monterrosa'nın çalışmasında (40) ise vajinal kuruluk şikâyetinin siyah kadınlarda %18, 4 oranında yaşandığı saptanmıştır. Afro-Kolombiyalı olmayan kadınlarda da hemen hemen aynı oranlarda yaşandığı tespit edilmiştir. Sharma'nın çalışmasında (68) ise vajinal kuruluk şikâyetinin kırsal alanda yaşayan menopozal kadınlarda, kentsel alanlarda yaşayan kadınlardan daha fazla oranda yaşandığı tespit edilmiştir. Mohammed'in çalışmada (42) ise katılımcıların %80, 8'inin orta veya şiddetli derecede vajinal kuruluk şikayeti yaşadığı saptanmıştır. Khan'ın çalışmasında (49) ise bu oran %28, 2 olarak saptanmıştır.

Çalışma durumu ve menopoz semptomları arasındaki ilişki incelendiğinde, daha önce hiç çalışmayan kadınların, menopoz semptomlarının (özellikle somatik ve psikolojik şikâyetlerin), daha şiddetli yaşandığı tespit edilmiştir (tablo 33). Mohammed'in çalışmasında (42) menopoz semptomlarının şiddeti ile eğitim seviyesi ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak Kalahroudi' nin çalışmasında (77) ise menopoz semptomları ile eğitim düzeyi, çalışma durumu, egzersiz ve menopozda olma süresi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmaların farklı kültürlerle sahip toplumlarda yapılmış olması, çalışan ya da çalışmayan kadınlar üzerinde olan sorumlulukların değişmesi ve bu kültürlerde menopoza yönelik tutumların farklılıklar göstermesi sayılabilir.

Çalışmamızda gelir durumunun, VKİ'nin, medeni durumun, mesleğin, yaş gruplarının, aile yapısının ve yaşanan yerleşim yerinin menopoz semptomları şiddetini etkilemediği saptanmıştır (tablo 32, 16, 18, 15, 12). Ancak MRS alt gruplarından ürogenital şikâyetlerin 50-55 yaş arasında, 45-50 ve 56-60 yaş arasındaki kadınlara göre daha fazla oranda yaşandığı tespit edilmiştir. Somatik ve psikolojik şikâyetlerin şiddetinin ve yaşanma oranının ise yaş gruplarına göre değişiklik göstermediği saptanmıştır. ABD' de beş farklı

ırkta yapılan çalışmada (71) ise sıcak basması,,gece terlemesi, idrar kaçırma, kas ağrıları ve tutukluk hissi gibi yakınmaların VKİ' nin 27 ve üzerinde olmasıyla ilişkili olduğu (OR= 1.15-2.18) bildirilmiştir.

Özgür'ün çalışmasında (19) ise MRS alt grupları ve total puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; 46–55 yaş grubu kadınların yaşadıkları psikolojik semptomların, 56 ve üzeri yaş grubu kadınlara göre daha şiddetli yaşadıkları saptanmıştır. Yine Özgür'ün çalışmasında (19) somatik, ürogenital şikayetlerin ve MRS total'in ortalama puan değerleri 46 - 55 yaş grubu kadınların 35 – 45 yaş grubu kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır. Tortumluoğlu çalışmasında (34), 45-49 yaş grubu kadınların menopozal yakınmaları en fazla yaşadıklarını saptamıştır. Çalışmamızda olduğu gibi Koyuncu'nun çalışmasında (4) da ciddi menopozal semptom sıklığı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Suudi Arabistan çalışmasında (78), 50 – 54 yaş aralığında urogenital semptomların daha fazla oranda yaşandığı saptanmış, ancak İran ve Çin' de yapılan iki çalışmada yaş ile menopozal semptomlar arasında anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (77, 79).

Çalışma bulgularımızla benzer olarak Koyuncu'nun çalışmasında (4) da menopoz semptomları ile medeni durum, gelir düzeyi ve VKI arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda menopoza girmeyi çok doğal karşılayan kadınlarda menopozal semptomların hemen hemen hepsinin daha hafif yaşandığı; menopoz sonrası kaygı ve endişe açısından artma olan kadınlarda kaygılarında değişiklik olmayan kadınlara göre menopozal semptomları daha şiddetli yaşadıkları saptanmıştır (24). Menopozla ilgili olumlu ve doğal olduğuna yönelik düşüncelerin menopozal semptom sıklık ve şiddetini azalttığını gösteren çalışmalardan bahsedilmektedir. Menopoza yönelik tutum ile menopoz semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur ve bu çalışmaların çoğunda menopoza yönelik olumsuz tutuma sahip olan kadınlarda menopoz semptomlarının daha şiddetli yaşandığı bildirilmektedir (80).

Çalışmamızda yaşanan aile yapısı ile menopoz semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (18). Çekirdek tipi aile yapısına sahip olan kadınların menopoz döneminde aile büyüklerinin desteğinden mahrum kalmaları ya da sorumluluklarını paylaşabilecekleri kimse olmamasından dolayı menopoz semptomlarını daha yoğun yaşayabilirler. Bunun yanı sıra geniş ailenin neden olduğu kalabalık ev koşulları gibi sorunlar da menopoz döneminin daha zor yaşanmasına neden olabilir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi Koyuncu'nun çalışmasında (4) ve Çelik ve Pasinlioğlu'nun Erzurum'da yapmış oldukları

çalışmada (81), menopoz semptomları ile yaşanan aile yapısı arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Bunun aksine Kaulagekar'ın Hindistan'da yaptığı çalışmada (82) ise, çekirdek tipi aile yapısına sahip kadınlarda menopoz semptomlarının daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda cinsel yaşamın menopoz semptomları üzerindeki etkisini incelediğimizde cinsel isteğinde azalma olan kadınların, cinsel isteğinde değişim olmayan kadınlara kıyasla menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşadıkları saptanmıştır. Karşı cinsin yanında kendisini az rahat hisseden veya rahat hissedemeyen kadınların, karşı cinsin yanında kendisini rahat veya oldukça rahat hisseden kadınlara kıyasla daha şiddetli menopoz semptomları yaşadıkları saptanmıştır (tablo 27). Menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşayanların daha çok özgüven kaybı yaşayabileceklerini, menopozal semptomlarla daha çok uğraştıklarını, daha depresif ve kaygılı olabileceklerini ve bu nedenle daha fazla cinsel isteksizlik ve karşı cinsin yanında rahat olamayabileceklerini tahmin etmekteyiz.

Çalışmamızda menopozal dönemle ilgili yeterli bilgiye sahip olan kadınların, etraftan duyduklarını bilenlere kıyasla ürogenital şikâyetler başta olmak üzere genel olarak menopoz semptomlarını daha hafif yaşadıkları saptanmıştır (tablo 26). Çalışmamızda kadın olduğundan hiç pişmanlık duymayanların, sık sık veya ara ara pişmanlık duyan kadınlara kıyasla menopozal semptomları daha hafif yaşadıkları tespit edilmiştir (tablo 29). Aynı şekilde çalışmamızda menopoz sürecini çok çabuk kabullenen kadınlarda menopozal semptomların daha hafif yaşandığını tespit ettik. Bunu menopoz semptomlarını daha hafif menopoz dönemini daha çabuk kabullenmelerine de bağlayabiliriz. Bunun yanında kadının menopoz dönemini kabullenmesinde menopozun dönemi ve getirileri hakkında sahip olduğu bilgiler, yaşamış olduğu toplumdaki yargılar da önemli olabilir.

Çalışmamızda menopoz semptomlarının şiddeti ile ailenin ve arkadaşlardan destek alma durumu, en çok destek alınan kişi, menopoza girdiğini ilk olarak kime söylediği, menopoza girme şekli, kaç yıldır menopozda olduğu, menopoza girmeden önce olumsuz veya kötü bir olay yaşayıp yaşamadığı, sistemik hastalık ve düzenli ilaç kullanma durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda yaşanan aile yapısının, çocuk sahibi olma durumunun, çocuk sayısının ve gelir algısının menopozal semptomların şiddetini etkilediği saptanmıştır. Çalışmamızda çocuk sahibi olan kadınlarda, çocuk sahibi olmayanlara kıyasla daha fazla oranda ürogenital şikâyetler yaşandığı tespit edilmiştir (tablo 34). Blümel (83) yaptığı çalışmada nulliparitenin şiddetli vms yaşanmasıyla ilişkili olduğunu göstermiş

olmasına karşın Im E-O (84) ise tam tersiyönde çocuk sayısı arttıkça vms nin şiddetinin arttığını söylemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi ve menopozal semptomları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; üniversite mezunu olanlarda menopoz semptomları ilkökul mezunu olan kadınlara kıyasla daha hafif yaşandığı saptanmıştır (tablo 13). Benzer başka çalışmalar da göstermektedir ki eğitim seviyesi yükseldikçe menopoz semptomları daha hafif yaşanmaktadır (85) (86). Özgür'ün çalışmasında (19) ise eğitim düzeyi ve menopoz semptomlarının şiddeti arasındaki ilişki ileri derecede anlamlı bulunmuştur. İlkokul ve altı eğitim seviyesinde olan kadından MRS total ve alt grup puan ortalamaları lise ve üstü mezunu olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Literatürde de eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların menopozal şikâyetlerinin derecesinin azalmakta olduğu ve kadınların menopoza karşı daha olumlu bakış sergiledikleri belirtilmiştir (77, 84, 52). Eğitim seviyesinin daha yüksek olması; kadınların sağlık ile ilgili konularda daha fazla bilgi sahibi olması ve menopoz semptomlarından daha az etkilenmelerini sağlamış olabilir. Uçanok'un çalışmasında (33) ise yüksekokul mezunu kadınların orta dereceli okuldan mezun olanlara göre menopozal semptomları daha hafif yaşadıkları tespit edilmiştir.

Çalışmamızda menopoza girme şeklinin menopoz semptomlarının şiddetini etkilemediği saptanmıştır. Bazı çalışmalara göre cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda menopoz semptomlarının daha şiddetli yaşandığı saptanmıştır (81, 87). Doğal menopozda, foliküllerin aktivitesini yitirmesi yavaş yavaş olur ve vücut da zamanla buna adaptasyon geliştirir. Ancak cerrahi menopozda bu süreç çok hızlıdır ve semptomlar daha şiddetlidir. Çalışmamızda menopoza girme şekli ile menopoz semptomları açısından fark saptanmamasının sebebi cerrahi menopoz sonrası kadınların HRT kullanmaları ve hormon seviyelerindeki ani düşüşün görülmemesi olabilir. Çalışmamızda olduğu gibi menopoza girme şekli ile yaşanan menopoz semptomları arasında ilişki Lerner tarafından da saptanmıştır (87).

Çalışmamızda menopoz semptomları açısından hormon tedavisi almayan kadınların menopoz semptomlarını daha hafif yaşadığı ve menopozal tutumun daha olumlu olduğu saptanmıştır (tablo 31). Bunun menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşayanların tedavi almasına, yaşamayanların ise tedaviye ihtiyaç duymamalarına bağlayabiliriz. HRT sıcak basması, vajinal kuruluk ve bazı psikolojik şikâyetlerin tedavisinde kullanılan etkili bir yöntem olmasına rağmen çalışmamızda HRT kullanmayanların menopozal semptomları daha hafif yaşadığı tespit edilmiştir. Buradan dolayı olarak menopozal semptomları hafif

yaşamalarından ötürü tedavi gereksinimi duymadıklarını da çıkartabiliriz. Bizim çalışmamızla benzer olarak Özgür'ün çalışmasında (19) da menopoza tedavisi gören kadınların menopoza semptomlarını daha şiddetli yaşadığı ve menopoza karşı daha olumsuz bir tutum içerisinde oldukları saptanmıştır. Bu durum menopoza karşı olumsuz tutumlarının yanında, kadınların uygulanan tedaviden memnun kalmaması, tedaviye inanmaması ya da kısa süreli olarak tedavi almasından kaynaklanıyor olabilir. Koyuncu'nun çalışması (4) ile Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun çalışmasında (81) çalışma bulgularımızdan farklı olarak HRT alan ve almayan kadınlar arasında ciddi menopozal semptom sıklığı açısından bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda menopozal dönemde daha kaygılı ve endişeli olduğunu belirten kadınlarda somatik şikayetler ve psikolojik şikayetler daha fazla oranda yaşandığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde menopozal dönemde daha kaygılı olan kadınlarda MRS total puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Menopozal dönemde daha kaygılı olan kadınlarda kaygı durumu açısından değişiklik olmayanlar ve kaygı ve endişe durumu azalanlara kıyasla ürogenital şikayetlerin daha fazla oranda yaşandığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kadınların menopozal semptomları hafif-orta düzeyde yaşadıkları saptanmıştır. Özgür çalışmasında (19) kadınların menopozal yakınmaları orta veya orta düzeye yakın yaşadıkları tespit edilmiştir.

5.4. Menopozal Tutumla İlgili Bulguların Değerlendirilmesi

Menopoza ilişkin tutum ölçeği ile yaptığımız değerlendirmelerde katılımcıların menopozal dönem yaşantılarını ve bu dönemdeki tutumlarını belirlemek amacıyla katılımcılarımıza 18 adet olumsuz ve 2 adet olumlu ifadeler okuduk. Vermiş oldukları cevapları puanlayarak nasıl bir tutum sergilediklerini belirlemeye çalıştık. Bizim çalışmamızda menopoza ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması $40,168 \pm 10,563$ olarak saptanmıştır. Tortumluoğlu yaptığı çalışmada (34) puan ortalaması $37,94 \pm 12,58$ olarak bildirmiştir. Bizim puan ortalamamız olumlu menopozal tutumun alt sınır puanı olan 40 puan sınırındayken, Tortumluoğlu çalışmasında (34) kadınların olumsuz menopozal tutum puanı aralığında olduklarını görmekteyiz. Çalışmamıza katılan katılımcıların menopoza dönemine ilişkin tutumları incelendiğinde katılımcıların %53,4'ü “kadınlar yaşamlarında adetten kesilmeyi olumsuz bir olay görmezler” ifadesine katılmıştır (tablo 8). Katılımcıların

%43,2'sinin bu ifadeye kesinlikle katılmama, katılmama ve kararsız kalma eğiliminde oldukları saptanmıştır (tablo 8). Bizim çalışmamıza benzer bir şekilde 2007 yılında Sinop'ta yapılan bir çalışmada (35) katılımcıların %50,4'ünün bu ifadeye katıldığı, %42,2'sinin bu ifadeye katılmadığı veya kararsız kaldığı saptanmıştır. Bu olumlu ifadeye verilen cevaplardan anlaşılabileceği gibi kadınlar menopoza dönemini yaşamın doğal bir dönemi olarak görebildikleri gibi kadını bu dönemde depresif ve dağınık yapabileceği düşüncesinde de olabilirler (23). Menopoz kadında fiziksel değişiklikler yapmasının yanında kişide kadınlık, cinsellik, estetik kaygıları da yapılabilir ve üretebilme, yaratabilme yeteneğinin sonu olarak da algılanabilir (88). Bu çalışmalardaki verilere göre katılımcıların bu olumlu ifadeye yüksek oranda katılmaları, kadınların menopoza karşı olumlu bir tutum içerisinde olduklarını gösterir.

“Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar” ifadesine çalışmamıza katılan katılımcıların %44,1'i katılmamıştır (tablo 8). Çalışma bulgularımıza benzer olarak Koç'un çalışmasında (35), katılımcıların %49'unun bu ifadeye katılmadığı saptanmıştır. “Adetten kesilen kadın kendisinin anlayacağı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir” ifadesine çalışmamıza katılan katılımcıların %57,1'i katılmamıştır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) da katılımcıların %56,2'sinin bu ifadeye katılmadığı saptanmıştır. “Erkekler adetten kesilme sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar” ifadesine çalışmamızda katılımcıların %45'nin katılmadığı saptanmıştır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (36) da katılımcıların %48,2'si bu ifadeye katılmamaktadır. “Kadınlar adetten kesilme döneminde genellikle sinirli ve gergin olurlar” ifadesine katılımcılarımızın %70,6'sı katılmaktadır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise bu oran %78 olarak saptanmıştır. Elde edilen bu veriler menopoza ilişkin olarak bu düşüncelerin oluşmasında, toplumsal yargıların, menopoz yaşantısının ve kadınların yaşama olan bakış açısının etkili olabileceği düşündürmektedir. Diğer kültürlerde olduğu gibi Türk kadınlarında da menopoza yönelik toplumsal kalıplaşmış yargılarımızdan dolayı kadın menopoz dönemini “kayıpların yaşandığı ”bir dönem olarak algılamaktadır. Kadın orta yaşa geldiğinde menstrüasyon düzensizlikleri yaşadığında menopoza gireceğini düşünüp büyük korkular yaşayabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %49,6'sı “ Birçok kadın adetten kesildikten sonra artık gerçek bir kadın olmadığını düşünür” ifadesine katılmamıştır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (89) bu ifadeye katılmayanların oranı ise %45,4 olarak saptanmıştır. Sosyal olarak kadının var oluşunun çocuk doğurmasıyla bağlantılı olan toplumlarda, kadının

doğurganlık özelliğinin bitmesiyle birlikte artık kadında gerçek bir kadın olmadığına dair düşünceler gelişebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %57,5'inin " adetten kesilme bir kadının yaşamında pek çok sorunun yaşandığı bir dönemdir" ifadesine katıldığı saptanmıştır (tablo 8). Benzer bir şekilde Koç'un çalışmasında (35) bu ifadeye katılanların oranı %67,6 olarak saptanmıştır. Kadınların bu şekilde düşünmelerinde, çoğunluğunun ev hanımı olmalarının, üretici olmamalarının, bu dönemi daha sorunlu ve korkutucu görmeleri etkili olabilir. Bu düşüncemizi doğrulayacak şekilde literatürde ev yaşamı dışında başka bir aktivite göstermeyen kadınların menopoza dönemini daha sıkıntılı geçirdikleri bildirilmiştir (10).

" Pek çok kadın adetten kesilmekten üzüntü duyar" ifadesine çalışmamızda katılımcıların %52,9'unun katıldığı saptanmıştır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) bu oran %58,2 olarak saptanmıştır. Bununla ilgili olarak literatürde kadınla doğurganlığın eş tutulmasının ve menopoza kadınlığın sonu olarak görülmesinin etkili olabileceğine dair görüşler mevcuttur (10).

Çalışmamızda katılımcıların %50,4'ü " Adetten kesilmek bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır" ifadesine katılmamıştır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise bu ifadeye katılmayanların oranı %54,2 olarak saptanmıştır. Bu veriler bize kadınların yaklaşık olarak yarısının menopoza dönemini kadın hayatında hoş olmayan bir dönem olarak algıladıklarını göstermektedir. Bu bakış açısının oluşmasında toplumsal yargılar ve özellikle menopoza " hastalık" olarak değerlendirilmesinin etkili olabileceğini gösteren bazı çalışmalar mevcuttur (33).

Çalışmamızda katılımcıların %66,4'ü " Aslında hemen her kadın yaşamında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar." ifadesine katılmaktadır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise katılımcıların %71'i bu ifadeye katılmaktadır. Çalışmamızda kadınların bu şekilde düşünmelerinde, bu dönemde yaşanabilecek bazı sorunlar ve değişikliklerin (boşanma, emeklilik, çocukların evlenmesi, çocukların çeşitli nedenlerle evden ayrılmaları, eş veya ebeveynlerin ölümü gibi) etkili olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda katılımcıların %47,9'u " Adetten kesilmek yaşlanmanın önemli bir işaretidir." ifadesine katılmıştır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise bu ifadeye katılan katılımcıların oranı %44,2 olarak saptanmıştır. Bu da demek oluyor ki kadınların yarıdan fazlası menopoza yaşlılık olarak görmemekte, bu dönemi doğal bir süreç olarak kabul etmemekte ve yaşamın bu dönemini daha olumlu değerlendirmektedir. Kadınların bu dönemi

daha rahat geçirmek için menopoza yaşlanmanın başlangıcı olarak değerlendirmek yerine; kendilerine, ailelerine ve çevrelerine daha fazla zaman ayırabilecekleri yeni bir dönem olarak algılamaları çok önemlidir.

" Kadınlar adetten kesilme sırasında bir takım sıkıntılar yaşamayı beklemelidir" ifadesine katılımcılarımızın %68,5'i katılmakta ve %10,9'u tamamen katılmaktadır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise katılımcıların %83,2'si bu ifadeye katılmaktadır. " Kadınları adetten kesilme döneminde en çok korkutan şey bu dönemde ne olacağını bilmemektir" ifadesine çalışmamızda katılımcıların %52,9'u katılmaktadır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) bu ifadeye katılan kadınların oranı %66,6 olarak saptanmıştır. " Pek çok kadın adetten kesilme döneminde üzüntülü ve çökkün olur" ifadesine katılımcılarımızın %47,5'i katılmakta ve %4,2'si tamamen katılmaktadır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise bu ifadeye katılan kadınların oranı %70,4 olarak saptanmıştır. "Adetten kesilmek pek çok kadının yaşamını alt üst eder" ifadesine katılımcıların %34'ü katılmakta ve %3,8'i tamamen katılmaktadır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise bu ifadeye katılan kadınların oranı %44,2 olarak saptanmıştır. " Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler" ifadesine katılımcılarımızın %37,8'i katılmamaktadır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise bu ifadeye katılmayan kadınların oranı %40 olarak saptanmıştır.

" Adetten kesilen pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder" ifadesine katılımcılarımızın %43,7'si hiç katılmamakta ve %32,8'i katılmamaktadır (tablo 8). Koç'un çalışmasında (35) ise katılımcıların %42,6'sı bu ifadeye katılmamaktadır. "Kadınlar adetten kesildikten sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar." ifadesine ise katılımcılarımızın %52,5'i katılmaz iken, çalışma bulgularımıza benzer olarak Koç'un çalışmasında (35) bu oran %53,62 olarak saptanmıştır (tablo 8). Bu çalışmalar sonucunda menopoz döneminde cinsel ilişkide bulunamayacaklarını düşünen kadınların az olmadığı göz önünde bulundurulursa bu dönemde hem kadınlara hem de eşlerine verilecek olan eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır.

" Adetten kesilmek kadınların yaşamını büyük ölçüde etkilemez." ifadesine katılan katılımcılarımızın oranı %55 (tablo 8) olup; Koç'un çalışmasında (35) ise bu oran %51,4 olarak saptanmıştır. Bu veriler kadınların menopoza doğal bir süreç olarak kabul ettiklerinin göstergesidir. Bu da gösterir ki kadınlar bu dönemi üretebilme ve yaratabilme yeteneklerinin azaldığı doğal bir süreç olarak algıarlarsa süreç daha da kolay ilerleyecektir. Çalışmamızda " Pek çok kadın için adetten kesilmek katlanılması oldukça zor bir durumdur" ifadesine

katılımcılarımızın %51,3'ü'nün katıldığı (tablo 8) ve benzer şekilde Koç'un çalışmasında (35) da katılımcıların %60'ının bu ifadeye katıldığı saptanmıştır. Buradan kadınların menopoza dönemini katlanılması oldukça zor bir dönem olarak gördükleri ortaya konulmuş olup buna kadının yaşından kaynaklanan ve yaşamış oldukları rol, sorumluluk, ilişkiler ve değişimlerin sebep olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan katılımcıların sosyodemografik ve klimakterik döneme yönelik özelliklerine göre menopozal tutum puan ortalamalarına baktığımızda; gelir durumunun, yaş gruplarının, VKİ'nin, eğitim düzeylerinin, medeni durumun, mesleğin, yaşanan aile yapısının, çocuk sahibi olma durumunun menopozal tutum üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (tablo 21-27,46). Uçanok'un çalışmasında (33) da yükseköğretim mezunu olan kadınların orta dereceli okuldan mezun olan kadınlara kıyasla daha olumlu tutum içerisinde oldukları saptanmıştır.

Çalışma durumunun, gelir düzeyinin ve çocuk sahibi olma durumunun bizim çalışmamızda olduğu gibi Tortumluğlu'nun çalışmasında (34) da menopozal tutumu etkilemediği saptanmıştır. Kadınların menopozal dönemi algılama şeklinde kültürün önemi çok fazladır. Kültürle bağlantılı olarak menopoza dönemiyle ilgili tutumlar kadının bu dönemi algılama şeklini ve baş etme yöntemlerini oldukça etkilemektedir. Uçanok'un çalışmasında (33) 29-34 ve 39-44 yaş arasındaki kadınların 45-54 ve 55-60 yaş arasındaki kadınlara kıyasla daha olumsuz menopozal tutum içerisinde oldukları saptanmıştır. Bunu kadınların menopoza hakkındaki ön yargılarına bağlayabiliriz. Bu döneme ait korku, endişe ve ön yargıları olan kadınların menopoza dönemini yaşadıkça menopoza dönemi ile ilgili yanlış anlaşılmalara ve korkular ortadan kalkıyor olabilir.

Çalışmamızda menopozal dönemde kaygı ve endişelerinde değişim olmayan kadınların ve kendisini karşı cinsin yanında rahat hisseden kadınların daha olumlu menopozal tutum sergiledikleri saptanmıştır. Çalışmamızda cinsel istekte değişiklik olmayanların, kadın olmaktan hiç pişmanlık duymayanların, menopoza sürecini rahat geçirenlerin yine daha olumlu menopozal tutum içerisinde oldukları saptanmıştır.

Bloch Avusturya'da yaptığı çalışmasında (80) klimakterik kadınların %35,3'ünün menopoza karşı negatif duygular, %33,3'ünün pozitif duygular, %27,5'inin tarafsız, %3,9'unun rahatlama ile birlikte umursamazlık hissettiklerini saptamıştır.

Çalışmamızda menopoza semptomları alt boyutlarının menopoza ile ilgili tutum üzerine olan etkisini incelediğimizde aralarında zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların somatik ve ürogenital şikâyetler düzeyinin menopozal tutumunu etkilemediği ancak psikolojik şikâyetlerin düzeyinin arttıkça menopozal tutumun daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda toplam menopozal semptomlarının, menopozal tutum üzerine etkisini incelediğimizde menopozal tutum ölçeğinin MRS'den %35 oranında etkilendiği saptanmıştır.

Menopoza ilişkin tutum puan ortalamalarının menopozal yakınmalardan olan sıcak basması, gece terlemesi, uykusuzluk, sinirlilik, içe kapanma, ağlama, iştah değişikliği, kilo artışı, deride kuruma, pullanma ve disparoni yakınmalarının olmadığı kadınlarda daha olumlu olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



6. SONUÇ

Çalışmamız; klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve menopozal tutumlarını değerlendirmek amacıyla Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir.

Çalışma kapsamındaki kadınlar 45-60 yaş arasında olup yaş ortalaması $54,903 \pm 3,847$ yıl olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu 55-60 aralığında olup yarıdan fazlasını lise veya üniversite mezunu kadınlar oluşturmakta ve %46,2'sini evhanımı olarak saptadık. Katılımcıların VKI'ni incelediğimize %70'inin VKI 25'in üzerinde hesaplanmıştır.

Katılımcıların %81,9'u doğal yolla menopoza girmiştir. Katılımcıların %48,3'ü menopoz hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmektedir. Katılımcıların %43,3'ünün bu bilgileri komşu ve arkadaşlarından, %40,8'inin ise doktora başvurarak edindiklerini saptadık. Ancak bunlara rağmen katılımcıların %96,2'si menopoz dönemi ile ilgili bilgilerin doktordan alınması gerektiğini ifade etmektedir.

Katılımcılara “sizce menopoz nedir?” diye sorduğumuzda aldığımız cevaplar sıklık sırasına göre; “adetten kesilmek”, “doğurganlığın bitmesi”, “yaşlanmak”, “doğal bir süreç”, “kadınlığın bitmesi”, “hormonal değişiklik”, “yeni bir dönem”, “sıkıntı”, “temizlik”, “son”, “hastalıkların artması”, “kötü bir süreç”, “fiziksel rahatlık”, “değişiklik”, “hislerin bitmesi” cevaplarını vermişlerdir.

Katılımcıların, menopoza girdiklerini %31,9'nun ilk olarak eşine %31,5'nin anne, kardeş, aileden başka birine söylediği saptanmıştır. Katılımcılarımızın %84,8'i menopoz dönemini çok doğal karşılamış ve çok çabuk kabullenmiştir. Menopoz sürecinde hissettiklerini sorduğumuzda, %64,7'si bu dönemde sinirlilik ve huzursuzluk yaşamış olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılarımızın %73,6'sı karşı cinsin yanında kendisini rahat hissettiğini, %50,4'ü ise menopozal dönemde cinsel isteğinde değişiklik olmadığını ifade etmiştir.

Menopoz öncesi dönemde sigara tiryakiliği oranı %31,1 iken menopoz sonrası dönemde bu oranın %24,8'e düştüğü saptanmıştır.

Kadınların menopozal semptomları incelendiğinde, en şiddetli yaşanan semptomların sıcak basması, gece terlemeleri ve sinirlilik; en hafif yaşanan menopozal semptomların ise ürogenital semptomlar olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların menopozla ilgili tutumları incelendiğinde en fazla katıldıkları ifade” kadınlar genellikle adetten kesilme döneminde sinirli ve gergin olurlar” ifadesi olurken katılmama oranı en fazla olan ifade ise “adetten kesilen kadın kendisinin anlayacağı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir” ifadesi olmuştur.

Katılımcılarımızdan farklı toplumlarda menopozun farklı yaşandığını düşünenlerde, menopoz döneminde kaygı ve endişelerinde değişim olmayanlarda, menopoz sonrası kendini karşı cinsin yanında daha rahat hissedenerlerde, cinsel isteğinde değişim olmayanlarda veya artanlarda, kadın olduğundan hiç pişmanlık duymayanlarda, menopoz döneminde şikayetleri için hiç tedavi almayanlarda menopozal tutumun daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Katılımcılarımızın eğitim seviyesi arttıkça menopoz dönemini daha rahat geçirdikleri saptanmıştır. Katılımcılarımızdan emekli olan grubun %60,2'sinin menopoz dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda menopoz semptomları alt boyutlarının menopoz ile ilgili tutum üzerine olan etkisini incelediğimizde aralarında zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kadınların somatik ve ürogenital şikâyetler düzeyinin menopozal tutumu etkilemediği ancak psikolojik şikâyetlerin düzeyinin arttıkça menopozal tutumun daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda toplam menopozal semptomların, menopozal tutum üzerine etkisini incelediğimizde menopozal tutum ölçeğinin MRS'den %35 oranında etkilendiği saptanmıştır.

Ülkemizde eğitim kurslarının yaygın olmaması ve örneklem grubunun çoğunluğunun ev hanımı olması nedeniyle önemli kitle iletişim araçlarından olan basın ve yayın organlarında özellikle televizyon programlarında menopoz dönemi konusunda profesyonel kişiler tarafından hazırlanan programlara yer verilmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz. Menopozal dönemde görülen semptomlar ile baş edebilmek için menopoza yönelik tutumların da dikkate alınması gerekmektedir. Menopozal semptomların algılanan

şiddetinin, menopoz ile ilgili bilgi ve tutum düzeyinin olumlu yönde değiştirilebilmesi için sağlık eğitimi düşük maliyetli ama etkili bir yöntemdir. Kadınlara yönelik menopoz dönemi ve semptomları ile ilgili eğitim çalışmaları yapılmalı ve bu amaçla seminer, kurs ve konferans gibi eğitim etkinlikleri düzenlenmelidir.

Menopoz sadece kadın sağlığı kapsamında ele alınmayıp, ailenin huzuru ve devamlılığı açısından erkeklerin de bu konuda bilgilendirilmesi amacıyla eğitim programlarından yararlanmaları sağlanmalıdır.

Menopoza yönelik doğru tutum, bilgilendirme çalışmaları menopoz kliniklerinde hekim ve hemşirelerin görev almaları ile klimakterik kadınların bu dönemi daha rahat geçirebilmeleri için sağlık eğitimi, destek ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması daha verimli ve kaliteli olacaktır.

Yaşamları boyunca herhangi bir işte çalışan katılımcıların somatik şikâyetler, psikolojik şikâyetler ve toplam menopoz semptomları puan ortalamaları yaşamları boyunca herhangi bir işte çalışmayan gruptan anlamlı olarak düşüktür. Çalışan kadınların bedensel ve ruhsal zorluklara karşı daha dirençli oldukları ve kadınların çalışma hayatının desteklenmesinin onların toplumsal rollerini güçlendirdiğini ve menopoz dönemini daha rahat algıladıklarını düşünmekteyiz.

Çocuk sahibi olan katılımcılar istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek ürogenital şikâyet puanlarına sahipken çocuk sayısının beş ve üzeri olan grupta somatik şikâyet puanlarının bir, iki ve üç çocuk sahibi olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelik ve doğum yapmanın ürogenital sistem başta olmak üzere bedensel yakınmaları artırması aile planlaması ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin yanısıra bedensel iyi bakımın önemini bizlere göstermektedir

7. ÖZET

Amaç: Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal şikâyetlerini ve menopozal tutumlarını araştırmayı amaçladık.

Yöntem ve gereç: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 28.04.2016 ile 28.08.2016 tarihleri arasında başvuran ve 5 yıldır menstrüasyon kanaması olmayan 238 kadın hasta kabul edilmiştir. Katılımcılara katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve menopoz seyrini ve tutumlarını sorgulayan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 238 kadının yaş ortalaması $\pm 54,903$ (min:45,max:60) yıldır. Katılımcılarımızın %29,4'ü normal kiloludur. Katılımcıların %52,9'u lise veya dengi mezunu ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir. Katılımcıların %46,2'si ev hanımı, %34,9'u emeklidir. Katılımcıların %30,7'sinin geliri giderini karşılamamaktadır ve %90,8'i daha çok büyük şehirlerde yaşamıştır. Katılımcıların hepsinin sağlık sigortası bulunmaktadır. %61,3'ü evli ve evli olanların ise %96,6'sının birinci evliliğidir. Katılımcıların %86'sının çocuğu bulunmakta ve çocuğu olanların da %72'sinin bir veya iki çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %58,4'ü şimdi veya daha önce herhangi bir işte çalışmış olup. Katılımcıların %80,7'si çekirdek tipi aile yapısına sahip ve %15,1'i yalnız yaşamaktadır. Çalışmamızda katılımcıların %78,2'si 5-10 yıldır menopozda, %55,9'unun sistemik hastalığı bulunmakta, %54,6'sı düzenli olarak ilaç kullanmakta, %81,9'u doğal olarak menopoza girmiştir. Katılımcılarımızın %48,3'ü menopoz dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını ve %43,3'ü ise bu bilgiyi komşu ve arkadaşlarından edindiklerini ifade etmektedirler. Katılımcılarımızın menopozu daha çok “adetten kesilmek”, “doğurganlığın bitmesi” ve “yaşlanmak” olarak tanımladıkları görülmektedir. Katılımcılarımızın %96,2'si menopoz dönemi ile ilgili bilgilerin doktordan alınması gerektiğine inanmakta; %55,9'u menopoz dönemini değişiklik, %41,2'i yaşlanmak olarak algılamaktadır. Katılımcılarımızın %31,9'u menopoza girdiğini ilk olarak eşlerine, %31,5'i ise anne, kardeş veya aileden başka birine söylemiştir. Katılımcılarımızın %53'ü ailesinden, %50,4'ü ise arkadaşlarından oldukça veya çok destek görmüşlerdir. Katılımcılarımızın %38,7'si ise en fazla desteği eşinden görmüştür. Katılımcıların %84,8'i menopoz dönemini “çok doğal karşıladım” ve “sıkıntılıydı ancak çabuk kabullendim” şeklinde ifade etmiştir. Katılımcıların %73,6'sı menopoz döneminde kendisini karşı cinsin yanında rahat hissetmektedir ve %49,6'sının ise cinsel isteginde bir azalma olmuştur. Katılımcıların

%64,7'si bu dönemde sinirlilik ve huzursuzluk yaşamıştır. Çalışmamıza katılan katılımcılar kaygı ve endişe bakımından %61,8'i eskisi gibi iken %29,4'ü daha kaygılıdır. Katılımcıların menopoza öncesi sigara tiryakiliği oranı %31,1 iken menopoza sonrası dönemde bu oran %24,8'e gerilemiştir. Katılımcılarımızın %75,6'sı kadın olmaktan hiç pişmanlık duymadığını belirtmiştir. Katılımcılarımızın %49,6'sı menopoza farklı toplumlarda farklı yaklaşıldığını düşünmekte ve bunun sosyokültürel farklılıktan (%39), eğitim düzeylerimizin farklı olması (%33,9) ve toplumların kadına verdiği önemin farklı olmasından kaynaklandığını düşünmektedirler. Katılımcılarımızın cinsel ilişki sırasında ağrıyı %54,6'sının hiç yaşamadığı, gözlenmiştir. Katılımcılarımızın kemik erimesini %21,4'ünün şiddetli yaşadığı, sırt ve bel ağrısını %29,8'inin şiddetli yaşadığı, %43,3'ünün hazımsızlığı ara ara yaşadığı, %41,6'sının kabızlığı ara ara yaşadığı, %40,3'ünün ciltte kuruluk ve kaşıntıyı ara ara yaşadığı, %43,7'sinin saçlarda dökülmeyi ara ara yaşadığı, %47,9'unun baş ağrısını hiç yaşamadığı, %42,9'unun kilo aldığı ve %82,8'inin de bu dönemde hiç kilo veremediği saptanmıştır. Katılımcılarımızın menopoza ilgili tutum ifadelerini incelediğimizde; katılımcıların en fazla katılmadıkları ifade “adetten kesilen kadın kendisinin anlayacağı çılgınca şeyler yapabilir.” ifadesi, en fazla katılan ifade ise “kadın adetten kesilme döneminde gergin ve sinirli olurlar” ifadesidir. Kadınların menopoza semptomları ile ilgili cevaplarına baktığımızda en şiddetli yaşanan semptom “sıcak basması, terlemeler” iken en hafif yaşanan sorunlar ise idrar sorunları ve cinsel sorunlardır. Çalışmamızda algılanan gelir durumu, VKİ, medeni durum, meslek, daha çok yaşanan yerleşim yeri, aile yapısı, ailenin ve arkadaşların destek olma durumu, bu dönemde en çok desteğin alındığı kişi, menopoza girdiğinin ilk kime söylendiği, menopoza olma süresi, menopoza girme şekli, sistemik hastalığının olması, düzenli olarak ilaç kullanımı ve menopoza öncesi olumsuz olay yaşaması menopoza semptomları ve menopoza ilgili tutum puan ortalamalarını etkilememiştir. Menopoza döneminin farklı toplumlarda farklı yaşandığına dair fikri olmayanların, kaygı ve endişe açısından değişim olmayanların karşı cinsin yanında oldukça rahat hissedenlerin, cinsel isteğinde değişiklik olmayanların ve artanların, kadın olduğundan hiç pişmanlık duymayanların menopoza sürecini rahat geçirenlerin, menopoza semptomları açısından hiç tedavi almayanların menopoza tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyinin, yaşın, çocuk sayısının, adetten kesilince neler hissettiğinin, menopoza ilgili bilgi düzeyinin menopoza ilgili tutumu etkilemediği saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim düzeyinin yüksek olanların, kaygı ve endişelerinde değişim olmayanların, karşı cinsin yanında rahat hissedenlerin, menopoza dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olanların, cinsel isteğinde değişiklik olmayanların, kadın olmaktan hiç pişmanlık duymayanların, menopoza şikâyetleri

açısından ilaç kullanmayanların daha önce çalışanların menopo  semptomlarını daha hafif geçirdikleri saptanmıştır. Eğitim düzeyi açısından  niversite mezunu olanların %78,3'ünün menopo  dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu, %39,1'inin menopo a girdiğini ilk eşine, %45,7'sinin en çok desteği eşinden gördüğü, %23,9'unun bu dönemi rahat geçirdiği, %78,3'ünün kendisini karşı cinsin yanında daha rahat hissettiği, %65,2'sinin cinsel isteğinde değişiklik olmadığı saptanmıştır.  ocuk sahibi olma durumu açısından  ocuk sahibi olmayanların %45,5'inin en çok desteği anne ve kardeşlerinden destek aldıkları görülmüştür.

Sonuc: Menopo  semptomlarının şiddetinin ve menopo la ilgili tutumun olumlu yönde değiştirilebilmesi için sağlık eğitimi hem düşük maliyetli hem de etkili bir yöntem olacaktır. Kadınların menopo a yönelik tutumlarının ayrıntılı bir şekilde değerlendirilebilmesi için daha kapsamlı ve kanıt düzeyi yüksek olan çalışmalar eşliğinde menopo al semptomlar, bilgi düzeyi ve tutum ilişkisinin incelenmesi yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Menopo al tutum, Menopo  Semptomlarını Değerlendirme  l eği, Klimakterium.

8. ABSTRACT

Objective: We aimed to investigate sociodemographic features, menopausal complaints and menopausal attitudes of women in climacteric period.

Materials and Methods: A total of 238 women patients who admitted to Family Medicine outpatient clinics in Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, İstanbul, between 28.04.2016 and 28.08.2016, and also have not menstruated for five years were included in the study. A questionnaire form investigating the sociodemographic characteristics and menopause and attitudes of participants was applied with face to face interview technique.

Results: The mean age of our 238 patients was $\pm 54,903$ (min:45, max:60) years. %29,4 participants were normal weight. %52,9 participants graduated from high school or equivalent or had higher educational levels. %46,2 participants were housewife, %34,9 participants were retired. %30,7 participants' income don't meet their expenses and %90,8 lives in mostly big cities. All participants has insurance. %61,3 are married and %96,6 married ones has their first marriage. %86 has children and %72 of them has two children. %58,4 has had a job now or before. %80,7 has a core family and %15,1 lives alone. In our study, %78,2 has not menstruated for five-ten years, %55 has systemic disease, %54,6 is taking medication regularly, %81,9 entered menopause naturally.. %48,3 thought they had sufficient information related to menopause and %43,3 mentions that they were informed by their neighbors and friends. It is observed that participants defined the menopause mostly as "cessation of menses", "end of fertility" and "getting older". %96,2 believes in that they need to be informed about menopause by doctors; %55,9 senses menopause as a change, and %41,2 senses it as getting older. While %31,9 annoucend their menopause to their spouse first, %31,5 told their mother, sister or other person from family. %53 received support from their family, %50 received great support from their friends. %38,7 received most support from their partners. %84,8 welcome menopause "naturally" and "felt distressed but accepted". %73,6 feels comfortable with the opposite sex in their menopausal years, %49,6 has had a low sexual desire. %64,7 feel despair and irritability in this period. Although %61,8 are same as before in terms of anxiety, %29,4 has more anxiety. Though cigarette addiction rate was 31,1% before menopause, it decreased to %24,8 after menopause. %75,6 mentioned they never regret being a woman. %49,6 considers that different societies have different

approaches and it bases on socio-cultural differences (%39), educational differences (%33,9) and women's importance in the different communities. It is observed that %54,6 of the participants has never felt pain in their sexual act. It was found that 21.4% of our participants had severe osteoporosis, 29.8% severe had back and lumbar pain, 43.3% had intermittent indigestion, 41.6% had intermittent claudication, 40% 3% of the patients had dry on the skin and itching occasionally, 43.7% of them had hair loss occasionally, 47.9% 42% of the participants had experienced headaches, 42.9% of them had gained weight and 82.8% of them could not lose any weight in this period. When we evaluate the expressions of attitudes about menopause, the participants agreed least with the, "the woman who has not menstruated anymore can do crazy things she can understand" statement whereas the most accepted expression was "women are tense and nervous during the menopausal period ." When we look at the answers related to menopausal symptoms, the most severe symptom is "hot flashes" and the faintest problems are urinary problems and sexual problems. In our study, perceived income, VMI, marital status, occupation, family structure, the support of friends and family, most supportive person in this period, the first person to announce menopause, the duration of menopause, the type of menopause, the presence of systemic disease, the regular use of drugs and premenopausal adverse events did not affect the mean score of the menopausal symptoms and postmenopausal attitude scores. Menopausal attitudes were found to be more positive for those who do not have the idea that the menopausal period is different in different societies, those who do not change in terms of anxiety and anxiety feel quite comfortable with the opposite sex, those who do not change their sexual desire and those who do not regret that they are women, those who are comfortable with the menopause process, those who have never been treated for menopausal symptoms. It was determined that the level of education, age, number of children, feelings about cessation of menstruation, level of knowledge about menopause did not affect the attitude towards menopause.

Menopausal symptoms were found to be lighter for those who had high levels of education, those who did not have a difference regarding anxiety levels, who feel comfortable with the opposite sex, who have sufficient information about menopause, who had no change in their sexual desire, who have no regrets of being a woman, who did not receive treatment for menopausal complaints. It was found that 78.3% of the university graduates felt they had enough information about the menopause period, 39.1% of them had told their menopause news firstly to their partner, 23.9% were comfortable with this period,

45.7% of them had the most support from their husbands, and 78.3% felt more comfortable with the opposite sex, and 65.2% had no change in their sexual desire.

In terms of having children, 45.5% of those who do not have children have received support from their support mostly from their parents and siblings .

Conclusion: In order to change both the severity of the menopausal symptoms and the menopause-related attitudes in a positive way, health education will be a low-cost and effective method. To evaluate the attitudes of women towards menopause in detail, it would be useful to examine the relationship between menopausal symptoms, knowledge level and attitude in the context of more comprehensive and evidence-based studies.

Keywords: Menopausal attitude, menopausal rating scale, climacterium,

9.KAYNAKLAR

1. CEYLAN B, Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir 2010.
2. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2009;23(1):25-32
3. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. Health and quality of life outcomes. 2005;3(1):47.
4. KOYUNCU T, Beylikova'da orta yaş kadınlarda menopoz semptomları sıklığı, menopoz bilgi düzeyi ve sağlık eğitiminin menopoz semptomları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Eskişehir 2015.
5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Hayat Tabloları, 2013-2014 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18618> adresinden 5.3.2017 tarihinde erişilmiştir.
6. AYDEMİR Hİ, Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne 2007.
7. GÜNEY N, Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı ve Perimenopozal Semptomların Tespiti. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2006.
8. DEMİRKOL N, Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa 2008.
9. Hill K. The demography of menopause. Maturitas 1996;23:113-27.
10. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:108-112.
11. Ortiz P, Harlow S, Sowers M, Nan B, Romaguera J. Age at natural menopause and factors associated with menopause state among Puerto Rican women aged 40-59 years, living in Puerto Rico. Menopause 2006;13: 116-24.

12. GÜNGÖR L. Elazığ Yeni Mah. Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 45 Yaş ve Üstü Kadınların Menopoz Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,Uzmanlık Tezi, Elazığ 2003.
13. Report of a WHO Scientific Group, Research on the Menopause in The 1990s, WHO Technical Report Series 866, World Health Organization, Geneva, 1996.
14. Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Juang KD, Chiu LM, The Kinmen. Women- Health Investigation (KIWI): A Menopausal Study of A Population Aged 40–54. Maturitas 2001; 39: 117- 124.
15. DAĞDELEN SÇ, Doğal Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Kocaeli Üniversitesi Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli 2003.
16. ÖZDEMİR O, Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 50-65 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz Ve İlişkili Özellikler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara 2001.
17. Burger H, Dudley E, Robertson D, Dennerstein L. Hormonal changes in the menopause transition. Recent Prog in Horm Res 2002;57:257-75.
18. Barlow DH, Wren BG. FastFacts Menopoz Ed. Dursun AN. Bölüm 1 Evreler Etkiler ve Kapsam 1.baskı 2002. s:7
19. ÖZGÜR N. Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007.
20. Kapdağlı D. Postmenopozal kadınlarda cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi dr. <http://library.cu.edu.tr/tezler/7185.pdf>
21. ÇELİKKANAT Ş, 40 Yaş Üstü Kadınların Menopoz ve Osteoporozla İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2012.
22. ERDEM Ö, Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Yolları, Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2006.
23. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik Belirtiler ve Cinsel Doyum Arası arasındaki ilişki. 2006;44(4):182-8.
24. KAVLAK T, Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Cinsel Doyumun Saptanması,Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2011.

25. U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services. [Serial online]. 2005. <http://www.ahrq.gov.adresinden> 6.3.2017 tarihinde erişilmiştir.
26. CAN D, Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Hormon Replasman Tedavisi Benimsememe Nedenleri ve Bu Tedavinin Menopozal Sendrom Üzerine Etkileri, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1997.
27. Şen E, Saruhan A. Menopoz ve hormon replasman tedavisi ile ilgili kanıta dayalı çalışmalar. Aile ve Toplum dergisi 2010; 5 (20) :45-51
28. Başaran S, Güzel R, Sarpel R. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005;20:55-63.
29. Matthews K, Bromberger J. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? Am J Med 2005;118:25-36.
30. Leplège A, Dennerstein L. Menopause and quality of life. Qual Life Res 2000;9:689-92.
31. Realini J. Menopause. In: Taylor RB (Ed.). Family medicine principles and practice. New York: Springer-Verlag; 1997. p.909-15.
32. Kahwati L, Haigler L, Rideout S. What is the best way to diagnose menopause? J Fam Pract 2005;5:1000-3
33. UÇANOK Z, Farklı Yaş Grubundaki Kadınlarda Menopoza İlişkin Belirtilerin, Tutumların ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1994.
34. TORTUMLUOĞLU G, ERCİ B, Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum Ve Sağlık Davranışlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum 2003.
35. Koç Z , Sağlam Z. Klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların değerlendirilmesi. Aile ve Toplum Dergisi 2008; 10 (4) Temmuz-Ağustos-Eylül ; 100-12.
36. Scheineder HP, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS) Reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric 2000; 3(1): 59-64.
37. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health: obesity and overweight. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>. Adlı web adresinden 6.3.2017 tarihinde erişilmiştir.

38. Erkin Ö , Ardahan M, Kert A. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(4) 1095
39. TİMUR S, ŞAHİN NH, Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2008 İstanbul.
40. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. Maturitas. 2008 Feb 20;59(2):182-90.
41. AlDughaiter. A, AlMutairy. H., AlAteeq M, Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. International Journal of Women's Health 2015 ; 29;7:645-53.
42. Mohammed ST, Shabana KRA, Mansour SE, Emam MA. Evaluation of post-menopausal symptoms: it's effect on female's quality of life. International Journal of Nursing Didactics. 2016;6(9):1-10.
43. TUIK, Türkiye İstatistik Kurumu İstatistikleri, 2015
http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf adresinden 5.3.2017 tarihinde erişilmiştir.
44. Lu J, Liu J, Eden J. The experience of menopausal symptoms by Arabic women in Sydney. Climacteric 2007; 10:72-9
45. Liu J, Eden J. Experience and attitudes toward menopause in Chinese women living in Sydney- A cross sectional survey, Maturitas 2007; 58:359-65
46. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RW. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on Health-related quality of life. Maturitas. 2009;62(2):153-9.
47. Lovejoy JC. The influence of sex hormones on obesity across the female life Span. J Womens Health 1998;7:1247-56p.
48. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2.2.2017 tarihinde http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf adresinden erişilmiştir.

49. Khan S, Shukla MK, Priya N, M. Athar Ansari M.A. Health seeking behaviour among post-menopausal women: a knowledge, attitude and practices study. International Journal of Community Medicine and Public Health 2016 ; 3(7):1777-82.
50. TUNÇ N, Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi,Yakınma ve Başetme Durumlarının Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,Sivas 2014.
51. Öztürk S,Temel AB,Ergül Ş.Kadın ve erkeklerin menopoza ilişkin görüşleri. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2010; 4(14): 61-72
52. Karaçam Z, Şeker SE, Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. Maturitas 2007;58: 75-82
53. BOZKURT ÖD, SEVİL Ü, Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2004 İzmir.
54. KOÇAK S, Postmenopozal Dönemde Hormon Replasman Tedavisi Kullanmayan Kadınların İlaç Kullanmama Nedenleri, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Afyonkarahisar 2010 .
55. KIROĞLU FG, Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı,Yüksek Lisans tezi, Ankara 2005.
56. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C. Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. Urology. 2004 Nov;64(5):991-7.
57. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. Laumann EO; GSSAB Investigators' Group. BJU Int. 2005;95(4):609-14.
58. Mattar CN, Chong YS, Su LL, Agarwal AA, Choolani M. Care of women in Care of women in menopause: sexual function, dysfunction and therapeutic modalities. Ann Acad Med Singapore. 2008;37(3):215-23.
59. Davis S, Jane F. Sex and perimenopause. Aust Fam Physician_2011;40(5): 274-8.

60. Jokinen K, Rautava P, Mäkinen J ve ark. Experience of climacteric symptoms among 42-46 and 52-56-year-old women. *Maturitas* 2003; 46(3):199-205.
61. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004; 72:52–7.
62. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ ve ark. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause* 2008; 15(2):221- 222.
63. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, Maris BV, Ross A, Franssen E, Guyatt GH, Norton PG, Dunn E. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas* 1996; 24:161-175
64. Mohamed HAE, Lamadah SM, Zamil LGA. Quality of life among menopausal women. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2014;3(3):552-61.
65. Carda SN, Bilge SA, Ozturk TN, Oya G, Ece O. Hamiyet B. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas* 1998;30:37-40.
66. Oldenhave A, Jaszmann LJ, Haspels AA, Everaerd WT. Impact of climacteric on well-being: a survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:772-80.
67. Sievert LL, Flanagan EK. Geographical distribution of hot flash frequencies: considering climatic influences. *Am J Phys Anthropol.* 2005;128(2):437–43.
68. Sharma S, Mahajan N. Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study; Department of Obstetrics and Gynecology. Shri Maharaja Gulab Singh Hospital Jammu and Kashmir, India. *J Midlife Health.* 2015; 6(1):16-20.
69. Chim H, Tan BHI, Ang CC, Chew EMD, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas* 2002;41:275-82.
70. Ahsan M, Ayaz Khurram Mallick AK, Singh R, Prasad RR. Assessment of menopausal symptoms during perimenopause and postmenopause in tertiary care hospital. *journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences* 2015 ; 4(1) :14-19.
71. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, Salamone L, Stellato R. 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.

72. Tom SE, Kuh D, Guralnik JM, Mishra GD. Self reported sleep difficulty during the menopausal transition: Results from a prospective cohort study. *Menopause* 2010;17:1128 - 35.
73. Subrahmanyam N. Menopause Related Problems among Women in a Rural Community of Kerala. *International Journal of Innovative Research and development* 2016; 5 (1) :60-64.
74. Özkan S, Taşçı K.D, Sevil Ü. Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Görülen İdrar Problemleri. III.Uluslararası Üreme Sağlığı ve A.P. Kongresi, 20 – 23 Nisan, Kongre Bildiri Kitabı, Ankara, 2003.
75. Aslan H, Kömürcü N, Gençalp N.S, Eryılmaz H.Y, Engin F, Ekşi Z, Can Ö. Üriner inkontinanslı kadınların yaşadıkları sorunlar ve bunlarla başa çıkma yolları. *Hemşirelik Formu Dergisi* 2001; 4 (6): Sayfa 15.
76. Nisar N, Nisar A S. Severity of menopausal symptoms and the quality of life at different status of menopause. A community based survey from rural Sindh, Pakistan 2010 ;2(5) : 118-30 .
77. Abedzadeh-Kalahroudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F, Karimian Z. Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40-60 years in Kashan, Iran. *Nurs Midwifery Stud* 2012;1(2):88-93.
78. AlQuaiz J, Siddiqui A, Tayel S, Habib F. Determinants of severity of menopausal symptoms among Saudi women in Riyadh city. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society* 2014;17(1):71.
79. Yang D, Haines C, Pan P, Zhang Q, Sun Y, Hong S, et al. Menopausal symptoms in mid-life women in southern China. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society* 2008;11(4):329-36.
80. Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas* 2002; 41(1):61-68.
81. Sis Çelik A, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;16-29.
82. Kaulagekar A. Age of menopause and menopausal symptoms among urban women in Pune, Maharashtra. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 2011;61(3):323-6.
83. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. 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 .
84. Im E-O, Ko Y, Chee W. Ethnic Differences in the Clusters of Menopausal Symptoms. *Health care for women international* 2014;35(5):549-65.
85. El Shafe K, Al Farsi Y, Al Zadjali N, Al Adawi S, Al Busaidi Z, Al Sha faee M. Menopausal symptoms among healthy, middle-aged Omani women as assessed with the menopause rating scale. *Menopause* 2011;(10):1113-9.
86. Lee Y, Kim H. Relationships between menopausal symptoms, depression, and exercise in middle-aged women: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2008;45(12):1816-22.
87. Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: the Women's Health at Midlife Study. *Journal of women's health* 2010;19(5):975-85.
88. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5:114-119.

10. EKLER

10.1. ANKET

Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi

AD-SOYAD:

YAŞ:

BOY:

MESLEK:

SAĞLIK GÜVENCESİ:

KİLO:

1.Yaşamınız boyunca aşağıda belirtilen yerleşim birimlerinden hangisinde daha çok bulundunuz?

a)Büyük şehir

b)Diğer şehirler

c)Kasaba

d)Köy

2.Gelir durumunuzu aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlıyor?

a)Gelirim giderlerimi karşılıyor

b)Gelirim giderime denk

c)Gelirim giderlerimi karşılamıyor

3.)Medeni durumunuz nedir?

a)Bekâr

b)Evli (Kaçınıcı evliliği?)

c)Dul

d) Boşanmış

4.Eğitim düzeyiniz nedir?

a)Okuryazar değil

b)Okuryazar

c)İlkokul mezunu

d)Ortaokul ve dengi mezunu

e)Lise ve dengi mezunu

f)Üniversite mezunu

5.Çocuk sahibi olma durumunuz?

a)Var. (Kaç tane?)

b) Yok

c)Düşük, ölü doğum?

6.Herhangi bir işte çalışıyormusunuz? Daha önce çalıştınız mı?

a) Evet (kamu/özel)

b) Hayır

7.Halen yaşadığınız ailenin yapısı?

a)Çekirdek aile (karı-koca ve evlenmemiş çocuklar.)

b)Geleneksel geniş aile(kayınvalide kayınpeder ve diğer akrabalar)

c)Yalnız yaşıyorum

8.Menopoza girme yaşıınız ve kaç yıldır menopozdasınız?

9.Herhangi bir sistemik hastalığınız varmı? Düzenli kullandığınız ilaçlar var mıdır?

10.Menopoza girme şekliniz?

a)Normal

b)Cerrahi operasyon sonrası

c) Diğer

11. Menopoz dönemi ile ilgili bilgi düzeyiniz nedir?

- a) Yeterli bilgiye sahibim
- b) Az bilgim var
- c) Bilgi sahibi değilim
- d) Etraftan duyduklarımı biliyorum

12. Menopoz hakkında nereden bilgi edindiniz?

- a) Doktora başvurarak
- b) Dergi-gazete
- c) Televizyon-internet
- d) Komşularımdan ve arkadaşlarımdan
- e) Bilgim yok.

13. Sizce menopoz nedir?

14. Sizce menopoz hakkındaki bilgi kimden alınmalıdır?

- a) Doktordan
- b) Ebe-hemşireden
- c) İnternette
- d) Etrafımızdakilere sorarak
- e) Menopoza girenlere sorarak
- f) Görsel ve yazılı yayın organları (TV, Gazete, Dergi)

15. Menopoz dönemini nasıl algılıyorsunuz? (birden fazla cevap verebilirsiniz)

- a) Özgürleşme
- b) Kayıp
- c) Hastalık
- d) Yaşlanma
- e) Değişiklik
- f) Kadınlığın bitmesi
- g) Diğer

16. Menopoza girdiğinizi ilk kimesöylediniz?

- a) Eşime
- b) Anneme/kardeşıme/aileden başka birine
- c) Arkadaşıma
- d) Komşuma

e)Doktoruma

f)Hiçkimseye

g)Diğer

17.Aileniz adetten kesildiğini öğrenince nasıl tepki verdiler?

a)Çok destek oldular

b)Oldukça destek oldular

c)Az destek oldular

d) Destek olmadılar

18.Arkadaşlarınız adetten kesildiğini öğrendiklerinde nasıl tepki verdiler?

a)Çok destek oldular

b)Oldukça destek oldular

c)Az destek oldular

d)Destek olmadılar

19.Menopoz sonrası desteği en çok kimlerden gördünüz?

a)Eşimden

b)Çocuklarımdan

c)Annem /kardeşlerimden

d)Arkadaşlarımdan

20.Menopoz sürecini nasıl geçiriyorsunuz?

a)Çok rahat

b)Rahat

c)Az sıkıntılı

d)Çok sıkıntılı

21.Adetten kesilince neler hissettiniz?

a)Çok doğal karşıladım
kabullendim.

b)Sıkıntılıydı ancak çabuk

c)Kabul etmem uzun zaman aldı ve çok sıkıntılıydı.

d)Hiç kabullenemedim

22.Menopoz sürecinde hiç bunları hissettiğiniz oldumu?

- a)Güvensizlik b)Kadınlığını kaybetme c)Kendini kötü hissetme
d)Sinirlilik ve huzursuzluk f)Yoğunlaşma problemi g)Hatırlamada güçlük

23.Menopozdan sonra karşı cinsin yanında kendinizi nasıl hissediyorsun?

- a)Oldukça rahat b)Rahat
c)Az rahat d)Rahat hissedemiyorum

24.Menopoza girdikten sonra cinsel isteğinizde değişiklik oldumu?

- a)Arttı b)Azaldı c)Değişiklik olmadı

25.Adetten kesilmeden önce kötü/olumsuz bir olay yaşadınız mı?

- a)Evet: (Nedir?)
b)Hayır.

26.Genel olarak kaygı ve endişelerinizde değişim oldumu?

- a)Hayır eskisi gibiyim.
b)Daha çok kaygılıyım.
c)Daha az kaygılıyım.

27.Kaygılarınızın artma derecesi : Sık-sık Ara-sıra Hiç

Fiziksel sağlığını kaybetme
Ruhsal sağlığının bozulması
Esimle ilişkimin bozulması
Yaşlanma korkusu

Ölüm korkusu

Kadınlığını kaybetme korkusu

28.Menopoz öncesi ve sonrası sigara içme durumunuzda değişiklik oldu mu?

Menopoz öncesi: Tiryaki

Menopoz sonrası: Tiryaki

Ara ara

Ara ara

Hiç içmezdim

İçmiyorum.

29..Menopoz öncesi ve sonrası alkol kullanma durumunuzda değişiklik oldu mu?

Menopoz öncesi: Sık sık

Menopoz sonrası: Sık sık

Ara ara

Ara ara

Hiç kullanmazdım

Hiç kullanmıyorum

30.Menopoz sonrasında kadın olduğunuz için hiç pişmanlık duydunuz mu?

a)Sık sık

b)Ara sıra

c)Nadiren

d)Hiç duymadım

31.Diğer gelişmiş/batı toplumlarında ve kültürlerinde menopoz dönemine farklı yaklaşıldığını düşünüyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır

c)Bu konu hakkında fikrim yok.

(Cevabınız evet değilse 33.soruya geçiniz)

32.Eğer farklı olduğunu düşünüyorsanız sizce bunun temel nedeni nedir?(tek seçenek işaretleyiniz.)

a) Sosyokültürel farklılık

b)Toplumların ekonomik gelişmişlik düzeyleri farklı

c)Eğitim düzeylerimiz farklı

d)Birey olarak insana verilen değer farklı

e)Toplumların kadına verdiği önem farklı

f)Diğer....

33. Menopoza girdiğinizden beri ne tür rahatsızlıklar yaşıyorsunuz?

Sık Sık

Ara sıra

Hiç Yaşamıyorum

Cinsel ilişki sırasında ağrı:

Göğüslerde küçülme:

Göğüslerde sarkma:

Göğüslerde yumuşama:

Kemik erimesi:

Sırt –bel ağrıları:

Hazımsızlık:

Kabızlık:

Ciltte kuruluk ve kaşıntı:

Ciltte kırışıklık:

Saçlarda dökülme:

Baş dönmesi:

Baş ağrısı:

Çabuk yorulma:

Kilo alma:

Kilo verme:

Güvensizlik:

34.Menopoz da yaşadığınız rahatsızlıklar için herhangi bir tedavi aldınız mı?

a)Hayır hiç almadım

b)Düzensizkullandım

c)Kullandım bıraktım

35Hiç kullanmadıysanız nedeni nedir?

- 1)Doktora gitmedim.
- 2)Ekonomik olarak imkânım yok.
- 3)Kilo almaktan endişe duydum.
- 4)Doktor ilaç kullanmamı önermedi.
- 5)Komşu ve arkadaşlarım kullanıyor memnun olmadıkları için.
- 6)Kanser korkusu.
- 7)Menopoz açısından şikâyetim olmaması.
- 8)Tedavinin faydalı olduğuna inanmıyorum.
- 9)Gazete ve dergide çıkan haberler nedeniyle oluşabilecek yan etkilerden korkma.
- 10)İlaç kullanmayı sevmiyorum.
- 11)Başka bir hastalığım olması dolayısıyla kullanamıyorum.
- 12)Menopoz tedavisi hakkında bilgi sahibi olmadığımndan.
- 13)Diğer:

36. Çevrenizin menopoz hakkında söyledikleri sizi ne yönde etkiliyor? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz!)

- 1) Dikkate almıyorum.
- 2) Kesinlikle dikkate alıyorum.
- 3) Onların söylediklerini doktoruma danışıyorum.
- 4) Aklımda şüpheli durumlar yaratıyor.
- 5) ilaçlardan korkmama neden oluyor.
- 6) Komşularımın sözlerinden dolayı ilaç kullanmayı bıraktım

37. Postmenopozal dönemde ilaç kullanımı ve menopoz hakkındaki bilgiler sizce nereden alınmalıdır?

- a)Doktordan b) Dergi – Gazete c) Televizyondan d)İnternette e) Ebe–Hemşire

10.2.EK:2MENOPOZ SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(MRS)

YAKINMALAR	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
	0	1	2	3	4
1-Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
2-Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma,tekleme, çarpıntı hissi)					
3-Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
4- Keyifsizlik hali (Kendini kötü,üzgün, ağlamaklı hissetme,isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5- Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6- Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)					
7- Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansda azalma, hafızada zayıflama,konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8- Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)					
9- İdrar sorunları (İdrar yaparken, güçlük, sık idrara çıkma,ıdrar kaçırma)					
10- Haznede kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11- Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemelerde ağrı, romatizma şikayetleri)					

10.3. EK:3 MENOPOZAL TUTUMU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Katılımcıların menopoz ile ilgili tutumları	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
«Kadınlar yaşamlarında adetten kesilmeyi, genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler.»					
«Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar.»					
«Adetten kesilen kadın kendisinin anlayacağı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir.»					
«Erkekler adetten kesilme sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar.»					
«Kadınlar genellikle adetten kesilme döneminde sinirli ve gergin olurlar.»					
«Birçok kadın adetten kesildikten sonra artık gerçek bir kadın olmadığını düşünür.»					
«Pek çok kadın adetten kesilmekten üzüntü duyar.»					
«Adetten kesilmek bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır.»					
«Kadınlar adetten kesilme sırasında bir takım sıkıntılar yaşamayı beklemelidirler.»					
«Aslında hemen her kadın yaşamında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar.»					
«Adetten kesilme yaşlanmanın önemli bir işaretidir.»					
«Kadınları adetten kesilme döneminde en çok korkutan şey ne olacağını bilmemektir.»					
«Kadınlar genellikle adetten kesildikten sonra artık cinsel					

ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar.»					
«Pek çok kadın adetten kesilme döneminde üzüntülü ve çökkün olur.»					
«Adetten kesilme pek çok kadının yaşamını alt üst eder.»					
«Adetten kesilme bir kadının yaşamında pek çok sorun yaşandığı bir dönemdir.»					
«Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler.»					
«Adetten kesilmek kadının yaşamını büyük ölçüde etkilemez.»					
«Pek çok kadın için adetten kesilme katlanması oldukça zor bir durumdur.»					
«Adetten kesilen pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder.»					