



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN
YAKINMALARI, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

İlknur TOPÇU

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MART/2021



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN YAKINMALARI,
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

İlknur TOPÇU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Melike DİŞSİZ

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mart/2021

MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN YAKINMALARI, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ÖZET

Amaç: Menopozal dönem kadın yaşamının önemli bir bölümünü kapsar. Kadınların menopozal döneme kadar şekillenmiş kişilik özellikleri, menopoza özgü yakınmaları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi anlamak, kadının bu dönemi uyum içinde geçirebilmesi sebebiyle oldukça önemlidir. Bu araştırmanın amacı, menopozal dönemdeki kadınların yakınmaları, kişilik özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne Nisan 2019-Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran 45-55 yaş arasındaki kadınlar oluşturdu. Çalışmanın örnekleme; evreni belli olan örnekleme yöntemi ile hesaplanmış, 132 kadın çalışmaya dâhil edilmiştir. Verilerin elde edilmesinde literatür doğrultusunda hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, Cervantes Kişilik Ölçeği, Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesi Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların ortalama menopoz yaşının $45,70 \pm 5,28$ (min:29-max:55) ve menopoz süresinin $6,49 \pm 5,21$ (min:1-max:28) yıl olduğu ve yarıdan fazlasının menopozal yakınmaları nedeniyle hastaneye başvurdıkları (%72,4) ve çok az bir kısmının (%11,2) menopozal dönem yakınmalarına yönelik tamamlayıcı bir yöntem kullandığı belirlenmiştir. Menopoz yaşı 45 yaş ve altında olan kadınların somatik yakınmalarının daha fazla olduğu, menopoz süresi 6 yıl ve altında olanların daha içe dönük kişilik özelliği gösterdikleri, 6 yıl üzerinde menopozal dönemde olan kadınların ürogenital yakınmaları daha fazla yaşadıkları bulunmuştur. Çalışmada kadınların menopozal yakınmalarının daha düşük, yaşam kalitelerinin ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Menopozal dönemde psikolojik yakınmaları artanların daha nörotik kişilik özelliği gösterdikleri belirlenmiştir.

Sonuç: Bu araştırmada, menopozal dönemdeki kadınların menopozal yakınma ve yaşam kalitesi durumlarının kişilik özellikleri ve demografik özelliklere göre farklılık gsterebildiği ortaya ıkmıştır. Yaşam kalitesinin kişilik puanları arttıkça yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Kişilik zellikleri, Menopoz, Menopozal Yakınma, Yaşam Kalitesi



THE RELATIONSHIP BETWEEN THE COMPARISON, PERSONAL FEATURES AND LIFE QUALITY OF WOMEN IN THE MENOPOSAL PERIOD

ABSTRACT

Objective: The menopausal period covers an important part of women's life. Understanding the relationship between women's personality traits, menopausal complaints and quality of life that have been shaped until the menopausal period is very important because the woman can spend this period in harmony. The aim of this study is to determine the relationship between the complaints, personality traits and quality of life of women in the menopausal period.

Materials and Methods: The research is a cross-sectional and descriptive-relationship seeking study. The universe of the study consisted of women aged 45-55 who applied to Zeynep Kamil Women and Child Diseases Training and Research Hospital Menopause Outpatient Clinic between April 2019 and July 2019. The sample of the study; the population was calculated using the sampling method, 132 women were included in the study. In obtaining the data, the Introductory Information Form, Cervantes Personality Scale, Menopausal Complaint and Quality of Life Scale prepared in line with the literature were applied by face to face interview method.

Results: The average age of menopause was 45.70 ± 5.28 (min: 29-max: 55) and the duration of menopause was 6.49 ± 5.21 (min: 1-max: 28) years and more than half of the women participating in the study had menopausal complaints. It was determined that they applied to the hospital because of their complaints (72.4%) and only a very few (11.2%) of them used a complementary method for their menopausal period symptoms. It was found that women whose menopause age was 45 years and younger had more somatic complaints, those with menopause duration of 6 years or less showed more introverted and inconsistent personality characteristics, and women who were in the menopausal period for more than 6 years had more urogenital complaints. In the study, it was found that menopausal complaints of women were lower and their quality of life was moderate. It was determined that

those whose psychological complaints increased in the menopausal period showed more neurotic personality traits.

Conclusions: In this study, it was revealed that menopausal symptoms and quality of life conditions of menopausal women may differ according to their personality traits and demographic characteristics. It was concluded that the quality of life increases with increasing personality scores.

Keywords : Menopause, Menopausal Complaint, Personality Traits, Quality of Life



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında benden desteğini esirgemeyen sevgili danışman hocam Doç.Dr. Melike Dişsiz'e,

Çalışmam sırasında beni motive eden dostlarıma ve her zaman yanımda olan aileme şükranlarımı bildirmeyi bir borç bilirim.”



İlknur TOPÇU

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KADIN SAĞLIĞI	3
2.1.1. Kadın Sağlığını Etkileyen Faktörler	3
2.1.1.1. Eğitim Durumu.....	3
2.1.1.2. Ülkenin Gelişmişlik Düzeyi	4
2.1.1.3. Doğurganlık Öyküsü	4
2.1.1.4. Evlilik Yaşı.....	5
2.1.1.5. Şiddet Görme.....	5
2.1.2. Kadın Hayatının Dönemleri	6
2.2. MENOPOZ.....	6
2.2.1. Menopozun Fizyolojisi.....	6
2.2.2. Menopozun Demografisi	7
2.2.3. Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler	7
2.2.4. Menopozun Sınıflandırılması	8
2.2.4.1. Başlangıç Yaşına Göre Menopoz.....	8
2.2.4.2. Oluş Biçimine Göre Menopoz.....	9
2.2.5. Menopozun Evreleri	9
2.2.5.1. Premenopoz	9
2.2.5.2. Menopoz.....	10
2.2.5.3. Postmenopoz	10
2.2.6. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler ve Hemşirelik Yaklaşımları	10
2.2.6.1. Vazomotor Semptomlar ve Hemşirelik Yaklaşımları	11
2.2.6.2. Genito-Üriner Sistem Değişimleri ve Hemşirelik Yaklaşımları	12

2.2.6.3. Kas ve İskelet Sistemi/Deri Değişimleri ve Hemşirelik Yaklaşımı	13
2.2.6.4. Kardiyovasküler Sistem Değişimleri ve Hemşirelik Yaklaşımları	15
2.2.6.5. Bilişsel Fonksiyon Değişimleri ve Hemşirelik Yaklaşımları	16
2.2.7. Hormon Replasman Tedavisi (HRT).....	17
2.3. YAŞAM KALİTESİ	17
2.3.1. Yaşam Kalitesi ve Menopoz.....	18
2.4. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ.....	19
2.4.1. Kişilik	19
2.4.2. Kişilik Özellikleri ve Menopoz	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	21
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI	21
3.3. ARAŞTIRMANIN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ YER VE ÖZELLİKLERİ	21
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	22
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ	23
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	24
3.5.2. Cervantes Kişilik Ölçeği (Cervantes PersonalityScale -CKÖ):	24
3.5.3. Menopozal Yakınma Ölçeği (MenopauseRatingScale -MYÖ):.....	24
3.5.4. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği:	25
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	25
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	25
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	25
4. BULGULAR	26
4.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, GENEL SAĞLIK DURUMLARI VE OBSTETRİK- JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	26
5. TARTIŞMA.....	49
5.1. MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK, GENEL SAĞLIK DURUMLARI VE OBSTETRİK-JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	49

5.2. MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK, GENEL SAĞLIK DURUMLARI VE OBSTETRİK-JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNE BAĞLI OLARAK CERVANTES KİŞİLİK ÖLÇEĞİ, MENOPOZAL YAKINMA ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI VE UTİAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	55
SONUÇLAR	70
KAYNAKLAR	75
EKLER.....	82
EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	83
EK-2: TANITICI BİLGİ FORMU	84
EK-3: MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	86
EK-4: CERVANTES KİŞİLİK ÖLÇEĞİ.....	87
EK-5: UTİAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	88
EK-6: ETİK KURUL ONAY BELGESİ	90
EK-7: KURUM ONAY BELGESİ	92
EK-8: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ.....	93
ÖZGEÇMİŞ	94

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=134).....	27
Tablo 4.2. Katılımcıların obstetrik-jinekolojik özelliklerine göre dağılımı (n=134).....	28
Tablo 4.3. Katılımcıların genel sağlık durumlarına göre dağılımı (n=134).....	29
Tablo 4.4. Katılımcıların menopozal döneme ilişkin özellikleri.....	30
Tablo 4.5. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre cervantes kişilik ölçeği menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6. (Devam) Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre cervantes kişilik ölçeği menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.7. Katılımcıların obstetrik-jinekolojik özelliklerine göre cervantes kişilik ölçeği menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.8. Katılımcıların genel sağlık durumlarına göre CKÖ, MYÖ ve UYKÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.9. Katılımcıların genel sağlık durumlarına göre CKÖ, MYÖ ve UYKÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.10. Katılımcıların menopoz özelliklerine göre CKÖ, MYÖ ve UYKÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.11. Katılımcıların Cervantes kişilik ölçeği alt boyutları, menopozal yakınma ölçeği alt boyutları ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları.....	45
Tablo 4.12. Katılımcıların menopoz yakınma ölçeği ile kişilik ölçeği alt boyutları ve utian yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki ilişki	46
Tablo 4.13. Katılımcıların kişilik ölçeği alt boyutları ile utian yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki ilişki	47

SİMGELER VE KISALTMALAR

CKÖ	: Cervantes Kişilik Ölçeği (Cervantes Personality Scale)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein
LH	: Luteinizan Hormon
MYÖ	: Menopozal Yakınma Ölçeği (Menopause Rating Scale)
SPSS	: Statistical Package for Social Science
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YKÖ	: Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Ovaryum fonksiyonlarının yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması” olarak tanımlanmıştır (1). Menopoz, overyan yaşlanma, buna bağlı olarak foliküllerin atreziye uğraması ve sonucunda östrojen, progesteron ve testosteron hormonlarının azalması ile başlayan bir dönemdir (1,2). Menopoza giriş yaşı ortalaması dünya genelinde 50-52 yaş iken, Türkiye’de 47-49 yaş aralığındadır. Yirmi birinci yüzyılda yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kadınlar yaşamının büyük bir kısmını menopoz döneminde geçirmektedir. DSÖ’ye göre 2030 yılında 50 yaş ve üzeri kadın sayısının 1,2 milyara ulaşacağı ve bu kadınların büyük bir çoğunluğunun menopoz döneminde olacağı tahmin edilmektedir (3). Türkiye’de ise Türkiye İstatistik Kurumu’na (TÜİK) göre kadın yaşam süresinin 78 yıl olması beklenmektedir. Dolayısıyla kadınların yaşamlarının 1/3’lük kısmını perimenopozal dönemde geçirecekleri öngörülmektedir. Bu sonuç Türkiye’de bir kadının ortalama 26 yıl perimenopoz dönemi yaşayacağını göstermektedir (4). Menopoz doğal bir dönem olmasına rağmen kadınlar yaşanan yakınmalar sebebi ile menopoza karmaşık bir dönem olarak algılayabilmektedir. Bu dönemde kadının vücudunda vazomotor belirtiler (sıcak basması, gece terlemeleri, uyku problemleri vb.), atrofik belirtiler (vajinada atrofi, cinsel ilişkide ağrı, ürinerinkontinans vb.) ve psikolojik belirtiler (depresyon, huzursuzluk, sinirlilik hali vb.) gibi birçok değişiklik oluşur (1,4,5).

Kadınların bir kısmı yaşanan bu belirtileri sorun olarak algılayıp tedavi arayışında bulunurken, bir kısmı da belirtileri bir problem olarak görmemektedir (3). Bu durum kişilik özellikleriyle de yakından ilişkilidir. Kadınların belirtileri algılayıp baş etme yollarını belirlemelerinde kişilik özellikleri oldukça etkilidir. Kişilik, insan boyutunun tüm faktörlerinin bir birleşimi niteliğindedir. Kişilik; kişinin tecrübelerinin, yaşam şeklinin, eğilimlerinin, dürtülerinin bir bütünü olarak kabul edilebilir. Kadın, menopoza kişilik özellikleri doğrultusunda yaşayabilir. Bu sebeple, kadınların menopozal yakınmalarını daha iyi anlayabilmek için kişilik özelliklerini anlamak oldukça önemlidir (3,4).

Bunun yanında menopozal dönemde psikolojik, biyolojik ve sosyal değişiklikler kadının yaşam kalitesini de etkilemektedir (4,5). Yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumundan daha geniş bir kavramdır. Dolayısıyla kadının iyilik halini de içermektedir. Menopozal dönemdeki yakınmalar kadın yaşamını etkilediğı için, menopozal dönemin yeri ve önemi büyüktür (1).

Bu araştırma; menopozal dönemdeki kadınların yaşadığı yakınmalar, kadınların kişilik özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

1.1. KADIN SAĞLIĞI

DSÖ tarafından sağlık “Bedende yalnızca hastalığın olmayışı değil; kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması.” şeklinde tanımlanmıştır (6). Kadınların, Türkiye nüfusunun %49,8’lik kısmını oluşturması ve aile içinde anne rolü olması sebebi ile sağlıklı olmaları çok önemlidir (6,7). Çünkü sağlıklı kadın; sağlıklı gebe, sağlıklı çocuk ve sağlıklı toplum demektir.

1.1.1. Kadın Sağlığını Etkileyen Faktörler

Kadın sağlığını direkt ve dolaylı yoldan etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerin bilinmesi kadın sağlığı için önemlidir. Kadın sağlığının korunması yalnızca kişinin kendi sağlığının korunması demek değil, aynı zamanda ailesinin ve toplumun sağlığının korunması anlamına gelmektedir. Kadın sağlığını etkileyen faktörleri eğitim durumu, ülkenin gelişmişlik düzeyi, doğurganlık öyküsü, evlilik yaşı, aile içi şiddet durumu şeklinde sıralayabiliriz (6,8).

1.1.1.1. Eğitim Durumu

Eğitim alma en temel haklardan biri olup, eğitim durumu da bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli kriterlerden biridir. Eğitim durumu yükseldikçe kişilerin bilgi birikimi artar ve buna bağlı olarak sağlıkları ile ilgili doğru karar alma becerileri, sağlık hizmetlerine ilişkin farkındalıkları ve bu hizmetlere erişimleri gelişir. Ayrıca kadının eğitim durumu arttıkça istihdam imkânı, gelir düzeyi artar, kadın sosyalleşir, özgüveni artar ve fiziksel sağlığın yanında ruhsal ve sosyal sağlığı da iyi yönde etkilenir (6,8). Yapılan çalışmalarda eğitimin, ölüm oranını azalttığı vurgulanmaktadır (9). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada bir yıllık ilave eğitim alınması, gelecek 10 yılda ölüm oranı ihtimalini %3,6 oranında azalttığı sonucuna varılmıştır (10). Gana’da yapılmış bir başka çalışmada ise annenin eğitim seviyesinin artması ile çocuk ölüm oranlarının azalması arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (11).

Ancak ülkemizde kadınların eğitimi önemli bir problemdir. Ülkemizde 25 yaş üstü bireylerde okur-yazar olmayanların oranı %5,4 iken cinsiyete göre dağılımları;

erkeklerde %1,8 iken kadınlarda %9'dur. Lise mezunu olan 25 yaş üstü bireylerin oranı erkeklerde %23,5 iken, kadınlarda %15,6'dır. Üniversite mezunu olan 25 yaş üstü bireylerin oranı ise erkeklerde %17,9 kadınlarda %13,1'dir (8). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre 15-49 yaş arası ilkokulu bitirmemiş kadınların oranı %9, ilkokul mezunların oranı %29, ortaokul mezunu olanların oranı %20 ve lise ve üzeri olanların oranı ise %41 olarak bulunmuştur (12). Dolayısıyla kadınların okur-yazarlık oranlarının ve eğitim düzeylerinin erkeklere göre hala daha düşük olduğu gözlenmektedir (12,13). Bu durum kadın sağlığı açısından önemli bir risk oluşturmaktadır.

1.1.1.2. Ülkenin Gelişmişlik Düzeyi

Kadın sağlığı ülkenin gelişmişlik düzeyi ile ilişkilidir. Gelişmiş ülkelerde kadın sağlığına ilişkin hizmetlerin gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek ve kaliteli olduğu ileri sürülmektedir (6,14). Dolayısıyla gelişmiş ülkeler sağlık hizmetlerine ve özellikle de kadın sağlığına ilişkin hizmetlere ulaşma, korunma ve tarama programları ile tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine daha fazla bütçe ayrılabilir. Eğitim düzeyinin yüksek olması ile bireyde sağlık bilinci gelişir ve kadının, dolayısıyla toplumun sağlığı daha olumlu etkilenir (6,15).

1.1.1.3. Doğurganlık Öyküsü

Doğurganlık kadın sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Doğurganlığın kontrolü sağlanamadığında; istenmeyen gebelikler, adolesan gebelikler, düşükler, kısa zaman aralığında üst üste gelen doğumlar görülebilmektedir. Bununla birlikte doğurganlık öyküsü arttıkça anne tarafından çocuklara verilen bakımda azalmaya bağlı olarak sağlık düzeyi kötüleşen, yeterli ilgiyi göremeyen ve buna bağlı psikolojik sorunları olan çocuklarda artış olacaktır (8). Özellikle düşük gelirli ailelerde çocuk sayısı arttıkça, kişi başına düşecek gelir miktarı azalacak ve çocukların ihtiyaçları tam olarak karşılanamayacaktır (8). Nihayetinde bu durum; hem kadın sağlığını hem de çocuk sağlığını etkileyebilecek hatta anne ve çocuk ölümlerine dahi sebep olabilecektir (6,8).

Türkiye'de toplam doğurganlık hızı TNSA 2018 verilerine göre 2,3'tür. Bununla birlikte eğitim düzeyi ile doğurganlık hızı arasında ters yönde ilişki olduğu belirtilmektedir. Eğitimi olmayan kadınlarda doğurganlık hızı 3,76 iken, lise ve üzeri

eğitimi olan kadınlarda doğurganlık hızı 2,2'dir (12). Dolayısıyla, bu veriler kadınların eğitim ve iş hayatına katılımlarıyla birlikte doğumu ileri yaşlara ertelediklerini de göstermektedir (6,8).

1.1.1.4. Evlilik Yaşı

Ülkemizde evlilik beraberinde gebelik olarak algılanmaktadır. Yasal olarak ebeveyn onayı ile en erken 17 yaşında evleniliyor olsa bile, ülkemizde resmi nikâh olmadan yapılan evlilikler de mevcuttur (16). Erken yaşta evlilik beraberinde adölesan gebeliği getirmektedir. Adölesan gebelik; henüz gelişimini tamamlamayan bir vücutta olduğu için riskli gebeliktir. Kişi kendi benliğini tamamlamamışken, bir çocuğun gelişiminden sorumlu olması konusunda zorlanır. Kadın erken yaş gebeliğinden dolayı eğitim ve iş hayatına katılımı zorlaşır. Buna bağlı olarak hem fiziksel hem ruhsal hem de sosyal anlamda sağlığı etkilenir. Geç yaşta evlilik ise geç gebeliklere neden olacaktır. İleri yaş özellikle 35 yaş üstü gebeliklerde anomali görülme riski yüksektir ve yaş ilerledikçe kadının sağlığında da sorunlar ortaya çıkabilmektedir (17). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda ilk evlenme yaşını etkileyen en önemli faktörün kadının eğitim düzeyi olduğu ileri sürülmektedir (6,8).

1.1.1.5. Şiddet Görme

Kadına yönelik şiddet durumu 21.yy'da hala evrensel bir kadın sağlığı sorunu olarak sürdüğü gözlenmektedir. Eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik gelir, kültürel veya sosyal farklılıklar gözetmeksizin, her kadın şiddete maruz kalabilmektedir (18). Kadına yönelik fiziksel şiddetin sonucunda kırıklar, beyin hasarları, yaralanmalar, darp izleri meydana gelebilmekte, cinsel şiddet sonucunda istenmeyen gebelikler, cinsel yolla hastalıklar, genital organlarda enfeksiyonlar oluşmakta, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkileyerek kadının korku, endişe artması sonucu kronik baş ağrısı, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları meydana gelebilmektedir. Dolayısıyla kadının özsaygısının azalmasına, sosyal yaşamından geri çekilmesine, çaresizlik ve güvensizlik gibi olumsuz durumların yaşanmasına neden olabilmektedir. Buna ilişkin TNSA 2018 verilerine göre kadının yemeği yakması, eşine karşılık vermesi, cinsel isteği reddetmesi, çocukları ihmal etmesi ya da haber vermeden dışarı çıkması gibi durumlardan en az birini, şiddet uygulamak için geçerli

gören kadın oranı %9'dür. TNSA 2013'de bu oran %25'tir. Bu oran yine eğitim durumu ile ters orantılı bir ilişki içerisinde (6,12).

1.1.2. Kadın Hayatının Dönemleri

Kadın hayatı; her dönemde farklı psikolojik, fizyolojik ve hormonal değişimler olması sebebi ile bazı dönemlere ayrılmıştır (19). Yaş sınırları net olmamakla birlikte 5 ayrı dönemde incelenmektedir.

1. Çocukluk Dönemi 0-8 yaş
2. Ergenlik Dönemi 9-18 yaş (Puberte ve Adölesan)
3. Cinsel Olgunluk Dönemi 19-49 yaş
4. Klimakterium ve Menopoz Dönemi 50-64 yaş
5. Yaşlılık Dönemi 64 yaşın üzeri (20).

Bu dönemlerin başlangıcı ve bitişi, kişiden kişiye göre değişmekle birlikte yaşanan coğrafi bölge, ırk, kültürel faktörler, beslenme durumlarından da etkilenmektedir (21).

1.2. MENOPOZ

Menopoz kelime olarak Yunanca mens (ay) ve pause (durmak) sözcüklerinden oluşmaktadır. DSÖ tarafından "ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması" şeklinde tanımlanmıştır. Over fonksiyonlarının azalması, foliküllerin tükenmesine bağlı olarak östrojenin azalması ve buna bağlı olarak vücutta çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerle kendini gösteren bir dönemdir (1). Dönemin en belirgin özelliği menstruasyonun sonlanmasıdır (6).

1.2.1. Menopozun Fizyolojisi

Her yeni doğan overlerinde iki milyon primer folikül ile dünyaya gelir. Puberte dönemi ile primer folikül sayısı üç yüz bine kadar düşer. Foliküllerin 400-500 adeti ovülasyonla birlikte atılırken, kalan büyük kısmı atreziye uğrar. Yıllar boyu devam eden bu azalma ile kadınlar kırklı yaşlara geldiğinde anovulatuvar sikluslar görülmeye

başlar ve siklus uzunluğu artar (1). Menopozdan 2-8 yıl öncesinde siklus düzensizliği başlayabilmektedir (22).

Devam eden yıllarla birlikte oositler azalmakta ve en sonunda tükenmektedir. Bu tükenme ile ovülasyon durur, östrojen salgılanmaz ve overlerde atrofi görülür. Proliferasyon fazı değerlerine bakıldığında Folikül Stimulan Hormon (FSH) 13 kat, Luteinizan Hormon (LH) üç kat artmış görülür (1). Siklus devam ederken 100 pg/ml olan östradiol seviyesi, menopoz döneminde 25 pg/ml' ye düşmektedir (23). Hormonlardaki bu değişiklikler ile menstruasyon kesilir ve menopozal dönem başlar. Menopozun fizyolojisinin temeli, foliküllerin tükenmesidir (1).

1.2.2. Menopozun Demografisi

Menopoza giriş yaşı 45-55 yaş arası olmakla birlikte değişkenlik gösterebilir. Kadının yaşadığı coğrafya, fiziksel özellikler, ırk, genetik, jinekolojik öykü, kültürel farklılıklar menopoz giriş yaşını etkilemektedir (6). Amerika'da 22 000 kadının katıldığı bir araştırmada menopoz giriş yaşı 50,5 bulunmuştur. Bu yaş Asya ülkelerinde 51,4, Avrupa ülkelerinde ise 51-52'dir (24). Türkiye'de menopoz giriş yaş ortalaması ise 47-49 olarak belirtilmektedir (3).

Günümüzde yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak kadınlar yaşamlarının 1/3 gibi uzun bir süresini menopozal dönemde geçirmektedir. DSÖ'ye göre 2030 yılında 50 yaşını geçen kadın nüfusu 1,2 milyarı bulacak ve bu kadınlar yaşamlarının kalanını menopoz döneminde geçirecektir. Bu açıdan bakıldığında menopozun kadın hayatındaki önemi giderek artmaktadır.

1.2.3. Menopoza Girişi Etkileyen Faktörler

Genetik Faktörler: Menopoza giriş yaşını etkileyen faktörlerden biri genetik faktörlerdir. Çalışmalar genetik faktörün %87 oranında etkili olduğunu göstermektedir (25). Aynı aile içindeki kadınların menopoz giriş yaşları birbirine yakın olması bu durumun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (6,26).

Genital Faktörler: Over fonksiyonlarının sağlıklı olması menopoz giriş yaşını etkilemektedir (26). Menstrual siklusu düzensiz olan kadınların düzenli olan kadınlara göre daha erken menopoz giriş yaşına girdiği gösterilmiştir (6).

Yüksek parite, hormon replasman tedavisi (HRT) kullanımı, iki yıldan uzun süre emzirme, menarş yaşı gibi faktörlerin de menopoza giriş yaşını etkilediği belirtilmektedir (6,27).

Psşik Faktörler: Yaşanılan travmalar, geçirilen kazalar, stres, üzüntü gibi durumlarında menstruasyonun aniden kesilmesine ve menopoza girilmesine sebep olduğu saptanmıştır (6).

Fiziki ve Çevresel Faktörler: Çevre kirliliği, radyasyon, soğuk iklim, yüksek yerlerde yaşamak menopoza giriş yaşını düşürdüğü ileri sürülmektedir (6,27).

Sigara Kullanımı: Sigara içen kadınların içmeyen kadınlara göre daha erken menopoza girdiği sonucuna varılmıştır (6). Günde 13'ten fazla sigara içen kadınlar, 13 adetten daha az içen ve hiç içmeyen kadınlara göre 3 yıl daha erken menopoza girebilmektedir (28).

Alkol Kullanımı: Haftanın 5-7 günü alkol tüketen bir kadın, hiç tüketmeyen bir kadına göre 2,2 yıl, haftada bir gün alkol tüketen kadın ise hiç tüketmeyen kadına göre 1,3 yıl daha geç menopoza girdiği gösterilmiştir (28).

Diğer Faktörler: Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması menopoz yaşını öne çekmektedir. Siyah ve hispanik kadınların beyaz kadınlara göre yaklaşık iki yıl erken menopoza girdiği bulunmuştur. Fiziksel ativitinin menopoza kesin bir etkisi bulunmamaktadır (29).

1.2.4. Menopozun Sınıflandırılması

Menopozun sınıflandırılması başlangıç yaşına göre ve oluş şekline göre incelenir.

1.2.4.1. Başlangıç Yaşına Göre Menopoz

Erken Menopoz: Ooferektomi, radyasyona fazla maruz kalma, aşısı stres, uzun süre emzirme, obezite, nulliparite gibi nedenlerden dolayı, 40 yaş öncesinde veya toplumun ortalama menopoza giriş yaşına göre 2 standart sapma erken halde menopoza girilmesine “erken menopoz” ya da “prematür menopoz” denilmektedir. Over fonksiyonlarının 40 yaşından önce durmasını ifade etmektedir. Bu kadınlarda

amenore, hiperöstrojenizm ve hiper gonadotropizm mevcuttur. Primer amenorelerin %20'si, sekonder amenorelerin ise %15'i ise erken menopozla ilişkilidir (30).

Erken menopoz kısa dönemde vazomotor semptomlara, şişmanlığa, vajinal kuruluk ve dispareniye; uzun dönemde ise infertiliteye, osteoporoza, kardiyovasküler hastalıklara sebep olmaktadır (30).

Geç Menopoz: Menstrual döngünün 55 yaş sonrasında hala devam etmesi olarak tanımlanmaktadır. Yüksek beden kitle indeksi, ilk gebeliğin ileri yaşta olması, oral kontraseptif kullanımı, multiparite, fiziksel aktivite azlığının geç menopoz ile ilişkisi olduğu belirtilmektedir (31).

1.2.4.2. Oluş Biçimine Göre Menopoz

Doğal Menopoz: Overdeki foliküllerin herhangi bir patolojik faktöre bağlı olmadan, fizyolojik olarak tükenmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır. Aslında son menstruasyon itibari ile 12 ay daha amenore görülmesi gerektiğinden retrospektif bir tanıdır (31).

Cerrahi Menopoz: Bilateral oofrektomi veya iatrojenik sebeplerden dolayı (radyoterapi, kemoterapi vb.) overlerin aktivitelerini yitirmesi ile ortaya çıkan menopozdur. Sadece histerektomi yapılması menopoza beraberinde getirmemektedir. Cerrahi menopozlularda, menopoza giriş ani bir şekilde gerçekleştiği için belirtiler doğal menopozlu kadınlara göre daha şiddetli görülebilmektedir (31).

1.2.5. Menopozun Evreleri

DSÖ'ne göre menopoz 3 evreye ayrılmaktadır (32).

1.2.5.1. Premenopoz

Overyan yetersizliğin başlaması ile fertilitenin tam olarak sonlanmasına kadar geçen süreyi ifade eder. Bu evrede siklus düzensizlikleri başlar. Premenopozun ilk aylarında menarş dönemindeki gibi menstrual siklus 18-21 güne düşebilir, sonrasında üç ay hiç menstruasyon görülemeyecek kadar siklusun günleri açılabilir. Bu dönemdeki siklusların çoğu anovulatuvarıdır. Bu siklus düzensizliği birkaç ay veya birkaç yıla kadar sürebilir (1).

Premenopoz dönemine ortalama 35-45 yaşları itibari ile girilir ve 50-55 yaşa kadar devam edebilmektedir. Ortalama 2-6 yıl kadar süren bu dönemde vazomotor değişiklikler, emosyonel rahatsızlıklar, baş ağrısı, yorgunluk gibi semptomlar da eşlik edebilir (1).

1.2.5.2. Menopoz

Overyan foliküllerin azalması, overyan fonksiyonların gerilemesi sonucu östrojen hormonun azalması ile menstrual siklusun sona ermesidir. Bir kadının menopoza girmiş olması için geçmiş 12 aylık sürede menstrual siklusun tekrar etmemiş olması gerekmektedir (1).

1.2.5.3. Postmenopoz

DSÖ menopozdan sonraki 6-8 yıllık süreye postmenopozal dönem dolarak tanımlamaktadır (1). Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş, fertilité bitmiştir (33).

1.2.6. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler ve Hemşirelik Yaklaşımları

Menopoz fizyolojik bir olaydır ve beraberinde vücutta bazı değişiklikler meydana getirir. Bu değişiklikler menopoza girmeden hemen önce ve girdikten sonraki ilk yıllarda daha belirgin olsa da zamanı ve şiddeti değişebilmektedir (1). Bu değişiklikler bazı kadınlarda belirgin şekilde görülürken, bazı kadınlarda da hafif bir şekilde görülebilir (34).

Hormonların aniden düşmesi, overlerin fonksiyonlarını yitirmesi ile birlikte üç temel semptom grubu ortaya çıkmakta, menopozal semptomlar bu başlıklar altında incelenmektedir. Bunlar vazomotor semptomlar, atrofik semptomlar ve psikolojik/cinsel semptomlardır.

Menopozal dönemde gerçekleşen bu değişiklikler her kadında farklı şiddetlerde görülür ve kadınlar baş etme konusunda yetersiz kalabilir ya da bir danışman arayabilirler. Bu aşamada hemşirelik mesleği çok önemli bir yere sahiptir. Bu süreçte hemşire kadını bütüncül olarak ele almalı ve her yakınmaya da özel bir hemşirelik girişimi ile yanıt vermelidir (35).

1.2.6.1. Vazomotor Semptomlar ve Hemşirelik Yaklaşımları

Vazomotor semptomlar premenopozal dönemde görülmeye başlar. Kadınların %80-90'a yakını bu semptomları yaşamaktadır (36). Menopoz sonrası ortalama beş yıl daha devam eder (37). Vazomotor semptomlar genellikle yüz kızarması, sıcak basması, gece terlemesi ve çarpıntı olarak görülebilmektedir (37).

Sıcak basması, yüz, baş veya göğüste başlayıp vücudun herhangi bir yönüne doğru devam eden sıcaklık hissi olarak tanımlanmaktadır (38). Vücut vazodilatasyonla kızarır, nabız hızlanır ve çarpıntı oluşur. Özellikle göğüste, yüzde, kafada ve vücudun üst kısmında görülmektedir (1). Aralıklarla meydana gelir ve 30 saniye ile 5 dakika arası sürer (37). Sonrasında ani ve şiddetli bir ter boşalması ve üşüme hissi meydana gelir. Bazı durumlarda terleme uykudan uyandırabilecek derecede şiddetli olabilmektedir (1). Aşırı yorgunluk, fazla aktivite, sigara, kafein, alkol, baharatlı, yağlı yiyecek tüketimi ve çevresel faktörler sıcak basmasını tetiklemektedir (37). Whiteman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre sigara kullanımı ile vazomotor semptomların paralel olarak artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (39).

Sıcak basması menopozun yaklaştığını gösteren belirtilerden biridir. Premenopozal dönemde başlayan sıcak basması, postmenopozal dönemde en şiddetli seviyeye ulaşmakta ve sonraki zamanlarda giderek azalmaktadır (40). Gün içerisinde 5-20 kere nöbet yaşayan kadınların %65'i 1-5 yıl, %25'i 5-10 yıl, %10'u 10 yıldan daha uzun süre sıcak basması yaşayabilmektedir (41). Rahatsızlık hissettirmesine karşın sıcak basmaları tehlikeli değildir (37).

Sıcak basmasının patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte bazı araştırmalarda menstrual siklusun feed-back mekanizmasındaki değişiklikler sebebi ile hipotalamusta bulunan Gonadotrop Relasing Hormon nöronlarının etkilendiği, bu nöronlarında termoregülatör merkeze yakınlığından dolayı sıcak basması nöbetlerinin yaşandığı ileri sürülmektedir (1). Bazı araştırmalara göre ise, zamanla azalan sıcak basması nöbetlerinin, östrojen hormonun inişli çıkışlı düzeyiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (42).

Bu dönemde kadının vazomotor semptomlarla baş edebilmesinde hemşirenin rolü önemlidir. Hemşirelik yaklaşımı olarak öneriler şu şekildedir:

- Oda sıcaklığı 18-20 derece olarak ayarlanmalıdır.
- Aşırı sıcak ortamlarda bulunmaktan kaçınılmalıdır.
- Günlük 6-8 bardak su ihtiyacı giderilmelidir.
- Gerginlik, heyecan, yüksek duygusal ortamlardan kaçınılmalıdır.
- Kıyafet seçimi önemlidir. Pamuklu ve sıcaklık hissedildiğinde çıkarılabilecek kıyafetler tercih edilmelidir.
- Baharlı, kafeinli gıda tüketiminden kaçınılmalıdır.
- Sıcak basması anında, karda yalın ayak yürüyormuş, soğuk bir yerdeymiş gibi düşünülerek hayal etme tekniği kullanılabilir.
- Akupunktur, yoga, meditasyon, ginseng, kara yılan out, kompleks B vitamini tüketimininde vazomotor semptomları azalttığı sonucu literatürde mevcuttur (1).

1.2.6.2. Genito-Üriner Sistem Değişimleri ve Hemşirelik Yaklaşımları

Menopozal dönemde östrojen azalmasına bağlı olarak birçok sistem etkilenmektedir ancak genito-üriner sistem en çok etkilenen sistemdir. Çünkü genito-üriner sistem östrojene oldukça duyarlıdır (1). Uzun süre östrojen eksikliğine bağlı organlarda özellikle vulvada belirgin bir atrofi meydana gelmektedir. Bu atrofi ile birlikte labia majör düzleşir ve labia minör neredeyse kaybolur. İntroitus daralma meydana gelir (5). Labialara kan akımını azalır ve klitoral ereksiyonda azalma görülür. Buna bağlı olarak orgazm problemleri görülebilir. Genel olarak elastikiyet kaybı olur ve bu da disparoniye sebep olur (1). Pubik kıllarda belirgin bir azalma ve griye doğru renk değişimi görülür (1, 5). Östrojen eksikliği ile vajina incilir, kısılır ve elastikiyetini kaybeder (1, 5). Sevikal glandlerin aktivasyonun azalması sonucu kuruluk görülür. Vajen pH'ı artar ve bu nedenle Döderlein basillerinin sayısı azalır. Dolayısıyla vajinal enfeksiyon sıklığı artar (43,44).

Uterus, tubalar ve overler atrofiye uğrar, ağırlık ve boyutları azalır (44). Endometriyum ve myometriyum incilir (1,5). Pelvik fasia ve kaslar da atrofie uğrar. Bu nedenle pelvik destek zayıflar (5,44). Bu da üriner inkontinans problemleri, pelvik organ prolapsusu riskini arttırmaktadır (1).

Bu semptomlara yönelik hemşirelik yaklaşımları şu şekildedir:

-Enfeksiyon riskinin artmasından dolayı mutlaka pamuklu iç çamaşırı tercih edilmelidir.

-Nemi azaltmak için dar iç çamaşırları kullanılmamalıdır. Pamuklu çamaşırlar tercih edilmelidir.

-Perine bölgesi temizliği önden arkaya doğru yapılmalıdır.

-Vajinal lavajdan kaçınılmalıdır.

-Düzenli olarak cinsel ilişki veya uyarılma önerilir.

-Kuruluk kaynaklı dispareniyi azaltmak için lubrikantlar kullanılmalıdır ve doğru cinsel ilişki pozisyonları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

-Pelvik tabanı güçlendirmek için kegel egzersizleri önerilir.

-Cinsellikle ilgili kişi partneri ile konuşabilmeli, birbirlerinin ihtiyaçlarına yönelik girişimlerde bulunabilmelidir.

-Yoga önerilir. Yogada birçok pozisyon pelvik taban kaslarını güçlendirmektedir.

-Bol su tüketimi ile konstipasyon önlenmelidir (1,44,45).

1.2.6.3. Kas ve İskelet Sistemi/Deri Değişimleri ve Hemşirelik Yaklaşımı

Kemik dokusu östrojen reseptörleri içermektedir. Dolayısıyla menopozal dönemde azalan östrojen, kemik yoğunluğunu etkilemekte ve bunun bir sonucu olarak da postmenopozal osteoporoz sıklıkla görülmektedir (1). Osteoporoz; kemik yoğunluğunun azalmasıyla kemik gücünün ve kalitesinin düşmesidir (44). Bunun yanında kadınlar 35 yaş itibari ile kemik yoğunluğunun yaklaşık %0,1'ini her yıl kaybetmektedir (5). Postmenopozal dönemde bu kayıp yıllık %1,2, cerrahi menopozlu kişilerde ise %3,9'dur. Bu durumdan en çok etkilenen kemikler vertebralara, proksimal femur ve distal radiusdur (1,46).

Osteoporozun birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bu faktörler;

-Orta yaş üzeri ve yaşlı olmak

-Asya ya da Afrikalı olmak (Siyahi kadınlar beyaz kadınlara göre %50 daha fazla risk altındadır.)

-Zayıf olmak

-İnce kemik yapısına sahip olmak

-Genetik

-Nullipar gebelik öyküsü

-Menopoza erken girmek

-Beslenme bozukluğu (Yetersiz kalsiyum tüketimi)

-Orta ya da yoğun miktarda alkol tüketimi

-Sigara kullanımı

-Uzamış laktasyon dönemi (1,44).

Menopozal dönemde hareket esnekliği, vücut hacmi, motor hareketlerde azalma, kas ağrısı, eklem ağrısı ve kemik kırıklarında artma görülmektedir. Kas tonüsü fiziksel aktivite durumu ile ilişkilidir. Kadın sedanter bir yaşam tarzı sürüyorsa kas tonüsü ve dayanıklılığı zayıflar, hızla atrofi gelişir. Yağ oranı artar, su oranı düşer (3).

Ciltte östrojen eksikliğine bağlı yaşlanma olur. Cildin elastikiyeti azalır ve cilt kurur. Kırışma, incelme ve tırnaklarda kırılma görülür. Bu dönemde deri kanseri insidansı 50 yaş itibari ile artmakta ve melanosit fonksiyonunun azalmasına bağlı saç ve tüylerde grileşme meydana gelmektedir (3). Vücuttaki yağ dengesi değişir. Yağ oranı vücudun üst kısmında alt kısmına göre daha yoğunlaşmaya başlar. Kalp, karaciğer, bağırsaklar gibi iç organlara doğru yağlaşma artar. Bunun sonucu kadınlarda kronik hastalık riskleri artmakta ve bu değişikliklere karşı hemşirelik bakımı önemli bir yer tutmaktadır (44).

Hemşirelik girişimleri:

-Beden kitle indeksi takibi yapılmalıdır.

-Kronik hastalık risklerine karşı kadınlar değerlendirilmeli ve bilgilendirilmelidir.

-Bel-Kalça oranının takibi önemlidir. Bel-kalça oranının 0,85'ten aşağıda olması güvenlidir.

-Ergenlik dönemi itibari ile D Vitamini tüketimi önemlidir. Kadınlar 50 yaşına kadar günlük 1000 mg, 50 yaşından sonra 1500 mg kalsiyum almalı ve 600 IU vitamin D tüketmelidir.

-Kafein tüketimi ve kalsiyum arasındaki ilişki kadınlara açıklanmalı, kadınlara kalsiyumdan zengin beslenmeleri gerektiği vurgulanmalıdır.

-Kas ve kemik dokusunu destekleyecek egzersiz programları oluşturulmalıdır (44).

1.2.6.4. Kardiyovasküler Sistem Değişimleri ve Hemşirelik Yaklaşımları

Reproduktif dönem boyunca kardiyovasküler hastalıklardan koruyan östrojen hormonunun menopozal dönemde azalması nedeniyle kadınların kardiyovasküler sistem hastalık riskleri artmaktadır (5). Östrojen düşük dansiteli lipoprotein (LDL) kolesterol seviyesini düşürür, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol seviyesini yükseltir. Böylelikle kolesterol seviyesi düzenlenmiş olur. Ancak eksiklik sebebi ile kolesterol seviyesi giderek yükselir ve bu da atherosklerotik hastalık riskini artırır (5). Kalp krizi riski %60 oranında artar (3). Kadınlar erkeklere göre menopoz öncesi dönemde koroner kalp hastalıkları insidansında geride olmalarına rağmen, post menopozal dönemde bu insidans oranı eşitlenmektedir (3). Kardiyovasküler hastalıklar postmenopozal kadınlarda sıklıkla rastlanılan morbidite ve mortalite nedenlerindendir (1).

Kardiyovasküler sağlığın devamlılığı ve iyileştirilmeli, ortaya çıkabilecek hastalıkların önlenmesinde hemşirelere büyük rol düşmektedir.

-Sedanter yaşam tarzı riski arttırmaktadır. Hemşire egzersiz uzman ile birlikte etkili ve kişi için güvenli bir egzersiz rutini oluşturmalıdır. Egzersiz postmenopozal lipit düzeyini kontrollü tutar, kemik ve kas tonüsünü artırır. Kilo kontrol altına alınır. Depresif semptomlar azalır.

-Sigara kullanımı riski arttırmaktadır. Kişiyen uygun sigara bırakma modeli seçilmeli, kişi desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir.

-Kilo kontrolü önemlidir. Kilo kalbin yükünü arttırmaktadır. Dolayısıyla diyet çok önemlidir. Dengeli beslenme, düşük yağ oranı olan bir diyet programı uygulamak kolesterol düzeyini kontrol etmektedir. Kişinin diyetisyen ile birlikte günlük kalori ihtiyacı hesaplanmalı ve uygun diyet hazırlanmalıdır (44).

1.2.6.5. Bilişsel Fonksiyon Değişimleri ve Hemşirelik Yaklaşımları

Menopozal dönemde kadınlarda sinirlilik, değişken ruh hali, anskiyete ve ajitasyon sıklıkla görülür. Bu belirtiler fizyolojik sebeplerle birlikte kişisel, kültürel, sosyal ve yaş ile ilgili faktörlerle de ilişkilidir. Menopozal dönemde kişi fiziksel, ruhsal ve toplumsal farklılıklar geçirdiği, geçirdiği bu farklılıklara uyumlu olması gereken bir süreçtir. Gelişim psikologları, menopozal dönemin orta yaş ile örtüştüğünü ve bu dönemde fertilitenin kaybı, gençliğin ve çekiciliği geçişi, yaşlanış, kişinin çocuklarının bağımsızlaşması ile ebeveyn rolünde bir zayıflama olması gibi krizleri içeren bir dönem olduğunu belirtmektedir (1).

Bunlarla birlikte reproduktif hormonlar ve bu hormonlardaki ani değişimler, beyinde nörotransmitterleri etkiler, dolayısıyla depresyon semptomları görülmesine neden olur. Ayrıca meydana gelen vazomotor semptomlar uyku problemlerine, uyku problemleri de depresyon semptomlarına sebep olabilmektedir. Daha önce depresyon geçirmiş olmak, menopoza ve yaşlanmaya yönelik negatif yaklaşım, kişilik özellikleri, semptomlarla baş etme becerileri, düşük benlik saygısı, sosyo-ekonomik faktör problemleri, aile ve arkadaş çevresi ile olumsuz ilişkiler, yaşam tarzı gibi faktörleri de depresyon için risk sayılmaktadır (1,44).

Hemşirelik girişimleri:

- Kişi ile uyku problemleri hakkında görüşülerek önerilerde bulunulmalıdır. Kişi gündüz uykularından uzak durmalıdır. İçinde L-tryptophan bulundurduğu için yatmadan önce ılık süt tüketmesi önerilebilir. Ilık duş alması önerilebilir.
- Stresle baş etme yolları, meditasyon önerilebilir.
- Destek grupları ve psikolojik danışmanlık alması önerilebilir.
- Düzenli egzersiz programları duygu durumunda yükselmeyi destekleyebilir (5,44).

1.2.7. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Hormon replasman tedavisi (HRT), menopozal dönemde kişinin azalan hormonlarının, overlerden salgılanan miktarda olmasa da yerine konması ile menopozal semptomların azaltılmasını amaçlayan bir tedavi şeklidir (1). Yalnızca östrojen ya da östrojen ve progesteron birlikte verilebilir. HRT'nin hedefi kadınların yaşam kalitesini yükseltmektir. Osteoporoz, genital atrofi, depresyon belirtileri ve duygusal değişiklikler tedavi edilebilmektedir. Ancak HRT'nin kullanımı, östrojene progesteron eklenmezse endometriyum kanseri ve meme kanserine neden olabileceği belirtilmektedir (5,44).

Hemşireler kadının yaşadığı belirtileri bilmeli ve buna yönelik yapılabilecek girişimlerle ilgili önerilerde bulunmalıdır. Kişinin tedirginliklerini, sorularını, doğru/yanlış bildiklerini açıkça ifade etmesi sağlanmalıdır. HRT'de meydana gelebilecek yan etkiler, riskler, semptomların yönetimi ile ilgili hemşireler danışmanlık sağlamalıdır (1).

1.3. YAŞAM KALİTESİ

DSÖ'nün tanımına göre yaşam kalitesi "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi"dir. Kişinin kendini yaşadığı sosyo-kültürel ortamda sağlığını öznel olarak algılayışıdır (32). Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti anlamında da kullanılmıştır. Bu kavram laboratuvar çalışmaları ile ölçülebilen bir nicelik değil; sübjektif bir niteliktir. Kişi kendisini fiziksel,

psikolojik ve sosyal yönden ne miktarda mutlu veya rahatsız hissediyor bununla ilgili bir kavramdır. Örneğin; kişinin merdiven inip çıkamaması fiziksel bir işlev kaybı olarak değerlendirilirken, bu işlev kaybının kişinin yaşamındaki öznel etkisi yaşam kalitesi ile ilgilidir (5,44).

Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımı planlanmasında ve etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Hemşirenin; kişiye bütüncül yaklaşımı sayesinde, kişinin yaşamındaki stresörlerini tanımak, bu stresörler ile başetme yollarında danışmanlık yapmak, yaşama uyumunu kolaylaştırmak ve kişinin yaşamından memnuniyetini arttıracak yolları keşfetmesi için; yaşam kalitesinin değerlendirmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin yaşam kalitesi kavramını bilmeleri büyük bir önem arz etmektedir (44).

1.3.1. Yaşam Kalitesi ve Menopoz

Menopozal dönem beraberinde getirdiği değişiklikler ile kadının yaşam kalitesini etkilemektedir. DSÖ'nün öngörüsüne göre 2030 senesinde 1,2 milyar kadın menopozal dönemde olacaktır. Bu sebeple menopoz ile birlikte beraberinde getirdiği sağlık problemlerinin üstesinden gelebilmek, baş edebilmek menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini arttırmaya yönelik ilk koşul olmalıdır (5). Kadınların yaşam kalitesi ile ilişkili olan faktörlerini belirlemek ve kadınların sağlığını iyileştirmek için sağlık profesyonelleri gerekli uygulamaları yapmalıdır. Bu durumda hemşirelere büyük rol düşmektedir. Kadın ve ailesi menopozal dönem ile ilgili eğitilmeli ve desteklenmelidir. Verilen eğitimler ve danışmanlıklar kadının yaşayabileceği problemlerle baş etmesi ya da belirsiz bir süreç olmasının ortadan kalkması ile kişinin anksiyetesinin azalmasında oldukça önemlidir. Yaşam kalitesini arttırmaya yönelik olarak sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanması kadın için oldukça etkili olacaktır (5,44).

İnceboz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada kadınların eğitim seviyesinin, menopozal döneme yönelik bilgi durumlarının, aile içi kararlara katılma ve ekonomik durumun yaşam kalitelerini olumlu etkilediği; evli olma ve vücut kitle indeksinin kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (47). Yıldız ve arkadaşlarının yapmış olduğu (2010) çalışmada ise yaşın artması ile

menopozal dönemdeki yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (48). Ceylan ve Özerdoğan'ın (2010) yapmış olduğu çalışmada; menopozal yakınmaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, Avcı ve Pala (2004) yapmış olduğu çalışmada da yakınmaların şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin vazomotor ve cinsel alan puanlarının olumsuz etkilendiğisonucuna ulaşılmıştır (49,51). Dolayısıyla kadınların menopozal döneme ilişkin bilgi durumları, sosyal yaşantıları, fiziksel özellikleri, menopozal döneme ilişkin yaşanan yakınmaları, sosyo-demografik özellikleri gibi birçok kriterin, yaşam kalitelerini etkilediği görülmektedir.

1.4. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

1.4.1. Kişilik

Kişilik, bedensel özelliklerin tümünün, yönelimlerin, içgüdülerin, tecrübelerin ve kişinin çevresine uyumlu olma sebebi ile gerçekleştirmiş olduğu davranışların tümüdür. Kişilik, sizi siz yapan özelliklerinizin bir yansıması, nitelik ve inançlar doğrultusunda oluşmuş kalıcı yönlerdir. Kişilik özellikleri kişiyi diğer kişilerden ayıran unsurdur (3,52). Kişilik özellikleri %40-%60 oranında genetikdir değişmez. Kalan yüzdelik dilim ise çevresel faktörlere göre değişkenlik gösterebilir. Kişinin zekâ seviyesi, ekonomik ve sağlık durumu, tecrübeleri, toplum şartları, endokrin bez işleyişi, mizacı ve kendini gerçekleştirme uğraşları kişiliğini etkileyebilmektedir (3).

Kişilik özelliklerinin tanımlanmasında iki temel başlık vardır. Bunlar; içe/dışa dönüklük ve duygusal denge/nörotizm. Nörotizm yüksek oranda genetik olarak belirlenmektedir. Nörotizmi oluşturan faktörler anksiyete, öfke, depresyon, aşırı hassasiyetlik, aşırı öz eleştiri ve dürtüselliktir. Duygusal dengesi yüksek bireyler özgüveni yüksek, karşısındaki bireye güven veren, uysal özellikler sergiler. Duygusal dengesi düşük bireyler ise anksiyetesi yüksek, gergin, güvensiz, içine kapanık ve asabi özellikler sergilemektedir. Dışa dönük kişilik özelliği olanlar sosyal, konuşkan, iyimser aktif özellikler gösterirler. İçe dönük bireyler bu özelliklerin tersini sergilemektedir (52). Yapılan çalışmalar içe dönük ve nörotik bireylerin depresyona daha yatkın olduğunu göstermektedir (44).

1.4.2. Kişilik Özellikleri ve Menopoz

Kadının menopozal döneme uyumunu etkileyen birçok faktör vardır. Kişilik özellikleri bu faktörlerden biri olup; kişilikle ilgili yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, kişilik özelliklerinin %40-60'ı doğuştan gelirken, kalan kısım çevresel faktörlere göre şekillenmektedir (11). Dolayısıyla kadınlar sosyal ilişkileri, kültürel değerleri ve kendini algılayışı gibi birçok durumu ve menopozal dönemi de hem doğuştan gelen özellikleri ile hem de çevresel faktörlerin etkisi ile değerlendirmektedir. Kadınlar, menopozal dönem ve beraberinde getirdiği değişiklikleri kişilik özelliklerine göre anlamlandırmaktadır. Kişilik özellikleri menopozal dönemde ortaya çıkan değişikliklerde ve bunlarla baş etme konusunda oldukça önemli bir yere sahiptir. Orhan Ergin'in yaptığı çalışmada kadınların içe dönük kişilik özelliği arttıkça, ürogenital ve somatik yakınmalarında artış olduğu, nörotik kişilik özelliği arttıkça da bütün yakınmalarda artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (3). Yapılan bir başka çalışmada da kişilik özellikleri ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı sonuçlar saptanmış, kadınların nörotizm puanları arttığında yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu sonucuna ulaşılmıştır (44). İçe dönük kişilerin problemlerle baş etme yollarına daha az başvurduğu sonucu da yine birçok çalışmada görülmüştür (44,53,54).

Hemşire, menopoz dönemindeki bir kadının yaşadığı belirtileri, ne şiddette yaşadığını bilmeli ve anlamalı, bu yolda gerekli eğitimi ve desteği sağlayarak danışmanlık yapmalıdır. Bu tür girişimleri planlarken, kadının kişilik özelliklerini göz önünde bulundurmakta fayda vardır. Bu hemşire ile kadının arasında sağlıklı bir iletişim oluşması için oldukça önemlidir (3). Kişilik özellikleri hakkında fikir sahibi olunarak yapılan hemşirelik girişimlerinin, menopozal dönemde kadın için daha faydalı olacağı düşünülmektedir (44).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma, menopozal dönemdeki kadınların yakınmalarının, kişilik özellikleri ve yaşam kalitesiyle ilişkisini belirlemek amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ilişki arayıcı tipte planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Kişilik özelliklerine göre menopozal yakınmalarda farklılık görülüyor mu?
- Menopozal yakınmalar yaşam kalitesini etkiliyor mu?
- Kişilik özelliklerine ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki ne düzeydedir?

2.3. ARAŞTIRMANIN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, İstanbul ili, Üsküdar ilçesinde bulunan Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne 1 Nisan 2019 ve 30 Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yürütülmüştür. Menopoz polikliniği haftanın iki günü (Perşembe, Cuma) hizmet vermektedir. Poliklinik hizmeti randevu ile sağlanmaktadır. Randevu iletişim hattı ya da telefon uygulaması üzerinden alınabilmektedir. Poliklinikte hekimler dönüşümlü olarak çalışmaktadır. Sabit olarak hizmet veren bir hemşire mevcuttur. Bireyler hastaneye geldiklerinde ilk olarak danışmadan kayıt açtırmakta ve sıraları geldiğinde muayeneye girmektedirler. Katılımcılar, bu bireylerden seçilmiş olup katılım için katılımcılara herhangi bir ödeme yapılmamıştır. Katılımcılar, poliklinikte danışma masasında karşılanmış olup, sorular araştırmacı tarafından özel olarak ayarlanmış bir odada sorulmuş ve form üzerinde yine araştırmacı tarafından işaretlenmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne Nisan 2019-Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran 45-55 yaş arasındaki kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü saptamada evreni belli olan örneklem seçimi formülü kullanılmıştır. Bu amaçla, Ocak 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında menopoz polikliniğine başvuran kadınlar sayılmış, tekrar eden kayıtlar çıkarıldıktan sonra 2800 kadının menopoz polikliniğine başvurduğu tespit edilmiştir ve örnekleme 132 kadın oluşturmuştur.

$$N t^2 p q$$

n: -----

$$d^2 (N-1) + t^2 p q$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı (2800)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,1)

q: İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0,9)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0,05)

$$2800 \times (1,96)^2 \times 0,1 \times 0,9$$

$$n = \text{-----} = 132$$

$$(0,05)^2 \times 2800 + (1,96)^2 \times 0,1 \times 0,9$$

Yüzde 95 güven aralığı ve $\pm$ %5 sapma ile örnekleme en az alınacak kişi sayısı 132 hesaplanmıştır. Örnekleme alınacak kadınların seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemi (gelişigüzel) kullanılmıştır.

Olguların Çalışmaya Alınma Kriterleri:

- 45-55 yaş arası,
- Menopozal dönemde,
- Türkçe konuşabilen,
- Konuşma veya işitme engeli olmayan,
- Menopozal yakınmalara yönelik herhangi bir tedavi görmeyen,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş kişiler.

Olguların Dışlanma Kriterleri:

- 45 yaş altı, 55 yaş üstü,
- Menopozal dönemde olmayan,
- Türkçe bilmeyen,
- Konuşma veya işitme engeli olan,
- Menopozal yakınmalara yönelik bir tedavi gören,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan kişiler.

2.5. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin toplanması sırasında, çalışmaya katılmayı kabul etmiş kadınlardan “Gönüllü Olur Formu”ndaki bilgiler okunarak onamları alınmıştır (Ek-1). Veriler kadınların mahremiyetine saygılı şekilde yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edildi ve her bir görüşme ortalama 15-20 dk. sürmüştür. Verilerin doğru olarak elde edilebilmesi için, kadınlara çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği ve her türlü bilginin gizli kalacağı konusunda garanti verilmiştir.

Katılımcılara ilişkin veriler; Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Cervantes Kişilik Ölçeği (CKÖ) ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği (UYKÖ) ile toplanmıştır.

2.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan kadınların tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı bu form; demografik özellikler (yaş, medeni durum, evlilik süresi, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir), obstetrik özellikler (gebelik, doğum, düşük ve küretaj sayısı, son menstruasyon tarihi, menopoza giriş yaşı, şekli), genel sağlık, psikolojik ve sosyal durum özelliklerini (kronik ve psikiyatrik hastalık varlığı, egzersiz sıklığı, sigara kullanımı, cinsel yaşam, son zamanlarda etkileyici olay yaşama, aile ve arkadaşların destek olma ve duygularına önem verme durumu) içeren 26 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

2.5.2. Cervantes Kişilik Ölçeği (Cervantes PersonalityScale -CKÖ):

Castelo-Branco ve arkadaşları tarafından 2008 yılında menopozal kadınların kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (55-56). Cervantes kişilik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Bal ve Şahin tarafından 2011 yılında yapılmıştır (57). Ölçek 20 sorudan oluşan altılı Likert tipi bir ölçektir. Ölçek üç alt boyuttan (dışa/içe dönük olma, duygusal denge/nörotizm, tutarlı/tutarsız olma) oluşmaktadır. Ölçekteki her soru bireyin kendi deneyimlerine göre cevaplanmaktadır. Ölçekteki her bir madde 0'dan 5'e kadar puanlanmış olup verilen yanıtlara göre değerlendirme yapılmaktadır. Her alt grupta alınan puan azaldıkça dışa dönük olma, duygusal dengeli olma ve tutarlı olma özelliği artmaktadır (Ek-4).

2.5.3. Menopozal Yakınma Ölçeği (MenopauseRatingScale -MYÖ):

Menopozal Yakınma Ölçeği Heinmann ve arkadaşları (1992) tarafından Almanca olarak geliştirilmiş ve menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşmaktadır (58). Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Gürkan (2005) tarafından yapılmıştır (58). Her bir madde için; 0: hiç yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli ve 4: çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Likert tipi ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar 1- Somatik şikâyetler alt boyutu (1, 2. maddeler), 2-Psikolojik şikâyetler alt boyutu (3, 4, 5, 6, 7, 11. maddeler), 3- Ürogenital şikâyetler alt boyutudur (8, 9, 10. maddeler) (Ek-3).

2.5.4. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Menopozun yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla Utian tarafından geliştirilmiştir (59). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Abay tarafından yapılmıştır (60). Ölçek beşli Likert tipte olup, emosyonel yaşam kalitesi (1., 11., 12., 13., 15., 20. soru maddeleri; min=6 max=30 puan), cinsel yaşam kalitesi (4., 5., 14. soru maddeleri; min=3 max=15 puan), meslek/iş yaşam kalitesi (2., 3., 6., 17., 18., 19., 23. soru maddeleri; min=7 max=35 puan) ve sağlık yaşam kalitesi (7., 8., 9., 10., 16., 21., 22. soru maddeleri; min=7 max=35 puan) olmak üzere dört alt boyuta sahiptir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan ise 115'tir. Ölçek ve alt boyut puanının artması yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermektedir (Ek-5).

2.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın uygulanabilmesi için Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan (Etik Kurul Karar No: 36) yazılı izin alınmıştır.

2.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı grup için genellenebilir olması,
- Araştırmanın sadecetek bir menopoz polikliğinde yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows, Version (21.0) paket program kullanılmıştır.

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntemler; bağımsız t-testi, betimsel analizler ve ANOVA testi.

3. BULGULAR

Menopozal dönemdeki kadınların yakınmaları, kişilik özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanan bu çalışmanın bulguları beş alt bölümde ele alınmıştır.

1. Katılımcıların sosyo-demografik, genel sağlık durumları ve obstetrik-jinekolojik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre cervantes kişilik ölçeği menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
3. Katılımcıların obstetrik-jinekolojik özelliklerine göre cervantes kişilik ölçeği menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
4. Katılımcıların cervantes kişilik ölçeği alt boyutları, menopozal yakınma ölçeği alt boyutları ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular
5. Katılımcıların kişilik ölçeği alt boyutları ile menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki ilişkin ilişkin bulgular

3.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, GENEL SAĞLIK DURUMLARI VE OBSTETRİK- JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde menopozal dönemdeki kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik-jinekolojik özellikleri ve genel sağlık durumları belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=134)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grupları		
52 yaş ve altı	73	54,5
52 yaş üzeri	61	45,5
Medeni Durum		
Evli	131	97,8
Bekar	3	2,2
Eğitim düzeyi		
Beş yıl ve altı	99	73,9
Beş yıl üzeri	35	26,1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	26	19,4
Çalışmıyor	108	80,6
Evlilik süresi (n=131)		
29 yıl ve altı	60	45,8
29 yıl üzeri	71	54,2
Aile tipi		
Çekirdek aile	109	81,3
Geniş aile	25	18,7
Ekonomik durum		
Gelir-giderden az	49	36,6
Gelir-gidere denk	80	59,7
Gelir- giderden fazla	5	3,7
Sosyal güvence		
Var	107	79,9
Yok	27	20,1

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının $52,27 \pm 5,84$ (min:45, max:55) olduğu, ortalama $29,39 \pm 8,42$ (min:1, max:47) yıllık evli olduğu tespit edildi. Kadınların büyük bir çoğunluğunun evli (%97,8), %81,3'ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %80,6'sının çalışmadığı ve yarıdan fazlasının gelirlerinin giderlerine denk (%59,7) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun (%79,9) bir sosyal güvenceye sahip olduğu, %76,1'inin ev hanımı, %4,5'inin emekli, %19,4'ünün işçi ve %73,9'unun beş yıl ve altında eğitim düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 4.2. Katılımcıların obstetrik-jinekolojik özelliklerine göre dağılımı (n=134)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik sayısı		
Yok	7	5,2
Bir gebelik	11	8,2
İki ve üzeri gebelik	116	86,6
Doğum sayısı		
Yok	9	6,7
1	16	11,9
2 ve üzeri	109	81,4
Düşük durumu		
Yok	113	84,3
Var	21	15,7
Küretaj durumu		
Yok	110	82,1
Var	24	17,9
Cinsel yaşamdan memnuniyet		
Memnun	113	84,3
Memnun değil	21	15,7
Kadın hastalıklarıyla ilgili ameliyat olma durumu		
Yok	124	92,5
Var	10	7,5

Çalışmaya katılan menopozal dönemdeki kadınların obstetrik-jinekolojik özellikleri incelendiğinde; yarıdan fazlasının iki ve üzeri gebelik yaşadığı (%86,6) ve doğum yaptıkları (%81,4) çok az bir kısmının düşük (%15,7) ve küretaj (%17,9) oldukları belirlendi. Kadınların gebelik ortalaması $2,76 \pm 1,46$ (min:0-max:8), doğum ortalaması $2,29 \pm 1,40$ (min:0-max:6), düşük ortalaması $0,23 \pm 0,58$ (min:0-max:3) ve küretaj ortalaması $0,25 \pm 0,59$ (min:0-max:3) idi. Katılımcıların çoğunluğunun (%84,3) cinsel yaşamından memnun olduğu, çok az bir kısmının kadın hastalıklarıyla ilgili bir ameliyat geçirdikleri (%7,5) saptandı. Ameliyat olanların %5,2'si histerektomi, %2,2'si myomektomi nedeniyle ameliyat edildiklerini ifade etti (Tablo 2).

Tablo 4.3. Katılımcıların genel sağlık durumlarına göre dağılımı (n=134)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık durumu		
Var	17	12,7
Yok	117	87,3
Daha önceki psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	8	6,0
Yok	126	94,0
Şimdiki psikiyatrik hastalık durumu		
Var	12	9,0
Yok	122	91,0
Egzersiz yapma durumu		
Var	12	9,0
Yok	122	91,0
Sigara kullanım durumu		
Kullanıyor	29	21,6
Kullanmıyor	105	78,4
Etkileyici bir olay yaşama durumu		
Yok	15	11,2
Aileden birinin kaybı	80	59,7
Eş ile ilgili sorun	31	23,1
Çocukla ilgili sorunlar	5	3,7
Evde bakıma muhtaç birinin olması	3	2,2
Çevresel destek alma durumu		
Hayır	16	11,9
Bazen	107	79,9
Evet	11	8,2
Aile ve arkadaşların duygulara önem verme durumu		
Hayır	12	9,0
Bazen	111	82,8
Evet	11	8,2

Çalışmada menopozal dönemdeki kadınların genel sağlık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; büyük bir bölümünün kronik bir hastalığının olmadığı (%87,3), kronik hastalığı olanların %3,7'sinin astım, %2,2'sinin hipertansiyon, %3'ünün diyabet, %3'ünün troid ve %0,7'sinin kalp hastası olduğu belirlendi. Kadınların çok az bir kısmı daha önce psikiyatrik hastalık yaşadığını (%6) ve bunlardan %3'ü depresyon, %2,2'si bipolar bozukluk ve %0,7'si tanısı aldığını ifade etti. Katılımcıların mevcut durumda %9'unda psikiyatrik hastalık tanısı aldığı

bunlardan %4,5'i depresyon, %3,7'si panik atak, %0,7'si bipolar bozukluğunun olduğunu belirtti. Menopozal dönemdeki kadınların çok az bir kısmı egzersiz yaptığını (%9) bunlardan %6'sı haftada üç ve daha az egzersiz yapabildiğini, büyük bir çoğunluğu (%78,4) sigara içmediğini, sigara içenlerin günlük $3,90 \pm 4,85$ (min:1-max:20) adet sigara içtiği ve ortalama $16,21 \pm 6,20$ (min:6-max:30) yıldır sigara kullandıklarını bildirdi. Katılımcıların çoğunluğu (%88,8) yaşamlarında etkileyici bir olay yaşadığını bunlardan en çok (%59,7) aileden birini kaybettiklerini belirtti. Kadınların %79,9'u çevrelerinden bazen destek alabildiklerini, %82,8'i ise aile ve arkadaşlarının duygularına bazen önem verdiklerini bildirdi (Tablo 3).

Tablo 4.4. Katılımcıların menopozal döneme ilişkin özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Menopoz yaşı		
45 yaş ve altı	64	47,8
45 yaş üstü	70	52,2
Menopoz şekli		
Doğal menopoz	127	94,8
Cerrahi menopoz	7	5,2
Menopoz süresi (yıl)		
6 yıl ve altı	73	54,5
6 yıl üzeri	61	45,5
Menopozal yakınmalarla hastaneye başvuru durumu		
Var	97	72,4
Yok	37	27,6
Menopoza yönelik tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma durumu		
Var	15	11,2
Yok	119	88,8
Menopoza yönelik tamamlayıcı tedavi yöntemleri (n=15)		
Akupunktur	1	0,7
Aromaterapi	1	0,7
Egzersiz	11	8,2
Hidroterapi	2	1,5

Çalışmaya katılan kadınların menopozal döneme ilişkin özellikleri incelendiğinde; kadınların ortalama menopoz yaşı $45,70 \pm 5,28$ (min:29-max:55) ve menopoz süresi $6,49 \pm 5,21$ (min:1-max:28) yıl idi. Katılımcıların büyük bir bölümünün (%94,8) doğal yolla menopoza girdiği ve menopozal yakınmaları nedeniyle hastaneye

başvurdukları (%72,4) ve çok az bir kısmının (%11,2) menopozal dönem yakınmalarına yönelik tamamlayıcı bir yöntem kullandığı saptandı. Menopozal dönemde tamamlayıcı yöntem kullananların en çok egzersiz (%11,2) yöntemini kullandıkları belirlendi (Tablo 4).



Tablo 4.5. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre cervantes kişilik ölçeği menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Cervantes Kişilik Ölçeği ve Alt Boyutları			Menopozal Yakınma Ölçeği ve Alt Boyutları			Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları			
	Dışa Dönük/İçe Dönük	Duygusal Denge/ Nörotizm	Tutarlı/ Tatarsız Olma	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Emosyonel Alan	Cinsel Alan	Meslek/İş Alanı	Sağlık Alanı
Yaş	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
52 yaş ve altı (n:73)	14,38± 5,44	15,02± 6,18	10,53± 5,32	4,72± 2,04	11,67± 4,23	4,01± 2,45	13,28± 4,13	7,30 ±3,11	16,52± 4,53	16,65± 3,88
52 yaş üzeri (n:61)	12,04± 5,24	15,85± 6,32	8,73± 4,74	4,26± 2,44	11,93± 4,62	4,19± 2,49	12,72± 4,40	7,11 ±3,11	15,70± 4,26	17,83± 4,10
Test Değeri (t)	2,511	-,761	2,044	1,195	-,343	-,427	,766	,346	1,065	-1,703
p Değeri	,013	,448	,043	,234	,732	,670	,445	,730	,289	,091
Eğitim Düzeyi										
Beş yıl ve altı (n:99)	13,23± 5,43	16,23± 6,42	9,64± 5,12	4,24± 2,16	11,80± 4,44	4,17± 2,99	13,35± 4,27	7,36 ±3,20	16,03± 4,71	17,49± 4,24
Beş yıl üzeri (n:35)	13,57± 5,63	13,05± 5,06	9,91± 5,20	5,28± 2,29	11,74± 4,33	3,88± 2,38	12,11± 4,13	6,80 ±2,78	16,48± 3,49	16,34± 3,19
Test Değeri (t)	-,315	2,646	-,265	-2,411	,075	,589	1,418	,923	-,602	1,673
p Değeri	,754	,009	,792	,017	,940	,557	,139	,358	,549	,098
Çalışma Durumu										
Çalışıyor (n:26)	12,65± 6,01	13,00± 7,78	10,34± 6,19	5,19± 2,28	13,38± 3,64	3,92± 2,89	12,96± 4,18	7,26 ±3,05	15,84±5,13	16,69± 4,43
Çalışmıyor (n:108)	13,48± 5,03	15,98± 5,69	8,56± 4,85	4,35± 2,21	11,40± 4,49	4,13± 2,36	13,04± 4,29	7,20 ±3,12	16,22±4,25	17,31± 3,92
Test Değeri (t)	-,692	-2,220	,696	1,730	2,081	-,400	-,911	-,096	-1,701	-,708
p Değeri	,490	,028	,488	,086	,039	,690	,928	,923	,093	,480

t: Student's-t test

Tablo 4.6. (Devam) Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre cervantes kişilik ölçeği menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

t:Students't-test.

	Cervantes Kişilik Ölçeği ve Alt Boyutları			Menopozal Yakınma Ölçeği ve Alt Boyutları			Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları			
Değişken	Dışa Dönük/İçe Dönük	Duygusal Denge/Nörotizm	Tutarlı/Tutarsız Olma	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Emosyonel Alan	Cinsel Alan	Meslek/İş Alanı	Sağlık Alanı
Aile Tipi	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Çekirdek aile (n:73)	13,24± 5,76	15,28± 6,35	9,24± 5,13	4,51± 2,29	11,75± 4,47	4,20± 2,47	13,21± 3,96	7,30 ±3,10	16,32± 4,32	17,15± 3,97
Geniş aile (n:62)	13,57± 3,97	15,88± 5,79	11,76± 4,65	4,52± 2,00	11,96± 4,14	3,64± 2,41	12,24± 5,37	6,84 ±3,11	15,40± 4,82	17,36± 4,37
Test Değeri (t)	-,425	-,423	2,243	-,013	-,212	1,028	,852	,671	,940	-,228
p Değeri	,687	,673	,027	,990	,832	,306	,401	,503	,349	,820
Gelir Düzeyi										
Gelir giderden az (n:99)	12,16± 5,18	15,79± 6,27	9,87± 5,79	4,08± 2,05	12,38± 4,41	3,79± 2,49	14,22± 3,94	6,93 ±3,15	15,38± 3,81	17,95± 4,08
Gelir gidere denk/fazla (n:35)	13,98± 5,53	15,17± 6,24	9,62± 4,73	4,76± 2,31	11,44± 2,31	4,27± 2,44	12,34± 4,29	7,37 ±3,08	16,58± 4,69	16,75± 3,92
Test Değeri (t)	-1,880	,552	-,275	-1,712	1,183	-1,074	2,516	-,785	-1,522	1,685
p Değeri	,062	,582	,784	,089	,235	,285	,013	,434	,130	,094
Evlilik Süresi										
29 yıl ve altı (n:60)	13,98± 5,37	14,28± 6,49	10,06± 5,69	4,98± 1,97	12,01± 4,22	4,00± 2,30	13,18± 3,96	7,31± 2,72	15,76±4,09	17,06± 4,32
29 yıl üzeri (n:71)	12,53± 5,44	16,35± 6,02	9,28± 4,67	4,04± 2,37	11,54± 4,49	4,15± 2,61	12,85± 4,56	7,11± 3,28	16,14±4,46	17,26± 3,84
Test Değeri (t)	1,525	-1,890	,867	2,448	,610	-,356	,430	,382	-,496	-,281
p Değeri	,130	,061	,388	,016	,543	,722	,668	,703	,621	,779

Çalışmaya katılan kadınların yaş, eğitim düzeyleri, aile tipi, çalışma durumları, gelir düzeyleri ve evlilik süresi Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; kadınlarda 52 yaş ve altında olanların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm alt boyutu dışında, dışa dönük/içe dönük olma alt boyutundan 52 yaş üzerinde olanlara göre puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$, Tablo). Katılımcıların yaşlarına göre Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$, Tablo 5).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/ nörotizm, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutlarından somatik boyut puan ortalamaları dışında diğer alt boyutlar ve Utian Yaşam Kalitesi ölçeği altboyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$, Tablo 5). Beş yıl ve altında eğitim alanların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan beş yıl üzerinde eğitim alanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları ve beş yıl üzerinde eğitim alanların Menopozal Yakınma Ölçeğinin somatik boyutundan beş yıl ve altında eğitim alanlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları saptandı ($p<0,05$, Tablo 5).

Katılımcıların çalışma durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/ nörotizm, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutlarından psikolojik boyut puan ortalamaları dışında diğer alt boyutlar ve Utian Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$, Tablo 5). Çalışanların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan çalışmayanlara göre

daha düşük puanlar aldıkları saptandı. Diğer yandan çalışanların menopozal yakınma ölçeğinin psikolojik alt boyutundan çalışmayanlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 5).

Menopozal dönemdeki kadınların aile tipine göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6). Tablo6).

Kadınların gelir düzeyine göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Utian Yaşam Ölçeği alt boyutlarından emasyonel alan dışında diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6). Gelir düzeyi denk/fazla olanların Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından emasyonel boyuttan gelir düzeyi az olanlara göre anlamlı olarak daha düşük puanlar aldıkları saptandı ($p<0,05$, Tablo 6).

Kadınların evlilik süresine göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutlarından somatik yakınma puan ortalamaları dışında diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 6). Evlilik süresi 29 yıl ve altında evli olanların Menopozal Yakınma Ölçeğinin somatik boyutundan 29 yıl üzerinde olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları belirlendi ($p<0,05$, Tablo 6).

Katılımcıların gebelik deneyimle durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Utian Yaşam Ölçeği alt boyutlarından meslek/iş alanı dışında diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6). Daha önce gebelik deneyimlemeyenlerin Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt

boyutlarından meslek/iş boyuttan gebelik deneyimleyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptandı ($p<0,05$, Tablo 6).



Tablo 4.7. Katılımcıların obstetrik-jinekolojik özelliklerine göre cervantes kişilik ölçeği menopozal yakınma ölçeği ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Cervantes Kişilik Ölçeği ve Alt Boyutları			Menopozal Yakınma Ölçeği ve Alt Boyutları			Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları			
Değişken	Dışa Dönük/İçe Dönük	Duygusal Denge/ Nörotizm	Tutarlı/ Tatarsız Olma	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Emosyonel Alan	Cinsel Alan	Meslek/İş Alanı	Sağlık Alanı
Gebelik Durumu	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Var (n:127)	13,16± 5,48	15,28± 6,30	9,61± 5,14	4,44± 2,22	11,75± 4,44	4,08± 2,44	13,04± 4,22	7,18 ±3,04	15,95± 4,32	17,19± 4,02
Yok (n:7)	16,14± 4,45	14,42± 5,19	11,57± 4,79	5,71± 2,26	12,42± 3,86	4,28± 3,03	12,71± 5,08	7,85 ±4,29	19,71± 4,88	17,14± 4,25
Test Değeri (t)	-1,409	,423	-,983	-1,461	-,392	-,207	,201	-,560	-2,225	,034
p Değeri	,161	,673	,327	,146	,695	,836	,841	,577	,028	,973
Doğum Durumu										
Var (n:125)	13,09± 5,49	15,39± 6,24	9,54± 5,14	4,48± 2,20	11,70± 4,45	4,05± 2,36	13,06± 4,19	7,11 ±3,01	15,88± 4,21	17,28± 4,02
Yok (n:9)	16,44± 4,09	15,55± 6,57	12,11± 4,90	4,88± 2,80	12,77± 3,73	4,66± 3,70	12,55± 5,34	8,66 ±4,06	19,77± 5,82	16,77± 4,14
Test Değeri (t)	-1,790	-,072	-1,457	-,517	-,695	-,717	,345	-1,458	-2,605	,321
p Değeri	,076	,940	,148	,606	,488	,475	,731	,147	,010	,749
Kadın Hastalıklarıyla İlgili Ameliyat Olma Durumu										
Var (n:10)	10,80± 6,10	19,70± 7,67	9,30± 5,50	2,90± 1,44	10,90± 5,80	5,70± 2,90	16,50± 3,74	6,90± 2,68	13,40±4,06	19,80± 2,14
Yok (n:124)	13,52± 5,38	15,05± 6,01	9,75± 5,11	4,64± 2,24	11,86± 2,49	3,96± 2,39	12,75± 4,18	7,24± 3,14	16,37±4,38	16,98± 4,06
Test Değeri (t)	1,524	-2,301	,260	2,412	,664	-2,168	-2,275	,334	2,070	-2,161
p Değeri	,130	,023	,761	,017	,508	,032	,007	,739	,040	,032

t: Student' st-test.

Katılımcıların doğum yapma durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Utian Yaşam Ölçeği alt boyutlarından meslek/iş alanı dışında diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 7). Doğuma yapmayanların Utian Yaşam Kalitesi Ölçeğinin meslek/iş boyuttan doğum yapanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları belirlendi ($p<0,05$, Tablo 7).

Kadınların kadın hastalıklarıyla ilgili ameliyat olma durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/ nörotizm dışında, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutlarından somatik ve ürogenital boyut puan ortalamaları dışında ve Utian Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarında emosyonel, meslek/iş, sağlık alanı dışında diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$, Tablo 7). Daha önce ameliyat olanların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan ameliyat olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları saptandı. Diğer yandan ameliyat olanların menopozal yakınma ölçeğinin psikolojik alt boyutundan ameliyat olmayanlara göre daha düşük puan ortalamalarına sahip oldukları gözlendi ($p<0,05$, Tablo 7). Bununla birlikte ameliyat olanların menopozal yakınma ölçeğinin ürogenital alt boyutundan ameliyat olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları belirlendi ($p<0,05$, Tablo 7). Ameliyat olanların Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği emosyonel ve sağlık alanlarından ameliyat olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları, ancak meslek/iş alanından ise anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları saptandı ($p<0,05$, Tablo 7).

Tablo 4.8. Katılımcıların genel sağlık durumlarına göre CKÖ, MYÖ ve UYKÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Cervantes Kişilik Ölçeği ve Alt Boyutları			Menopozal Yakınma Ölçeği ve Alt Boyutları			Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları			
Değişken	Dışa Dönük/İçe Dönük	Duygusal Denge/ Nörotizm	Tutarlı/ Tutarsız Olma	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Emosyonel Alan	Cinsel Alan	Meslek/İş Alanı	Sağlık Alanı
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kronik Hastalık										
Var (n:17)	11,68± 6,51	18,00± 7,25	10,31± 5,00	3,68± 2,35	12,68± 5,21	4,62± 2,72	14,00± 4,92	7,25 ±3,49	14,75± 3,58	18,06± 3,64
Yok (n:117)	13,54± 5,29	15,05± 6,03	9,63± 5,16	4,62± 2,21	11,66± 4,29	4,02± 2,43	12,89± 4,16	7,31 ±3,06	16,33± 4,49	17,07± 4,06
Test Değeri (t)	1,277	-1,789	-,494	1,503	-,867	-,913	-,971	-,046	1,354	-,921
p Değeri	,204	,076	,622	,116	,387	,363	,333	,963	,178	,359
Şimdiki Psikiyatrik Hastalık Öyküsü										
Var (n:12)	9,66± 4,49	13,75± 6,73	11,41± 7,22	5,58± 1,56	12,83± 3,01	4,66± 1,55	14,83± 5,00	7,25 ±3,41	16,41± 4,10	18,33± 4,18
Yok (n:122)	13,68± 5,43	15,56± 6,19	9,54± 4,88	4,40± 2,27	11,68± 4,51	4,04± 2,53	12,85± 4,15	7,21 ±3,08	16,12± 4,46	17,08± 4,00
Test Değeri (t)	2,474	,962	-1,206	-1,745	-,859	-1,240	-1,540	-,039	-,219	-1,030
p Değeri	,015	,338	,230	,083	,392	,231	,124	,969	,827	,305
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu										
Var (n:12)	10,83± 7,20	16,16± 6,52	10,33± 5,71	4,08± 2,31	13,58± 3,55	5,83± 2,44	13,50± 4,48	8,41±3,52	15,41±4,03	17,66± 3,72
Yok (n:122)	13,56± 5,23	15,92± 6,23	9,65± 5,08	4,55± 2,23	11,61± 4,45	3,92± 2,40	12,98± 4,25	7,09± 3,04	16,22±4,46	17,14± 4,05
Test Değeri (t)	1,664	-,443	-,435	,698	,610	-2,613	-,400	-1,409	-,600	-,426
p Değeri	,099	,658	,664	,486	,543	,010	,690	,161	,549	,671

t: Student' st-test.

Tablo 4.9. Katılımcıların genel sağlık durumlarına göre CKÖ, MYÖ ve UYKÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması
t: Student's t- test.

	Cervantes Kişilik Ölçeği ve Alt Boyutları			Menopozal Yakınma Ölçeği ve Alt Boyutları			Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları			
Değişken	Dışa Dönük/İçe Dönük	Duygusal Denge/ Nörotizm	Tutarlı/ Tatarsız Olma	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Emosyonel Alan	Cinsel Alan	Meslek/İş Alanı	Sağlık Alanı
Sigara İçme Durumu	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kullanıyor(n:29)	13,34± 6,20	16,34± 6,58	9,31± 5,48	4,93± 2,40	13,06± 4,62	4,82± 2,56	12,62± 4,40	7,20 ±2,97	15,97± 4,39	17,21± 4,01
Kullanmıyor (n:105)	13,31± 5,27	15,14± 6,14	9,82± 5,04	4,40± 2,19	11,43± 4,29	3,89± 2,40	13,08± 4,23	7,27 ±3,58	16,39± 4,50	17,10± 4,09
Test Değeri (t)	-,027	-,918	,480	-1,131	-1,780	-1,819	,288	-,116	-,886	,137
p Değeri	,929	,366	,632	,260	,077	,071	,774	,908	,377	,892
Etkileyici Olay Yaşama Durumu										
Var (n:119)	13,06± 5,49	15,47± 6,15	9,62± 5,23	4,51± 2,24	11,83± 4,40	4,11± 2,43	12,94± 4,35	7,35 ±3,18	16,24± 4,47	17,11± 3,85
Yok (n:15)	15,33± 4,95	14,86± 7,04	10,46± 4,20	4,53± 2,26	11,66± 4,53	3,93± 2,78	13,73± 3,36	6,13 ±2,13	15,40± 4,04	17,80± 4,55
Test Değeri (t)	-1,521	,352	-,600	-,034	,202	-,272	-,678	-1,440	,699	-,618
p Değeri	,131	,725	,550	,973	,763	,786	,499	,152	,488	,537
Çevresel Bir Destek Alma Durumu										
Evet/Bazen (n:122)	10,46± 5,45	14,93± 5,98	9,88± 5,70	4,44± 2,28	11,54± 4,26	4,09± 2,54	13,06± 4,24	7,16± 3,07	16,48±4,36	17,18± 4,02
Hayır (n:12)	12,25± 5,59	18,87± 7,21	8,43± 5,50	5,06± 1,87	13,62± 5,11	4,12± 1,82	12,75± 4,49	7,56± 3,36	13,68±4,15	17,25± 4,92
Test Değeri (t)	-,834	-2,415	1,064	-1,042	-1,790	-,048	,279	-,474	2,418	-,059
p Değeri	,406	,017	,289	,299	,076	,962	,780	,636	,017	,953
Aile, Arkadaşların Duygulara Önem Verme Durumu										
Evet/Bazen (n:122)	13,40± 5,40	14,90± 5,99	9,90± 5,04	4,47± 2,26	11,66± 4,30	4,10± 2,51	13,06± 4,23	7,22± 3,07	16,50±4,32	17,09± 3,96
Hayır (n:12)	12,41± 6,21	20,41± 6,76	7,83± 5,76	4,91± 1,97	13,16± 5,35	4,00± 2,00	12,66± 4,65	7,16± 3,53	12,58±3,85	18,25± 4,61
Test Değeri (t)	-,599	-3,004	1,337	-,650	-1,136	,142	,309	,058	3,018	-,954
p Değeri	,550	,003	,183	,417	,258	,887	,758	,954	,003	,342

Çalışmaya katılan kadınların kronik hastalık, şimdiki psikiyatrik hastalık durumu, düzenli egzersiz yapma, sigara içme, etkileyici olay yaşama durumu, çevresel destek alma boyutu ve aile, arkadaşların duygulara önem verme durumu Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; kronik hastalık, sigara içme durumu ve etkileyici bir olay yaşama durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 8).

Katılımcıların şimdiki psikiyatrik hastalık durumuna göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından dışa dönük/içe dönük boyutu dışında diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 8). Psikiyatrik hastalığı olmayanların Cervantes Kişilik Ölçeğinin dışa dönük/içe dönük boyutundan psikiyatrik hastalığı olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları belirlendi ($p<0,05$, Tablo 8).

Kadınların düzenli egzersiz yapma durumuna göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutlarından ürogenital yakınma puan ortalamaları dışında diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 8). Düzenli olarak egzersiz yapan kadınların Menopozal Yakınma Ölçeğinin ürogenital alt boyutundan düzenli olarak egzersiz yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptandı ($p<0,05$, Tablo 8).

Katılımcıların çevresel destek alma durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm dışında, Utian

Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından meslek/iş alanı dışında, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve ölçeklerin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 8). Çevresel desteği olanların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan çevresel desteği olmayanlara göre daha düşük puanlar aldıkları saptanmışken, Utian Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından meslek/iş alanından çevresel desteği olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptandı ($p<0,05$, Tablo 8).

Kadınların aile, arkadaşların duygularına önem verme durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm dışında, Utian Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından meslek/iş alanı dışında, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve ölçeklerin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$, Tablo 8). Katılımcılardan çevresel desteği olanların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan çevresel desteği olmayanlara göre daha düşük puanlar aldıkları saptanmışken, Utian Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarından meslek/iş alanından çevresel desteği olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptandı ($p<0,05$, Tablo 8).

Tablo 4.10. Katılımcıların menopoz özelliklerine göre CKÖ, MYÖ ve UYKÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Cervantes Kişilik Ölçeği ve Alt Boyutları			Menopozal Yakınma Ölçeği ve Alt Boyutları			Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları			
Değişken	Dışa Dönük/İçe Dönük	Duygusal Denge/Nörotizm	Tutarlı/Tutarsız Olma	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Emosyonel Alan	Cinsel Alan	Meslek/İş Alanı	Sağlık Alanı
Menopoz Yaşı	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
45 yaş ve altı (n:64)	13,43± 5,53	15,32± 5,90	9,89± 5,10	5,18± 2,18	12,03± 4,09	4,14± 2,33	12,53± 4,22	7,42 ±3,16	16,76± 4,48	16,79± 3,83
45 yaş üstü (n:70)	13,21± 5,43	15,47± 6,57	9,55± 5,17	3,90± 2,12	11,57± 4,68	4,05± 2,59	13,48± 4,26	7,02 ±3,09	15,58± 4,31	17,55± 4,17
Test Değeri (t)	,235	-,132	,375	-3,457	,602	,195	-1,300	,732	1,552	-1,095
p Değeri	,814	,895	,708	,001	,548	,846	,196	466	,123	,276
Menopoz Şekli										
Doğal menopoz (n:127)	13,52± 5,27	15,42± 6,18	9,71± 5,08	4,52± 2,23	11,76± 4,37	4,08± 2,40	12,91± 4,12	7,27 ±3,40	16,22± 4,47	17,07± 4,03
Cerrahi menopoz (n:7)	9,57± 7,72	15,00± 7,76	9,71± 6,26	4,28± 2,42	12,28± 3,68	4,28± 3,68	15,14± 6,28	6,14 ±3,18	14,71± 3,09	19,42± 3,04
Test Değeri (t)	1,883	,175	,001	,277	,304	-,207	-2,352	,940	,882	-1,095
p Değeri	,062	,861	,999	,782	,761	,836	,178	,349	,379	,276
Menopoz Süresi										
6 yıl ve altı (n:73)	14,60± 5,52	15,94± 6,43	10,54± 5,64	4,17± 2,07	11,50± 4,06	3,64± 2,56	13,64± 4,09	7,53± 3,03	16,21±4,54	17,76± 3,90
6 yıl üzeri (n:61)	11,78± 5,01	14,75± 5,98	8,72± 4,27	4,91± 2,38	12,13± 4,78	4,63± 2,24	11,29± 4,36	6,83± 3,16	16,06±4,29	16,50± 4,57
Test Değeri (t)	3,063	-1,102	2,079	-1,923	-,816	-2,369	-1,843	1,300	,200	1,822
p Değeri	,003	,273	,040	,057	,416	,019	,068	,196	,842	,071
Menopozal Yakınmaya Yönelik Tamamlayıcı Tedavi Yöntemi Kullanma Durumu										
Var (n:15)	11,66± 6,88	16,73± 6,93	9,46± 5,54	4,57± 2,26	12,40± 4,40	5,86± 2,38	14,60± 4,68	7,66± 3,53	15,13±3,97	18,40± 3,75
Yok (n:119)	13,52± 5,25	15,23± 6,15	9,74± 5,09	4,00± 2,07	11,71± 4,41	3,87± 2,39	12,83± 4,47	7,15± 3,05	16,27±4,47	17,04± 4,03
Test Değeri (t)	1,247	-,876	,199	,944	-,567	-3,041	-1,523	-,595	,944	-1,236
p Değeri	,215	,383	,842	,347	,572	,000	,130	,553	,347	,219

t: Student't-test.

Çalışmaya katılan kadınların menopoza yaşı, menopoza şekli, menopoza süresi, menopozal yakınmalara yönelik tamamlayıcı yöntem kullanma durumu Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; menopoza giriş şekline göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 10).

Kadınların menopoza yaşına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutlarından somatik yakınma puan ortalamaları dışında diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 10). Kırkbeş yaş ve altında menopoza giren kadınların Menopozal Yakınma Ölçeğinin somatik alt boyutundan 45 yaş üstü olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptandı ($p<0,05$, Tablo 10).

Katılımcıların menopoza süresine göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm alt boyutu dışında, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutlarından ürogenital boyut puan ortalamaları dışında diğer alt boyutlar ve Utian Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$, Tablo 10). Altı yıl ve altında menopoza olan kadınların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından dışa dönük olma boyutundan altı yıl üzerinde olanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları saptandı. Diğer yandan altı yıl üzerinden menopoza olan kadınların menopozal yakınma ölçeğinin ürogenital alt boyutundan altı yıl ve altında olanlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 10).

Tablo 4.11. Katılımcıların Cervantes kişilik ölçeği alt boyutları, menopozal yakınma ölçeği alt boyutları ve utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Ölçekler Cervantes Kişilik Ölçeği Alt Boyutları	Ölçeklerden Alınabilecek En Düşük En Yüksek Puanlar	Ortalama	+SD
Dışa/İçe Dönük Olma	0-35	13,32	± 5,46
Duygusal Denge/Nörotizm	0-35	15,40	± 6,23
Tutarlı/Tutarsız Olma	0-30	9,71	± 5,12
Menopozal Yakınma Ölçeği Alt Boyutları			
Somatik	0-8	4,51	± 2,24
Psikolojik	0-24	11,79	± 4,40
Ürogenital	0-12	4,09	± 2,46
Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları			
Emosyonel Alan	6-30	13,02	± 4,25
Cinsel Alan	3-15	7,21	± 3,10
Meslek/İş Alanı	7-35	16,14	± 4,41
Sağlık Alanı	7-35	17,19	± 4,01

Kadınların menopozal yakınmalarına yönelik tamamlayıcı yöntem kullanma durumlarına göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutlarından ürogenital yakınma puan ortalamaları dışında diğer ölçek ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo). Menopozal yakınmalara yönelik tamamlayıcı yöntem kullananların Menopozal Yakınma Ölçeğinin ürogenital boyutundan tamamlayıcı yöntem kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları belirlendi ($p<0,05$, Tablo 11).

Katılımcıların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyut puan ortalamaları, menopozal yakınma ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve Utian yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları Tablo-12 verilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların menopoza yakınma ölçeği ile kişilik ölçeği alt boyutları ve utian yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki ilişki

		Somatik Alan		Psikolojik Alan		Ürogenital Alan*	
		r	p	r	p	r	p
Cervantes Kişilik Ölçeği	Dışa/içe Dönük	-,026	,761	-,068	,433	,028	,749
	Duygusal Denge/ Nörotizm	-,122	,162	,192	,026	,037	,669
	Tutarlı/Tutarsız Olma	-,099	,253	,158	,068	,014	,872
Utian Yaşam Kalitesi	Emasyonal Alan	-,322	,000	,172	,047	,107	,217
	Cinsel Alan*	-,139	,108	,258	,003	,178	,039
	Meslek/İş Alanı	-,126	,148	-,172	,047	,001	,987
	Sağlık Alanı	-,202	,019	,091	,297	,113	,195

*Evli olanlar dahil edilmiştir, r: Pearson korelasyon analizi.

Katılımcıların menopoza yakınma ölçeğinin somatik alanıyla kişilik ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kadınların menopoza yakınma ölçeği psikolojik alan alt boyutu ile kişilik ölçeği duygusal denge/nörotizm alt boyutu dışında diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Menopoza yakınma ölçeği psikolojik alt boyut puanı ile kişilik ölçeği duygusal denge/nörotizm boyutu arasında ($r:0,192$, $p<0,05$) zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Kadınların psikolojik yakınmaları arttıkça nörotik kişilik özellikleri gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 12).

Katılımcıların menopoza yakınma ölçeği alt boyutları ile utian yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; menopoza yakınma ölçeği somatik alan puanı ile utian yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel alan ($r:-0,322$, $p<0,05$) ve sağlık alanı ($r:-0,202$, $p<0,05$) puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Kadınların menopoza yakınma ölçeğinin somatik alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin cinsel alan ve meslek/iş alanı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 12).

Kadınların menopoza yakınma ölçeği psikolojik alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel ($r:0,172$, $p<0,05$) ve cinsel alan alt ($r:0,258$, $p<0,05$) boyutları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde, meslek/iş alt boyutu ile de ($r:-0,172$, $p<0,05$) zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 12). Katılımcıların menopoza yakınma ölçeği psikolojik alan alt boyutu ile utian yaşam kalitesi ölçeği sağlık alanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Kişilik ölçeği duygusal denge/nörotizm alt

boyutu puanı ile Utian Yaşam Kalitesinin meslek/iş alanı dışında, emosyonel alan ($r:0,170$, $p<0,05$), cinsel alan ($r:0,229$, $p<0,05$) ve sağlık alanları ($r:0,290$, $p<0,05$) arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 12). Kadınların menopozal yakınma ölçeği ürogenital alan alt boyutu ile yaşam kalitesi cinsel alanı ($r:0,178$, $p<0,05$), arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 4.13. Katılımcıların kişilik ölçeği alt boyutları ile utian yaşam kalitesi alt boyut puanları arasındaki ilişki

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Cervantes Kişilik Ölçeği Alt Boyutları					
	Dışa/İçe Dönük		Duygusal Denge/Nörotizm		Tutarlı/Tutarsız Olma	
	r	p	r	p	r	p
Emasyonel Alan	,069	,430	,170	,050	,228	,008
Cinsel Alan*	,178	,040	,229	,008	,139	,110
Meslek/İş Alanı	,202	,019	-,132	,128	,137	,116
Sağlık Alanı	,068	,437	,290	,001	,115	,184

*Evli olanlar dahil edilmiştir, r: Pearson korelasyon analizi.

Katılımcıların kişilik ölçeğinin dışa/içe dönük alt boyutu ile Utian Yaşam Kalitesi alt boyutlarından cinsel alan ve meslek/iş alanı dışında diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak kişilik ölçeğinin dışa/içe dönük olma alt boyutu ile Utian Yaşam Kalitesi cinsel alan ($r:0,178$, $p<0,05$) ve meslek/iş alanı ($r:0,202$, $p<0,05$) puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Kadınların içe dönük olma kişilik özellikleri arttıkça cinsel ve meslek/iş alanı puanları artmaktadır (Tablo 13).

Çalışmada kadınların kişilik ölçeği duygusal denge/nörotizm alt boyutu puanı ile Utian Yaşam Kalitesinin meslek/iş alanı dışında, emosyonel alan ($r:0,170$, $p<0,05$), cinsel alan ($r:0,229$, $p<0,05$) ve sağlık alanları ($r:0,290$, $p<0,05$) arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Kadınların nörotizm puanları arttıkça yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel, cinsel ve sağlık alanı puanları artmaktadır (Tablo 13).

4. TARTIŞMA

Menopozal dönemdeki kadınların yaşadığı yakınmalar, kadınların kişilik özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmada Tanıtıcı Bilgi Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Cervantes Kişilik Ölçeği ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak veriler elde edilmiştir. Araştırmanın bu kısmında çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür bilgileriyle tartışılmıştır.

4.1. MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK, GENEL SAĞLIK DURUMLARI VE OBSTETRİK-JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma kapsamında menopozal dönemdeki kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik-jinekolojik özellikleri ve genel sağlık durumları incelenmiştir. Kadınlar, menopozu farklı özellikleri doğrultusunda yaşayabilir. Erkin ve ark. (2014) tarafından belirtildiği gibi kadınların menopozal yakınmalarını daha iyi anlayabilmek için katılımcıların özelliklerini anlamak oldukça önemlidir (4). Bu çalışmada kadınların bireysel özelliklerinden yaşları incelendiğinde; $52,27 \pm 5,84$ (min:45, max:55) olduğu ve yarıdan fazlasının (%54,5) 52 yaş ve üzerinde olduğu tespit edildi. Literatür bilgisini ve çalışma sonucunu destekler bir şekilde Avcı (2013) tarafından yapılan araştırmada kadınların yaş ortalaması $51,81 \pm 7,4$, Alpaslan (2018) tarafından yapılan çalışmada $54,03 \pm 6,10$, AvinAlva ve Chethan (2016) tarafından Hindistan'da yapılan çalışmada $48,4 \pm 5,7$ ve Dunneram ve ark. (2019) tarafından İngiltere'de yapılan çalışmada ise katılımcıların ortalama yaşı $53 \pm 3,02$ olarak hesaplanmıştır (5,61,63).

Menopoz dönemi kadın hayatında en önemli dönemlerdendir. Menopoz yaşı birçok bireysel veya çevresel özelliklere göre kadınlar arasında farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda menopoza giriş yaş ortalaması dünya genelinde birbirine yakın yaş aralıklarında olduğu ve İtalya'da 50,9, İran'da 49,6, Yunanistan'da 48,7, İngiltere'de 50,5, Kore'de 49,5 Hindistan'da 45 ve Meksika'da 48 olduğu belirlenmiştir (5,44,62,66).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde, ortalama menopoza yaşı 51 civarı olarak bildirilmiştir (67). Dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda ise menopoza yaşı 46-52 yaş aralığı olarak belirtilmiştir (64,65). Türkiye’de ise menopoza giriş 47-49 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (3). Tozlu (2019) tarafından yapılan çalışmada bu yaş $47,9 \pm 4$ olarak hesaplanmıştır (68). Bu çalışmada menopoza giriş yaşının $45,70 \pm 5,28$ (min:29-max:55) olduğu, yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumluluk göstermekle birlikte kadınların Türkiye’de yapılan çalışmalardan daha erken yaşta menopoza girdikleri belirlenmiştir. Bunun örneklem seçimi ile ilgili bir farklılıktan ya da çalışmaya katılan menopozal dönemdeki kadınların farklı yaşam tarzları, sürekli sağlık sorunları gibi durumlarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Menopoz dönemi orta yaş dönemindeki kadınları etkilemektedir. Dolayısıyla bu dönemdeki birçok kadın evlilik deneyimi bulunmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %66’sı evlidir (12). Avcı’nın menopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada evli olanların oranı %85 iken, Elsan’ın yaptığı çalışmada %72’si evlidir (5,6). Bu araştırmaya katılan kadınların büyük bir çoğunluğunun (%97,8) ortalama $29,39 \pm 8,42$ yıldır evli ve çekirdek aileye sahip olduğu (%81,3) belirlenmiştir. Çalışma sonucu Avcı ve Elsan’nın çalışma sonuçlarıyla benzerdir (5,6). Kadınların büyük bir bölümünün çekirdek aileleriyle uzun süre evliliklerini sürdürüyor olmaları menopozal döneme ilişkin tutumlarını etkileyebileceği beklenmektedir.

Kadının çalışması, gelir düzeyi, statüsü, sosyokültürel gelişmişliği, birçok olayı algılaması, olumlu bakış açısı geliştirmesi ve sağlık arama davranışı göstermesi yönünden önemlidir. Elsan’nın yaptığı çalışmada kadınların alt gelir düzeyine sahip olduğu, Kharbouch ve Şahin’in çalışmasında kadınların %58,4’ünün, Uludağ ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların %49,1’inin orta düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (6,24,69). Gold’un yapmış olduğu çalışmada, kadınların menopozal yakınmalarını şiddetlendiren en önemli faktörlerden birinin düşük ekonomik düzey olduğu bildirilmiştir (64). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye’de kırsal alanda yaşayan kadınların düşük gelir düzeyine sahipken kentsel alanda yaşayanların orta ve yüksek gelir düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (12). Bu çalışmada kadınların çok az bir kısmının çalıştığı,

%36,6'sının düşük gelir düzeyine, yarısından fazlasının (%59,7) orta gelir düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışma bulunduğu bölge itibariyle farklı sosyoekonomik düzeye sahip nüfusa hizmet veren bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Dolayısıyla araştırma sonucu yapılan çalışmaların sonuçları ve TNSA 2018 verileri ile de benzerlik göstermektedir (12).

TNSA 2018 verilerine göre sosyal güvencesi olan kadınların oranı %61'dir (12). Yine aynı rapora göre çalışan kadınların oranı %28'dir (12). Bu çalışmada kadınların %19,4'ünün çalıştığı, %76,1'inin ev hanımı, %4,5'inin emekli, %19,4'ünün işçi ve %79,9'unun bir sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır. Avcı (2013) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ev hanımı olan kadınların oranı %69,2 olarak tespit edilmiştir (5). Aynı şekilde Yurdakul ve arkadaşları (2007) tarafından çalışmada ise ev hanımı olan katılımcıların oranı %59,1 olarak bulunmuştur (70). Çalışmada ev hanımı olanların oranının fazla, çalışan kadınların oranının az ancak sosyal güvenceye sahip olanların oranının yüksek olduğu gözlenmiştir. Araştırma sonucu Avcı, Yurdakul ve ark. ile TNSA 2018 verileriyle uyumludur (12,70).

Günümüzde dünya ülkelerinin gelişmişlik düzeyi, o toplumlardaki kadınların eğitim düzeyi ile ölçülmektedir. Yapılan çalışmalarda eğitim durumunun kadın sağlığını etkileyen önemli faktörler arasında olduğu ifade edilmiştir (6,8). Kadının eğitim durumu arttıkça istihdam imkânı, gelir düzeyinin artacağı, kadının daha çok sosyalleşeceği, özgüveninin artacağı ve fiziksel sağlığın yanında ruhsal ve sosyal sağlığının da iyi yönde etkileneceği belirtilmiştir (6,8). Avcı'nın (2013) menopozal dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmalarında kadınların %59,2'sinin, TNSA 2018 verilerine göre ise 44-49 yaş aralığındaki kadınların %52,3'ünün, tüm yaş gruplarındaki kadınların %33,5'inin beş yıl ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (5,12). Bu çalışmada kadınların %73,9'unun beş yıl ve altında eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Araştırma sonucu yapılan çalışma sonuçlarından ve TNSA 2018 verilerinden yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum araştırma yapılan kurumun bulunduğu bölgedeki kadın nüfusun farklı sosyodemografik özelliklere sahip olmasıyla açıklanabilmektedir. Ayrıca son 20-30

yıldır Türkiye’de kadınların eğitim düzeyinin arttığı görülse de toplumsal düzeydeki eşitsizliğin kadın eğitiminde hala istenilen düzeye ulaşmayı engellediği gözlenmiştir.

İlçioğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre kadın sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biri doğurganlıktır ve bu kontrol edilmediğinde istenmeyen gebelikler, adölesan gebelikler, düşükler, kısa zaman aralığında üst üste gelen doğumlar görülebilmektedir (8). TNSA 2018 raporuna göre Türkiye’de ortalama doğurganlık oranı 2,3’tür (12). Fışkın ve arkadaşları (2017) menopozal dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmalarında ortalama çocuk sayısı $2,58 \pm 1,37$, Avcı’nın (2013) yaptığı çalışmada ise ortalama gebelik sayısı $4,18 \pm 2,754$ olduğu saptanmıştır (5,71). Elsan’nın (2018) ve Yurdakul ve ark. (2007) yaptıkları çalışmalarda ise kadınların yarısından fazlasının gebelik (%69,8) ve doğum deneyimledikleri (%80,7) bildirilmiştir (6,70). Çalışma sonuçlarına benzer bir şekilde bu çalışma da kadınların gebelik ortalaması $2,76 \pm 1,46$, doğum ortalaması $2,29 \pm 1,40$ olduğu ve yarısından fazlasının gebelik (%86,6) yaşadığı ve doğum (%81,4) yaptığı belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda menopozal dönemde meydana gelen fizyolojik, psikolojik, anatomik değişiklikler ile menopoza yönelik algının kadın cinsel yaşamını ve cinsel memnuniyetini etkilediği bildirilmiştir (71,72). Menopozu bir “tıbbi durum”, “hastalık” ya da “üremenin sonlanması” olarak olumsuz algılayan kadınların cinsel yaşamdan memnuniyetlerinin olumsuz etkilendiği belirtilirken, özgürlük veya üreme döneminin sonunda kendini gerçekleştirmiş olarak algıyan kadınların menopoza yönelik algılarının ve cinsel memnuniyetinin arttığı belirtilmiştir (72,73). Zhang ve ark. (2017), Cabral ve ark. (2013), Kömürcü ve İşbilen (2011) menopozal dönemde bulunan kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların yarısından fazlasında cinsel işlev bozukluğunun arttığını ve cinsel yaşamdan memnuniyetin azaldığını belirtmişlerdir (35,74,75). Bu çalışmada kadınların menopozu olumlu algılayarak çok büyük bir kısmının (%84,3) cinsel yaşamlarından memnun olduklarını belirttikleri gözlenmiştir.

Diğer yandan kadınların menopoz döneminde yaşanan değişikliklerin etkisiyle eş, aile ve arkadaş ilişkileri bozulabilmekte, fiziksel sorunların yanında sinirlilik,

huzursuzluk, depresyon gibi ruhsal sorunları da şiddetlenmektedir. Hem sosyal çevre ile ilgili yaşanan sorunlar ve bu döneme ilişkin kayıplar hem de menopoza bağlı ortaya çıkan tüm değişimler, kadının menopoz dönemine uyumunu zorlaştırmaktadır (76). Menopozal dönemde anksiyete düzeyinin ve depresif belirtilerin arttığı ancak bu döneme özgü psikiyatrik bir morbiditeden söz edilemeyeceği belirtilmektedir (77). Literatür bilgisini destekler biçimde bu çalışmada kadınların %4,5'i depresyon, %3,7'si panik atak, %0,7'si bipolar bozukluğunun olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte menopozal dönemde algılanan sosyal desteğin iyi olması ruhsal sorunların ortaya çıkmasını engellediği veya azalttığı, sosyal desteğin yetersizliği durumunda depresif belirtilerin ve anksiyete düzeyinin arttığı ileri sürülmektedir (77). Bu çalışmada kadınları çoğunluğu (%88,8) yaşamlarında etkileyici bir olay yaşadığını bunlardan en çok (%59,7) aileden birini kaybettiğini, ancak büyük bir bölümü (%79,9) çevrelerinden destek aldığını, aile ve arkadaşlarının (%82,8) duygularına önem verdiğini bildirmiştir. Çalışmada algılanan sosyal desteğin yüksek olması menopozal dönemdeki kadınlarda daha az ruhsal sorunların görülmesine olumlu katkı sağladığını düşündürmektedir.

Tüm dünyada yaşam süresinin uzamasıyla birlikte ileri yaşlarda ortaya çıkan kronik hastalıklar önem kazanmaya başlamıştır. Kadın yaşamının üçte birinden fazlasını kapsayan menopozal dönemde yaş ilerledikçe kadın sağlığını tehdit eden kardiyovasküler hastalıklar, kas iskelet sistemi, endokrin sistem hastalıkları gibi pek çok kronik sağlık sorunları yaşanabilmektedir (67). Koçak ve ark. (2017) menopozal dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada %72,3'ünde bir kronik hastalık saptamazken Erbaş ve Demirel (2017) %58,2'sinde kronik hastalık olduğunu bildirmiştir (72,76). Bu çalışmada menopozal dönemdeki kadınların genel sağlık durumları değerlendirildiğinde Koçak ve ark. (2017) çalışmasına benzer bir şekilde büyük bir bölümünün kronik bir hastalığının olmadığı (%87,3), kronik hastalığı olanların %3,7'sinin astım, %2,2'sinin hipertansiyon, %3'ünün diyabet, %3'ünün tiroit ve %0,7'sinin kalp hastası olduğu belirlenmiştir (76).

Yapılan çalışmalarda egzersizin kardiyovasküler sistem hastalıklarını ve osteoporoz riskini azalttığı ve vazomotor belirtilerin giderilmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (78). Aynı zamanda yapılan egzersizin kadını mental olarak daha

huzurlu ve mutlu hissettirdiği sonucuna ulaşılmıştır (44). Williams ve ark. Amerika’da yaptıkları çalışmada, egzersiz yapma durumu ile özellikle menopoza ortaya çıkan somatik ve psikolojik yakınmaların azaldığını bildirmişlerdir (79). Yapılan ulusal düzeydeki çalışmalarda ise kadınların menopozal yakınmalarla baş etmede maneviyata daha çok yöneldikleri spor ve egzersiz yapanların oranının daha az olduğu gözlenmiştir (70,71,80). Nitekim Aydın (2011) tarafından İzmir ilinde yaptıkları çalışmada menopozal dönemdeki kadınların %32,8’inin, Yurdakul ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada ise %12’sinin egzersiz yaptığı belirlenmiştir (70,80). Literatür bilgisi ve yapılan çalışmalara benzer bir şekilde bu çalışmada da kadınların çok az bir kısmının (%9) egzersiz yaptığı saptanmıştır. Bunun aynı zamanda kalabalıklaşan ve betonlaşan şehirlerde egzersiz yapılabilecek alanların sınırlı olması gibi kentsel ve günlük yaşamın içerisinde egzersizin yeterli düzeyde oluşturulamaması gibi sosyal faktörlerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Diğer yandan çalışmalarda sigara içmenin over fonksiyonları ve kadın sağlığı üzerine olumsuz etkilerinden bahsedilmektedir (5,6,47,81). Menopoz dönemindeki kadınların sigara içme alışkanlıkları ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlarda elde edilmiştir. Koç ve Sağlam’ın (2008) çalışmasında menopozal dönemdeki kadınların %16,6’sının, İnceboz ve ark. (2010) çalışmasında %19,4’nün, Avcı’nın çalışmasında %25’inin ve Elsan’nın çalışmasında ise %38,2’sinin sigara içtiği belirlenmiştir (5,6,47,81). Bu çalışmada ise yapılan çalışmaların sonuçlarına benzer bir şekilde kadınların %21,6’sının sigara içtiği, sigara içenlerin günlük $3,90 \pm 4,85$ (min:1-max:20) adet sigara içtiği ve ortalama $16,21 \pm 6,20$ (min:6-max:30) yıldır sigara kullandıklarını belirtmişlerdir.

Bunlarla birlikte menopozal dönemdeki kadınlar yaşanan değişim ve olumsuzluklara karşı farklı baş etme yöntemlerine başvurabilmektedir. Ergin’in (2016) çalışmasında kadınların bir kısmı menopoza özgü yaşanan belirtileri sorun olarak algılayıp tedavi arayışında bulunurken, bir kısmı da belirtileri problem olarak görmediği bildirilmiştir (3). Fışkın ve ark. (2017) menopozal dönemdeki kadınlarla yaptıkları nitel çalışmalarında çoğunluğun menopozal sorunların çözümü konusunda profesyonel bir destek almadığı ve bitkisel yöntemler, spor yapma, maneviyata yönelme gibi kişisel

yöntemlerle sorunlarını çözmeye çalıştıkları belirlenmiştir (71). Gün ve Demirci ise menopozlu kadınlarda tamamlayıcı alternatif yöntemlerin (TAT) kullanımının %22-83 arasında olduğunu bildirmişlerdir (82). Bu çalışma yapılan çalışmaları destekler biçimde kadınların büyük bir bölümünün (%94,8) doğal yolla menopoza girdiği ve %11,2'sinin menopozal dönem yakınmalarına yönelik tamamlayıcı bir yöntem kullandığı, en çokta egzersiz yöntemini (%8,2) tercih ettikleri belirlenmiştir.

4.2. MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK, GENEL SAĞLIK DURUMLARI VE OBSTETRİK-JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİNE BAĞLI OLARAK CERVANTES KİŞİLİK ÖLÇEĞİ, MENOPOZAL YAKINMA ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARI VE UTİAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Menopoz kendine özgü fiziksel, psikik, hormonal değişiklikleri içeren bir dönemdir. Bu değişikliklerle birlikte kadın menopozal döneme ilişkin yakınmalar yaşayabilmekte, yaşam kalitesi etkilenebilmektedir. Kadının kişilik özellikleri, statüsü, sosyokültürel gelişmişliği, olayları algılaması ve olumlu tutum geliştirmesi gibi pek çok faktör döneme ilişkin yakınmalarla baş etmede ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir (4). Yapılan çalışmalarda menopozal dönemde yaşın artmasıyla beraber fiziksel ve cinsel alanlarda yaşam kalitesinde düşmeler olduğu bildirilmiştir (83,84). Yurdakul ve ark. tarafından yapılan çalışmada menopozal dönemdeki kadınların yaşı arttıkça SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutunda azalma ağrı alt boyutunda ise artma olduğu gözlenmiştir (70). Avcı (2013) tarafından yapılan çalışmada ise yaş değişkeni ile vazomotor ve cinsel alan arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş ve vazomotor için 45-59 yaş grubu en yüksek ortalamaya sahipken, cinsel alan için yaş arttıkça menopozal yakınmalarının azaldığı görülmüştür (5). Poomalar ve Arounassalame (2013) tarafından yapılan çalışmada ise artan yaşla birlikte kadınlarda fiziksel sorunların arttığı saptanmıştır (85). Alpaslan (2018) tarafından Ordu ilinde menopozal dönemde olan kadınlarla yapılan çalışmada yaşın artması ile menopozal yakınmalarının arttığı bildirilmiştir (61). Mevcut çalışma kapsamında menopozal dönemdeki kadınların yaş değişkenine göre yaşam

kaliteleri ve menopoza yakınmaları değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışma sonucuna benzer bir şekilde Erkin ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada da yaşam kaliteleri ve menopoza yakınmaları değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (4). Yine Taşkiran tarafından yakın zamanda yapılan çalışma da yaş değişkeni ile yaşam kalitesinin herhangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (86). Bu çalışmaların aksine Tunç'un yaptığı çalışmada ise 60 yaş ve üzerinde menopoza dönemde olan kadınlarda somatik ve ürogenital yakınmalarının anlamlı derecede fazla görüldüğü belirtilmiştir (87). Bu farklılıkların çalışmanın yapıldığı örneklem grubunun özelliklerinin değişkenlik göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye'de bir kadının ortalama 26 yıl perimenopoz dönemi yaşadığı ileri sürülmektedir (4). Bu süreç doğal bir süreç olmasına rağmen kadınlar yaşanan yakınmalar sebebi ile menopozu karmaşık bir dönem olarak algılayabilmektedir (1,4,5). Kadınların bu dönemi algılamaları, menopoz yakınmaları, yaşanan ilgili problemlerle baş etme yollarını belirlemeleri ve bu yaşananların kadınların yaşam kalitesine etkisi kadınların sosyodemografik, genel sağlık durumları ve obstetrik-jinekolojik özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir (3,4). Bu çalışmada Cervantes Kişilik ölçeğine göre 52 yaş ve altında olan menopoza dönemdeki kadınların daha içe dönük oldukları belirlenmiştir. Bunun menopozda geçirilen süreyle de ilişkili olarak yaşadıkları yakınmaların şiddeti ve stresle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Eğitim kadınların yaşadığı sorunlarla baş etmede en önemli faktörlerden biridir. Bununla birlikte kadınların eğitim düzeyi arttıkça sağlık okur yazarlığı ve sağlık hizmetlerine erişim artmakta dolayısıyla yaşam kalitesi yükselmektedir (88). Bu çalışmada kadınların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi seviyeleri arasında fark saptanmamıştır. Aynı şekilde Taşkiran (2019) tarafından yapılan çalışmada da kadınların eğitim süreleri ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (86). Avcı (2013) ve Sert (2009) tarafından menopoza dönemdeki kadınlarla yapılan çalışmalarda Utian Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin cinsel alt boyutu dışında diğer alanlarda anlamlı bir fark saptanmamıştır (5,84). Daha önce

yapılmış bazı çalışmalarda menopozal dönemde olan kadının eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin cinsel alanın yükseldiği ancak diğer alt boyut için azalmalar olduğu ifade edilmiştir (22,61,69,89,90). Ancak Abay ve Kaplan tarafından yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (91). Menopozal dönemle ilgili yapılan diğer çalışmalarda da yine kadının eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (44,67,70,92-96). Bazı araştırmalarda ise yüksek eğitim düzeyine sahip kadınların düşük eğitilmiş kadınlara göre daha az fiziksel ağrı yaşadıkları ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (97,98). Eğitim seviyesine göre kadınların farklı yaşam kalitesine sahip olmaları eğitimin bireyin yaşam yapısına etki ettiği anlaşılmaktadır.

Ayrıca bu çalışmada beş yıl üzerinde eğitim alanların Menopozal Yakınma Ölçeğinin somatik boyutundan beş yıl ve altında eğitim alanlara göre daha yüksek yakınmaların olduğu saptandı. Tunç tarafından yapılan çalışmada ise okuryazar olmayan kadınlarda okuryazar olanlara göre somatik şikâyetlerin, ortaokul ve üzeri öğrenimi olanlara göre de ürogenital şikâyetlerin anlamlı derecede daha fazla görüldüğü ve eğitim düzeyi yükseldikçe menopoz yakınmalarının azaldığı belirlenmiştir (87). Gökgez'ün (2014) menopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada eğitim düzeyine göre menopozal yakınmalar açısından fark olmadığı saptanmıştır (83). Kadınların eğitim durumları ile menopozal yakınmaları arasında daha önce yapılmış ve mevcut çalışmalar arasında farklı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu farklı sonuçların, kadınların eğitim durumları ile ilişkili olabileceği gibi bireysel, çevresel, kültürel başka diğer etkenlerin oluşmasıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Öte taraftan bu çalışmada beş yıl ve altında eğitim alanların beş yıl üzerinde eğitim alanlara göre Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutunun daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Bir başka ifade beş yıl ve altında eğitim alanların beş yıl üzerinde eğitim alanlara göre kadınlar daha dışa dönük ve duygusal açıdan daha dengesiz kişilik özelliği sergilemişlerdir. Ancak bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kadınların çalışma durumlarının menopozal dönemde yaşayacakları yakınmalar ve yaşam kalitesi durumları üzerinde etki edip etmediği günümüzde büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda katılımcıların çalışma durumlarına göre kullanılan üç ölçeğin alt boyutları için anlamlı fark oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir. Yapılan çalışmalarda çalışmayan kadınların somatik ve psikolojik alan menopozal yakınmalarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (44,98,99). Tunç (2014) tarafından yapılan bir çalışmada memur olarak çalışan kadınların somatik ve psikolojik şikâyetleri, ev hanımlarının ise ürogenital şikâyetleri ve genel menopozal yakınmalarının şiddetli olduğu belirlenmiştir (87). Diğer yandan Tümer ve Kartal (2018) ile Tortumoğlu ve Erci'nin (2003) çalışmalarında çalışan kadınların menopozal yakınmalarının çalışmayanlara göre daha hafif olduğu bulunmuştur (100,101). Bu çalışmada Tunç'un çalışmasına benzer bir şekilde çalışan kadınların psikolojik yakınmalarının daha fazla olduğu saptanmıştır (87). Mevcut araştırma sonuçlarına göre ev dışında çalışan kadınlarda farklı sosyal ortamlarda bulunma imkânları, ekonomik açıdan bağımsız olmaları ve sağlık kuruluşlarına daha fazla ulaşma ihtimallerinden dolayı menopozal yakınma şiddeti azalmaktadır. Bir başka çalışmada ise kadınların sürekli bir uğraşı içerisinde olmaları menopoz yakınmalardan daha az etkilenmelerine neden olduğu belirtilmiştir (102). Ayrıca kadınların iş ortamlarında benzer durumlardan ve tecrübelerden ders çıkarma ve bilgi paylaşımı gibi informal öğrenmeler sayesinde sorunların üstesinden gelme becerilerini elde edebildikleri düşünülmektedir.

Erkin ve arkadaşlarının (2014) menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmalarında memur olanların; ev hanımı, işçi, serbest meslekte çalışan ve emekli olmuş kadınlara göre yaşam kalitesi daha yüksek olduğunu bulmuştur (4). Benzer bir şekilde Ceylan'nın (2010) yaptığı çalışmada damenopozal dönemde olup çalışmayanlar (ev hanımı ve emekli) kadınların çalışanlara göre fiziksel ve psikososyal alanlardamenopoza özgü yaşam kalitesi daha düşük olduğu bildirilmiştir (22). Yapılan diğer çalışmalarda ise çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre fiziksel alan alt boyutumenopoza özgü yaşam kalitesi daha düşük olduğu saptanmıştır (90,103). Çalışan kadınların ekonomik özgürlük ve sosyal ortam etkenlerinden dolayı hayatın farklı

alanlarını keşfetme olanakları bulunmaktadır. Bu olanaklar sayesinde kadınların yaşamlarını daha yukarı seviyelere çıkarma ortamları oluşmaktadır. Bu olanaklar kadınların yaşam kalitesine doğrudan etki etmekte olduğu mevcut araştırmada ve daha önce yapılan araştırmalarda da ortaya konulmuştur (83,86). Menopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptomların yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen Avcı (2013) ve Bozkurt'un (2004) menopozal dönemdeki kadınların kişilik özelliklerine yönelik yaptıkları araştırmalarında çalışan kadınların daha dışa dönük ve duygusal açıdan daha dengeli kişilik özelliği sergiledikleri belirlenmiştir (5,45). Bu çalışmada ise Cervantes Kişilik Özelliği ölçeği Duygusal Denge/Nörotizm alt boyutu için çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve Avcı'nın çalışmasına paralel olarak çalışmayan kadınların daha dengesiz kişilik özelliği gösterdikleri tespit edilmiştir (5). Ayrıca ev dışında çalışan kadınların sosyal ortam tecrübelerinden yararlanma ve yaptıkları işler ile meşgul olmaları nedeniyle menopozal dönemde kendilerinde meydana gelen değişikliklerle baş etmede daha başarılı oldukları görülmektedir. İstihdam edilen kadınlar, ev dışında kendini gerçekleştirme konusunda daha fazla fırsata sahip oldukları görünmekte ve böylece daha hafif menopozal yakınmalar rapor etmektedir (101). Ayrıca bu kadınların menopoz döneminde karşılaşılabilecekleri sıkıntılar karşısında daha doğru savunma mekanizmasına sahip oldukları anlaşılmıştır (44). Kadınların kendi sosyal alanlarında akranları ile semptomlara yönelik paylaşımları ve kendi aralarında oluşturdukları sosyal destekle bu semptomları daha kolay aştıkları düşünülmektedir (86,104,105).

Sosyoekonomik statünün yaşam kalitesi için önemli olduğu bilinmektedir (98). Erkinve Ark.'nın (2014) yaptığı çalışmaya benzer bir şekilde bu çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların Utian menopoza özgü yaşam kalitesinin emosyonel alt boyutundan yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir (4). Diğer yandan çalışmada kadınların gelir düzeylerine göre Cervantes Kişilik Ölçeği ve Menopozal Yakınma Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Aile tipi katılımcıların sosyolojik ve psikolojik durumlarını değiştirebilecek bir etkidir. Türk aile tipinin 'eşe yakın olma' sosyolojik yapısının menopoz dönem

yakınmaları ile baş etmede önemli bir etken olduğu daha önceki çalışmalarda belirtilmiştir (94,106). Kıroğlu (2005) tarafından yapılan araştırmada aile tipine göre çekirdek aile yapısında olanların, diğer aile tiplerinde olanlara göre menopoza şikâyetlerinin daha az olduğu ortaya konmuştur (107). Bu çalışmada katılımcıların menopoza yakınmaları aile tipine göre farklılık göstermemektedir. Gümüşay ve Erbil'in (2019) yaptığı çalışma sonucunda ise aile tipine göre menopoza özgü yaşam kalitesi durumları arasında fark saptanmamıştır (108). Yaşam kalitesi olarak incelendiğinde bu araştırmaya katılan kadınların da bulundukları aile tipine göre farklılık göstermediği anlaşılmıştır.

Daha önce menopoza dönemde olan kadınlarla yapılan çalışmalara göre; kadınların psikosomatik yakınmaları medeni durum değişkenine göre ele alınmış, evli olanların, bekar/eşi ölmüş ya da eşinden ayrı olanlara göre daha fazla psikosomatik yakınmada bulunduğu saptanmıştır (86,109,110). Bundan başka Brzyski ve Arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada da evli kadınların evli olmayan kadınlara kıyasla vazomotor semptomlardan daha fazla yakındıkları belirtilmiştir (93). Bu çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğu (%97,6) evlidir. Bu nedenle kadınların medeni durumlarına göre kişilik özellikleri, menopoza döneme ilişkin yakınma ve yaşam kalitesi incelenmemiştir. Ancak kadınlar evlilik süresine göre incelendiğinde; evlilik süresi 29 yıl ve altında olanların somatik yakınmalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Uskaner (2017) tarafından yapılan tez çalışmasında ise somatik yakınmalar için evlilik süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (111). Çalışma sonucuna benzer şekilde Sis Çelik ve Pasinlioğlu tarafından yapılan çalışmada evlilik süresi 29 yıl ve altına olanların menopoza yakınmaları evlilik süresi 29 yıl üstünde olanlara göre daha az çıkmıştır (112). Bu çalışmada diğer alt boyutlar için evlilik süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Gebelik öyküsü ve doğum deneyimleme durumlarına göre kadınların menopoza dönemlerine ilişkin çalışmalar farklı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Taşkiran (2019) tarafından yapılan çalışmada gebelik sayısı arttığında menopoza semptomların şiddetinde arttığı ancak yaşam kalitesinde bir değişiklik olmadığı sonucuna varılmıştır (86). Aynı şekilde Makara Pişkin (2019) tarafından yapılan çalışmada kadınların gebelik,

doğum, düşük-kürtaj durumuna göre menopoza özgü yaşam kalitesi puanları arasında farklılık gözlenmediği tespit edilmiştir (113). Bu sonuca benzer bir şekilde Kalarhousi ve ark. (2011) doğum sayısının da menopoz yakınmaları ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı sonucuna varmıştır (114). Ancak bir başka çalışmada gebelik öyküsü bulunan kadınların, bulunmayanlara kıyasla menopoza ilişkin yakınmalarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (115). İsrail’de yapılan başka bir çalışmada ise, çok sayıda doğum yapmış olmak daha hafif klimakterik semptomlarla, özellikle daha iyi bir psikolojik profil ile ilişkili bulunmuştur (116). Amerika’da menopozal dönemde olan kadınlar ile yapılmış bir çalışmada ise gebeliğin, daha hafif vazomotor semptomlar yaşanmasına neden olabileceği bildirilmiştir (117). Türkiye’de Alpaslan (2018) tarafından yaptığı çalışmada gebelik ve çocuk sayısı ile hafif menopoz yakınmalar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir (61). Bu çalışmada ise gebelik ve doğum deneyimi olmayan kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğinin meslek/iş boyutundan daha yüksek yaşam kalitesi gösterdiği belirlenmiştir. Bunun kadınların sosyal, meslek/iş ve çalışma alanlarında giderek daha çok yer almalarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Menopozal semptomlar bazı kadınlar için sıkıntı yaratırken bazı kadınların yaşamlarında önemli sorun yaratmamaktadır.

Gökgöz’ün yaptığı çalışmaya göre, cerrahi operasyon geçiren kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alan alt boyutlarındaki yakınmaların arttığı belirlenmiştir (83). Yine Gökgöz’e göre jinekolojik ameliyatlardan sonrası menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (83). Ancak bir başka çalışmada ise jinekolojik ameliyat geçirmiş olanlarla olmayan kadınların yaşam kalitesinde farklılık saptanmamıştır (113). Bu çalışmada daha önce jinekolojik ameliyatı olan kadınların Cervantes Kişilik Ölçeğine göre daha dengersiz kişilik özelliği gösterdikleri saptanmıştır. Diğer yandan ameliyat olanların ameliyat olmayanlara göre menopozal yakınma ölçeğinin psikolojik alt boyutu için daha az yakınmada bulundukları belirlenmiştir. Bununla birlikte ameliyat olanların menopozal yakınma ölçeğinin ürogenital alt boyutu için daha fazla yakınmada bulundukları anlaşılmıştır. Çalışmaya katılan kadınlardan ameliyat olanların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği emosyonel

alt boyutunda daha yüksek yaşam kalitesine, ancak meslek/iş alanından ise anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucu Gökgöz'ün çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (83).

Sigara içenlerin içmeyenlere göre 1-2 yıl daha erken menopoza girdiği bildirilmektedir (86). Sigaranın antiöstrojenik etkisinden dolayı menopoz döneminde yaşanan yakınmalara sigara içen kadınlarda daha sık rastlandığı ifade edilmiştir (118). Parmaksız tarafından yapılan çalışmada kadınların sigara içme durumuyla psikolojik semptomları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bir başka deyişle sigara içen menopozal dönemdeki kadınların psikolojik semptomlarının azaldığı saptanmıştır (110). Avcı (2013) ve Bozkurt (2004) tarafından yapılan araştırmalarda da sigara kullanma değişkenine göre, Menopozal Yakınma Ölçeği alt boyutları incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (5,45). Ancak bazı çalışmalarda sigara kullanımının vazomotor ve fiziksel alanları etkilediği, sigara içen kadınların içmeyenlere oranla vazomotor ve fiziksel alanlarda daha fazla yakınmada bulunduğu bildirilmiştir (22,79). Bir başka çalışmada ise sigara içmeyen menopozal dönemdeki kadınlarda psikososyal yakınmaların daha düşük olduğu saptanmıştır (113). Tortumluoğlu ve Erci'ye göre aktif sigara içiciliğinin somatik semptomları arttırdığı tespit edilmiştir (119). Yang ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları araştırmada menopozal dönemde olan kadınların sigara kullanım miktarının arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü bildirilmiştir (120). Bu çalışmada, Avcı (2013) ve Bozkurt'un (2004) çalışmasına benzer bir şekilde kadınların sigara içme durumlarına göre kişilik özellikleri, yaşam kalitesi ve menopozal yakınmaları açısından bir farklılık saptanmamıştır (5,45). Sigara kullanımının kadınların menopozal yakınmalara ve yaşam kalitesine etkisi bu çalışmada ve daha önce yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar göstermektedir. Bu farklılıklar sigara içmenin tek başına kadınların menopozal yakınmalarına ve yaşam kalitesine etki eden bir etken olmadığını işaret etmektedir.

Yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların bir takım semptom ve komplikasyonlara neden olduğu, bireyin fonksiyonel kapasitesini azalttığı ve bunlara bağlı olarak yaşam kalitesi olumsuz etkilediği bildirilmiştir (101; Taşkiran, 2019; 44). Kronik hastalığın

sebebi olduğu semptomlar ve komplikasyonların, kadının yaşadığı menopozal semptomları arttırabileceği vurgulanmıştır (86). Tümer ve Kartal (2018) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan kadınların daha fazla menopozal yakınmalar yaşadığını bildirmiştir (101). Bal (2011) tarafından yapılan araştırmada kronik sağlık sorunları olan kadınların somatik ve psikolojik yakınmaları yüksek, psikososyal ve fiziksel alandaki yaşam kaliteleri düşük çıkmıştır (44). Taşkiran (2019) tarafından yapılan araştırmada kronik hastalığı olan kadınların, olmayanlara kıyasla somatik ve psikososyal açılardan daha fazla menopozal yakınmalarda bulunduğu görülmüştür (86). Bununla birlikte yapılan diğer çalışmalarda kronik rahatsızlığı sonucu düzenli ilaç kullanımı olan kadınların menopozal dönem yaşam kalitelerinin azaldığı ifade edilmiştir (22,43,69). Diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmaya katılan kadınların kronik hastalık durumlarına göre kişilik özellikleri, menopozal yakınmaları ve yaşam kalitesi puanları arasında bir farklılık saptanmamıştır. Bunun yapılan diğer çalışmalara göre bu çalışmada kronik hastalığı olan kadınlar oranının (%12,7) daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların menopoz döneminde fiziksel sağlıklarının yanında ruhsal sağlıkları da önemlidir. Taşkiran'ın (2019) yaptığı çalışmada kadınların menopoza geçişte anksiyete düzeylerinin yükseldiği ve bunun kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (86). Hardy ve Kuh (2002) ise menopoza geçişte yaşanan psikolojik semptomların, menopoz döneminde yaşanan anksiyete ve depresyon için risk faktörü oluşturduğunu bildirmiştir (121). Bununla birlikte kadınların depresyon düzeyleri arttıkça somatik, psikolojik ve ürogenital başta olmak üzere tüm menopozal yakınmalarının anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir (86). Bu çalışmada katılımcıların psikiyatrik hastalık durumu incelendiğinde çok az bir kısmının (%9) psikiyatrik bir rahatsızlığının olduğu saptanmıştır. Buna ilave olarak psikiyatrik bir hastalığı olmayan menopozal dönemdeki kadınların daha dışa dönük kişilik özellikleri sergiledikleri belirlenmiştir. Çalışmada psikiyatrik hastalık varlığına göre menopozal yakınma ve yaşam kalitesi puanları arasında fark saptanmamıştır. Bunun çalışma grubunda psikiyatrik hastalık durumunun çok az oranda bulunmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı birey olmada egzersizin önemli bir yeri vardır. Beitz ve Dören (2004) yaptıkları çalışmada egzersizin kardiyovasküler kalp hastalıklarını %30–50 oranında azalttığını ve kemik kaybını engellediğini göstermiştir (78). Bazı çalışmalar egzersiz yapmanın, yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişki göstermediğini ileri sürmüştür (86,113). Gonçaves ve ark. (2011), daha az şiddetli menopozal semptomlar bildiren kadınların, muhtemelen fiziksel aktivite uygulamasından dolayı daha iyi yaşam kalitesi ve fiziksel performans sergilediklerini belirtmiştir (122). Yapılan bir başka çalışmada ise, fiziksel aktivitesi daha düşük olan kadınların hem sıklık hem de yoğunluk açısından daha yüksek menopozal semptom skorlarına sahip oldukları belirtilmiştir (123). Bal (2011) çalışmasında düzenli egzersiz yapan kadınların daha dışa dönük ve duygusal olarak daha dengeli olma özelliği sergilediklerini ancak egzersiz yapan kadınların menopoza özgü somatik ve ürogenital yakınmalarının daha az olmadığını saptamıştır (44). Bu çalışmada egzersiz durumuna göre menopozal dönemdeki kadınları kişilik özellikleri ve yaşam kalitesi arasında bir farklılık saptanmamıştır. Ancak Bal'ın çalışmasına benzer bir şekilde bu çalışmada düzenli olarak egzersiz yapan kadınların ürogenital şikâyetlerinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonucun çalışma popülasyonunun çoğunluğunun evli kadınlardan ve kadınların aktif cinsel yaşama sahip olmalarından dolayı daha yüksek genital yakınma bildirimi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların çevresel destek alma durumları menopoz dönemindeki kadınlar için önem kazanmaktadır (70). Hotun Şahin (2016) tarafından yapılan çalışmada menopoz dönemindeki kadınların çevresel desteği alma durumu arttıkça menopoz yakınmalarının azaldığı ortaya konmuştur (46). Benzer şekilde Tunçarslan'nın yaptığı (2019) çalışmada menopozal dönemdeki kadınların algıladıkları sosyal destek arttıkça menopozal yakınmaların azaldığı belirlenmiştir (124). Bu çalışmada kadınların algıladıkları sosyal desteğe göre menopozal yakınmalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Diğer yandan bu çalışmada ise çevresel desteği olmayanların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutunda nörotik kişilik özellikleri gösterdiği saptanmıştır. Benzer bir şekilde Bal'ın (2011) çalışmasında da yaşamında önemli olay yaşayan ve sosyal destek algısı olumlu olmayan menopozal dönemdeki kadınların nörotik kişilik özellikleri gösterdikleri

belirlenmiştir (44). Bununla birlikte çevresel desteği olmayan ve nörotik kişilik özellikleri gösteren kadınların iş ve sosyal çevreleriyle olumsuz ilişkiler sergilemeleriyle ilişkili olarak yaşam kalitelerinin iş/meslek boyutunda düşüş olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik ve farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bunun çalışmaya katılan kadınların bireysel, bölgesel ve kültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda kadınların menopoza dönem sıkıntılarıyla baş etmede çeşitli tamamlayıcı-alternatif yöntemler (TAT) kullandıkları bildirilmiştir (51,101). ABD’de menopozal dönemdeki kadınların yakınmalarına yönelik %42’sinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini tercih ettikleri bildirilmiştir (125). Aynı çalışmada kadınların özellikle stres yönetimi için bitkisel ilaçları ve masajı kullandıkları belirtilmiştir (125). Yapılan çalışmalarda menopozal dönemde kullanılan tamamlayıcı-alternatif yöntem kullanımının menopozal yakınmaları azaltabileceği ileri sürülmüştür (126). Bu çalışmada kadınların %11,2’si menopozal yakınmalarına yönelik egzersiz, hidroterapi, aromaterapi gibi yöntemleri kullandıklarını bildirmiştir. Yapılan çalışmaların aksine çalışmada menopozal yakınmalarına yönelik tamamlayıcı yöntem kullanan kadınların kullanmayanlara göre daha fazla ürogenital yakınmalar bildirdiği saptanmıştır. Bunun kadınların yakınmalarına yönelik bireysel tercihleri, eğitim durumları, TAT yöntemlerine erişebilirlikleri ve sosyokültürel özellikler ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Menopoz döneminde kadınların gösterdikleri kişilik özellikleri onların menopozal dönem yakınmalarından ve diğer sıkıntıların üstesinden gelmede önemli etkenlerdendir (127). Yapılan çalışmalarda dışa dönük ve daha duygusal dengeli ve kişilik özelliği gösteren bireylerin daha olumlu baş etme yöntemlerini kullandıkları bunun tersine içe dönük ve nörotizm kişilik özelliği gösterenlerin ise daha kaçınmacı inkâr edici savunma mekanizmalarını kullandıkları anksiyete eğilimli oldukları ve depresif belirtiler gösterdikleri belirtilmiştir (3,44,127). Bununla birlikte Bal’ın (2011) yaptığı çalışmaya göre dışa dönük kişilik özelliği olan kadınların daha pozitif duygulanım sergiledikleri ve bu nedenle kadınların menopozal yakınmalarına bağlı duygusal dalgalanmaları daha iyi tolere edebildikleri bildirilmiştir (44). Ergin’in (2016) yaptığı çalışmada ise kadınların

dışa dönük kişilik özellikleri sergiledikleri belirlenmiştir (3). Bu çalışmada ise Bal (2011) ve Ergin'in (2016) çalışmasından farklı olarak kadınların içe dönük ve duygusal dengesiz kişilik özellikleri gösterdikleri saptanmıştır (3,44). Çalışmalar arasında çıkan farklılıklar kadınların genel sosyolojik yapıları ile ilgili olabileceği gibi kişilik durumlarını değerlendirmedeki tutumlarının da etkili olabileceği düşünülmüştür.

Menopoz dönemine özgü yakınmaların kadının yaşamını etkilemesi nedeniyle çok önemlidir (22). Bu konuda yapılan çalışmalardan Tümer ve Kartal (2018) kadınların menopozal yakınmalardan en fazla psikolojik şikâyetleri ardından somatik şikâyetleri ve en son ürogenital şikâyetleri yaşadıklarını bildirmişlerdir (101). Bu çalışmada elde edilen verilere göre kadınların en fazla psikolojik yakınmalarının olduğu ancak en az ise ürogenital yakınmaları olduğu tespit edilmiştir. Bu yakınma sıralaması daha önce Tümer ve Kartal (2018) tarafından yapılan çalışmalarda elde edilen sıralama ile aynı olmasına rağmen bu çalışmaya katılan kadınların genel olarak daha azyakınma gösterdiği anlaşılmıştır (101). Ayrıca bu çalışmada elde edilen somatik yakınma, Ergin (2016) ve Sis (2010) tarafından yapılan çalışmalarda elde edilen somatik yakınma gibi düşük seviyededir (3,105). Psikolojik ve ürogenital yakınmaların ise bu çalışmada yüksek olduğu görülmüştür. Benzer yükseklik Ergin (2016) tarafından yapılan çalışmada da ortaya çıkmıştır (3). Ancak Sis (2010) tarafından yapılan çalışmada, bu çalışmaya göre psikolojik ve ürogenital yakınmalar daha fazla görülmüştür (105). Menopozal Yakınma Ölçeği için, bu çalışmada ve daha önce yapılan çalışmalarda farklı sonuçların çıkması katılımcıların farklı karakteristik özellikler göstermesiyle ve farklı bireysel yaşam koşulları sergilemeleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların kişilik özelliklerine bağlı olarak farklı menopozal yakınma göstermeleri beklenmektedir (128). Ergin (2016) tarafından yapılan çalışmada daha fazla dışa dönük kişilik özelliği gösteren kadınların, daha fazla somatik ve ürogenital menopozal yakınmada bulunduğu tespit edilmiştir (3). Bu çalışmada katılımcıların kişilik özelliklerinden dışa dönük veya içe dönük olması ile onların menopozal yakınmaları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Mauas ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada daha duygusal denge kişilik özelliği gösteren kadınların psikolojik menopozal

yakınmalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (129). Ergin (2016) tarafından yapılan çalışmada da kadınların nörotizm kişilik durumları arttıkça psikolojik yakınmalarının arttığı anlaşılmıştır (3). Benzer şekilde bu çalışmada da nörotik kişilik özelliği gösteren kadınlar ile onların psikolojik yakınmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Bireyin yaşam kalitesi birçok etkene bağlı olabilir (53,130). Heinemann ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada menopoza dönemindeki kadınların yakınmaları arttıkça yaşam kalitelerinin de düştüğü rapor edilmiştir (131). Ceylan ve Özerdoğan (2014) tarafından yapılan çalışmada ise menopozal dönemdeki kadınlarda en yaygın görülen semptomların kas ve eklemlerde ağrı, yorgun ve yıpranmış hissetme, bel, baş, boyunda ağrı ve bunlarla birlikte yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (49,132). Bununla birlikte Taşkiran (2019) tarafından yapılan çalışmada menopozal semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin ağrı ve sosyal boyutlarında kötüleşmenin olduğu tespit edilmiştir (86). Önceki çalışmalara paralel olarak, bu çalışmada menopozal yakınma ölçeği somatik alan ile utian yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel alan ve sağlık alanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bir diğer ifadeyle, somatik yakınmaların artması veya azalması durumunda kadınların emosyonel alan ve sağlık alanı yaşam kalitelerinin azaldığı veya arttığı ortaya çıkmıştır. Aynı şekilde, kadınların menopozal yakınma ölçeği psikolojik alanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin meslek/iş alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak Avcı (2004) tarafından yapılan benzer çalışmada bu boyutlar arasında ilişki saptanmamıştır (50). Mevcut çalışmada kadınların menopozal yakınma ölçeği ürogenital alan alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği cinsel alanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, Avcı (2004) tarafından elde edilen bulgu ile paralellik göstermektedir (50).

Yapılan çalışmalarda menopozal dönemdeki kadınların kişilik özellikleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir (3). Bunlardan Ergin (2016) ve Lin ve ark. (2008) menopozal dönemde olup dışa dönük kişilik özelliği gösteren kadınların, cinsel alan ve sağlık alanında daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit etmişlerdir

(3,130). Bu çalışmada ise içe dönük olan kadınların Utian Yaşam Kalitesi ölçeğine göre cinsel alan ve meslek/iş alanlarında daha yüksek yaşam kalitesi gösterdikleri belirlenmiştir. Kadınların yaşam kalitesinin içe dönük kişilik özelliği ile ilişkili olması, menopozal dönemdeki kadınların yaşam standartlarının düzenlenmesinde önemli rol oynayabilir. Yurdakul ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada duygusal dengeyi sağlayan kadınların daha yüksek yaşam kalitesi yaşadığı ifade edilmiştir (70). Bu çalışmada da duygusal denge kişilik özelliği olan kadınların Utian Yaşam Kalitesi ölçeğinin emosyonel, cinsel ve sağlık alanlarında yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (70). Kadınların daha kaliteli bir yaşama sahip olmaları ile duygusal olarak dengeli bir kişilik özelliğine sahip olmaları arasında aynı yönde bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda kadınların bu kişilik özelliğine sahip olmaları için gerekli psikolojik ve aile destekleri etkili olabilir.

SONUÇLAR

Bu araştırma, menopozal dönemdeki kadınların yakınmalarının, kişilik özellikleri ve yaşam kalitesiyle ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma metotsal olarak kesitsel, tanımlayıcı ilişki arayıcı tipte uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne Nisan 2019-Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran 45-55 yaş arasındaki 132 kadın oluşturmuştur.

Çalışmada elde edilen sonuçlar incelendiğinde;

- Kadınların yaş ortalamasının $52,27 \pm 5,84$ (min:45, max:55) olduğu,
- Kadınların ortalama $29,39 \pm 8,42$ (min:1, max:47) yıllık evli olduğu,
- Kadınların %80,6'sının çalışmadığı ve yarıdan fazlasının gelirlerinin giderlerine denk (%59,7) olduğu,
- Kadınların %76,1'inin ev hanımı, %4,5'inin emekli, %19,4'ünün işçi olduğu,
- Kadınların %73,9'unun beş yıl ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu,
- Kadınların yarıdan fazlasının iki ve üzeri gebelik yaşadığı (%86,6) ve doğum yaptıkları (%81,4) çok az bir kısmının düşük (%15,7) ve küretaj (%17,9) deneyimledikleri,
- Kadınların ortalama gebelik sayısının $2,76 \pm 1,46$ (min:0-max:8), doğum sayısının $2,29 \pm 1,40$ (min:0-max:6) olduğu,
- Kadınların çok az bir kısmının (%7,5) jinekolojik bir ameliyat geçirdiği,
- Kadınların %12,7'sinin bir kronik hastalığı olduğu,
- Kadınların %6'sının daha önce psikiyatrik hastalık yaşadığı ve bunlardan %3'ü depresyon, %2,2'si bipolar bozukluk ve %0,7'si tanısı aldığı,
- Kadınların mevcut durumda %9'unda psikiyatrik hastalık tanısı aldığı bunlardan %4,5'i depresyon, %3,7'si panik atak, %0,7'si bipolar bozukluğunun olduğu,
- Kadınların çok az (%9) bir kısmı egzersiz yaptığı,

- Kadınların %21,6'sının sigara içtiği, sigara içenlerin günlük $3,90 \pm 4,85$ (min:1-max:20) adet sigara içtiği ve ortalama $16,21 \pm 6,20$ (min:6-max:30) yıldır sigara kullandıkları,
- Kadınların %88,8'inin yaşamında etkileyici bir olay yaşadığı,
- Kadınların %79,9'unun çevrelerinden bazen destek alabildiği saptanmıştır.
- Kadınların ortalama menopoza yaşının $45,70 \pm 5,28$ (min:29-max:55) ve menopoza süresinin $6,49 \pm 5,21$ (min:1-max:28) yıl olduğu,
- Kadınların %94,8'inin doğal yolla menopoza girdiği,
- Kadınların yarısından fazlasının menopozal yakınmaları nedeniyle hastaneye başvurdukları (%72,4) ve çok az bir kısmının (%11,2) menopozal dönem yakınmalarına yönelik tamamlayıcı bir yöntem kullandığı,
- Menopozal dönemde tamamlayıcı yöntem kullananların en çok egzersiz (%11,2) yöntemini tercih ettikleri,
- Katılımcıların 52 yaş ve altında olanların CKÖ alt boyutlarından dışa dönük/içe dönük olma alt boyutundan 52 yaş üzerinde olanlara göre puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0,05$),
- Beş yıl ve altında eğitim alanların kadınların CKÖ alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan beş yıl üzerinde eğitim alanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları ve beş yıl üzerinde eğitim alanların MYÖ'nün somatik boyutundan beş yıl ve altında eğitim alanlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları ($p < 0,05$),
- Çalışan kadınların CKÖ alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan çalışmayanlara göre daha düşük puanlar aldıkları ($p < 0,05$),
- Çalışanların MYÖ'nün psikolojik alt boyutundan çalışmayanlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları ($p < 0,05$),
- Gelir düzeyi denk/fazla olanların yaşam kalitesi ölçeğinin emasyonel alt boyutundan gelir düzeyi az olanlara göre anlamlı olarak daha düşük puanlar aldıkları ($p < 0,05$),

- Çalışmada evlilik süresi 29 yıl ve altında evli olanların MYÖ'nin somatik boyutundan 29 yıl üzerinde olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$) belirlendi.
- Katılımcılardan daha önce gebelik deneyimlemeyenlerin yaşam kalitesi ölçeğinin meslek/iş boyuttan gebelik deneyimleyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$),
- Doğum yapmayanların yaşam kalitesi ölçeğinin meslek/iş boyuttan doğum yapanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$),
- Daha önce ameliyat olan kadınların CKÖ alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan ameliyat olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$),
- Ameliyat olanların MYÖ'nün psikolojik alt boyutundan ameliyat olmayanlara göre daha düşük, ürogenital alt boyutundan ameliyat olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$) saptandı.
- Çalışmada kadınlardan psikiyatrik hastalığı olmayanların CKÖ'nin dışa dönük/içe dönük boyutundan psikiyatrik hastalığı olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$),
- Düzenli olarak egzersiz yapanların MYÖ'nün ürogenital alt boyutundan düzenli olarak egzersiz yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$),
- Kadınlardan çevresel desteği olanların CKÖ alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm boyutundan çevresel desteği olmayanlara göre daha düşük puanlar aldıkları saptanmışken, yaşam kalitesi ölçeğinin meslek/iş alanından çevresel desteği olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$),
- Kırkbeş yaş ve altında menopoza giren kadınların MYÖ'nün somatik alt boyutundan 45 yaş üstü olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$),
- Katılımcılardan menopozal yakınmalara yönelik tamamlayıcı yöntem kullananların MYÖ'nün ürogenital boyutundan tamamlayıcı yöntem kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları ($p<0,05$),

- Kadınların kişilik ölçeğinin dışa/içe dönük olma alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin cinsel alan ve meslek/iş alanı puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$),
- Kişilik ölçeğinin duygusal denge/nörotizm alt boyut puanı ile MYÖ psikolojik alt boyutu arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$), dolayısıyla kadınların nörotik kişilik özellik gösterenlerde psikolojik yakınmalarında arttığı,
- Menopozal yakınma ölçeği somatik alan ile utian yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel alan ve sağlık alanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,
- Kadınların menopozal yakınma ölçeği psikolojik alt boyutu ile yaşam kalitesinin meslek/iş alanları arasında negatif yönde, emosyonel ve cinsel alanları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,
- Kadınların menopozal yakınma ölçeği ürogenital alan alt boyutu ile yaşam kalitesinin cinsel alanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular ve daha önceki çalışmalar doğrultusunda önerilenler;

- Kadınların menopoz döneminden önce bu döneme ait belirtiler ve yaşanabilecek etkileri düzenli eğitimler ile verilmelidir. Menopoz döneminde oluşabilecek yakınmaların üstesinden gelme ve kaliteli bir yaşam için bu eğitimlerin belli aralıklar ile devam etmesi sağlanmalıdır.
- Çalışma sonucunda da ortaya çıktığı gibi egzersiz yapmanın menopozal döneme ve yaşama olan pozitif katkısı nedeniyle tüm bireyler gibi kadınların düzenli egzersiz yapması sağlanmalı ve bunun için gerekli fiziksel ortamların oluşturulmasında destek olunmalıdır. Egzersizin yaşamın bir parçası olması için kadınların genç yaştan egzersize teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

- Kronik sağlık sorunlarının menopozaal dönemdeki etkileri nedeniyle hemşirelerin menopozaal dönemde sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasında kadınlara destek sağlamalıdır.
- Menopoz döneminde ortaya çıkabilecek olan olumsuz yaşam deneyimlerinin üstesinden gelinebilinmesi için kadınlara sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşımla desteklenerek bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.
- Hemşireler menopozaal dönem yakınmalarına ve yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik aromaterapi, keten tohumu kullanımı, refleksoloji uygulamaları gibi yaygın kullanılan tamamlayıcı sağlık uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Bu uygulamaların kadına özgü bireyselleştirilmiş bakım ile birlikte kullanıldığı çalışmalar yapılarak menopozaal dönem yakınmaların azaltılması ve yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik katkı vermelidirler.
- Farklı kişilik özellikler sergileyen menopozaal dönemdeki kadınlara bu dönemde karşılaştıkları yakınmalar, durumlara yönelik etkin savunma mekanizmaları geliştirmeleri konusunda multidisipliner ekip anlayışıyla destek olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Batır S. Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi. İstanbul. 2018
2. Karmakar N, Majumdar S, Das S. Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. *Journal of Mid-Life Health*. 2017;Jan-Mar; (8)1: 21-27.
3. Orhan Ergin İ. Menopozal Yakınmalar Ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Malatya- 2016
4. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3, 10971110.
5. Avcı S. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi. İstanbul. 2013
6. Elsan T. Bir ASM Bölgesine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli Üniversitesi. Kırklareli. 2018
7. TÜİK. 2018 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Sayımı Sonuçları Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2018, 25 Ocak. Erişim 12.09.2020, <http://www.tuik.gov.tr>
8. İlçioğlu E, Keser N, Çınar N. Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler. *J Rhythm - September* 2017;3(3):112-119.
9. McCrary J, Royer H. The Effect of Female Education on Fertility and Infant Health: Evidence from School Entry Policies Using Exact Date of Birth. *American Economic Review*. 2011;101 (1): 158-95.
10. Lleras-Muney A. The Relationship Between Education and Adult Mortality in the United States, *The Review of Economic Studies*,2005;72(1);189–221
11. Bour, D. Mothers' education and childhood mortality in Ghana, *Health Policy*, 2003;64:297-309.
12. TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, 2018
13. TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu, 2016
14. Cafı R. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bilgi ekonomisinin büyüme, yoksulluk ve gelir dağılımına etkisi. *BEYDER*. 2018;13(1) 21-35
15. Aktaş A. Türkiye’de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler ve Yoksulluk. *Aile ve Toplum*.2007; 9(3); 1303-0256.
16. Yüksel İ, Ergöçmen B. Çocuk Gelin Olmaya Giden Yol. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 2012; 2
17. Aynioğlu Ö. 35 Yaş Üzeri Doğum Yapan Gebelerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2014;15 (2), 152-155 .
18. Yüksel-Oktay E. Türkiye'nin ve Dünyanın Ortak Sorunu: Kadına Şiddet. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, 2015;64:57-118
19. Çelik AT. Erken Çocukluk Döneminin, Aile ve Toplumsal Gelişim Üzerindeki Etkileri ve Yapılması Gereken Yatırım ve Müdahaleler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2015; 3(13), 240–263.
20. Sallan-Gül S. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Yoksulluk Arasındaki İlişkiyi Sorgulamak. (Der. Abdullah Topçuoğlu, Gamze Aksan ve Duygu Alptekin), *Yoksulluk ve Kadınıçinde*, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2014:89-128.
21. Karakuş A, Yanikkerem E. Klimakterik Dönemde Cinsel Disfonksiyon: Female Sexual Function Index (FSFI) – Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile Yapılan Son 5 Yıllık Çalışmalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;5(1): 64–85.
22. Ceylan B. Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir. 2010
23. Kaymak Y, Tırnaksız F. Menapoz ve Deri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2006;26(6):675-84

24. Uludağ A, Güngör AN, Gencer M, Şahin EM, Coşar E. Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hek Dergisi*, 2014;18(1):25-30.
25. Heffner LJ, Schust DJ, The Reproductive System at a Glance.3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010; 56-57.
26. Avis NE, McKinlay SM, The Massachusetts Women's Health Study: An Epidemiologic investigation of the menopause. *Journal of American Medicine and Women's Association*. 1995; 50, 45-63.
27. Bayraktar R, Uçanok Z. Orta yaş gelişimi çerçevesinde menopozun değerlendirilmesi. R. Okyayüz (Ed.) *Sağlık Psikolojisi* (pp. 189-199). Türk Psikologlar Derneği Ya-yınları, Ankara. 1999
28. Kinney A, Kline J, Levin B. Alcohol, caffeine and smoking in relation to age at menopause. *Maturitas* 2006;54(1):27-38.
29. Orshan AS. Maternity, Newborn, And Women's Health Nursing: Comprehensive Care Across The Lifespan.Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 983-1041.
30. Benazzi F. Female depression before and after menopause. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2000; 69, 280-283.
31. Olaolorun F, Lawoyin T. Age at Menopause and Factors Associated with Attainment of Menopause in an Urban Community in Ibadan, Nigeria. *Climacteric*, 2009;2: 352–363.
32. WHO. Scientific Group. Research on the menopause. WHO Technical Report Series, Geneva: World Health Organization, 1996: 866.
33. Novi JM, Book NM. Sexual Dysfunction in Perimenopause A Review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 2009;64(9):624-631.
34. Thunell L, Stadbrg E, Milsom I, ve ark. A Longitudinal Population Study of Climacteric Symptoms and Their Treatment in a Random Sample of Swedish Women, *Climacteric*, 2004;7:357-365
35. Kömürcü N, İşbilen A. Adaptation of Women to Sexual Life During the Menopausal Period. *Turkish Journal of Urology*, 2011; 37(4), 326–330.
36. Ratka A, Miller V, Brown K, Raut A, Cipher D, Meczekalsi B ve ark. Menopausal vasomotor symptoms survey for assesment of hot flashes. *J Womens Health* 2006;15(1):77-89.
37. Gözüyeşil E, Başer M. Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;19:4261-4269
38. Ağıl A. Postmenopozal Kadınlarda Kısa Dönem Farklı egzersiz Yaklaşımlarının Menopozal Semptomlar, Psikolojik Sağlık ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2010
39. Whiteman MK, Staropoli CA, Langenberk PW, McCarter RJ, Kjerulff KH, Flaws JA. Smoking, Body Mass, and Hot Flashes in Midlife Women. *Obstetrics & Gynecology*, 2003
40. Ural Ç. Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011
41. Seyisoğlu H. Ertüngealp E. Klimakterium, Yıldırım M, Klinik Jinekoloji, Çağdaş Kitabevi, 20023. Baskı, s: 187-217, Ankara
42. Atasü T, Özekici Ü, Hekim N. Menopoz Tedavisi ve Kanseri. Nobel Tıp Kitapevleri. 2001
43. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz, F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014; 2:62-70.
44. Bal DM. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi. 2011
45. Bozkurt ÖD. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 2004
46. Hotun Şahin N. Klimakterium dönemi ve menopoz, Kızılkaya Beji N. (Edit). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Genişletilmiş İkinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2016;163-170.
47. İnceboz Ü, Demirci H, Özbaşaran F, Çoban A, Nehir S. Factors Affecting The Quality Of Life İn Climacteric Women In Manisa Region. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010; 27(2):111-116.

48. Yıldız, K., Çamurcu, Y. ve Doğan, B. (2010). Veri madenciliğinde temel bileşenler analizi ve Negatıfsız matris çarpanlarına ayırma tekniklerinin karşılaştırmalı analizi.XII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, 207-213.
49. Ceylan B, Özerdoğan N. Menopausal Symptoms and Quality Of Life In Turkish Women In The Climacteric Period. *Climacteric*. Dec 2014;17 (6),705-12.
50. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 30(2): 81-5.
51. Özer Ü, Gözükar F. Şanlıurfa’da kadınların menopoza ilgili yaşadıkları sorunların baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşire Fakültesi Dergisi* 2016;16-26.
52. Tekin Ö, Turan S, Özmen M, Turhan A, Kökçü A. Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Örgütsel Çatışma Yönetimi Arasındaki İlişkiler: Ankara’daki Beş Yıldızlı Otel İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama. *Journal Of Yasar University*, 2012; 27(7). 4613-4641.
53. Dugan SA, Powell LH, Kravitz HM, Everson Rose SA, Karavolos K, LuborskyJ. Musculoskeletal pain and menopausal status. *The Clinical journal of pain*.2006;22(4):325-31.
54. Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:631-636.
55. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriandos J. Understanding how personality factors may influence quality of life: development and validation of theCervantes Personality Scale. *Menopause* 2008;15(5):914-918.
56. Castelo BC, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J. ve ark. Prevalence of sexualdysfunction in a cohort of middle-agedwomen: influences of menopause and hormone replacement therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003; 23, 426-430.
57. Bal M, Şahin N. Cervantes kişilik Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 2008
58. Gürkan Ö. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği’nin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği. *Hemşirelik Forumu*, sf:30-35, Mayıs-Haziran 2005.
59. Utian HW, Janata WJ, Kingsberg AS, Schluchter M, Hamilton CJ. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause*, 2002; 9:402- 410.
60. Abay H. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ‘nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Ankara. 2014
61. Alpaslan M. Menopoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ordu. 2018
62. Avin Alva BR, Chethan TK. A study to assess the average age of menopause and menopause associated symptoms among rural women in Mangalore, Karnataka. *Ntl J Community Med*. 2016;7(5):404-8.
63. Dunneram YD, Greenwood DC, Cade JE. Diet, menopause and the risk of ovarian, endometrial and breast cancer. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2019; 78(3): 438-448.
64. Gold EB. Thetiming of theage at which natural menopause occurs. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 2011;38(3), 425–440.
65. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopauseandimpact of climacteric symptoms by geographical region, *Climacteric*, 2010;13:5,419-428, DOI: 10.3109/13697137.2010.507886
66. Sturdee DW. Menopause. *International Encyclopedia of PublicHealth (Second Edition)*. 2017;26-34 doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00279-4
67. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010; 7(1).
68. Tozlu F. Doğal Menopoz, Cerrahi Menopoz Ve Erken Menopozun Yaşam Kalitesi, Cinsel Fonksiyonlar ve Depresyon Üzerine Etkisi Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sakarya 2019

69. Kharbouch BS, Şahin HN. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. İÜFN Hem Dergisi, 2007;15 (59): 82-90.
70. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2007;21: 187-193.
71. Fışkın G, Hotun Şahin N, Kaya İG. Menopozal Dönemdeki Kadınların Bu Yaşam Dönemine İlişkin Bakış Açılarının Kalitatif Analizi JAREN 2017;3(3):122-128
72. Erbaş N, Demirel G. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarının ve Menopozal Tutumlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2017;(4):220-225
73. Jamali S, Javadpour S, Mosalanejad L, Parnian R. Attitudes About Sexual Activity Among Postmenopausal Women in Different Ethnic Groups: A Cross-sectional Study in Jahrom, Iran. J Reprod Infertil 2016;17:47-55.
74. Zhang C, Cui L, Zhang L, Shi C, Zang H. Sexual Activity and Function Assessment in Middle-aged Chinese Women Using The Female Sexual Function Index. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 2017;24(6), 669-676.
75. Cabral PUL, Canario ACG, Spyrides MHC, Uchoa, SAC. Determinants of Sexual Dysfunction Among Middle- aged Women. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2013; 120, 271-274.
76. Koçak D, Kaya İG, Aslan E. Klimakterik Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler JAREN 2017;3(2):66-72
77. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek ile İlişkinin İncelenmesi Klinik Psikiyatri 2008;11:159-166
78. Beitz R, Dören M. Physical activity and postmenopausal health. J B Menopause Soc 2004,10(2):70-74.
79. 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;20(62):153-159
80. Aydın P. İzmir’de Yarı Kentsel Bir Bölgede Yaşayan 45-59 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Aydın. 2011
81. Koç Z, Sağlam Z. Klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların belirlenmesi. Aile ve Toplum, 2008;4, 101-107.
82. Gün Ç, Demirci N. Menopozda Bitkisel Tedavi Kullanımı Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2015;24(4):520-530.
83. Gökğöz N. Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarına Yönelik Uyguladıkları Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Yüksek Lisans Tezi Ankara, 2014
84. Sert G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2009
85. Poomalar GK, Arounassalame B. The Quality of Life During and After Menopause Among Rural Women. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 2013;7(1): 135-139.
86. Taşkiran G. Menopozal Semptom Şiddeti ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fzt. Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Programı Yüksek Lisans Tezi Ankara. 2019
87. Tunç N. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi, Yakınma Ve Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2014
88. Uğurlu Z. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Doktora Tezi (Basılmamış). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2011
89. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdollahian S, Bonakchi H, Najmabadi Khadijeh M, Naghavi M, et al. The relation ship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms

- among postmenopausal women. *Gynecological endocrinology: The official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2015;31(11):860-5
90. Timur S. Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi İstanbul. 2008
 91. Abay H, Kaplan S. Menopozal Dönem Yaşam Kalitesini Nasıl Etkiliyor? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; (1-2-3), 1-23.
 92. Aydemir Hİ. Edirne İl Merkezindeki 40–59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, Edirne. 2007
 93. Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS, Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertility and Sterility*, 2001; 76, 44-50.
 94. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü, Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumluları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2008; 22(6): 343-349
 95. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J TurkSocObstetGynecol*, 2006;3(4):281-287.
 96. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki, *Yeni Symposium* 2006;44: 182-188.
 97. Jung SJ, Shin A, Kang D. Menarcheage, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: results from health examinees study (HEXA). *Journal of Affective Disorders*. 2015;187: 127-135
 98. Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanisławska M, ve ark. Effects of socio-demographic, personalityandmedicalfactors on quality of life of postmenopausalwomen. *International Journal of EnvironmentalResearchandPublicHealth*, 2014;11(7), 6692-6708.
 99. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assesment of thevariation in menopausal symptoms with age, education and working/ non-working status in north-Indian subpopulation using Menopause Rating Scale (MRS). *Maturitas* 2007; 57: 306-14.
 100. Tortumoğlu G, Erci B. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık davranışları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşire Yüksekokulu Dergisi* 2003;6:77-90.
 101. Tümer A, Kartal A. Kadınların Menopoza İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2018;11(3): 337-346.
 102. Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum*, 113s. 2003
 103. Huszla WS, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanisławska M, Rotter I, Karakiewicz B, Grochans E. Effects of socio-demographic, personalityandmedicalfactors on quality of life of postmenopausalwomen. *Int. J. Environ. Res. PublicHealth* 2014; 11: 6692-708.
 104. Özgür N. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul. 2007
 105. Sis A. Menopoz dönemindeki kadınların menopozal yakınmalarının evlilik uyumuna etkisinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
 106. Uçanok Z, Bayraktar R. Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. *3P Dergisi: Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji* 1996; 4:11-20.
 107. Kırdoğlu FG. Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2005
 108. Gümüşay M, Erbil N. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Menopoz Tutumunun Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergis*. 2019;2 (2) , 96-109.
 109. Dennerstein L, Lehert P, Dudley E, Guthrie J. Factors contributing to positive mood during the menopausal transition. *TheJournal of nervous and mental disease*. 2001;189(2):84-9.

110. Parmaksız M. Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Doyumlarının Menopozal Yakınmalara Etkisi Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi Karabük – 2019
111. Uskaner G. Kadın Konuk Evlerinde Kalan Ve Kendi Evlerinde Kalan Kadınların Disosiyasyon Düzeyleri Ve Travma Öyküsününincelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüpsikoloji Anabilim Dalı klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017
112. Sis Çelik A, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;16-29
113. Makara Peşin, K. Menopoz Döneminde Kupperman İndeksi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Tıpta Uzmanlık Tezi) İstanbul – 2019
114. Kalarhousdi MA, Taebi M, Sadat Z, et al. Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Kashan, Iran. Iran Red Crescent Med J 2011; 13:811-7.
115. Lee M-S, Kim J-H, Park MS, Yang J, Ko Y-H, Ko S-D, et al. Factors Influencing the Severity of Menopause Symptoms in Korean Post-menopausal Women. J Korean Med Sci. 2010;25(5):758-65.
116. Haimov-Kochman R, Constantini N, Brzezinski A, Hochner-Celnikier D. Regular exercise is the most significant lifestyle parameter associated with the severity of climacteric symptoms: a cross sectional study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;170(1):229-34
117. Hess R, Olshansky E, Ness R, Bryce CL, Dillon S, Kapoor W, et al. Pregnancy and birth history influence women's experience of menopause: Menopause. 2008;15(3):435-41.
118. Greendale GA, Gold EB. Life style Factors: Are They Related to Vasomotor Symptoms and do They Modify the Effectiveness or Side Effects of Hormone Therapy? The American Journal of Medicine, 2005; 118 (12B),148S-154S
119. Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004;2(7):48-58.
120. Yang HJ, Suh PS, Kim SJ, Lee SY. Effects of Smoking on Menopausal Age: Results From the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007 to 2012. J Prev Med Public Health. 2015;48(4):216-224. doi:10.3961/jpmph.15.021
121. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. Social science & medicine 2002;55(11):197588
122. Gonçalves AK, GomesCanário AC, LeitãoCabral PU, et al. Impact of physical activity on quality of life in middle-aged women: a population based study. Rev Bras Ginecol Obstet 2011;33(12):408–413
123. Silva RT, Câmara SMA, Moreira MA., Nascimento RA, Vieira RCA, Moraes MSM, Maciel ACC, Correlation of Menopausal Symptoms and Quality of Life with Physical Performance in Middle-Aged Women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016; 38:266–272. DOI:http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584238.
124. Tunçarslan N. Menopoz Dönemi ndeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Desteğin Menopoz Semptomlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan 2019, 26-49.
125. Newton KM, Reed SD, LaCroix AZ, Grothaus LC, Enrich K, Guiltinan J. Treatment of vasomotor symptoms of menopause with black cohosh, multibotanicals, soy, hormones therapy, or placebo. A randomized trial. Ann Intern Med 2006;145(12):869-879
126. Girardi A, Piccinni C, Raschi E, Koci A, Vitamia B, Poluzzi E, De Ponti F. Use of phytoestrogens and effects perceived by postmenopausal women: result of a questionnaire-based survey. BMC Complementary & Alternative Medicine. 2014; 14: 262. Doi: 10.1186/1472-6882-14-262
127. Kandemir F. Postmenopoz Süreci ndeki Kadınların Ruhsal Yönden Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 2010; 54-111.
128. Taebi M, Abdollahian S, Ozgoli G, Ebadi A, Kariman N. Strategies to improve menopausal quality of life: A systematic review J Educ Health Promot. 2018; 7: 93.

129. Mauas V, Sibley KCD, Zuroff CD. Depressive symptoms in the transition to menopause: the roles of irritability, personality vulnerability, and self-regulation. *Arch Womens Ment Health* 2014;17: 279-89.
130. Lin FM, Ko CH, Wu WYJ, Chang MF. The impact of estrogen or menopause status on depressive symptoms among climacteric women in Taiwan: neuroticism Menopause: as moderator or mediator?. *The Journal of The North American Menopause Society*. 2008;15: 138-43.
131. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health and quality of life outcomes*. 2004;2:45.
132. Aydın Özkan S, Karaca T, Şimşek Küçükkeleş D, Bilgiç D. Türkiye’de Hemşireler Tarafından Menopozal Dönem Yaşam Kalitesine Yönelik Yapılan Tezlerin İncelenmesi Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 8(3): 315-325



EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-3: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

EK-4: Cervantes Kişilik Ölçeği

EK-5: Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK-6: Etik Kurul Onay Belgesi

EK-7: Kurum Onay Belgesi

EK-8: Ölçek Kullanım İzinleri

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Yapmayı planladığımız çalışmada, sizin gibi hastanemize başvuran menopoz dönemindeki kişilerde yaşanan yakınmalar, kişilik özellikleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçladık. Bu çalışma bundan sonra yapılacak çalışmalara veri teşkil etmede oldukça yararlı bilgiler sağlayacaktır. Araştırma için Üsküdar Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinden gerekli izin ve çalışma için etik kurul izni alınmıştır. Araştırma esnasında bir tanıtıcı bilgi formu (sosyo-demografik ve genel sağlık sorunlarınıza ilişkin sorular), Cervantes Kişilik Ölçeği, Mneopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Utian yaşam Kalitesi Ölçeği formları yanıtlanacaktır. Soru formlarını yanıtlamak yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz veya herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırabilirsiniz. Bu takdirde tedavi ve bakımınız bu durumdan hiçbir şekilde etkilenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmada kayıtlarınız yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacaktır. Bütün veriler araştırmacı tarafından toplanacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Saygılarımla

Dr.Öğr.Üyesi Melike DİŞSİZ

Hemşire İlknur TOPÇU

Yukarıdaki açıklamayı okudum ve anladım. Araştırmacı tarafından yukarıdaki çalışma bana sözlü olarak anlatıldı ve sorularıma cevap verildi. Gönüllü olarak, kendi rızamla hiçbir baskı, zorlama olmaksızın çalışmaya katılmayı ve çalışmanın sonuçlarının yayınlanmasını kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

EK-2: TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaş :
2. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Dul () Boşanmış
3. Kaç yıllık evlisiniz?.....
4. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz? () Çekirdek aile () Geniş aile ()
Parçalanmış aile
5. Çalışma Durumunuz? () Çalışıyor () Çalışmıyor
6. Mesleğiniz nedir? () Ev hanımı () Emekli () Diğer.....
7. Eğitim Düzeyiniz ;.....(yıl)
() Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise veya eşdeğer () Yüksekokul/Fakülte
8. Aylık Geliriniz;
() Gelirim giderimden az () Gelirim giderimi karşılıyor () Gelirim
giderimden fazla
9. Sosyal güvence varlığı () Var () Yok
- 10.Doğurganlık Öyküsü;
Gebelik sayınız.....Doğum Sayınız.....Düşük Sayınız.....Kürtaj
Sayınız.....
- 11.Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz? () Evet () Hayır
12. En son ne zaman adet gördünüz (son adet
tarihiniz)?.....
13. Menopoz yaşıınız;.....
14. Menopozla girdiyseniz şeklini ve ne kadar süredir menopozda olduğunu belirtiniz
() Doğal menopoz (süresi.....) () Cerrahi menopoz
(süresi.....)
15. Menopoz ile ilgili bir hastaneye başvurduunuz mu? () Evet () Hayır
16. Menopoz yakınmaları ile baş etmek için tamamlayıcı ve
alternatif tıbbi uygulamaları kullanma durumunuz; (Kullanıyorsanız açıklayınız)
() Kullanmıyorum ()
Kullanıyorum.....
17. Menopozal yakınmalarınızla baş etmedeki desteklerinizi belirtiniz;(birden fazla
seçenek işaretleyebilirsiniz)
() Eş () Çocuklar () Arkadaşlar () Sanatsal aktiviteler ()
Spor aktiviteleri
() Diğer.....
18. Kadın sağlığı ve hastalıkları ile ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi?
() Geçirmedim () Geçirdim (ameliyatın adı:.....
zamanı:.....)
19. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Cevabınız evetse açıklayınız)

() Hayır () Evet

20. Geçmişte herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirdiniz mi? (Cevabınız evetse açıklayınız)

() Hayır () Evet.....

21. Şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? (Cevabınız evetse açıklayınız)

() Hayır () Evet.....

22. Düzenli egzersiz yapar mısınız? (Cevabınız evetse açıklayınız)

() Hayır () Evet

() Haftada 3'ten fazla () Haftada 3 ve daha az

23. Sigara kullanıyor musunuz?

() Kullanmıyorum () Kullanıyorum (günde.....tane, ne kadar süredir.....)

24. Son zamanlarda yaşamınızda sizi etkileyen önemli bir olay yaşadınız mı?

(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Aileden birinin kaybı () Eş ile ilgili sorun (boşanma, ayrı yaşama, geçimsizlik, şiddet)

() Çocukla ilgili sorun (çocuktan ayrılma vb) () Evde bakıma muhtaç birinin olması

() Diğer

25. Sorunlarınız olduğu zaman aile ve arkadaşlarınız size destek olmaya çalışır mı?

() Hayır () Evet () Bazen

26. Aile ve arkadaşlarınız sizin duygularınıza önem verirler mi?

() Hayır () Evet () Bazen

EK-3: MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz.

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

EK-4: CERVANTES KİŞİLİK ÖLÇEĞİ

Cervantes Kişilik Ölçeği'nde belirtilen maddelerden sizde ne düzeyde olduğunu işaretleyiniz. Azdan çoğa doğru 0 (en az) ile 5 (en çok) arasında puanlandırınız.

1. Konuşkan bir insan olduğumu düşünüyorum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Kesinlikle öyleyim
2. Zaman zaman kendimi çok kötü hissediyorum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
3. Bazen bana ait olmayan bir şeyi kaybederim veya bozarım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
4. Çok arkadaşım var.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
5. Söylemediğim ya da yapamadığım şeyler sürekli olarak zihnimi meşgul eder.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
6. Bazen diğer insanlara imrenirim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
7. Kimseyi tanımıyor olsam bile grup içinde/ partide iyi zaman geçirebilirim.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
8. Duygu durumum değişiklik gösterir.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
9. Benim hatam olduğumu bile bile başka birisinin benim suçumu üstlenmesine izin veririm.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
10. Birisiyle dışarıya çıkmaya her zaman hazırım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
11. Kendimi memnun hissetmek için diğer insanların onayına gereksinim duyarım.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
12. Diğer insanlar ile bir şeyler yapmak yerine her zaman evde vakit geçirmeyi tercih ederim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
13. Çok planlı davranmama karşın bazı şeyler kötü/ters gider.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
14. Bazen dedikodu yaparım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
15. Toplandığımız zaman birileriyle sohbet etmekten hoşlanırım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
16. Bazen öyle gergin oluyorum ki işime devam edemiyorum.	Asla	0	1	2	3	4	5	Sürekli
17. Bazen diğer insanların ne konuştuklarına kulak misafiri olurum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
18. Yeni tanıştırıldığım biriyle konuşmayı başlatmakta zorlanırım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
19. Kendimi bomboş hissediyorum.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
20. Bazen işlerimi ertesi güne ertelerim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru

EK-5: UTİAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Değerli katılımcı;

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ile menopozal dönemdeki yaşam kaliteniz değerlendirilmekte olup, aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi lütfen son bir ayınızı düşünerek belirtiniz. Aşağıdaki ifadeleri size uygunluğuna göre, 1'den 5'e doğru sıralayınız. Eğer aşağıdaki ifadelere kesinlikle katılmıyorsanız 1'i, katılmıyorsanız 2'yi, biraz katılıyorsanız 3'ü, katılıyorsunuz 4'ü, kesinlikle katılıyorsunuz 5'i işaretleyiniz. Her soruyu yanıtladığınıza emin olunuz.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Hayatımda benim için önemli olan şeyleri kontrol edebiliyorum.	1	2	3	4	5
2.	Günlük işlerimi yaparken zorlanmıyorum.	1	2	3	4	5
3.	Yaptığım iş/diğer etkinliklerimin topluma faydası olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
4.	Cinsel hayatımdan memnun değilim.	1	2	3	4	5
5.	Partnerimle/eşimle yaşadığım duygusal hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5
6.	İş ve ev hayatımda takdir ediliyorum.	1	2	3	4	5
7.	Dış görünüşümden memnun değilim.	1	2	3	4	5
8.	Beslenme düzenim besin içeriği yönünden sağlıklı değil.	1	2	3	4	5
9.	Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığına sahibim.	1	2	3	4	5
10.	Düzenli olarak haftada en az 3 kez egzersiz yapıyorum.	1	2	3	4	5
11.	Ruh halim genellikle depresiftir/karamsardır.	1	2	3	4	5
12.	Sık sık endişe yaşıyorum.	1	2	3	4	5

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
13.	Başıma gelen olayların çoğunu kontrol edemiyorum.	1	2	3	4	5
14.	Eşimle yaşadığım cinsel ilişki sıklığından memnunum.	1	2	3	4	5
15.	Bugünlerde cinsel ilişki sırasında acı ve bedensel rahatsızlık yaşıyorum.	1	2	3	4	5
16.	Fiziksel sağlığımı kontrol edemiyorum.	1	2	3	4	5
17.	İş başarılarımla /diğer etkinliklerimin başarılarıyla gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
18.	Hayatımın yeni şeyler yapmak için beni teşvik ettiğine inanıyorum.	1	2	3	4	5
19.	Kendime sürekli yeni hedefler koyuyorum.	1	2	3	4	5
20.	Hayatımda iyi şeylerin olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
21.	Fiziksel olarak kendimi sağlıklı hissediyorum.	1	2	3	4	5
22.	Fiziksel olarak kendimi formda hissediyorum.	1	2	3	4	5
23.	Kendime sürekli yeni hedefler koyuyorum.	1	2	3	4	5

EK-6: ETİK KURUL ONAY BELGESİ

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

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Menopozal Dönemdeki Kadınların Yakınmaları, Kişilik Özellikleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Melike Dişsiz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
	İlaç dışı klinik araştırma	☒			
	Diğer ise belirtiniz				
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanı
 Unvanı/Adı/Soyadı: Dr. Ayşenur DELAYİR
 İmza:

 ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU EY.FR.22	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Menopozal Dönemdeki Kadınların Yakınmaları, Kişilik Özellikleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	SIGORTA			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		Açıklama		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☒				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				
	Karar No: 36	Tarih: 03.04.2019				
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
	Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR

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

*: Toplantıda

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

EK-7: KURUM ONAY BELGESİ

ZEYNEL KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

"Menopozal Dönemdeki Kadınların Yakınmaları, Kişilik Özellikleri ve Yaşam Kalitesi
Arasındaki İlişki" isimli çalışmamızın etik kurul kararı ektedir. Kurumunuzda çalışma
yapabilmek için müsaadenizi arz ederim.

ADI SOYADI

İlker Topcu

İMZA

Tel:

Eğitim Birimi
Dyandur.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ZEYNEP KAMİL KADIN
VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL ZEYNEP
KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GELEN
GİDEN EVRAK BİRLİMİ
22/03/2021 13:53 / E-11391090-000-1648 /
00137093227

EK-8: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Tez Çalışması İçin İzin İsteği Hk. Gelen Kutusu X



İlknur Topçu

Alici: halime_colak

4 Şub 2019 Pzt 15:25



Merhaba,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım. "Menopozal Dönemdeki Kadınların Yakınmaları, Kişilik Özellikleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" isimli tez çalışmam için geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılarımla

—
Hemşire İlknur TOPÇU

Sancaktepe İSADEM
İstanbul Büyükşehir Belediyesi
Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi



Halime ABAY

Alici: ben

9 Şub 2019 Cmt 15:01



Merhaba ilknur hanım, tabiki kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim..

Tez Çalışması İçin İzin İsteği Hk. Gelen Kutusu X



İlknur Topçu

Alici: ozlemcan

4 Şub 2019 Pzt 15:27



Merhaba,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım. "Menopozal Dönemdeki Kadınların Yakınmaları, Kişilik Özellikleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" isimli tez çalışmam için geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılarımla

—
Hemşire İlknur TOPÇU

Sancaktepe İSADEM
İstanbul Büyükşehir Belediyesi
Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi



Özlem

Alici: ben

4 Şub 2019 Pzt 15:48



Merhaba İlknur Hanım,

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Dr.Öğr.Üyesi Özlem CAN GÜRKAN

Tez Çalışması İzin İsteği Hk. Gelen Kutusu X



İlknur Topçu

Alici: meltemdemirgoz

28 Şub 2019 Per 16:36



Merhaba,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım. "Menopozal Dönemdeki Kadınların Yakınmaları, Kişilik Özellikleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" isimli tez çalışmam için geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Cervantes Kişilik Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılarımla

—
Hemşire İlknur TOPÇU

Sancaktepe İSADEM
İstanbul Büyükşehir Belediyesi
Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi



meltemdemirgoz

Alici: ben

28 Şub 2019 Per 16:42



Elbette kullanabilirsiniz, başarılar dilerim.