

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

**MENOPOZ SEMPTOMLARININ
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE ETKİSİ**

Mevlüde ALPASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL**

ORDU-2018

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Mevlüde ALPARSLAN tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yürütülen “*Menopoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 28/12/2018 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza: 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Nurgül BÖLÜKBAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

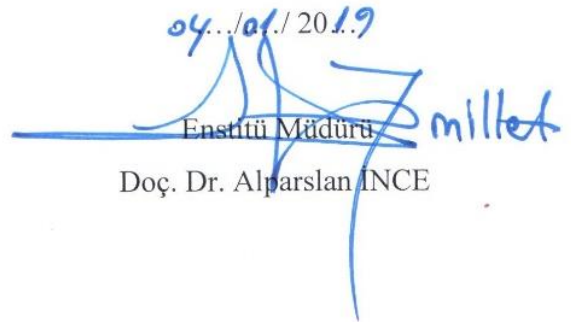
İmza: 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Songül AKTAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

İmza: 

ONAY

03./01./2019 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 04./01./2019 tarih ve 2019/03 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

04./01./2019

Enstitü Müdürü
Doç. Dr. Alparslan INCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mevlûde ALPASLAN

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgisi, deneyimi, hoşgörüsü ile desteğini her anlamda ve her zaman hissettiren, zamanını ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen, hayata farklı bakış açılarıyla bakmamı sağlayan çok kıymetli hocam ve tez danışmanım, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e

Yüksek Lisans eğitimime bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Tez çalışmama bilgi ve önerileriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'a

Tez çalışmama bilgi ve önerileriyle katkı sağlayan Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Songül AKTAŞ'a

Tez çalışmasına katılarak akademik bilginin gelişmesine katkı sağlayan değerli katılımcılara,

Manevi olarak beni destekleyen tüm dostlarıma,

Daima yanımda olduklarını hissettiren, hayattaki en büyük şükür sebebim aileme,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim.

Mevlüde ALPASLAN

ÖZET

MENOPOZ SEMPTOMLARININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu araştırma, kadınlarda görülen menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan araştırmanın örnekleme, 40-64 yaş arasında, evli ve araştırmaya katılmayı kabul eden 381 kadın alındı. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi (GYAÇ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri içeren tanımlayıcı istatistiksel teknikler kullanıldı. Bağımsız gruplarda farklılıklar, Student t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) ile değerlendirildi. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için Sheffe ve Dunnett-C testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel önemlilik için 0.05 değeri sınır olarak alındı.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların menopoz semptomları ölçeği puan ortalaması 16.11 ± 10.34 bulunmuştur. Kadınların en fazla etkilendikleri menopozal semptomların uyku sorunları (%86), keyifisizlik (%83.8), sıcak basması ve terlemeler (%83.5), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%82.4) olduğu; en az etkilendikleri menopozal semptomların ise eklem, kas ağrıları (%55.4), kalp hastalıkları (%63.2) olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşadığı menopozal semptomlardan en fazla etkilenen günlük yaşam aktivitelerinin uyku, konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, ruhsal durum, genel yaşam kalitesi ve yaşamdan zevk alma olduğu; en az etkilenen günlük yaşam aktivitelerinin ise cinsellik ve kişilerarası iletişim olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşadığı menopoz semptomları değerlendirme ölçeği ve alt boyutları ile günlük yaşam aktiviteleri arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.01$).

Sonuç: Bu çalışma sonuçları menopozal dönemde yaşanan menopoz semptomlarının kadınların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz şekilde etkilediğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, menopozal semptomlar, günlük yaşam aktiviteleri, kadın sağlığı.

ABSTRACT

THE EFFECT OF MENOPAUSAL SYMPTOMS ON DAILY LIVING ACTIVITIES

Aim: This study was conducted to investigate the effect of menopausal symptoms on women's daily life activities.

Material and Method: The sample of the study, which is a descriptive and correlational type, included 381 women who were married between the ages of 40 and 64 and accepted to participate in the research. The data of the study were collected by Personal Information Form, Menopause Symptoms Rating Scale (MRS) and Daily Living Activities Schedule. Descriptive statistical techniques including percentage, arithmetic mean, standard deviation, upper and lower values were used to evaluate the data. Differences in independent groups were evaluated with Student's t test, one way ANOVA. The relationship between continuous variables was evaluated with pearson correlation analysis test. On the other hand, Sheffe and Dunnett-C tests were used to evaluate which group was caused by the difference. 0.05 was taken as the limit for statistical significance.

Results: The mean score of the women who participated in the study was 16.11 ± 10.34 . Menopausal symptoms that women were most affected were sleeping problems (86%), lack of joy (83.8%), hot flashes and sweats (83.5%), physical and mental fatigue (82.4%); the least affected menopausal symptoms were joint, muscle pain (55.4%) and heart disease (63.2%). The daily life activities most affected by the menopausal symptoms experienced by women are sleep, concentration, physical and mental fatigue, mental state, general quality of life and enjoyment of life; the least affected daily living activities were sexuality and interpersonal communication. Advanced level significant positive correlations were found between the MRS and its sub-dimensions scores and daily living activities scores of women ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that menopausal symptoms in the menopausal period negatively affected the daily activities of women.

Key words: Menopause, menopausal symptoms, daily living activities, women's health.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLO DİZİNİ	VIII
GRAFİKLER DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Menopoz	4
2.1.1. Menopozun Sınıflandırılması	5
2.1.2. Menopozal Semptomlar ve Baş Etme Yöntemleri	6
2.1.2.1. Premenopozal Değişiklikler	7
2.1.2.2. Postmenopozal Değişiklikler	10
2.1.3. Menopozal Dönemde Tedavi	13
2.1.3.1. Hormon Replasman Tedavisi	14
2.1.3.2. Menopozal Dönemde Alternatif Yöntemler	15
2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri	18
2.2.1. Menopoza Özgü Semptomların Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi	19
2.3. Menopozal Dönemde Hemşirelik ve Bakım	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.1. Araştırmanın Evreni	25
3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi	25
3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	26
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	26
3.4.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği	27
3.4.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi	27
3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	28
3.6. Veri Toplama Formunun Uygulaması	28
3.7. Değişkenler	28
3.7.1. Bağımlı Değişkenler	28
3.7.2. Bağımsız Değişkenler	29
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	47
5.1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	47
5.2. Kadınların MSDÖ ve GYA Puanlarının Tartışılması	51
5.3. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Jinekolojik ve Menopoz Özellikleri İle MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması	55
5.4. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların MSDÖ ve Alt Boyutları İle GYA Puan Ortalamalarının Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuçlar	62
6.2. Öneriler	65

KAYNAKLAR	66
EKLER	78
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	78
Ek 2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği	80
Ek 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi	81
Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	82
Ek 5. Menopoz Semptomları Ölçeği İzin Yazısı	83
Ek 6. Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi İzin Yazısı	84
Ek 7. Kurum İzin Yazısı	85
Ek 8. Etik Kurul Onayı	86
ÖZGEÇMİŞ	87

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1	Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı 32
Tablo 4.2	Kadınların Obstetrik Özellikleri Göre Dağılımı 33
Tablo 4.3	Kadınların Vücut Ağırlık Algısı ve BKİ Gruplarına Göre Dağılımı 33
Tablo 4.4	Kadınların Kronik Hastalık, Jinekolojik Hastalık ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre Dağılımı 34
Tablo 4.5	Kadınların Menopoz Bilgisi, Menopoz Evresi, Menopoz Şekli ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanımına Göre Dağılımı 34
Tablo 4.6	Kadınların MSDÖ Puan Ortalamaları 35
Tablo 4.7	Kadınların MSDÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayıları, Alınabilecek Alt-Üst Değerleri, Alınan Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Cronbach Alfa Değerleri 36
Tablo 4.8.	Kadınların Yaşadığı Menopozal Semptomların Şiddetine Göre Dağılımı 37
Tablo 4.9	Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 40
Tablo 4.10	Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 41
Tablo 4.11	Kadınların Vücut Ağırlık Algısı, BKİ Gruplarına Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 42
Tablo 4.12	Kadınların Kronik Hastalık, Jinekolojik Hastalık ve Jinekolojik Ameliyat Olma Durumuna Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 42
Tablo 4.13	Kadınların Menopoz Bilgisi, Menopoz Evresi, Menopoz Şekli ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanımına Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 44
Tablo 4.14	Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri Puanları ve MSDÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar 46

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 4.1. Kadınların Yaşadığı Menopoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etki Puanları.....	38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ACOG : Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
BKİ : Beden Kitle İndeksi
F : One Way ANOVA testi
FSH : Follicle Stimulating Hormon
GYA : Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYAÇ : Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi
HRT : Hormon Replasman Tedavısı
LDLc : Düşük Dansiteli Lipoprotein Kolesterol
LH : Luteinizan Hormon
MSDÖ : Menopoz Semptomlarını Değerlendirme lçeği
NCAM : National Center for Complementary and Alternative Medicine
p : Önemlilik değerini
r : Pearson korelasyon katsayısı
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
SS : Standart Sapma
t : Student t testi
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu
VAS : Visual Analog Scale

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın yaşamının bir dönemi olan ve yaşlılığa geçişin başlangıç noktası olarak gösterilen klimakterik dönem içinde bulunan "menopoz dönemi" kadın yaşamındaki önemli dönemlerden biridir. Menopoz, overlerde fonksiyon kaybı sonucu, menstruasyon olayının kalıcı bir şekilde sonlanmasıdır (Gezer, 2004; Mishra ve ark., 2006; International Menopause Society, 2009; Taşkın, 2016).

Tüm dünyada 1990 yılında 50 yaş ve üzeri yaklaşık 467 milyon kadın olduğu bilinmekte ve bu rakamın 2030'lu yıllarda 1 milyar 200 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi 2016 yılı için kadınlarda 80.7 yaştır. Avrupalı kadınlarda yüzyıl öncesinde menopoza giriş yaşı 40 yaş, yaşam süresi ise menopozdan sonra 6 yıl olduğu, günümüzde batılı toplumlarda menopoz giriş yaşı 50-52 yaşa, yaşam süresi ise 80 yaşın üstünde olacağı bildirilmiştir. (Hill, 1996; Turfanda ve ark., 2004; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013).

Dünya genelinde görülen menopoz yaş ortalaması 51'dir. Gelişmiş ülkelerde menopoz yaşı 49.3-51.4 yaş aralığında görülürken, diğer gelişmekte olan ülkelerde 43.5-49.4 yaş aralığında görülmektedir. Menopoz yaşı Amerika'da 51, İtalya'da 48, Ürdün'de 50-51, Mısır'da ise 48'dir (Amore ve ark., 2007; Gharaibeh, 2010; Özcan ve Oskay, 2013).

Türkiye'de yapılmış bir çalışmada menopoza giriş yaş ortalaması 35 iken, en üst yaş ortalaması 55 yaş olduğu bildirilmiştir (Saka ve ark., 2005). Yapılan çalışmalar Türk kadınının menopoz yaşının 45 ile 47 yaş aralığında yoğunlaştığını bildirmiştir (Arslan ve Altınsoy, 2004; Güney, 2006; Yücel, 2006). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'te 48 ile 49 yaş grubu kadınların %49'unun menopoza girdiği bildirilmiştir.

Menopoz dönemi, kadınlar için bir geçiş dönemi olduğundan bu dönemin sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu doğrultuda, sağlık hizmeti verenlerin, menopoz konusunda planlı ve süreklilik sağlayan eğitim programları uygulamaları, menopozal kadınların gereksinimlerini değerlendirmede etkili rol almaları gerekmektedir (Gharaibeh, 2010). Menopoz dönemde over hormonlarındaki azalma ile birlikte fiziksel, hormonal ve duygusal değişimler görülmektedir. Bu

değişimler kadınlarda erken dönemlerde ve geç dönemlerde görülebilmektedir. Erken dönemde sıcak basması, gece terlemesi, ruhsal sorunlar, üriner problemler, cinsel problemler ve kanserler gibi sorunlar görülürken; geç dönemde görülen değişimler kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz, ve ürogenital değişikliklerdir (Holloway, 2011; Bawar ve ark., 2013).

Ertem (2010)'in, menopoz dönemine ait yaşanan semptomları belirlemek için menopozal dönemde olan 300 kadın ile yapmış olduğu araştırma sonuçlarına göre kadınların; %82'sinde bağırsak fonksiyon bozukluğu, %79'unda sıcak basması, %77'sinde çarpıntı, %75'inde baş ağrısı ve %72'sinde erken sinirlenme şeklinde menopozal semptomlar bildirilmiştir. Rahman ve arkadaşları (2010)'nın Bangladeş'te orta yaşlı kadınların menopozal yakınmalarını değerlendirdiği çalışmalarında yorgunluk hissi %92.9 oranı ile en fazla yaşanan sorun olarak saptanırken, Malezya'da yine orta yaşlı kadınların menopozal yakınmalarını değerlendirdiği bir diğer çalışmada menopozal dönemde görülen sorunlar sırasıyla; eklem ve kas ağrıları (%80.1), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%67.1), uyku problemleri (%52.2), sıcak basması ve terleme (%41.6) olarak belirtilmiştir (Rahman ve ark., 2011). Gözüyeşil ve Başer (2016)'in, kadınların menopoz dönemde yaşadıkları vazomotor yakınmaların günlük yaşam üzerine etkilerini inceledikleri çalışmalarında Visual Analog Skala (VAS) üzerinde vazomotor yakınmaların en fazla etkilediği günlük yaşam aktiviteleri sırasıyla, ruhsal durum (6.2 puan), uyku ve konsantrasyon (5.8 puan), fiziksel ve zihinsel yorgunluk düzeyleri (5.8 puan) iken, en az etkilediği günlük yaşam aktivitesinin boşaltım alışkanlığı (4.1 puan) olduğu saptanmıştır.

Menopozal dönemin sağlıklı geçirilmesi kadın sağlığının sürdürülmesi açısından önemli bir konudur. Bu dönemde kadınların yaşamını olumsuz yönde etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve elde edilen sonuçların kadın sağlığını geliştirmek için kullanılması, sağlık personelinin önemli sorumluluklarındandır. Hem kadın hem de ailesi için menopoz döneminin hemşireler tarafından anlaşılması bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile kadınların değerlendirilmesi ve desteklenmesi açısından önem arz etmektedir. Kadın sağlığı hemşiresinin yaşamının önemli bir bölümünü menopozda geçiren kadınların, yaşam kalitesini arttırmak için bakım, danışmanlık ve eğitim verme gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Menopoz

konusundaki eğitim programları, kadınların menopoz dönemine özgü fiziksel ve psikolojik sorunlarla ilgili anksiyetesini azaltmada ve baş etme mekanizmalarını harekete geçirmede önemli bir etki sağlayacaktır. Ayrıca bu eğitim programları hemşirelerin menopoz konusunda farkındalığının artmasına ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Menopozda yaşanan semptomların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Bu nedenle araştırılması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Kadınlarda menopozal semptomların görülme sıklığı ve şiddeti nedir?
2. Menopozal semptomlar günlük yaşam aktivitelerini etkiler mi?
3. Menopozal semptomlar ile günlük yaşam aktiviteleri arasında ilişki var mıdır?
4. Menopozal semptomlar üzerine etkili faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz

Kadınların adet kesilmelerinin 50 yaş civarında olduğu bilgisine ilk olarak Aristo'nun M.Ö. 322 yılında yazdığı "Historia Animalium" kitabında rastlanılmıştır. Menopoz; Yunanca men (ay) ve pauso (kesilme, durma) kelimelerinden türetilmiştir. Fizyolojik olarak menopoz, foliküler fonksiyonların kaybı sonucu östrojen hormon salınımındaki azalma ile bağlantılıdır (Hurd ve ark., 2004). Klinik uygulamada en son menstruasyonun görülmesinden sonra bir yıl geçtikten sonra konulan tanının ismidir (Tortumluoğlu, 2003).

Yunanca bir kelime olan klimakterium "merdiven basamağı" anlamı taşımaktadır. Klimakterium, üreme çağındaki kadınlarda over fonksiyonlarındaki azalma ile üreme yetisinin ortadan kalktığı çağa geçtiği bir yaşam dönemidir. Bu dönemde gözlemlenen en belirgin sonuç menstruasyonun kesilmesi diğer bir deyişle menopozdur. Kadın yaşamının bir diğer dönemi olan yaşlılığa geçişin başlangıç noktası olarak gösterilen, klimakterik dönem içinde bulunan "menopoz dönemi" kadınlar için mutlak yaşanacak süreçlerden biridir. Menopoz ve klimakterium bazen eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Oysa klimakterik dönem 40-45 yaşlarında başlar ve yaşlılık dönemine geçiş yaşı olarak bilinen 65 yaşa kadar sürer. Menopoz, klimakterik süreçte yer alan menstruasyonun kesilmesi olayıdır ve 40-50 yaş diliminde meydana gelir (Gezer, 2004; Mishra ve ark., 2006; Taşkın, 2016).

Klimakterik döneme geçiş sürecinde görülen değişikliklerin bilinen nedenleri; overlerin atrofisi ve foliküler atrezi nedeni ile fonksiyonlarını kaybetmesidir. Foliküllerin atreziye uğraması fetal hayat itibari ile başlayıp, menopoz dönemine kadar devam eden bir olaydır. Gonodlarda gerçekleşen yaşlanma, folikül ömrü, prenatal oosit rezervi ve oosit sayısı önemlidir. Ovulasyon 40'lı yaşlarda azalmaya başlamakla birlikte, 15 yıl içindeki süreçte overlerin üreme fonksiyonlarının kaybolduğu görülür. Bununla birlikte, plazma östrojen miktarı azalır, FSH yoğunluğu artar, LH'da değişiklik gerçekleşmeyebilmektedir (Yurdakul ve ark., 2007).

Klimakterik dönem premenopoz dönemi, menopoz dönemi, perimenopoz ve postmenopoz dönemi olmak üzere birbirini takip eden dört dönem içermektedir

(Gezer, 2004). İlk menopozal semptomların belirginleştığı dönem premenopoz dönemidir. Menopoz dönemi en son menstruasyonun görüldüğü ve sonlandığı dönemdir. Menopoz öncesinde görülen geçiş dönemini ve menopozdan sonraki ilk yılı kapsayan dönem perimenopoz dönemidir. Postmenopoz dönem ise menopoz döneminden bir yıl sonra başlayıp yaşlılık dönemi başına kadar devam eden dönemdir (Sherman, 2005).

2.1.1. Menopozun Sınıflandırılması

Menopoz yaşı; yaşanılan coğrafya, menarş yaşı, beslenme, psikolojik faktörler, kalıtım, gelişmişlik düzeyi, evlilik, doğurganlık, ırk, çalışma durumu, kontraseptif ve sigara kullanımı, genital faktörler, sosyokültürel ve sosyoekonomik durumlar gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Güney, 2006).

Menopoz, başlangıç yaşı ve oluş biçimine göre iki şekilde sınıflandırılabilir.

Başlangıç yaşına göre: Menopoz, erken, normal ve geç menopoz olarak sınıflandırılır.

Erken Menopoz: 40 yaşından önce bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkan ovarian yetmezlik nedeni ile adetten kesilme “erken menopoz” veya "prematür menopoz" şeklinde isimlendirilir. Görülme oranı yaklaşık %4'dür. Ooferektomi, aşırı radyasyon, uzun süreli emzirme, ciddi şişmanlık, sık gebelik, kürtaj ve düşükler erken menopoza sebep olan durumlardır (Erdem, 2006; Çelik ve Pasinlioğlu, 2013)

Normal menopoz: Menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması olayının ortalama 45 ile 54 yaşları arasında gerçekleşmesidir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Geç menopoz: Menstruasyon döngüsü 55 yaş sonrasında hala gerçekleşiyorsa geç menopozdan söz edilir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Oluş biçimine göre: Doğal ve cerrahi menopoz olarak sınıflandırılır.

Doğal Menopoz: Foliküllerin tükenmesi ile menstruasyonun durması olayı fizyolojik menopozdur. Overlerde morfolojik ve fonksiyonel değişimler gözlenir. 40-50 yaş arası kadınlarda menstruasyonun sonlanması bu dönemin en belirgin olayıdır (Ceylan, 2010; Taşkın, 2016).

Cerrahi menopoz: Çeşitli nedenlerle histerektomi ile birlikte ya da sadece overlerin çift taraflı cerrahi ile çıkartılması sonucu gelişen menopozdur. Histerektomi

ile birlikte oofektomi yapılmadı ise kadın menopoza girmez. Doğal menopozda f6lik6llerin t6kenme s6reci yavaş ger6ekleştiği i6in v6cut bu duruma kolay uyum sağlarken; cerrahi menopozda ise bu durum ani ger6ekleştiği i6in menopoz semptomları doğal menopoza g6re daha şiddetlidir. Menopoz olayı radyasyon veya kemoterapi uygulamaları sonrasında g6r6lebilmektedir. Radyasyonun overlerdeki etkisi menopoz olayını geri d6n6řs6ms6z olarak sonlandırırken, kemoterapide bu durum kullanılan ilacın etkisine bağlı olarak 6oğunlukla birkaç yıl sonra d6zelmektedir. (Gezer ve ark., 2006; Y6cesoy ve 6akıroğlu, 2007; Taşkın, 2016).

2.1.2. Menopozal Semptomlar ve Başetme Y6ntemleri

Menopozda overlerdeki fonksiyon kaybı ile 6strojen hormonundaki azalma kadınlarda hormonal, fiziksel ve duygusal değişimlere yol a6maktadır. Bu sorunlar kısa s6rede ya da uzun s6rede kendini g6stermektedir. Kısa zaman i6inde ortaya 6ıkan problemler vazomotor yakınmalar, atrofik ve ruhsal değişikliklerdir. Uzun s6reli meydana gelen değişiklikler ise kardiyovask6ler hastalıklar ve osteoporozdur (Woods ve Mitchell, 2005; Shea, 2006).

Vazomotor değişiklikler kadınlarda y6z kızarması, sıcak basması ve gece terlemesi olarak kendini g6stermektedir. Amerika Birleşik Devleti, Hollanda, Avustralya, Japonya gibi gelişmiş 6lkelerde menopoz d6nemdeki kadınların %75'inde sıcak basması, %41'inde sinirlilik, %40'ında yorgunluk, %39'unda terleme, %38'inde baş ağrısı, %32'sinde uykusuzluk ve %30'unda depresyon yakınmalarının olduğu bildirilmiştir (Woods ve Mitchell, 2005). 6lkemizde ise kadınların %80'i sıcak basması (Atas6 ve şahmay, 2001), %31.3'6 gece terlemesi, % 38.8'i 6detlerin seyrek olması, % 42.2'si sa6 d6k6lmesi, %63.1'i baş ağrısı, %39.7'si baş d6nmesi, %45.2'si el ve ayakta karıncalanma gibi sorunlar yaşanmaktadır (Arslan ve Altınsoy, 2004).

Sis (2010)'in 6alışmasında menopoz d6nemini “yaşlandığını hissetme” olarak algılayan kadınların oranı %60.8, “cinselliğin azalması/bitmesi” olarak algılayan kadınların oranı ise %19.4 bulunmuştur. Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) 6alışmasında menopoz d6nemde sıkıntı yaşayan kadınların oranı %55 bulunmuş ve yaşanan bu sorunların %28.9'unun fiziksel, %26.5'inin fiziksel ve psikolojik olduğu bildirilmiştir. Arslan ve Altınsoy'un (2004) 40 ile 75 yaş aralığındaki 300 kadınl

yapmış olduğu çalışmada, kadınların %44,7'si cinsel ilgisinin azaldığını, %6,7'sinin cinsel ilişkide ağrı duyduğunu, %2'si ilişki sırasında kuruluk hissettiğini bildirmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, kadınların %82'sinde bağırsak fonksiyonlarında değişiklik %79'unda sıcak basması, %77'sinde çarpıntı, %75'inde baş ağrısı, ve %72'sinde çabuk sinirlenme gibi menopozal semptomlar saptanmıştır (Ertem, 2010).

2.1.2.1. Premenopozal Değişiklikler

Premenopozal dönemdeki kadınların büyük çoğunluğunun bu dönemde hafif veya orta şiddette yakınmaları olur. Östrojenin azalması sonucu kadında ortaya çıkan bu değişiklikler siklus bozuklukları, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklardır (Taşkın, 2016).

Siklus Bozuklukları

Premenopozal menstruasyon anovulatuvar tiptedir. Over aktivasyonunun azalması ile birlikte fertilité düşer. Over fonksiyonları tamamen sonlanmaz az miktarda östrojen salınımıyla birlikte adet kanamaları devam edebilir. Overlerde siklusa ilişkin ortaya çıkan değişiklikler gözlenir. Başlıca değişiklik, luteal fazın ortadan kalkmış olmasıdır. Bunun sonucunda amenore görülür. Kandaki östrojen düzeyi yeterli seviyeye ulaşamadığı için endometrial siklus gerçekleşemez. Anovulatuvar siklus foliküllerin sürekli östrojen salgılamasına ve endometriumun sürekli proliferatif fazda tutulmasına neden olur. Endometrium yıkılmaya başladığı zaman da, rejenerasyonu sağlayacak östrojen düzeyi olmadığı için kanama yoğun ve devamlı bir şekilde ortaya çıkar. Bu çeşit kanamalar, kanserin de habercisi olabilirler. Bu nedenle premenopozal dönemdeki kadını risk grubu olarak ele almak gerekir (Taşkın, 2016).

Vazomotor Değişiklikler

Östrojen yetmezliğinden kaynaklı gelişen vazomotor yakınmalar yüz kızarması, gece terlemesi ve sıcak basması şeklinde kendini göstermektedir (Woods ve Mitchell, 2005; International Menopause Society, 2009). Beş Avrupa ülkesinde gerçekleştirilmiş bir çalışmada sıcak basması sorunu yaşayan menopozal dönemdeki kadınların oranı %55, Amerikada bu sorunu yaşayan kadınların oranı %75 olarak bulunmuştur (Fredman, 2005). Ülkemizde ise menopoz dönemdeki

kadınlarda sıcak basması oranı %80 olarak bildirilmiştir. Menopozun tüm dönemlerinde görülen sıcak basması kadınların %30'unun günlük hayatlarını etkilemektedir. Premenopozal dönemde görülmeye başlayan vazomotor semptomların görülme sıklığı %60 ile 85 arasında değişmektedir (Schildkraut ve ark., 2001; Gözüyeşil, 2015). Menopoz dönemindeki kadınlarda sıcak basmasının yanı sıra görülen vazomotor yakınmalar baş ağrısı, uyku sorunları, baş dönmesi, bulantı, el ve ayaklarda uyuşma, nefes darlığı, çarpıntı gibi sorunlardır (Col ve ark., 2009).

Sıcak basmaları ile baş edebilmek için başlıca öneriler şunlardır:

- Oda ısısını 18°C da tutmaya çalışmalı ve sıcak ortamlardan kaçınılmalıdır,
- Giysiler sıcak basması sırasında kolay çıkarılabilir cinsten olmalıdır.
- Stresten uzak durulmalıdır.
- Baharatlı yiyecekler, kafein ve alkolden kaçınılmalıdır.
- Sıcak basmasını kontrol etmeyi öğrenmelidir.
- Sıcak basması sırasında vantilatör, duş almak gibi soğutma teknikleri kullanarak bu durumu daha kolay atlatılması sağlanabilir.
- Sıcak basması anında rahat bir yer seçip oturduktan sonra birkaç defa yavaş ve derin nefes alıp verilmelidir (Taşkın, 2016).

Emosyonel Rahatsızlıklar

Menopoz döneminde meydana gelen hormonal değişiklikler merkezi sinir sistemi etkilemesi ile ruhsal durumda dalgalanmalara yol açarak duygu durum ve davranışları etkileyebilmektedir. Bu dönemdeki kadınlarda ruhsal değişikliklere sinirlilik, anksiyete ve depresyon şeklinde rastlanılmaktadır. Klimakterik dönemde meydana gelen fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler, ileri yaş stresi, mevcut kültürel yapı kadının emosyonel dengesini etkileyebilmektedir. Hormonal ve biyokimyasal dengedeki hızlı değişimler, orta yaş ile gelen bir takım zorluklar ve kültürel yapı kadınların emosyonel sorunlarının şiddetinde rol oynayabilmektedir (Özgür, 2007; Taşkın, 2016).

Menopoz farklı toplumlarda kültür, değer ve inançlara bağlı olarak olumlu ya da olumsuz şekillerde algılanabilmektedir. Örneğin genç olmanın önemli görüldüğü toplumlarda kadınlar bu durumu kadınlığının, cinsel çekiciliğinin, üreticiliğinin sonu olarak görüp menopozu kendilerine verilmiş ceza şeklinde algılamak; Hint, Arap

toplumunda ve ülkemizde kırsal bölgelerde hayat süren kadınlar menopoza ile hamilelik korkusunun ortadan kalmasını, statü farklılaşması gibi durumları ödül olarak algılanmaktadır. Menopozu pozitif şekilde algılayan bu toplumlarda fiziksel ve psikolojik menopozal yakınmalarla daha az karşılaşıldığı bildirilmiştir (Şahmay, 2008; Simon ve Reape, 2009).

Kowalcek ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, menopoza dönemindeki Papua Yeni Gine’li kadınların %56,1’i ve Alman kadınların %65’i menopozun olumlu yanları olduğu görüşündedir. Kadınların %84,6’sı menstruasyon olmamasını olumlu bir durum olarak belirtmiştir. Diğer olumlu yönlerini ise doğum kontrol yöntemi kullanmak zorunda kalmamak, duygu durum değişikliklerinin olmaması, fiziksel refahın kısıtlanmaması ve özgür hissetme olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmamayı ve hijyenik ped kullanmamayı menopozun olumlu yanları olarak belirtmişlerdir. Sis (2010)’in araştırmasında kadınların %41,8’inin üretkenliğin bitmesi, %60,8’inin yaşlandığını hissetme gibi menopozla ilgili olumsuz görüşleri olduğu bulunmuştur.

Menopozla ilişkin psikolojik belirtiler (Gezer ve ark., 2006; Yücesoy ve Çakıroğlu, 2007);

- Depresyon, sinirlilik, özgüven sorunları,
- Çabuk yorulma, baş dönmesi, azalan cinsel istek,
- Unutkanlık, kararsızlık, endişe duyma,
- Dikkat dağınıklığı, uykusuzluk, kendini beğenmeme gibi belirtilerdir.

Simon ve Reape’nin (2009) yaptığı çalışmada klimakteriyum dönemindeki kadınların %91’inde irritabilite, sinirlilik, %86’sında depresyon, %82’sinde konsantrasyon kaybı, %81’inde kişilik değişikliği, %77’sinde uyku bozukluğu, %77’sinde motivasyon yokluğu, %75’inde hafıza kusuru, %37’sinde sıcak basması, %19’unda baş ağrısı ve %18’inde aşırı terlemenin olduğu belirtilmiştir.

Hemşirelere menopozal yakınmalar ve bunlarla başetmeleri için verilen hizmet içi eğitimlerde kültürlerarası farklılıkların dikkate alınması gerektiğinin ve bunun öneminin kavratılması gerekmektedir. Bu durum hemşirelerin hizmet verdikleri kadınların, kültürünü tanımalarını ve daha duyarlı olmalarını sağlayarak amaca yönelik eğitimler yapmalarına yardımcı olacaktır (Vural ve Yangın, 2016).

Emosyonel Değişikliklerle Baş Etme Yolları (Erdem, 2006);

- B,C ve E vitamini içeren besinlerin tüketilmesi
- Kendisine sorun oluşturan durumları listeleyip çözmesi
- Uğraşı alanlarınının çoğaltılması
- Düzenli fiziksel aktivitenin yapılması
- Kişisel bakımlara ve hijyene özen gösterilmesi
- Stresle başa çıkma tekniklerinin kullanılması
- Uyku düzeninin sağlanması
- Östrojen içeren doğal besinlerin (Karaman kimyonu, Frenk maydanozu, meyan kökü, anason, soya fasulyesi filizleri, fesleğen, adaçayı) tüketilmesi şeklinde sıralanabilir.

2.1.2.2. Postmenopozal Değişiklikler

Postmenopozal belirtiler; atrofik değişiklikler, osteoporoz, kardiyovasküler rahatsızlıklar ve ciltte bozulmalardır (Taşkın, 2016).

Atrofik Değişiklikler

Atrofik değişiklikler genellikle deride, üriner ve üreme sistemlerinde gözlenmektedir. Menopoz sonrası uzun süre östrojen sitümülasyonunun olmaması sonucu üreme organlarında gerileme görülür. Küçülme uterus, vajina, vulva ve uretranın distal kısmında ortaya çıkar (Kutlu ve ark., 2012; Taşkın, 2016).

Vulvadaki Değişiklikler: Östrojenin azalması ile birlikte vulva derisi incelmeye, elastikiyet kaybı sonucu irritasyona yatkın hale gelir. Postmenopozal kadınlarda ilerki süreçte vulvada aşırı darlıklara yol açan, kaşıntı ile görülen distrofiler en sık karşılaşılan sorunlardandır. Vulvada görülen atrofi, vulvar intraepitelyal neoplaziler ve skuamöz hücreli kanserlerin gelişmesine sebep olur (Şahmay, 2008).

Vajinadaki Değişiklikler: Östrojenin azalmasıyla birlikte vajinanın rengi soluklaşır, dokusu zayıflar ve buna bağlı olarak esnekliği kaybolur, daralır ve kısalmır. Sonuçta, vajinada “atrofik vajinit” veya “senil vajinit” adı verilen durum meydana gelir. Senil vajiniti olan kadın vajinada kuruluk, yanma hissi, dispareni, kanama ve rijidite gibi rahatsızlıklardan yakınıdır (Woods ve Mitchell, 2005).

Serviksteki Değişiklikler: Serviksin çapında ve uzunluğunda küçülmeler görülür. Atrofiye uğrar. Serviks kanalının kalposkopik incelenmesine yardımcı olan

epitel geçiş sınırnın dışardan bakıldığında görülmeyecek Şekilde servikal kanalın içine girmesi tanı iŐelemelerinde güçlük yaratabilir (Şahmay, 2008).

Uterustaki Değişiklikler: Atrofi ile birlikte ağırlığında 30 ile 35 gram azalma görülür. Myometriumda ve endometriumda da atrofi görülür. Myometriumda görülen atrofi ile birlikte myomlarda da atrofi gözlenir (Woods ve Mitchell, 2005; Yücesoy ve akıroğlu, 2007; Şahmay, 2008).

Tuba Uterinalardaki Değişiklikler: Atrofiye uğramasıyla birlikte siliyer yapıların Őekilleri ve aktivasyonları bozulur. Sekresyon ve hareket yetileri azalır. Çapları küçülür ve uzunlukları kısalır (Şahmay, 2008).

Pelvisteki Değişiklikler: Pelvis taban kaslarının, uterus ile çevresindeki organları destekleyen ligamentlerin tonsnn azalması ve esnekliğinin kaybolması ile pelvik organlarını destekleme yetisi azalır. Pelvisin elastikiyetini kaybetmesi sistosel, rektosel, enterosel ve uterus prolapsusu gibi sorunlar ortaya çıkar (Gezer ve ark., 2006; Yücesoy ve akıroğlu, 2007).

Üriner Sistemdeki Değişiklikler: Menopoz sonrası üreme organları ile aynı embriyolojik orijinli olan üretranın alt kısmı kısalır ve esnekliğini yitirir. Zayıflayan vasküler yapı ve bağ dokusu sonucu ilerleyen yaşlarda atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlükleri, üretral sendrom, gerçek stres inkontinans ortaya çıkar. Mukozada gerçekleşen atrofi ve vajina pH'nın artması sonucu oluŐan alkali ortam, vajinayı enfeksiyona karşı uygun hale getirir (Gezer, 2004; Aydemir, 2007). Üretral sendrom, dizüri, pollaküri, inkontinans ve noktüri ile karakterizedir. Bu belirtiler ile birlikte idrar kültüründe bakteri görülmez ise postmenopozal üretral sendrom tanısından söz edilir (Swanson ve ark., 2005).

Menopozdan sonraki ilk on yıl az miktarda endojen östrojen salınımı olduğu için genital atrofi belirtilerine hemen rastlanmayabilir (Taşkın, 2016). rogenital sistem değişiklikleri ile baŐetme için; düzenli kegel egzersizleri yapmak, genital hijyenine dikkat etmek, günde 8-10 bardak su içmek, C vitamini, kızılcık, kuŐburnu ve yoğurt tüketmek gerekir (Erdem, 2006).

Osteoporoz

Kemiklerin zayıflaması, incelmesi ve beraberinde kırılması ile karakterize olan osteoporoz kadınların birçoğunda 45 yaş sonrasında görülmektedir. Bu kadınlarda

osteoporozun görülme nedeni çoğunlukla menopoz döneminde over fonksiyonlarının kaybına bağlı östrojen hormon seviyesinin düşmesidir. Bu durum yaşlanmayla birlikte kemik kaybını hızlandırarak osteoporozun şiddetini artırır. Osteoporoz en sık vertebra, uzun kemikler ve kalça kemiklerinde görülür.

Östrojen vitamin D'nin aktif vitamin D'ye dönüşmesinde ve tiroidden kalsitonin salgılanmasında temel elementtir. Aktif vitamin D, kalsiyum ve fosforun barsak lümeninden dolaşıma emilimini sağlarken, kalsitonin de kemik reabsorbsiyonunu önleyerek kemik yoğunluğunun devamlılığını sağlar. Diğer bir etkisi de kemik hücreleri olan osteoblastların yapımını uyararak osteoblastik aktiviteyi, etkiler. Postmenopozal dönemde vücut kalsiyumu barsak kaynağından elde edemediği zaman kemiklerden çeker (Kutlu ve ark., 2012; Taşkın, 2016). Kadınlarda kemik kaybı menopoz sonrası 3-6 yıl daha fazla olmakla birlikte ilk 20 yılda kemik kütlesini %75'ini kaybederler. Kemik kaybının yaklaşık %52-66'sı östrojen yetersizliğinden, geri kalanı ise yaşlanmaya bağlı meydana gelir ve bu kayıplar fraktür riskini artırır (İlter, 2005).

Kalsiyum, vitamin D eksikliği kemik mineral yoğunluğunun azalmasında ve osteoporoz gelişiminde önemli risk faktörleri olarak gösterilmektedir. Uygun dozda kalsiyum ile birlikte verilen D vitaminin, osteoporotik kırıkların tedavisi ve önlenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Kadınlara günde en az 1500 mg kalsiyum almaları önerilmektedir. Böbrek taşı oluşumunu önlemek için kalsiyum alımlarında sıvı tüketimi önerilmelidir. Menopozun ilk üç yılı içinde başlamış östrojen tedavisi kırık riskini azaltır ve en fazla üç yıl sürmesi önerilir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

Saka ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu bir çalışmada kemik dansitesi ölçtüren kadınların oranınının %15.9 olduğu, %42.2'sinin sigara içtiği, %14.6'sının ilave kalsiyum preparatı aldığı, %6.4'ünün menopoz tedavisi için hormon kullandığı belirlenmiştir. Avrupa ülkelerinde menopoz döneminde hormon replasman tedavisi alan kadın oranı yüzde 3 ila 25 arasında değişmektedir.

Kardiyovasküler Rahatsızlıklar

Östrojenlerin lipid protein mekanizması üzerindeki etkisi ile düşük dansiteli lipoprotein kolesterol (LDLc)'ün yükselmesi, kalp krizi ve ateroskleroz için risk

oluşturur. Kadınlar, reproduktif dönemde östrojen hormonunun olumlu etkileri sayesinde kardiyovasküler problemlerden korunurlar. Klimakterik dönemdeki kadınlarda kalp krizi ve damar sertliği görülme riskinde %60 artış gözlenir. Koroner kalp hastalığı insidansında kadınlar erkeklere oranla 10 yıl geriden gelirler. İnsidanslarda eşitlenme 70 yaş sonrasında gerçekleşmektedir (Tortumluoğlu ve Erci, 2004; Woods ve Mitchell, 2005; Gezer ve ark., 2006; Yücesoy ve Çakıroğlu, 2007).

Ciltte Bozulma

Östrojen düzeyindeki azalmayla birlikte deri yaşlanması hızlanır, elastikiyetini kaybeder ve kurur. Deride meydana gelen bu değişiklikler derinin kırılganlaşmasına, incelmeye, yağında ve nem oranında azalmasına, tırnakların kolay kırılmasına neden olur. Dış görünümde meydana gelen bu değişiklikler bazı kadınlarda orta yaş stresine sebep olabilir (Kaymak ve Tırnaksız, 2006; Taşkın, 2016). Östrojen miktarındaki azalma ve adrenokortikal aktivasyonundaki artma ile çenede, dudak üstünde, göğüs ve karında kalın tüylerin çıkmasına eğilim artarken; saçlarda, koltuk altında ve pubis kıllarında seyrekleşmeler gözlenir (Erdem, 2006).

Postmenopozal hormon replasman tedavisi ile deri kalınlığında %10-20 artış ve deri kuruluğunda azalma olmuştur (Ertüngealp ve Seyisoğlu, 2000).

Ciltteki değişikliklerle başatma yolları: Güneşten korunmak, günde en az 8 bardak su içmek, A, B, C ve E vitamini ağırlıklı beslenmek, yağlı kremlerle cilt bakımı yapmak, sigaradan uzak durmak, ılık su ile banyo yapmak, sık sık nemlendirici krem kullanmak, sabun yerine nemlendirici temizleyiciler kullanmak, pamuklu giysiler tercih etmek, ciltlerini düzenli kontrol etmek ve benlerdeki herhangi bir değişimi haber vermek şeklinde sıralanabilir (Erdem, 2006).

2.1.3. Menopozal Dönemde Tedavi

Geçmişte çok önemsenmeyen menopozal dönem günümüzde önemsenen, irdelenen, üzerinde durulan bir dönem olmuştur. Menopoz döneminde yapılan sağlık planlanmasının ilk basamağında durum saptaması yer alırken, herhangi bir patolojik durum varsa bunu ortaya çıkarmak için sağlık öyküsü, fizik muayene ve laboratuvar testleri gibi temel işlemleride yapmak gerekmektedir. Kendisinde veya ailesinde mevcut olan akut/kronik hastalıklara ilişkin bilgi toplanır. Gün geçtikçe gelişen tıbbi ve alternatif yöntemler ile uzayan yaşam süresi, kadınların menopoz döneminde

geçirecekleri yaşam süresini uzatmaktadır. Dolayısıyla kadınların bu dönemde yaşadıkları yakınmalarla geçirecekleri süre de uzamaktadır. Kadınlar menopozal semptomların yol açtığı yakınmalarla baş etmek ve bu dönemi daha rahat geçirebilmek için farklı tedavi yöntemleri ararlar. Bazı kadınlar, hormon replasman tedavisi (HRT)'ni tercih ederken, bazıları alternatif tedavi yöntemlere yönelir, bazıları da hem alternatif tedaviyi hem de HRT'yi tercih ederler, bazı kadınlar ise hiçbir şey yapmadan bu dönemi geçirirler (NCAM, 2005).

2.1.3.1. Hormon Replasman Tedavisi

Menopozal semptomlar nedeni ile kadınlara yaşadıkları sıkıntıları azaltmaya yönelik HRT kullanımı önerilmektedir (Güngör, 2003; Erdem, 2006). HRT'nin faydalarını içeren kanıtlar olmasına rağmen hala cevaplanmamış sorular ve riskleri vardır. Yapılan çok sayıda gözlemsel çalışma sonuçları, HRT'nin meme kanseri, myokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalık ve tromboembolik hastalık riskinde artışa yol açtığı ile ilgili bulgular ileri sürmüştür (Grady ve ark., 2002). Yine son yıllarda yapılan bir çalışmada, sağlıklı postmenopozal kadınlarda HRT'nin etkileri incelenmiş, ortaya çıkan sağlık riskleri nedeniyle 5 yılın sonunda çalışmanın durdurulan östrojen/progesteron kullanımında kardiyovasküler olay riskinde artış olduğu gözlenmiştir. Böylece hormon replasmanının kardiyovasküler hastalıklardan primer korunma amaçlı kullanılmaması gerektiği ortaya konmuştur. Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü, çalışmanın devam etmekte olan "sadece östrojen" kullanımında, kadınlarda felç riskini artırdığı için kullanımı durdurulmuştur (Nanette, 2005; Erdem, 2006).

Hormon tedavisinin kesin kullanılmaması gereken durumlar (Taşkın, 2016):

- Aktif tromboflebit
- Teşhis edilmemiş anormal uterus kanamaları
- Bilinen veya şüphelenilen meme ve uterus kanseri
- Akut karaciğer veya serebrovasküler hastalık
- Kombine risk faktörleri: varis, hipertansiyon, şişmanlık, aşırı sigara içme gibi durumlardır.

2.1.3.2. Menopozal Dönemde Kullanılan Alternatif Yöntemler

Alternatif tıp, geleneksel ve günümüz batı tıbbının her ikisinin de dışında kalan geniş yelpazedeki şifa uygulamalarını içermektedir. Alternatif tıp, günümüz batı tıbbıyla birlikte, onun etkisini azaltmadan, hastanın durumunu iyileştirmek üzere kullanılmaktadır. Alternatif tıp klasik tıbbı reddetmeden, klasik tıbbın sonuç bulamadığı durumlarda devreye girerek, kişinin daha hızlı bir şekilde iyileşmesini sağlayan olumlu bir etkisinin olduğu belirtilmektedir (NCAM, 2005).

Bitkisel Kaynaklı Hormonlar

Birçok kadın, menopozal yakınmalardan kurtulmak için çeşitli bitkisel kaynaklı ilaçlara başvurmak istemiştir (Morelli ve Naquin, 2002). Fakat bu bitkisel kaynaklı ilaçların sıcak basma olayını önlemede plasebo kontrollü randomize çalışmalarla etkinliği tam olarak gösterilememiştir (Erdem, 2006).

Bitkisel Kaynaklı Destekler: Fito Östrojenler, Black Cohosh, Dong Quai, Akşam Çuha Çiçeğidir.

Bitkisel Östrojenler (Fitoöstrojenler)

Yapısal ve fonksiyonel olarak östradiol içeren veya benzer östrojenik aktiviteye sahip bitki bileşenleridir. İsoflavon ve lignan en önemli fitoöstrojenlerdir. İsoflavonlar, soya, nohut gibi baklagillerde ve kırmızı yoncada, lignanlar ise yağlı tohumlarda yüksek konsantrasyonlarda bulunurlar (NCAM 2005).

Soya ve soya ürünleri yüksek konsantrasyonlarda fitoöstrojen (isoflavon, flavon) içermesi nedeniyle menopoz semptomlarının hafifletilmesinde kullanılır. Soya, soya fasülyesinden doğal şekilde yararlanıldığı gibi; soya filizi, soya sütü, soya eti, soya yağı, soya unu, soya kepeği, soya sosu olarak da tüketilmektedir (ACOG, 2001; Erdem, 2006).

Asyalı kadınlar beslenme alışkanlıkları gereği soyayı çok tüketmektedir, böylece hafif ve orta dereceli olan sıcak basmalarında %50-60 oranında azalma olduğu bildirilmektedir. Plasebo kontrollü yapılan son çalışmalarda günlük 60 gr soya proteini alan kadınların %45'inde sıcak basmalarının önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır (Tortumluoğlu, 2003; Erdem, 2006).

Kara Yılan Otu (Black Cohosh)

Karayılan otu bitkisinin gövdesi ya da kökleri kapsül, hapların içindeki katı bitki özü, sıvı bitki özü ve çay şeklinde taze ya da kuru olarak kullanılmaktadır. Günde 1-2 adet yemeklerden önce ya da sonra alınması önerilmektedir. Karayılan otunun mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, bütün çalışmalar karayılan otunun menopozal semptomları büyük ölçüde düzelttiğini göstermektedir (NCAM 2005).

Menopozal dönemdeki 80 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada östrojene karşı karayılan otunun etkisine bakılmıştır. On iki hafta boyunca kara yılan otunu kullanan kadınların, vazomotor semptomlarında ve vajinal epitelyumlarında düzelmeler olduğu saptanmıştır. Karayılan otunu kullanan grubun vazomotor semptomlarındaki azalmanın, plasebo ve östrojen kullanan gruba göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Morelli ve Naqun, 2002).

Melek Otu (Dong Quai)

Araştırma sonuçları melek otunun vazomotor sıkıntıları azaltmada çok kullanışlı olmayacağını bildirmektedir. Bu bitkinin vazodilatör ve antispazmotik etkisi vardır. Melek otu diğer bitkilerle beraber kullanılırsa etkisinin arttığı bildirilmiştir. Çin'de bu bitki tek başına değil, başka türdeki bitkilerle birlikte kullanılmaktadır. Ot karışımları ile birlikte karıştırılmalıdır. Randomize çift körlü gerçekleştirilen çalışmada bu kökü kullanan gruptaki kadınların yakınmaları %25-30 azalmıştır. Bugün bu bitkinin tek başına kullanıldığı çalışmalarda, vazomotor semptomlara, plasebodan daha fazla etki etmediği belirtilmektedir (Erdem, 2006; Şen ve Sevil, 2008).

Akşam Çuha Çiçeği (Evening Primrose)

Akşam yıldızı olarak da bilinen akşam çuha çiçeği gamelonik asit içeren çiçek tohumlarını üretir, prostaglandin E1 prekürsörüdür ve vazomotor semptomları rahatlattığı düşünülmektedir. Yeşil renkli çiçek zarfı çıkarılıp atılır. Çiçekler gölgede kurutulur. Kurumuş çiçeklerden iki tatlı kaşığı alınıp üzerine bir bardak kaynar su dökülerek ve 15-20 dakika demlendirilerek bir karışım hazırlanır. Bu karışımdan günde iki-üç kez birer bardak içilir (ACOG, 2001). Menopoz semptomlarının görüldüğü 45-67 yaş arasındaki 56 kadınla yapılan randomize çift kör çalışmada

çuha çiçeği yağı verilen kadınların vazomotor yakınmlarındaki azalma, plasebo grubu ile aynı bulunmuştur (Erdem, 2006).

Çuha çiçeğinin yan etkilere ve ilaç etkileşimlerine neden olan antikoagülan maddeler içerdiği belirtilmektedir. Bu nedenle, menopozal semptomları rahatlatmada kadınlara tavsiye edilmemektedir (ACOG, 2001).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları menopozal yakınmaları iyileştirmek için, yararsız düşünce kalıplarını azaltmaya yönelik stratejiler geliştiren bir yöntemdir. Yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı terapii programı alan kadınların %80'inden fazlası bu programın ihtiyaçlarının “tümünü” veya “çoğunu” karşıladığını ifade ederek, deneyimlerden memnun kaldıklarını belirtmişlerdir (Fedorkow ve ark., 2017).

Vitamin E

E vitamini vazomotor yakınmaları ve halsizliği önlediğinden besinlerle birlikte tablet şeklinde alınması önerilir. Vitamin E'nin meme kanseri riskini azalttığı da bildirilmiştir (Ziaei ve ark., 2007).

Topikal Progesteron

Soya fasulyesi ve yabani tatlı patatesten elde edilen bu krem endojen progesterona eşdeğerdir. Üretici firmaların çok sayıda progesteronlu kremi diyete ek olarak tavsiye etmektedir. ABD ve Kanada'da sıcak basması iyileşmesinde reçetesiz progesteronlu krem kullanımı gittikçe artmaktadır (The North American Menopause Society Menopause, 2011).

Akupunktur

“Acus” iğne ve “punctura” batırma kelimelerinden meydana gelerek, "iğne batırma ile yapılan tedavi" demektir. Akupunktur tedavisi, bedende derinin hemen altından geçen on dört ayrı enerji kanalı ve bu kanallar üzerinde bulunan direnç noktalarının ilintili bulunduğu organlar arasındaki ilişkileri temel alır (Molassiotis ve ark., 2005).

Yapılan çok merkezli randomize çalışmada akupunktur ile sıcak basmalarında ve menopozla ilişkili semptomlarda azalma sağlandığı görülmüştür. Etki süresi uzun,

uygulanması kolay yan etkisinin az olması gibi olumlu durumların dışında maliyetin fazla olması, tedaviye cevabın uzun zaman alması ve bundan dolayı tedavinin tamamlanması gibi olumsuz durumları da mevcuttur (Kim ve ark., 2010).

Gevşeme Teknikleri

Stresle basa çıkmada gevşeme teknikleri diğer bir alternatif tedavi yöntemidir. Stres, trombosit agregasyonunda, epinefrin düzeyinde, vitamin ve mineral tüketiminde, kolesterol düzeyinde artmaya neden olabilmektedir. Bu sebeple sıcak basması şeklindeki semptomları önlemede sempatik aktivasyonu azaltan gevşeme teknikleri yararlı olabilir. Gevşeme tekniklerinin içinde derin nefes alıp verme en basitidir. Gevşeme teknikleri kolay aynı zamanda kullanışlıdır. Olumsuz etkisi yoktur. Birey gevşeme teknikleri ile vücudundaki gerginlikleri fark ederek vücudunun gergin parçalarını gevşetmeyi ve rahatlamayı kontrol ederek öğrenebilmektedir. Birey bu teknikleri öğrendikten sonra kendi kendisine uygulayabilir. Yapılan çalışmalarda, diyafragmatik solunum teknikleri ile benzer gevşeme cevaplarının alınabileceği, anksiyete, depresyon, kan basıncı artışı ve sıcaklık basmasının şiddetinin ve sıklığının azaltılabileceği gösterilmiştir (NCAM, 2005).

Yoga

Yoga, bireyin kendi potansiyel enerjisini açığa çıkararak, bu enerjiyi ruhsal ve bedensel uyum için kullanmasını sağlar. Bireyin farkındalığını artırır. Yoga eğitiminin, postmenopozal dönemdeki osteoporozlu kadınlarda statik denge, fiziksel ve sosyal işlevler, genel sağlık algılaması gibi durumlarda olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir. Osteoporozlu bireylerin rehabilitasyonunda yoga eğitiminin klasik egzersiz programlarına alternatif gösterilebilecek bir modalite olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılan çalışmalarda bireylerde stres, kalp hızı ve kan basıncında olan azalma yoganın sağlığı olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Tüzün ve ark., 2004).

2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri yaşam için ihtiyaç duyulan rutin ve günlük aktiviteler olarak tanımlanan bir kavramdır. Hemşirelik uygulamalarının temel öğeleri koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonları ile günlük yaşam aktiviteleri bağlantılıdır (Murphy ve ark., 2000).

Roper, Logan ve Tierney'e göre hemşirelik algısı mevcut hastalığın tedavisinden daha çok, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yaşanan sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesidir. Nancy Roper, Allison Tierney, Winifred Logan 1970'lerde, hemşirelik hizmetlerinin sistematik sunumu ve insani bütüncül yaklaşım ile ele almada yardımcı olacak, akılcı bir araç ya da yöntem olarak kullanılabilen olan Günlük Yaşam Aktiviteleri Modelini ortaya koymuşlardır (Murphy ve ark., 2000; McCrae 2012). Literatüre (Rendall ve ark., 2008; Holloway, 2011) dayalı olarak hazırlanan bu modele göre GYA şunlardır:

- Çalışma ve hareket (ev, ev dışında ve iş yaşamında)
- Sosyal aktiviteler (aile geçirilen zaman, arkadaş toplantıları, eğlence vb.)
- Boş zaman aktiviteleri (dinlenme, televizyon, kitap okuma, hobiler vb.)
- Uyku (uykuya dalmada güçlük, uyuyamama)
- Ruhsal durum (huzursuzluk, keyifsizlik hali, sinirlilik ve gerginlik)
- Konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk
- Kişilerarası iletişim
- Cinsellik (cinsel istekte ve cinsel ilişkide değişiklik)
- Yeme-içme (iştahsızlık, aşırı yeme, kilo alma, ya da verme gibi)
- Boşaltım (idrar sorunları, idrar yapmada güçlük, sık idrara çıkma, kabızlık)
- Yaşamdan zevk alma
- Genel yaşam kalitesi (Gözüyeşil ve Başer, 2016).

2.2.1. Menopoza Özgü Semptomların Günlük Yaşam Aktifelerine Etkisi

Klimakteriumda over fonksiyonlarının bozulmasıyla birlikte östrojen eksikliğine bağlı olarak kadınlarda değişik semptomlar görülebilir. Menopozdaki kadınların %70-80'inde bu durum görülmektedir. Bu semptomlar bazı kadınlarda hafif değişiklikler olarak görülürken, bazı kadınlarda ise daha belirgindir. (Limmouzin ve ark., 1994; Atasü ve Şahmay, 2001; Cohen ve ark., 2003; Thunell ve ark., 2004).

Premenopoz ve postmenopoz dönemdeki hormonal değişiklikler vücutta çeşitli merkezleri etkilemektedir ve bu etkiler kadınların günlük yaşam aktivitelerinde çeşitli değişikliklere yol açmaktadır. Merkezi sinir sisteminin etkilenmesi ile duygu durum bozuklukları, ruh hali değişiklikleri görülmektedir (Özcan ve Oksay, 2013). Östrojen

eksikliğine bağlı seratonin metabolizmasındaki azalma kadınlarda uykuya dalmakta güçlük ve uykusuzluk yaşamalarına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, klimakteriyum dönemdeki kadınların %91'inde irritabilite, sinirlilik, %86'sında depresyon, %82'sinde konsantrasyon kaybı, %81'inde kişilik değişikliği, %77'sinde uyku bozukluğu, %77'sinde motivasyon yokluğu, %75'inde hafıza kusuru, %37'sinde sıcak basması, %19'unda baş ağrısı ve %18'inde aşırı terlemenin olduğu bildirilmiştir (Simon ve Reape, 2009).

45 yaşından sonra birçok kadında osteoporoz görülebilmektedir. Menopozda kas-iskelet sistemine ait bulgular kas ağrısı, eklem ağrısı, kemik kırıkları, vücut hacminde azalma, hareket esnekliğinde ve tüm motor hareketlerde azalma şeklinde görülmektedir. Menopozla birlikte östrojen yetmezliğine bağlı metabolik hız yavaşlar ve kilo artışı gözlenir ve yeme-içme aktivitesi etkilenir. (Taşkın, 2016). Menopoz semptomları günlük yaşam aktivitelerinde çok dille getirilmediği için gözden kaçan kadın cinsel yaşamında olumsuz yönde etkilemektedir (Bayam ve ark., 2007). Menopoz semptomlarının şiddeti arttıkça kadınlar üzerine etkileri ile birlikte günlük yaşam aktivitelerine etkileri olumsuz bir şekilde artışı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Strauss, 2011; Vivian-Taylor ve Hickey, 2014). Williams ve arkadaşları (2009)'nın Amerika Birleşik Devletlerinde 40-65 yaş postmenopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada, menopoz semptomlarının en fazla etkilediği günlük yaşam aktivitelerinin, uyku (%82) genel yaşam kalitesi (69.3), konsantrasyon (%69), duygu durumu (%68.6), toplam enerji seviyesi (% 63.3) ve cinsel aktivite (%40.9) olduğu belirtilmektedir.

Rahman ve arkadaşları (2010)'nın Bangladeşte menopoz dönemindeki kadınlarda menopozal semptomların etkilerini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, en fazla yaşanan sorun yorgunluk hissi (%92.9) iken, Malezya'da kadınların menopoz semptomlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada bu dönemde görülen sorunlar sırasıyla; eklem ve kas ağrıları (%80.1), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%67.1), uyku problemleri %52.2), sıcak basması ve terleme (%41.6) olarak bulunmuştur (Rahman ve ark., 2010; Rahman ve ark, 2011).

2.3. Menopozal Dönemde Hemşirelik ve Bakım

Menopoz döneminde görülen menopoz semptomlarının yol açtığı fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunlarla başa çıkabilmek için bu sorunların erken teşhisine ve

iyileştirilmesine yönelik sunulan eğitim ve danışmanlık hizmeti kadınların bilinçlenmesine yardımcı olacaktır. Eğitimcilerin amaca yönelik sunduğu bilgiler, meteryaller, olumlu tutum ve davranışlar ile kendini daha net ve güvende hisseden bireyin sorunlarını daha rahat anlatması ve yaşadığı sorunlarla baş etmesi kolaylaştırabilir (Aygın ve Aslan, 2005; International Menopause Society 2009). Hemşirelik kuramlarının birçoğunda karşılaştığımız “Temel İnsan Gereksinimleri” kapsamında menopozal kadınların gereksinimlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Tortumluoğlu ve Erci, 2004; Şahin 2007):

- Uygun beslenmenin devamlılığı
- Yeterli uyku ve dinlenme
- Uygun fiziksel aktivite
- Düzenli cinsel yaşam
- Vazomotor değişikliklerle baş etme
- Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi
- Sosyal destek
- HRT danışmanlığı

Beslenme

Menopozda östrojen yetmezliğine bağlı olarak metabolik hızın yavaşlaması kilo alma eğilimini artırır. Kolesterol düzeyinde artışı meydana getirir. Meydana gelebilecek bu durumların önüne geçmek için karbonhidratlı ve yağlı besinlerden uzak durup, yemekte zeytinyağı tercih edilmelidir. Vücut direncinin arttırılmasında meyve ve sebze ağırlıklı besin tüketimi önemlidir.

Östrojen yetersizliği sonucu bozulacak olan kalsiyum metabolizması nedeniyle diyetle vitamin D ve kalsiyum içeren besinlere ihtiyaç vardır (Günlük doz 1500 mg). Kalsiyum kaynakları, balık, ıspanak, susam, koyu yeşil yapraklı sebzeler ve karnıbahardır. Aynı zamanda ıspanakta, yer fıstığında, çiçek yağında, soya fasulyesinde, buğdayda bulunan E vitamini sıcak basmalarını ve halsizliği önler (Taşkın, 2016).

Beslenme ve yaşam tarzı kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz, obezite gibi durumlarda en önemli değiştirilebilir risk faktörlerindedir. Bu nedenle postmenopozal dönemde dikkat edilecekler; sedanter yaşamdan uzak kalmak, günlük

alınan kalori miktarını en alt seviyede tutmak, bozulan metabolizma ile ihtiyaç duyulan besinlerin tüketiminin arttırmak, menopozal yakınmaları azaltan besin tüketiminin arttırılmak şeklinde sıralanabilir (Güçlü ve İmamoğlu, 2007).

Uygun Fiziksel Aktivite

Kadınlarda menopoz ve reprodüktif yaşlanmayla beraber anatomik, fizyolojik, psikolojik değişiklikler ve özellikle östrojen seviyesinin azalması, menopozal semptomlar, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz, kırıklar, ruhsal ve bilişsel bozuklukların insidansının artmasına neden olur. Aaerobik, dirençli, germe, darbeli ve yük bindiren, denge ve propriosepsiyon gibi egzersizlerin, kas ve kemik kuvvetini, postürü, dengeyi, koordinasyonu geliştirerek osteoporoz ve kırıkların önlenmesi ve yönetiminde aynı zamanda kadınların yaşam kalitesinin arttırılmasında yararlı etkileri olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Demirtaş, 2017).

Günlük 30-60 dk yürüme, merdiven çıkma ve yüzme kemik kaybını geciktirir. Düzenli egzersiz programları ile sadece kemik kütleinin artması değil, sık düşme ve kırık riski olayının azalması da olasıdır. Omurga ekstansör kaslarının güçlendirilmesi, postürün düzelmesi amacı ile egzersizler yanında rekreasyon faaliyetleri önerilir (Atasü ve Şahmay, 2001).

Elavsky ve Mcauley (2005)'in çalışmasında, fazla fiziksel aktivite sarfeden menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptom şiddetinin daha az algılandığını ve psikolojik iyi oluşu arttırdığını bulmuştur. Mirzaiinmabadi ve ark. (2006), egzersizin anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere somatik ve psikolojik belirtilerin giderilmesinde etkili olduğunu göstermiştir.

Menopozda üreme organları çevresindeki kasların tonüsünde azalma gözlenir. Düzenli yapılan kegel egzersizleri ile uterus prolapsusu ve stres inkontinansı önlenir. Pelvik taban kas egzersizleri olan kegel egzersizleri pelvik kas tonüsünü güçlendirir. Ancak egzersizlere devamlılık sağlanmadığında şikayetler geri dönmektedir.

Kegel egzersizlerinin uygulanışı;

Yavaş: Pubokoksikal kaslar sıkılır ve gevşetilir.

Hızlı: Kaslar mümkün olduğunca hızlı olarak sıkılır ve gevşetilir.

İçe çekme-dışa itme: Vajinada var olduğu düşünülen suyu yukarı doğru emer gibi pelvik taban sıkılarak yukarı çekilir, sonra bu suyu itmeye çalışır gibi aşağı

doğru ıkınılır. Egzersiz günde 6 kere her biri 15 sn den 15 tekrar halinde yapılmalıdır. Bu kasılma hareketleri otururken, yatarken, ayaktaiken uygulanabilir (Taşkın, 2016).

Cinsel Yaşam

Menopoz kadınlarda, olumsuz vücut imajı ve kadınlık fonksiyonlarının sona ereceği gibi kaygılar yaşanmasına neden olabilmektedir. Cinsel yaşam menopozla birlikte sona ermez. Cinsel çekiciliğini kaybettiğini düşünen kadının cinselliğe olan ilgiside kaybolur. Yaşam süresinin artması ve kadının hayatının üçte birlik kısmını menopoz döneminde geçireceği düşünöldüğünde klimakterik dönemde yaşanan cinsel sıkıntılarını belirlenerek uygun yaklaşım ve tedavi ile kadın yaşam kalitesinin yükseltilmesi çok önemlidir (Liu ve ark., 2015).

Arslan ve Altınsoy (2004) haftada 3-4 kez cinsel ilişki sıklığı olan kadınlarda, menopoz öncesi %42.4'den menopoz sonrası %5.2'ye, ön sevişmenin ise %69.4'den %24.5'e düştüğünü ve bu veriler arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır. Ayrıca, kadınlarda vajinal kuruluk, cinsel ilgide azalma, ağrılı cinsel ilişki ve orgazm olmada azalma gibi birçok cinsel sorun olduğu bildirilmektedir. Menopoz dönem kadınlarını cinsel hayatla ilgili birçok sorun yaşamalarına rağmen sağlık kuruluşlarına bu sorunlardan dolayı başvuran kadın sayısı çok azdır (Altınsoy, 2002; Doğan, 2004). Altınsoy (2002), cinsel sorunlardan dolayı yapılan başvuru oranının %24 olduğu bildirmiştir. Doğan (2004), gerginlik, unutkanlık, iç sıkıntısı, aşırı ve çabuk sinirlenme (%72.7), ateş basması ve terleme (%70), menstrual düzensizlikler (%69.3), kemik ve eklem ağrısı (%18.7) gibi sorunlar nedeniyle menopoz dönemindeki kadınların hastaneye başvurduğunu bulmuştur.

Kömürcü ve İşbilen'in (2011) çalışmasında, menopozun cinselliği olumsuz yönde etkilendiğini düşünenlerin oranı %71.1'dir. Menopozu beden bütönlüğünün bozulması ve cinselliğin kaybı olarak algıyan kadınların oranı %20 olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmada postmenopoz dönemdeki kadınlarda büyükannelik rolünün cinselliği dile getirmede uygun olmayacağı yargılanacağı endişesine yol açtığı gözlenmiştir.

Erdem (2006) yapmış olduğu çalışmasında kadınların %36.5'inin disparoniye bağlı cinsel isteksizlik yaşadığını ve bunların %63.2'sinin sorunun çözümü için

herhengi bir şey yapmadığını, %26.3'ünün ise bu sorunu eşiyile birlikte olmayarak çözmeye çalıştığını bildirmiştir. Yücel (2006), postmenopozal kadınların cinsel yaşamında yaşadığı sorunların cinsel ilişkide ağrı, kanama, vajinal kuruluk ve ilişki sırasında yanma gibi sorunlar olduğunu ve bu sorunları %87.4 oranında yaşadıklarını bildirmiştir. Ayrıca kadınların neredeyse tamamının bu yaşadıkları sorunlar için hiçbirşey yapmadıklarını saptamıştır.

Menopozal kadınların eğitiminde hastanelerde ve toplum sağlığında çalışan hemşireler tarafından aşağıdaki noktalar vurgulanmalıdır (Tortumluoğlu, 2004):

- Menopoz dönemi normal bir süreçtir.
- Sigara ve alkol kullanılmamalıdır.
- Yeterli ve dengeli beslenme sağlanmalıdır.
- Kendi kendine meme muayenesi yapılmalıdır.
- Yeterli uyku ve dinlenme sağlanmalıdır.
- Uygun fiziksel aktivite sağlanmalıdır.
- Düzenli seksüel yaşam sürdürülmelidir.
- Sosyal aktivitelere katılım sağlanıp, gerilim azaltılarak anksiyetenin giderilmesine yardımcı olunmalıdır.
- Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi için her yıl sağlık kontrolü gereklidir.
Menopozdaki kadın için hemşirenin genel hedefleri şöyle olmalıdır:
- Menopoz ile ilgili fiziksel ve emosyonel değişiklikleri anlayabilecek,
- Menopoza ilişkin belirtiler günlük yaşamı etkilemeyecek,
- Osteoporoz gelişmeyecek veya minimal düzeyde etkilenecek,
- Kadın ve ailesi klimakterik olaylarla baş edebilecek,
- Kadın ve ailesi klimakteriumu, gelişimsel yaşam dönemlerinden biri olarak görebilecek,
- Kadın sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilecek (Taşkın, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sağlık Bakanlığı-Samsun Gazi Devlet Hastanesi polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmanın evrenini Sağlık Bakanlığı-Samsun Gazi Devlet Hastanesi polikliniklerine araştırmanın yapıldığı tarihlerde başvuran kadınlar oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Örnekleme ise, tam sayım tekniği kullanılarak araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun kadınlar alınmıştır. Örneklem büyüklüğü bilinmeyen evren formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Yurdakul (2007)'un yaptığı çalışmada kadınlarda menopoz semptomları görülme sıklığı %55 olarak belirlenmiştir. Bu görülüş sıklığına göre örneklem hesapladığında **381** kadının çalışma kapsamına alınması gerektiği bulunmuştur.

Hedef kitledeki birey sayısı bilinmediğinden örneklem büyüklüğünü belirlemek için aşağıdaki formül kullanılarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir.

$$n = t^2 p / d^2$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.55)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.45)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t Tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)

n: 1.96²x0.55x 0.45 /(0.05)²=380.93=381 kadın çalışma kapsamına alınmıştır.

3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Evli olan,
- 40-64 yaşları arasında olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Eşi ile birlikte yaşayan,
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan,
- Gebe olmayan,
- Sözel iletişim kurabilen
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar dahil edilecektir.

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Evli olmayan,
- 40- 64 yaş aralığında olmayan,
- Okur- yazar olmayan,
- Eşi ile birlikte yaşamayan,
- Bilinen mental bir rahatsızlığı olan,
- Gebe olan,
- Sözel iletişim kuramayan,
- Araştırmaya katılımı gönüllü olarak kabul etmeyen kadınlar oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Ek 2) ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi (Ek 3) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Yurdakul ve ark., 2007; Avcı, 2013; Özcan ve Oskay; 2013; Gözüyeşil ve Başer, 2016). Kişisel bilgi formunda sosyodemografik özellikleri ile ilgili olarak yaş, kilo, boy, eğitim durumu, eşin yaşı, eşin mesleği, aile tipi, ekonomik durumu, vücut kitle indeksi ve sigara kullanımı ile ilgili sorular mevcuttur. Obstetrik ve jinekolojik özellikler ile ilgili sorular; gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, menopoza girme şekli, hormon replasman tedavisi kullanımı,

menopoza girdi ise hangi yolla menopoza girdiği, kronik hastalıklarını, menopoz ile ilgili bilgi durumu ve jinekolojik problemler ile ilgilidir (Ek 1).

3.4.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)'nin orijinal adı Menopause Rating Scale'dır. Schneider, Heinemann ve arkadaşları (1992) tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir. Ölçek, 1996 yılında Schneider ve arkadaşları tarafından İngilizce'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerliliği yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gürkan (2005) tarafından yapılmıştır.

Menopozal yakınmaları içeren likert tipi ölçekte seçenekler 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli şeklindedir. Maddelerin herbirinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçekten hesaplanan en alt puan "0" iken en üst puan "44"dür. Menopozal semptomları kapsayan ölçek 11 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşur. Alt boyutlar, somatik şikayetler (1.,2.,3. ve 11. maddeler), psikolojik şikayetler (4.,5.,6. ve 7. maddeler), ürogenital şikayetler (8.,9. ve 10. maddeler) dir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ve bunun yanında yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir.

Ölçeğin özgün formunda, Chronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.84'dür. Alt grupların Chronbach alpha değeri somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72'dir (Gürkan, 2005), (Ek 2).

3.4.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi

Bu çalışmada Gözüyeşil ve Başer (2016)'in hazırladığı günlük yaşam aktiviteleri çizelgesi (GYAÇ) kullanılmıştır. Çizelgede yer alan maddeler şunlardır:

- Çalışma ve hareket (ev, ev dışında ve iş yaşamında)
- Sosyal aktiviteler (aile geçirilen zaman, arkadaş toplantıları, eğlence vb.)
- Boş zaman aktiviteleri (dinlenme, televizyon, kitap okuma, hobiler vb.)
- Uyku (uykuya dalmada güçlük, uyuyamama)
- Ruhsal durum (huzursuzluk, keyifsizlik hali, sinirlilik ve gerginlik)
- Konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk
- Kişilerarası iletişim

- Cinsellik (cinsel istekte ve cinsel ilişkide değişiklik)
- Yeme- içme (iştahsızlık, aşırı yeme, kilo alma, ya da verme gibi)
- Boşaltım (idrara sorunları, idrara yapmada güçlük, sık idrara çıkma, kabızlık)
- Yaşamdan zevk alma
- Genel yaşam kalitesi

GYAÇ, sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale dönüştürmek için kullanılan visual analog skala (VAS) ile birlikte kullanılmıştır. VAS uzun süreden beri tüm dünya literatüründe kabul edilmiş, kolay uygulanabilen, güvenli bir testtir. VAS'ın değerlendirilmesi elde edilen değerlerin ortalaması alınarak yapılmaktadır (Wewers and Lowe, 1990). GYAÇ'nde bu aktivitelere 0' dan 10'a kadar numaralar verilmiştir. Sıfır değeri menopozal semptomların günlük yaşam aktivitelerini engellemediğini, 10 değeri ise tamamen engellediğini göstermektedir (Gözüyeşil ve Başer, 2016). Menopozal semptomların bu aktivitelerden hangilerini ne düzeyde etkilediği ise sayılardan biri daire içine alınarak kadınların işaretlemeleri istenmiştir. VAS değerleri yükseldikçe, menopoz semptomlarının kadınların günlük yaşam aktivitelerini engellediğini göstermektedir (Ek 3).

3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun ön uygulaması, formun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla, alınacak örneklemin %10'u oranında 38 kadına yapılmıştır. Uygulama sonrası kişisel bilgi formundan gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamada doldurulan veri toplama formları çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Formunun Uygulaması

Çalışmanın verileri Ekim 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmış, kişisel bilgi formu ve MSDÖ ve GYAÇ kadınların kendileri tarafından tek oturumda doldurulmuştur. Kadınların soruları cevaplaması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.7. Değişkenler

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

- Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği puanı

- Günlük Yaşam Aktiviteleri izelgesi puan

3.7.2. Bağımsız değişkenler

- Sosyo-demografik zellikler
- Obstetrik zellikler
- Jinekolojik zellikler

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırma ile ilgili açıklamalar yapılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek 4). Bilgilendirilmiş onam formunda, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, verilen cevapların gizli tutulacağı, istediği zaman araştırmadan ayrılabilceği konusunda kadınlara bilgi verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin ve çizelgenin yazarlarından yazılı izin alınmıştır (Ek 5-6). Araştırmanın Samsun Gazi Devlet Hastanesi'nde yürütülebilmesi için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (25.10.2017 Tarihli ve E.6423 sayılı), (Ek 7). Araştırma uygulamaları için Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (09.11.2017 Tarihli ve 2017/133 sayılı) onay alınmıştır (Ek 8).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayarda istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için kadınlarn MSDÖ toplam puanları normallik testlerine tabi tutulmuştur. Huck (2012), verilerin normal dağılım gösterebilmeleri için arpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin -1 ile +1 arasında değerilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Buna göre, çalışmada MSDÖ'den elde edilen toplam puanların normallik şartını sağladığı belirlenmiştir (Skewness=.364, Kurtosis= -.423). Bu nedenle çalışmanın verilerinin değerlendirilmesinde parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri içeren tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Bağımsız grupta farklılıklar, Student t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) ile değerlendirilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için Sheffe ve Dunnett-C testi kullanılmıştır. Sürekli değerkenler ile MSDÖ ve GYA puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile yapılmıştır. Korelasyon katsayısının, mutlak değer olarak, 0.70-1.00

arasında olması “yüksek” 0.70-0.30 arasında olması “orta” 0.30-0.00 arasında olması ise “düşük” düzeyde bir ilişki olarak tanımlanmıştır (Büyüköztürk, 2003).

İstatistiksel önemlilik için 0.05 değeri sınır olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bu sınırlılıklardan birincisi, sadece Samsun ilinde, şehir merkezinde ve hastane tabanlı olarak gerçekleştirilmiş olmasıdır. İkinci sınırlılık, araştırmaya 40-64 yaş arasında olma, evli olma, eşi ile birlikte yaşıyor olma, ilkokul mezunu olma, gebe olmama, sözel iletişim kurabilme ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma özelliklerini taşıyan kadınların alınmasıdır. Üçüncü sınırlılık, kadınların yaşları nedeni ile form ve ölçeklerin doldurulmasında zorluklar yaşanmasıdır. Bu sınırlılıklardan dolayı araştırmanın sonuçları sadece araştırma yapılan kadınlara genellenebilir, tüm topluma genellenemez.

3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Çalışmanın ayaktan hasta muayene polikliniğinde yürütülmesi sebebiyle kadınların zamanının sınırlı oluşu ve veri toplama formlarını doldurulmaya zaman ayırmada isteksiz olmaları araştırmanın uygulanması sırasında karşılaşılan güçlüklerdendir.

4. BULGULAR

Kadınlarda menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları belirtilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamalarının 54.03 ± 6.10 (41-64 yaş), Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamalarının 26.75 (17.01-46.87), birlikte yaşadığı çocuk sayısı ortalamalarının 1.26 ± 0.95 (0-5) olduğu belirlenmiştir. Kadınların %46.7’sinin 50-59 yaş grubunda, %33.6’sının ilkokul mezunu, %46.2’sinin ev hanımı, %78.7’sinin çekirdek aileye sahip olduğu ve %61.9’unun “orta” düzeyde gelire sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların %33.6’sının eşlerinin ilkokul mezunu ve %37’sinin eşlerinin serbest meslek sahibi olduğu, kadınların %42.3’ünün birlikte yaşadığı çocuk sayısının “1 çocuk” olduğu ve %76.9’unun sigara içmediği bulunmuştur.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=381)

Kişisel Özellikler	Ortalama	Alt-Üst değer	SS
Yaş	54.03	41-64	6.10
BKI	26.75	17.01- 46.87	5.31
Birlikte Yaşayan Çocuk Sayısı Ortalaması	1.26	0-5	0.95
	n		%
Yaş grupları			
40-49 yaş	105		27.6
50-59 yaş	178		46.7
60 yaş ve üzeri	98		25.7
Eğitim Durumu			
İlkokul	128		33.6
Ortaokul	38		10.0
Lise	110		28.9
Üniversite ve üstü	105		27.5
Eşinin Eğitim Durumu			
İlkokul	128		33.6
Ortaokul	21		5.5
Lise	106		27.8
Üniversite ve üstü	126		33.1
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	176		46.2
Çalışıyor	142		37.3
Emekli	63		16.5
Eşinin Mesleği			
Memur	67		17.6
İşçi	39		10.2
Serbest Meslek	141		37.0
Emekli	134		35.2
Aile Tipi			
Çekirdek	300		78.7
Geniş	81		21.3
Aile Gelir Seviyesi			
Düşük	70		18.4
Orta	236		61.9
Yüksek	75		19.7
Birlikte Yaşanılan Çocuk Sayısı			
Yanında çocuk yok	81		21.3
1 çocuk	161		42.3
2 çocuk	107		28.0
3 ve üzeri çocuk	32		8.4
Sigara içme Durumu			
İçiyor	88		23.1
İçmiyor	293		76.9

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları gösterilmiştir. Kadınların gebelik ortalamasının 3.05±1.44 (0-9 gebelik), yaşıyan çocuk sayısı ortalamasının 2.65±1.22 (0-7 çocuk) olduğu belirlenmiştir. Kadınların %59.6’sının “3 ve üzeri” gebeliğinin olduğu, %48.3’ünün yaşıyan çocuk sayısının “3 ve üzeri” olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Ortalama	Alt-Üst Değer	SS
Gebelik Sayısı	3.05	0-9	1.44
Yaşıyan Çocuk Sayısı	2.65	0-7	1.22
	n		%
Gebelik sayısı (n=379)*			
1 gebelik	37		9.8
2 gebelik	116		30.6
3 gebelik ve üzeri	226		59.6
Yaşıyan çocuk sayısı (n=379)*			
1 çocuk	56		14.8
2 çocuk	140		36.9
3 ve üzeri çocuk	183		48.3

*Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden alınmıştır. SS: Standart sapma

Tablo 4.3’de araştırmaya katılan kadınların vücut ağırlık algılarının ve BKİ gruplarının dağılımları gösterilmiştir. Kadınların %59.3’ü kendini normal kiloda algıladığı bulunmuştur.

Tablo 4.3. Kadınların Vücut Ağırlık Algısı ve BKİ Gruplarına Göre Dağılımı (n=381)

Vücut Ağırlık Algısı	n	%
Zayıf	26	6.8
Normal	226	59.3
Fazla Kilolu	120	31.5
Aşırı Kilolu	9	2.4
BKİ grupları		
Normal (BKİ<25)	145	38.1
Kilolu (BKİ=25-30)	131	34.3
Şişman (BKİ>30)	105	27.6

Tablo 4.4’de araştırma kapsamındaki kadınların kronik hastalıkları, jinekolojik hastalıkları ve jinekolojik ameliyat olma durumlarına göre dağılımları belirtilmiştir. Kadınların %23.9’u kronik hastalık öyküsüne sahipken, %5’inde

jinekolojik hastalık öyküsünün olduğu ve %4.2'sinin jinekolojik ameliyat geçirdiği saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların Kronik Hastalık, Jinekolojik Hastalık ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre Dağılımı (n=381)

Kronik Hastalık Öyküsü	n	%
Olan	91	23.9
Olmayan	290	76.1
Jinekolojik Hastalık Öyküsü		
Olan	19	5.0
Olmayan	362	95.0
Jinekolojik Ameliyat Durumu		
Olan	16	4.2
Olmayan	365	95.8

Tablo 4.5'de araştırmaya katılan kadınların menopoz bilgisi, evresi, şekli ve hormon replasman tedavisi kullanımına göre dağılımları belirtilmiştir. Kadınların %47.5'inin menopoz hakkında bilgi almadığı, %67.5'inin bir yıldan uzun süredir adet görmediği, menopoza girenlerin %95.5'inin doğal yolla menopoza girdiği ve %77.1'inin HRT tedavisini hiç kullanmadığı belirtilmiştir.

Tablo 4.5. Kadınların Menopoz Bilgisi, Menopoz Evresi, Menopoz Şekli ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanımına Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Menopoza Yönelik Bilgi Alma Durumu (n=381)		
Menopoza girmeden önce bilgi alan	111	29.1
Menopoza girdikten sonra bilgi alan	89	23.4
Menopoz hakkında bilgi almayan	181	47.5
Menopoz Evresi (n=381)		
35-40 günden daha uzun sürede adet olan	38	10.0
Bir yıldır adet görmeyen	52	13.6
Bir yıldan daha uzun süredir adet görmeyen	257	67.5
Düzenli adet gören	34	8.9
Menopoz Şekli (n=314)*		
Doğal Yolla	300	95.5
Cerrahi Yolla	14	4.5
Hormon Replasman Tedavisi (n=314)*		
Almayan	242	77.1
Halen devam eden	18	5.7
Daha önce alan, şu anda almayan	54	17.2

*Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden alınmıştır

Tablo 4.6'da kadınların MSDÖ ortalama ve standart sapma puanları gösterilmiştir. Kadınların, uyku sorunları (1.77±1.12), sıcak basması ve terlemeler

(1.75±1.17), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (1.69±1.14), keyifsizlik (1.63±1.11) ve eklem ve kas ağrıları (1.66±1.13) menopoz semptomlarını, diğer semptomlara göre daha yoğun yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.6. Kadınların MSDÖ Puan Ortalamaları

MSDÖ maddeleri	İşaretlenebilecek Alt-üst değerler	İşaretlenen Alt-üst değerler	Ort±SS
1. Sıcak basması, terlemeler	0-4	0-4	1.75±1.17
2. Kalp rahatsızlıkları	0-4	0-4	1.08±1.04
3. Uyku sorunları	0-4	0-4	1.77±1.12
4. Keyifsizlik	0-4	0-4	1.63±1.11
5. Sinirlilik	0-4	0-4	1.46±1.17
6. Endişe/kaygı	0-4	0-4	1.29±1.23
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk	0-4	0-4	1.69±1.14
8. Cinsel sorunlar	0-4	0-4	1.21±1.09
9. İdrar sorunları	0-4	0-4	1.36±1.08
10. Vajinada kuruluk	0-4	0-4	1.15±1.10
11. Eklem, kas ağrıları	0-4	0-4	1.66±1.13

SS: Standart sapma

Tablo 4.7’de kadınların MSDÖ ve alt boyutlarının madde sayıları, alınabilecek alt ve üst değerleri, alınan ortalama, standart sapma değerleri ve Cronbach Alfa değerleri gösterilmiştir. Kadınların MSDÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile Cronbach alfa güvenirlik katsayılarının; “*somatik semptomlar*” alt boyutu için 6.28±3.74 ve 0.85; “*psikolojik semptomlar*” alt boyutu için 6.09±4.25 ve 0.93; “*ürogenital semptomlar*” alt boyutu için 3.72±3.08 ve 0.93; MSDÖ’nün tamamı için 16.11±10.34 ve 0.95 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Kadınların MSDÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayıları, Alınabilecek Alt-Üst Değerleri, Alınan Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Cronbach Alfa Değerleri

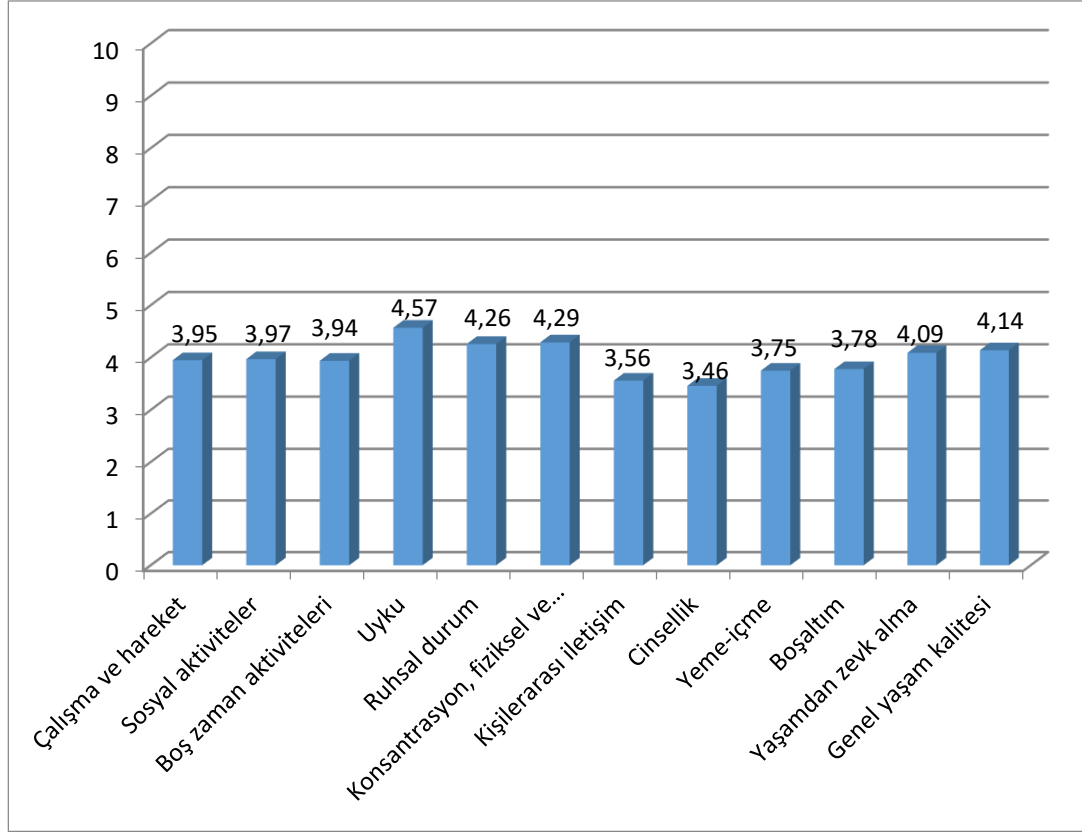
MSDÖ Alt Boyutları	Madde sayısı	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	İşaretlenen Alt-Üst Değerler	Ölçek Ort.±SS	Cronbah Alfa değeri
Somatik semptomlar	4	0-16	0-16	6.28±3.74	0.85
Psikolojik semptomlar	4	0-16	0-16	6.09±4.25	0.93
Ürogenital semptomlar	3	0-12	0-12	3.72±3.08	0.93
Toplam MSDÖ	11	0-44	0-44	16.11±10.34	0.95

Tablo 4.8’de kadınların yaşadığı menopozal semptomların şiddetine göre dağılımı sunulmuştur. Ölçekteki likert tipi puanlamaya verilen cevaplar yüzdeler olarak verilmiştir. Menopozal semptomları yaşama şiddeti “hafif”, “orta”, “şiddetli” ve “çok şiddetli” olma oranları birlikte ele alındığında; kadınların %83.5’inin sıcak basması ve terlemeler yaşadığı, %63.2’sinin kalp hastalıkları yaşadığı, %86’sının uyku sorunları yaşadığı, %83.8’inin keyifsizlik yaşadığı, %75.6’sının sinirlilik yaşadığı, %65.7’sinin endişe/kaygı yaşadığı, %82.4’ünün fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadığı, %70.1’inin cinsel sorunlar yaşadığı, %75.8’inin idrar sorunları yaşadığı, %66.3’ünün vajinada kuruluk yaşadığı, %55.4’ünün eklem, kas ağrıları yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Kadınların Yaşadığı Menopozal Semptomların Şiddetine Göre Dağılımı

MSDÖ Maddeleri	Hiç yok		Hafif		Orta		Şiddetli		Çok şiddetli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Sıcak basması, terlemeler	63	16.5	105	27.6	99	26.0	90	23.6	24	6.3
2.Kalp rahatsızlıkları	140	36.7	114	29.9	88	23.1	32	8.4	7	1.8
3.Uyku sorunları	53	13.9	100	26.2	140	36.7	54	14.2	34	8.9
4.Keyifsizlik	62	16.3	121	31.8	115	30.2	59	15.5	24	6.3
5.Sinirlilik	93	24.4	116	30.4	94	24.7	56	14.7	22	5.8
6.Endişe/kaygı	131	34.4	104	27.3	73	19.2	49	12.9	24	6.3
7.Fiziksel ve zihinsel yorgunluk	67	17.6	100	26.2	120	31.5	70	18.4	24	6.3
8.Cinsel sorunlar	114	29.9	134	35.2	89	23.4	26	6.8	18	4.7
9.İdrar sorunları	92	24.1	129	33.9	108	28.3	34	8.9	18	4.7
10.Vajinada kuruluk	128	33.6	127	33.3	85	22.3	21	5.5	20	5.2
11.Eklem, kas ağrıları	70	18.4	100	26.2	121	31.8	68	17.8	22	5.8

Şekil 4.1’de kadınların yaşadığı menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etki puanları gösterilmiştir. Kadınlardan yaşadığı menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerini ne düzeyde etkilediğini 0’dan 10’a kadar olan VAS üzerinde belirtmeleri sonucunda; en fazla etkilenen günlük yaşam aktivitelerinin “uyku” (4.57), konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk (4.29), ruhsal durum (4.26), genel yaşam kalitesi (4.14) ve yaşamdan zevk alma (4.09) olduğu belirlenmiştir.



Şekil 4.1. Kadınların Yaşadığı Menopoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etki Puanları

Tablo 4.9’da araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Yapılan çalışmada kadınların menopoz semptomlarının yaş ilerledikçe arttığı ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.000$). Yaş gruplarına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde 40-49 yaş arası (6.18 ± 9.20) kadınların, 60 yaş ve üzeri (24.30 ± 7.94) kadınlardan daha az şiddette menopoz semptomları yaşadığı bulunmuştur.

Kadının eğitim düzeyine göre MSDÖ puan ortalaması farkının istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.000$) belirlenmiş, farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ileri analizde, ilkökul mezunu (17.58 ± 9.20) olan kadınların, üniversite-lisansüstü mezunu olan (13.57 ± 11.15) kadınlardan daha şiddetli menopoz semptomları yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Çalışmada kadınların MSDÖ puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde farklı olduğunu göstermiştir ($p=0.000$). Farkların hangi gruplar

arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan ileri analizde, emeklilerin (16.11±7.04) ve ev hanımlarının (18.39±10.25), çalışanlardan (12.20±10.56) daha şiddetli menopoz semptomları yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Eşinin eğitim düzeyi “ilkokul mezunu” olan (18.17±9.50), eşlerin mesleği “emekli” olan (17.70±07.13), “geniş aile”de yaşayan (20.69±09.67), geliri “düşük” (20.00±11.15) ve “yüksek” (20.00±11.32) düzeyde olan kadınların diğer kadınlara göre MSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre MSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadının yaş grubu (**p=0.000**), eğitim durumu (**p=0.010**), çalışma durumu (**p=0.000**), eşin eğitim durumu (**p=0.035**), eşin mesleği (**p=0.007**), aile tipi (**p=0.000**) ve aile gelir seviyesine (**p=0.000**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Birlikte yaşanan çocuk sayısı “2 çocuk” olan (12.87±10.29) kadınlarda yanında hiç çocuk olmayan (19.02±8.04) ya da bir çocuğu olan (16.19±9.76) kadınlara göre daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (**p=0.000**). Sigara içen kadınların MSDÖ puan ortalamalarının (17.31±13.08), sigara içmeyen kadınların MSDÖ puan ortalamalarında (15.75±09.36) daha yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=381)

Sosyo-demografik Özellikler	n	MSDÖ Ort.±SS	Test ve p değeri*
Yaş Grubu			
40-49 yaş ^a	105	6.18±9.20	F=139.472
50-59 yaş ^b	178	17.40±8.60	p=0.000
60 yaş ve üzeri ^c	98	24.30±7.94	Fark a-b, a-c, b-c arasındadır
Eğitim Durumu*			
İlkokul ^a	128	17.58±09.20	F=3.840
Ortaokul ^b	38	18.65±10.61	p=0.010
Lise ^c	110	15.94±10.29	Fark a-d
Üniversite ve lisansüstü ^d	105	13.57±11.15	arasındadır
Çalışma Durumu			
Ev hanımı ^a	176	18.39±10.25	F=17.581
Çalışıyor ^b	142	12.20±10.56	p=0.000
Emekli ^c	63	16.11±07.04	Fark a-b, b-c arasındadır
Eşinin Eğitim Durumu			
İlkokul ^a	128	18.17±09.50	F=2.909
Ortaokul ^b	21	15.90±08.41	p=0.035
Lise ^c	106	15.63±09.75	Fark a-d
Üniversite ve lisansüstü ^d	126	14.45±11.53	arasındadır
Eşinin Mesleği			
Memur ^a	67	12.38±11.66	F=4.145
İşçi ^b	39	15.64±12.06	p=0.007
Serbest Meslek ^c	141	16.50±11.35	Fark a-d
Emekli ^d	134	17.70±07.13	arasındadır
Aile Tipi			
Çekirdek	300	14.87±10.18	t=-4.608
Geniş	81	20.69±09.67	p=0.000
Aile Gelir Seviyesi			
Düşük ^a	70	20.00±11.15	F=18.014
Orta ^b	236	13.72±08.99	p=0.000
Yüksek ^c	75	20.00±11.32	Fark a-b, b-c arasındadır.
Birlikte yaşanan çocuk sayısı (n=381)			
Yanında çocuk yok ^a	81	19.02±08.04	F=6.838
1 çocuk ^b	161	16.19±09.76	p=0.000
2 çocuk ^c	107	12.87±10.29	Fark a-c, b-c
3 çocuk ve üzeri ^d	32	19.12±14.87	arasındadır.
Sigara içme Durumu			
İçiyor	88	17.31±13.08	t=-1.046
İçmiyor	293	15.75±09.36	p=0.298

*Gruplararası fark Sheffe ve Dunnet C testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.10'da kadınların obstetrik özellikleri ve birlikte yaşanan çocuk sayısına göre MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmaya

katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre MSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, gebelik sayısı “3 ve üzeri” olan (18.46 ± 10.09) ve yaşayan çocuk sayısı “3 ve üzeri” olan (18.31 ± 9.86) kadınların, MSDÖ ortalama puanlarının diğer kadınların MSDÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve arasındaki farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler		MSDÖ Ort.±SS	Test ve p değeri*
Gebelik sayısı (n=379)			
1 gebelik ^a	37	09.86±09.31	F=17.586
2 gebelik ^b	116	13.50±09.82	p=0.000
3 gebelik ve üzeri ^c	226	18.46±10.09	Fark a-c, b-c arasındadır.
Yaşayan çocuk sayısı (n=379)			
1 çocuk ^a	56	12.23±09.93	F=9.664
2 çocuk ^b	140	14.76±10.56	p=0.000
3 çocuk ve üzeri ^c	183	18.31±09.86	Fark a-c, b-c arasındadır.

*Gruplararası fark Sheffe ve Dunnet C testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.11’de kadınların vücut ağırlık algısı, BKİ gruplarına göre MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasını gösteren analiz sonuçlarına göre vücut ağırlık algısı “aşırı kilolu” olan kadınların (21.33 ± 12.24) vücut ağırlık algısı “normal” olan (14.45 ± 10.62) kadınlara göre MSDÖ ortalama puanlarının yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p=0.007$). Aynı tabloda, BKİ’si “kilolu” olan kadınların MSDÖ puan ortalamalarının (14.78 ± 9.57), BKİ’si “şişman” olan kadınların (18.52 ± 8.86) MSDÖ puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.016$).

Tablo 4.11. Kadınların Vücut Ağırlık Algısı, BKİ Gruplarına Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=381)

	n	MSDÖ Ort.±SS	Test ve P Değeri*
Vücut Ağırlık Algısı			
Zayıf ^a	26	17.34±09.87	F=4.145
Normal ^b	226	14.45±10.62	p=0.007
Fazla Kilolu ^c	120	18.58±09.16	Fark b-c arasındadır
Aşırı Kilolu ^d	9	21.33±12.24	
BKİ grupları			
Normal (BKİ<25) ^a	145	15.56±11.68	F=4.203
Kilolu (BKİ=25-30) ^b	131	14.78±09.57	p=0.016
Şişman (BKİ>30) ^c	105	18.52±08.86	Fark b-c arasındadır

*Gruplararası fark Sheffe ve Dunnet C testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.12’de kadınların kronik hastalık, jinekolojik hastalık ve jinekolojik ameliyat olma durumuna göre MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre kronik hastalık öyküsü olan kadınların (20.75±08.60), kronik hastalık öyküsü olmayan (14.65±10.42) kadınlara göre MSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (**p=0.000**). Jinekolojik hastalık öyküsü olan kadınların (20.75±08.60) jinekolojik hastalık öyküsü olmayan (16.06±10.43) kadınlara göre; jinekolojik ameliyat öyküsü olan kadınların (18.87±10.81) jinekolojik ameliyat öyküsü olmayan kadınlara (15.99±10.31) göre MSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak farkların istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur (p>0.05)

Tablo 4.12. Kadınların Kronik Hastalık, Jinekolojik Hastalık ve Jinekolojik Ameliyat Olma Durumuna Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=381)

Özellikler	n	MSDÖ Ort.±SS	Test ve P Değeri
Kronik Hastalık Öyküsü			
Var	91	20.75±08.60	t=5.598
Yok	290	14.65±10.42	p=0.000
Jinekolojik Hastalık Öyküsü			
Evet	19	17.10±08.45	t=.429
Hayır	362	16.06±10.43	p=0.668
Jinekolojik Ameliyat Öyküsü			
Evet	16	18.87±10.81	t=1.092
Hayır	365	15.99±10.31	p=0.276

. Tablo 4.13'de araştırma kapsamına alınan kadınların menopoz bilgisi, menopoz evresi, menopoza geçiş şekli ve HRT kullanma durumuna göre MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasının sonuçları verilmiştir. Kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumuna göre MSDÖ puan ortalamaları farkının, istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (**p=0.002**).

Ayrıca, MSDÖ puan ortalamalarının bir yıldır adet görmeyen kadınlarda (12.88 ± 8.39), bir yıldan daha uzun süredir adet görmeyen kadınlara göre (9.93 ± 9.11) daha yüksek olduğu, istatistiksel olarak farkın önemli olduğu bulunmuştur (**p=0.000**), (Tablo 4.13).

Kadınların menopoza geçiş şekline göre MSDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p > 0.05$), (Tablo 4.13). Aynı tabloda, halen HRT alan kadınların MSDÖ puan ortalamalarının (22.22 ± 11.31), hiç HRT almamış (17.76 ± 9.09) ve daha önce HRT alan kadınlara (20.68 ± 10.12) göre yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (**p=0.028**).

Tablo 4.13. Kadınların Menopoz Bilgisi, Menopoz Evresi, Menopoz Şekli ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanımına Göre MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	MSDÖ Ort.±SS	Test ve P Değeri*
Menopoza Yönelik Bilgi Alma Durumu (n=381)			
Menopoza girmeden önce bilgi alan ^a	111	15.26±09.81	F=6.501
Menopoza girdikten sonra bilgi alan ^b	89	19.51±10.10	p=0.002
Menopoz hakkında bilgi almayan ^c	181	14.96±10.46	Fark a-b,b-c arasındadır
Menopoz Evresi (n=381)			
35günden daha uzun sürede adet olan ^a	38	6.23±05.53	F=63.404
Bir yıldır adet görmeyen ^b	52	12.88±08.39	p=0.000
Bir yıldan uzun süredir adet görmeyen ^c	257	9.93±09.11	Fark a-b, a-c,b c, b-d ve c-d Arasındadır.
Düzenli adet gören ^d	34	3.23±05.51	
Menopoz Şekli (n=314)			
Doğal yolla	300	18.53±09.47	t=.354
Cerrahi yolla	14	17.64±10.20	p=0.723
Hormon Replasman Tedavisi (HRT) (n=314)			
HRT almayan ^a	242	17.76±09.09	F=3.602
Halen HRT almaya devam eden ^b	18	22.22±11.31	p=0.028
Daha önce HRT alan ^c	54	20.68±10.12	Fark a-b arasındadır

*Gruplararası fark Sheffe ve Dunnet C testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.14'te MSDÖ ve somatik semptomlar, psikolojik semptomlar ve ürogenital semptomlar alt boyutları puan ortalamaları ile günlük yaşam aktiviteleri VAS puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, kadınların MSDÖ puan ortalaması ve günlük yaşam aktivitelerinden etkilenme puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çalışma ve hareket ($r=.822$), sosyal aktiviteler ($r=.812$), boş zaman aktiviteleri ($r=.822$), uyku ($r=.824$), ruhsal durum ($r=.885$), fiziksel ve zihinsel yorgunluk ($r=.869$), kişilerarası iletişim ($r=.800$), cinsellik ($r=.830$), yeme-içme ($r=.816$), boşaltım ($r=.776$), yaşamdan zevk alma ($r=.798$) ve genel yaşam kalitesi ($r=.798$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

MSDÖ'nin alt boyutlarından somatik semptomlar alt boyutları ile günlük yaşam aktivitelerinden etkilenme puan ortalamaları arasındaki ilişki

değerlendirildiğinde, çalışma ve hareket ($r=0.802$), sosyal aktiviteler ($r=0.766$), boş zaman aktiviteleri ($r=0.778$), uyku ($r=0.791$), ruhsal durum ($r=0.798$), fiziksel ve zihinsel yorgunluk ($r=0.825$), kişilerarası iletişim ($r=0.761$), cinsellik ($r=0.756$), yeme-içme ($r=0.743$), boşaltım ($r=0.705$), yaşamdan zevk alma ($r=0.753$) ve genel yaşam kalitesi ($r=0.751$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Psikolojik semptomlar alt boyutları ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çalışma ve hareket ($r=0.749$), sosyal aktiviteler ($r=0.758$), boş zaman aktiviteleri ($r=0.773$), uyku ($r=0.797$), ruhsal durum ($r=0.867$), fiziksel ve zihinsel yorgunluk ($r=0.842$), kişilerarası iletişim ($r=0.797$), cinsellik ($r=0.720$), yeme-içme ($r=0.765$), boşaltım ($r=0.658$), yaşamdan zevk alma ($r=0.738$) ve genel yaşam kalitesi ($r=0.740$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Ürogenital semptomlar alt boyutları ile günlük yaşam arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çalışma ve hareket ($r=0.752$), sosyal aktiviteler ($r=0.758$), boş zaman aktiviteleri ($r=0.744$), uyku ($r=0.702$), ruhsal durum ($r=0.735$), fiziksel ve zihinsel yorgunluk ($r=0.754$), kişilerarası iletişim ($r=0.660$), cinsellik ($r=0.871$), yeme-içme ($r=0.779$), boşaltım ($r=0.838$), yaşamdan zevk alma ($r=0.746$) ve genel yaşam kalitesi ($r=0.744$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Korelasyon analizi sonuçları, kadınların menopoz semptomlarının şiddetinin artmasıyla doğru orantılı olarak, günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeylerinin arttığını göstermiştir.

Tablo 4.14. Kadınların Günlük Yaşam Aktiviteleri Puanları ve MSDÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Somatik semptomlar alt boyutu	Psikolojik semptomlar alt boyutu	Ürogenital semptomlar alt boyutu	Toplam MSDÖ
	r	r	r	r
Çalışma ve hareket	.802**	.749**	.751**	.822**
Sosyal aktiviteler	.766**	.758**	.749**	.812**
Boş zaman aktiviteler	.778**	.773**	.744**	.822**
Uyku	.791**	.797**	.702**	.824**
Ruhsal durum	.798**	.867**	.735**	.885**
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk	.825**	.842**	.754**	.869**
Kişilerarası iletişim	.761**	.797**	.660**	.800**
Cinsellik	.756**	.720**	.871**	.830**
Yeme-İçme	.743**	.765**	.779**	.816**
Boşaltım	.705**	.658**	.838**	.776**
Yaşamdan zevk alma	.753**	.738**	.746**	.798**
Genel yaşam kalitesi	.751**	.740**	.744**	.798**

r:Pearson korelasyon katsayısı ***p*<0.01 seviyesinde. önemli.

5. TARTIŞMA

Kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoz sonrası dönemde geçirmektedirler. Dünyada ve ülkemizde artan ortalama yaşam süresi ile kadınların postmenopozal dönemlerinin uzamasında göz önüne alırsak, bu dönem kadının yaşam kalitesinin artırılması açısından ayrı bir öneme sahiptir (Kadayıfçı, 2006; Bayam ve ark., 2007).

Menopozal dönemde kadında östrojen eksikliğine bağlı vazomotor belirtilerden ruhsal belirtilere, cinsel işlev değişikliklerinden osteoporozu kadar, kas-eklem ağrısı, baş ağrısı, sıcak basması, uyku sorunları, depresyon, cinsel istekte azalma, stres inkontinans gibi farklı sorunlar ortaya çıkabilir (Kadayıfçı, 2006). Menopoz semptomlarının kadın vücudundaki birçok sisteme yapmış olduğu bu etki menopozal dönemdeki kadınların günlük yaşam aktivitelerinde doğrudan etkilemektedir (Williams ve ark., 2009; Gözüyeşil ve Başer, 2016). Bu çalışma 40-64 yaş arası kadınlarda görülen menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılmıştır.

1. Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerinin tartışılması.
2. Kadınların MSDÖ ve GYA puan ortalamalarının tartışılması
3. Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik, obstetrik, menopoz özellikleri ile MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulguların tartışılması.
4. Araştırma kapsamına alınan kadınların MSDÖ ve alt boyutları ile GYA puan ortalamalarının korelasyonuna ait bulguların tartışılması.

5.1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmaya alınan 381 kadının yaş ortalamasının 54.03 ± 6.10 (41-64) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Araştırma bulgularıyla benzer çalışmalarda kadınların yaş ortalaması; Aydemir (2007)'in Edirne'de yaptığı çalışmada 48.18 ± 5.41 yaş, Gözüyeşil ve Başer (2016)'in yaptıkları 50.4 ± 3.6 yaş bulunmuştur. Suudi Arabistan, Riyad'da menopozal semptomların yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla

yapılmış olan başka bir çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması 49.7 ± 3.5 olarak bildirilmiştir (Aldughaiter ve ark., 2015). Benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, yaş ortalamasının diğer çalışma bulgularından daha yüksek olması, çalışmaların farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, lise ve üzeri eğitim alan katılımcı yüzdesi %56.4 bulunmuştur (Tablo 4.1). TNSA (2013) verilerine göre 45-49 yaş arasındaki kadınların %30,13'ü, 50-54 yaş arası kadınların ise %31.8'i ve 55-59 yaş arası kadınların %27.7'si ise lise ve üzeri mezunu olduğu raporlanmıştır. Bu çalışmada, lise ve üzeri eğitim alan kadın oranının TNSA 2013 verileriyle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu bulunmuştur. TNSA verileri Türkiye genelini yansıtmaktadır. Avcı (2013)'nin çalışmasında lise ve üzeri eğitim alan katılımcı oranı %23.3 olduğu saptanmıştır. Khan ve arkadaşları (2013)'nin Hindistan'da yapmış oldukları bir çalışmada ise hem kırsal (%89.4) hem de kentsel (%71.7) alanda yaşayan katılımcı kadınların çoğunluğunun okur-yazar olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın şehir merkezinde yapılması nedeniyle eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde, ilkokul mezunu %33.6, lise ve üzeri eğitim alan eş eğitim oranı %60.9 olarak saptanmıştır (Tablo 4.1). Çalışmadaki kadınların eğitim durumlarının eşlerin eğitim durumları ile aynı doğrultuda olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kadınların %46.2'sinin çalışmadığı %37.3'ünün çalıştığı ve %16.5'inin de emekli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Duman (2016)'ın Malatya'da yapmış olduğu deneysel bir araştırmada deney grubundaki kadınların %88.9'unun, kontrol grubundaki kadınların %92.5'nin çalışmadığı saptanmıştır. Aldughaiter (2015)'in çalışmasında, katılımcıların %97.5'inin ev hanımı olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, kadınların "çalışma" oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatüre göre bu çalışmada farkın ev hanımı sayısının, fazla olmasına ve kültürel özelliklere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %78.7'sinin çekirdek aile, %21.3'ünün geniş aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Koyuncu (2015)'nin Eskişehir'de yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların %81.6'sının çekirdek aileye sahip olduğu

saptanmıştır. Güler (2017)'in yapmış olduğu benzer bir çalışmada katılımcıların %80.7'si çekirdek aile yapısında olduğu bildirilmiştir. Günümüzde artan şehirleşme ile birlikte çekirdek aile yapısındaki yaşam tarzı daha tercih edilen bir yapı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcı kadınların aile gelir durumunun %18.4'ünün düşük seviyede, %61.9'unun orta seviyede ve %19.7'sinin de yüksek seviyede olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Bulgularımıza benzer olarak Çelik ve Pasinlioğlu (2014)'nin çalışmasında kadınların %68.1'inin maddi durumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Timur ve Şahin (2009)'in çalışmalarında ise, kadınların çoğu gelirlerinin giderlerini karşılamadığını bildirmişlerdir. Aile gelir durumundaki farklılıkların, çalışmaların farklı bölgelerde yapılması ve bununla bağlantılı olarak sosyoekonomik durumun değişiklik göstermesi ve kadınların gelir durumunu kendilerinin ifade etmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların gebelik ortalamasının 3.05 ± 1.44 (0-9 gebelik), yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 2.65 ± 1.22 (0-7 çocuk), Kadınların %59.6'sının "3 ve üzeri" gebeliğinin olduğu, %48.3'ünün yaşayan çocuk sayısının "3 ve üzeri" olduğu, (Tablo 4.2). Avcı (2013)'nin çalışmasında, gebelik sayısı ortalaması 4.18 ± 2.75 olarak bulunmuştur. Çelik ve Pasinlioğlu (2014)'nin çalışmasında, kadınların %51.3'ünün 6 ve üzeri gebelik geçirdiği, %36.5'inin 5 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu ve kadınların %30'unun 3 ve üzeri çocuk ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınlar BKİ açısından incelendiğinde ortalama değer 26.75 (17.01-46.87) olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Kadınların %59.3'ünün kendisini "normal kilo"da algıladığı bulunmuştur (Tablo 4.3). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2015 raporuna göre, 15 yaş üzeri kadınların %5.5'i düşük kilolu, %40,7'si normal kilolu, %53,8'i ise fazla kilolu veya obezdir. Bu çalışmada ise katılımcıların %38.1'i normal kiloda, %34.3'ü kilolu, %27.6'sı ise şişman olarak saptanmıştır. BKİ'si 25'in üzerinde olan kadınların oranı %61.9'dur (Tablo 4.3). Bu çalışmada kadınların yaş ortalamasının TUIK (2015) raporunda bildirilen kadın yaş ortalamasından yüksek olması nedeniyle, kadınların "kilolu ve şişman BKİ"ne sahip olduğu düşünülmektedir. Güler (2017)'in klimakterik dönemdeki kadınların

menopozal yakınmaları ve menopozal tutumlarının incelendiği çalışmada, %29.4'ünün normal kilolu, %41.2'sinin fazla kilolu, %29.4'ünün ise obez olduğu saptanmıştır. Williams ve arkadaşları (2009)'nın Amerika'da postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada ise kadınların %36'sının obez olduğu saptanmıştır. Toplumlar arasında farklı sonuçların ortaya çıkmasında toplumlara ait genetik faktörlerin, farklı beslenme alışkanlıklarının, kültürün ve coğrafi etkenlerin etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların %23.9'u kronik hastalık öyküsüne sahipken, %5'inde jinekolojik hastalık öyküsünün olduğu ve %4.2'sinin jinekolojik ameliyat geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.4). Avcı (2013)'nin çalışmasında jinekolojik ameliyat geçirme oranı %30.8, kronik hastalık öyküsü olmama oranı %92.5 olarak bildirilmiştir. Güler (2017)'in çalışmasına katılan katılımcıların %55.9'unun kronik sistemik hastalığı olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaya paralel olarak Ceylan (2010)'ın çalışmasında ise katılımcıların %37.1'i sistemik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarındaki farklılıkların katılımcıların farklı yaş gruplarında olmalarından ve ileri yaş ile birlikte sistemik hastalıkların da artmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada, kadınların %29.1'inin menopoza girmeden önce, %23.4'ünün menopoza girdikten sonra menopoz hakkında bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Güler (2017)'in menopozda olan kadınlarla yürüttüğü çalışmada, kadınların %48.3'ünün menopoz dönemi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda menopozda olan kadınların %95.5'inin doğal yolla menopoza girdiği bulunmuştur (Tablo 4.5). Çalışmamıza benzer olarak Güler (2017)'in çalışmasında katılımcıların %81.9'unun doğal yolla menopoza girdiği bildirilmiştir. Aydemir (2007)'in Edirne'de yapmış olduğu çalışmada %80.9'unun doğal, %19.1'inin ise cerrahi yolla menopoza girdiği saptanmıştır. Bu çalışma bulgularını literatür destekler niteliktedir.

Çalışmamızda kadınların %77.1'inin HRT tedavisini hiç kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Çalışmamıza benzer olarak, Avcı (2013)'nin çalışmasında katılımcıların %21.7'si HRT tedavisini daha önce aldığını, artık kullanmadığını bildirmiştir. HRT'nin özellikle uzun süreli kullanımda görülen genel risklerinin,

yararlarını aşması nedeniyle hem doktorların hem de hastaların HRT kullanımına yaklaşımlarını değiştirmiştir.

5.2. Kadınların MSDÖ ve GYA Puanlarının Tartışılması

Bu çalışmada kadınların MSDÖ'nün "*somatik semptomlar*" alt boyutu puan ortalaması 6.28 ± 3.74 , "*psikolojik semptomlar*" alt boyutu puan ortalaması 6.09 ± 4.25 , "*ürogenital semptomlar*" alt boyutu puan ortalaması 3.72 ± 3.08 , toplam MSDÖ puan ortalaması 16.11 ± 10.34 bulunmuştur (Tablo 4.7). Çoban ve arkadaşları (2008)'nin yaş ortalaması 50.3 ± 5.5 olan ve menopozal sorunları nedeniyle polikliniğe başvuran kadınlar üzerinde Ege Bölgesinde yaptıkları çalışmada, kadınların MSDÖ'nün tamamından 18.0 ± 8.7 , somatik semptomlar alt boyutundan 6.6 ± 3.8 psikolojik semptomlar alt boyutundan 7.6 ± 4.0 ve ürogenital semptomlar alt boyutundan 3.7 ± 2.9 puan aldıkları belirtilmektedir. Tümer ve Kartal (2018)'in MSDÖ ile yaptığı çalışmada, MSDÖ somatik şikayetler puan ortalaması 2.85 ± 1.99 , psikolojik şikayetler puan ortalaması 8.96 ± 4.94 , ürogenital şikayetler puan ortalaması 5.35 ± 3.09 bulunmuştur. Çalışmamızda MSDÖ'den alınan toplam puan ortalaması 14.65 ± 7.62 bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan kadınların, MSDÖ'den alınabilecek ek yüksek puan dikkate alındığında, menopoz semptomlarının orta değerinin altında olduğu görülmektedir. Bulunan bu sonuç, daha önce yapılan çalışmaların bulgularına benzer olarak, hastaneye başvuran ve menopozal sorunları takip ve tedavi edilen kadınlar üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir (Çoban ve ark., 2008; Tümer ve Kartal 2018).

MSDÖ alt başlıkları puan ortalamaları incelendiğinde; puan değerlerinin 1.77 ± 1.12 ile 1.08 ± 1.04 arasında değiştiği, en yüksek puan ortalamasının sırasıyla "uyku sorunları" (1.77), "sıcak basması ve terleme" (1.75), "fiziksel ve zihinsel yorgunluk" (1.69), "eklem, kas ağrıları" (1.66), olduğunu bulunurken; en düşük puan ortalamasının "kalp rahatsızlıkları ve vajinada kuruluk" olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Güler (2017)'in yapmış olduğu çalışmada, en yüksek puan ortalamasının "sıcak basması ve terleme (2.53)", "eklem ve kas rahatsızlıkları (1.96)", "sinirlilik (1.95)" ve "keyifsizlik hali (1.70)" semptomlarında olduğu, en düşük puan ortalamasının ise "cinsel sorunlar" (1.24) ve "idrar sorunları (1.24)" alt başlıklarında olduğu belirtilmektedir.

Güngör (2003)'ün çalışmasında menopoz döneminde bulunan kadınlarda da en sık görülen menopozal yakınmaların ateş basması (%78.1) ve gece terlemesi (%76.2) olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kemik ve kas ağrısı olan kadınların oranı %69.8 olarak bulunmuştur. Sharma ve Mahajan (2015)'in Hindistan'da menopoz semptomlarının kırsal ve kentsel alanda, kadının yaşam kalitesine etkisini incelemek amacı ile yaptıkları çalışmalarında, en şiddetli yaşanan menopozal semptomların eklem ve kas ağrıları, fiziksel ve zihinsel yorgunluk ve uyku problemleri olduğu, bununla birlikte menopoz semptomlarının hem kırsal hem de kentsel alanda şiddetli yaşanmasına rağmen, kırsal alanda daha yüksek oranda yaşandığı tespit edilmiştir. Bu farklılığın kültür, beslenme alışkanlıkları ve iklim şartlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma kapsamına alınan kadınların, menopoz semptomlarından en fazla “uyku sorunları” (%86) yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.8). Friasand ve arkadaşları (2014), uykusuzluğun en sık yaşandığı menopozal dönemin özellikle postmenopozal dönem olduğunu belirtmektedir. Perez ve arkadaşları (2009)'nın İspanya'da 10514 menopozal dönemdeki kadınla yaptıkları çalışmada uykusuzluk görülme oranı % 45.7 olarak bulunurken, Simon ve Reape (2009)'nin aynı yıl Amerika'da yaptıkları çalışmada bu oran %69 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda ise menopozal dönemde uykusuzluk görülme oranı %14 ile %79 arasında değişmektedir (Özgür ve ark., 2010; Erkin ve ark., 2014; Ağan ve ark., 2015). Timur ve Şahin (2009)'in yaptığı çalışmada perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara oranla daha fazla uykusuzluk yaşadığı bildirilmiştir. Vazomotor semptomlar sıcak basması, gece terlemesi ve yüz kızarması birlikteliği ile bilinmekte ve sıcak basması diye isimlendirilmektedir. Sıcak basması ve terlemenin kadınları rahatsız ettiği birçok çalışmada belirtilmektedir (Pinkerton ve ark., 2014; Regestein ve ark., 2015). Bu çalışmada menopozal dönemde en şiddetli olarak yaşanan ikinci semptomun “sıcak basması ve terlemeler” (%83.5) olduğu saptanmıştır. Bu durum menopoza geçişte ve erken postmenopozal dönemde kadınların %60-90'ını etkilemekte, aynı zamanda yaşamı olumsuz etkileyici fiziksel rahatsızlıklara neden olmaktadır (Hall ve ark., 2011). Dişçiğil ve arkadaşları (2008)'nin menopoz algısını araştırmak için yaptıkları çalışmada menopoz dönemindeki kadınların son 3 ay içinde en sık yaşadıkları semptomun vazomotor yakınmalar olduğu bildirilmiştir. Gözüyeşil (2015),

kadınların %87'sinde günlük olarak sıcak basması görüldüğünü ve yaklaşık %30'unun gün içinde en az 10 kez bu sorunu yaşadığını bildirmiştir.

Çalışmamızda, “fiziksel ve zihinsel yorgunluk” semptomu (%82.4) en şiddetli görülen menopozal yakınmalar arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Aldughaiter ve arkadaşları (2015) kadınların %64.7'sinin, Khan ve arkadaşları (2016) kadınların %60.2'sinin, Koyuncu (2015) ise kadınların %78.1'inin fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadığını saptamıştır. Sharma ve Mahajan (2015) Kuzey Hindistan'da yapmış oldukları çalışmalarında ise fiziksel ve zihinsel yorgunluk şikâyetinin kırsal kesimde yaşayan kadınlarda daha az oranda yaşandığını bildirmişlerdir.

Güngör (2003)'ün çalışmasında, kas ağrısı, vücut hacminde azalma, eklem ağrısı, kemik kırıkları, hareket esnekliğinde azalma ve tüm motor hareketlerde azalmanın menopozda ortaya çıkan kas-iskelet sistemine ait belirtiler olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda menopozal yakınmalar arasında dördüncü sırada “eklem, kas ağrıları” (%55.4) yer almaktadır. Ahsan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, kadınların %90.53'ünün eklem ve kas rahatsızlığı şikâyetlerini yaşadığı belirlenmiştir. Subrahmanyam ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında, kadınların %95'inin kas ve eklem rahatsızlığı yaşadığı bildirilmiştir. Menopozal dönemdeki kadınların yüksek oranda kas ve eklem rahatsızlıklarını yaşamaları, kötü beslenmeye, diyetle yetersiz kalsiyum almalarına ve egzersiz yapmamalarına bağlı olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada MSDÖ'deki “keyifsizlik” semptomu yaşanma oranı (%83.8) beşinci sırada yer almaktadır. Koyuncu (2015)'nin çalışmasında ise katılımcı kadınların %70.6'sının keyifsizlik hali yaşadığı tespit edilmiştir. Sharma ve Mahajan (2015)'in çalışmasında, menopozal dönemde depresif duygu durumu ve keyifsizlik şikâyetini kentsel alanda yaşayan kadınların, kırsal kesimde yaşayan kadınlardan daha fazla oranda yaşadığı saptanmıştır. Khan ve arkadaşları (2016)'nın çalışmasında menopozal dönemde keyifsizlik hali yaşama oranı %8.3 olarak saptanmıştır. Mohammed (2016)'in çalışmasında ise katılımcıların %71.5'inin orta veya şiddetli derecede keyifsizlik hali veya depresif duygu durumu yaşadığı bulunmuştur. Östrojen yetersizliğine bağlı pelvik taban kas ve ligamentlerinde görülen gevşeme çoğunlukla genital organlarda görülen desensus ve prolapsuslara yol açar. (Güngör, 2003; İltar, 2005). Çalışmamızda menopozal yakınmalardan “idrar sorunları”nı

kadınların %75.8'inin yaşadığı bulunmuştur. Nappiand ve Kokot-Kierepa (2012)'nin 6 ülkede online yaptığı çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınların sadece %2'si vajinada kuruluk, kaşıntı, yanma, cinsel ilişki sırasında ağrıyı tanımlamada, en uygun terim olarak vajinal atrofi cevabını vererek, genitoüriner sendromun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Menopozun genitoüriner sendromu olarak da bilinen vulvovajinalatrofi, menopoz sonrası dönemdeki kadınların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır (Branco ve ark., 2015). Menopoz döneminde hormonal sistemin değişimine bağlı olarak ürogenital şikâyetler artar. Ürogenital sistemde yaşanan bu değişimler cinsel alanda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Epitel incelme; lactobacilli kaybı, pH değerinde yükselme, vajinal florada değişiklikler gibi etkilere yol açar (Panay, 2015). Çalışmamızda menopozal semptomlardan “cinsel sorunlar” (%70.1) ve “vajinada kuruluk” (%66.3) semptomlarının şiddetinin diğer yakınmalara göre daha alt sıralarda olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Çalışma bulgularımızla benzer olarak Özgür'ün (2007) çalışmasında katılımcıların %27.79'unun cinsel şikâyetleri hafif derecede yaşadıkları saptanmıştır. Diğer semptomlara kıyasla ürogenital ve seksüel yakınmaların en az düzeyde olmasını özellikle toplumumuzda kişilerin bu konuyu konuşmaktan çekinmeleri nedeniyle paylaşmamış olabileceklerine bağlayabiliriz. Pastore ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada, en yaygın görülen genitoüriner semptomların vajinal kuruluk (%27), vajinal irritasyon veya kaşıntı (%18.6), vajinal akıntı (%11.1) ve dizüri (%5.2) olduğunu bildirmişlerdir. Simon ve arkadaşları (2014) postmenopozal dönemdeki kadınlarda vulvo vajinal atrofinin etkilerini araştırdıkları çalışmada, %64'ünün ağırlı cinsel ilişki ve libido kaybı yaşadığını, %58'inin cinsel ilişkiden kaçındığını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada, “kalp rahatsızlıkları” şikâyetinin diğer menopozal semptomlara göre daha az görüldüğü (%33.8) belirlenmiştir (Tablo 4.8). Çalışmamıza benzer olarak Özgür (2007)'ün çalışmasında katılımcıların %46,65'i kalp şikâyetlerini hiç yaşamadığını, %22,4'ü hafif düzeyde yaşadığını belirtmiştir. Bu bulgular kadınların kalp ile ilgili şikâyetleri hafif düzeyde yaşadıklarını göstermiştir. Monterrosa (2008)'nin çalışmasında Afro-Kolombian kadınların menopozal dönemde kardiyak şikâyetler yaşama oranının %38.8 olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda kadınların yaşadığı menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerini etkileme puanları değerlendirildiğinde; en fazla etkilenen günlük yaşam

aktivitelerinin “uyku” (4.57), konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk (4.29), ruhsal durum (4.26), genel yaşam kalitesi (4.14) ve yaşamdan zevk alma (4.09) olduğu; en az etkilenen günlük yaşam aktiviteleri ise cinsellik (3.46) ve kişilerarası iletişim (3.56) olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1). Çalışma sonuçlarına benzer şekilde, Williams ve arkadaşları (2008) Amerika Birleşik Devletlerinde 40-65 yaş postmenopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada menopoza semptomlarından en fazla etkilenen günlük yaşam aktivitelerini; uyku (%82) genel yaşam kalitesi (%69.3), konsantrasyon (%69), duygu durumu (%68.6), toplam enerji seviyesi (%63.3), cinsel aktivite (%40.9) olarak bulmuşlardır. Yine yapılan bir başka çalışmada, kadınların yaşadığı vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktivitelerinden en fazla ruhsal durumu (6.2 puan) etkilediği, ardından uyku ve konsantrasyon (5.8 puan), fiziksel ve zihinsel yorgunluk düzeylerini etkilediği, en az düzeyde ise boşaltım alışkanlığını (4.1 puan) etkilediği bildirilmiştir (Gözüyeşil ve Başer, 2016).

5.3. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Jinekolojik ve Menopoz Özellikleri İle MSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan kadınların MSDÖ puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$). Çalışmada 40-49 yaş arası kadınların MSDÖ puan ortalamasının (6.18 ± 9.20), 60 yaş ve üzeri kadınların MSDÖ puan ortalamasından (24.30 ± 7.94) düşük olması yaşın artması ile şikayetlerin de arttığını göstermektedir (Tablo 4.9). McVeigh (2005), 50 ve üzeri yaş grubu kadınların daha genç kadınlara göre menopoza semptom puanlarının daha yüksek olduğu ve farkın ileri düzeyde anlamlı olduğunu bildirmiştir. Sert (2009)'in çalışmasında, yaş gruplarına göre MSDÖ ve alt boyutları puanları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir. Avcı (2013)'nin araştırmasında, MSDÖ'nün ürogenital alt boyut puanlarının, 30-44 yaş aralığındaki kadınlarda (20.10 ± 9.23) 45-59 yaş (22.81 ± 10.29) ve 60-74 (23.68 ± 8.31) yaş grubundaki kadınlardan düşük bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların MSDÖ puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.010$). İlkokul mezunu kadınların MSDÖ puan ortalamaları (17.58 ± 9.20), üniversite-lisansüstü mezunu olan kadınların (13.57 ± 11.15) daha şiddetli menopoza semptomları yaşadığı belirlenmiştir

(Tablo 4.9). Wieder-Huszla ve arkadaşları (2014) araştırmalarında yüksek öğrenimli kadınların düşük öğrenimli kadınlara göre daha az fiziksel ağrı yaşadıklarını ve ruhsal yönden daha iyi olduklarını belirtmişlerdir. Jung ve arkadaşları (2015) post-menopozal dönemde depresyon tanısı alan birçok kadının eğitim düzeyi düşük olan kadınlar olduğuna dikkat çekmiştir. Fallahzadeh (2010) üniversite eğitimine sahip olan kadınların psikososyal, fiziksel ve seksüel yönden diğer eğitim seviyelerine oranla önemli derecede az soruna sahip olduğunu bulmuştur. Çoban ve arkadaşları (2008), ortaokul ve üzerinde eğitim alan kadınların, diğer kadınlara oranla menopozal yakınmaları daha az yaşadıklarını bildirmişlerdir. Eğitimin kadında yaşam stili değişikliklerine neden olmasının menopozal yakınmaların azalmasında önemli bir role sahip olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların çalışma durumuna göre MSDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür ($p=0.000$). Emeklilerin (16.11 ± 7.04) ve ev hanımlarının (18.39 ± 10.25) çalışanlardan (12.20 ± 10.56) daha şiddetli menopoz semptomları yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Ergin (2016)'in çalışmasında, çalışmayan kadınların somatik ve psikolojik yakınmalarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bal (2011), çalışmayan kadınların somatik ve psikolojik yakınmalarının artış gösterdiğini belirtmiştir. Avcı (2013)'nin araştırmasında bir işte çalışmayan kadınların somatik şikâyet puanları, emekli kadınların somatik şikâyetler puanlarından yüksek bulunmuştur. Wieder-Huszla ve arkadaşları (2014) çalışan kadınlarda fiziksel fonksiyonlar ve günlük aktivite gibi yaşam kalitesi göstergelerinin olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak, Sis'in (2010) ve Özgür'ün (2007) çalışmasında MSDÖ toplam ve alt grupları puan ortalamaları ile menopozal yakınmalar ile çalışma değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar kendileri için bir uğraş edinen kadınların dikkatlerini başka yönle çekerek ve sosyalleşerek menopozla ilgili daha az sıkıntı yaşadıklarını düşündürmektedir. Bu çalışmanın sonuçları bazı araştırma bulgularına benzer (Ergin, 2016; Avcı, 2013; Wieder-Huszla ve ark., 2014), bazı araştırma bulgularından farklıdır (Bal, 2011). Araştırma sonuçlarının farklı olmasının nedeninin, çalışmaların farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, eşlerin eğitim düzeyi yükseldikçe, kadınların menopozal

yakınmaların azaldığı, eşlerin eğitim düzeyine göre MSDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.035$), (Tablo 4.9). Çalışma bulgularımızla aynı yönde olan Ergin (2016)'in çalışmasında, kadınların eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe menopozal psikolojik yakınmalarının azaldığı bildirilmiştir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Çelik ve Pasinlioğlu (2013) menopoz semptomlarının şiddetini ve bunlara sebep olan etkenleri belirlemek için yaptıkları çalışmada, kadının ve eşinin eğitim düzeyi ve menopozal yakınmalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatü bulgularının, bu çalışmanın bulgularından farklı olmasının bölgesel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Eşin eğitilmiş olması, eşinin menopozal yakınmalarını anlaması, eşine yardımcı olması ve eşini desteklemesi yönüyle menopoz semptomları üzerine olumlu yönde etki ettiği şeklinde yorumlanabilir.

Gebelik ve çocuk sayısı ile MSDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p=0.000$). Gebelik ve çocuk sayısı arttıkça yaşanan menopoz semptomlarının artmakta olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Çalışmamıza benzer olarak Çelik ve Pasinlioğlu (2014)'nin yaptığı çalışmada gebelik sayısı 6 ve üzeri olan kadınların menopozal yakınmaları daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Çoban ve arkadaşları (2008) toplam gebelik sayısı 3 'ün üzerinde olan kadınlarda menopozal semptomların arttığını belirtmektedir. Ergin (2016)'nin araştırmasında çocuk sayısı az olan kadınların psikolojik yakınmaları daha az yaşadıkları, çocuk sayısı fazla olan kadınların ise ürogenital yakınmaları daha az yaşadıkları bulunmuştur. Kalarhoudi ve arkadaşları (2011) ise çocuk sayısının vazomotor, psikososyal ve fiziksel yönden önemli ölçüde bir etkisinin olmadığını, fakat çocuğu olmayan kadınların çocuğu olanlardan seksüel yönden daha düşük değerlere sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmanın bulguları, yapılan çalışmaların çoğuna benzerdir (Çoban ve ark., 2008; Çelik ve Pasinlioğlu, 2014; Ergin, 2016).

Kadınların vücut ağırlık algısı ve MSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırıldığında, vücut ağırlık algısı "aşırı kilolu" olan kadınların (21.33 ± 12.24) vücut ağırlık algısını "normal" algılayan kadınlara (14.45 ± 10.62) göre MSDÖ ortalama puanlarının yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p=0.007$), (Tablo 4.9). Erbil (2018)'in menopozdaki kadınların beden imajı,

menopoz ve depresyona karşı tutumlarını incelediği çalışmasında menopoz sürecinde depresyon düzeyi daha düşük olan ve bu süreci daha yaşanabilir geçiren kadınların olumlu beden imajına sahip olduğu belirtilmektedir. Olumlu beden imajının kadınların ruh hali ve tutumlarına pozitif yönde etki etmesi ile bu kadınların menopozal yakınmaları diğer kadınlara oranla daha az yaşadıkları düşünülmektedir.

Aynı tabloda, BKİ'si "kilolu" olan kadınların MSDÖ puan ortalamalarının (14.78 ± 9.57), BKİ'si "şişman" olan kadınların (18.52 ± 8.86) MSDÖ puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.016$). BKİ'nin menopozal şikayetler üzerine olan etkisi ile ilgili bazı çalışmalarda, artan vazomotor şikayetlerin yüksek BKİ ile ilişkili olduğu bildirilirken (Gold ve ark., 2000; Gallicchio ve ark., 2005), bazısında ilişki gösterilememiştir (Mirzaiinjmabadi ve ark., 2006).

Çalışmamızda halen HRT alan kadınların MSDÖ puan ortalamalarının (22.22 ± 11.31), HRT almayan (17.76 ± 9.09) ve daha önce HRT alan kadınlara (20.68 ± 10.12) göre yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.028$). Sert'in (2009), tedavi görmeyen ya da tedaviyi bırakan kadınların vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel sorunlar puanlarının HRT alan kadınlara göre yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda HRT kullanma durumuna göre, menopoz semptomları puan ortalaması incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (Çoban ve ark., 2008; Avcı, 2013). Bu çalışmanın sonuçları bazı araştırma sonuçlarına benzer, bazılarında farklıdır.

5.4. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların MSDÖ ve Alt Boyutları İle GYA Puan Ortalamalarının Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, MSDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile GYA'nin çalışma ve hareket, sosyal aktiviteler, boş zaman aktiviteleri, uyku, ruhsal durum, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, kişilerarası iletişim, cinsellik, yeme-içme, boşaltım, yaşamdan zevk alma, genel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ileri düzeyde önemli istatistiksel ilişkiler saptanmıştır ($p=.000$), (Tablo 4.14)

Menopozal dönemde östrojen eksikliği nedeniyle meydana gelen menopozal semptomların kadınlarda uykuya dalmakta güçlük ve beraberinde uykusuzluk yaratmasından dolayı kadınların uyku hijyeni etkilenebilmektedir. Çalışma

sonuçlarına göre, menopozal semptomlardan en fazla etkilenen günlük yaşam aktivitesinin “uyku” (4.57) olduğu bulunmuştur (Şekil 4.1) Bulgularımıza benzer olarak Regestein ve arkadaşları (2015)’nin orta yaşlı kadınlarda sıcak basmasının uyku ve bilişsel performansı nasıl etkilediğini inceledikleri araştırmalarında, yaşanan menopozal semptomların uyku sorunlarına neden olduğu gösterilmiştir.

Çalışma kapsamındaki kadınların yaşadıkları yakınmaların günlük yaşamda konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk (4.29) yarattığı belirlenmiştir (Şekil 4.1). Avcı (2013), menopozal semptomlardan en çok yaşanan şikâyetin fiziksel ve zihinsel yorgunluk olduğunu bildirmiştir. Menopozda değişen hormonal dengenin merkezi sinir sistemini etkileyerek duygu durum ve davranışlarda değişikliklere sebep olduğu öngörülmektedir. Menopozal dönemde yaşanan menopoz semptomları ile depresif yakınmalar arasındaki pozitif ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir. Menopozal semptomların şiddeti arttıkça kadınlarda ruhsal sıkıntılarında arttığı gözlenmektedir (Vivivan-Taylor ve Hickey, 2014). Çalışmada menopozal semptomlardan en fazla etkilenen diğer bir günlük yaşam aktivitesinin “ruhsal durum” (4.26) olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1). Yurdakul ve arkadaşları (2007), 83 katılımcı kadınla gerçekleştirdikleri bir çalışmada, kadınların %55’inin menopozal dönemde sıkıntı yaşadığını, yaşanan sıkıntılarının 28.9’unun fiziksel, %26.5’inin fiziksel ve psikolojik olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Mauas ve arkadaşları (2014) menopoz semptomlarının alt boyutlarından olan somatik semptomlarla depresif semptomlar arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Yangın ve arkadaşları (2008) menopoz dönemindeki Türk kadınlarının %29.3’ünün depresyon yaşadığını ortaya koymuştur. Kadınların menopoza geçiş döneminde görülebilecek olan ruh sağlığı bozukluklarını erken saptamak ve önlemek için takip çok önemlidir (Erbil, 2018). Menopozal dönemde östrojen düzeyindeki hızlı değişimlere bağlı olarak, isteksizlik, kendini kötü hissetme, ağlama hissi, keyifsizlik gibi duygu durum değişimleri meydana gelebilmektedir (Bilgel, 2006).

Çalışmada menopoz semptomları ve yeme-içme aktivitesi arasında pozitif yönde ileri düzeyde önemli ilişki saptanmıştır ($p=0.000$), (Tablo 4.14). Yapılan bir çalışmada bireylerin menopoz öncesi ağırlık ortalamaları 62.5 ± 9.00 kg, çalışma süresindeki ağırlık ortalamaları 71.9 ± 11.02 kg olarak bildirilmiştir (Fakılı, 2013).

Menopoz her kadını farklı derecede etkileyerek kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir. Çalışmada menopoz semptomlarının kadının yaşamdan zevk alma ve yaşam kalitesi sürecini olumsuz düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Şekil 4.1). Menopozal dönemde kadınlar sağlığı tehdit eden pek çok sorunla karşılaşmaktadır (Ertem, 2010; Rahman ve ark., 2010). Ertem (2010)'in menopoz sonrası kadınların yaşam kalitesini incelemek için yaptığı çalışmada, yaşam kalitesi ölçeği ile kadınların yaşam kaliteleri sekiz bölümde değerlendirildiğinde, en yüksek puanların fiziksel fonksiyonellik kategorisinde olduğu bulunmuştur. Menopozda yaşam kalitesi, menopozal semptomların varlığından daha çok, cinsel disfonksiyon durumundan da etkilenmektedir. Çalışmamızda menopoz semptomlarından en az etkilenen aktivitenin cinsellik olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1). Cinsel yaşam konusunda görülen sıkıntılara rağmen bu konuyla ilgili sağlık kurumlarına başvuran kadın sayısının çok az olduğu bildirilmiştir (Altınsoy, 2002; Doğan, 2004). Cinsel yaşamda görülen sıkıntıların kadınlar tarafından ifade edilememesinin cinsellik hakkında inanış, tutum ve değer yargılarından kaynaklandığını düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının menopozda cinsel yaşamı etkileyen durumları bilmesi, menopozda cinsellik hakkında inanış, tutum ve değer yargılarının farkında olması ve bireye özgü danışmanlık yapabilmesi büyük önem taşımaktadır (Bozkurt, 2016).

MSDÖ ve alt boyutları olan somatik, psikolojik ve ürogenital semptomlar ile günlük yaşam aktiviteleri arasında pozitif yönde önemli ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.000$), (Tablo 4.14). Tan (2012)'in yapmış olduğu çalışmada menopozal semptomların psikolojik, somatik ve ürogenital semptomlar alt boyutları ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kadınların fiziksel aktivite düzeyi azaldıkça psikolojik yakınmalarının şiddetlendiği ($r= -162$, $p=0,005$), fiziksel aktivite düzeyi azaldıkça ürogenital yakınmalarının şiddetlendiği ($r= -104$, $p=0,070$), fiziksel aktivite düzeyi azaldıkça somatovejetatif yakınmalarının şiddetlendiği saptanmıştır ($r= -134$, $p=0,019$). Avcı (2013)'nın çalışmasında ürogenital semptomların cinsel alanda yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir. Ergin (2016)'in çalışmasında menopoz dönemindeki kadınların Cervantes Kişilik Ölçeği tutarlı/tutarsız olma puanları ile MSDÖ alt boyutlarından ürogenital ($r=-0.465$ $p=0.001$) ve somatik ($r=-0.190$ $p= 0.001$) alt boyut puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken, psikolojik ($r=-0.080$ $p=0.110$) alt boyutu ile anlamlı bir

ilişki olmadığı saptanmıştır. Güler (2017)'in çalışmasında kadınların somatik ve ürogenital semptomlar düzeyinin menopozal tutumunu etkilemediği fakat psikolojik semptomların düzeyi yükseldikçe menopozal tutumun daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Menopozal dönemde görülen menopozal semptomlar çalışmamızda ve özetlediğimiz diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi kadınların günlük aktivite düzeylerini, ruh sağlığını ve beraberinde iş ve sosyal yaşam alanlarını etkilemektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kadınlarda menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar;

- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamalarının 54.03, BKİ ortalamalarının 26.75 olduğu,
- Kadınların %46.7'sinin 50-59 yaş grubunda, %33.6'sının ilkokul mezunu, %46.2'sinin ev hanımı, %78.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı ve %61.9'unun "orta" düzeyde gelire sahip olduğu,
- Kadınların %33.6'sının eşlerinin ilkokul mezunu ve %37'sinin eşlerinin serbest meslek sahibi olduğu,
- Kadınların gebelik ortalamasının 3.05, yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 2.65, birlikte yaşanan çocuk sayısı ortalamasının 1.26 olduğu, %59.6'sının "3 ve üzeri" gebeliğinin olduğu,
- Kadınların %59.3'ü kendini "normal" kiloda algıladığı,
- Kadınların %23.1'inin sigara içtiği,
- Kadınların %23.9'unun kronik hastalığı olduğu,
- Kadınların %5'inin jinekolojik hastalık öyküsü olduğu ve %4.2'sinin jinekolojik ameliyat geçirdiği,
- Kadınların %47.5'inin menopoz hakkında bilgi almadığı,
- Kadınların 82.4'ünün menopozda olduğu,
- Kadınların %95.5'inin doğal yolla menopoza girdiği,
- Kadınların %77.1'inin HRT tedavisini hiç kullanmadığı belirtilmiştir.
- Kadınların uyku sorunları (1.77 ± 1.12), sıcak basması ve terlemeler (1.75 ± 1.17), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (1.69 ± 1.14), keyifsizlik (1.63 ± 1.11) ve eklem ve kas ağrıları (1.66 ± 1.13) menopoz semptomlarını diğer semptomlara göre daha yoğun yaşadığı saptanmıştır.

- Kadınların MSDÖ puan ortalamasının 16.11, “*somatik semptomlar*” alt boyutu puan ortalamasının 6.28, “*psikolojik semptomlar*” alt boyutu puan ortalamasının 6.09, “*ürogenital semptomlar*” alt boyutu puan ortalamasının 3.72 olduğu bulunmuştur.
- Menopozal semptomları yaşama şiddeti “hafif”, “orta”, “şiddetli” ve “çok şiddetli” olma durumu birlikte alındığında; kadınların %83.5’inin sıcak basması ve terlemeler yaşadığı, %63.2’sinin kalp hastalıkları yaşadığı, %86’sının uyku sorunları yaşadığı, %83.8’inin keyifsizlik yaşadığı, %75.6’sının sinirlilik yaşadığı, %65.7’sinin endişe/kaygı yaşadığı, %82.4’ünün fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşadığı, %70.1’inin cinsel sorunlar yaşadığı, %75.8’inin idrar sorunları yaşadığı, %66.3’ünün vajinada kuruluk yaşadığı, %55.4’ünün eklem, kas ağrıları yaşadığı,
- Kadınlardan yaşadığı menopoz semptomlarının en fazla uyku, konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, ruhsal durum, genel yaşam kalitesi ve yaşamdan zevk alma günlük yaşam aktiviteleri olduğu,
- Yapılan çalışmada kadınların menopoz semptom puanının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak farkın önemli olduğu ($p=0.000$) ve 60 yaş ve üzeri kadınların (24.30 ± 7.94), 40-49 yaş grubundaki kadınlardan (6.18 ± 9.20) daha fazla menopozal semptomları yaşadığı,
- İlkokul mezunu olan kadınların (17.58 ± 9.20), üniversite-lisansüstü mezunu olan kadınlardan (13.57 ± 11.15) daha şiddetli menopoz semptomları yaşadığı ve farkın önemli olduğu,
- Emeklilerin (16.11 ± 7.04) ve ev hanımlarının (18.39 ± 10.25) çalışanlardan (12.20 ± 10.56) daha şiddetli menopoz semptomları yaşadığı ve farkın önemli olduğu ($p=0.000$),
- Eşinin eğitim düzeyi “ilkokul mezunu” olan (18.17 ± 9.50), eşlerin mesleği “emekli” olan (17.70 ± 07.13), “geniş aile”de yaşayan (20.69 ± 09.67), gelir düzeyi “düşük” (20.00 ± 11.15) ve “yüksek” (20.00 ± 11.32) olan kadınların diğer kadınlara göre MSDÖ ortalamalarının daha yüksek olduğu, eşin eğitim durumu ($p=0.035$), eşin mesleği ($p=0.007$), aile tipi ($p=0.000$), aile gelir seviyesi ($p=0.000$)’ne göre farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

- Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre MSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, gebelik sayısı “3 ve üzeri” olan (18.46 ± 10.09) ve yaşayan çocuk sayısı “3 ve üzeri” olan (18.31 ± 9.86) kadınların MSDÖ ortalama puanlarının diğer kadınların MSDÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve farkların istatistiksel olarak önemli olduğu (**p=0.000**),
- MSDÖ puan ortalamalarının birlikte yaşanan çocuk sayısı “2 çocuk” olan (12.87 ± 10.29) kadınlarda yanında hiç çocuk olmayan (19.02 ± 8.04) ya da bir çocuğu olan (16.19 ± 9.76) kadınlara göre daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu (**p=0.000**),
- Vücut ağırlık algısı “aşırı kilolu” olan kadınların (21.33 ± 12.24) vücut ağırlık algısını “normal” algılayan kadınlara (14.45 ± 10.62) göre MSDÖ ortalama puanlarının yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu (**p=0.007**),
- BKİ’si “kilolu” olan kadınların (14.78 ± 9.57), BKİ’si “şişman” olan kadınların (18.52 ± 8.86) MSDÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (**p=0.016**).
- Sigara içen kadınların (17.31 ± 13.08), sigara içmeyen kadınların MSDÖ puan ortalamalarından (15.75 ± 9.36) daha yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).
- Kronik hastalık öyküsü olan kadınların (20.75 ± 8.60) kronik hastalık öyküsü olmayan (14.65 ± 10.42) kadınlara göre MSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu (**p=0.000**),
- Jinekolojik hastalık öyküsü olan kadınların (20.75 ± 8.60) jinekolojik hastalık öyküsü olmayan kadınlara (16.06 ± 10.43) göre, jinekolojik ameliyat öyküsü olan kadınların (18.87 ± 10.81) jinekolojik ameliyat öyküsü olmayan kadınlara (15.99 ± 10.31) göre MSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak farkların istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p > 0.05$),
- Kadınların menopoza yönelik bilgi alma durumuna göre MSDÖ puan ortalamaları farkının, istatistiksel olarak önemli olduğu (**p=0.002**),

- MSDÖ puan ortalamalarının bir yıldır adet görmeyen kadınlarda (12.88 ± 8.39), bir yıldan daha uzun süredir adet görmeyen kadınlara göre (9.93 ± 9.11) daha yüksek olduğu, istatistiksel olarak farkın önemli olduğu ($p=0.000$).
- Kadınların menopoza geçiş şekline göre MSDÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$),
- Halen HRT alan kadınların MSDÖ puan ortalamalarının (22.22 ± 11.31), HRT almayan (17.76 ± 9.09) ve daha önce HRT alan kadınlara (20.68 ± 10.12) göre yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.028$),
- MSDÖ ve somatik semptomlar, psikolojik semptomlar ve ürogenital semptomlar alt boyutları puan ortalamaları ile GYA'nin her birine ait VAS puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde önemli ilişki olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Menopoz polikliniğine başvuran kadınların menopoz dönemi bilgisi belirlenerek, bu konuda bilgi eksikliği olan kadınlara eğitim planlanmalı,
- Menopozal dönemde kadınların, kolay ulaşabilecekleri, devamlı eğitim ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri klinikler arttırılmalı, var olan klinik imkanları iyileştirilmeli ve bu klinikte eğitimli, deneyimli sağlık personellerinin etkin rol alması sağlanmalı,
- Düzenlenen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde kadınların bireysel ve sosyokültürel özellikleri dikkate alınmalı,
- Poliklinikte çalışan hemşireler menopozal semptomlar hakkında bilgiye sahip olmalı ve kadınların problemlerini belirlemede yardımcı olmalı,
- Kadınların menopoz döneminde yaşadığı cinsel sorunları daha kolay ifade edebilecekleri ortamlar sağlanmalı,
- Menopozal semptomları azaltmaya ve dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesini azaltmaya yönelik girişimsel araştırmalar planlanması önerilir.

KAYNAKLAR

- Ağan K, Özmerdivenli R, Değirmenci Y, Çağlar M, Başbuğ A, Balbay EG, ve ark. (2015). Evaluation of sleep in women with menopause: Results of the Pittsburg Sleep Quality Index and polysomnography. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 16(3), 149.
- Ahsan M, Mallick AK, Singh R, Prasad RR. (2015). Assessment of menopausal symptoms during perimenopause and postmenopause in tertiary care hospital. *Journal of Basic and Clinical Reproductive Sciences*, 4(1), 14-19.
- AlDughaiter A, AlMutairy H, AlAteeq M. (2015). Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Women's Health*, 7, 645.
- Altınsoy N. (2002). Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri ile İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins. (2001). Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists: use of botanicals for management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*, 97,1-11.
- Amore M, Di Donato P, Bert A, Palareti A, Chirico C, Papalini A, ve ark. (2007). Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas*, 56(3), 303-311.
- Arslan H, Altınsoy N. (2004). Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi. *Androloji Bülteni*, 19, 360-363.
- Atasü T, Şahmay S. (2001). Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. S:657-674.
- Avcı S. (2013). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Menopoz Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Aydemir Hİ. (2007). Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Aygin D, Aslan FE. (2005). Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız. *Androloji Bülteni*, 22, 264-267.

- Bal DM. (2011). Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Bawar S, Sadaf F, Rahim R, Faiz NR. (2013). Comparison of vasomotor symptoms in postmenopausal women with different socio-economic status. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 11(2), 95-98.
- Bayam L, Eğici MT, Bayam FB, Yenigün M. (2007). Postmenopozal olgularda psikiyatrik depresyon, anksiyete envanterleri ile hormon seviyeleri arasında ilişki varlığı. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 17(2), 73-80.
- Bilgel N. (2006). Aile Hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitapevi. S: 319-344
- Bozkurt ÖD, Sevil Ü. (2016). Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4),497-503.
- Branco CC, Biglia N, Nappi RE, Schwenkhagen A, Palacios S. (2015). Characteristics of post-menopausal women with genitourinary syndrome of menopause: Implications for vulvovaginal atrophy diagnosis and treatment selection. *Maturitas*, (81)4: 462–469.
- Büyüköztürk Ş. (2003). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık. S: 32.
- Carpenter JS, Wells N, Lambert B, Watson P, Slayton T, Chak B, Worthington WB. (2002). A pilot study of magnetic therapy for hot flashes after breast cancer. *Cancer Nursing*, 25(2), 104-109.
- Ceylan B. (2010). Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Cohen LS, Soares CN, Poitras JR, Prouty J, Alexander AB, Shifren JL. (2003). Short-term use of estradiol for depression in perimenopausal and postmenopausal women: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1519-1522.
- Col NF, Guthrie JR, Politi M, Dennerstein L. (2009). Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study. *Menopause*, 16(3), 453-457.
- Çelik AS, Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 50-56.

- Çelik AS, Pasinlioğlu T. (2014). Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 16-29.
- Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. (2008). Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(6), 343-349.
- Demirtaş RN. (2017). Menopozda fizyoterapi ve rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Physiotherapy and Rehabilitation-Special Topics*, 3(3), 173-183.
- Dişçigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Söylemez A, Cetin G. (2008). Perception of menopause in a group of women living in Aydın and Muğla, Turkey. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(4), 494-499.
- Doğan FŞ. (2004). Hormon replasman tedavisi ilk kez Kırşehir doğumevi'nde başlanan kadınların tedaviye ilişkin algılama ve bilgilendirilme özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 24(4), 350-356.
- Elavsky S, McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52(3-4), 374-385.
- Erbil N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 241-246.
- Erdem Ö. (2006). Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Basetme Yolları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Ergin İ. (2016). Menopozal Yakınmalar ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1095-1113.
- Ertem G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 469-483.
- Ertüngealp E, Seyisoğlu H. (2000). Menopoz ve osteoporoz. İstanbul: Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayını, Form Reklam Hizmetleri.

- Fakılı FE. (2013). Menopoza Girmiş Bireylerin Beslenme Durumları ile Fiziksel Aktivite ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Fallahzadeh H. (2010). Quality of life after the menopause in iran: a population study. *Quality of Life Research*, 19(6), 813-819.
- Fedorkow D, Green S, Donegan E, Frey B, Key B, Streiner D, ve ark. (2017). Menopoz belirtileri için bilişsel davranış terapisi (cbt-meno): Randomize kontrollü deneme. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Dergisi Kanada*, 39 (5), 388.
- Freedman RR. (2005). Hot flashes: behavioral treatments, mechanisms, and relation to sleep. *The American Journal of Medicine*, 118(12), 124-130.
- Gallicchio L, Visvanathan K, Miller SR, Babus J, Lewis LM, Zacur H, ve ark. (2005). Body mass, estrogen levels, and hot flashes in midlife women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(4), 1353-1360.
- Gezer A. (2004). Menopoz ve Osteoporoz, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Ankara: Güneş Kitabevi, Ofset Matbaacılık. S: 163-1165.
- Gezer A, Şentürk LM, Ertüngealp E (2006). Klimakteriyum. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, ed.Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. S:1523- 48.
- Gharaibeh M, Al-Obeisat S, Hattab J. (2010). Severity of menopausal symptoms of Jordanian women. *Climacteric*, 13(4), 385-394.
- Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, ve ark. (2000). Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40–55 years of age. *American Journal of Epidemiology*, 152(5), 463-473.
- Görgel E, Çakıroğlu FP. (2007). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 11.
- Gözüyeşil E, Başer M, Taşçı S. (2015). Vazomotor Yakınmalarda Refleksoloji Uygulaması, Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar (I. bs.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Gözüyeşil E, Başer M. (2016). Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktivitelerine etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 19(4), 262-268

- Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, ve ark. (2002). Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA*, 288(1), 49-57.
- Güçlü M, İmamoğlu Ş. (2007). Menopoz ve beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science*, 3(52), 3-13.
- Güler K. (2017). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Güney N. (2006). Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı ve Perimenopozal Semptomların Tespiti, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Güngör L. (2003). Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 45 Yaş ve Üstü Kadınların Menopoz Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Gürkan ÖC. (2005). Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3, 30-35.
- Hall E, Frey BN, Soares CN. (2011). Non-hormonal treatment strategies for vasomotor symptoms. *Drugs*, 71(3), 287-304.
- Hurd W, Amesse LS, Randolph JF. (2004). *Jinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S: 1109-1139.
- Hill K. (1996). The Demography of menopause. *Maturitas*, 23(2), 113-127.
- Holloway D. (2011). An overview of the menopause: assessment and management. *Nursing Standard (Through 2013)*, 25(30), 47.
- Huck SW. (2012). *Reading Statistics And Research* (6th ed). Boston: Pearson Education.
- İlter E. (2005). Raloksifen Hidroklorid'in Postmenopozal Düşük Kemik Mineral Yoğunluklu Kadınlarda Kullanımı ve Etkileri. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- International Menopause Society. (2009). Menopause Terminology. Erişim: 05.07.2018 ,
<http://www.imsociety.org/index.html>

- Jung SJ, Shin A, Kang D. (2015). Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: results from health examinees study (HEXA). *Journal of Affective Disorders*, 187, 127-135.
- Kadayıfçı O. (2006). Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, Senium, İkinci Bahar. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. S:26-32.
- Kalarhoudi MA, Taebi M, Sadat Z, Saberi F. (2011). Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Kashan, İnan. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(11), 811.
- Kaymak Y, Tırnaksız F. (2006). Menopoz ve deri. *Türkiye Klinikleri-Tıp Bilimleri Dergisi*, 26(6), 675-684.
- Khan S, Shukla MK, Priya N, Ansari MA. (2016). Health seeking behaviour among post-menopausal women: a knowledge, attitude and practices study. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3(7), 1777-1782.
- Kim KH, Kang KW, Kim DI, Kim HJ, Yoon HM, Lee JM ve ark. (2010). Effects of acupuncture on hot flashes in perimenopausal and postmenopausal women-a multicenter randomized clinical trial. *Menopause*, 17(2), 269-280.
- Kowalcek I, Rotte D, Banz C, Diedrich K. (2005). Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures: cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas*, 51(3), 227-235.
- Koyuncu T. (2015). Beylikova'da Orta Yaş Kadınlarda Menopoz Semptomları Sıklığı, Menopoz Bilgi Düzeyi ve Sağlık Eğitiminin Menopoz Semptomları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Kömürcü N, Isbilen A. (2011). Adaptation of women to sexual life during the postmenopausal period/postmenopozal dönemde kadınların cinsel yasama uyumu. *Turkish Journal of Urology*, 37(4), 326-331.
- Kutlu R, Çivi S, Pamuk G. (2012). Postmenopozal kadınlarda osteoporoz sıklığı ve FRAX™ skalası kullanılarak 10 yıllık kırık riskinin hesaplanması. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 15(2), 11-15.

- Limouzin-Lamothe MA, Mairon N, Joyce CRB, Le Gal M. (1994). Quality of life after the menopause: influence of hormonal replacement therapy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170(2), 618-624.
- Liu P, Yuan Y, Liu M, Wang Y, Li X, Yang M. (2015). Factors associated with menopausal symptoms among middle-aged registered nurses in Beijing. *Gynecol Endocrinol*, 31(2): 119-124.
- Mauas V, Kopala-Sibley DC, Zuroff DC. (2014). Depressive symptoms in the transition to menopause: the roles of irritability, personality vulnerability, and self-regulation. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 279-289.
- Mccrae N. (2012). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222-229.
- Mirzaiinj Mabadi K, Anderson D, Barnes M. (2006). The relationship between exercise, body mass index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 28-34.
- Mishra G, Kuh D. (2006). Perceived change in quality of life during the menopause. *Social Science & Medicine*, 62(1), 93-102.
- Mohammed ST, Shabana KRA, Mansour SE, Emam MA. (2016). Evaluation of postmenopausal symptoms: Its effect on female's quality of life. *International Journal of Nursing Didactics*, 6(9): 1-10.
- Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology*, 16(4), 655-663.
- Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. (2008). Increased menopausal symptoms among afro-colombian women as assessed with the menopause rating scale. *Maturitas*, 59(2), 182-190.
- Morelli V, Naquin C. (2002). Alternative therapies for traditional disease states: Menopause. *American Family Physician*, 66(1), 129-134.
- Murphy K, Cooney A, Casey D, Connor M, O'Connor J, Dineen B. (2000). The Roper, Logan and Tierney (1996). Model: perceptions and operationalization of the model in psychiatric nursing within a health board in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1333-1341.

- Nanette S. (2005). The menopausal transition. *The American Journal of Medicine*, 118,8-13.
- Nappi R, Kokot-Kierepa M. (2012). Vaginal Health: Insights, Views &Attitudes (VIVA)–Results from an international survey. *Climacteric*. 15(1):3644.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCAM). (2005). Menopause. Erisim: 21.05.2018, <http://nccam.nih.gov/health/menopause.htm>
- Özcan H, Oskay Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163.
- Özgür N. (2007). Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. (2010). Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13(1), 35-43.
- Panay N. (2015). Genitourinary syndrome of the menopause–dawn of a new era?. *Climacteric*, 18(sup1), 13-17.
- Pastore LM, Carter RA, Hulka BS, Wells E. (2004). Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women’s Health Initiative. *Maturitas*, 49(4), 292-303.
- Pinkerton JV, Kagan R, Portman D, Sathyanarayana R, Sweeney M. (2014). Phase 3 randomized controlled study of gastroretentive gabapentin for the treatment of moderate-to-severe hot flashes in menopause. *Menopause*, 21(6), 567-573.
- Rahman SASA, Zainudin SR, Mun VLK. (2010). Assessment of Menopausal Symptoms Using Modified Menopause Rating Scale (MRS) Among Middle Age Women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*. 9(5): 1-6.
- Rahman S, Salehin F, Iqbal A. (2011). Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushtia, Bangladesh. *BMC research notes*, 4(1), 188.
- Regestein Q, Friebely J, Schiff I. (2015). How self-reported hot flashes may relate to affect, cognitive performance and sleep. *Maturitas*, 81(4), 449-455.

- Rendall MJ, Simonds LM, Hunter MS. (2008). The Hot Flush Beliefs Scale: A tool for assessing thoughts and beliefs associated with the experience of menopausal hot flushes and night sweats. *Maturitas*, 60(2), 158-169.
- Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palanci Y, Toksöz P. (2005). Diyarbakır il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, 32(2), 77-83.
- Schildkraut JM, Cooper GS, Halabi S, Calingaert B, Hartge P, Whittemore AS. (2001). Age at natural menopause and the risk of epithelial ovarian cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 98(1), 85-90.
- Schneider HPG, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behreç HM. (2000). The Menopause Rating Scale (MRS): Reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*, 3(1), 59-64.
- Sert G. (2009). Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Dğerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Sharma S, Mahajan N. (2015). Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: a cross-sectional study. *Journal of Mid-Life Health*, 6(1), 16.
- Shea JL. (2006). Chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes. *Climacteric*, 9(1), 30-39.
- Sherman S. (2005). Defining the Menopausal transition. *The American Journal of Medicine*. 118(12): 3-7.
- Simon JA, Reape KZ. (2009). Understanding the menopausal experiences of professional women. *Menopause*, 16(1), 73-76.
- Sis A. (2010). Menopoz Dönemisindeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Straus JR. (2011). The Reciprocal relationship between menopausal symptoms and depressive symptoms: a 9-year longitudinal study of american women in midlife. *Maturitas*, 70(3), 302-306.

- Subrahmanyam N, Padmaja A. (2016). Menopause related problems among women in a rural community of Kerala. *International Journal of Innovative Research and Development*, 5(1), 3678-3681.
- Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. (2005). Urinary incontinence: Common problem among women over 45. *Canadian Family Physician*, 51(1), 84-85.
- Şahin NH. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 82-90.
- Şahmay S. (2008). Postmenopozal dönem ve ürogenital atrofi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 1(3), 23-26.
- Şen E, Sevil Ü. (2008). Menapoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16(62), 136-142.
- Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. bs.). Ankara: Özyurt Matbaacılık. S: 497-498.
- The North American Menopause Society. (2011). Menopause: Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms. *Menopause*. 11(1):11-33.
- Thunell L, Stadberg E, Milsom I, Mattsson LA. (2004). A longitudinal population study of climacteric symptoms and their treatment in a random sample of swedish women. *Climacteric*, 7(4), 357-365.
- Timur S, Şahin NH. (2009). Effects of sleep disturbance on the quality of life of turkish menopausal women: a population-based study. *Maturitas*, 64(3), 177-181.
- Tortumluoğlu G. (2003). Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum Ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Tortumluoğlu G. (2004). Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1:1-13
- Tortumluoğlu G, Erci B. (2004). Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7: 48-58.
- Turfanda A, Topuz S. (2004). "Menopoz", Jinekoloji, (Ed. S Berkman), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S; 87-97.

- Tümer A, Kartal A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3);337-346.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.(2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim: 12.06.2018,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- Tüzün S, Aktas, Akarırmak Ü, Sipahi S, Tüzün F. (2004). Postmenopozal osteoporozda yoga eğitiminin denge ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Osteoporoz Dünyasından*, 10 (3), 118-122.
- Vural PI, Yangın HB (2016). Menopoz algısı: Türk ve Alman kadınların karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3),7-15.
- Vivian-Taylor J, Hickey M. (2014). Menopause and depression: is there a link?. *Maturitas*, 79(2), 142-146.
- Wewers ME, Lowe NK. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13(4), 227-236.
- Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanisławska M, ve ark. (2014). Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(7), 6692-6708.
- Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. (2009). Menopause-specific questionnaire assessment in us population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*, 62(2), 153-159.
- Woods NF, Mitchell ES. (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine*, 118(12), 14-24.
- Yangın HB, Ak GS, Sengün N, Kukulcu K. (2008). The relationship between depression and sexual function in menopausal period. *Maturitas*. 61:233-237.
- Yurdakul M, Eker A, Kaya D. (2007). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 187-193.
- Yücel Ç. (2006). Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşamlarına İlişkin Sorunlarının ve Baş Etme Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Yücesoy İ, Çakıroğlu Y. (2007). Menopoz ve Postmenopoz. Çiçek MN, Mungan MT(Ed.). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. S:30-32.

Ziaei S, Kazemnejad A, Zareai M. (2007). The effect of vitamin e on hot flashes in menopausal women. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 64(4), 204-207.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Yaşınız:

1. Boy..... Kilo:

2. Eğitimi durumunuz:

- 1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu
4) Üniversite mezunu 5) Lisansüstü eğitim

4. Çalışma Durumunuz:

- 1)Çalışmıyor 2)Çalışıyor 3)Emekli

5. Eşinizin eğitim durumu

- 1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Lisansüstü

6. Eşinizin mesleği: 1) Memur 2) İşçi 3) Serbest meslek 4) Emekli

7. Aile Tipi: 1) Çekirdek 2) Geniş

8. Ailenizin gelir seviyesi: 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

9. Vücut ağırlığınızı nasıl tanımlarsınız?

- 1) Zayıf 2) Normal 3) Fazla kilolu 4) Aşırı kilolu

10. Sigara içme durumunuz?

- 1) İçiyor 2) İçmiyor

11. Kronik hastalık öykünüz?

- 1) Var (Belirtiniz.....) 2) Yok

12. Herhangi bir kadın hastalığınız var mı?

- 1) Evet (Belirtiniz:.....) 2) Hayır (14. Soruya geçiniz)

13. Kadın hastalığı ile ilgili herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

- 1) Evet (Belirtiniz.....) 2) Hayır

14. Toplam Gebelik Sayısı:

15. Yaşayan Çocuk Sayısı:.....

16. Birlikte Yaşanılan Çocuk Sayısı:

17. Menopoza yönelik bilgi aldınız mı?

1. Evet, menopoza girmeden önce bilgi aldım.
2. Evet, menopoza girdikten sonra bilgi aldım.

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (Devamı)

3. Hayır, menopoz hakkında bilgi almadım.

18. Menopoz evreniz?

1. Adetlerim arasındaki süre 35-40 günden fazla
2. Bir yıldır adet görmüyorum
3. Menopoza gireli bir yıldan daha fazla süre geçti
4. Adet görüyor

Menopoza girdi iseniz 19. ve 20. soruları cevaplayınız.

19. Hangi yolla menopoza girdiniz?

1) Doğal yolla 2) Cerrahi yolla (Yumurtalıkların alınması ameliyatı olunması)

20. Doktor tarafından önerilen menopoza yönelik Hormon Replasman Tedavisi'ni (HRT) alıyor musunuz?

1) Almadım 2) Halen devam ediyorum 3) Daha önce aldım şu an almıyorum

Ek 2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Sevgili hanımlar,
Menopoz semptomlarınızı değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikayetlerinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

	Hiç Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
YAKINMALAR					
Sıcak basması, terlemeler (Terleme Nöbetleri)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, terleme, çarpıntı hissi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endişe/Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikayetleri)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ek 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi

Aşağıda günlük yaşam aktiviteleri çizelgesi yer almaktadır. Bu aktivitelere 0'dan 10'a kadar numaralar verilmiştir. Sıfır değeri menopozal semptomların günlük yaşam aktivitelerini engellemediğini, 10 değeri ise tamamen engellediğini göstermektedir. Menopozal semptomların bu aktivitelerinizden hangilerini ne düzeyde etkiledi ise, sayılardan birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Hiç engellemiyor											Tamamen engelliyor
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Çalışma ve hareket (ev dışında ve iş yaşamında)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Sosyal aktiviteler (aile ile geçirilen zaman, arkadaş toplantıları, tiyatro, eğlence vb.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Boş zaman aktiviteleri (dinlenme, televizyon, kitap okuma, hobiler vb.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Uyku (uykuya dalmada güçlük, uyuyamama)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Ruhsal durum (huzursuzluk, keyifsizlik hali, sinirlilik ve gerginlik)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Konsantrasyon, fiziksel ve zihinsel yorgunluk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Kişilerarası iletişim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Cinsellik (cinsel istekte ve cinsel ilişkide değişiklik)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Yeme – içme (iştahsızlık, aşırı yeme, kilo alma, ya da verme gibi)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Boşaltım (idrar sorunları, idrar yapmada güçlük, sık idrara çıkma, kabızlık)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Yaşamdan zevk alma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. Genel yaşam kalitesi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Mevlüde ALPASLAN, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak Doç.Dr.Nülüfer ERBİL danışmanlığında “**Menopozal Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi**” isimli çalışmayı yürütmekteyim.

Bu bilimsel araştırma, menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkilerini incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma için Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'den gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmadaki formları doldurmanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Soru formlarına isim yazmanız gerekmekte olup, formları doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı: Mevlüde ALPASLAN

İş Adresi: Samsun Gazi Devlet Hastanesi

Telefonu:

E-Posta: mevlude_alpaslan@hotmail.com

Tarih ve İmzası:

Ek 5. Menopoz Semptomları Ölçeği İzin Yazısı

29.11.2018

Posta - mevüde alpaslan - Outlook

Re: İt: Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği

Özlem can <ozlemcangurkan@gmail.com>

Çarş.07.2017, 14:24

Kime: mevüde alpaslan <mevüde_alpaslan@hotmail.com>

Merhaba Mevüde,

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğini çalışmanızda kullanımanızdan memnuniyet duyanım. Ölçeğin aslına ve değerlendirmesi ile ilgili bilgiye aşağıda belirttiğim linkten ulaşabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

<http://kadimrehastaliklari.com/yrsi-doc-dr-ozlem-can-gurkan/>

2017-07-04 17:45 GMT+03:00 mevüde alpaslan <mevüde_alpaslan@hotmail.com>:

Gönderen: mevüde alpaslan <mevüde_alpaslan@hotmail.com>

Gönderildi: 4 Temmuz 2017 Salı 13:42

Kime: ozlemcangurkan@gmail.com

Konu: İt: Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği

Gönderen: mevüde alpaslan <mevüde_alpaslan@hotmail.com>

Gönderildi: 13 Haziran 2017 Salı 16:07

Kime: ozc@gmail.com

Konu: Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği

İyi çalışmalar.

--

Yrd.Doç.Dr. Özlem CAN GÜRKAN

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hematolojik BÖSümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hematoloji A.D.

Büyükdüğü Mah. Mahape Büyükdüğü Yolu Sk. No:9/4/Kat:2

<https://outlook.live.com/owa/?id=ACB8AD3A5AATY0MIDABLTHANNWCZYKZmADgthiDAQLTawCgBGAANDzZsMhd00EBVoy1GZpags42u#FBP66...> 1/2

Ek 6. Günlük Yaşam Aktiviteleri Çizelgesi İzin Yazısı

20.11.2018

Posta - mevlude_alpaslan@hotmail.com

Ynt: izin yazısı

ebru gozuyesil <ebrugozuyesil@hotmail.com>

5.09.2017 (Sal) 10:29

Gün: mevlüde alpaslan <mevlude_alpaslan@hotmail.com>

1 ekin (17 KB)

GYA çizelgesi.docx

Sevgili Mevlüde Alpaslan,
Sıcak Basmasının Günlük Yaşam Üzerine Etkilerini Belirleme Çizelgesi'ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL

Çukurova Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri MYO
Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü
Yaşlı Bakım Programı
Balcalı/ Sarıçam / ADANA
Tf: 0322 3386084
egozuyesil@cu.edu.tr

Gönderen: mevlüde alpaslan <mevlude_alpaslan@hotmail.com>

Gönderildi: 30 Ağustos 2017 Çarşamba 12:17

Kime: egozuyesil@cu.edu.tr; ebrugozuyesil@hotmail.com; mbaser@erciyes.edu.tr

Konu: izin yazısı

iyi çalışmalar...

Ek 7. Kurum İzin Yazısı



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 61646299/044
Konu : Mevlüde ALPASLAN'ın Araştırma İzni

GAZİ DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 05/10/2017 tarihli ve 37753/004-619-7182 sayılı yazınız.

Danışmanlığımı Doç.Dr. Nilüfer ERBİL'in yaptığı, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim dalında yüksek lisans eğitimi gören Hastaneniz Hemşiresi Mevlüde ALPASLAN'ın "Menapoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi" konulu tez çalışmasını Hastanenizde yapması uygun görülmüş olup gerekli evraklar yazınız ekinde gönderilmiştir.

Araştırmanın ilimiz sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular itiva edip etmediğinin tetkiki ve araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sorumlusu Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmasına izin verilmiştir.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır,
Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Protokol (1 sayfa)
- 2- TUEK Kararı (1 Sayfa)
- 4- Başvuru Formu ve Tez Evrakları (12 Sayfa)

Eğitim Hizmetleri Adalat Mah. 190. Yıl Bulvarı No.232 İlkadım/Samsun

Faks No:

e-Posta: isa.gurdal@saglik.gov.tr İnt. Adresi: T.C. Sağlık Bakanlığı Genel Sekreter İsa GÜRDAL İst. 0362 311 25 00 / 1508 Faks: 0362 311 25 28 E-mail: khh55.egitim@saglik.gov.tr

Evde bulunan elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0200209-3663-4366-Suse-06133rd87042 kodu ile ulaşabilirsiniz.

Bu belge 2070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için İsa GÜRDAL

Uzman TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0362 311 25 00/1508

Ek 8. Etik Kurul Onayı



ORDU
ÜNİVERSİTESİ

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rakıtaç - Sağlık Bilimleri Fakültesi
Kütüphane
10.11.2017 15:08
Sayı: 521203019-200-E-2017001/14816
14000134616

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
09/11/2017	22	15.30	133

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yrd.Doç.Dr.Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2017/ 133

Sorumlu yürütücü Doç.Dr. Nülüfer ERBİL'in KAEEK 136 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Menopoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi*" başlıklı araştırmanın etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır

Yrd.Doç.Dr.Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mevlüde ALPASLAN
Doğum Yeri : Havza/ SAMSUN
Doğum Tarihi : 01.12.1986
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : mevlude_alpaslan@hotmail.com
İletişim :
Bilgileri

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Hacettepe Üniversitesi	2005-2010
Y. Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2016-2018

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Samsun Gazi Devlet Hastanesi	2011-Halen

Yayımlar :

1.