

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

**MENOPOZAL SEMPTOM ŞİDDETİ VE MENOPOZA ÖZGÜ
YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Fzt. Gizem TAŞKIRAN

**Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2019

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

**MENOPOZAL SEMPTOM ŞİDDETİ VE MENOPOZA ÖZGÜ
YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Fzt. Gizem TAŞKIRAN

**Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Serap ÖZGÜL**

**ANKARA
2019**

ONAY SAYFASI**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ****Menopozal Semptom Şiddeti ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen****Faktörlerin İncelenmesi****Öğrenci: Gizem TAŞKIRAN****Danışman: Doç. Dr. Serap ÖZGÜL**

Bu tez çalışması 09.08.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Tülin DÜĞER
(Hacettepe Üniversitesi)

**Tez Danışmanı:**

Doç. Dr. Serap ÖZGÜL
(Hacettepe Üniversitesi)

**Üye:**

Prof. Dr. Türkan AKBAYRAK
(Hacettepe Üniversitesi)

**Üye:**

Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

**Üye:**

Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN
(Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

04 Eylül 2019


Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

04.09.2019

Fzt. Gizem TAŞKIRAN

1- "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmada bütün bilgi ve belgeleri akademik etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Serap ÖZGÜL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Fzt. Gizem TAŞKIRAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve öğrenimim boyunca ve tezimin her aşamasında değerli katkılarını ve bilimsel desteğini benden esirgemeyen, sabırla hatalarımı düzelten, yapıcı ve pozitif yaklaşımlarıyla bana rehberlik eden çok değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Serap ÖZGÜL'e,

Yüksek lisans eğitim ve öğrenimim sırasında kendisinden aldığım dersler ve klinik çalışma sırasında kadın sağlığı alanındaki bilgi, beceri ve vizyonumun gelişmesine katkıda bulunan çok değerli hocam Prof. Dr. Türkan AKBAYRAK'a,

Tezimin her aşamasında yardımlarıyla yanımda olan ve her türlü soruma sabırla cevap veren sevgili arkadaşım Uzm. Fzt. Gamze Nalan ÇINAR'a,

Tezimin tüm sürecinde her konuda ve her an yardımına koşan can dostlarım Fzt. Mine DANIŞ ve Dr. Selen YAZKILI'ne,

Bu süreçte motivasyonumu korumama yardımcı olan yüksek lisans arkadaşlarım Fzt. Burçin ÖZYÜREK ve Fzt. Burcu ŞENOL'a,

Tüm eğitim hayatımda maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen ve her zaman yanımda olduklarını hissettiren annem Dudu ÜSTÜNER ve babam Murat ÜSTÜNER ve ablalarım Alev ŞAHİN ve Duygu ÜSTÜNER'e,

Hayatımın her anında olduğu gibi bu süreçte de elimi hiç bırakmayan, ilgisi ve mesleki bilgisiyle bana güç veren, benim için her zaman bir eşten öte olan hayat arkadaşım Dr. Arda Taşkın TAŞKIRAN'a,

Bu süreçte güzel enerjileriyle pozitif kalmamı sağlayan mesai arkadaşlarım Dr. Alper DEMİR, Psk. Sefa GÖL, ve Sosyal Hizmet Uzmanı Seda YİĞİT'e,

Kısa bir süre önce aramızdan ayrılan canım melek oğlum YODA'ya

En içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

TAŞKIRAN G. Menopozal Semptom Şiddeti ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019. Bu çalışma menopozal semptom şiddetine göre bireylerin fiziksel aktivite, psikolojik durum ve yaşam kalitelerini karşılaştırmak ve menopozal semptom şiddetini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlandı. Çalışmaya yaş ortalaması 56.64 ± 6.59 yıl olan, perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki 245 birey dahil edildi. Bireylerin menopozal semptom şiddetleri “Blatt-Kupperman Menopozal İndeks (BKMI)” ve “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği” ile, menopoza özgü yaşam kaliteleri “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile değerlendirildi. Bireyler daha sonra BKMI skoruna göre “hafif(n=112), orta(n=107), ve şiddetli(n=26) semptomatik” olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Çalışmaya dahil edilen tüm bireylerde ayrıca demografik (yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu) ve fiziksel özellikler (vücut kitle indeksi), medikal özgeçmiş (kronik hastalık durumu, obstetrik ve menopozal özellikler), fiziksel aktivite düzeyi, anksiyete ve depresyon düzeyi ve genel yaşam kalitesi değerlendirildi ve tüm bu parametrelerin menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldı. Çalışma sonuçlarına göre menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi açısından medeni durum, vücut kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, gebelik sayısı, menopozu algılama şekli, anksiyete düzeyi, psikolojik durum ve genel yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı faktörler olarak tespit edildi ($p<0.05$). Diğer yandan bireylerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, vajinal doğum sayısı, menopoz tipi, menopozal evre ve fiziksel aktivite düzeyi faktörleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı etki görülmedi ($p>0.05$). Çalışma sonuçlarımıza göre, menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu belirlenen tüm faktörler göz önüne alınarak, bireye özgü değerlendirme ve tedavi programları oluşturulmalıdır. Türkiye’nin kırsal, kentsel ve farklı coğrafi bölgelerinde yaşayan kadınlarda, menopozal semptomları ve menopoza özgü yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen geniş örneklemli ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Menopozal Semptom, Yaşam kalitesi, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi, Risk Faktörü

ABSTRACT

TAŞKIRAN G. Investigation of Factors Affecting Menopausal Symptom Severity and Menopause-Specific Quality of Life. Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Physical Therapy and Rehabilitation Program, M.Sc. Thesis, Ankara, 2019.

This study was planned to compare the physical activity, psychological status and quality of life of the individuals according to the severity of menopausal symptoms and to investigate the factors affecting the severity of menopausal symptoms. 245 individuals with a mean age of 56.64 ± 6.59 years in the perimenopausal and postmenopausal period were included in the study. Menopausal symptom severity of the individuals was evaluated with “Blatt-Kupperman Menopausal Index (BKMI)” and “Menopause Rating Scale” and the menopausal quality of life (QOL) of the individuals was evaluated with “Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire”. Individuals were divided into 3 groups by using BKMI score as “mild symptomatic” (n=112), “moderate symptomatic” (n=107), and “severe symptomatic” (n=26). Demographic (age, marital status, educational and employment status) and physical characteristics (body mass index), medical history (chronic disease status, obstetric and menopausal characteristics), physical activity level, anxiety and depression level and general QOL was evaluate and the effect of all these parameters on menopausal symptom severity and menopause-spesific QOL was investigated. According to the results of the study, marital status, body mass index, presence of chronic disease, number of pregnancy, perception of menopause, anxiety level, psychological status and general QOL were found to be statistically significant factors in terms of menopausal symptom severity and menopause-specific QOL ($p>0.05$). On the other hand, there was no statistically significant effect for the factors of age, educational and working status, number of vaginal births, menopause type, menopausal stage and physical activity level ($p> 0.05$). According to the results of the study, individual assessment and treatment programs should be established by considering all factors determined to have an impact on menopausal symptom severity and menopause-specific QOL. Further studies with large samples are needed to investigate the factors affecting menopausal symptoms and menopause-specific QOL in Turkey's rural and urban women living in different geographical regions.

Keywords: Menopause, Menopausal Symptoms, Quality of Life, Menopause-Specific Quality of Life, Risk Factor

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLOLAR	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Menopoz	3
2.2. Klimakterik Dönem	5
2.2.1. Klimakteryum Evreleri	5
2.3. Menopozal Geçişin Fizyolojisi Ve Endokrin Değişiklikler	8
2.3.1. Östrojen	8
2.3.2. Progesteron	9
2.3.3. Androjenler	9
2.3.4. Ovaryen Yaşlanma ve Anti-Müllerian Hormon	9
2.4. Menopozal Semptomlar	10
2.4.1. Merkezi Sinir Sistemi ile ilişkili Semptomlar	10
2.4.2. Genitoüriner Semptomlar	13
2.4.3. Seksüel Semptomlar	14
2.4.4. Konnektif Doku Değişiklikleri ve İlişkili Semptomlar	15
2.4.5. Kardiyovasküler Değişiklikler ve İlişkili Semptomlar	16
2.4.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri ve İlişkili Semptomlar	16
2.5. Menopozal Semptomlarda Değerlendirme	17
2.6. Menopozal Semptomlarda Tedavi	19
2.6.1. Farmakolojik Tedavi	19
2.6.2. Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar	20

2.7. Menopozal Semptomların Şiddetini Etkileyen Faktörler	23
3. BİREY ve YÖNTEM	27
3.1. Bireyler	27
3.2. Yöntem	27
3.2.1. Menopozal Semptomların Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisi	28
3.2.2. Menopozal Semptom Şiddetini ve Bu Semptomların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinde Rol Oynayabileceği Öngörülen Parametreler	29
3.3. İstatistiksel Yöntem	32
4. BULGULAR	33
4.1. Demografik ve Fiziksel Özellikler ve Detaylı Medikal Hikaye	33
4.1.1. Demografik Özellikler	33
4.1.2. Fiziksel Özellikler	39
4.1.3. Detaylı Medikal Hikaye	41
4.2. Fiziksel Aktivite Düzeyi	50
4.3. Anksiyete Düzeyi	52
4.4. Psikolojik Durum	53
4.5. Genel Yaşam Kalitesi	56
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	70
6.1. Sonuçlar	70
6.2. Öneriler	71
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER	
EK-1. Etik Kurul Onay Formu	
EK-2. Blatt-Kupperman Menopozal indeks	
EK-3. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MRS)	
EK-4. Menopoza Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK-5. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form	
EK-6. STAI FORM TX – 1	
EK-7. Beck Depresyon Envanteri	
EK-8. Nottingham Sağlık Profili	
EK-9. Orjinallik Ekran Çıktısı	

EK-10. Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ



SİMGELER ve KISALTMALAR

%	: Yüzde Oranı
AFS	: Antral folikül sayısı
AMH	: Anti-müllerian hormon
BKMİ	: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks
cm	: Santimetre
DHEA	: Dehidroepiandrostenodion
DHEAS	: Dehidroepiandrostenodion sülfat
dk	: Dakika
DSKÖ	:Durum ve Süreklilik Kaygı Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E2	: 17-B östradiol
FSH	: Folikül stimüle edici hormon
GCS	: Greene Climacteric Scale
HRT	: Hormon replasman tedavisi
IPAQ	: International Physical Activity Questionnaire
KDM	: Konnektif Doku Masajı
kg	: Kilogram
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
MET	: Metabolik Eşdeğer
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
MSDÖ	: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
NSP	: Nottingham Sağlık Profili
PTKE	: Pelvik Taban Kas Eğitimi
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory
STRAW	: Staging Reproductive Aging in Women
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UFAA	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

ŞEKİLLER**Şekil****Sayfa****2.1. STRAW Evreleme Sistemi****7**

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1. Bireylerin yaşlarının menopozal semptom şiddeti grupları arası karşılaştırılması.	33
4.2. Bireylerin yaşları ile MSDÖ puanları arası ilişki.	34
4.3. Bireylerin yaşları ile MÖYKÖ puanları arası ilişki.	34
4.4. Bireylerin medeni durumlarının menopozal semptom şiddeti grupları arası karşılaştırılması.	35
4.5. Bireylerin medeni durumlarına göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.	35
4.6. Bireylerin medeni durumlarına göre MÖYKÖ puanları karşılaştırması.	36
4.7. Bireylerin eğitim durumlarının menopozal semptom şiddeti grupları ile karşılaştırılması.	36
4.8. Bireylerin eğitim durumlarına göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.	37
4.9. Bireylerin eğitim durumlarına göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.	37
4.10. Bireylerin çalışma durumlarının menopozal semptom şiddeti grupları ile karşılaştırılması.	38
4.11. Bireylerin çalışma durumlarına göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.	38
4.12. Bireylerin çalışma durumlarına göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.	39
4.13. Bireylerin VKİ değerlerinin menopozal semptom şiddeti grupları arası karşılaştırılması.	39
4.14. Bireylerin VKİ değerleri ile MSDÖ puanları arası ilişki.	40
4.15. Bireylerin VKİ değerleri ile MÖYKÖ puanları arası ilişki.	40
4.16. Bireylerin kronik hastalık durumlarının menopozal semptom şiddet grupları arası karşılaştırılması.	41
4.17. Bireylerin kronik hastalık durumlarına göre MSDÖ puanları karşılaştırılması.	42
4.18. Bireylerin kronik hastalık durumları ile MÖYKÖ puanları karşılaştırılması.	42
4.19. Bireylerin menopozal semptom şiddeti grupları ile obstetrik parametrelerin karşılaştırılması.	43
4.20. Bireylerin obstetrik parametreleri ile MSDÖ puanları arası ilişki.	43
4.21. Bireylerin obstetrik parametreleri ile MÖYKÖ puanları arası ilişki.	44
4.22. Bireylerin menopozal semptom şiddet grupları arası menopoza girme şeklinin karşılaştırılması.	45
4.23. Bireylerin menopoza giriş şekline göre MSDÖ puanları karşılaştırılması.	45

4.24.	Bireylerin menopoza giriş şekline göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.	46
4.25.	Bireylerin menopoza algılama durumu ile menopozal semptom şiddet grupları arası karşılaştırması.	47
4.26.	Bireylerin menopoza algılama durumuna göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.	47
4.27.	Bireylerin menopoza algılama durumları ile MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.	48
4.28.	Bireylerin menopozal evre dağılımlarının menopozal semptom şiddet grupları arası karşılaştırılması.	49
4.29.	Bireylerin menopozal evrelerine göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.	49
4.30.	Bireylerin menopozal evrelerine göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.	50
4.31.	Bireylerin fiziksel aktivite düzeyinin menopozal semptom şiddet grupları arasında karşılaştırılması.	50
4.32.	Bireylerin fiziksel aktivite düzeyine göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.	51
4.33.	Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile MÖYKÖ puanları karşılaştırılması.	51
4.34.	Bireylerin DSKÖ puanları ile menopozal semptom şiddet grupları karşılaştırılması.	52
4.35.	Bireylerin DSKÖ puanları ile MSDÖ puanları arasındaki ilişki.	53
4.36.	Bireylerin DSKÖ puanları ile MÖYKÖ puanları arasındaki ilişki.	53
4.37.	Bireylerin BDE grupları ile menopozal semptom şiddet grupları karşılaştırılması.	54
4.38.	Bireylerin BDE gruplarına göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.	55
4.39.	Bireylerin BDE gruplarına göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.	56
4.40.	Bireylerin NSP puanlarının menopozal semptom şiddet grupları arasında karşılaştırılması.	57
4.41.	Bireylerin NSP puanları ile MSDÖ puanları arasındaki ilişki.	58
4.42.	Bireylerin NSP puanları ile MÖYKÖ puanları arasındaki ilişki.	59

1. GİRİŞ

Kadın hayatı bebeklikten itibaren çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakterium (premenepoz - menepoz - perimenepoz - postmenepoz), ve yaşlılık olmak üzere beş döneme ayrılabilir. Tüm bu dönemler boyunca çok sayıda değişiklikler gözlemlenmesine ve her evrenin kendine özgü özellikleri olmasına rağmen klimakteryum dönemi kadın hayatında en çok değişikliğin yaşandığı dönemlerden biri olarak gösterilmektedir (1).

Günümüzde hayat koşullarının iyileşmesi ve daha iyi hale gelmesiyle tanı ve tedavi yöntemleri gelişmiş ve dolayısıyla insan ömründe belirgin bir artış olmuştur. Tüm bunlarla ilişkili olarak, dünya nüfusunda menopozal dönemdeki kadınların sayısı da artmıştır. Dünya nüfusu Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (2010) verilerine göre 6.8 milyar ve menopozal dönemdeki kadınlar 6.8 milyarın yaklaşık 1 milyar 200 milyonunu oluşturmaktadır. Kadınlarda tahmin edilen yaşam süresi Türkiye’de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre 80.7 yıldır. Bu veriler ışığında kadınların yaklaşık 81 yıl yaşayacağı varsayılırsa, yaşamının üçte birlik bölümünü yani yaklaşık 27 yılını postmenopozal dönemde geçireceği ve bu döneme özgü sağlık sorunları ile karşılaşabilecekleri bir gerçektir (2). Bu durum, bu döneme özgü semptomlara yönelik ileri çalışmaların önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Klimakteryumdaki değişimler, temelde overlerden östrojen üretiminin azalmasına bağlanmaktadır. Bu değişimlerle ilişkili şikayetlerden bazıları sıcak basmaları, kas eklem ağrıları, vajinal kuruluk, üriner problemler, sinirlilik, keyifsizlik ve uyku problemleridir (3). Bu semptomlar her ne kadar östrojen eksikliği ile ilişkilendirilse de her kadında aynı şiddette seyretmemektedir ve bu şikayetleri her kadın yaşamamaktadır. Diğer yandan kadınların tedavilere verdikleri yanıtlar da farklıdır. Bütün bu bilgilerin ışığında bu şikâyetlerin sadece östrojen eksikliği ile açıklanamayacağı düşünülmektedir. Östrojen eksikliğinin yanında bu semptomların ortaya çıkışında ve şiddetinde kadının menopoz ile ilgili tutumu, algı ve davranış biçiminin de etkili olduğu belirtilmektedir (4).

Literatürdeki çalışmalar genellikle menopozal semptom prevalansı ve tedavisi üzerine odaklanmıştır. Menopozal semptom şiddetini etkileyen faktörleri inceleyen kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Menopozal semptom şiddetine göre birey

özelliklerini karşılaştıran veya menopozal semptomların şiddetini etkileyen parametreler üzerine yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu çalışmanın amacı; menopozal semptom şiddetine göre kadınların fiziksel aktivite düzeyi, psikolojik durum ve yaşam kalitesini karşılaştırmak ve menopozal semptom şiddetini etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde incelemektir.

Bu çalışma için belirlediğimiz hipotezler aşağıda sıralanmıştır:

Hipotez 1:Hafif-orta-şiddetli menopozal semptom skorlarına göre oluşturulan kadın grupları arasında, kadınların fiziksel aktivite düzeyi, psikolojik durum, anksiyete düzeyi ve yaşam kaliteleri açısından fark vardır.

Hipotez 2:Şiddetli menopozal semptom skoruna sahip kadınların, hafif ve orta dereceli semptom skoruna sahip kadınlara göre fiziksel aktivite düzeyleri, psikolojik durumları, anksiyete düzeyleri ve yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmektedir.

Hipotez 3: Sosyodemografik ve medikal özellikler menopozal semptom şiddetini ve menopoza özgü yaşam kalitesini etkilemektedir.

Hipotez 4: Menopoza dair algı menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz

Menopoz, kadınlarda östrojen ve progesteron üretiminin azalması ve over işlevinin sonlanması nedeniyle üreme hayatının sonunu temsil eden doğal ve kaçınılmaz bir dönemdir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), menopozu, "over aktivitesinin kaybolması sonucu menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesi" olarak tanımlamaktadır (6). Menopoz yunanca men (ay) ve pausis (ara verme) köklerinden türetilmiş bir kelimedir. İlk kez 1816'da "menespausie" olarak Fransız doktor de Gardanne tarafından kullanılmıştır (7, 8). Beraberinde getirdiği birçok fiziksel ve psikolojik problem ile kadın yaşamında önemli bir role sahip olan menopozun bu önemi beklenen yaşam süresinin uzaması ile gün geçtikçe daha da artmaktadır (9). Yaşam süresi beklentisindeki artış sonucunda, kadınlar artık hayatlarının çok daha büyük bir kısmını menopoz döneminde geçirmektedir (3).

2013 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre; Türkiye'de beklenen ortalama kadın ömrü 79.4 yıldır. Türkiye İstatistik Kurumu 2014 verilerine göre ise, Türkiye'deki kadın nüfusunun oranı %49.8'dir. Kadın nüfusunun %20'sini 45-64 yaş arası kadınlar oluştururken, %7'sini 65-84 yaş grubu kadınlar ve %0.8'ini ise 85 ve daha yukarı yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır (10). Sanayileşmiş ülkelerde menopozun ortalama başlangıç yaşı 50'li yaşlar olup, gelişmekte olan ülkelerde birkaç yıl daha erkendir (11, 12). Batı ülkelerinde ortalama menopoz yaşı 52 iken, Amerika Birleşik Devletleri'nde ortalama 51 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde ise ortalama menopoz yaşı 47 olarak bildirilmektedir (13-16). Bu rakamlara da bakılacak olursa, kadınların büyük bir kısmı ömrünün üçte birini postmenopozal dönemde geçirmektedir (12). Sigara içen kadınlar içmeyen kadınlara göre yaklaşık 2 yıl daha erken menopoza girmektedir. Bu durum tüketilen sigara miktarı ve süresiyle ilişkilidir. Bazı çalışmalarda pasif içiciliğin de erken menopozla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (17-19). Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda az ve orta derece alkol kullanımının, kandaki östrojen konsantrasyonunu yükselttiği görülmektedir ve yapılan çalışmalarda alkol tüketiminin menopoz yaşını geciktirdiği saptanmıştır (20, 21).

Menopoz yaşını etkileyen diğer faktörler arasında; ırk, sosyoekonomik faktörler, genetik faktörler, gebelik sayısı, menarş yaşı ve oral kontraseptif kullanımı sayılabilir. Bu faktörler içinde genetik komponent oldukça baskındır. Klinik çalışmalarda, anne ile kızın neredeyse aynı yaşlarda menopoza girdikleri görülmüştür (22, 23).

Menopoz başlangıç yaşına ve oluş biçimine göre sınıflandırılabilir.

1) Başlangıç yaşına göre;

- i) **Erken menopoz:** Herhangi bir sebeple 40 yaşından önce menstruasyon sonlanmasına denir.
- ii) **Normal menopoz:** Menstruasyon sonlanmasının ortalama 45–54 yaşları arasında gerçekleşmesidir.
- iii) **Geç menopoz:** Kadının 55 yaşını doldurmasına rağmen menstrual kanamalarının devam etmesi durumunda geç menopozdan bahsedilir.

2) Oluş biçimine göre:

- i) **Doğal- spontan menopoz:** Patolojik ve fizyolojik bir neden olmaksızın art arda 12 ay süreyle amenore yaşanmasıdır.
- ii) **Cerrahi menopoz:** Bir tıbbi endikasyon nedeniyle overlerin eksizyonu (ooferektomi) sonrası gelişen menopozdur. Örneğin kanser için yüksek risk grubunda bulunan kadınlarda profilaktik olarak ooferektomi yapılabilir ve overler bilateral olarak çıkartılır. Perimenopozal dönemde yapılan profilaktik ooferektomiler sonrası hormon seviyelerinin doğal menopozdaki seviyelere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Postmenopozal dönemde yapılan ooferektomilerde ise androjen kaybı söz konusudur (24). Dolayısıyla menopoz semptomları cerrahi menopozda doğal menopoza göre daha şiddetlidir. Çünkü doğal menopozda foliküller yavaş yavaş tükenip vücut bu duruma uyum sağlarken cerrahi menopozda bu süreç radikal ve ani olarak gerçekleşir (25).

2.2. Klimakterik Dönem

Klimakteryum kelimesi Yunanca ‘klimakter’ kelimesinden türetilmiştir. Kelime anlamı ‘merdiven basamağı’ olan bu dönem kadın hayatında kritik bir öneme sahiptir Fertil ve infertil dönem arasında yer alan, overlerdeki fizyolojik değişimlerle birlikte hormonal dengenin değişmesiyle oluşan semptomlarla karakterize bir geçiş dönemidir (26).

2.2.1. Klimakteryum Evreleri

Klimakteryum sırasıyla 4 dönemden oluşmaktadır.

1. **Premenopoz:** Klimakteryumun ilk fazıdır. Menstrual siklustaki değişkenliğin artmaya başladığı zamandan en son menstrual sıklusa kadar devam eden periyot ‘premenopoz’ olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca bu dönemde menstrual siklusun değişmesine bağlı olarak fertilizasyon şansı da azalmaktadır (27).
2. **Menopoz:** Overlerin foliküler aktivitesinin kaybından kaynaklanan menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasını ifade etmektedir. Ardışık 12 ay boyunca amenore mevcuttur. Genellikle son menstrual siklus olarak adlandırılmaktadır (28).
3. **Perimenopoz:** Menopozu, menopozdan önceki birkaç yılı ve menopozdan sonraki ilk yıllardaki endokrinolojik, biyolojik ve klinik özelliklerin ortaya çıktığı zaman dilimini ifade etmektedir (28).
4. **Postmenopoz:** DSÖ’nün tanımına göre menopoz sonrası 6-8 yıllık dönem ‘postmenopozal dönem’ olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen sonlanmış ve fertilite ortadan kalkmıştır (28).

Reprodüktif yaşlanmayı, menstruasyon ve FSH seviyelerine göre standart bir şekilde tanımlamak amacı ile geliştirilen STRAW (Staging Reproductive Aging in Women) evreleme sistemi ilk defa 2001 yılında yayınlanmıştır. Bu evreleme sistemi 2011 yılında FSH, antral folikül sayısı (AFS), anti-müllerian hormon (AMH) ve inhibin-B ile ilgili veriler konularak revize edilmiştir (**Şekil 2.1**). Yetişkin kadın hayatını reprodüktif dönem, menopoza geçiş dönemi ve postmenopozal dönemi olmak üzere 3 ana döneme ayıran bu sistem, son menstrual siklus noktası (0 noktası) olacak şekilde son menstruasyon öncesi 5 evre sonrası ise 2 evre olmak üzere toplam 7 alt evreden oluşmaktadır (29).

1. Reprodüktif Dönem (STRAW -5,-4,ve-3b,-3a evre):

Erken reprodüktif dönemde, menstruel sikluslar hipotalamus-hipofiz-over aksı kontrolü altında ve düzenlidir. Erken reprodüktif dönemde (STRAW -5 ve -4.evre) fekundabilite azalır ve sikluslarda değişiklikler başlar. Geç reprodüktif dönem ise STRAW -3b ve STRAW -3a olmak üzere iki evreden oluşur. STRAW -3b evresinde menstrual sikluslar ve FSH normal düzeydedir ancak AMH ve AFS düşüktür. STRAW -3a evresinde ise foliküler fazın kısalmasına bağlı sikluslar kısalır ve FSH değerleri değişkendir. Ovaryen foliküllerin de azalmasına bağlı inhibin B seviyeleri düşer ve inhibin B' nin FSH üzerine negatif feedback etkisi azalınca FSH seviyeleri yükselir. Erken foliküler fazda FSH'nın yükselmesi reprodüktif yaşlanmanın sıklıkla ilk bulgusudur (29, 30).

2. Menopoza Geçiş Dönemi (STRAW -2, ve -1. evre):

Menopoza geçiş döneminde ovulasyonun bozulması ve hormonal sekresyonun değişmesine bağlı menstrual düzensizlik görülmektedir. Erken menopoza geçiş evresi (STRAW -2)'nde siklusların süreleri arasında 7 gün veya daha fazla değişkenlik vardır ve yüksek ama değişken seviyelerde FSH, düşük AMH ve AFS vardır. Geç menopozal geçiş evresi (STRAW -1)'nde ise 60 gün veya daha uzun süren amenore vardır. Yine bu evrede siklus süreleri ve hormon değerleri oldukça değişkendir ve anovulatuvar siklus sayısı oldukça artmıştır. Menopoza geçiş dönemi yaklaşık 1-3 yıl sürmektedir (29).

3. Postmenopozal Dönem (STRAW +1 ve +2 evre):

Postmenopozal dönem, son menstrual siklus sonrası başlar ve ortalama FSH ve östradiol düzeylerindeki değişkenlikler ile 4 alt bölüme ayrılmıştır. +1a ve +1b evrelerinin her biri bir yıl sürmekte ve sonunda FSH ve östradiol seviyeleri stabilize olmaktadır. +1a son menstrual siklus sonrası 12 aylık amenoreyi ve perimenopozun bitişini ifade etmektedir.

Son menstürasyondan sonraki 2 yıl içerisinde FSH yükselmeye devam ederken, östradiol düşer ve daha sonra bu değerler stabilize olmaktadır. Erken evre +1b postmenopozal ikinci yılda başlamakta, FSH ve östradiol seviyeleri stabilize olana

kadar sürmektedir. Evre +1a ve +1b evreleri ortalama 2 yılda bitmektedir ve vazomotor semptomların görülme olasılığı bu evrelerde en yüksek seviyededir. Evre +1c, yüksek FSH seviyelerinin ve düşük östradiol değerlerinin tahminen 3-6 yıl sürdüğü stabilizasyon periyodunu temsil etmektedir. Sonuç olarak erken postmenopozal dönem 5-8 yıl arasında değişen bir süreyi kapsamaktadır. Geç postmenopozal dönemde ise endokrin fonksiyonlarda sınırlı değişiklikler olurken, daha çok somatik yaşlanma semptomları bu dönemin belirteçleridir. Bu dönemde vajinal kuruluk ve ürogenital atrofi sıklıkla görülen semptomlardır (29).

Menarş				Son menstruasyon						
Evre	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminoloji	Reproduktif				Menopozal Geçiş		Postmenopoz			
	Erken	Pik	Geç		Erken	Geç	Erken			Geç
					Perimenopoz					
Süre	Değişken				Değişken	1-3 yıl	2 yıl (1+1)		3-6 yıl	Geri kalan ömür
BİRİNCİL KRİTER										
Menstrüel siklus	Değişken düzenli	Düzenli	Düzenli	Akış/uzunlukta küçük değişiklikler	Değişken Uzunluk Takip eden sikluslar arasında ≤7 günlük sabit farklar	≥60 günlük amenore aralığının				
DESTEKLEYİCİ KRİTER										
Endokrin FSH AMH İnhibin B			Düşük Düşük	Değişken Düşük Düşük	↑Değişken Düşük Düşük	↑>25IU/L Düşük Düşük	↑Değişken Düşük Düşük	Sabit Çok düşük Çok düşük		
Antral Folikül Sayısı			Düşük	Düşük	Düşük	Düşük	Çok düşük	Çok düşük		
TANIMLAYICI ÖZELLİKLER										
Semptomlar						Vazomotor semptomlar Olası	Vazomotor semptomlar çok olası		Artan ürogenital atrofi semptomları	

Şekil 2.1. STRAW Evreleme Sistemi

2.3. Menopozal Geçişin Fizyolojisi Ve Endokrin Değişiklikler

Kadınlarda, reproduktif yaşlanma, overlerin içindeki belirli sayıda germ hücresinin tükenmesi ile ilişkilidir (31). Bu süreç, kadın hayatında belirli zamanlarda hızlanan aşamalı bir süreçtir. 40'lı yaşların başına kadar mevcut folikül sayısı yavaşça folikül havuzunun yarısına kadar azalmaktadır. Atrezinin hızlı olduğu oositlerin sıfırlandığı bu geçiş süresi ortalama 52.4 yaşına kadar sürmektedir. Azalmış folikül havuzu, inhibin B üretiminin ve östrojenin kaybıyla sonuçlanır. Östrojen ve inhibin B'nin azalması negatif feedback mekanizmasıyla folikül stimüle edici hormon (FSH) sekresyonunu artırır ve kanda FSH düzeyi artar (32). FSH yükselmesine bağlı foliküler faz kısalır, daha sonra overlerde FSH'ya direnç artar ve foliküler faz uzar. Menopozal geçişteki bu karakteristik FSH artışı eğer duyarlı folikül mevcutsa folikülojenezle sonuçlanır ve siklus gerçekleşir. Ancak duyarlı foliküller mevcut değilse amenore gelişir. Geçişin ilk aşamalarında kadınlarda bazı aylar duyarlı bazı aylar ise duyarsız foliküller aktive olmakta ve bu mekanizma reproduktif hormonal geçişi açıklamaktadır (27, 33).

2.3.1. Östrojen

Östrojenin östradiol ve östron olmak üzere iki çeşidi vardır. Menopozal döneme kadar overlerden salgılanan östradiol kadında baskın olan östrojendir. Östradiol seviyesi 30 yaş civarında 450-550 pmol/L ile pik yapar. Daha sonra kandaki seviyesi gittikçe azalır ve menopozdan sonra yaklaşık 80 pmol/L'ye düşer. Menopoz sonrasında dolaşımda en yüksek düzeyde bulunan östrojen ise yağ dokusunda androstenodiondan üretilen östrondur. Menopoz sonrası, over fonksiyonlarının sonlanmasına rağmen östrodiol düzeyinin sıfırlanmaması dokuların adrenal ve ovaryen androjenleri aromatize etmesine bağlıdır. Bu üretimde periferik doku rol oynadığı için bu dokunun fazla olduğu obez kadınlarda östron konsantrasyonu daha yüksektir (34, 35).

2.3.2. Progesteron

Progesteron ovulasyondan sonra overlerde üretilir. Preovulatuvar fazda üretim hızı günde 1 mg'dan az iken luteal fazda günde 20-30 mg'a kadar çıkar. Menopozdan sonra progesteron üretimi kesilir ve ilk azalan hormon progesterondur (36).

2.3.3. Androjenler

Kadınlarda androjenler overlerden ve adrenal korteksten üretilir ve bu üretim ilerleyen yaşla birlikte azalır. Adrenal bezden testosteron, androstenedion, dehidroepiandrostenodion (DHEA), dehidroepiandrostenodion sülfat (DHEAS) üretilir. Overden ise testosteron, androstenedion ve DHEA üretilir. Kadınlarda testosteronun %50 si bu ürünlerin periferik dönüşümü ile üretilirken overler ve bezlerin her birinin katkısı % 25' tir. Postmenopozal dönemde androstenedion düzeyleri yaklaşık 1/3 oranında azalır ve bu dönemde temel kaynağı adrenal bezlerdir (35, 36).

2.3.4. Ovaryen Yaşlanma ve Anti-Müllerian Hormon

Progresif olarak gelişen primordial folikül havuzunun kaybı anlamına gelen ovaryen yaşlanma fetal hayatta başlar ve doğumdan menopoza kadar devam eder. İntrauterin 5. ay içinde dişi fetus overlerinde yaklaşık olarak 6-7 milyon oogonia bulunur ve doğumda bu sayı 1-2 milyona ardından puberte başlangıcında 300-400 bine düşer ve menopoz zamanında overlerde yaklaşık 1000 primordial folikül kalır (37). Over fonksiyonu folliküllerin tükendiği menopoz dönemine kadar devam eder.

Anti-müllerian hormon (AMH) antral foliküllerin granülosa hücrelerinden salgılanır. Serum seviyeleri 25 yaşında pik yapan AMH, kadın hayatının geri kalan döneminde artan yaşla beraber azalmaya başlar (38). AMH, primordial folikül havuzundan seçilmeyi inhibe eder ve küçük antral foliküllerin FSH'ya olan duyarlılığını azaltır. Böylece foliküler seçilme ve foliküler gelişimi engelleyerek, folikül gelişimindeki fizyolojik sınırları belirler. Reprodüktif ömür, primordial folikül havuzundan büyüme aktivasyonunun regülasyonuna bağlıdır. AMH yokluğunda foliküler seçilme hızı artar ve hızla tükenme meydana gelir. Menopoz ile sonuçlanan foliküler tükenme döneminde AMH'nın kritik eşik değerinin altına düşmesi nedeniyle

AMH değerine bakılarak menopoza yaşının predikasyonu yapılabilir ve ovaryen yaşlanma tespit edilebilir (30).

2.4. Menopozal Semptomlar

2.4.1. Merkezi Sinir Sistemi ile ilişkili Semptomlar

Merkezi sinir sistem (MSS) ile ilişkili semptomlar; ovaryen yetmezlik sonrası nörobiyokimyasal değişikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkan vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon, migren ve bilişsel performanstaki değişiklikler gibi semptomlardır (39). Menopozal geçişte fonksiyonel değişikliklere odaklanılmakla birlikte, menopoza semptomları doğası gereği nörolojiktir. Östrojen, beyindeki enerji metabolizması üzerinde östrojen reseptör ağı aracılığıyla çalışan bir ana regülatördür. Östrojen reseptör ağı menopozal geçiş sırasında biyoenerjetik sistemden ayrılır ve bunun bir sonucu olarak, nörolojik işlev bozukluğu ile ilişkili hipometabolik bir durum gelişir. Ortaya çıkan nörolojik semptomların değişkenliği, yoğunluğu ve süresi ise kişinin ilerideki yaşamında nörodejeneratif hastalık riskini artırmaktadır (40). Menopozal geçiş sırasında ortaya çıkan nörolojik semptomlar, östrojenle düzenlenmiş çoklu sistemlerde (termoregülasyon, uyku, sirkadiyen ritimler ve duyuşal işlemler dahil) bozulma göstergesidir ve bilişsel fonksiyonun birçok alanını etkiler. Depresyon, anksiyete, sinirlilik ve duyudurum dalgalanması gibi psikolojik bozukluklar limbik sistemdeki östrojen çekilmesine bağılı gelişen semptomlardır (41).

a) Vazomotor Semptomlar

Menopozal geçiş evresi (STRAW geç reproduktif evre)'ne ulaşmamış kadınlar arasında sıcak basması semptomu görülme oranı % 4-6 arasında değişmektedir. Erken ve geç menopozal geçiş evrelerinde ise zamanla sıcak basması yaygınlığı artmakta ve bu oran geç reproduktif evrede %40'lara, geç menopozal geçiş evresinde ise %63'lere ulaşmaktadır. Menopozal geçişi tamamlamış ve postmenopozal 1 yılı aşmış kadınlarda ise bu oran % 79 olarak belirtilmektedir (42).

Vazomotor semptomlar, kadınların yarısında son menstrual siklustan 2 yıl kadar önce başlayıp, son siklustan 1 yıl sonra zirve yapabilmekte ve yaklaşık 4 yıl

kadar devam etmektedir (43). Kadınların yaklaşık % 12'si ise son menstrual siklusa 11-12 yıl sonrasına kadar vazomotor semptomları bildirmeye devam etmektedir (44).

Kadınlar, sıcak basmasını, genellikle göğüs, boyun ve yüz bölgesinde; terleme ve çarpıntının olduğu ve endişenin eşlik ettiği aniden gelen ısınma hissi olarak deneyimlemektedir. Bu his genellikle 5 dakikadan az sürmektedir. Ancak bazen 30 dakikaya kadar sürebilmektedir ve günde 5-20 kez tekrar edebilmektedir. Bu semptomu bazen sıcak ortam, stres veya sıcak yiyecek ve içecekler tetikleyebilmektedir (45). Nöbetler esnasında meydana gelen periferik vazodilatasyon deride kızarıklığa sebep olmakta bu sırada periferik vücut ısı 0.3-0.9 derece artmaktadır. Fakat derin dokularda vazodilatasyon ve santral ısı artışı olmamaktadır. Bununla birlikte nöbetin hemen akabinde smerkezi ısıda bir miktar düşme ortaya çıkmakta ve kişi bunu ürperme ve üşüme olarak algılamaktadır. Ayrıca nöbet esnasında kalp atım sayısı dakikada yaklaşık 15-20 atım kadar artmaktadır (35).

Gece terlemeleri ise akşam ve geceleri meydana gelen ve genellikle uykuyu bölen sıcak basmalarıdır. Bu vazomotor semptomlar gündüzleri yaşam kalitesini etkilese de, aslında uyku kalitesini de büyük ölçüde azaltmaktadır. Gece semptomları olan kadınlar olmayan kadınlara kıyasla daha az verimli uykuya daha fazla huzursuzluğa ve daha az dinlenmişlik hissine sahiptirler (46). Gece yaşanan bu sıcak basmaları uykuya geçtikten sonraki ilk 4 saatte çok fazla uyku bölünmelerine sebep olmakla birlikte daha sonra REM uykusu kişinin uyanmasını önleyecek şekilde bu uyarıları baskılamaktadır (47).

Menopozal geçiş dönemi ile gözlenen vazomotor semptomlar östrojen seviyelerinin düşmesiyle aynı zamana denk gelmektedir ve bu süreçte östrojen tedavisi bu semptomların iyileşmesini ve hatta tamamen düzelmesini sağlamaktadır (48).

b) Uyku Bozuklukları

En sık görülen semptomlardan biridir. Genel popülasyonun yaklaşık %15'inde görülürken, menopoz dönemindeki kadınların yaklaşık yarısında görülmektedir (30). Uyku bozuklukları premenopozal kadınlara kıyasla perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda istatistiksel olarak daha fazla görülmektedir. Menopozal dönemler ve uyku bozuklukları arasında yaşlanma ve diğer etmenlerin etkilerinden bağımsız bir ilişki bulunmaktadır (49). Uyku verimliliğindeki değişiklikler birincil olarak vazomotor

semptomlardan kaynaklanmaktadır. Ancak uyku devamlılığı üzerine östrojenin daha karmaşık bir etkisinin olduğu ve östrojenin uyku bozukluklarından koruyucu bir etkisinin olduğu da bilinmektedir (30).

c) Depresyon ve Kaygı:

Menopozal geçiş dönemi, kadınlarda depresif duygu durum bozukluklarının en sık görüldüğü dönemdir (50). Çalışmalar, premenopozal kadınlara kıyasla menopozal geçişte ve erken postmenopozal dönemdeki kadınların depresif bir duygu durumu yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (50, 51). Premenopozal kadınlara kıyasla yine erken ve geç perimenopoz ile postmenopozal kadınlarda üzüntü, iştah kaybı, uyku ve konsantrasyon bozukluğu, suçluluk duygusu, yorgunluk, ajitasyon ve intihar düşüncesi oranları çok daha yüksek bulunmuştur (52, 53). Geçmişte major depresyonu olan kadınlar ise menopozal geçişte ve postmenopozal 2 yıllık süreçte depresyon açısından yüksek risk altındadır (50, 52, 54, 55). Ancak depresyon geçmişi olmayan kadınların menopoz öncesi dönemde veya sonrasında yüksek risk altında olup olmadığı net değildir (56, 57). Anksiyete ile ilgili olarak ise premenopozal dönemde yüksek kaygı bozukluğu yaşayan kadınların menopozal geçiş sırasında kaygı bozukluğu yaşamaya devam ettiği ve premenopozal dönemde düşük anksiyete öyküsü olan kadınların ise menopozal geçiş sırasında ve sonrasında yüksek düzeyde kaygı geliştirme riskinin arttığı belirtilmektedir. Sonuç olarak menopozal dönem anksiyete bozukluğuna yatkın olan kadınlar açısından son derece kritik bir dönemi temsil etmektedir (57).

Perimenopozal dönemde olan kadınlar hafıza ve konsantrasyon bozukluğu semptomlarına sahiptirler ve bu semptomlar yaşam kalitelerinde azalmaya sebep olmaktadır (58). Çalışmalar bilişsel performansta özellikle öğrenme yetisinde azalma meydana geldiğini göstermiştir fakat bu değişiklikler geçicidir ve perimenopozal evreye özgü semptomlardır (59).

Cerrahi menopoz, doğal menopoza kıyasla bilişsel işlevler üzerinde daha ciddi etkilere sahiptir (60). Yapılan çalışmalarda cerrahi menopoza olan kadınlar ile doğal menopoza giren kadınların sözel öğrenme ve görsel hafıza performansları karşılaştırılmış ve doğal menopoza giren kadınların performansları daha iyi bulunmuştur (61).

d) Migren

Menopozal geçiş döneminde bildirilen migren prevalansı %10-29 arasında değişmektedir (62). Özellikle fertil dönemde migrene duyarlı olan kadınların, menopozal geçiş döneminde daha fazla migren tipi baş ağrısına sahip oldukları görülmektedir. Çalışmalarda, migren hastalarında baş ağrısı prevalansının perimenopozal dönemde artarken postmenopozal dönemde azaldığı belirtilmektedir (63). Premenopoz ile karşılaştırıldığında perimenopoz sırasında yüksek frekanslı baş ağrısı prevalansının belirgin şekilde arttığı belirtilmektedir ve yüksek frekanslı baş ağrıları, menopoz öncesi kadınların % 8'ini, perimenopozal kadınların % 12.2'sini ve postmenopozal kadınların % 12'sini etkilemektedir (59, 64).

2.4.2. Genitoüriner Semptomlar

Kadınlarda menopoz ile birlikte östrojen ve diğer hormonların azalmasına bağlı olarak diğer semptomlarla birlikte genitoüriner semptomlar da artmaktadır ve menopozla ilişkili bu semptomlar orta ve ileri yaştaki kadınların %50'sinden fazlasında görülmektedir (30). Östrojen reseptörleri vajina, vulva, mesane, mesane trigonu, farklı miyofasiyal yapılar, utero-sakral ligamentler, levator ani kasları ve pubo-servikal fasya gibi bağlar; ve ayrıca vajina ve vulvadaki otonom ve duyuşal nöronlar üzerinde bulunmaktadır. Vajina ise bu reseptörlerin en yüksek oranda bulunduğu yer olarak bilinmektedir (65, 66). Bu nedenle postmenopozal dönemde östrojen çekilmesiyle birlikte vajina rugaları düzleşmekte, epitel katları incelerek kaybolmakta, bağ dokusundaki azalmayla birlikte vajina daralmakta ve esnekliğini kaybetmektedir. Senil atrofik vajinit olarak tanımlanan bu tabloda epitelin glikojen depolama yeteneği azalmaktadır ve buna bağlı olarak laktik asit üretimi yavaşlamaktadır. Reprodüktif dönemde 4-4.5 olan pH 6-8'e yükselmekte ve flora değişmektedir. Tüm bunların sonucunda enfeksiyöz vajinitler ortaya çıkmaktadır. Kötü kokulu akıntı, kaşıntı ve irritasyona bağlı kanamalar bu devrede görülen önemli bulgular arasındadır (35).

Pelvik taban, tonus ve esnekliğini kaybetmekte ve pelvik organları yerinde tutabilme özelliği azalmaktadır. Sonuçta pelvis statiki bozulmakta ve prolapsus meydana gelmektedir. Postmenopozal dönemde, alt üriner sistem de önemli

değişiklikler olmaktadır ve bu sisteme ait organlar da yüksek östrojen reseptörü içerdiğinden genital organlara benzer atrofik değişikliklere maruz kalmaktadır.

Üretra ve mesane östrojen yoksunluğundan etkilenmekte ve vaskülarizasyonun azalmasına bağlı bağ doku atrofiye uğramaktadır. Bu atrofiye bağlı olarak üretral semptom olarak stres inkontinans, urge inkontinans ve ilerleyen yıllarda idrar yapmada güçlük ortaya çıkmaktadır (35).

2.4.3. Seksüel Semptomlar

Klimakteryumda östrojen eksikliğiyle birlikte vulvada belirgin bir atrofi meydana gelmekte, cilt incelmekte ve parlaklaşmaktadır. Cilt atrofişiyle birlikte subkutan dokulardaki atrofi sonucu labia major düzleşmekte, labia minor ise hemen hemen kaybolmaktadır. Klitoris çevresindeki yağ dokusunun azalması sonucunda, klitorisin direkt stimülasyonu hazzan ziyade ağrıya neden olmaktadır (30, 67).

Menopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlar, sıklıkla menopozla ilişkili patofizyolojik değişikliklere bağlı olarak sıklıkla seksüel istekte azalma, orgazma erişmede zorluk, orgazmik kontraksiyonlar ve orgazm şiddetinde azalma, cinsel ilişki sıklığında azalma, disparoni, ve seksüel aktivitede üriner inkontinans gibi sorunlar yaşamaktadır (30).

Menopozal dönemdeki seksüel değişimleri 3 kategoride incelemek mümkündür(35).

1. **Kadının seksüel kimliği:** Genital sistemdeki cinsiyet karakterlerinde, tat, koku, dokunma duyularında, saç gibi görsel karakterlerdeki değişimler, vajen mukoza atrofişi ve mental yaşlanma gibi sebepler kadınlık içgüdüsünde azalmaya yol açmaktadır.
2. **Kadının seksüel disfonksiyonu:** Libido seviyesinde azalma, seksüel uyarılmanın zorlaşması ve orgazma ulaşmada güçlükler ortaya çıkmaktadır.
3. **Çiftler arası ilişki:** Biyolojik seksüel ilişki bağlarının zayıflaması ve erkeğe ait problemler görülmektedir.

Perimenopozal kadınlarda cinsel istekteki en yoğun azalma son menstrual siklustan 20 ay önce ve 1 yıl sonradır ve kadınlar bu dönemlerde cinsel isteklerinde azalma olduğunu ve ilişki sırasında ağrı olduğunu belirtmektedir (68). Menopoz

sonrası genel benlik saygısı ve refah düzeyinin azalması da partnerler arası cinsel yakınlığın azalmasına sebep olabilmektedir (69). Bununla birlikte; uzun süreli bir ilişkide olmak geç menopoza dönemdeki kadınlarda da cinsel yaşamın tatmin edici düzeylerde yaşanmasını sağlamaktadır (70).

2.4.4. Konnektif Doku Değişiklikleri ve İlişkili Semptomlar

Deri vücudun en büyük organı olup anatomik olarak epidermis, dermis ve subkutisten oluşmaktadır. Epidermis ağırlıklı olarak keratinositler ve melanositlerden, dermis ise kollajen ve elastin fibriller, sinirler ve glikozaminoglikanların oluşturduğu konnektif dokudan meydana gelmektedir. Östrojen ve diğer seks steroidlerinin deri üzerinde belirgin etkileri vardır ve deri, yapısal bütünlüğünü ve fonksiyonel kapasitesini devam ettirmek için bu hormonlara ihtiyaç duymaktadır. Östrojen reseptörleri deri üzerinde farklı bölgelerde farklı yoğunluklarda olup; en fazla genital bölge, yüz ve alt ekstremitelerde yer almaktadır. Östrojen reseptörleri keratinositlerde, melanositlerde, dermal fibroblastlarda ve kıl folliküllerinde saptandığından östrojenin etkileri derinin yapısını oluşturan epidermisi, dermisi ve deri eklerini kapsamaktadır (30, 71).

Östrojen; deri kalınlığı, kollajen yapımı ve vazodilatasyonu artırırken; kollajen yıkımı ve sebum yapımını azalmaktadır. Yaşlanmayla birlikte östrojenin azalmasıyla derinin hyalüronik asit sentezi azalmakta, su tutma özelliği kaybolmakta ve ciltte kuruluk meydana gelmektedir. Deri incelmeye kollajen, su ve glikozaminoglikan miktarındaki azalma neden olmaktadır. Toplam kollajen içeriğinin son menstrual siklus sonrası ilk 5 yıl içinde % 30'luk bir kayıpla 15 yıl boyunca yılda ortalama % 2.1 oranında azaldığı gösterilmiştir (72). Postmenopozal kadınlarda cilt kalınlığı yılda % 1.13 oranında azalırken (73), erken postmenopozal evredeki kadınlarda cilt elastikiyeti yılda % 1.5 oranında azalmaktadır (74).

Menopoz döneminde en çok kadın tipi saç dökülmesi görülmektedir. Frontal ve frontoparyetal saç çizgisinde gerileme ile yaşa bağlı olarak frontal bölge ve vertekste yerleşen kıllarda incelme görülmektedir. Postmenopozal dönemde hipoöstrojenemiye ek olarak gelişen rölatif hiperandrojenik durum da saç dökülmesine sebep olmaktadır (30).

2.4.5. Kardiyovasküler Değişiklikler ve İlişkili Semptomlar

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelişmiş ülkelerde mortalite ve morbiditenin en sık nedeni olarak bilinmektedir. 70 yaşın üzerindeki kadınlarda ölümlerin yaklaşık %54'ü, 50-69 yaş arası kadınlarda ise ölümlerin %31'i iskemik kalp hastalıkları ve inmeye bağlıdır. Koroner arter hastalığı, kadınlarda erkeklere kıyasla 10 yıl kadar daha geç ortaya çıkmaktadır. 45 yaşın altındaki kadınlarda KVH nadir gözükmemekte ancak 55 yaş üzerinde bu fark giderek kapanmakta ve ileri yaş kadınlarda KVH'ya bağlı ölümler erkeklere benzer oranlardadır. Yine ileri yaş kadınlarda serebrovasküler hastalıklara bağlı ölümler ise erkeklerden daha yüksek oranda izlenmektedir (75). Bu durum kadınlarda yaşlanmadan bağımsız olarak menopoza geçişle birlikte ortaya çıkan bir risk artışının söz konusu olduğunu göstermektedir. Bu risk artışı, reproduktif dönemde kadın seks hormonlarının özellikle de östrojenin kardiyovasküler koruyucu etkisinin menopozda kaybolmasına bağlanmaktadır (76). Endojen östrojen 17-B-estradiol (E2)'ün anti-inflamatuar, antioksidan ve vazoprotektif etkileri olduğu gösterilmektedir (77) ve östrojene ek olarak dolaşımdaki androjenlerin de önemli bir kaynağı overlerdir. Dehidroepiandrosteron (DHEA) esasen adrenal kaynaklı olmakla beraber, androsteron ve testosteron önemli miktarlarda overlerden salgılanır. Menopozla beraber bu hormonların düzeylerinde de ciddi bir düşüş söz konusu olmaktadır. Yine de E2 düzeyindeki düşüşle karşılaştırıldığında menopoz dönemi göreceli olarak androjen fazlalığının söz konusu olduğu bir dönemdir ve bu androjen fazlalığı koroner arter hastalığı riskini artıran bir diğer etkidir (78, 79). Menopoz döneminde değişen yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve kilo alımı gibi faktörler de yine aterosklerotik KVH yönünden riski artırmaktadır. Aslında reproduktif dönemden menopoza geçişle, KVH risk faktörlerinde de değişiklikler kendini göstermeye başlamakta; vasküler sistemde, vücut yağ dağılımında, kan basıncı ve lipid düzeylerinde değişiklikler ortaya çıkmaktadır (80).

2.4.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri ve İlişkili Semptomlar

Postmenopozal osteoporoz, kemik mineral yoğunluğunun azalması, kemik korteksinin artmış gözenek yapısı ve kemik trabekülünün azalmış bağlantısı gibi değişen kemik yapısı ile karakterize bir dejeneratif kemik bozukluğudur (81).

Osteoporoz, postmenopozal kadınlarda en sık omurga, kalça ve el bileğinde kırık riskini artırmakta ve uzun süreli engelliliğe sebep olabilmektedir (82). Premenopoz veya erken perimenopoz sırasında kemik mineral yoğunluğunda minimal değişiklikler olsa da, kemik mineral yoğunluğu geç perimenopoz sırasında keskin bir şekilde azalmaktadır. Son menstrual siklus sonrası yıllık kemik kaybı oranlarının omurgada % 1.8–2.3 ve kalçada % 1.0–1.4 olduğu tahmin edilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar postmenopozal kadınlarda el bileği ve omurga kırığı insidansının kalça kırığı insidansından önce arttığını göstermiştir ve bu durum, menopozdan sonraki ilk 3-5 yılda meydana gelen ve öncelikle trabeküler kemik dokusunu etkileyen hızlı kemik kaybıyla ilişkilendirilmektedir. Ancak menopozu takip eden 10-20 yılda ortaya çıkan kayıp hem trabeküler hem de kortikal kemiği içermektedir (83).

Sarkopeni günümüzde menopoz ile ilişkilendirilmese de, bu dejeneratif süreç yaşlanan kadınlarda yaşlanan erkeklere göre daha belirgin ve menopozdan sonra daha hızlı gerçekleşmektedir (84). Dirençli egzersizler ve yeterli protein alımı, yağsız kas kütlelerinin korunmasına yardımcı olan, postüral stabiliteyi koruyan, düşme ve kemik kırılma riskini azaltan önemli yaşam tarzı değişiklikleridir.

2.5. Menopozal Semptomlarda Değerlendirme

Literatüre baktığımızda menopozal semptomları ve bu semptomların yaşam kalitesine etkisini değerlendirmede çeşitli ölçekler mevcuttur. Semptom değerlendirmesinde kullanılan en yaygın ve en eski ölçek “Blatt-Kupperman” indeksidir. Bu ölçek ilk olarak Blatt ve Kupperman tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir (85). Türkiye’de yapılan birçok araştırmada da kullanılmıştır (86-88). Vazomotor yakınmalar (ateş basması-gece terlemesi), güçsüzlük ve his azalması, uykusuzluk, sinirlilik, mutsuzluk, baş dönmesi, yorgunluk, eklem ve kas ağrıları, baş ağrısı, çarpıntı ve karıncalanmayı içeren on bir sorudan oluşan indeks daha çok menopoza özgü fiziksel ve vazomotor yakınmaları ve şiddetini ölçmektedir. İndekste her bir sorunun yanıtı 0-3 puan arasında değişmektedir. 0 puan kadının hiç semptom yaşamadığını, 1 puan az şiddetli, 2 puan orta şiddetli, 3 puan ise çok şiddetli semptom yaşadığını göstermektedir. İndeks toplam 51 puan üzerinden değerlendirilir. İndeks puanı arttıkça menopozal yakınmalar da artmaktadır (85).

Dünyada en yaygın kullanılan değerlendirme ölçeklerinden biri de “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) ”dır. Bu anket Hilditch ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilen geçerli, güvenilir ve duyarlı bir yaşam kalitesi anketidir (89). Menopoza özgü yaşam kalitesi Ölçeği 32 soru içeren likert tipte bir ölçektir. Vazomotor (1-3.sorular), psikososyal (4-10.sorular), fiziksel (11- 26. ve 30-32.sorular) ve cinsel (27-29.sorular) olmak üzere dört alt alandan oluşur. MÖYKÖ'de her bir alt alan puanı 1 den 8 e doğru sıralanmıştır. Puan artıka yakınmanın şiddeti de artmaktadır (89-91). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (92).

Menopozal yakınmaların şiddetini ve bu semptomların bireyin yaşam kalitesine etkisini ölçmek için geliştirilen, tüm dünyada yaygın olarak kullanılan “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği” de literatürde geniş yer kaplamaktadır. Schneider, Heineman ve ark. (1996) tarafından geliştirilen “Menopause Rating Scale” isimli bu ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilir ve geçerliliği ortaya konulmuştur (93). Orjinalde Almanca olarak geliştirilen anket daha sonra İngilizceye uyarlanmıştır (94, 95). On bir maddeden oluşan likert tipte bir ölçektir. Menopozal semptomları kapsayan ölçekte her bir maddede; “0: Hiç yok”, “1:Hafif”, “2: Orta”, “3: Şiddetli” ve “4: Çok şiddetli” cevap seçenekleri bulunmaktadır. Tüm maddelere verilen yanıtlara bakılarak ölçeğin toplam skoru hesaplanır. Ölçeğin skor aralığı 0-44 arasıdır. Menopozal semptomları sorgulayan ölçeğ 3 alt boyutu vardır. Bunlar; 1- Somatik şikayetler alt boyutu (1,2,3,11. maddeler), 2-Psikolojik şikayetler alt boyutu (4,5,6,7. maddeler), 3- Ürogenital şikayetler alt boyutudur (8,9,10. maddeler). Alınan toplam skoru artıka bireyin semptomları artarken aynı zamanda yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilenmektedir.

Menopozal semptom değerlendirilmesinde kullanılan bir diğ er ölçek ise “Greene Climacteric Scale(GCS)” dir. GCS 1976'da geliştirilmiştir ve daha sonra menopozal semptomlara yönelik müdahalelerden önce ve sonra klimakterik semptomlardaki değişiklikleri değerlendirmek için kullanılmıştır (96, 97). Ölçeğin psikolojik (11 madde), somatik (7 madde), cinsel ilgi (1 madde) ve vazomotor (2 madde) olmak üzere dört ana alt başlığı vardır. Belirti şiddeti 0, “Hiç değil” ile 3, “Son derece” olarak derecelendirilmiştir. Psikolojik durum 6 maddelik kaygı ölçeğine ve 5 maddelik depresyon ölçeğine ayrılabilir. Bu nedenle, 6 alt başlık (psikolojik,

anksiyete, depresyon, somatik, cinsel ilgi ve vazomotor) ve 21 maddenin puanlarının bir araya getirilmesiyle hesaplanan toplam puanı vardır (97).

Yaşam kalitesini ölçen bir diğer ölçek ise “The Utian Quality of Life Scale” ölçeğidir. Bu ölçek menopozal geçişteki kadınlar üzerinde kullanılan ölçeklerden biridir. Utian ve ark. ‘nın perimenopozal popülasyonda yaşam kalitesi ve iyilik halini ölçmek için geliştirdikleri bu ölçeğin Türkçe dahil olmak üzere 4 farklı dilde validasyonu yapılmıştır. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği (UYKÖ) kadınların somatik veya psikolojik şikayetlerden bağımsız olarak yaşamlarını her boyutta nasıl algıladıklarını değerlendirmektedir(98). Mesleki, sağlık, duygu durum ve seksüel olmak üzere 4 alt başlıkta yaşam kalitesini 23 soru ile değerlendirmektedir (99).

2.6. Menopozal Semptomlarda Tedavi

2.6.1. Farmakolojik Tedavi

- **Hormon Replasman Tedavisi:**

Menopoz sonrasında, hormon replasman tedavisi (HRT)’nin kullanımı 1960’lı yıllarda gündeme gelmiştir. “Women’s Health Initiative” çalışması sonuçları HRT’nin klinik kullanımında köklü değişikliklere neden olmuştur. Bundan sonra yapılan çalışmalar ve bu çalışmaya ait verilerin alt grup analizleri ise HRT’nin bireyselleştirilmesi gereken dinamik bir tedavi olması gerekliliğini desteklemiştir. HRT’nin tipi, dozu ve uygulama yolları açısından pek çok alternatif bulunmaktadır. Amaç kişiye özel tedavi ile menopozal dönemde özellikle vazomotor semptomlara bağlı değişen yaşam kalitesini iyileştirmektir. HRT başlanması planlanan kadında tedavi planı çok önemlidir. Histerektomi olan kadınlarda sadece östrojen kullanılabilen ancak uterusu olan kadınlarda endometrial uyarımı önlemek amacıyla kombine östrojen -progesteron önerilmektedir (100). Menopozal HRT’nin kronik hastalıkların önlenmesine yönelik profilaktik kullanımı önerilmemektedir. HRT kullanımı için temel endikasyon vazomotor semptomların varlığı ve ürogenital atrofidir. Vazomotor semptomların tedavisinde de en etkin tedavi östrojen kullanımıdır. 50’li yaşlarda orta ve ileri düzey vazomotor semptomları olan ve koroner arter hastalığı, meme kanseri, venöz tromboemboli ya da inme hikayesi olmayan, aktif

akciğer hastalığı olmayan ve bu hastalıklar için yüksek risk taşımayan kadınlar HRT için uygun adaylardır (101, 102).

HRT'nin en yaygın uygulanan protokolünde, östrojen aralıksız verilirken progesteron ayda bir ya da üç ayda bir şeklinde verilmektedir. Perimenopozal dönemdeki kadınlarda döngüsel protokol kullanılırken postmenopozal kadınlarda devamlı protokol kullanılmaktadır. Devamlı HRT postmenopozal kadınlar için uygun bir seçenek olarak görülmektedir (103). Sistemik kombine HRT'nin en önemli riskleri; tromboembolik hastalıklar ve meme kanseri olarak kabul edilmektedir. Yapılan bir çalışmada 5 yıl kombine HRT kullanımı ile meme kanseri, koroner arter hastalığı, inme ve venöz tromboembolik olay riskinin arttığı; kolon kanseri ve kırık riskinde ise düşüş olduğu bildirilmiştir (104). Östrojen ve progesteron tedavisi kullanan kadınlarda artan meme kanseri riski göz önünde bulundurularak tedavi süresi 3-5 yıl iken tek başına östrojen alan kadınlarda bu süre ilk 7 yıldan sonra yarar-zarar ilişkisine bakılarak 10 yıla kadar uzatılabilmektedir (101).

2.6.2. Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Kadınların yaşam süresinin artması, hayatlarının yaklaşık üçte birinin menopozal dönemde geçmesi ve osteoporoz riskinin katlanarak artması gibi sebeplerle menopozal dönemde fizyoterapistlere başvurma oranı gittikçe artmaktadır. Maliyeti az, yan etkisi olmayan, gelişmiş ekipmanlar gerektirmeyen ve diğer tedavilerle birlikte uygulanabilen fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımları, klimakterik dönemde oluşan fiziksel ve psikolojik semptomların ve osteoporoz gibi postmenopozal problemlerin tedavisinde ilk basamakta yer almalıdır (36). Menopozal semptomların tedavisinde kullanılan fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

a) Konnektif doku masajı

Konnektif doku masajı (KDM), Alman bir fizyoterapist olan Elizabeth Dicke tarafından 1929'da geliştirilmiştir. Dicke bu masajı ilk önce kendi üzerinde deneyerek oluşturmuştur. Manipulatif bir tedavi şekli olarak kullanılan KDM geleneksel ve alternatif yöntemdir. KDM, konnektif dokuya uygulanan kısa çekmeler yöntemiyle

uygulanan bölgedeki otonom sinir uçlarını uyarak refleks bir etki yaratmaktadır. KDM'nin vücutta iyileştirici mekanizması günümüzde halen tam olarak aydınlatılamamıştır ancak otonom sinir sisteminin sempatik ve parasempatik komponentleri arasındaki dengeyi sağladığı görüşü ileri sürülmektedir (105).

KDM, konnektif doku ve hücrelerinde lokal ve mekanik etkiler oluşturmaktadır. Sempatik aktiviteyi azaltarak refleks mekanizmalarla birlikte vazodilatasyon sağlamaktadır. Sonuç olarak, parasempatik ganglionla bağlantısı olan organlarda dolaşım hızlanıp artar ve dolaşım üzerindeki bu etki ile iyileş hızlandırmaktadır (106).

KDM, konnektif doku üzerine spesifik çekmeler kullanılarak yapılan manuel bir tekniktir ve bu çekmeler fasyanın yüzeyelleştiği veya kemiğe yapıştığı yerlere yapılmaktadır. Bu kısa çekmeler bireyde ağrı oluşturmada fizyoterapist tarafından uygulanmaktadır. Menopozal dönemdeki semptomlardan ateş basması, terleme, uyku bozuklukları, parestezi, kas eklem ve kemik ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk irritabilite, vertigo, depresyon ve nefes darlığı gibi klimakterik semptomlar KDM ile tedavi edilebilmektedir (107).

b) Gevşeme eğitimi:

Gevşeme, parasempatik sistemin baskınlığı ile oluşan psikolojik, mental veya fiziksel gerginlik halinin olmadığı duygu ve fiziksel durum halidir (108). Gevşeme eğitimi ve imajinasyon teknikleri menopozal semptomların hafifletilmesinde kullanılmaktadır. Gevşeme tekniklerinin etki mekanizması sempatik etkinin azalmasıyla plazma norepinefrin seviyesinin azalması ve kan basıncını düşürmesi olarak açıklanmaktadır (109). Kas relaksasyonunun ve tempolu solunumun aynı mekanizma ile sıcak basmalarının yoğunluğunu ve sıklığını azalttığı ve uyku sorunlarında belirgin azalma sağladığı bildirilmiştir (110). Kognitif eğitimde kullanılan yöntemler; özfarkındalık, imajinasyon, amaca yönelik görselleştirme, otojenik eğitim ve meditasyon olarak belirtilirken; gevşeme eğitimi olarak Jacobson'ın İlerleyici Gevşeme Tekniği ve modifiye versiyonu, pasif gevşeme tekniği, Madder gevşeme tekniği, Ost'un uygulamalı gevşeme tekniği, davranışsal gevşeme tekniği, Mitchell yöntemi, Alexander yöntemi ve Benson'un gevşeme tekniği yer almaktadır (111).

c) Pelvik taban kas eğitimi

Postmenopozal dönemde periüretal kasların çapında ve içeriğinde meydana gelen azalma kas fonksiyonunda bozulmaya sebep olmaktadır ve son menstrual siklus sonrasında kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı artmaktadır. Yapılan bir araştırmada menopozal dönemdeki bireylerde üriner inkontinans görülme oranı % 70 olduğu olduğu bulunmuştur (112). Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society) üriner inkontinansın önlenmesinde ve tedavisinde pelvik taban kas eğitiminin (PTKE)'nin ilk basamak tedavi olduğunu belirtmektedir. PTKE pelvik organların desteklenmesi ve üretral sfinkterin kapanma basıncına katkıda bulunması gibi pelvik taban kaslarının iki ana görevine katkıda bulunmaktadır (113). İstemli pelvik taban kas kontraksiyonu, pelvik taban kaslarının sıkışması ve içeri doğru hareketiyle üretral kapanmayı ve stabilizasyonu sağlar ve aşağı doğru olan harekete direnç oluşturur (113). Bu nedenle, menopozal geçişte en erken evrede pelvik taban kaslarının değerlendirilip ve PTKE'nin uygulanması yaşam kalitesi açısından çok önemlidir (36).

d) Egzersiz eğitimi

Menopozal dönem ile birçok sağlık problemi yakından ilişkilidir. Osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar gibi ciddi ve kronik hastalıklar özellikle postmenopozal dönemde kadınların yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir. Menopozal dönemde yapılan düzenli egzersizler (özellikle dirençli ve aerobik egzersizler) semptomlarda oldukça etkili iyileşme sağlamaktadır. Kemik yoğunluğu, kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar, diyabet, kanser, kişisel iyilik hali, ve yaşam kalitesinin artması için kişilerin erken dönemde egzersize başlaması gerekmektedir (114, 115).

Alternatif Tedaviler

Menopozal dönemde değişen yaşam kalitesi ve semptomlar göz önünde bulundurularak farmakolojik tedavinin yanında alternatif tedavi yöntemleri geliştirilmektedir. Bu yöntemler; vitaminler, mineraller ve farklı bitkisel ajanları içermektedir. Yaygın olarak kullanılan destekler soya ürünleri ve fitoöstrojenler

olmakla birlikte relaksasyon ve yoganın da semptomlarla başa çıkmada kullanılan alternatif yöntemler olduğu bilinmektedir. Fitoöstrojenler bitkilerden elde edilen ve memelilerdeki östrojenler ile yapısal benzerlik gösteren, hem östrojenik hem anti-östrojenik etkiye sahip bileşiklerdir ancak ulaşılan veriler vazomotor semptomların tedavisinde etkin olmadıklarını göstermektedir (12).

Diğer bir alternatif tedavi yöntemi olarak ise akupunkturun kullanıldığı bilinmektedir. İnce metal iğnelerin cilt ve cilt altı dokuya bastırılması esasına dayanan ve menopoza semptomların tedavisinde başvurulan bir tekniktir (116).

2.7. Menopozal Semptomların Şiddetini Etkileyen Faktörler

Literatüre baktığımızda hem menopozal semptomların hem de bu semptomları etkileyen faktörlerin çok çeşitli olduğunu görmekteyiz. Menopozal semptomları ve şiddetini etkileyen faktörler içerisinde yaş, sigara, alkol kullanımı, eğitim seviyesi, menopoza giriş şekli, psikolojik durum, istihdam durumu, eşin varlığı ve uyumu, vücut kitle indeksi, menopozal tutum, kronik hastalıklar, yaşam tarzı, egzersiz türü ve şiddeti gibi çok sayıda faktör sayılabilir.

Premenopozal dönemdeki 2500 kadını içeren prospektif bir çalışmada depresyon ile cerrahi menopoz arasında pozitif korelasyon bulunurken, doğal menopozda böyle bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (117). Kadınların menopoza cevabının kültürle de ilişkili olduğu görülmüştür. Bazı araştırmalar batı dünyasındaki genç nüfusun menopozu bir hastalık olarak gördüğünü öne sürmektedir (118). Menopozun negatif bir olaydan ziyade pozitif olarak değerlendirildiği toplumlarda ise menopozal semptomların daha az yaygın olduğu bulunmuştur (119). Postmenopozal kadınlarda yapılan bir diğer çalışmada ise depresif belirtiler ile eşler arası uyum ilişkisi araştırılmış ve iki parametre arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur (120).

Literatürde eğitim seviyesi ile menopozal semptomların şiddetinin yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir. Tayvan'da yapılan bir araştırma, daha az eğitilmiş kadınlara kıyasla, daha yüksek eğitilmiş kadınların menopozal dönemde daha fazla sorun yaşadıklarını ifade ettiğini göstermiştir (121). Başka bir çalışmada ise; eğitilmiş kadınların doğu veya batı kültüründen bağımsız olarak daha olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermiştir (122). Kentleşmiş bölgede yaşayan kadınlar üzerinde

gerçekleştirilen bir araştırmada, yine daha uzun süre eğitim almış kadınların daha hafif menopozal semptomlar bildirdiği belirtilmiştir (120).

Klimakterik dönemde bekar olan kadınların semptom şiddetleri evli olan ya da uyumlu bir ilişkisi olan kadınların semptom şiddetlerinden anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Avustralya doğumlu orta yaşlı kadınları içeren bir araştırmada eşi hayatta olan ve istikrarlı bir ilişkisi olan kadınların menopozal semptom skorları düşük bulunurken başka bir çalışmada yeni ayrılan, boşanan, dul veya bekar kadınların menopozal semptom skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (120, 123).

İstihdam durumu menopoz semptomlarının şiddetini deneyimlemede önemli ölçütlerden biridir. İstihdam, menopoz yaklaşan bazı kadınlar için stres tamponu özelliğine sahiptir. Ayrıca istihdam edilen kadınlar, ev dışında kendini ispatlama konusunda da daha fazla fırsata sahiptir ve böylece daha hafif menopozal semptomlar bildirmektedir. İstihdam durumunun psikolojik durumu etkilediği ve istihdamın menopoz semptomları deneyimini olumlu yönde değiştirdiği gösterilmiştir (124).

Sigara içmenin üreme sistemi üzerinde olumsuz etkisi vardır ve buna infertilite, kısa menstrual sikluslar ve erken menopoz eşlik eder (125). Sigara tüketimi aynı zamanda menopozal semptomları artıran bir faktördür ve yapılan bir çalışmada, sigara tüketiminin sıcak basması şiddetini artırdığı görülmüştür (126). Geçmişte sigara içme öyküsü ve mevcut sigara içme durumu; vajinal kuruluk ve unutkanlık dışındaki çoğu semptomun şiddeti ile de ilişkili bulunmuştur (127).

Yapılan çalışmalara baktığımızda alkol tüketimi menopozal semptomların şiddetini anlamlı şekilde etkilemektedir. Bir çalışmada alkol tüketimi psikolojik ve ürogenital semptomlarla anlamlı ilişkili bulunurken somatovejetatif semptomlarla ilişkili bulunmamıştır. Ayrıca menopozal semptomların şiddetinin alınan alkol miktarı ile de değiştiği savunulmaktadır (120).

Menopozal geçiş süresinin uzaması ile de menopozal semptom skorları ilişkili bulunmuştur. Menopozun neden olduğu değişikliklere uyum sağlamak için daha fazla zamana sahip olan kadınlar, menopoz semptomlarına ilişkin algılarını değiştirmekte ve bu semptomların şiddetini daha düşük olarak bildirmektedir. Menopozla yönelik tutumun menopozal semptomların şiddetini etkilediği, menopozla yönelik olumlu bir tutumun minimal semptomlar oluşturduğu ve negatif tutumun ise şiddetli menopoz sendromu oluşturduğu bildirilmiştir (128).

Psikolojik durum menopoz semptomlarının şiddetinin algılanması ile yakından ilgilidir. Postmenopozal kadınlarda yapılan bir çalışmada, menopoz sonrası kadınlarda depresyon değerlendirildiğinde, depresyon ile klimakterik semptomlar arasında pozitif bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (129). Öte yandan benlik saygısı ve menopoz semptomları arasındaki ilişki daha önce çalışılmış ve benlik saygısı arttıkça menopozal semptomların algılanan şiddetinin azaldığı belirtilmiştir. Kendine olan saygınlık, kişinin kendi bedeninden duyduğu yüksek memnuniyetle ilişkilidir ve yüksek memnuniyet düşük şiddette menopozal semptomlar ile ilişkilidir (128).

Menopozal evre çoğu semptomun şiddetini etkilerken özellikle vazomotor semptom şiddetinde oldukça önemlidir. Premenopozal sonrası dönemlerde kadınlarda tüm semptomlar daha sık görülürken, vazomotor semptomlar özellikle geç perimenopozal dönemde daha şiddetli görülmektedir (127).

Etnik köken ve ırk konusuna gelecek olursak; menopozal semptomlar farklı ırklardaki kadınlarda değişkenlik göstermiştir fakat belirgin ve anlamlı korelasyonlar bulunamamıştır (127).

Vücut kitle indeksi en az 32 kg/m² olan kadınlarda; sıcak basması, gece terlemeleri, inkontinans; eklem, boyun ve omuzlarda sertlik ve ağrı semptomlarının vücut kitle indeksi 19kg/m² altında olan kadınlara göre daha sık olduğu belirtilmiştir. Diğer yandan sıcak basmaları ve gece terlemeleri postmenopozal ve geç perimenopozal kadınlarda artan vücut kitle indeksi ile ilişkili bulunmamıştır (127). Klinga ve ark. (130) obez kadınların obez olmayan kadınlardan ortalama 4 yıl önce östrojen seviyelerinin azaldığını tespit etmiştir. Ayrıca obez kadınların normal kilodaki akadınlara kıyasla sıcak basması artışına yol açan over yetmezliğini daha fazla oranda yaşayabilecekleri bulunmuştur.

Nasiri ve ark.'nın (131) yaptığı çalışmada 40-60 yaş arasındaki kadınların semptom şiddetleri araştırılmıştır ve haftada üçten fazla egzersiz yapanların ve beş yıldan fazla menopozal süreçte olan kadınların daha az menopozal semptom yaşadıkları gösterilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada egzersiz ile somatik ve psikolojik semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken, cinsel ve vazomotor semptomlar ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (132). Guthrie ve ark. (133)'nın yaptığı bir çalışmada 45-55 yaş arası kadınlarda fiziksel aktivite seviyesi ile kişinin refah düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve ayrıca fiziksel aktivite

seviyesi düşük kişilerde stres ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular ışığında, egzersizin sağladığı yüksek endorfin seviyelerinin depresyonda belirgin bir azalmaya yol açabileceği belirtilmiştir (132). Diğer yandan Wilbur ve ark. (134) ve Sternfeld ve ark. (135)'nın yaptığı çalışmada fiziksel aktivitenin vazomotor semptomları üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir. Wallace ve ark. (136) ise hem premenopozal hem de postmenopozal dönemdeki kadınların, düzenli aerobik egzersiz programına katıldıktan sonra östrojen düzeylerinde artış olduğunu ve postmenopozal kadınların % 55'inde ise sıcak basması şiddetinin azaldığını belirtmiştir.

Özetle, literatürde menopozal semptom şiddeti ile çok sayıda faktörün ilişkisi araştırılmıştır. Sonuçlara bakılacak olursa bazı çalışma sonuçları tutarlı iken bazı çalışma sonuçları çelişkili yöndedir. Bizim bilgimiz dahilinde menopozal semptom şiddetini etkileyen faktörleri kapsamlı olarak inceleyen bir çalışma yoktur.. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı menopozal semptom şiddetine göre kadınların fiziksel aktivite düzeyi, psikolojik durum ve yaşam kalitesini karşılaştırmak ve menopozal semptom şiddetini etkileyebilecek diğer faktörleri de belirlemektir. Çalışmamızda menopozal semptom şiddeti üzerine etkisi araştırılan faktörlerden bazılarına yönelik literatür bilgisi mevcut iken bazı faktörlere dair kanıt yoktur ya da sınırlıdır. Bu çalışma menopozal semptom şiddetini etkileyen faktörleri kapsamlı olarak inceleyen bir araştırma olması açısından orijinaldir.

3. BİREY ve YÖNTEM

3.1. Bireyler

Bu çalışma, menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlandı.

Çalışmaya başlamadan önce Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı (GO 17/475) **(EK-1)**. Ayrıca tüm bireylerden çalışmaya kendi istekleriyle katıldıklarına dair imzalı aydınlatılmış onam alındı.

Dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya menopozal semptomları olan ve araştırmada yer alan ölçekleri yanıtlamada kooperasyon problemi olmayan gönüllü kadınlar dahil edildi.

Dışlanma kriterleri;

- Aktif kanser öyküsü olan bireyler
- Nörolojik hastalığı olan bireyler
- Herhangi bir sebeple mobilitesi kısıtlı olan bireyler

3.2. Yöntem

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireylerde menopozal semptom şiddetini değerlendirmek için “Blatt-Kupperman Menopozal İndeks (BKMI)” ve “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)” kullanılırken menopozal semptomların bireyin yaşam kalitesine etkisi “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) ile değerlendirildi.

Menopozal semptomların şiddeti (BKMI ve MSDÖ puanı) ve bu semptomların bireyin yaşam kalitesi üzerine etkisi (MÖYKÖ puanı) bağımlı değişkenler olarak alındı ve bu bağımlı değişkenleri etkileyebileceği öngörülen bağımsız faktörler altında ise; bireylerin demografik ve fiziksel özellikleri, detaylı medikal hikayeleri, fiziksel aktivite düzeyleri, anksiyete düzeyleri, psikolojik durumları ve genel yaşam kaliteleri değerlendirildi.

3.2.1. Menopozal Semptomların Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisi

-Menopozal Semptom Şiddeti

Bireylerin menopozal semptom şiddeti “Blatt-Kupperman Menopozal İndeksi (BKMİ)” ve “Menopoz Semptomlarının Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)” ile değerlendirildi. BKMİ, semptom şiddetine göre gruplamaya uygun bir ölçek olduğundan bu ölçeğin skoruna göre çalışma grupları oluşturuldu. MSDÖ ise üç alt boyuta (somatik, psikolojik ve ürogenital) sahip bir ölçek olduğundan bu ölçeğe ait sonuçlar ile alt grup analizleri yapıldı.

BKMİ (**EK-2**), Blatt ve Kupperman tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir (137). Bu indeks, ülkemizde birçok araştırmada kullanılmıştır. Menopoza özgü semptomların şiddetini ölçen BKMİ: 1. Vazomotor semptomlar (ateş basması-gece terlemesi), 2. his azalması, 3. uykusuzluk, 4. sinirlilik, 5. hüznün-içe kapanma, 6. baş dönmesi, 7. bitkinlik-yorgunluk, 8. eklem ve kas ağrıları, 9. baş ağrısı, 10. çarpıntı ve 11. Karıncalanma olmak üzere toplam 11 maddeden oluşmaktadır. İndekste her bir semptomun şiddeti 0-3 puan arasında değişmektedir. “0” puan hiç semptom olmadığını, 1 puan “hafif”, 2 puan “orta şiddetli”, 3 puan ise “şiddetli” semptom olduğunu göstermektedir. İndeks toplam 51 puan üzerinden değerlendirilir ve indeks puanı arttıkça bireyin menopozal semptomları da artmaktadır (85). Çalışmamızda bu indeksten elde edilen skora göre bireyler 3 gruba ayrıldı. Menopozal semptom skoru 1-21 olan kadınlar “hafif semptomatik”, 22-35 olanlar “orta düzey semptomatik”, 36-51 olanlar ise “şiddetli semptomatik” olarak kabul edildi (138-140).

Çalışmamızda kullandığımız bir diğer semptom şiddeti değerlendirme ölçeği ise MSDÖ’dür (**EK-3**). Bu ölçek 1992 yılında Almanca olarak Schneider, Heinemann ve ark. (141, 142) tarafından geliştirilmiştir ve daha sonra İngilizceye uyarlanmıştır (142). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği 2005 yılında Can Gürkan ve ark. (143) tarafından ortaya konulmuştur. 11 maddenin her biri için; “0: Hiç yok”, “1: Hafif”, “2: Orta”, “3: Şiddetli” ve “4: Çok şiddetli” ifadeleri yer almaktadır. Alınabilecek en düşük skor 0 (asemptomatik) ve en yüksek skor 44 (şiddetli semptomatik)’tür. Ölçeğin 3 alt boyutu vardır. Bu alt boyutlar 1- Somatik şikayetler alt boyutu, 2- Psikolojik şikayetler alt boyutu, 3- Ürogenital şikayetler alt boyutudur. Ölçekten alınan toplam skorun artması semptom şiddetinin artması anlamına gelmektedir (142, 144).

-Menopozal Semptomların Yaşam Kalitesine Etkisi

Çalışmamızda kullandığımız bir diğer ölçek “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)” (EK-4) dir. 1996’da Hilditch ve ark. (145)’ları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Turhan ve ark. (146) tarafından çalışılmıştır. Ölçek 32 soru içermektedir ve vazomotor (1-3. sorular), psikososyal (4-10. sorular), fiziksel (11-26., 30-32. sorular) ve cinsel (27-29. sorular) olmak üzere dört alt alandan oluşmaktadır. MÖYKÖ’de her bir alt alan puanı 1-8 arasında değişmektedir. Puan arttıkça yakınmanın şiddeti de artmaktadır.

3.2.2. Menopozal Semptom Şiddetini ve Bu Semptomların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinde Rol Oynayabileceği Öngörülen Parametreler

a. Demografik ve Fiziksel Özellikler ve Detaylı Medikal Hikaye

Bireylerin demografik olarak yaşları (yıl), medeni durumları, eğitim durumları ve çalışma durumları sorgulandı.

Bireylerin medeni durumları “evli” veya “bekar” olarak kaydedildi. Eşinden boşanmış, eşinden ayrı yaşayan ve eşini kaybeden bireyler “bekar” kategorisine dahil edildi. Bireylerin çalışma durumu “çalışıyor” veya “çalışmıyor” olarak kaydedildi. Emekli bireyler de “çalışmıyor” kategorisine dahil edildi. Eğitim durumları; okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, lisans mezunu ve doktora mezunu olarak kaydedildi. Daha sonra okur-yazar olmayanlar “0”, okur-yazar olanlar, ilkokul ve ortaokul mezunları “1”, lise ve üzeri düzey mezunları ise “2” olarak kodlanarak olgular eğitim düzeylerine göre 3 grupta sınıflandırıldı.

Bireylerin fiziksel olarak boy uzunlukları (cm) ve vücut ağırlıkları (kg) sorgulandı. Vücut ağırlığı değerleri, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünerek ise vücut kitle indeksi (kg/m^2) değerleri hesaplandı.

Detaylı medikal hikaye alımında kronik hastalık varlığı, obstetrik hikayesi ve menopozal parametreler sorgulandı.

Obstetrik hikayesinde gebelik sayısı ve doğum sayısı kaydedildi. Menopozal hikayede menopoza girme şekli “spontan menopoz” ve “diğer (cerrahi, iatrojenik)” olarak kaydedildi. Bireylerin menopoza dair algıları ise “iyi bir olay”, “kötü bir olay”

ve “ne iyi ne kötü bir olay” seçenekleri ile sorgulandı. Menopozal evre “perimenopoz” ve “postmenopoz” olarak kaydedildi.

b. Fiziksel Aktivite Düzeyi

Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri, Türkçe geçerlik ve güvenirliği, Öztürk ve ark. (147) tarafından ortaya konulan "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi" (**EK-5**) 7 maddelik kısa form ile değerlendirildi (148). Bu form; yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman ile otururken harcanan zamanı sorgulamaktadır. Toplam puanın hesaplanması; yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Bu anketteki oturma sorusu ek bir belirleyici olup fiziksel aktivite skorlamasında yer almamaktadır. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET - dakika skoru ile hesaplanır. ‘Metabolik Eşdeğer’ (MET): Fiziksel aktivitenin metabolik maliyetini (oksijen tüketimini) tahmin etmek için kullanılan bir birim olarak belirtilmiştir. MET değerleri her aktivite için belirlenmiş olup yürüme için 3.3 MET, orta şiddetli fiziksel aktivite için 4.0 MET, ve şiddetli fiziksel aktivite için 8.0 MET’tir. Bu değerlerin kullanılması ile günlük ve haftalık olarak fiziksel aktivite düzeyi hesaplanır ve aşağıda belirtildiği gibi 3 kategoride sınıflandırılır:

1-İnaktif (Kategori 1) : En düşük fiziksel aktivite seviyesi olup kategori 2 ve 3 içine dahil edilemeyen seviyeler “inaktif” olarak değerlendirilmektedir.

2- Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki 3 kriterden herhangi birini karşılayanlar “minimal aktif” olarak değerlendirilir.

- a) 3 veya daha fazla gün, günde en az 20 dakika şiddetli aktivite yapmak veya,
- b) 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite yapmak veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması,
- c) Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi.

3- Çok Aktif (Kategori 3): Bu ölçüm günde en az bir saat veya daha fazla orta şiddetli aktiviteye eş değerdir.

- a) Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya,
- b) Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu.

Çalışmamızda, katılımcıların son 7 günlük fiziksel aktivite düzeyleri sorgulandı ve elde edilen MET değerlerine göre katılımcılar, 3 grup olarak sınıflandırıldı (149).

c. Anksiyete Düzeyi

Bireylerin anksiyete düzeyi, "Durum ve Süreklilik Kaygı Ölçeği" (**EK-6**) ile değerlendirildi. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği 1983 yılında Öner ve Le Compte (150) tarafından ortaya konulmuştur. Bu ölçek; 20 maddeden oluşan "Durumluk Kaygı Ölçeği" ile 20 maddeden oluşan "Süreklilik Kaygı Ölçeği" olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır. "Durumluk Kaygı Ölçeği", bireylerin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini tanımlarken, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını hissederek soruları cevaplamasını gerektirmektedir. "Süreklilik Kaygı Ölçeği" ise; bireyin genelde kendisini nasıl hissettiğini değerlendirmektedir. Her iki ölçekte "doğrudan" ve "tersine çevrilmiş" ifadeler yer almaktadır. Her iki ölçek için elde edilen toplam puan, 20-80 arasında değişmektedir ve puan arttıkça kaygı düzeyi de artmaktadır.

d. Psikolojik Durum

Bireylerin depresyon düzeyleri Türkçe geçerlik ve güvenirliği, Hisli N. (151) tarafından çalışılan "Beck Depresyon Envanteri" (**EK-7**) ile değerlendirildi (152). "Beck Depresyon Envanteri", depresyonla birlikte görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen bir araç olup, amacı; depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak sayısal hale getirmektir. Ölçekte toplam 21 madde ve her maddeye özgü 4 tane değerlendirme cümlesi bulunmaktadır. Katılımcılardan, anketi doldurduğu günü ve 1 hafta öncesine kadar olan süreyi düşünerek, kendilerini en iyi yansıtan ifadeyi işaretlemesi istenir. Her bir madde 0-3 aralığında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda en az 0 en fazla 63 puan alınabilir. "0-9" arası "minimal depresyon", "10-16" arası "hafif derece depresyon", "17-29" arası "orta derece depresyon", "30-63" arası ise "şiddetli depresyonu" ifade etmektedir (153).

e. Genel Yaşam Kalitesi

Bireylerin genel yaşam kaliteleri, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Küçükdeveci ve ark. (154) tarafından çalışılan orijinal ismi “Nottingham Health Profile” olan “Nottingham Sağlık Profili (NSP)” (EK-8) ile değerlendirildi. NSP genel sağlık durumu sorgular ve ağrı, fiziksel aktivite, enerji, uyku, sosyal izolasyon ve emosyonel reaksiyon olmak üzere 6 alt bölümden oluşur. Toplam 38 soru içermektedir. Ölçekte sorulara “evet” veya “hayır” şeklinde yanıt verilir ve her bir alt bölümden alınabilecek en az puan 0 (en iyi sağlık) en fazla 100 (en kötü sağlık)’ dır (145).

3.3. İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel analizde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences-8 ver. 22) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler olarak, sayısal veriler için ortalama±standart sapma kategorik veriler için sayı (%) kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Çalışmamızda bu teste göre verilerimiz normal dağılım gösterdiği için, iki bağımsız grubun karşılaştırmasında bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise tek yönlü varyans analizi kullanıldı. İkiiden fazla bağımsız grup arasında anlamlı fark bulunduğunda, farkın hangi gruptan kaynaklandığını araştırmak için post-hoc test olarak Tukey testi kullanıldı. Ayrıca kategorik özelliklerin gruplar arası karşılaştırması ki-kare veya Fisher testi ile yapıldı. İkili karşılaştırmaların sonucu için ise Bonferroni düzeltmesi yapılarak $p < 0.017$ ($0.05/3$) istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Sayısal veriler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısı sonuçlarına göre 0.05-0.30 arası düşük derece, 0.30-0.40 arası düşük-orta derece, 0.40-0.60 arası orta derece, 0.60-0.70 arası iyi derece, 0.70-0.75 arası çok iyi derece ve 0.75-1.00 arası mükemmel korelasyon olarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Eylül 2017- Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu çalışmada, menopozal semptomları olan 256 birey ile görüşüldü ve 11 birey çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Dolayısıyla bu çalışmaya toplam 245 birey dahil edildi. Çalışmaya katılan tüm bireylerin genel tanımlayıcıları olarak yaş ortalamaları 56.64 ± 6.59 yıl ve vücut kütle indeksi (VKİ) değerleri $31.19 \pm 5.09 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplandı.

Çalışmaya katılan bireyler BKMİ skoruna göre 3 gruba ayrıldı. Semptom skoru 1-21 olan kadınlar “hafif semptomatik (n=112)”, 22-35 olanlar “orta düzey semptomatik (n=107)”, 36-51 olanlar ise “şiddetli semptomatik (n=26)” grubuna dahil edildi.

4.1. Demografik ve Fiziksel Özellikler ve Detaylı Medikal Hikaye

4.1.1. Demografik Özellikler

-Yaş

Menopozal semptom şiddet gruplarına göre (hafif-orta-şiddetli) bireylerin yaşları arasında farklılık bulunmadı ($p > 0.05$) (**Tablo 4.1**).

Tablo 4.1. Bireylerin yaşlarının menopozal semptom şiddeti grupları arası karşılaştırılması.

	BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			
Parametre	Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	p
Yaş (yıl)	56.9 ± 6.36	56.6 ± 7.02	55.5 ± 5.85	0.634

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, n: birey sayısı, ort $\pm$ SS, p: Tek yönlü varyans analizi

Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) toplam puanı ve alt boyut puanları ile bireylerin yaşları arası ilişki incelendi ve korelasyon bulunmadı ($p > 0.05$) (**Tablo 4.2**).

Tablo 4.2. Bireylerin yaşları ile MSDÖ puanları arası ilişki.

	Yaş	
Parametreler	r	p
MSDÖ toplam	-0.022	0.732
MSDÖ somatik	0.032	0.619
MSDÖ psikolojik	-0.070	0.277
MSDÖ ürogenital	-0.029	0.649

MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği r: korelasyon katsayısı, p: pearson testi

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) alt boyut puanları ile yaş arası ilişki incelendi ve korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.3**).

Tablo 4.3. Bireylerin yaşları ile MÖYKÖ puanları arası ilişki.

	Yaş	
Parametreler	r	p
MÖYKÖ vazomotor	-0.084	0.192
MÖYKÖ psikososyal	-0.012	0.856
MÖYKÖ fiziksel	0.057	0.373
MÖYKÖ cinsel	-0.018	0.782

MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, r: korelasyon katsayısı, p: pearson testi

-Medeni Durum

Çalışmaya katılan tüm bireylerin medeni durumlarına bakıldığında % 80.8'i (n=198) evli iken %19.2'sinin (n=47) bekar olduğu görüldü. Menopozal semptom şiddet gruplarına göre (hafif-orta-şiddetli) bireylerin medeni durumları karşılaştırıldı ve gruplar arası farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4. Bireylerin medeni durumlarının menopozal semptom şiddeti grupları arası karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
Medeni durum	Evli	90 (80.4)	87 (81.3)	21 (80.8)	0.984
	Bekar	22 (19.6)	20 (18.7)	5 (19.2)	

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, n:birey sayısı, n(%) p: ki-kare testi

Bireylerin medeni durumlarına göre MSDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları karşılaştırıldı. Medeni durum grupları arasında MSDÖ toplam puan, somatik ve psikolojik alt alan puanları arasında fark yok iken ($p>0.05$), ürogenital semptom puanı evli bireyler lehine anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (**Tablo 4.5**)

Tablo 4.5. Bireylerin medeni durumlarına göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Medeni durum		p
	Evli (n=198)	Bekar (n=47)	
MSDÖ toplam	17.61±7.90	15.68±7.46	0.129
MSDÖ somatik	6.33±3.51	6,53±3.64	0.725
MSDÖ psikolojik	6.20±3.71	6.51±3.59	0.600
MSDÖ ürogenital	5.20±2.95	2.64±2.30	0.001*

MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, n:birey sayısı, ort±SS, *: $p<0.05$, Bağımsız örneklem t testi

Bireylerin medeni durumlarına göre MÖYKÖ alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve MÖYKÖ cinsel alt boyut puanı evli bireylerde anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Diğer alt boyutlar açısından gruplar arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.6**).

Tablo 4.6. Bireylerin medeni durumlarına göre MÖYKÖ puanları karşılaştırması.

	Medeni durum		p
	Evli (n=198)	Bekar (n=47)	
MÖYKÖ vazomotor	3.95±2.22	4.14±2.13	0.602
MÖYKÖ psikososyal	3.07±1.30	3.32±1.27	0.230
MÖYKÖ fiziksel	3.54±0.97	3.26±0.98	0.081
MÖYKÖ cinsel	4.30±2.08	2.47±1.67	0.001*

MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, n: birey sayısı, ort±SS, *: p<0.05, Bağımsız örneklem t testi

-Eğitim Durumu

Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde bireylerin 69 (% 28.2)'ünün okur yazar olmadığı, 163 (% 66.5)'ünün ilk-ortaokul mezunu ve 13 (% 5.3)'ünün lise ve üzeri düzey mezunu olduğu görüldü. Menopozal semptom şiddeti gruplarına göre bireylerin eğitim seviyeleri karşılaştırıldı ve fark bulunmadı (p>0.05) (**Tablo 4.7**).

Tablo 4.7. Bireylerin eğitim durumlarının menopozal semptom şiddeti grupları ile karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
Eğitim seviyesi	Okur yazar değil	31 (27.7)	27 (25.2)	11 (42.3)	0.298
	Orta öğretim	73 (65.2)	75 (70.1)	15 (57.7)	
	Yüksek öğretim	8 (7.1)	5 (4.7)	0 (0.0)	

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, n: birey sayısı, n(%) p: ki kare testi

Bireylerin eğitim durumlarına göre MSDÖ toplam ve alt alan puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve bir fark bulunmadı (p>0.05) (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8. Bireylerin eğitim durumlarına göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Eğitim durumu			p
	Okur yazar değil (n=69)	Orta öğretim (n=163)	Yüksek öğretim (n=13)	
MSDÖ toplam	17.89±7.98	17.20±7.76	14.15±7.81	0.287
MSDÖ somatik	6.76±3.63	6.29±3.45	5.23±3.91	0.316
MSDÖ psikolojik	6.55±3.69	6.21±3.71	5.23±3.21	0.481
MSDÖ ürogenital	4.57±3.11	4.84±2.93	3.69±3.25	0.383

n:birey sayısı, ort±SS, MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, p: Tek yönlü varyans analizi

Bireylerin eğitim durumlarına göre MÖYKÖ alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.9**).

Tablo 4.9. Bireylerin eğitim durumlarına göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Eğitim durumu			p
	Okur yazar değil (n=69)	Orta öğretim (n=163)	Yüksek öğretim (n=13)	
MÖYKÖ vazomotor	4.10±2.33	3.88±2.15	4.31±1.81	0.660
MÖYKÖ psikososyal	3.22±1.35	3.05±1.26	3.17±1.19	0.621
MÖYKÖ fiziksel	3.62±0.90	3.43±0.99	3.14±1.26	0.144
MÖYKÖ cinsel	3.99±2.09	3.99±2.14	3.13±2.40	0.365

MÖYKÖ: Menopozal Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, n:birey sayısı, ort±SS, , p: Tek yönlü varyans analizi

-Çalışma Durumu

Bireylerin çalışma durumları incelendiğinde 12 (% 4.9)'sinin çalıştığı 233 (% 95.1)'ünün ise çalışmadığı tespit edildi. Menopozal semptom şiddeti gruplarına göre bireylerin çalışma durumları karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.10**).

Tablo 4.10. Bireylerin çalışma durumlarının menopozal semptom şiddeti grupları ile karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	7 (6.3)	3 (2.8)	2(7.7)	0.390
	Çalışmıyor	105 (93.8)	104 (97.2)	24 (92.3)	

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, n:birey sayısı, n(%) p:ki-kare testi

Bireylerin çalışma durumlarına göre MSDÖ toplam puanı ve alt alan puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.11**).

Tablo 4.11. Bireylerin çalışma durumlarına göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Çalışma durumu		p
	Çalışıyor (n=12)	Çalışmıyor (n=233)	
MSDÖ toplam	17.08±6.62	17.25±7.82	0.943
MSDÖ somatik	5.92±3.82	6.39±3.52	0.650
MSDÖ psikolojik	6.33±2.81	6.25±3.72	0.942
MSDÖ ürogenital	4.83±3.19	4.70±3.00	0.881

MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, n:birey sayısı, ort±SS, p: Bağımsız örneklem t testi

Bireylerin çalışma durumlarına göre MÖYKÖ alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve fark olmadığı görüldü ($p < 0.05$) (**Tablo 4.12**).

Tablo 4.12. Bireylerin çalışma durumlarına göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Çalışma durumu		p
	Çalışıyor (n=12)	Çalışmıyor (n=233)	
MÖYKÖ vazomotor	4.55±1.77	3.96±2.22	0.263
MÖYKÖ psikososyal	2.94±1.15	3.13±1.30	0.612
MÖYKÖ fiziksel	3.62±1.34	3.48±0.96	0.636
MÖYKÖ cinsel	4.14±2.28	3.93±2.13	0.751

MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, n: birey sayısı, ort±SS, p: Bağımsız örneklem t testi

4.1.2. Fiziksel Özellikler

Çalışmamıza katılan 245 bireyin ortalama boy uzunluğu 159.80 ± 5.92 cm, ortalama vücut ağırlığı 79.61 ± 13.38 kg'dı. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri 31.19 ± 5.09 kg/m² olarak hesaplandı.

Menopozal semptom şiddet grupları arasında bireylerin VKİ değerleri açısından farklılık bulunmadı ($p > 0.05$) (**Tablo 4.13**).

Tablo 4.13. Bireylerin VKİ değerlerinin menopozal semptom şiddeti grupları arası karşılaştırılması.

Parametre	BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
	Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
VKİ (kg/m ²)	30.64±4.71	31.57±4.75	31.95±7.49	0.292

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, n: Birey sayısı, ort±SS, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, p: Tek yönlü varyans analizi

MSDÖ toplam puanı ve alt alan puanları ile bireylerin VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendi ve VKİ değerleri ile MSDÖ toplam puanı ve somatik alt alan puanı arasında anlamlı düşük düzeyde pozitif korelasyon saptandı ($p < 0.05$) (**Tablo 4.14**).

Tablo 4.14. Bireylerin VKİ değerleri ile MSDÖ puanları arası ilişki.

	VKİ	
Parametreler	r	p
MSDÖ toplam	0.143*	0.025*
MSDÖ somatik	0.157*	0.014*
MSDÖ psikolojik	0.106	0.098
MSDÖ ürogenital	0.092	0.153

VKİ: Vücut kitle indeksi, MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, r: korelasyon katsayısı, * $p < 0.05$, Pearson testi.

MÖYKÖ alt boyut puanları ile bireylerin VKİ değerleri arası ilişki incelendi. VKİ değerleri ile sadece MÖYKÖ fiziksel alt boyut puanı arasında anlamlı düşük düzeyde pozitif korelasyon bulundu (**Tablo 4.15**).

Tablo 4.15. Bireylerin VKİ değerleri ile MÖYKÖ puanları arası ilişki.

	Vücut kitle indeksi (VKİ)	
Parametreler	r	p
MÖYKÖ vazomotor	0.117	0.069
MÖYKÖ psikososyal	0.153	0.103
MÖYKÖ fiziksel	0.228*	0.001*
MÖYKÖ cinsel	0.029	0.647

VKİ: Vücut kitle indeksi, MÖYKÖ: Menopozal Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, r: korelasyon katsayısı, * $p < 0.05$, Pearson testi.

4.1.3. Detaylı Medikal Hikaye

-Kronik hastalık durumu

Çalışmamıza katılan 245 bireyin kronik hastalıkları sorgulandığında bireylerin 125 (% 51)'inde kronik bir hastalık varken, 120 (% 49)'sinde herhangi bir kronik hastalık yoktu.

Menopozal semptom şiddet gruplarına göre bireylerin kronik hastalık durumları karşılaştırıldı ve 3 grup arasında anlamlı fark bulundu. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için “Bonferroni düzeltmesi” yapıldı ve bu farkın hafif-şiddetli gruplar arası farktan kaynaklandığı bulundu ($p<0.017$). Kronik hastalığı olan bireylerin oranı şiddetli semptomatik grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p=0.009$)(**Tablo 4.16**).

Tablo 4.16. Bireylerin kronik hastalık durumlarının menopozal semptom şiddet grupları arası karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
Kronik hastalık	Var	46 (41.1) ^a	61 (57.0) ^a	18 (69.2) ^b	0.009*
	Yok	66 (58.9) ^b	46 (43.0) ^a	8 (30.8) ^a	

BKMİ: Blatt Kupperman Menopozal indeksi, *: $p<0.05$, ki-kare analizi ve Fisher testi, ^{a,b} : Post-Hoc Bonferroni düzeltmeli Z-testi, Anlamlı düzeyde farklılık gösteren kategoriler farklı harf ile gösterilmiştir.

Bireylerin kronik hastalık durumlarına göre MSDÖ puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve MSDÖ toplam puan, somatik ve psikolojik alt boyut puanı ortalamaları kronik hastalığı olanlarda daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Ancak MSDÖ ürogenital alt boyut puanı açısından fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.17**).

Tablo 4.17. Bireylerin kronik hastalık durumlarına göre MSDÖ puanları karşılaştırılması.

	Kronik hastalık		p
	Var (n=125)	Yok (n=120)	
MSDÖ toplam	18.61±7.50	15.82±7.96	0.005*
MSDÖ somatik	7.10±3.44	5.62±3.47	0.001*
MSDÖ psikolojik	6.80±3.69	5.69±3.59	0.018*
MSDÖ ürogenital	4.86±2.95	4.55±3.07	0.427

n:birey sayısı, ort±SS, MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, p: Bağımsız örneklem t testi, *: p<0.05

Bireylerin kronik hastalık durumlarına göre MÖYKÖ puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve MÖYKÖ psikososyal ve fiziksel alt boyut puanları kronik hastalığı olanlarda daha yüksek bulundu (p<0.05). MÖYKÖ vazomotor ve cinsel alt boyutları açısından fark bulunmadı (p>0.05) (**Tablo 4.18**).

Tablo 4.18. Bireylerin kronik hastalık durumları ile MÖYKÖ puanları karşılaştırılması.

	Kronik Hastalık		p
	Var (n=125)	Yok (n=120)	
MÖYKÖ vazomotor	4.19±2.34	3.78±2.04	0.149
MÖYKÖ psikososyal	3.28±1.33	2.95±1.23	0.045*
MÖYKÖ fiziksel	3.71±0.83	3.26±1.06	0.001*
MÖYKÖ cinsel	3.98±2.18	3.90±2.09	0.769

n:birey sayısı, ort±SS, MÖYKÖ: Menopozal Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, p: Bağımsız gruplar t testi, *p<0.05

-Obstetrik parametreler

Çalışmamıza katılan bireylerin obstetrik özelliklerini incelediğimizde; bireylerin gebelik sayıları ortalaması 4.30 ± 2.22 olarak, vajinal doğum sayıları ortalaması da 3.29 ± 1.74 olarak hesaplandı.

Menopozal semptom şiddet grupları arasında gebelik ve vajinal doğum sayısı karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p > 0.05$) (**Tablo 4.19**).

Tablo 4.19. Bireylerin menopozal semptom şiddeti grupları ile obstetrik parametrelerin karşılaştırılması.

	BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			
Parametreler	Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	p
Gebelik sayısı	4.25 ± 2.30	4.42 ± 2.20	4.00 ± 1.96	0.655
Vajinal doğum sayısı	3.29 ± 1.98	3.36 ± 1.63	3.04 ± 1.37	0.717

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, n: Birey sayısı, ort $\pm$ SS, p: Tek yönlü varyans analizi

MSDÖ toplam puanı ve alt alan puanları ile bireylerin gebelik ve vajinal doğum sayıları arasındaki ilişki incelendi ve gebelik sayısı ile sadece MSDÖ toplam puanı arasında anlamlı düşük düzeyde pozitif korelasyon bulundu ($p < 0.05$) (**Tablo 4.20**).

Tablo. 4.20. Bireylerin obstetrik parametreleri ile MSDÖ puanları arası ilişki.

	Gebelik sayısı		Vajinal doğum sayısı	
Parametreler	r	p	r	p
MSDÖ toplam	0.134*	0.036*	0.026	0.684
MSDÖ somatik	0.098	0.128	0.048	0.453
MSDÖ psikolojik	0.102	0.111	0.013	0.841
MSDÖ ürogenital	0.101	0.114	-0.001	0.982

MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, r: korelasyon katsayısı, * $p < 0.05$, Pearson testi

MÖYKÖ puanları ile bireylerin gebelik ve vajinal doğum sayıları arasındaki ilişki incelendi ve anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.21**).

Tablo 4.21. Bireylerin obstetrik parametreleri ile MÖYKÖ puanları arası ilişki.

	Gebelik sayısı		Vajinal doğum sayısı	
Parametreler	r	p	r	p
MÖYKÖ vazomotor	0.051	0.427	0.067	0.296
MÖYKÖ psikososyal	0.103	0.106	0.055	0.393
MÖYKÖ fiziksel	0.143	0.025	0.115	0.072
MÖYKÖ cinsel	0.057	0.374	0.007	0.914

MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, r: korelasyon katsayısı, p: pearson testi

-Menopozal Parametreler

- **Menopoza giriş şekli**

Çalışmamıza katılan bireylerin menopoza girme şekilleri incelendiğinde bireylerin 223 (%91)'ünün doğal yolla 22 (% 9)'sinin ise diğer yollar (cerrahi veya iatrojenik) ile menopoza girdiği görüldü.

Menopozal semptom şiddeti grupları arasında bireylerin menopoza girme şekilleri karşılaştırıldı ve fark saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.22**).

Tablo 4.22. Bireylerin menopozal semptom şiddet grupları arası menopoza girme şeklinin karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
Menopoza girme şekli	Doğal	102 (91.1)	98 (91.6)	23 (88.5)	0.882
	Diğer	10 (8.9)	9 (8.4)	3 (11.5)	

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, p: ki-kare testi

Menopoza giriş şekline göre MSDÖ toplam puanı ve alt alan puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.23**).

Tablo 4.23. Bireylerin menopoza giriş şekline göre MSDÖ puanları karşılaştırılması.

	Menopoza girme şekli		p
	Doğal (n=223)	Diğer (n=22)	
MSDÖ toplam	17.21±7.94	17.55±6.88	0.849
MSDÖ somatik	6.27±3.56	7.32±3.18	0.187
MSDÖ psikolojik	6.31±3.71	5.68±3.41	0.443
MSDÖ ürogenital	4.72±3.01	4.55±2.99	0.793

MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, n: birey sayısı, ort±SS, p: Bağımsız örneklem t testi

Bireylerin menopoza girme şekline göre MÖYKÖ puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.24**).

Tablo 4.24. Bireylerin menopoza giriş şekline göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Menopoza girme şekli		p
	Doğal (n=223)	Diğer (n=22)	
MÖYKÖ vazomotor	3.95±2.19	4.35±2.37	0.425
MÖYKÖ psikososyal	3.13±1.31	3.01±1.16	0.672
MÖYKÖ fiziksel	3.46±0.98	3.73±0.93	0.222
MÖYKÖ cinsel	3.90±2.16	4.35±1.89	0.355

MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, n:birey sayısı, ort±SS, p: Bağımsız örneklem t testi

- **Menopozu algılama şekli**

Bireylerin menopozu algılama durumları değerlendirildiğinde 245 bireyin 50 (% 20.4)'si menopozu “iyi bir olay” olarak, 116 (% 47.3)'sı “kötü bir olay” olarak ve 79 (% 32.2)'u menopozu “ne iyi ne de kötü bir olay” olarak değerlendirdi.

Menopozu algılama durumu menopoz semptom şiddet grupları arasında karşılaştırıldı ve gruplar arasında fark bulundu ($p<0.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için “Bonferroni düzeltmesi” yapıldı ve farkın hafif-şiddetli grup arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu ($p<0.017$). Menopozu “iyi bir olay” olarak algılayanların oranı hafif semptomatik grupta daha yüksek bulunurken, “kötü bir olay” olarak algılayanların oranı ise şiddetli semptomatik grupta daha yüksek bulundu. (**Tablo 4.25**).

Tablo 4.25. Bireylerin menopoza algılama durumu ile menopozal semptom şiddet grupları arası karşılaştırması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			P
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
Menopoz algılama durumu	İyi bir olay	32 (28.6) ^a	17 (15.9) ^b	1 (3.8) ^b	0.007*
	Kötü bir olay	42 (37.5) ^a	56 (52.3) ^b	18 (69.2) ^b	
	Ne iyi ne kötü bir olay	38 (33.9) ^a	34 (31.8) ^a	7 (26.9) ^a	

BKMİ: p: ki-kare analizi ve Fisher testi, $p < 0.05$, ^{a,b}: Post-Hoc Bonferroni düzeltmeli Z-testi, anlamlı düzeyde farklılık gösteren kategoriler farklı harf ile gösterilmiştir.

Bireylerin menopoza algılama durumuna göre MSDÖ toplam ve alt alan puanları karşılaştırıldı ve gruplar arasında fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için “Post-Hoc Tukey testi” yapıldı. MSDÖ toplam puan, somatik ve psikolojik alt boyut puanları ortalaması menopoza kötü bir olay olarak algılayan bireylerde daha yüksek bulundu ($p < 0.05$), ancak diğer iki grup arasında fark rastlanmadı. MSDÖ ürogenital alt boyut puan ortalaması açısından ise gruplar arası fark rastlanmadı ($p > 0.05$) (**Tablo 4.26**).

Tablo 4.26. Bireylerin menopoza algılama durumuna göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Menopoz algılama durumu			P
	İyi bir olay (n=50)	Kötü bir olay (n=116)	Ne iyi ne kötü bir olay (n=79)	
MSDÖ toplam	17.74±6.46 ^a	19.29±7.90 ^b	16.44±7.71 ^a	0.001*
MSDÖ somatik	4.92±2.88 ^a	7.31±3.62 ^b	5.90±3.40 ^a	0.001*
MSDÖ psikolojik	5.10±3.22 ^a	6.98±3.88 ^b	5.92±3.46 ^{ab}	0.006*
MSDÖ ürogenital	4.08±2.78	5.03±3.10	4.62±2.96	0.164

MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, n:birey sayısı, ort±SS, *, $p < 0.05$ Tek yönlü varyans analizi, ^{a,b}: Post-Hoc Tukey testi, anlamlı düzeyde farklılık gösteren kategoriler farklı harf ile gösterilmiştir.

Bireylerin menopoza algılama durumuna göre MÖYKÖ puanları karşılaştırıldı ve gruplar arası farklılıklar bulundu. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için “Post-Hoc Tukey testi” yapıldı. MÖYKÖ vazomotor alt alan puan ortalaması menopoza “iyi bir olay” olarak tanımlayanlarda anlamlı düzeyde diğer iki gruptan daha düşük bulundu ($p<0.05$). Ancak diğer iki grup arasında farka rastlanmadı. MÖYKÖ fiziksel alt alan puan ortalaması, menopoza “kötü bir olay” olarak algılayanlarda diğer iki gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ancak diğer iki grup arasında farka rastlanmadı. MÖYKÖ psikososyal ve cinsel puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farka rastlanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.27**).

Tablo 4.27. Bireylerin menopoza algılama durumları ile MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Menopoza algılama durumu			p
	İyi bir olay (n=50)	Kötü bir olay (n=116)	Ne iyi ne kötü bir olay (n=79)	
MÖYKÖ vazomotor	3.03±2.02 ^a	4.41±2.25 ^b	3.98±2.06 ^b	0.001*
MÖYKÖ psikososyal	2.92±1.06	3.27±1.36	3.02±1.31	0.192
MÖYKÖ fiziksel	3.12±0.80 ^a	3.81±0.90 ^b	3.25±1.04 ^a	0.001*
MÖYKÖ cinsel	3.61±2.26	4.21±2.21	3.77±1.97	0.174

MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi, n:birey sayısı, ort±SS, *, $p<0.05$ Bağımsız gruplar t testi, ^{a,b}: Post-Hoc Tukey testi, anlamlı düzeyde farklılık gösteren kategoriler farklı harf ile gösterilmiştir.

- **Menopozal evre**

Çalışmamıza katılan bireylerin menopozal evreleri incelendiğinde bireylerin 44 (%18)’ünün perimenopozda olduğu, 201 (%82)’inin ise postmenopozal evrede olduğu görüldü.

Menopozal semptom şiddet grupları arası menopozal evre dağılımı karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.28**).

Tablo 4.28. Bireylerin menopozal evre dağılımlarının menopozal semptom şiddet grupları arası karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
Menopozal evre	Perimenopoz	15 (13.4)	23 (21.5)	6 (23.1)	0.228
	Postmenopoz	97 (86.6)	84 (78.5)	20 (76.9)	

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, n: sayı, p: ki-kare testi

Menopozal evreye göre MSDÖ toplam ve alt alan puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.29**)

Tablo 4.29. Bireylerin menopozal evrelerine göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Menopozal evre		p
	Perimenopoz (n=44)	Postmenopoz (n=201)	
MSDÖ toplam	17.21±7.94	17.55±6.88	0.849
MSDÖ somatik	6.27±3.56	7.32±3.18	0.187
MSDÖ psikolojik	6.31±3.71	5.68±3.41	0.443
MSDÖ ürogenital	4.72±3.01	4.55±2.99	0.793

MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, n:birey sayısı, ort±SS, p: Bağımsız örneklem t testi

Bireylerin menopozal evrelerine göre MÖYKÖ alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.30**).

Tablo 4.30. Bireylerin menopozal evrelerine göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Menopozal evre		p
	Perimenopoz (n=44)	Postmenopoz (n=201)	
MÖYKÖ vazomotor	4.43±2.11	3.89±2.22	0.143
MÖYKÖ psikososyal	3.15±1.27	3.11±1.30	0.871
MÖYKÖ fiziksel	3.52±0.86	3.48±1.00	0.827
MÖYKÖ cinsel	4.22±1.99	3.88±2.16	0.339

MÖYKÖ: Menopozal Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, n: birey sayısı, ort±SS, p: Bağımsız örneklem t testi

4.2. Fiziksel Aktivite Düzeyi

Bireylerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) skorlarına göre 131 (% 53.5)'inin inaktif, 110 (% 44.9)'unun minimal aktif ve 4 (% 1.6)'ünün ise çok aktif olduğu belirlendi. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri menopozal semptom şiddeti grupları arasında karşılaştırıldığında gruplar arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.31**)

Tablo 4.31. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyinin menopozal semptom şiddet grupları arasında karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
UFAA-Grup	İnaktif	63 (56.3)	58 (54.2)	10 (38.5)	0.465
	Minimal aktif	47 (42.0)	47 (43.9)	16 (61.5)	
	Çok aktif	2 (1.8)	2 (1.9)	0 (0.0)	

BKMİ:Blatt-Kupperman Menopozal İndeks UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi n:sayı n(%)
p: ki-kare testi.

Çalışmamızdaki bireylerin UFAA gruplarına göre MSDÖ toplam ve alt alan puanları karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.32**).

Tablo 4.32. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyine göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.

	UFAA			p
	İnaktif (n=131)	Minimal aktif (n=110)	Çok aktif (n=4)	
MSDÖ toplam	16.94±7.37	17.79±8.37	11.75±6.34	0.530
MSDÖ somatik	6.15±3.30	6.68±3.79	4.75±2.75	0.311
MSDÖ psikolojik	6.16±3.65	6.40±3.71	5.25±4.57	0.660
MSDÖ ürogenital	4.76±2.91	4.74±3.11	1.75±1.50	0.750

UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, MSDÖ: n:birey sayısı, ort±SS, , p: Bağımsız örneklem t testi

Bireylerin UFAA'ya göre oluşturduğumuz gruplarına göre MÖYKÖ alt boyut puanları karşılaştırıldı ve fark bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 4.33**).

Tablo 4.33. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile MÖYKÖ puanları karşılaştırılması.

	UFAA			p
	İnaktif (n=131)	Minimal aktif (n=110)	Çok aktif (n=4)	
MÖYKÖ vazomotor	3.85±2.15	4.41±2.25	2.74±1.52	0.243
MÖYKÖ psikososyal	3.12±1.36	3.27±1.36	2.46±0.42	0.983
MÖYKÖ fiziksel	3.46±0.92	3.81±0.90	2.92±0.33	0.748
MÖYKÖ cinsel	3.98±2.07	4.21±2.21	2.08±0.83	0.772

UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
n:birey sayısı, ort±SS, p: Bağımsız gruplar t testi

4.3. Anksiyete Düzeyi

Bireylerin Durum-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DSKÖ) durum ve süreklilik puanlarının menopozal semptom şiddet grupları ile karşılaştırılması yapıldı. DSKÖ durum puanı ve DSKÖ süreklilik puanı açısından fark saptandı ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için “post-hoc Tukey” testi yapıldı ve 3 grup arasında da fark bulundu ($p=0.001$). DSKÖ puan ortalamalarının orta düzey semptomatik grupta hafif gruptan, şiddetli semptomatik grupta orta düzey semptomatik gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. Bireylerin DSKÖ puanları ile menopozal semptom şiddet grupları karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			P
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
DSKÖ	DSKÖ durum	30.97±6.75	36.95±8.43	41.15±2.30	0.001*
	DSKÖ süreklilik	35.46±6.35	40.26±8.95	45.31±8.89	0.001*

BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, DSKÖ:Durum ve Süreklilik Kaygı Ölçeği n:Birey sayısı, ort±SS, P: Tek yönlü varyans analizi, post-Hoc Tukey testi $p<0.05$

Bireylerin DSKÖ durum ve süreklilik puanları ile MSDÖ puanları arasındaki ilişki incelendi. DSKÖ durum ve süreklilik puanları ile tüm MSDÖ toplam puanı arasında orta derecede, somatik alt grup puanı arasında düşük orta derecede, psikolojik alt grup puanı arasında orta derecede, ürogenital alt grup puanı arasında düşük derecede anlamlı ve pozitif korelasyon görülmüştür. Bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça menopozal semptom değerlendirme ölçek skorları tüm alt gruplarda artmıştır (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. Bireylerin DSKÖ puanları ile MSDÖ puanları arasındaki ilişki.

	DSKÖ durum		DSKÖ süreklilik	
Parametreler	r	p	r	p
MSDÖ toplam	0.501*	0.001*	0.504*	0.001*
MSDÖ somatik	0.360*	0.001*	0.328*	0.001*
MSDÖ psikolojik	0.532*	0.001*	0.546*	0.001*
MSDÖ ürogenital	0.214*	0.001*	0.254*	0.001*

DSKÖ:Durum ve Süreklilik Kaygı Ölçeği, MSDÖ:Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği , r: korelasyon katsayısı *: $p<0.05$, Pearson testi

Çalışmamıza katılan bireylerin DSKÖ durum ve süreklilik puanları ile MÖYKÖ puanları arasındaki ilişki incelendi. STAİ durum ve süreklilik puanları ile MÖYKÖ puanları arasında düşük, düşük-orta ve orta derecede anlamlı pozitif yönde korelasyon görüldü ($p<0.05$) (**Tablo 4.36**)

Tablo 4.36. Bireylerin DSKÖ puanları ile MÖYKÖ puanları arasındaki ilişki.

	DSKÖ durum		DSKÖ süreklilik	
Parametreler	r	p	r	p
MÖYKÖ vazomotor	0.346*	0.001*	0.289*	0.001*
MÖYKÖ psikososyal	0.402*	0.001*	0.434*	0.001*
MÖYKÖ fiziksel	0.363*	0.001*	0.445*	0.001*
MÖYKÖ cinsel	0.207*	0.001*	0.184*	0.004*

DSKÖ:Durum ve Süreklilik Kaygı Ölçeği, MÖYKÖ:Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği *: Pearson testi, $p<0.05$, r:korelasyon katsayısı

4.4. Psikolojik Durum

Bireylerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanları, menopozal semptom şiddeti grupları arasında karşılaştırıldı ve 3 grup arasında fark saptandı ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için post-hoc “Bonferroni düzeltmesi” yapıldı ve orta düzey semptomatik -şiddetli semptomatik grup ile hafif semptomatik -şiddetli semptomatik grup arasında fark bulunurken hafif- orta düzey arasında fark

bulunmadı. Minimal depresyon grubunda olan bireylerin oranı hafif şiddetli grupta anlamlı düzeyde daha yüksek bulunurken, orta ve şiddetli depresyon olan bireylerin oranı şiddetli semptomatik grupta anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.37).

Tablo 4.37. Bireylerin BDE grupları ile menopozal semptom şiddet grupları karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		Hafif (n=112)	Orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
BDE Grupları	Minimal depresyon	78 (69.7) ^a	25 (23.4) ^a	4 (15.4) ^a	0.001*
	Hafif depresyon	25 (22.3) ^b	58 (54.2) ^b	8 (30.8) ^{ab}	
	Orta depresyon	8 (7.1) ^b	20 (18.7) ^b	12 (46.2) ^c	
	Şiddetli depresyon	1 (0.9) ^b	4 (3.7) ^b	2 (7.7) ^{bc}	

BKMİ:Blatt-Kupperman Menopozal İndeksi, BDE:Beck Depresyon Envanteri *: $p<0.05$ ki-kare analizi ve Fisher testi ^{a,b,c}: Post-Hoc Bonferroni düzeltmeli Z-testi, Anlamlı düzeyde farklılık gösteren kategoriler farklı harf ile gösterilmiştir.

Bireylerin depresyon düzeylerine göre MSDÖ toplam ve alt alan puanları karşılaştırıldı ve anlamlı farklar bulundu. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için “Post-hoc Tukey” analizi yapıldı. MSDÖ toplam, somatik ve psikolojik alt alan puanları ortalaması orta ve şiddetli depresyon grubunda benzer bulunurken, orta ve şiddetli grubun ortalaması minimal ve hafif depresyon grubunda daha yüksek bulundu. MSDÖ ürogenital puan ortalaması orta depresyon grubunda minimal ve hafif depresyon grubuna göre yüksek bulundu ancak şiddetli grupta fark yoktu (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Bireylerin BDE gruplarına göre MSDÖ puanlarının karşılaştırılması.

	BDE Grupları				p
	Minimal depresyon (n=107)	Hafif depresyon (n=91)	Orta depresyon (n=40)	Şiddetli depresyon (n=7)	
MSDÖ toplam	12.77±6.19 ^a	18.05±6.16 ^b	25.80±6.51 ^c	26.14±5.43 ^c	0.001*
MSDÖ somatik	4.69±3.23 ^a	6.99±2.92 ^b	9.05±3.56 ^c	8.43±1.90 ^c	0.001*
MSDÖ psikolojik	4.14±2.60 ^a	6.58±3.13 ^b	10.15±2.89 ^c	12.14±2.79 ^c	0.001*
MSDÖ ürogenital	3.93±2.72 ^a	4.70±3.02 ^a	6.65±2.82 ^b	5.57±3.36 ^{ab}	0.001*

BDE:Beck Depresyon Envanteri, MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, n:Birey sayısı, ort±SS, , * p<0.05, tek yönlü varyans analizi ^{a,b,c}; post-Hoc Tukey testi, anlamlı düzeyde farklılık gösteren kategoriler farklı harf ile gösterilmiştir

Bireylerin BDE gruplarına göre MÖYKÖ alt boyut puanları karşılaştırıldı ve fark bulundu. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için “Post-Hoc Tukey” analizi yapıldı. MÖYKÖ vazomotor puan ortalamasının minimal depresyon grubunda daha düşük olduğu, ancak diğer 3 grup arasında fark olmadığı görüldü. MÖYKÖ psikososyal puan ortalamasının 4 grup arasında da farklı olduğu bulundu. MÖYKÖ fiziksel puan ortalaması en düşük minimal depresyon grubunda bulundu ve bunu hafif şiddette depresyon olan grup izledi ancak diğer iki grubun ortalaması arasında fark rastlanmadı. MÖYKÖ cinsel puan ortalaması orta depresyon grubunda minimal ve hafif şiddette depresyon grubuna göre daha yüksek bulundu. Ancak diğer farklar anlamlı bulunmadı (**Tablo 4.39**).

Tablo 4.39. Bireylerin BDE gruplarına göre MÖYKÖ puanlarının karşılaştırılması.

	BDE Grupları				p
	Minimal depresyon (n=107)	Hafif depresyon (n=91)	Orta depresyon (n=40)	Şiddetli depresyon (n=7)	
MÖYKÖ vazomotor	3.20±1.85 ^a	4.53±2.19 ^b	4.62±2.43 ^b	5.38±2.53 ^b	0.001*
MÖYKÖ psikososyal	2.39±0.98 ^a	3.30±1.06 ^b	4.27±1.11 ^c	5.38±1.6 ^d	0.001*
MÖYKÖ fiziksel	3.10±0.93 ^a	3.56±0.80 ^b	4.28±0.95 ^c	4.05±0.75 ^{bc}	0.001*
MÖYKÖ cinsel	3.43±1.86 ^a	3.89±2.22 ^a	5.45±1.92 ^b	4.00±2.51 ^{ab}	0.001*

BDE:Beck Depresyon Envanteri, MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, n:Birey sayısı, ort±SS, *: p<0.05, Tek yönlü varyans analizi, ^{a,b,c,d}: post-Hoc Tukey testi, anlamlı düzeyde farklılık gösteren kategoriler farklı harf ile gösterilmiştir

4.5. Genel Yaşam Kalitesi

Bireylerin genel yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile değerlendirildi. NSP toplam ve 6 alt ölçek puanları menopozal semptom şiddet grupları arasında karşılaştırıldı ve anlamlı farklar bulundu. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için “Post-Hoc Tukey” analizi yapıldı. Şiddetli grupta NSP toplam, ağrı, uyku, duygusal reaksiyonlar, sosyal izolasyon ve enerji puan ortalaması hafif ve orta gruptan daha yüksek bulundu. ($p < 0.05$) Fiziksel aktivite boyutu açısından ise gruplar arasında farklılığa rastlanmadı ($p > 0.05$). (**Tablo 4.40**).

Tablo 4.40. Bireylerin NSP puanlarının menopozal semptom şiddet grupları arasında karşılaştırılması.

		BKMİ Semptom Şiddeti Grupları			p
		hafif (n=112)	orta düzey (n=107)	Şiddetli (n=26)	
NSP	Toplam	103.32±80.11 ^a	227.49±96.09 ^b	324.76±93.45 ^c	0.001*
	Ağrı	15.83±22.42 ^a	31.12±21.17 ^b	45.02±31.29 ^c	0.001*
	Uyku	17.76±27.41 ^a	41.76±31.10 ^b	63.49±21.91 ^c	0.001*
	Duygusal reaksiyonlar	11.09±16.72 ^a	32.84±28.47 ^b	48.35±34.41 ^c	0.001*
	Sosyal izolasyon	6.57±15.51 ^a	21.41±28.89 ^b	37.08±31.48 ^c	0.001*
	Fiziksel aktivite	15.33±14.71	61.53±29.93	37.80±15.65	0.297
	Enerji	39.65±37.79 ^a	72.04±37.97 ^b	91.75±22.46 ^c	0.001*

NSP:Nottingham Sağlık Profili, BKMİ: Blatt-Kupperman Menopozal İndeks, n:Birey sayısı, ort±SS, * p<0.05, Tek yönlü varyans analizi, ^{a,b,c}: post-Hoc Tukey testi, anlamlı düzeyde farklılık gösteren kategoriler farklı harf ile gösterilmiştir

Çalışmamıza katılan bireylerin NSP alt boyut puanları ile MSDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendi. NSP toplam puanı ile MSDÖ puanları arasında anlamlı çok iyi, iyi ve düşük orta derecede pozitif korelasyon bulundu. NSP ağrı, uyku, duygusal reaksiyon, sosyal izolasyon ve enerji alt grup puanları ile MSDÖ puanları arasında anlamlı orta, düşük-orta ve iyi derecede pozitif yönde korelasyon bulundu (p<0.05) ancak NSP fiziksel alt boyut puanı ile MSDÖ puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (**Tablo 4.41**).

Tablo 4.41. Bireylerin NSP puanları ile MSDÖ puanları arasındaki ilişki.

			MSDÖ Toplam	MSDÖ Somatik	MSDÖ Psikolojik	MSDÖ Ürogenital
NSP	Toplam	r	0.738*	0.663*	0.675*	0.327*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
	Ağrı	r	0.502*	0.483*	0.373*	0.288*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
	Uyku	r	0.503*	0.545*	0.407*	0.155*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.015*
	Duygusal reaksiyon	r	0.567*	0.421*	0.682*	0.171*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.007*
	Sosyal izolasyon	r	0.434*	0.328*	0.517*	0.106
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.098
	Fiziksel aktivite	r	0.032	-0.002	0.024	0.052
		P	0.623	0.974	0.703	0.419
	Enerji	r	0.507*	0.443*	0.426*	0.309*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*

NSP:Nottingham Sağlık Profili, MSDÖ: Menopozal Semptomları Değerlendirme Ölçeği, *: Pearson testi, $p < 0.05$, r:korelasyon katsayısı

Çalışmamıza katılan bireylerin NSP alt boyut puanları ile MÖYKÖ puanları arasındaki ilişki incelendi. NSP toplam puanı ile MÖYKÖ puanları arasında anlamlı, orta derecede ve pozitif korelasyon bulundu. NSP ağrı, uyku, duygusal reaksiyon, sosyal izolasyon ve enerji alt grup puanları ile MÖYKÖ puanları arasında anlamlı, düşük, düşük-orta ve orta derecede pozitif yönde korelasyon bulundu ($p < 0.05$) ancak fiziksel alt grup ile MÖYKÖ puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (**Tablo 4.42**).

Tablo 4.42. Bireylerin NSP puanları ile MÖYKÖ puanları arasındaki ilişki.

			MÖYKÖ vasomotor	MÖYKÖ psikososyal	MÖYKÖ fiziksel	MÖYKÖ cinsel
NSP	Toplam	r	0.401*	0.564*	0.564*	0.293*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
	Ağrı	r	0.230*	0.214*	0.427*	0.267*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.000*
	Uyku	r	0.252*	0.320*	0.297*	0.148*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.021*
	Duygusal reaksiyon	r	0.313*	0.607*	0.296*	0.133*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.038*
	Sosyal izolasyon	r	0.223*	0.439*	0.243*	0.096
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.135
	Fiziksel aktivite	r	0.051	-0.007	0.042	0.022
		P	0.430	0.907	0.508	0.729
	Enerji	r	0.325*	0.394*	0.513*	0.307*
		P	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*

NSP:Nottingham Sağlık Profili, MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, *: Pearson testi, $p<0.05$, r:korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda menopozal semptom şiddetine göre fiziksel aktivite düzeyi, psikolojik durum ve yaşam kalitesini karşılaştırmak ve bu parametreler dışında menopozal semptom şiddetini ve menopoza özgü yaşam kalitesini etkileyebilecek faktörleri kapsamlı bir şekilde incelemek amacıyla planlandı.

Bu çalışmada menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenen faktörler demografik, fiziksel, medikal ve menopozal karakteristikler, fiziksel aktivite düzeyi, anksiyete düzeyi, psikolojik durum ve genel yaşam kalitesi olarak sıralanabilir.

Çalışmamızda bireylerin menopozal semptom şiddetini ve menopoza özgü yaşam kalitesini etkileyen faktörler medeni durum, vücut kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, gebelik sayısı, menopoza algılama şekli, anksiyete düzeyi, psikolojik durum ve genel yaşam kalitesi olarak tespit edilmiştir.

Literatürde menopoz sonrası ilerleyen yaş menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi ilişkisini doğrudan araştıran çalışmalara rastlanmamakla birlikte, perimenopozal ve postmenopozal dönemi kıyaslayan çalışmalar mevcuttur. Bir çalışma postmenopozal dönemdeki kadınlarda depresyon, sıcak basması, terleme, yorgunluk, sinirlilik ve inkontinans prevalansının perimenopozal dönemdeki kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir (155). Çin’de yapılan kesitsel bir çalışmada ise, perimenopozal kadınların postmenopozal kadınlara kıyasla daha sık ve yüksek şiddette semptom bildirdiği gösterilmiştir (156). Amerika genelinde yapılan kadın sağlığı kohort çalışmasında ise perimenopozal ve postmenopozal evrelerde depresif semptom şiddeti açısından anlamlı fark saptanmamıştır (157). İran’da yapılan bir çalışmada iki evre arasında sinirlilik ve yorgunluk şiddetleri arasında fark bulunmamıştır (158). Malezya’da yapılan bir çalışmada ise, ateş basması ve terleme semptomları prevalans ve şiddetinin perimenopozal ve postmenopozal kadınlar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (159). Çalışmamıza dahil edilen 245 kadının yaş ortalaması 56.64 ± 6.59 yıl iken yaş aralığı 41-75 yıldır. Bireylerin menopozal evresi değerlendirildiğinde ise %18 (n=44)’inin perimenopozal evrede %82 (n=201)’sinin postmenopozal evrede olduğu görüldü. Çalışmamızda hem yaş hem de menopozal evre ile menopozal

semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç menopoz sonrası yaş ilerledikçe erken dönem semptomları azalma gösterse de kronik dönem semptomlarının artmasına bağlı olabilir. Çünkü çalışmamızda kullandığımız ölçekler hem erken hem de kronik döneme özgü semptomları ve bu semptomların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmektedir.

Literatürde medeni durum ile menopozal semptom şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dair sonuçlar çelişkilidir. 2001'de Dennerstein'in yaptığı bir çalışma (160)'da evli kadınların menopoza karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğu görülürken; eşinden ayrı yaşayan ya da boşanmış kadınların daha olumsuz tutuma sahip olduğu gösterilmiştir ve yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Diğer yandan başka bir çalışmada evli kadınların diğer kadınlara kıyasla vazomotor semptomlardan daha fazla yakındıklarını belirtmiştir (161). 2010'da yapılan bir regresyon çalışmasında evli olmak kadınlarda artmış ürogenital semptom şiddetiyle ilişkilendirilmiştir (162). Çalışmamıza dahil edilen 245 bireyin %19.2'si (n=47) bekar iken %80.8'i (n=198) evlidir. Çalışmamızda bireylerin medeni durumları ile yalnızca ürogenital semptomlar ve yaşam kalitesinin cinsel alt boyutu arasında ilişki tespit edilmiştir. Evli bireylerin ürogenital semptomlarının daha yüksek olduğu ve menopoza özgü yaşam kalitesinin cinsel alt boyutunun daha fazla etkilendiği bulunmuştur. Bu sonucun çalışma popülasyonumuzun çoğunluğunu kırsal kesimin oluşturmasına ve evli bireylerin aktif cinsel yaşama sahip olmalarından dolayı daha yüksek genital semptom ve cinsel yaşam kalitesi etkilenimi ile ilişkili olacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda bekar sınıfındaki hiçbir bireyin aktif cinsel yaşam bildirimi yoktu.

Menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesinin eğitim düzeyi ile ilişkisine baktığımızda literatürde benzer sonuçlar dikkati çekmektedir. 2001 yılında Brzyski ve ark. (161) tarafından yapılan bir çalışmada yüksek öğrenim gören kadınların fiziksel ve psikososyal semptom şiddetinin daha düşük bulunduğu bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada; eğitilmiş kadınlara kıyasla okuma yazma bilmeyen kadınların menopozal semptom şiddetleri ve semptomatik etkilenimleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (163). Başka bir kesitsel çalışmada eğitilmiş kadınların daha düşük şiddette menopoza ilişkili psikolojik ve somatik belirtiler gösterdiği bulunmuştur (164). Bir regresyon analizinde daha uzun süre eğitim almış kadınların menopozal semptomlarının anlamlı düzeyde daha düşük

bulunduğu belirtilmiştir (162). Çalışkan ve ark.(165)'nin yaptığı çalışmada daha yüksek eğitim seviyesi daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiş ve bu sonuç daha yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin bilgi kaynaklarına daha kolay erişebileceği görüşüne dayandırılmıştır (166, 167). Mallorca'lı postmenopozal kadınlar arasında da eğitim düzeyi ile yaşam doyumu arasında pozitif ilişki bulunmuştur (168). Bizim çalışmamızda ise bireylerin eğitim seviyeleri incelendiğinde %28.2 (n=69)'sinin okur yazar olmadığı, % 66.5 (n=163)'inin ilköğretim ve orta öğretim mezunu olduğu ve %5.3 (n=13)'ünün lise ve üzeri düzey mezunu olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyleri ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. İlişki olmamasının nedeni çalışma popülasyonumuzun çok küçük bir oranını (% 5.3) lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip bireylerin oluşturması olabilir. Diğer yandan çalışmamızdaki bireylerin neredeyse tamamına yakınının kırsal kesimden gelmesi ve araştırma sürecindeki izlenimimize dayanarak bu bireylerin hayat beklentilerinin düşük ve doyumlarının yüksek olması menopoza özgü yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arası ilişkiyi zayıflatmış olabilir. Bir diğer deyişle bireyler semptomatik olsa da bu semptomların yaşamları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı şeklinde cevap verme yönelimi göstermişlerdir.

Literatür bireyin çalışma durumunun menopozal semptom algısı ve şiddetini etkilediğini ve istihdamın menopozal döneme yaklaşan bazı kadınlar için stres tamponu olduğunu bildirmektedir (124). İstihdam edilen kadınlar, ev dışında kendini gerçekleştirme konusunda daha fazla fırsata sahip gibi görünmekte ve böylece daha hafif menopoz semptomları rapor etmektedir (169, 170). İstihdam durumunun psikolojik durumu ve menopoz semptomları deneyimini olumlu yönde değiştirdiği gösterilmiştir (162). Tortumoğlu ve Erci (171)'nin çalışmasında, çalışan kadınlarda uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, sinirlilik, gerginlik, içe kapanma, ağlama, çarpıntı gibi menopozal yakınmaların çalışmayan kadınlara göre daha az görüldüğü belirtilmiştir. Ancak literatürdeki bu çalışmaların aksine Kaulağekar ve ark. (172)'nin yaptığı çalışmada istihdam edilen kadınların aile ve iş hayatı arasında yaşadığı dengesizlik sebebiyle çalışmayan kadınlardan daha yüksek düzeyde fiziksel semptomlar deneyimlediklerini bildirmiştir. Bizim çalışmamızda bireylerin % 4.9'u aktif çalışırken % 95.1'i herhangi bir işte çalışmamaktadır ve bireylerin çalışma durumuna göre menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi skorları

arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların büyük oranının çalışmıyor olması anlamlı fark çıkmamasının sebebi olarak düşünülmektedir. Ayrıca bireylerimiz herhangi bir sigortalı işte çalışmadıklarını beyan etseler de büyük çoğunluğu bahçe ve tarım işleri ile uğraşmakta evlerinin geçimine katkı sağlamakta böylece kendilerini ispat etme doyumuna ulaşmaktadır. Ayrıca bireylerin kendi sosyal alanlarında akranları ile semptomlara yönelik paylaşımları ve kendi aralarında oluşturdukları sosyal destekle bu semptomları daha kolay tolere ettiklerini düşünmekteyiz. Bu faktörün de çalışma durumuna dair sonuçlarımızı etkilediği düşüncesindeyiz.

Dünyada ve ülkemizde yaşla birlikte artan vücut kitle indeksi (VKİ) ve obezite önemli bir sağlık problemidir. Yaşlanma, menopoz ile hormon seviyelerinde radikal azalma, sağlıksız diyet ve sedanter yaşam tarzı VKİ değerlerinde yükselişe sebep olmaktadır (173). Literatüre baktığımızda Brezilyalı postmenopozal kadınlarda yapılan bir çalışmada yüksek VKİ değerlerine sahip kadınların MSDÖ'ye göre daha yüksek düzeyde semptomatik olduğu bulunmuştur (174). Başka bir çalışmada MSDÖ'ye göre şiddetli semptomatik kadınların, semptomatik olmayanlara göre aşırı kilolu olma riski 8 kat daha fazla bulunmuştur (175). 2013'de Suudi Arabistan'da 490 kadın ile yapılan bir kesitsel çalışmada obezite ile menopoz semptomları ve şiddeti arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (176). Çalışmamıza katılan bireyler, VKİ değerleri açısından incelendiğinde ortalamaları $31.19 \pm 5.09 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmıştır ve bu ortalama obez kategorisine girmektedir. Çalışmamızda bireylerin VKİ değerleri ile MSDÖ toplam ve somatik alt boyut skorları ve MÖYKÖ fiziksel alt boyut skoru arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız literatürdeki VKİ ile semptom ilişkisini destekler yöndedir. Ancak çalışmamızdaki kadınlarda VKİ'nin psikolojik, psikososyal, cinsel ve ürogenital alt boyutlar ile ilişkisi görülmez iken somatik semptomlar ve yaşam kalitesinin fiziksel alt boyutu ile ilişkisi tespit edilmiştir. VKİ'deki artışa bağlı olarak somatik şikayetler (sıcak basması, terleme, kardiyak semptomlar, uyku sorunları, muskuloskeletal semptomlar)'in artışının yaşam kalitesinin fiziksel alt boyutunu etkilediği düşüncesindeyiz.

Tümer ve ark.(177) 2018'de yaptığı kesitsel çalışmada regresyon analizi sonucu menopozal semptom şiddetini belirleyen ikinci en önemli risk faktörünün kronik hastalık varlığı olduğunu bildirmiştir. Kronik hastalığın sebep olduğu semptomlar ve komplikasyonların, bireylerin yaşadığı menopozal semptomları

artırabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak kadının fonksiyonel kapasitesi düşmekte ve yaşam kalitesi negatif yönde etkilenmektedir (178). Çalışmamızdaki kadınların %51'inde en az bir tane kronik hastalığa rastlanmıştır kronik hastalığı olan kadınların olmayanlara kıyasla somatik ve psikososyal açılardan daha fazla semptomatik olduğu görülmüştür.

Literatürde gebelik ve doğum hikayesi ile menopozal semptomlar arası ilişkiye bakıldığında, 2008'de yapılan kesitsel bir araştırmada gebelik öyküsü olmayan kadınların daha az vazomotor semptom bildirdiği saptanmıştır (162). Bunun aksine bir regresyon çalışmasında ise gebelik öyküsü bulunan kadınların, bulunmayan kadınlara kıyasla daha düşük menopozal semptom şiddeti bildirdiği saptanmıştır (162). Artmış vajinal doğum sayısının kadın cinsel sağlığını negatif yönde etkilediği, dört ve daha fazla sayıda doğum yapan kadınların menopozal semptom skoru ve yaşam kalitesi cinsel alt boyutu skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (179). Çalışmamıza katılan kadınların gebelik sayısı ortalaması 4.30 ± 2.22 ve vajinal doğum sayısı ortalaması ise 3.29 ± 1.77 olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda da menopozal semptom şiddeti ile gebelik sayısı arasında düşük düzeyde, anlamlı pozitif korelasyon bulunurken, menopoza özgü yaşam kalitesi skoru için anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çelişkinin çalışmaya dahil edilen bireylerin menopoza bakış açısı ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Bir diğer deyişle menopozal semptomlar bazı kadınlar için sıkıntı yaratırken bazı kadınlar için yaşamlarında önem teşkil etmemektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir araştırmada toplumda cerrahi olarak menopoza giren kadınların yüzdesi % 8.1-% 19.1 aralığındadır (180). Çalışmamızda doğal menopoza giren kadınların oranı %91 (n=223) iken cerrahi olarak menopoza giren kadınların oranı % 9 (n=22) olarak hesaplanmıştır. Yapılan kesitsel prospektif bir çalışmada cerrahi yolla menopoza giren kadınlarda doğal menopoza giren kadınlara kıyasla sıcak basması ve ruh hali dalgalanması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (181). Pearce J ve ark. ve Bachmann GA ve ark. (182, 183) iki grup arasında sıcak basması yüzdelerinde benzer anlamlı bir fark bildirmiştir ve sıcak basması semptomunun cerrahi olarak menopoza giren kadınlarda daha uzun süre devam ettiği ve daha şiddetli olduğu sonucuna varmıştır. Nachtigall ve ark. (184) cerrahi olarak menopoza giren 30 kadının % 100'ünde vazomotor semptom ve % 90'ında ise

menopozdan ortalama 8.5 yıl sonra devam eden ciddi semptomlar olduğunu bildirmiştir. Naik R ve ark. (185) da cerrahi menopozlu kadınlarda doğal menopozlu kadınlara göre daha yüksek sıcak basması oranı ve ruh hali dalgalanmaları ve genitoüriner semptomlar gözlemlemişlerdir. Kesitsel başka bir çalışmada, cerrahi menopoza giren olguların yaşam kalitesi, menopozal geçiş dönemindeki ve spontan menopoza giren olguların yaşam kalitesi ile benzer bulunmuştur (165). Varma (186)'nın çalışmasında cerrahi menopoza giren kadınların doğal menopoza giren kadınlara göre cinsel yaşamlarında daha fazla sorun yaşadıkları ve bu alanda yaşam kalitelerinin daha zayıf olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda menopoza giriş şekli ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Bu sonucun literatürü destekler yönde olmamasının nedeni, çalışmamızda cerrahi yol ile menopoza giren olgu sayısının düşük olması olabilir. Bu oran belirttiğimizden daha düşük bir oran bile olabilir. Çünkü olgularımızın bazıları tek başına histerektomiye de cerrahi menopoz olarak bildirmiş olabilir. Çünkü kadınların çoğunluğu over fonksiyonundan bağımsız olarak histerektomi operasyonu ile sonlanan menstruasyonu menopoz olarak yorumlamaktadır.

Toplunun menopoza karşı olumsuz tutumunun ve kadınların kendi olumsuz tutumlarının menopozal semptomların şiddetini arttırdığı gösterilmiştir (121, 187-191). Türkiye'de ve Dünya'da yapılan birçok çalışmada, menopozal dönemdeki bireylerin çoğunluğunun menopoza karşı olumsuz bir algıya sahip oldukları saptanmıştır (192-194). Literatürdeki pek çok çalışmada menopoza yönelik negatif tutumlar ne kadar yüksekse, fiziksel, sosyal, psikolojik, bilişsel ve ürogenital açıdan menopozal semptomların şiddetinin de o kadar yüksek olduğu bildirilmiştir. (167, 195, 196). Diğer yandan Tayland, Çin ve Hindistan'da kadınların, menopozal dönemde kendilerini rahatlamış ve bağımsız hissettikleri; menopozal dönemde sosyal statülerinin yükseldiği ve dolayısı ile menopoza karşı tutumlarının olumlu olduğu bildirilmiştir (197). Yapılan kesitsel çalışmalarda menopoza karşı pozitif tutuma sahip olan kadınların menopoz semptom şiddetlerinin daha düşük ve genel sağlık durumlarının daha iyi dolayısıyla genel yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu belirtilmişti (192, 198). Bizim çalışmamızdaki bireylerin menopoza algılama durumlarına baktığımızda bireylerin %20.4'ü (n=50) menopoza iyi bir olay olarak, % 47.3'ü (n=116) kötü bir olay olarak ve %32.2'si (n=79) menopoza ne iyi ne de kötü

bir olay yani nötr bir olay olarak algılamaktadır. Çalışmamızda menopoza yönelik algı ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi ilişkili bulunmuştur. Ancak ürogenital ve cinsel alt boyutlar ile ilişki bulunamaması bireylerin cinselliğin sorgulanmasını yadırgamaları ve cinselliğe dair bilgilerinin yetersizliği ile ilişkili olabilir.

Menopozal semptom ve yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyi ilişkisi açısından literatürde çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Sağlıklı postmenopozal kadınlarda yapılan bir çalışmada, egzersizin kadınlarda önemli psikolojik iyileşme sağladığı gösterilmiş ve yaşam kalitesindeki iyileşmenin korunabilmesi için egzersizin uzun vadede sürdürülmesi gerektiği belirtilmiştir (199). Bir başka girişimsel çalışmada 12 haftalık egzersiz programının menopozal semptomların şiddetinde anlamlı düzeyde iyileşme sağladığı gösterilmiştir (200). Randomize kontrollü çalışmalara baktığımızda, aerobik egzersizin menopozla ilişkili semptomlarda (vazomotor semptomlar, ruh hali, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve uykusuzluk) iyileşme sağlayabileceği gösterilmiştir ve yoga gibi alternatif düşük yoğunluklu egzersiz biçimlerinin, menopozal kadınlarda vazomotor semptomları ve stresi azaltmada ve bilişsel işleyişin ve psikolojik sağlığın iyileştirilmesinde faydalı olduğuna dair bazı kanıtlar sunulmuştur (201-203). Bir başka çalışmada vazomotor semptomları olan kadınlarda aerobik egzersizin psikolojik sağlığı ve yaşam kalitesini iyileştirebileceği belirtilmiştir (204, 205). Bir kesitsel çalışma, menopoz geçişinde fiziksel aktivitenin cinsel semptomları iyileştirdiğini bildirmektedir (206). Öte yandan orta dereceli fiziksel aktivitenin, psikososyal ve fiziksel semptomlarda anlamlı iyileşme sağladığı ancak vazomotor ve cinsel semptomlarda anlamlı değişikliklere yol açmadığını gösteren çalışmalar da vardır (207, 208). Fiziksel aktivite ile vazomotor semptomlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edemeyen çalışmalar da mevcuttur (209). Çalışmamızda bireylerin % 53.5'inin inaktif, % 44.9'unun minimal aktif ve % 1.6'sının ise çok aktif olduğu belirlendi. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile menopozal semptom şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Çalışmamızda ilişkinin olmayışı, bireylerin fiziksel aktivite düzeyi gruplarına dağılımlarında yüksek değişkenliğe veya bu ölçekte sorgulanan fiziksel aktivite tiplerinin bireylerin kendi yaşamlarındaki fiziksel aktivite tipleri (çapa, tırmık, bağ-bahçe işleri vb.) ile örtüşmemesine bağlı olabilir.

Anksiyete düzeyi ile menopozal semptom şiddeti ve yaşam kalitesi ilişkisine dair farklı görüşler vardır. Bir longitudinal çalışmada menopoz ile anksiyete belirtileri riski ilişkili bulunmuş ve daha önce anksiyetesi olmayan kadınlarda, premenopozal döneme göre perimenopozal ve postmenopozal evrelerde daha fazla anksiyete belirtileri riski bildirilmiştir (210). Menopozal geçiş sırasında anksiyete düzeylerinin yükseldiği ve menopozdan sonra düştüğü hipotezi de yaygın olarak kabul edilen bir görüştür (211, 212). Geniş toplum temelli çalışmalara dayanan güncel literatür menopozal geçişte yaşanan psikolojik semptomların anksiyete ve depresyon için risk faktörü olduğunu göstermektedir (213, 214). Çalışmamızda da anksiyete ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir. Ancak, burada neden sonuç ilişkisi net değildir. Çünkü anksiyete artışı semptom artışına yol açabildiği gibi semptomlarda artış da anksiyete artışına neden olabilir. Bu konuya ilişkin ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırdığımız bir diğer parametre de bireylerin depresyon düzeyiydi. Literatüre baktığımızda menopozal dönemdeki kadınlarda hormonal dalgalanmalardan dolayı depresyon, anksiyete, obsesyon, kişiler arası duyarlılık ve psikotizm gibi problemlerin yaygın yaşandığı görülmektedir (215-217). Ayrıca, ilerleyen yaştan kaynaklanan toplumsal beklentiler ve rol değişiklikleri, kadınlarda artan depresyon oranına katkıda bulunabilir (229). Menopozal geçiş döneminin bireylerde depresyon gelişimi için bir risk faktörü olup olmadığı konusunda çok çeşitli görüşler olmakla birlikte menopozal geçiş ve depresif semptomların klinik ve epidemiyolojik araştırmaları küçük gruplu, kısa takipli ve limitli analitik yaklaşımlarla sınırlandırılmıştır (50, 218-223). Perimenopozal kadınlarda depresyon ile vazomotor semptomlar arasında kuvvetli bir ilişki olduğu ve vazomotor semptom şiddetinin depresyon semptomları için risk faktörü olduğunu belirten bir çok çalışma yapılmış ve vazomotor semptomu olan bireylerde olmayan bireylere göre 4 kat daha fazla depresyon riski olduğu belirtilmiştir (206, 224). Bizim çalışmamıza baktığımızda bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça somatik, psikolojik ve ürogenital olmak üzere tüm semptom kategorileri skorlarında anlamlı düzeyde artış görülmüştür. Buna paralel olarak depresyon şiddeti arttıkça bireylerin yaşam kalitesinin vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere tüm alt boyutlarının da anlamlı olarak etkilendiği tespit

edilmiştir. Ancak genel olarak semptom artışı depresyon artışına neden olmakla birlikte yine mevcut depresyonun mu semptomatik yatkınlığı artırdığı veya semptomların mı depresyon artışına neden olduğu net değildir.

Literatürde genel yaşam kalitesi ve bunun çeşitli alt boyutları ile menopozal semptom şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Amerika genelinde yapılan kohort çalışmasından elde edilen veriler, erken ve geç menopozal geçiş dönemlerinde ağrı semptomlarının daha fazla şiddetlendiğini göstermektedir (225). Ashrafi ve ark. (226) İranlı kadınlarda eklem ve kas ağrısının, menopozla ilişkili en sık görülen semptomlar arasında olduğunu belirtmiştir. Üç farklı kesitsel çalışmaya baktığımızda, öne çıkan belirgin semptom yine vücut ve eklem ağrıları olarak tespit edilmiştir (227-229). Çalışmamızda yaşam kalitesinin ağrı alt boyutu ile hem menopozal semptom şiddeti hem de menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Çünkü çalışmamızdaki semptom ve menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği ile varlığı ve yaşama etkisi sorgulanan semptomlardan birisi de ağrı semptomudur.

Yaşam kalitesinin diğer bazı alt boyutları da uyku ve enerjidir (230) Çalışmalar menopoza geçiş dönemi ve erken postmenopozal dönem semptomlarının uyku bozuklukları, sıcak basmaları ve depresyon gibi semptomların eş zamanlı başladığını göstermektedir (231). Woods ve ark. ve Lentz ve ark. (232, 233) sağlıklı orta yaşlı kadınlarda uyku yoksunluğunun ağrı eşiğinin düşmesine neden olduğunu ve ayrıca disforik ruh halini ve somatik semptomları tetiklediğini belirtmiştir. Bugüne kadar, birçok çalışmada menopozda uykusuzluk prevalansının arttığı gösterilmiştir (234-236). Uyku semptomları, temel olarak hormonal değişikliklerin sebep olduğu vazomotor semptomlardan kaynaklanmaktadır. Kronik uyku semptomları, vazomotor semptomları olan kadınların % 81'inden daha fazlasında saptanmıştır (237). Amerika genelinde yapılan bir kohort çalışmasında orta yaşlı 12.603 kadında vazomotor ve uyku semptomları değerlendirilmiş ve vazomotor semptom faktörünün uyku semptomu riskini 1.99 kat artırdığını bulmuştur (1.81-2.19 ile %95 güven aralığı) (238). Menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve en fazla rahatsız eden semptomlardan ikisi vazomotor değişiklikler ve uykusuzluk-yorgunluk olarak belirtilmiştir (239, 240). Östrojen, uykuya geçişi kolaylaştıran ve uykunun hızlı göz hareketleri anlamına gelen Rapid Eye Moment (REM) fazını süre olarak arttıran bir

hormondur. Dolayısıyla postmenopozal kadınlarda uykuya geçiş süresi uzadığı gibi, uyku REM fazı süresi kısalır ve kadın kendini yorgun hissederek uyanır (241). Çalışmamızda da menopoza şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi ile yaşam kalitesinin uyku ve enerji alt boyutları arasında negatif ilişki tespit edilmiştir.

Yaşam kalitesinin sosyal alt boyutunu ele alacak olursak, menopozal geçişteki özellikle vazomotor semptomlar sosyal hayatta ve iş hayatında bozulmaya ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir ve bu da bireylerin genel yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır. (242). Çalışmamızda da menopozal semptom şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi arttıkça yaşam kalitesinin sosyal alt boyutunun kötüleştiği tespit edilmiştir.

Çalışmamızın bir limitasyonu olarak çalışma popülasyonumuzun özellikleri nedeniyle sonuçlarımızın tüm Türk kadınlarına genellenemeyecek olmasıdır. Çünkü çalışmamızdaki kadınlar kırsal bir kesimi temsil etmektedir. Eğitim durumları, çalışma durumları, menopoza ve yaşama bakışları kentsel hayattaki kadınlardan farklı olduğu için sonuçlarımızın daha çok kırsal kesimi yansıttığını söyleyebiliriz. Yine bu parametrelere göre oluşturulan gruplardaki birey sayılarındaki yüksek varyasyon çalışma sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Çalışmamızdaki bireylerin çoğunluğunun (%82) postmenopozal evrede olması ve semptomatik sonuçlar açısından dağılımın etkilenmesi çalışmamızın bir diğer limitasyonu olabilir.

Çalışmamızın güçlü yönleri arasında; toplumun spesifik bir kesimine yönelik veriler sunması, çok sayıda faktörün menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini aynı anda ele alması ve değerlendirmelerde geçerli ve güvenilir ölçeklerin kullanılması olarak sayılabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine demografik, fiziksel ve medikal özellikler, fiziksel aktivite düzeyi, anksiyete, psikolojik durum ve genel yaşam kalitesi etkisini araştıran çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar bulundu.

1. Menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi ile yaş, eğitim durumu ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

2. Menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi ile bireylerin VKİ değerleri arasında anlamlı ilişki bulundu. Bireylerin VKİ değerleri arttıkça somatik semptom şiddetinin arttığı ve menopoza özgü yaşam kalitesinin fiziksel alt boyutunun negatif yönde etkilendiği görüldü.

3. Menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi ile bireylerin medeni durumları arasında ürogenital semptom şiddeti ve cinsel yaşam kalitesi açısından anlamlı ilişki bulundu. Evli kadınların bekar kadınlara kıyasla ürogenital semptomları daha yüksek, cinsel açıdan yaşam kaliteleri daha düşük bulundu.

4. Kronik hastalık varlığının somatik ve psikolojik menopozal semptom şiddetini anlamlı düzeyde artırdığı ve menopoza özgü yaşam kalitesinin psikososyal ve fiziksel alt boyutlarını negatif olarak etkilediği saptandı.

5. Bireylerin gebelik sayısı ile menopozal semptom şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunurken vajinal doğum sayısı ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

6. Bireylerin menopoza giriş şeklinin menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmadı.

7. Bireylerin menopoza algılama durumu ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulundu. Menopoza kötü bir olay olarak algılamanın psikolojik ve genel semptom şiddetini anlamlı düzeyde artırdığı, menopoza iyi bir olay olarak algılamanın ise vazomotor ve fiziksel açıdan menopoza özgü yaşam kalitesini iyileştirdiği görüldü.

8. Bireylerin bulundukları menopozal evre ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

9. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

10. Bireylerin anksiyete düzeyleri ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulundu. Bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça menopozal semptom şiddetleri arttığı ve menopoza özgü yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarıyla negatif yönde etkilendiği görüldü.

11. Bireylerin depresyon düzeyleri ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulundu. Depresyon düzeyleri arttıkça menopozal semptom şiddeti arttı ve bireylerin yaşam kaliteleri negatif yönde etkilendi.

12. Bireylerin genel yaşam kalitesi alt boyutları ile menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi arasında ilişki bulundu. Menopozal semptom şiddeti arttıkça bireylerin genel yaşam kalitesi ağrı, uyku, duygusal reaksiyon, sosyal izolasyon ve enerji alt boyutları puanları artış gösterdi.

6.2. Öneriler

1. Menopozal semptom şiddeti ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu belirlenen risk faktörlerinden vücut kütle indeksi ve menopozu algılama şeklinin değiştirilebilir risk faktörleri; kronik hastalık varlığı, gebelik sayısı, anksiyete düzeyi ve psikolojik durumun göreceli değiştirilebilir risk faktörleri ve medeni durumun ise değiştirilemez risk faktörü olduğu söylenebilir...Dolayısıyla özellikle değiştirilebilir ve göreceli değiştirilebilir risk faktörlerini detaylı olarak ele alan menopoza yönelik bilgilendirme ve eğitim programları tüm kadınlara tedavinin ilk aşamasında sunulmalıdır.

2. Menopozal semptomların ve menopoza özgü yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde belirlenen risk faktörlerini ele alan bireysel program oluşturmak önemlidir. Bu risk faktörlerine yönelik fizyoterapi yaklaşımları bütüncül bir şekilde göz önünde bulundurulmalı ve her kadına özel optimal bir program oluşturulmalıdır.

3. Türkiye'nin farklı kesim (kırsal, kentsel) ve bölgelerini temsil eden kadınları ele alarak menopozal semptomları ve etkisini araştıran ileri araştırmalar planlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Notelovitz, M., Optimizing women's health: Adult women's health & medicine, Climacteric, 2005; 205-209p.
2. Atasü T, Tekin Hİ. Menapozun semptomları. İçinde: Atasü T, Editörler. Menapoz Tedavisi ve Kanseri. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2001. s: 95-109.
3. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2009;23(1):25-32.
4. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:47.
5. Rodríguez-Landa JF, Cueto-Escobedo J. Introductory Chapter: A Multidisciplinary Look at Menopause. A Multidisciplinary Look at Menopause2017.
6. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 1996;866:1-107.
7. Atasü T. Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisinin Tarihçesine Bir Bakış. . In: Atasü T, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. p. 1-11.
8. Rowland D, Incrocci L. Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders. 2012.
9. Twiss JJ, Wegner J, Hunter M, Kelsay M, Rathe-Hart M, Salado W. Perimenopausal symptoms, quality of life, and health behaviors in users and nonusers of hormone therapy. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2007;19(11):602-13.
10. Türkiye İstatistik Kurumu (Available from: www.tuik.gov.tr)
11. Gold EB. The timing of the age at which natural menopause occurs. Obstetrics and gynecology clinics of North America. 2011;38(3):425-40.
12. ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. Obstetrics and gynecology. 2014;123(1):202-16.
13. Vehid S, Aran SN, Koksall S, Isiloglu H, Senocak M. The prevalence and the age at the onset of menopause in Turkish women in rural area. Saudi medical journal. 2006;27(9):1381-6.
14. Ozdemir O, Col M. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara, Turkey. Maturitas. 2004;49(3):211-9.
15. McKinlay SM, Bifano NL, McKinlay JB. Smoking and age at menopause in women. Annals of internal medicine. 1985;103(3):350-6.
16. McKinlay SM. The normal menopause transition: an overview. Maturitas. 1996;23(2):137-45.

17. Randolph JF, Jr., Sowers M, Bondarenko IV, Harlow SD, Luborsky JL, Little RJ. Change in estradiol and follicle-stimulating hormone across the early menopausal transition: effects of ethnicity and age. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2004;89(4):1555-61.
18. Fleming LE, Levis S, LeBlanc WG, Dietz NA, Arheart KL, Wilkinson JD, et al. Earlier age at menopause, work, and tobacco smoke exposure. *Menopause* (New York, NY). 2008;15(6):1103-8.
19. Ertunc D, Tok EC, Aytan H, Gozukara YM. Passive smoking is associated with lower age at menopause. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2015;18(1):47-52.
20. Dorgan JF, Baer DJ, Albert PS, Judd JT, Brown ED, Corle DK, et al. Serum hormones and the alcohol-breast cancer association in postmenopausal women. *Journal of the National Cancer Institute*. 2001;93(9):710-5.
21. Torgerson DJ, Thomas RE, Campbell MK, Reid DM. Alcohol consumption and age of maternal menopause are associated with menopause onset. *Maturitas*. 1997;26(1):21-5.
22. de Bruin JP, Bovenhuis H, van Noord PA, Pearson PL, van Arendonk JA, te Velde ER, et al. The role of genetic factors in age at natural menopause. *Human reproduction* (Oxford, England). 2001;16(9):2014-8.
23. de Vries E, den Tonkelaar I, van Noord PA, van der Schouw YT, te Velde ER, Peeters PH. Oral contraceptive use in relation to age at menopause in the DOM cohort. *Human reproduction* (Oxford, England). 2001;16(8):1657-62.
24. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2005;59(3):117-29.
25. Demirci H. Olgularla Jinekolojik Hastalıklarda Bakım: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd . Şti.; 2015. 2008 p.
26. Burnett AF, Songster GS. *Clinical Obstetrics and Gynecology*: Blacvell Science; 2001.
27. NIH State-of-the-Science Conference Statement on management of menopause-related symptoms. NIH consensus and state-of-the-science statements. 2005;22(1):1-38.
28. Burger HG, Hale GE, Dennerstein L, Robertson DM. Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. *Menopause* (New York, NY). 2008;15(4 Pt 1):603-12.
29. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2012;97(4):1159-68.
30. Dinçer Cengiz S, Çağlar GS, Yüce E. Menopoz-Multidisipliner Yaklaşım: Modern Tıp Kitabevi; 2016. 1-8 p.

31. Richardson SJ, Nelson JF. Follicular depletion during the menopausal transition. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1990;592:13-20; discussion 44-51.
32. Santoro N, Adel T, Skurnick JH. Decreased inhibin tone and increased activin A secretion characterize reproductive aging in women. *Fertility and sterility*. 1999;71(4):658-62.
33. Santoro N, Isaac B, Neal-Perry G, Adel T, Weingart L, Nussbaum A, et al. Impaired folliculogenesis and ovulation in older reproductive aged women. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2003;88(11):5502-9.
34. Ertüngenalp E, Seyisoğlu H. Menopoz ve Osteoporoz Ertüngenalp E, Oral E, editors. İstanbul: Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Dergisi Yayınları; 2000.
35. Nedim Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi: Güneş Kitabevi; 2006. 1524 p.
36. Akbayrak T, Kaya S. Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Pelikan Kitabevi; 2016. p. 389.
37. Oktem O, Oktay K. The ovary: anatomy and function throughout human life. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008;1127:1-9.
38. de Vet A, Laven JS, de Jong FH, Themmen AP, Fauser BC. Antimüllerian hormone serum levels: a putative marker for ovarian aging. *Fertility and sterility*. 2002;77(2):357-62.
39. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nature reviews Endocrinology*. 2018;14(4):199-215.
40. Brinton R, Yao J, Yin F, Mack W, Cadenas E. Perimenopause as a neurological transition state 2015.
41. Genazzani AR, Spinetti A, Gallo R, Bernardi F. Menopause and the central nervous system: intervention options. *Maturitas*. 1999;31(2):103-10.
42. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American journal of medicine*. 2005;118 Suppl 12B:14-24.
43. Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revisiting the Duration of Vasomotor Symptoms of Menopause: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(9):1507-13.
44. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Liu Z, Gracia CR. Duration of menopausal hot flushes and associated risk factors. *Obstetrics and gynecology*. 2011;117(5):1095-104.
45. Nelson HD. Menopause. *Lancet*. 2008;371(9614):760-70.
46. Kravitz HM, Zheng H, Bromberger JT, Buysse DJ, Owens J, Hall MH. An Actigraphy Study of Sleep and Pain in Midlife Women – The SWAN Sleep Study. *Menopause (New York, NY)*. 2015;22(7):710-8.

47. Freedman RR, Roehrs TA. Effects of REM sleep and ambient temperature on hot flash-induced sleep disturbance. *Menopause* (New York, NY). 2006;13(4):576-83.
48. Ockene JK, Barad DH, Cochrane BB, Larson JC, Gass M, Wassertheil-Smoller S, et al. Symptom experience after discontinuing use of estrogen plus progestin. *Jama*. 2005;294(2):183-93.
49. Xu Q, Lang CP. Examining the relationship between subjective sleep disturbance and menopause: a systematic review and meta-analysis. *Menopause* (New York, NY). 2014;21(12):1301-18.
50. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(1):62-70.
51. Weber MT, Maki PM, McDermott MP. Cognition and mood in perimenopause: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 2014;142:90-8.
52. Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Mariella A, Mitchell S. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause* (New York, NY). 2008;15(2):223-32.
53. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, Brockwell S, Avis NE, Kravitz HM, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Journal of affective disorders*. 2007;103(1-3):267-72.
54. Bromberger JT, Schott L, Kravitz HM, Joffe H. Risk factors for major depression during midlife among a community sample of women with and without prior major depression: are they the same or different? *Psychological medicine*. 2015;45(8):1653-64.
55. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang YF, Cyranowski JM, Brown C, Matthews KA. Major Depression During and After the Menopausal Transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Psychological medicine*. 2011;41(9):1879-88.
56. Freeman EW. Depression in the menopause transition: risks in the changing hormone milieu as observed in the general population. *Women's Midlife Health*. 2015;1(1):2.
57. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang Y, Randolph JF, Avis NE, Gold EB, et al. Does Risk for Anxiety Increase During the Menopausal Transition? Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* (New York, NY). 2013;20(5):488-95.
58. Weber M, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause* (New York, NY). 2012;19(7):735-41.

59. Greendale GA, Huang MH, Wight RG, Seeman T, Luetters C, Avis NE, et al. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology*. 2009;72(21):1850-7.
60. Rocca WA, Bower JH, Maraganore DM, Ahlskog JE, Grossardt BR, de Andrade M, et al. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. *Neurology*. 2007;69(11):1074-83.
61. Kurita K, Henderson VW, Gatz M, St John J, Hodis HN, Karim R, et al. Association of bilateral oophorectomy with cognitive function in healthy, postmenopausal women. *Fertility and sterility*. 2016;106(3):749-56.e2.
62. Ripa P, Ornello R, Degan D, Tiseo C, Stewart J, Pistoia F, et al. Migraine in menopausal women: a systematic review. *International Journal of Women's Health*. 2015;7:773-82.
63. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S. Symptoms in the Menopausal Transition: Hormone and Behavioral Correlates. *Obstetrics & Gynecology*. 2008;111(1):127-36.
64. Martin VT, Pavlovic J, Fanning KM, Buse DC, Reed ML, Lipton RB. Perimenopause and Menopause Are Associated With High Frequency Headache in Women With Migraine: Results of the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache*. 2016;56(2):292-305.
65. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause (New York, NY)*. 2014;21(10):1063-8.
66. Mannella P, Palla G, Bellini M, Simoncini T. The female pelvic floor through midlife and aging. *Maturitas*. 2013;76(3):230-4.
67. Jokinen K, Rautava P, Makinen J, Ojanlatva A, Sundell J, Helenius H. Experience of climacteric symptoms among 42-46 and 52-56-year-old women. *Maturitas*. 2003;46(3):199-205.
68. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, Crawford S, Hess R, Waetjen LE, et al. Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause (New York, NY)*. 2017;24(4):379-90.
69. Dundon CM, Rellini AH. More than sexual function: predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *The journal of sexual medicine*. 2010;7(2 Pt 2):896-904.
70. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. 2016;94:87-91.
71. Raghunath RS, Venables ZC, Millington GW. The menstrual cycle and the skin. *Clinical and experimental dermatology*. 2015;40(2):111-5.

72. Calleja-Agius J, Brincat M. The effect of menopause on the skin and other connective tissues. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2012;28(4):273-7.
73. Jack G, Riach K, Bariola E, Pitts M, Schapper J, Sarrel P. Menopause in the workplace: What employers should be doing. *Maturitas*. 2016;85:88-95.
74. Henry F, Pierard-Franchimont C, Cauwenbergh G, Pierard GE. Age-related changes in facial skin contours and rheology. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(2):220-2.
75. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. Heart disease and stroke statistics--2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2007;115(5):e69-171.
76. Hage FG, Oparil S. Ovarian hormones and vascular disease. *Current opinion in cardiology*. 2013;28(4):411-6.
77. Xing D, Nozell S, Chen YF, Hage F, Oparil S. Estrogen and mechanisms of vascular protection. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 2009;29(3):289-95.
78. Shulman LP. Androgens and menopause. *Minerva ginecologica*. 2009;61(6):491-7.
79. Torr  ns JI, Sutton-Tyrrell K, Zhao X, Matthews K, Brockwell S, Sowers M, et al. Relative androgen excess during the menopausal transition predicts incident metabolic syndrome in midlife women: study of Women's Health Across the Nation. *Menopause (New York, NY)*. 2009;16(2):257-64.
80. Barrett-Connor E. Menopause, atherosclerosis, and coronary artery disease. *Current opinion in pharmacology*. 2013;13(2):186-91.
81. Manolagas SC, O'Brien CA, Almeida M. The role of estrogen and androgen receptors in bone health and disease. *Nature reviews Endocrinology*. 2013;9(12):699-712.
82. Klop C, van Staa TP, Cooper C, Harvey NC, de Vries F. The epidemiology of mortality after fracture in England: variation by age, sex, time, geographic location, and ethnicity. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*. 2017;28(1):161-8.
83. Finkelstein JS, Brockwell SE, Mehta V, Greendale GA, Sowers MR, Ettinger B, et al. Bone mineral density changes during the menopause transition in a multiethnic cohort of women. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2008;93(3):861-8.
84. Douchi T, Yamamoto S, Yoshimitsu N, Andoh T, Matsuo T, Nagata Y. Relative contribution of aging and menopause to changes in lean and fat mass in segmental regions. *Maturitas*. 2002;42(4):301-6.
85. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas*. 1998;29(1):19-24.

86. Api M, Ünal, O., Ağaoğlu, C. Hormon replasman tedavisinin Kupperman indeksi, serum östradiol düzeyi ve Hipoöstrojenemik indeks ile monitorizasyonu. Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi. 1998;8(3):159-64.
87. Dansuk R, Ünal, O., Turan, C. . Kupperman indeksi postmenopozal semptomların değerlendirilmesi için uygun bir skor mudur? Medical Network Klinik Bilimler ve Kadın Doğum Dergisi. 2002;8(5):645-8.
88. Harma M, Alatafl, N., Yaltalı, T., Demir, N. . 17-bÖstradiol Sprey'in nazal tolerans ve Kupperman indeksi'ne etkisi. Türk Fertilite Dergisi. 2004;12:273-80.
89. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. Maturitas. 1996;24(3):161-75.
90. Lewis JE, Hilditch JR, Wong CJ. Further psychometric property development of the Menopause-Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, MENQOL-Intervention questionnaire. Maturitas. 2005;50(3):209-21.
91. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. Maturitas. 2000;34(1):17-23.
92. Turhan E. IT. Assessment of reliability and validity of The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire in a Turkish Population. Journal of Society for development in new net environment in B&H. 2011;5(1):111-8.
93. Ö. CG. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği, Hemşirelik Forumu. 2005 30-5.
94. 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.
95. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health and quality of life outcomes. 2003;1:28.
96. Greene JG. A factor analytic study of climacteric symptoms. Journal of psychosomatic research. 1976;20(5):425-30.
97. Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. Maturitas. 1998;29(1):25-31.
98. Utian WH. NIH and WHI: time for a mea culpa and steps beyond. Menopause. 2007;14(6):1056-9.
99. Utian W, Janata J, Kingsberg S, Schluchter M, Hamilton J. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: Development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause 2002. 402-10 p.

100. Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*. 1995;85(2):304-13.
101. The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society. *Menopause*. 2012;19(3):257-71.
102. Shifren JL, Schiff I. Role of hormone therapy in the management of menopause. *Obstetrics and gynecology*. 2010;115(4):839-55.
103. Stuenkel CA. Menopausal Hormone Therapy: Current Considerations. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*. 2015;44(3):565-85.
104. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*. 2002;288(3):321-33.
105. Reed BV, Held JM. Effects of sequential connective tissue massage on autonomic nervous system of middle-aged and elderly adults. *Physical therapy*. 1988;68(8):1231-4.
106. Holey EA. Connective tissue massage: a bridge between complementary and orthodox approaches. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2000;4(1):72-80.
107. Goats GC, Keir KA. Connective tissue massage. *British journal of sports medicine*. 1991;25(3):131-3.
108. Zahourek RP. Overview: Relaxation and Imagery Tools for Therapeutic Communication and Intervention. *Alternative health practitioner*. 1997;3(2):89-110.
109. Wijma K, Melin A, Nedstrand E, Hammar M. Treatment of menopausal symptoms with applied relaxation: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 1997;28(4):251-61.
110. Freedman RR, Roehrs TA. Lack of sleep disturbance from menopausal hot flashes. *Fertility and sterility*. 2004;82(1):138-44.
111. Saensak S, Vutyavanich T, Somboonporn W, Srisurapanont M. Relaxation for perimenopausal and postmenopausal symptoms. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014(7):Cd008582.
112. Robinson D, Cardozo LD. The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction. *Urology*. 2003;62(4 Suppl 1):45-51.
113. Bo K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical therapy*. 2005;85(3):269-82.
114. Ağıl A, Abıke F, Daskapan A, Alaca R, Tüzün H. Short-Term Exercise Approaches on Menopausal Symptoms, Psychological Health, and Quality of Life in Postmenopausal Women 2010.
115. Thurston RC, Joffe H, Soares CN, Harlow BL. Physical activity and risk of vasomotor symptoms in women with and without a history of depression:

- results from the Harvard Study of Moods and Cycles. *Menopause*. 2006;13(4):553-60.
116. Borrelli F, Ernst E. Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas*. 2010;66(4):333-43.
 117. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla D. The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women. *Journal of health and social behavior*. 1987;28(4):345-63.
 118. Khademi S, Cooke MS. Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause. *Maturitas*. 2003;46(2):113-21.
 119. Pan HA, Wu MH, Hsu CC, Yao BL, Huang KE. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas*. 2002;41(4):269-74.
 120. Lee MS, Kim JH, Park MS, Yang J, Ko YH, Ko SD, et al. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *Journal of Korean medical science*. 2010;25(5):758-65.
 121. Cheng MH, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Attitudes toward menopause among middle-aged women: a community survey in an island of Taiwan. *Maturitas*. 2005;52(3-4):348-55.
 122. Chen YL, Voda AM, Mansfield PK. Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause. *Menopause (New York, NY)*. 1998;5(1):28-34.
 123. Dennerstein L, Smith AM, Morse C. Psychological well-being, mid-life and the menopause. *Maturitas*. 1994;20(1):1-11.
 124. Hunter MS. Psychological and somatic experience of the menopause: a prospective study [corrected]. *Psychosomatic medicine*. 1990;52(3):357-67.
 125. Mc KS, Bifano NL, Mc KJ. SMoking and age at menopause in women. *Annals of internal medicine*. 1985;103(3):350-6.
 126. Li C, Samsioe G, Borgfeldt C, Lidfeldt J, Agardh CD, Nerbrand C. Menopause-related symptoms: what are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study). *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003;189(6):1646-53.
 127. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol*. 2000;152(5):463-73.
 128. Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas*. 2002;41(1):61-8.
 129. Lee M-S, Kim J-H, Park M, Yang J, Ko Y-H, Ko S-D, et al. Factors Influencing the Severity of Menopause Symptoms in Korean Post-menopausal Women 2010. 758-65 p.
 130. Klinga K, von Holst T, Runnebaum B. Influence of severe obesity on peripheral hormone concentrations in pre- and postmenopausal women. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 1983;15(2):103-12.

131. Nasiri S. Severity of menopausal symptoms and related factors among 40 to 60 year-old women. *Nursing and midwifery studies*. 2015;4(1):e22882.
132. Mirzaiinjmaadi K, Anderson D, Barnes M. The relationship between exercise, Body Mass Index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *International journal of nursing practice*. 2006;12(1):28-34.
133. Guthrie JR DL, Dudley EC. Lifestyle approach to management of the menopause. *Maturitas*. 1997;27.
134. Wilbur J, Dan A, Hedricks C, Holm K. The relationship among menopausal status, menopausal symptoms, and physical activity in midlife women. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. 1990;13(3):67-78.
135. Sternfeld B, Quesenberry CP, Jr., Husson G. Habitual physical activity and menopausal symptoms: a case-control study. *Journal of women's health*. 1999;8(1):115-23.
136. Wallace J LS, Telano C. Changes in menstrual function, climacteric syndrome, and serum concentrations of sex hormones in pre- and post-menopausal women following a moderate intensity conditioning program. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 1982;14:154.
137. Kupperman HS, Blatt MH, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 1953;13(6):688-703.
138. Api M, Ünal, O., Ağaoğlu, C. Hormon replasman tedavisinin Kupperman indeksi, serum östradiol düzeyi ve Hipoöstrojenemik indeks ile monitorizasyonu. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*. 1998;8:159-64.
139. Dansuk R, Ünal, O., Turan, C. Kupperman indeksi posmenopozal semptomların değerlendirilmesi için uygun bir skor mudur? . *Medical Network Klinik Bilimler ve Kadın Doğum Dergisi*. 2002;8:645-8.
140. Harma M, Alataş, N., Yaltalı, T., Demir, N. 17bÖstradiol Sprey'in nazal tolerans ve Kupperman indeksi'ne etkisi. *Türk Fertilite Dergisi*. 2004;12:273-80.
141. Scheneider HPG BH. In *Hormone Replacement Therapy And Quality Of Life*. The Parthenon Publishing Group, Newyork. 2002:35-43.
142. Schneider HPG HL, Thiele K. The menopause Rating Scale (MRS) Cultural and linguistic translation in to english *Public Health: The Menopause Rating Scale (MRS)*. 2002.
143. Can Gürkan Ö. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği. *Hemşirelik Forumu*. 2005:30-5.
144. Scheneider HP HL, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS) Reliability of Scores of Menopausal Complaints. *Climacteric*. 2000 March(1):59-64.

145. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1985;35(273):185-8.
146. Turhan E, İnandı, T. Assessment of reliability and validity of The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire in a Turkish Population. *Journal of Society for development in new net environment in B&H*. 2011;5:111-7.
147. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-95.
148. Booth M. Assessment of Physical Activity: An International Perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 2000;71(sup2):114-20.
149. Saglam M, Arikan H, Savci S, Inal-Ince D, Bosnak-Gucclu M, Karabulut E, et al. International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Perceptual and motor skills*. 2010;111(1):278-84.
150. Öner N, LeCompte WA, Boğaziçi Un. Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 1983.
151. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4:561-71.
152. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An Inventory for Measuring Depression. *JAMA Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
153. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
154. Kucukdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Gursel Y, Whalley D, Arasil T. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation*. 2000;23(1):31-8.
155. Ruan X, Cui Y, Du J, Jin F, Mueck AO. Prevalence of climacteric symptoms comparing perimenopausal and postmenopausal Chinese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2017;38(3):161-9.
156. Tang GWJM. The climacteric of Chinese factory workers. 1994;19(3):177-82.
157. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, Brockwell S, Avis NE, Kravitz HM, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). 2007;103(1-3):267-72.
158. Hakimi S, Mirghofurvand M, Seiiedin S. Comparative study of climacteric symptoms in perimenopausal and postmenopausal women in Tabriz, Islamic Republic of Iran. 2010.
159. Rahman SASA, Zainudin SR, Mun VLKJAPfm. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. 2010;9(1):5.

160. Dennerstein L, Lehert P, Dudley E, Guthrie J. Factors contributing to positive mood during the menopausal transition. *The Journal of nervous and mental disease*. 2001;189(2):84-9.
161. 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(1):44-50.
162. 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.
163. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdollahian S, Bonakchi H, Najmabadi Khadijeh M, Naghavi M, et al. The relationship 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.
164. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas*. 2007;57(3):306-14.
165. Çalışkan E ve ark. Türk kadınlarının menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2010;30(5).
166. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015;44(3):497-515.
167. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*. 2005;34(2):233-40.
168. Calvo-Perez A, Campillo-Artero C. Quality of life of menopausal women in the island of Majorca: a population based study. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2013;29(6):556-8.
169. Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EM, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas*. 2002;41(4):275-82.
170. Delavar MA, Hajiahmadi M. Factors Affecting the Age in Normal Menopause and frequency of Menopausal Symptoms in Northern Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2011;13(3):192-8.
171. 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.
172. Kaulagekar A. Age of menopause and menopausal symptoms among urban women in Pune, Maharashtra. *J Obstet Gynaecol India* 2011;61:323-26.

173. Polotsky HN, Polotsky AJ. Metabolic implications of menopause. *Sem rep med* 2010; 28(5):426-434& *Saúde Coletiva*, 21(4), (s. 1145-1155).
174. Gravena AAF, Brischiliari SCR, Lopes TCR, Agnolo CMD, Carvalho MDB, Pelloso SM. Excess weight and abdominal obesity in postmenopausal Brazilian women: a population-based study. *BMC women's health*. 2013;13:46-.
175. Gallon CW, Wender MCO. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(4):175-183.
176. AlQuaiz AM, Tayel SA, Habiba FA. Assessment of symptoms of menopause and their severity among Saudi women in Riyadh. *Annals of Saudi medicine*. 2013;33(1):63-7.
177. Tumer A, Kartal A. Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki - The relation between women's attitudes towards menopause and their menopausal complaints 2018.
178. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz, F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2:62-70.
179. Kharbouch S. B. ve Şahin, N. H. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 82-90.
180. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). Kadın Sağlığı Araştırması 2014.
http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf. Erişim Tarihi: 14.07.2014.
181. Kaur N, Malla VG, Gupta S. Serum estradiol level and postmenopausal symptoms in surgical and natural menopause. 2017. 2017;6(9):4.
182. Pearce J, Hawton K, Blake F. Psychological and sexual symptoms associated with the menopause and the effects of hormone replacement therapy. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1995;167(2):163-73.
183. Bachmann GA. Vasomotor flush in menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180:S312-6.
184. Nachtigall L, Casson P, Lucas J, Schofield V, Melson C, Simon JA. Safety and tolerability of testosterone patch therapy for up to 4 years in surgically menopausal women receiving oral or transdermal oestrogen. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2011;27(1):39-48.
185. R Naik R, Chandel R, G Abichandani L. Comparative study of gonadotropin levels and clinical presentation in surgical and natural menopause 2014. 149 p.
186. Sözeri Varma G, Kalkan Oğuzhanoğlu N, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. The Relationship Between Depression and Anxiety Levels and Sexual Satisfaction for Natural and Surgical Menopause. *J Clin Psy*. 2005;8(3):109-15.

187. Hess R, Olshansky E, Ness R, Bryce CL, Dillon SB, Kapoor W, et al. Pregnancy and birth history influence women's experience of menopause. *Menopause* (New York, NY). 2008;15(3):435-41.
188. Hess R, Bryce C, Hays R12. Menopoza yönelik tutumlar: Durum ve ırk farklılıkları ve semptomlara etkisi. *Menopoz*. 2006; 13 : 986.
189. Sievert LL, Espinosa-Hernandez G. Attitudes toward menopause in relation to symptom experience in Puebla, Mexico. *Women & health*. 2003;38(2):93-106.
190. Wilbur J, Miller A, Montgomery A. The influence of demographic characteristics, menopausal status, and symptoms on women's attitudes toward menopause. *Women & health*. 1995;23(3):19-39.
191. Huffman SB, Myers JE, Tingle LR, Bond LA. Menopause Symptoms and Attitudes of African American Women: Closing the Knowledge Gap and Expanding Opportunities for Counseling. *Journal of Counseling & Development*. 2005;83(1):48-56.
192. Senturk Erenel A, Golbasi Z, Kavlak T, Dilbaz S. Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40-65 age group. *International journal of nursing practice*. 2015;21(5):575-83.
193. 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(1):47-55.
194. Kisa S, Zeyneloglu S, Ozdemir N. Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey. *Nursing & health sciences*. 2012;14(2):148-55.
195. Shea JL. Chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2006;9(1):30-9.
196. Olofsson AS, Collins A. Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2000;3(1):33-42.
197. Marvan ML, Castillo-Lopez RL, Arroyo L. Mexican beliefs and attitudes toward menopause and menopausal-related symptoms. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2013;34(1):39-45.
198. Hunter MS, Liao KL. Problem solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. *J Reprod Infant Psychol*. 1995;13:147-51.
199. Asbury EA, Chandruangphen P, Collins P. The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological well-being in previously inactive postmenopausal women: a pilot study. *Menopause* (New York, NY). 2006;13(4):561-7.
200. Ueda M. A 12-week structured education and exercise program improved climacteric symptoms in middle-aged women. *Journal of physiological anthropology and applied human science*. 2004;23(5):143-8.

201. Daley AJ, Stokes-Lampard HJ, MacArthur C. Exercise to reduce vasomotor and other menopausal symptoms: A review. *Maturitas*. 2009;63(3):176-80.
202. Chattha R, Nagarathna R, Padmalatha V, Nagendra HR. Effect of yoga on cognitive functions in climacteric syndrome: a randomised control study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2008;115(8):991-1000.
203. Chattha R, Raghuram N, Venkatram P, Hongasandra NR. Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: a randomized control study. *Menopause*. 2008;15(5):862-70.
204. Villaverde-Gutierrez C, Araujo E, Cruz F, Roa JM, Barbosa W, Ruiz-Villaverde G. Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme. *Journal of advanced nursing*. 2006;54(1):11-9.
205. Moriyama CK, Oneda B, Bernardo FR, Cardoso CG, Jr., Forjaz CL, Abrahao SB, et al. A randomized, placebo-controlled trial of the effects of physical exercises and estrogen therapy on health-related quality of life in postmenopausal women. *Menopause*. 2008;15(4 Pt 1):613-8.
206. Suling Li KHMGDLS. THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICAL ACTIVITY AND PERIMENOPAUSE. *Health Care for Women International*. 1999;20(2):163-78.
207. Kim MJ, Cho J, Ahn Y, Yim G, Park HY. Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC Womens Health*. 2014;14:122.
208. Sternfeld B, Guthrie KA, Ensrud KE, LaCroix AZ, Larson JC, Dunn AL, et al. Efficacy of exercise for menopausal symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2014;21(4):330-8.
209. Sternfeld B, Dugan S. Physical activity and health during the menopausal transition. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2011;38(3):537-66.
210. Mulhall S, Andel R, Anstey KJ. Variation in symptoms of depression and anxiety in midlife women by menopausal status. *Maturitas*. 2018;108:7-12.
211. Gold EB, Bromberger J, Crawford S, Samuels S, Greendale GA, Harlow SD, et al. Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *Am J Epidemiol*. 2001;153(9):865-74.
212. Freeman D, Garety PA, Bebbington PE, Smith B, Rollinson R, Fowler D, et al. Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*. 2005;186(5):427-35.
213. Hardy R, Kuh D. Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Social science & medicine (1982)*. 2002;55(11):1975-88.
214. Moilanen M, Saarinen M, Silfverberg K. Foliar nitrogen, phosphorus and potassium concentrations of Scots pine in drained mires in Finland. 2010.

215. Azadeh-Ghamsari A, Gill R, Moerdyk N, Oberleitner B, Rademeyer K. The sexual and psychological implications of hysterectomy. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*. 2002;92(7):517-8.
216. Dennerstein L, Smith AM, Morse C, Burger H, Green A, Hopper J, et al. Menopausal symptoms in Australian women. *The Medical journal of Australia*. 1993;159(4):232-6.
217. Palacios S. Pulsed estrogen therapy: relieving climacteric symptoms, preventing postmenopausal bone loss. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2002;5 Suppl 2:32-9.
218. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Annals of epidemiology*. 1994;4(3):214-20.
219. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosomatic medicine*. 2001;63(4):603-8.
220. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, Sommer B, Cordal A, Powell L, et al. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *American journal of public health*. 2001;91(9):1435-42.
221. Matthews KA, Wing RR, Kuller LH, Meilahn EN, Kelsey SF, Costello EJ, et al. Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1990;58(3):345-51.
222. Schmidt PJ, Haq N, Rubinow DR. A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in perimenopausal women. *The American journal of psychiatry*. 2004;161(12):2238-44.
223. Woods NF, Mitchell ES. Pathways to depressed mood for midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Research in nursing & health*. 1997;20(2):119-29.
224. Joffe H, Hall JE, Soares CN, Hennen J, Reilly CJ, Carlson K, et al. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. *Menopause*. 2002;9(6):392-8.
225. Dugan SA, Powell LH, Kravitz HM, Everson Rose SA, Karavolos K, Luborsky J. Musculoskeletal pain and menopausal status. *The Clinical journal of pain*. 2006;22(4):325-31.
226. Ashrafi M, Ashtiani SK, Malekzadeh F. Symptoms of natural menopause among Iranian women living in Tehran, Iran. *Iran J Reprod Med*. 2010;8:29-32.
227. Qazi RA. Age, pattern of menopause, climacteric symptoms and associated problems among urban population of Hyderabad, Pakistan. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP*. 2006;16(11):700-3.
228. Haines CJ, Xing SM, Park KH, Holinka CF, Ausmanas MK. Prevalence of menopausal symptoms in different ethnic groups of Asian women and

- responsiveness to therapy with three doses of conjugated estrogens/medroxyprogesterone acetate: the Pan-Asia Menopause (PAM) study. *Maturitas*. 2005;52(3-4):264-76.
229. Nisar N, Sohoo NA. Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: a hospital based survey. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2009;59(11):752-6.
 230. Halbreich U, Kahn LS. Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? *J Affect Disord*. 2007;102(1-3):245-58.
 231. Ensrud KE, Stone KL, Blackwell TL, Sawaya GF, Tagliaferri M, Diem SJ, et al. Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes. *Menopause*. 2009;16(2):286-92.
 232. Woods NF, Mitchell ES. Sleep symptoms during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Sleep*. 2010;33(4):539-49.
 233. Lentz MJ, Landis CA, Rothermel J, Shaver JL. Effects of selective slow wave sleep disruption on musculoskeletal pain and fatigue in middle aged women. *The Journal of rheumatology*. 1999;26(7):1586-92.
 234. Owens JF, Matthews KA. Sleep disturbance in healthy middle-aged women. *Maturitas*. 1998;30(1):41-50.
 235. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Sutton-Tyrrell K, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*. 2003;10(1):19-28.
 236. Fuh J-L, Wang S-J, Lu S-R, Juang K-D, Chiu LM. The Kinmen women-health investigation (KIWI): a menopausal study of a population aged 40–54. *Maturitas*. 2001;39(2):117-24.
 237. Ohayon MM. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Archives of internal medicine*. 2006;166(12):1262-8.
 238. Kravitz HM, Zheng H, Bromberger JT, Buysse DJ, Owens J, Hall MH. An actigraphy study of sleep and pain in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation Sleep Study. *Menopause (New York, NY)*. 2015;22(7):710-8.
 239. Atasü T ve Tekin Hİ (2001). Menopozun semptomları. Atasü T.Eds. Menopoz-Tedavisi ve Kanser. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 95-108.
 240. Başer M ve Taşkın L (2002). Hormon replasman tedavisinin yaşam kalitesine etkisi. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
 241. Paul KN, Turek FW, Kryger MH. Influence of sex on sleep regulatory mechanisms. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(7):1201-8.
 242. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:47-.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onay Formu

**T.C.**
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1141
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26 TEMMUZ 2017 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2017/18
Proje No : GO 17/614 (Değerlendirme Tarihi: 12.07.2017)
Karar No : GO 17/614- 19

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Serap KAYA' nın sorumlu araştırmacı olduğu ve Fzt. Gizem ÜSTÜNER' in yüksek lisans tezi olan, GO 17/614 kayıt numaralı, "*Menopozal Semptom Şiddetine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyi, Psikolojik Durum ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurtan AKARSU (Başkan)	10. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye)	11. Yrd. Doç. Dr. Özay GÜKÖZ (Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye)	12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)
4. Prof. Dr. Neçmet SAGLAM (Üye)	13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye)	14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)	15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüseyin TURNAGÖL (Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)	16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye)
8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye)	17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGEL (Üye)
9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNE (Üye)	18. Av. Meltem ONURLU (Üye)

EK-2. Blatt-Kupperman Menopozal indeks

BELİRTİLE R	Y OK(0)	HA FİF(1)	O RTA(2)	ŞİDDE TLİ(3)
ATEŞ BASMASI/GECE TERLEMESİ				
HİS AZALMASI				
UYKUSUZL UK				
SİNİRLİLİK				
HÜZÜN-İÇE KAPANMA				
BAŞ DÖNMESİ				
BİTKİNLİK- YORGUNLUK				
EKLEM ve KAS AĞRILARI				
BAŞ AĞRISI				

ÇARPINTI				
KARINCAL ANMA				
TOPLAM				



EK-3. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MRS)

Sevgili hanımlar. Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikayetinizin olmadığı yakınmalar için "hiç yok" seçeneğini işaretleyiniz.

YAKINMALAR:

	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
	I-----I	I-----I	I-----I	I-----I	I-----I
Puanlar =	0	1	2	3	4

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

EK-4. Menopoza Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda sıralanan maddelerin her biri, sizin geçen hafta içinde bu tür sorunları yaşıyıp yaşamadığınızı gösterir. Eğer böyle bir sorun yaşadığınız iseniz bu sorun sizi ne kadar rahatsız etti, ve sıkıntı verdi ise bunu 0-6 arasında bir puan vererek değerlendiriniz.

0: Hiç rahatsız etmedi, sıkıntı vermedi, üzmedi

6: Aşırı derecede rahatsız etti, sıkıntı verdi, üzdü.

Geçen hafta içerisinde; aşağıda sıralanan belirtileri yaşadınız mı? Cevabınız evet ise bu sizi ne kadar rahatsız etti?

Hiç rahatsız etmedi 0 1 2 3 4 5 6 → Aşırı derecede rahatsız etti



1.Sıcak basmaları veya şiddetli ateş basması	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2. Gece terlemeleri	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
3. Terleme	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
4.Kişisel (özel) yaşamınızda memnuniyetsizlik, doyumsuzluk, hoşnutsuzluk hissi	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
5. Endişe, üzüntü veya sinirlilik, sıkıntı hissi	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
6. Hafızanızda zayıflık, unutkanlık	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
7. Daha öncesine göre daha az hünerlilik, beceriklilik hissi	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
8. İçer kapanıklılık, umutsuzluk, karamsarlık hissi	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
9.Diğer insanlara karşı hoşgörüsüzlük, tahammülsüzlük, sabırsızlık hissi	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
10. Yalnız, tek başına olma isteği	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
11. Mide gazı, şişkinliğine bağlı sıkıntı veya ağrı hissi	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
12. Kas ve eklemleriniz de ağrı	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
13. Yorgunluk ve bitkinlik hissi	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
14. Uykusuzluk	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
15. Baş ağrısı veya boyun arkasında ağrı	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
16. Bedensel(fiziksel) gücün, kuvvetin azalması	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
17. Dayanma gücünün, direncin azalması	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
18. Enerji kaybı	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
19. Deride kuruluk	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
20. Kilo alma	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

21. Yüzdeki tüylerin(kılların) artması	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
22. Derinin tonüsünde, yumuşaklığında, dış görünümünde değişiklikler	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
23. Aşırı derecede şişkin ve gergin hissetme	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
24. Zayıf(kuvvetli olmayan) bel ağrısı	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
25. Sık sık idrara çıkma	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
26.Gülme veya öksürme sırasında istemsiz idrar kaçırma	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
27. Cinsel istek de azalma	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
28. Vajinal kuruluk	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
29. Cinsel ilişkiden kaçınmak	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
30. Göğüslerde ağrı veya hassasiyet	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
31. Vajinal kanama veya lekelenme	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
32. Bacak ağrıları veya kasılmaları	☐ Hayır	☐ → Evet	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

EK-5. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.)

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda **en az 10 dakika** süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

1. **Geçen 7 gün** içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbolveya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada___gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. →(3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zamanharcadınız?

Günde___saat

Günde___dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yaptığınız **orta** dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceliaktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. **Geçen 7 gün** içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme,halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi **orta** dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada___gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. →(5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde **orta** dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadarzaman harcadınız?

Günde___saat

Günde___dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde **yürüyerek** geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___gün

Yürümedim. →(7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___saat

Günde ___dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Son soru, **geçen 7 günde hafta içinde oturarak** geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde **oturarak** ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___saat

Günde ___dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

EK-6. STAI FORM TX – 1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlatmış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	her Hemen zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-7. Beck Depresyon Envanteri

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1-	0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2-	0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim. 1. Gelecek hakkında karamsarım. 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3-	0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4-	0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. 3. Her şeyden sıkılıyorum.
5-	0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum. 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6-	0. Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum. 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum. 2. Cezalandırılmayı bekliyorum. 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7-	0. Kendimden memnunum. 1. Kendi kendimden pek memnun değilim. 2. Kendime çok kızıyorum. 3. Kendimden nefret ediyorum.
8-	0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm. 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum. 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
9-	0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum. 2. Kendimi öldürmek isterdim. 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10-	0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor. 2. Çoğu zaman ağlıyorum. 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11-	0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. 2. Şimdi hep sinirliyim. 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12-	0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum. 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim. 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
13-	0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum. 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. 3. Artık hiç karar veremiyorum.
14-	0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor. 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
15-	0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor. 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
16-	0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum. 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17-	0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. 2. Yaptığım her şey beni yoruyor. 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18-	0. İştahım her zamanki gibi. 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil. 2. İştahım çok azaldı. 3. Artık hiç iştahım yok.
19-	0. Son zamanlarda kilo vermedim. 1. İki kilodan fazla kilo verdim. 2. Dört kilodan fazla kilo verdim. 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
20-	0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor. 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor. 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor. 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21-	0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim. 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim. 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim. 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-8. Nottingham Sağlık Profili

Aşağıda insanların günlük hayatta karşılaşılabilecekleri bazı problemler sıralanmıştır. Listeye bakınız ve şu anda sahip olduğunuz problem için “Evet”, olmadığınız problem için “Hayır” kutucuğunu işaretleyiniz. Lütfen her soruyu cevaplayınız. Emin değilseniz, şu anda en doğru olduğunu düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

BÖLÜM1

Ağrı		Evet	
Hayır			
1	Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor.	☐	☐
2	Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.	☐	☐
3	Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor.	☐	☐
4	Oturduğum zaman ağrım oluyor.	☐	☐
5	Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.	☐	☐
6	Geceleri ağrım var.	☐	☐
7	Dayanılmaz ağrılarım var.	☐	☐
8	Sürekli ağrılar içindeyim.	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			

Duygusal Reaksiyonlar		Evet		Hayır	
Hayır					
1	Olaylar beni zorluyor.	☐	☐	☐	☐
2	Beni neyin neşelendirdiğini bile unuttum.	☐	☐	☐	☐
3	Kendimi uçurumun kenarında hissediyorum.	☐	☐	☐	☐
4	Günler zor geçiyor.	☐	☐	☐	☐
5	Bugünlerde sık sık hiddetleniyorum.	☐	☐	☐	☐
6	Kendimi kontrol edemeyeceğimi hissediyorum.	☐	☐	☐	☐
7	Endişelerim gece uyumama engel oluyor.	☐	☐	☐	☐
8	Hayatın çekilmez olduğunu düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐
9	Uyanınca kendimi depresyonda hissediyorum.	☐	☐	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)					

Uyku		Evet	
Hayır			
1	Uyku ilacı alıyorum.	☐	☐
2	Sabah erken saatte istemeden uyanıyorum.	☐	☐
3	Gece uykum kaçıyor.	☐	☐
4	Uyumakta güçlük çekiyorum.	☐	☐
5	Gece uykum çok kötü.	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			

Sosyal İzolasyon		Evet	
Hayır			
1	Kendimi yalnız hissediyorum.	☐	☐
2	İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum.	☐	☐
3	Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum.	☐	☐
4	İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum.	☐	☐
5	İnsanlarla geçinmek güç geliyor.	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			

Fiziksel Aktivite		Evet	
Hayır			
1	Yalnız ev içinde yürüyebiliyorum.	☐	☐
2	Eğilmek benim için çok zor.	☐	☐
3	Hiç yürüyemiyorum.	☐	☐
4	Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum.	☐	☐
5	Bir yere uzanmakta güçlük çekiyorum.	☐	☐
6	Giyinirken zorlanıyorum.	☐	☐
7	Uzun süre ayakta duramıyorum.	☐	☐
8	Sokakta yürümek için yardım gerekiyor.	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			

Enerji		Evet	
Hayır			
1	Enerjim kısa sürede tükeniyor.	☐	☐
2	Her şey çaba harcamamı gerektiriyor.	☐	☐
3	Her zaman yorgunum.	☐	☐
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			

Bölüm Toplam Profil Puanı (0-600):

EK-9. Orjinallik Ekran Çıktısı

MENOPOZAL SEMPTOM ŞİDDETİ VE MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 16	% 14	% 4	% 13
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%4
2	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	%2
3	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	%1
4	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	www.journals.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<%1
7	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1

EK-10. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Gizem Taşkıran
Ödev başlığı:	MENOPOZAL SEMPTOM ŞİDDETİ ...
Gönderi Başlığı:	MENOPOZAL SEMPTOM ŞİDDETİ ...
Dosya adı:	gizem tez son .docx
Dosya boyutu:	307.79K
Sayfa sayısı:	92
Kelime sayısı:	18,519
Karakter sayısı:	127,517
Gönderim Tarihi:	03-Eyl-2019 09:25AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	1166537437

YÜ.
BAĞIŞTIRICI FAKÜLTESİ
SAĞ. BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MENOPOZAL SEMPTOM ŞİDDETİ VE MENOPOZA ÖZEL
YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

YÜ. GİZEM TAŞKIRAN

Fatih Terzioğlu ve Akademiye Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2019

Copyright 2019 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

9. ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI: DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	Fzt. GİZEM TAŞKIRAN 1989, ANKARA
HALEN GÖREVİ: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DÜZCE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ, FİZYOTERAPİ BİRİMİ, FİZYOTERAPİST YAZIŞMA ADRESİ: AZİZİYE MAH. ŞEHİT RAMAZAN GEL CAD. NO:5 MERKEZ DÜZCE TELEFON: 0541 514 21 99 E-MAIL: gizemustuner@gmail.com	

2. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2010-2014	LİSANS	BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ	FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON
2016-Halen	YÜKSEK LİSANS	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ	FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
-	-	-	-

4. ÇALIŞMA ALANLARI

ÇALIŞMA ALANI	ANAHTAR SÖZCÜKLER
KADIN VE ERKEK SAĞLIĞI'NDA FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON	KADIN VE ERKEK SAĞLIĞI, LENFÖDEM, BAŞ AĞRILARI, FİBROMİYALJİ, OBSTETRİ, MENOPOZ, JİNEKOLOJİ, FİZİK TEDAVİ, REHABİLİTASYON.