



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN MENOPOZ
DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN YAŞADIĞI DENEYİM VE
ZORLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR
ÇALIŞMA**

Dr. NURAY TAK YAĞMUR

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN MENOPOZ
DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN YAŞADIĞI DENEYİM VE
ZORLUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR
ÇALIŞMA**

Dr. NURAY TAK YAĞMUR

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi / Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Nuray TAK YAĞMUR

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadığı Deneyim ve Zorlukların Değerlendirilmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2025 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2025

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.12.2024 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

29.05.2025

Dr. Nuray TAK YAĞMUR

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim ve tez hazırlık sürecim boyunca engin bilgisi, hoşgörüsü ve tecrübesiyle her zaman yanımda olan değerli Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın’a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanabilme imkânı bulabildiğim Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın’a,

Tez süresince bilgi ve deneyimiyle çalışmanın yürütülmesinde büyük destek sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Erkut Etçioğlu’na,

Uzmanlık eğitimimi keyifli ve anlamlı hâle getiren değerli asistan arkadaşlarıma,

Her koşulda yanımda olan, desteği ve sevgisiyle gücümü artıran sevgili eşim ve meslektaşım Uzm. Dr. Fatih Yağmur’a ve biricik oğlumuz Ömer’e,

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarıma,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Nuray Tak Yağmur

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Menopoz Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.2. Klimakterium Dönemi.....	3
2.2.1. Premenopoz.....	5
2.2.2. Menopoz.....	5
2.2.3. Perimenopoz.....	6
2.2.4. Postmenopoz	6
2.3. Menopoz Çeşitleri	6
2.3.1. Başlangıç yaşına göre.....	6
2.3.1.1 Erken menopoz.....	6
2.3.1.2 Normal menopoz.....	6
2.3.1.3 Geç menopoz.....	7
2.3.2. Oluş biçimine göre menopoz.....	7
2.3.2.1 Doğal menopoz	7

2.3.2.2 Cerrahi menopo	7
2.4. Menopo Fizyolojisi ve Endokrin Değişiklikler	7
2.5. Menopo Semptomları	9
2.5.1. Vazomotor semptomlar	11
2.5.2. Uyku bozuklukları	11
2.5.3. Psikojenik ve zihinsel semptomlar	12
2.5.4. Menopozun genitoüriner sendromu	13
2.5.5. Cinsel sorunlar	14
2.5.6. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri	14
2.5.7. Postmenopozal osteoporoz	15
2.5.8. Dermatolojik değişiklikler	16
2.6. Menopo Tedavi Yaklaşımları	17
2.6.1. Menopozal hormon tedavisi	17
2.6.2. Hormon dışı tedaviler	19
2.7. Aile Hekimliği Menopo Yönetimi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	23
3.5. Verilerin Analiz	24
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
4. BULGULAR	26
4.1. Menopozun Algılanması	29
4.1.1 Doğal süreç olarak algılama	29

4.1.1.1 Doğal.....	29
4.1.1.2 Yaşlanma.....	30
4.1.2 Hastalık olarak algılama.....	30
4.2 Menopozun Fiziksel ve Psikolojik Etkileri	31
4.2.1 Menopozun fiziksel etkileri.....	31
4.2.1.1 Sıcak basması ve gece terlemeleri.....	31
4.2.1.2 Vajinal kuruluk.....	32
4.2.1.3 İdrar sorunları.....	33
4.2.1.4 Cilt değişiklikleri.....	34
4.2.1.5 Kemik erimesi	34
4.2.2 Menopozun psikolojik etkileri	35
4.2.2.1. Ruhsal değişimler.....	35
4.2.2.2. Uyku sorunları.....	36
4.2.2.3. Cinsel sorunlar	36
4.3 Menopoz Sürecinde Başa Çıkma Stratejileri	37
4.3.1 Sağlık desteği arayışı.....	37
4.3.1.1. Doktor arayışı.....	38
4.3.1.2.İlaç desteği arayışı.....	38
4.3.1.3.Alternatif ilaç desteği	39
4.3.2 Kişisel başa çıkma yöntemleri.....	39
4.3.2.1.Çevresel önlemler.....	39
4.3.2.2.Davranışsal stratejiler.....	40
4.4 Menopoz Döneminde Sosyal Destek ve İlişkiler	41
4.4.1 Aile ve yakın çevreden alınan destek.....	42
4.4.1.1.Eş ve aileden alınan destek	42
4.4.1.2.Arkadaş ve sosyal çevreden alınan destek	43

4.4.2 Sosyal ilişkilerde değişiklikler	43
4.4.2.1.Sosyal izolasyon ve yalnızlık hissi.....	43
4.4.2.2.Aile içinde sorunların artması	44
4.5.Yaşamın Etkilenmesi.....	44
4.5.1.Duygusal etkiler	45
4.5.1.1. Kadınlık hissi kaybı.....	45
4.5.1.2. Yaşamın olumsuz etkilenmesi.....	46
4.5.2.Fiziksel görünüm.....	46
4.5.2.1. Kilo sorunları	47
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	48
6.KAYNAKLAR	59
7. EKLER	69
EK-1: Anket Formu.....	69
EK-2: Etik Kurul Kararı	70
ÖZGEÇMİŞ	71

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AMH:	Anti-müllerien hormon
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DVT:	Derin ven trombozu
DXA:	Dual energy x-ray absorptiometry
FDA:	Food and Drug Administration
FSH:	Folikül uyarıcı hormon
GnRH:	Gonodotropin releasing hormon
GSM:	Genitourinary Syndrome of The Menopause
HDL:	Yüksek yoğunluklu lipoprotein
HRT:	Hormon replasman tedavisi
ISSWSH:	Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Çalışmaları Derneği
KVH:	Kardiyovasküler hastalıklar
LDL:	Düşük yoğunluklu lipoprotein
LH:	Luteinleştirici hormon
MHT:	Menopozal hormon tedavisi
NAMS:	Kuzey Amerika Menopoz Derneği
REM:	Rapid eye movement
SERM:	3. Kuşak selektif östrojen reseptör modülatörleri
SS:	Standart Sapma
SSRI:	Selektif serotonin geri alım inhibitörü
STRAW:	Stages of Reproductive Aging Workshop
VMS:	Vazomotor semptomlar

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Üreme yaşlarının evreleri çalıştay (STRAW).....	4
Şekil 4.1. Katılımcıların menopoz döneminde yaşadıkları deneyim ve zorluklar hakkındaki görüşlerinin kelime bulutu	27



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Menopoz semptomları, görülme yılları ve oranları.....	10
Tablo 4.1. Menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı deneyim ve zorlukların değerlendirilmesi için belirlenen tema, alt temalar ve kategoriler	28



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Menopoz, kadının adet döngüsünün sona erdiği, fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı doğal bir süreçtir. Bu çalışma, kadınların menopoz deneyimlerini, başa çıkma yöntemlerini ve aile hekimliğinin bu süreçteki rolünü incelemeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Bu araştırma, niteliksel yöntemle yürütülmüştür. Çalışmaya Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 40-65 yaş aralığında doğal menopoz döneminde bulunan 16 kadın katılmıştır. Veriler, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yüz yüze toplanmış ve ses kayıtları alınmıştır. Elde edilen veriler beş tema ve ilgili alt temalar şeklinde gruplandırılmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması $54,56 \pm 3,48$ SS, ortancası 55 olup yaş aralığı 48-62'dir. Menopoz süresi 0-5 yıl arasında olanlar %50, 5-10 yıl olanlar %43,75, 11 yıl ve üzeri olanlar ise %6,25'tir. Görüşmeler sonucunda elde edilen veriler beş ana tema altında toplanmıştır: menopoz algısı, fiziksel ve psikolojik etkiler, başa çıkma stratejileri, sosyal destek ve yaşamın etkilenmesi. Katılımcılar menopozu yaşlanmanın başlangıcı ve adet döngüsünün sona ermesi şeklinde tanımlamış, bu süreci doğal bir gelişim olarak değerlendirmiştir. Fiziksel ve ruhsal belirtilerle başa çıkmada bireysel yöntemlerin ve sosyal desteğin önemli rol oynadığı vurgulanmıştır.

SONUÇ: Menopoz dönemindeki kadınlar fiziksel, duygusal ve sosyal düzeyde çeşitli zorluklar yaşamaktadır. Bu zorluklarla başa çıkmada bireysel stratejilerin yanı sıra sağlık sisteminden alınan desteğin önemi büyüktür. Aile hekimliği birimlerinin, kadınların menopoz sürecine yönelik daha bütüncül, bilgilendirici ve destekleyici hizmetler sunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, deneyim, menopoz, nitel çalışma

ABSTRACT

Evaluation of experiences and difficulties of menopausal women applying to family health center: a qualitative study

INTRODUCTION AND AIM: Menopause is a natural process characterized by the cessation of the menstrual cycle and the occurrence of physiological and psychosocial changes in women. This study aims to examine women's menopause experiences, coping strategies, and the role of family medicine in this process.

MATERIALS AND METHODS: This research was conducted using a qualitative methodology. Sixteen women aged 40 to 65, who were in the natural menopausal period and applied to the Training Family Health Center affiliated with the Department of Family Medicine at Sakarya Training and Research Hospital, participated in the study. Data were collected through face-to-face interviews using a semi-structured interview form and audio recordings. The obtained data were categorized into five main themes and related sub-themes.

RESULTS The mean age of the participants was 54.56 ± 3.48 SD years, with a median age of 55, ranging from 48 to 62 years. Among the participants, 50% had been in menopause for 0–5 years, 43.75% for 5–10 years, and 6.25% for 11 years or longer. The data from the interviews were organized under five primary themes: perception of menopause, physical and psychological effects, coping strategies, social support, and impact on life. Participants defined menopause as the onset of aging and the end of the menstrual cycle, considering it a natural developmental process. The significance of individual coping methods and social support in managing physical and psychological symptoms was emphasized.

CONCLUSION: Women in the menopausal period experience various challenges on physical, emotional, and social levels. In coping with these difficulties, the importance of both individual strategies and support from the healthcare system is substantial. Family medicine units are recommended to provide more comprehensive, informative, and supportive services tailored to women undergoing the menopausal transition.

Keywords: Family medicine, experiences, menopause, qualitative study

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre menopo; “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır” (WHO, 1996).

Menopoz, kadınların üreme döneminin sona erdiğini gösteren doğal ve fizyolojik bir süreç olup, aynı zamanda yaşamda önemli bir geçiş evresini temsil etmektedir. Üreme yeteneğinin kaybolduğu menopoz dönemine Türkiye’de kadınların ortalama 46 yaşında girdiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014). Dünya’da ise farklı araştırma sonuçları olmasına rağmen menopoza girme yaşı ortalama 51 yaş olarak kabul edilmektedir (WHO, 1996).

Menopoz, ardışık 12 aylık amenore döneminin ardından retrospektif olarak konulan klinik bir tanıdır (Sherman, 2005).

Menopozun temel fizyolojik mekanizması incelendiğinde, östrojen düzeylerinde azalma ve folikül uyarıcı hormonun (FSH) seviyesinde belirgin bir artış gözlenmektedir. Bu hormonal değişimlerin ve norepinefrin, serotonin ve diğer nöroregülatörlerin salınımdaki artış menopozla ilişkili belirtilerin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir. (Kaunitz ve Manson, 2015; Santoro ve ark., 2015).

Menopoz döneminde gelişen değişiklere bağlı olarak kadınlarda fiziksel ve psikolojik birçok semptom ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde kadınlar yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen vazomotor semptomlar (terleme, sıcak basması), somatik semptomlar (eklem ve kas ağrıları, yorgunluk), psikolojik semptomlar (sinirlilik, huzursuzluk, gerginlik, aşırı duygusallık), uyku problemleri, cinsel sorunlar, vajinal kuruluk ve kemik sağlığı (osteoporoz) gibi sorunlar yaşayabilirler (Polat ve Geçici, 2021). Vazomotor semptomlar (VMS) menopozun temel belirtileri arasında yer alır ve son adet döneminde en yüksek seviyeye ulaşır. Kadınların yaklaşık %80’i menopoz sırasında VMS yaşamaktadır (Avis ve ark., 2018).

Menopoz dönemindeki her kadının semptom yoğunluğunun farklı olması ve tedaviye verilen yanıtların değişkenlik göstermesi, semptomların yalnızca hipoöstrojenemi ile açıklanamayacağını göstermektedir. Bu durum, kadınların menopoz sürecine ilişkin algı, tutum, deneyim ve davranış biçimlerinin de semptomların ortaya çıkışında ve şiddetinde etkili olduğunu düşündürmektedir (Utian, 2005). Ayrıca, menopoz semptomlarının görülmesinde ve sağlık hizmetlerine başvuruda önemli bir faktör, kadınların menopoz hakkında sahip oldukları bilgi düzeyidir. Farklı araştırmalar, menopoz semptomlarının şiddetinin ve kadınların yaşam kalitesinin, bireysel deneyimler ve toplumların kültürel özelliklerine bağlı olarak değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kadınların menopoz sürecine yönelik olumsuz tutumları, dönemin daha zor ve sıkıntılı geçmesine neden olurken, olumlu tutumlar semptomların etkilerini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır (Thurston ve Joffe, 2011).

Demografik değişim sonucunda, doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi son yüzyılda önemli ölçüde uzamış ve kadınların postmenopozal dönemde geçirdikleri süre artmıştır. Postmenopozal dönemdeki kadın sayısının tüm nüfusa oranı zamanla yükselmektedir. Bu durum, menopozun kadın hayatındaki önemi daha da artmaktadır. Bu nedenle kadınlara yönelik sağlık hizmeti planlanmasında ve sunulmasında menopoz, dikkate alınması gereken önemli kadın sağlığı meselesi haline gelmiştir (Bruce ve Rymer, 2009; Hacettepe Üniversitesi, 2013).

Menopoz döneminde olumsuz deneyimler yaşayan kadınlar genellikle tıbbi destek arayışına yönelmektedir; çoğunlukla belirtilerle ilk başvurdıkları aile hekimliğidir. Bu araştırma, kadınların menopoz ve semptomları hakkındaki bilgi, tutum ve deneyimlerini; semptomlarla başa çıkma yöntemlerini ve semptomların yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz Tanımı ve Tarihçesi

Menopoz, kadında son menstrüasyon kanamasının gerçekleştiği ve ardından adet döngüsünün kalıcı olarak sona erdiği dönemi ifade eder. Bu aşama, kadınların üreme yeteneğinin sona erdiği biyolojik bir süreçtir ve kadın hayatında önemli bir dönüm noktasıdır (Aydemir, 2007; Sherman, 2005).

Milattan önceki dönemde, Aristoteles kadınların menopoza girdiğinden söz ederken, Hipokrat menopoz semptomlarının (sıkıntı, çarpıntı gibi) kadın üreme organlarının yer değiştirmesine bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Tarihsel süreç seyrinde menopoz dönemi için “kritik zamanlar- kadınların cehennemi- zehrin vücuttan atılamaması” gibi olumsuz ifadeler kullanılmıştır. İlk kez 1816 yılında menopoz terimini Fransız Dr. Gardanne tarafından “menespausie” olarak Latince “ay” anlamına gelen “menos” ve “sona ermek, durmak” anlamı taşıyan “pausos” sözcüklerinin köklerinden türetilerek kullanılmıştır (Aydemir, 2007).

Tarihin her döneminde kadın hayatında önemli bir yere sahip olan menopoz hakkında, kanda östrojen düzeyinin azaldığından ve gonadotropinlerin seviyelerinin yükseldiğinden 1936 yılında bahsedilmeye başlanmış olup Avrupa Menopoz Derneği ise 1990 yıllarında kurulmuştur. Türkiye’deki menopoz ile ilgili bilimsel araştırmalar 1970 yıllarından sonra başlamış ve “Türk Menopoz ve Osteoporoz Derneği” 1992 yılında kurulmuştur (Demirkol, 2008).

2.2. Klimakterium Dönemi

Klimakterium, kadın yaşamının doğurganlık dönemi ile yaşlılık dönemi arasındaki geçiş süresini tanımlayan terimdir. Bu dönemde, overlerde meydana gelen fonksiyonel ve morfolojik değişiklikler sonucunda hormonal dengede farklılaşmalar oluşur ve bu değişimler menopoz semptomları olarak adlandırılan çeşitli psikolojik ve fizyolojik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu dönem geçiş dönemidir ve

en önemli noktası son menstrüasyon kanamasıdır. Son adet kanamasından yaklaşık 10 yıl önce ortalama 40-45 yaş aralığında başladığı ve 65 yaşına kadar devam eden klimakterium 4 evreden oluşmaktadır: premenopoz, perimenopoz, menopo ve postmenopoz (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

2001 yılında, kadın üreme yaşamının ilk standart sınıflandırması olan Üreme Yaşlarının Evrelemeleri Çalıştayı (Stages of Reproductive Aging Workshop; STRAW) gerçekleştirilmiştir. STRAW'ın temel amacı, kadının normal üreme dönemlerini tanımlamak ve bu dönemleri evrelere ayırarak sınıflandırmaktır. Ancak, her evre tüm bireylerde aynı şekilde görülmeyebilir veya sıralı bir biçimde ilerlemeyebilir. STRAW bildirisinde sabit referans noktası son menstrüasyon kanaması olarak belirlenmiştir. (Hale ve ark., 2007; Şekil 2.1.)

Son adet kanaması									
Evreler	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	
Terminol oji	Üreme evresi			Menopozal Geçiş			Postmenopoz		
	Erken	Pik	Geç	Erken	Geç	Erken	Geç		
				Perimenopoz					
Evrenin süresi:	Değişken			Değişken			1 yıl	4 yıl	Ölüme kadar
Adet süresi	Değişk en düzenli	Düzenli		Siklüs değişken (normalden farklı > 7 gün)	≥ 2 Atlanmış siklus ve bir amenore süresi (≥ 60 gün)	Amenore x12 ay	Yok		
Hormon değişimi	Normal FSH		↑FSH	↑ FSH				↑ FSH	

Şekil 2.1. Üreme Yaşlarının Evrelerini Çalıştayı (STRAW) (Hale ve ark., 2007'den değiştirilerek kullanılmıştır).

Kadınlarda üreme evrelerinin yaş aralığı ve süresi bireyler arasında farklılık göstermektedir. Son menstrüel kanamadan önce 5, sonrasında 2 evre olmak üzere toplam 7 evreye ayrılmıştır. Evre -5 ile -3 arasındaki dönem erken üreme dönemini tanımlar; bu evrelerde Evre -5 erken üreme dönemini, Evre -4 üreme pikini ve Evre -3 ise geç üreme dönemini göstermektedir. Evre -2, erken menopozal geçiş dönemini ifade eder. Bu dönemde kadınların adet döngüleri genel olarak düzenli olmakla birlikte, sikluslar arasındaki süre 7 gün veya daha fazla değişiklik gösterebilir. Döngü uzunlukları genellikle kısalırken, folikül uyarıcı hormon (FSH) seviyeleri artar. Anovulatuvar döngüler arasında ovulatuvar döngüler de görülebilir ve gebelikler oluşabilir. Geç menopozal geçiş dönemi olarak adlandırılan Evre -1, anovulatuvar siklusların giderek uzadığı ve art arda iki veya daha fazla menstrüel kanamanın gerçekleşmediği; en az bir kez 60 gün veya daha uzun süreli menstrüel kanamanın görülmediği dönemdir. Evre +1, son menstrüel kanamayı takip eden bir yıllık süreyi ve postmenopozun 2 ila 5. yıllarını kapsarken, Evre +2 daha sonraki postmenopozal yılları tanımlamaktadır (Soules ve ark., 2001).

2.2.1. Premenopoz

Klimakteriumun ilk aşaması, over disfonksiyonunun başlamasından menopozun gerçekleştiği ana kadar geçen süreyi ifade eder ve bu dönemde üreme yeteneği devam etmektedir (Orshan, 2008). DSÖ göre bu evre, menopoz öncesi 2-6 yılı kapsayan, kadınların yakınmalarının başladığı özellikle vazomotor semptomlar, baş ağrısı, yorgunluk ve duygusal değişikliklerin görüldüğü dönem olarak tanımlanır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Karanisoğlu ve Dinç, 2012).

2.2.2. Menopoz

Menopoz fizyolojik olarak gelişen ve gonadotropinlere duyarlı ovaryan folliküllerin tükenmesine bağlı olarak overlerin fonksiyonel yetersizliğiyle karakterize bir durumdur. Bu süreç, kadının art arda 12 ay boyunca adet kanamasının olmadığı dönemi ifade eder (Orshan, 2008; Wiliam ve ark., 2004).

2.2.3. Perimenopoz

Menopoz başlamadan önceki birkaç yılı, menopoza ve menopoz sonrası ilk yılları ifade eder (Burger ve ark., 2008).

2.2.4. Postmenopoz

Perimenopozal dönemin sona ermesiyle başlayan ve yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaşa olan dönemi kapsar. DSÖ'ne göre ise menopozdan sonraki 6-8 yıllık zaman dilimi olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde over fonksiyonlarının tamamen sona ermesiyle üreme yeteneği kaybolmaktadır (Karanisoğlu ve Dinç, 2012).

2.3. Menopoz Çeşitleri

Menopoz başlangıç yaşına göre erken, normal ve geç menopoz olarak; oluş şekline göre ise doğal ve cerrahi menopoz olarak sınıflandırılabilir (Mishra ve ark., 2017).

2.3.1. Başlangıç yaşına göre

2.3.1.1 Erken menopoz

Menopozun 45 yaşından önce gerçekleşmesine “erken menopoz” denir. Eğer bu durum 40 yaşından önce meydana gelirse, “prematür menopoz” olarak adlandırılır (Mishra ve ark., 2017). Erken menopozun görülme sıklığı yaklaşık %4’tür. Etiyolojisinde otoimmün hastalıklar, radyoterapi, kemoterapi, enfeksiyon, sık gebelik öyküsü, düşük ve kürtaj geçmişi, ooferektomi, çevresel faktörler, obezite, hipotiroidi ve idiyopatik gibi durumlar sayılabilir (Nelson, 2009).

2.3.1.2 Normal menopoz

Bir kadının menopoza 45-55 yaş aralığında yaşaması, başlangıç yaşına göre normal menopoz olarak kabul edilmektedir (Çiçek ve ark., 2004).

2.3.1.3 Geç menopoz

Kadının menopoza 55 yaşından sonra girmesi, geç menopoz olarak tanımlanır (iek ve ark., 2004). Menopoz yaşını etkileyen faktörler arasında etnik köken, genetik özellikler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, sosyoekonomik durum, alkol ve sigara kullanımı ile doğum sayısı gibi çeşitli etmenler yer almaktadır (De Bruin ve ark., 2001).

2.3.2. Oluş biçimine göre menopoz

2.3.2.1 Doğal menopoz

Over fonksiyonunun fizyolojik olarak tükenmesi sonucunda, herhangi bir patolojik ya da iyatrojenik neden olmaksızın menstrüel siklusun kalıcı olarak sonlanması durumu doğal menopoz olarak tanımlanır (Görgel ve akıroğlu, 2007).

2.3.2.2 Cerrahi menopoz

Doğal menopoz gerçekleşmeden önce, bilateral overin cerrahi olarak çıkarılması sonucu kadının menopoza girmesi durumudur. Doğal menopozda, hormonal değişiklikler zaman içinde kademeli olarak gelişirken, cerrahi menopozda östrojen, progesteron ve androjen düzeylerindeki düşüş ani ve geçiş dönemi olmaksızın gerçekleşir. Bu nedenle menopoz semptomları akut ve daha şiddetli olarak görülebilir (Bozkurt ve Sevil, 2016).

2.4. Menopoz Fizyolojisi ve Endokrin Değişiklikler

Fetal hayatın erken dönemlerinde primer germ hücreleri mitozis ile çoğalarak oogonium denilen dişi ana germ hücrelerini yapar. Mitoz bölünme sonucunda oogonium sayısı artarken, yaklaşık 15. gebelik haftasında ise oosite geçiş mayoz bölünmeyle olur. Mayoz bölünme sonucunda oluşan primer oositler uzun bir

duraklama dönemine girerek 1. mayozun profaz aşamasında puberteye kadar durur. Oositler pubertenin başlamasıyla mayoz 2'ye girer ve metafaz 2 aşamasında ovulasyonla overlerden atılır ancak fertilizasyon gerçekleşirse mayoz 2 tamamlanır. Bir kız çocuğu doğduğunda overlerinde yaklaşık iki milyon oosit bulunur. Primer oositlerin etrafı epitel dokuyla sarılmıştır ve bu oluşuma primer folikül adı verilir. Reprodüktif çağ boyunca her menstrual siklusta bir primer folikül olgunluğa ulaşarak yaklaşık 400 kadar oosit ovulasyonla overlerden atılır. Geri kalan oositler gelişiminin farklı aşamalarında dejenere olur. Bu olaya folliküler atrezi denir (Lindeberg, 2008).

Kadınların düzenli menstrual siklusu devam edebilmesi için hipotalamus, hipofiz ve overler arasında dengeli bir iletişim kurulması gerekmektedir. Pubertede hipotalamustan GnRH (gonodotropin releasing hormon) düzenli aralıklarla salgılanmaya başlar ve hipofiz ön lobundan salgılanan FSH ve LH (Luteinleştirici Hormon), GnRH tarafından kontrol edilir. Gonodotropinler de progesteron, östrojen, inhibin gibi over steroidlerinin salınımını tetikler. Reprodüktif dönem boyunca progesteron ve östrojen pozitif ve negatif geri bildirim mekanizması etkisiyle GnRH salgılanmasına ve hipofizdeki FSH ile LH üretilmesine etki eder. Ayrıca granüloza hücrelerinden üretilen inhibinin de FSH düzeyi üzerinde negatif geri bildirim etkisi bulunur (Yung ve ark., 2010).

Perimenopozal dönemde ilk FSH yüksekliğin sebebi folikül durumunu önemli belirteci olarak gösterilen inhibinin azalmasıdır. Erken menopozal süreçte oosit sayısı azaldığından inhibin seviyesinde azalma görülür ve FSH üzerindeki negatif feedback etkisi azalır. Bu durum erken dönem FSH yükselmesine neden olur. Menstrual periyodun erken foliküler fazında yükselen FSH etkisiyle foliküller daha hızlı büyür ve östrodiol salgılanmasında artış görülür. Bu da foliküler fazın kısalmasına neden olur. İnhibinin negatif feedback etkisinin azalması sonucu yükselen FSH sebebiyle overde FSH'a karşı direnç oluşmaya başlar. Over epitelinde direnç oluşmasıyla salgılanan östrojen seviyesi azalır. Bunun sonucunda da foliküler faz uzar. Bu dönemde menstruel siklüs değişiklikleri beklenir. Östrodiol azalması LH pikini engeller, ovulasyon gerçekleşemez. Anovulatuvar sikluslar artar. Östrojenin

daha da düşmesi ile menstruasyon kesilir ve postmenopozal dönem başlar (Santoro ve ark, 2004).

Overlerde ovulasyon sonucu oluşan korpus luteum progesteronun ana kaynağıdır. Postmenopozal dönemde ovulasyon gerçekleşmediğinden kanda progesteron seviyesi azalmış tespit edilir (Berek, 2019).

Anti-müllerien hormon (AMH) sekonder foliküllerin granüloza hücrelerinden salgılanan glikoprotein yapıda olup, over rezervini gösteren hormondur. Folikül gelişimindeki fizyolojik sınırları belirleyen AMH, küçük antral foliküllerin FSH tarafından uyarılmasını engeller ve foliküllerin rezervden seçilmesini inhibe eder. Yaşla beraber folikül sayısının azalması sonucu serum AMH seviyesi düşer. AMH yokluğunda folikül tüketimi artar. Kadının serum AMH seviyesinin yaşına göre düşük bulunması erken yaşta menopoza gireceğini gösterir (Dinçer ve Çağlar, 2016).

Reprodüktif yıllarda overlerin teka hücrelerinden LH etkisiyle salgılanan ana androjen androstenediondur. Menopoz sonrası artan gonadotropin seviyeleri sonucu östrojenin önemli ölçüde azalması yanı sıra overden androjen salgılanması devam eder (Adashi,1994; Sluijmer ve ark.,1995). Hiperandrojenemi sonucu perimenopozal dönemde kadınlarda kıllanma artışı ve saç dökülmesi gibi semptomlar oluşur (Decherney ve ark., 2014). Postmenopozal dönemde overde folikül gelişimi olmadığı için androjen üretimi böbreküstü bezi tarafından sağlanır ve androstenodion sentezi %50 azalmaktadır. Oluşan bu hipoandrojenizm sonucu kadınlarda libido azalması, östrojen azalmasıyla beraber vajinal kuruluk, dispareni, yorgunluk, halsizlik gibi semptomlar gelişir (Özgür,2007).

2.5. Menopoz Semptomları

Menopoz döneminde görülen semptomlar kadınlarda değişkenlik gösterir. Fizyolojik durum olan menopoz dönemini bazı kadınlar semptom yaşamadan atlattırken, bazı kadınlarda birçok psikolojik ve fizyolojik değişiklikler gelişir. Gelişen semptomlar her kadında aynı şiddette olmaması ve semptom şiddetini azaltmak için kullanılan

hormon replasman tedavisine yanıtın farklı olması, menopozal semptomlarının ortaya çıkış mekanizmasının tek başına östrojen eksikliğinden kaynaklanmadığını düşündürür (WHO,1996).

Menopoz döneminde görülen semptomlar erken dönem ve geç dönem semptomlar olarak ayrılır. Erken dönem semptomlar arasında menopoz döneminde en yoğun karşılaşılan VMS görülür. Erken dönem semptomları arasında psikolojik semptomlar, genitoüriner semptomlar, saç ve deri değişiklikleri ve uyku bozuklukları sayılmaktadır. Menopozun geç dönemde karşılaşılan semptomları ise osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, nörokognitif değişiklikler ve kanserlerin (meme kanseri) görülme oranlarında artış olarak sayılabilir (Sherman, 2005). Yapılan bir araştırmaya göre, menopoz döneminde görülen semptomlar farklı zamanlarda ortaya çıkmakta ve sıklıkları değişmektedir (Çelikkanat, 2012; Tablo 2.1.).

Tablo 2.1. Menopoz semptomları, görülme yılları ve oranları (Çelikkanat, 2012'den kullanılmıştır).

Menopoz semptomları	Görülme yılları	Görülme oranı (%)
Sıcak basması, terleme	-2; +5	60-70
Duygu durum değişiklikleri	+1; +2	60-70
Atrofik vajinit	+5	Yaş ilerlemesiyle artar.
İdrar sorunları	+5	57-60
Cilt değişiklikleri	+5	20-30
Osteoporoz	+7	25-35
Kardiyovasküler hastalıklar	+10	Yaş ilerlemesiyle artar
Nörokognitif değişiklikler	+20	Yaş ilerlemesiyle artar

Menopoz dönemi bulguları kadın hayatında yaşlılık dönemi şikayetleriyle karıştığı için ayırt etmek zorlaşmaktadır. Fiziksel ve psikolojik semptomlar sebebiyle kadınların yaşam kalitesin düştüğü bu dönemin, kadın tarafından karşılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgili olması, semptomlarla başa çıkmasına ve kadının bu dönemi yönetmesine yardımcı olmaktadır (WHO,1996).

2.5.1. Vazomotor semptomlar

Kadınların menopo  döneminde en sık hekime başvuru nedenini oluşturan vazomotor semptomlardır. Bu semptomlar sıcak basması ve gece terlemesi şeklindeki yakınmalardır. Kadınların yaşam kalitesini etkileyen en yaygın semptomlar olan vazomotor semptomlar erken menopo  evrede başlayarak son mensturasyon kanama yılında zirve noktasına ulaşır. Postmenopozal dönemde yaklaşık 10 yıl boyunca semptomlar görülebilir (El Khoudary ve ark., 2020; Politi ve ark., 2008). Sıcak basması baş ve boyundan başlayıp, 1-30 dakika arasında değişen, ani başlayan, kızarıklık, sıcaklık hissi ve devamında terlemeyle karakterizedir. Sıcak basması ve gece terlemesi şikayetlerini kafeinli içecekler, alkol ve sigara kullanımı, nemli ve sıcak hava, stres gibi faktörler artırırken egzersiz ve soyalı yiyecekler içerdiği fitoöstrojen sebebiyle vazomotor semptomların görülme sıklığını azalttığı tespit edilmiştir. Gece terlemeleri, uyku sırasında gerçekleşen sıcak basmalarıdır. Bu durum uyku kalitesi etkiler ve kadınların hayat kalitesi bozabilir (Archer ve ark., 2011).

VSM'nin tam olarak patofizyolojisi anlaşılmamış olsa da östrojen eksikliği sonucu oluşan termoregülasyon mekanizmasındaki değişiklikler esas teoriyi oluşturur. Diğer bir teori ise serotonin ve noradrenalin değişikleri termoreg ler sistemi etkilemesidir. Vazomotor semptom tedavilerinde hormon replasman tedavileri (HRT) ve selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) olan 'Paroksetin' kullanılmaktadır (Bruce ve Rymer, 2009; Utian, 2005).

2.5.2. Uyku bozuklukları

Menopozal geçişin geç döneminde kadınların yaşam kalitesini etkileyen uyku bozuklukları, uykuya dalma sorunları ve sık uyanma şeklinde görülür (Duman ve Timur, 2018). Yaşlanmayla beraber uyku düzeni ve uyku kalitesi etkilendiği gerçeği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Kadınların yaşlanmayla erkeklerden daha fazla uyku sorunlarıyla karşılaşması, menopozal dönemde değişen hormon seviyelerine

bağlanabilir. Postmenopozal dönemde uyku bozuklukları görülme sıklığı Türkiye’de yapılan araştırmalarda %59,7 olarak tespit edilmiştir (Ağan ve ark., 2015).

Östrojenin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı ve rapid eye movement (REM) fazını uzattığı bilinmektedir. Bu nedenle eksikliğinde uykuya dalma sorunlarının yaşanması ve REM fazının kısalması beklenen bir durumdur (Cintron ve ark., 2017). Fakat perimenopozal uyku bozukluğu çoğunlukla sıcak basmaları nedenlidir. Uyku sorunları, gün içinde oluşan yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, huzursuzluk, depresif duygu durumu ve anksiyete gibi psikolojik semptomlara sebep olur. Uyku bozuklarının yönetiminde uyku hijyeni ilk basamak tedaviyi oluşturur. Kaliteyi uyku için akşam yemeğinin ağır olmaması, kahve ve alkol gibi sıvı kısıtlanması, triptofan içeren süt ve yoğurt gibi besinlerin uyumadan önce alınması, gevşeme egzersizleri, yatak odasında uyuma ve karanlık ortam tercih edilmesi gibi öneriler gerekir. Uykuya dalma sorunları ve sık uyanma semptomlarının nedeni sıcak basması ve gece terlemesi sonucuyla geliyorsa hormon replasman tedavisi (HRT) önerilir (Aydemir, 2007).

2.5.3. Psikojenik ve zihinsel semptomlar

Menopoz dönemindeki kadında, kendini üzgün hissetme, sık ve kolay ağlama, isteksiz, huzursuz, gergin ve öfkeli hissetmesi gibi ruhsal değişiklikler ve hafıza kaybı, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk gibi semptomlar ortaya çıkar (Aibar-Almazán ve ark., 2019, Monteleone ve ark., 2018). Bu dönemde doğurganlık özelliklerin sona ermesi, yaşlanma korkuları, beden değişiklikleri ve menopoz döneminde ortaya çıkan sorunlar nedeniyle kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenir. Dolayısıyla bu dönemi kadın bir kayıp olarak algılayabilir (Bener ve Falah, 2014). Psikolojik ve zihinsel değişikliklerinin yapılan çalışmalarda sebebi ortaya koyulamamış olsa da hipoöstrojenemiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Menopoz döneminde azalan östrojen seviyelerinin merkezi sinir sistemi üzerinde; seratonin, glutamat, katekolaminler ve gama amino bütirik asit gibi bazı nörotransmitterler üzerine etkisi olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Green ve ark., 2012).

Kadının yaşadığı olumsuz sosyal düşünceler ve hormonal değişimler bu dönemi psikolojik değişimlere daha açık hale getirmiştir (Bener ve Falah, 2014).

2.5.4. Menopozun genitoüriner sendromu

Embriyolojik gelişim evresinde aynı kökten orijin alan ürogenital dokular olan labia majör/minor, klitoris, vulva, vajina, üretra ve mesanede çok sayıda östrojen reseptörleri bulunur. Postmenopozal dönemde hipoöstrojenemi sonucu ürogenital dokularda anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler; epitelin incilmesi, kollojen ve elastin kaybı sonucu elastikiyet azalması, düz kas hücrelerinin fonksiyonunun azalması ve görünümünün değişmesi, kan dolaşımının azalması ve vajina pH'sında artma şeklinde ortaya çıkar. Vulvovajinal atrofiler veya atrofik vajinit terimi menopoz döneminde ortaya çıkan ürogenital semptomları yetersiz ve yanlış kapsadığı düşünüldüğü için Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Çalışmaları Derneği (ISSWSH) ve Kuzey Amerika Menopoz Derneği (NAMS) tarafından menopozun genitoüriner sendrom (Genitourinary syndrome of the menopause) (GSM) terimi geliştirilmiştir (Portman ve Gass, 2014).

GSM'nin en sık semptomu olan vajinal salgıların azalmasına bağlı gelişen vajinal kuruluştur. Cinsel birliktelik sırasında hatta daha şiddetli vakalarda yürümeyle ve oturma gibi eylemlerde bile oluşan vajinal kuruluğa bağlı gelişen vajinal kasıntı ve yanma görülür. Vulvovajinal epitelin incilmesi kuruluğun diğer bir nedeniyken, ilerleyen süreçlerde vulvada darlıklar, koitus güçlüğü ve dispareni yaratarak, cinsel aktivite ile lekelenme veya kanama gelişir. Bu semptomlar kadınlar için cinsel fonksiyonlar üzerine olumsuz etkiler oluşturur (Shifren, 2018).

Reprodüktif dönem boyunca vajina pH 4-4,5 iken postmenopozal dönemde 6-7 arasındadır ve bu durum enfeksiyona zemin hazırlayarak kötü kokulu akıntıya neden olabilir. Postmenopozal dönemde östrojen yetersizliği ve vaskülarizasyonun azalması sonucu üretra ve bağ dokularında gelişen atrofik değişiklikler, kadınlarda üriner inkontinans, dizüri ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına neden olur. GSM'de

kadınlarda dizüri şikayeti idrarın ince vajina dokusuyla temas etmesi sonucunda da meydana gelebilir (Çiçek ve ark., 2004).

Menopozun genitoüriner sendrom semptomları zamanla gelişir ve her kadında şiddeti farklılık gösterip, tedavi edilmezse vazomotor semptomlar gibi zaman içinde düzelme gözlenmez ve şikayetler progresif olarak artar (Portman ve Gass, 2014).

Genitoüriner sendrom semptomlarının tedavisinde hormonal olmayan veya hormonal (östrojen hormonu) ilaç tedavisi seçenekleri kullanarak iyileşme sağlamaktadır. Hormonal olmayan tedavide, vajinal yağlar ve nemlendirici ürünler kullanılır. Şiddetli GSM semptomlarında ise hormonal tedavi gerekli olup ilk seçenek lokal östrojen tedavisidir. Vajinal tabletler, halkalar, kremler ve fitiller olarak östrojen içeren preparatlar kullanılır. Sistemik östrojen tedavisi olarak vulvovajinal atrofi için seçici östrojen reseptör modülatörü olan Food and Drug Administration (FDA) onaylı ‘ospemifen’ kullanılır. Meme kanseri gibi eksojen östrojen kullanımının kontrendike olduğu durumlarda tercih edilmemelidir (Zheng ve ark, 2015).

2.5.5. Cinsel sorunlar

Menopoz döneminde östrojen, testosteron ve progesteron hormonlarının seviyelerinde azalmalar sonucu kadında cinsel sorunlar yaygın görülür. Libido azalması ve orgazm sorunları olarak görülen cinsel problemler vulvovajinal atrofi, vajinal kuruluk, dispareni, elastikiyette azalma, vajinal duvarda incelme, vajinal enfeksiyon, inkontinans gibi üriner semptomlar ve depresif değişiklikler nedeniyle daha da bozulur (Gelfand, 2000).

2.5.6. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde ölümlerin en büyük nedenidir. Yapılan araştırmalarda, erkeklere göre kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar (KVH) daha geç ortaya çıkması ve postmenopozal dönemde KVH riskinin artması östrojenin

kardiyoprotektif etkisinin sonucudur (Yıldırım, 2010). Östrojen hormonunun kardiyovasküler etkileri, kadın sağlığı açısından oldukça önemlidir. Östrojenin kalp ve damar sağlığı üzerine etkilerini şu şekilde açıklayabiliriz;

1- Östrojen düzeylerindeki azalmanın bir sonucu olarak lipid profilinde değişiklikler meydana gelir; total kolesterol ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) düzeylerinde artış, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeylerinde ise azalma görülür. Total kolesterolün 200 mg/dl'nin üzerinde, LDL'nin 130 mg/dl'nin üzerinde ve HDL'nin 40 mg/dl'nin altında olması kardiyovasküler risk faktörleri arasında yer alır. Bu durum, postmenopozal kadınlarda ateroskleroz gelişimini kolaylaştırmakta ve miyokard enfarktüsü, tromboz, emboli ile inme riskini artırmaktadır (Yıldırım, 2010).

2- Östrojen eksikliği sonucu 'RAS (renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi)' aktifleşir, nitrik oksit değişimi ve endotelin miktarı artmasıyla vazokonstriksiyon olur. Sonucunda hipertansiyon gelişme riski artar (Matthews ve ark., 2009).

3- Visseral yağ dokusunda proinflatuar sitokinlerin ve adipokinlerin üretimine bağlı olarak, östrojen arter kan damarları üzerine doğrudan etki ederek aterosklerotik değişimleri önler (Monteleone ve ark., 2018).

Menopoz döneminde KVH riski artışı nedenleri arasında kadında artan yaş, sedanter yaşam, kilo artışı, sigara içimi gibi faktörleri de sıralayabiliriz (TEMD, 2022)

2.5.7. Postmenopozal osteoporoz

Osteoporoz, her yaşta ve her iki cinsiyette görülebilmekle birlikte, olguların yaklaşık %80'ini kadınlar oluşturmaktadır ve bu kadınların büyük çoğunluğu postmenopozal dönemdedir. Osteoporoz, kemik mikro-mimarisinde bozulmaya yol açarak kemik dayanıklılığının azalmasına ve buna bağlı olarak kırık riskinin artmasına neden olan ilerleyici bir kemik hastalığıdır.

Kemik metabolizmasını etkileyen faktörlere göre primer ve sekonder osteoporoz olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılmaktadır. Primer osteoporoz da postmenopozal osteoporoz ve senil (yaşlılığa bağlı) osteoporoz olarak iki başlık

altında sınıflanır. Postmenopozal osteoporoz endojen östrojen hormonunun azalması sonucu, osteoklastik aktivitenin arttığı yapının azalmasıyla ilgili olarak özellikle trabeküler kemikte (vertebra, pelvis, kalça ve proksimal femur gibi) kaybı ifade eder. Yaşlılığa bağlı osteoporoz ise kemikte yıkımın artmasından çok osteoblastik aktivitenin azalmış olmasıyla alakalıdır. Sekonder osteoporoz ise, altta yatan hastalıklar veya ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen osteoporoz türüdür. Yaşam tarzına bağlı olarak, sigara kullanımı, hareketsizlik, düşük kalsiyum alımı, fazla tuz tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, alkolizm gibi nedenler yer almaktadır. Ayrıca, hipertiroidi, cushing hastalığı, diyabetes mellitus, hiperparatiroidi gibi endokrin hastalıklar, çölyak hastalığı, inflamatuvar barsak hastalıkları gibi gastrointestinal hastalıklar, Romatoid artrit gibi bağ dokusu hastalıkları ve uzun süreli immünsüprasan, glukokortikoidler (>5 mg/gün prednizon veya eşdeğeri, >3 ay süreyle) kullanımı da sekonder osteoporoza neden olabilmektedir. (Cosman ve ark. 2014).

Osteoporoz kırık oluşana kadar sessiz bir hastalık olup, kırıklar en fazla vertebra, radius ve kalçada oluşur. Kırıklar özellikle frajilite kırığıdır; kişinin boyu yüksekliğindeki mesafeden minimal travmalı düşme veya travmasız düşme sonucu oluşan kırıklardır (Papaionnou ve ark., 2010). Hastanın ilk şikayeti fark edilmemiş vertebra kırıklarına bağlı gelişen boy kısalığı olabilir. Kırık sonucu hastalarda genellikle sırt ve vücut ağırları gelişerek yaşam kaliteleri bozulur (Siminoski ve ark., 2006).

Osteoporoz tanısı kemik mineral yoğunluğunun ölçülmesi ya da düşük travmalı bir kırık gelişmesi ile konur. Kemik dansitometre ölçümünde DXA (Dual energy x-ray absorptiometry) yönetimi kullanılmalıdır. Postmenopozal osteoporoz tanısını DXA ölçümlerinde T skorunun -2.5 SS altında olması tanı koydururken, tedavi almayan postmenopozal kadınlarda iki yılda bir, tedavi altında olan hastalarda yılda bir kez bakılması önerilir (Cosman ve ark. 2014).

2.5.8. Dermatolojik değişiklikler

Deride, saç foliküllerinde ve ter bezlerinde östrojen reseptörleri bulunması ve menopoz döneminde östrojen hormon eksikliğinin gelişmesi sonucu bu dokularda

değişikliklerin meydana gelmesi kaçınılmazdır. Yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarının bozulması, epidermisin incilmesi, elastikiyetinin azalması ve deride atrofik değişiklikler sonucu cilt kurur ve kırışıklığı artar. Menopozal dönemde kollajen azalması da artar ve kadında yüz, boyun ve ellerde deri değişikliği olarak sarkmalar görülür (Hall ve Phillips, 2005). Menopoz döneminde kısmı artan androjen ve azalan östrojen sonrası seks hormonu bağlayan globulin azalması serbest testosteron seviyesindeki artışı sonucu saç dökülmeleri ve yüz, çene ve bıyık bölgesinde kıllanma artışı görülebilir (Monteleone ve ark., 2018).

2.6. Menopoz Tedavi Yaklaşımları

Menopoz tedavi yaklaşımları, kadınların menopoz döneminde yaşadığı semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla çeşitli yöntemleri içerir. Bu süreçte menopozun getirdiği sıcak basmaları, gece terlemeleri, vajinal kuruluk, ruh hali değişiklikleri ve uyku bozuklukları gibi zorluklarla başa çıkmak için tedavi yaklaşımları bulunur. Ancak her kadının menopoz deneyimi farklı olduğu için tedavi seçeneklerinin bireysel ihtiyaçlara göre özelleştirilmesi hayati öneme sahiptir. Bu nedenle menopoz tedavi yaklaşımları hormonal tedavi, alternatif yöntemler, ilaç tedavisi, yaşam tarzı değişiklikleri ve diyet ile takviye seçeneklerini kapsayan çok yönlü sistematiği içermektedir. Bu yaklaşım hem fizyolojik hem de psikolojik sağlık üzerine denge sağlamayı hedefler ve kadının yaşam kalitesini artırmayı amaçlar. (Pacius, 2020).

2.6.1. Menopozal hormon tedavisi

Hormon replasman tedavisi (HRT) günümüzde menopozal hormon tedavisi (MHT) olarak ifade edilir. Menopoz döneminde en sık MHT kullanımının nedeni vazomotor semptomların giderilmesidir. Vulvavajinal ve ürogenital atrofiler menopoz sonrası görülen vajina ve çevresindeki dokuların hormonal değişiklikler sonucu incilmesi, kuruması ve esnekliğini kaybetmesi sonucu gelişir. MHT bu semptomların hafifletilmesinde de kullanılır. Gelişen vajinal kuruluk, kaşıntı, yanma hissi ve dispareniyi azaltmak için ve idrar yolu enfeksiyonlarını, idrar kaçırma gibi

problemleri önlemek amaçlı topikal formlarda östrojen kullanılır. MHT'nin diğer endikasyonlarını ise overyan yetmezliği olan kadınlarda hormon seviyelerini dengede tutmak ve kemik mineral yoğunluğu artırarak osteoporoz riskini azaltmaktır. 60 yaş üzeri kadınlarda MHT tercih edilmemelidir. MHT'nin kullanımı kadının sağlık durumu ve menopoz belirtileri göz önünde tutularak kişisel olarak belirlenmelidir. Bu tedavi her kadın için uygun olmayabilir (Paciuc, 2020).

MHT'nin kontraendikasyonları şunlardır:

- 1-Hormona bağlı kanserler: Daha önce meme kanseri, endometrial kanser veya diğer hormonlarla ilişkili kanser öyküsü olan kadınlar için MHT önerilmez.
- 2-Aktif venöz tromboz: Derin ven trombozu (DVT) veya pulmoner emboli gibi tromboembolik hastalık öyküsü bulunan kadınlarda MHT kullanılmamalıdır.
- 3-Karaciğer hastalığı: Aktif karaciğer hastalığı, Protein C, S veya antitrombin eksikliği, Faktör V Leiden mutasyonu gibi karaciğerin yeterli fonksiyon göstermediği durumlarda MHT kullanımı önerilmez.
- 4-Kalp damar hastalıkları: Geçmişte kalp krizi, inme veya ciddi kalp hastalıkları geçirmiş kadınlarda MHT riskli olabilir.
- 5-Hipertansiyon: Kontrol altına alınmamış hipertansiyon hastalığı olan kadınlarda MHT kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- 6-Migren: Auralı migreni olan kadınlarda MHT riski artırabilir (TEMD, 2022).

MHT menopoz döneminde azalan hormonları yerine koymayı amaçlar. Bu amaçla östrojen, progesteron veya östrojen ve progesteron kombinasyonunu içeren ilaçlar kullanılır (Paciuc, 2020). Östrojenlerin oral ve transdermal olarak preparatları bulunur. Oral östrojenler konjuge östrojenler ve 17 β -östradiol şeklinde formları vardır. Transdermal östrojenler ise topikal olarak östradiol jel ve sprey formları ile vajinal östrojen preparatları (halka, krem ve tablet) şeklinde kullanılır (Gaspari ve ark., 2019; Minkin, 2019).

Progesteronlar endojen progesteron ile mikronize progesteron ve sentetik progesteronlar (MPA, noretindron, nomegestrol,-didrogesteron) olarak oral ve transdermal şeklinde bulunur. Sadece östrojen preparatı kullanan kadınlarda endometrium proliferasyonu arttığından endometrium kanseri riski artar ve bu

nedenle uterusu olan östrojen alan kadınlarda ayda minimum 10-14 gün progesteron tedavisi kullanılmalıdır. Progesteronun yan etkileri memede hassasiyet ve ruh durumu değişikliği sayılabilir (Minkin, 2019).

MHT’de kullanılan diğer hormonal ajanlar Tibolon (dokuya özel östrojenik ve progestojenik özellikleri olan sentetik steroid) ve Bazedoksifen (3. kuşak selektif östrojen reseptör modölatörleri (SERM)) vazomotor semptomları azaltmada etkilidir (TEMD,2022). SERM grubundan olan ospemifen de atrofik vajinit ve buna bağlı dispareniye etkili bir seçenektir (Wurz ve ark., 2013).

Hormon replasman tedavisi sonucu DVT, inme ve pulmoner emboli gibi tromboembolik olaylar ve meme kanseri riskinde artış olabileceği konusunda kadınlar bilgilendirilmeli ve yaşa uygun meme kanseri taramalarıyla takip edilmelidir (TEMD, 2022).

2.6.2. Hormon dışı tedaviler

Hormon replasman tedavisinin kontraendike olduğu durumlarda veya hormon tedavisi almak istenmediğinde gelişen menopoz semptomlarını azaltmak amacıyla ilaç tedavisi, yaşam tarzı değişiklikleri, diyet ve egzersiz gibi yöntemler kullanılır.

İlaç tedavisinde serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) grubu antidepresanlar ve gabapentin/pregabalin gibi ilaçlar vazomotor semptomları hormon tedavisi kadar etkili olmasa da azaltmaktadır. Aynı zamanda bu ilaçların kullanımıyla uyku sorunlarında ve duygu durum değişimlerinde de düzelmeler gözlenir. SSRI grubu antidepresan olan ‘Paroksetin’ FDA onaylıdır (Madsen ve ark., 2023).

Menopozda geç görülen sorunlar arasında bulunan osteoporozu ve kırık riskini azaltmak amacıyla farmakolojik olmayan yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Bu öneriler düzenli egzersizi, sigara bırakılmasını, alkol kullanımının azaltılmasını ve

diyetle günlük kalsiyum alımını içerir. Menopozda kadınların D vitamini alımını desteklemek önemlidir (TEMD, 2022).

Bitki kökenli olan östrojen reseptörlerine bağlanarak östrojen benzeri etki gösterebilen fitoöstrojenler, menopoz döneminde semptomları azaltmak amacıyla kadınlar tarafından tercih edilen bir başka alternatiftir. Fitoöstrojen kaynakları; Panax ginsengi, soya, keşiş otu, çuha çiçeği, melek ve karayılan otu, sarı kantaron ve hayıt gibi bitkilerdir. Yapılan randomize çalışmalarda fitööstrojen kullanımı, vazomotor semptomlar iyileştirme açısından çelişkili olup, plaseboya üstünlük sağlamamıştır (TEMD, 2022).

Menopoz döneminde kadınların yaşam kalitesi artırmak oldukça önemlidir. MHT, ilaç tedavileri ve fitoöstrojenler dışında kadının yaşam tarzı değişikliği bu dönemde oluşan semptomlarını yönetmesinde ve genel yaşam kalitesini iyileştirilmesinde önemli katkılar sağlar. Yaşam tarzı değişiklikleri açısından dengeli beslenme, düzenli egzersiz, stres yönetimi, yeterli uyku, alkol ve kafein tüketimini sınırlandırma, sosyal desteklenme sayılabilir (TEMD, 2022).

2.7. Aile Hekimliği Menopoz Yönetimi

Kadının yaşamında doğal bir durum olan menopozun yönetiminde aile hekimliğinin rolü önemlidir. Aile hekimliği koruyucu sağlık hizmetleri sunar. Bu hizmetler kapsamında bireyin sağlığını koruma, hastalıkları önleme ve erken teşhis sağlama amacını benimser (Kurt ve ark, 2023).

Aile hekimliği tarafından kadına bu dönemde oluşabilecek semptomlar hakkında bilgi verilmeli ve bu dönemi sağlıklı bir şekilde yönetilmesine destek olunmalıdır. Aile hekimliği tarafından sunulan menopoz öncesi danışmalık ve eğitim ile menopozun anlaşılması, semptomların yönetilmesi, beslenme danışmalığı, fiziksel aktiviteye teşvik, duygusal destek ve psikolojik sağlık hedeflenir. Menopoz döneminde artan kardiyovasküler hastalık ve osteoporoz riski açısından düzenli

sağlık kontrolleri yapılmalıdır. Aile hekimleri meme ve rahim ağzı kanserine yönelik tarama programlarını kadına hatırlatarak erken teğhis sağlayabilir (Aydemir,2007).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız tanımlayıcı tipte olup niteliksel yöntemle hazırlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda 2025 yılında yapılmıştır. Veriler 01.01.2025 ile 01.03.2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran menopoz döneminde olan kadınlar oluşturmaktadır. Amaçlı örneklem metotlarından olan tipik durum örnekleme metodu ile 20 gönüllü sayısına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırılan tema ve alt temalar doyuma ulaşınca (tekrar eden görüş ve benzer ifadeler) görüşmeler sonlandırılmış olup, çalışma grubumuz Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 16 gönüllü kadından oluşmuştur.

Araştırmamıza dahil edilme kriterleri şunlardır:

- En az 12 ay boyunca adet görmemiş 40 yaş ve üzeri doğal menopoza girmiş kadın hastalar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Soruları cevaplayacak bilinç düzeyi ve dil yeteneğine sahip olmak

Dahil edilmeme kriterleri ise şu şekilde belirlenmiştir:

- Erkek hastalar
- 65 yaş üzeri kadın hastalar
- Oluş biçimine göre cerrahi menopoza girmiş olan kadın hastalar
- Başlangıç yaşına göre erken menopoza girmiş olan kadın hastalar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Soruları cevaplayacak bilinç düzeyi ve dil yeteneğine sahip olmamak
- İletişim yeteneklerini etkileyen tıbbi ve zihinsel durumu olanlar

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmada katılımcıların sosyodemografik verilerini tanımlamak ve deneyimlerini derinlemesine incelemek amacıyla on üç sorudan oluşan anket formu ve beş açık uçlu soru kullanılarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bu görüşme formunda sorular, ilgili literatür taraması yapılarak kadınların menopoza dönemindeki deneyimlerini açığa çıkarmak için özenle hazırlanmıştır. Araştırma konusuyla ilgili kapsamlı bir literatür incelemesi gerçekleştirilmiş ve bu inceleme sonucunda görüşme sorularına dayanak oluşturan bir kavramsal çerçeve belirlenmiştir. Görüşme sorularını hazırlarken kolay ve anlaşılır ifadeler kullanılmış ve yönlendirici sorulardan uzak durulmuş olup katılımcıların duygu, düşünce ve deneyimine ulaşmak amaçlanmıştır. (Ek-1)

Çalışmaya katılan kadınlara, görüşmelerden önce araştırma hakkında gerekli bilgiler sözlü olarak aktarılmış, katılımlarının gönüllülük esasının dayandığı, istemedikleri takdirde çalışmayı bırakabilecekleri açıklanmıştır. Çalışmanın amacı ve kim tarafından yapıldığı belirtilmiş, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı vurgulanmıştır. Kişisel bilgilerinin gizliliği hakkında sözel olarak bilgilendirme yapılmıştır. Görüşmeler, katılımcılarla birlikte belirlenen zamanlarda, 01.01.2025-01.03.2025 tarihleri arasında aile sağlığı merkezinde, yüz yüze ve katılımcıların izni ile ses kaydı alınarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme, karşılıklı eşit bir şekilde oturularak aktif dinleme yöntemi ile soru formları yardımıyla yönlendirilmiştir. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür. Elde edilen ses

kayıtları, araştırmacı tarafından daha sonra yazıya dökülmüş ve analiz aşamasına geçilmiştir.

3.5.Verilerin Analiz

Nitel veri analizi; gözlem, görüşme gibi yöntemlerle elde edilen verilerin düzenlenmesi, sınıflandırılması, temaların ortaya çıkarılması ve bu sürecin raporlanması sürecidir (Yılmaz ve ark., 2014). Derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanan veriler, ayrıntılı biçimde incelenerek bu verileri açıklayan kavramlara, kategorilere ve temalara ulaşılır. İçerik analizinde, verilerin kendisine odaklanılır; verilerde sıkça tekrar eden ya da katılımcıların özellikle vurguladığı olay ve olgulardan kodlar elde edilir. Bu kodlar, benzerlik ve ilişkilerine göre kategorilere, ardından temalara dönüştürülür. Kısacası, benzer ve ilişkili verilerden yola çıkarak belirli kavramlar ve temalar oluşturulur ve bu çerçevede yorumlanır (Bengtsson, 2016; Crabtree ve Miller, 1999; Merriam ve Grenier, 2019).

Derinlemesine görüşmelerimiz ilk olarak araştırmacı tarafından elektronik ortamda yazıya çevrilmiştir. Oluşan araştırma metinleri iki kişi tarafından okunarak kodlanmıştır. Görüşme esnasında alınan notlar ve çıkarılan kodlar doğrultusunda araştırmanın amacına uygun beş tema oluşturulmuştur. Üçüncü bir kişi temaları kontrol etmiş olup, kodlar ve temalar üzerinde beraber fikir birliğine varılmıştır. Veriler bu temalar altında gruplandırılmıştır ve verinin araştırma sorusuna uygun düşen kısımları bulgular bölümünde sunulmuştur. Verilerin niceliksel analizinde SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicao, IL, USA) paket programı, niteliksel analizinde ise uygun programlar kullanılmıştır.

3.6.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Nicel araştırmalarda evrensel genelleme doğrudan yapılabilirken, nitel araştırmada genelleme güç olup, evrene genellenemez. Araştırmamız niteliksel bir araştırma olup, amaçlı örnekleme yöntemiyle gerçekleştirilmiş ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan gönüllü kadınlarla sınırlandırılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Giriřimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.12.2024 tarihinde vermiş olduğu E428179 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir (Ek-2). Katılımcıların kişisel bilgileri etik kurul etiği gereği gizli tutulmuş olup, isimleri kullanılmamıştır.



4. BULGULAR

Araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 16 menopoza girmiş kadın hasta ile yürütülmüştür.

Katılımcıların yaş ortalaması $54,56 \pm 3,48$ standart sapma (SS), yaş ortancası ise 55 yıl olarak saptanmıştır olup araştırmaya dahil edilen katılımcılardan yaş olarak en küçüğü 48, en büyüğü 62 yaşındadır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, 15'i evli (%93,75), 1'i dul (%6,25) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların menopoza girme yaş ortalaması ise $48,43 \pm 3,11$ SS, yaş ortancası ise 48 yıl olarak saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların menopoza girme yaşı olarak en küçüğü 43, en büyüğü 53 yaşındadır.

Katılımcıların menopozda geçirdikleri süreye göre dağılımı ise; 8'inin (%50) 0-5 yıl iken, 7'si (%43,75) 5-10 yıl, 1'i (%6,25) ise 11 yıl ve üzerinde menopoz döneminde bulunduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların ilk adet yaş ortalaması $13,25 \pm 1,39$ SS olarak saptanmıştır. Doğurganlık verilerine göre, katılımcıların 11'i (%68,75) üç ve üzeri gebelik yaşamışken; 4'ü (%25) iki gebelik, 1'i (%6,25) ise yalnızca bir gebelik geçirmiştir.

Katılımcıların 13'ü (%81,25) çalışmıyor iken 3'ü (%18,75) çalışıyor saptanmış olup, eğitim düzeyi incelendiğinde 9 katılımcı (%56,25) ilkokul, 1'i (%6,25) ortaokul, 2'si (%12,5) lise ve 4 katılımcı (%25) ise üniversite mezunu olarak saptanmıştır.

Katılımcıların tümü eş ve çocuklarıyla kentte yaşadığı belirlenmiş ve gelir düzeyi incelendiğinde ise 10 katılımcı (%62,5) orta gelir düzeyi, 3 katılımcı (%18,75) düşük gelir düzeyi ve 3 katılımcının (%18,75) ise yüksek gelir düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların 3'ün (%18,75) herhangi bir kronik hastalığı olmadığı tespit edilmiş olup, 13 katılımcının (%82,25) bir veya daha fazla kronik hastalık varlığı saptanmıştır. Kronik hastalık açısından 7 katılımcının (%43,75) kardiyovasküler hastalık, 7 katılımcının (%43,75) tiroit hastalığı olduğu, 4 katılımcının (%25) psikiyatrik hastalık, 3 katılımcının (%18,75) diyabetes mellitus tanısı olduğu, 1 katılımcının (%6,25) sarkoidoz tanısı ve 1 katılımcının (%6,25) ise hiperlipidemi tanısı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların 11'i (%68,75) sigara kullanmıyor iken, 2'si (%12,5) bırakmış ve 3'ü (%18,75) sigara kullanmaya devam ediyor olarak saptanmıştır.

Menopoz dönemindeki kadınlar ile yapılan görüşmelerde katılımcılardan menopoz döneminde yaşadıkları deneyim ve zorlukları değerlendirmeleri istenmiştir. İçerik analizinde toplanan verilere odaklanarak veri setinde sık tekrarlanan veya katılımcının özellikle vurguladığı olaylar ve durumlar belirlenmiştir. Katılımcıların görüşleri doğrultusunda elde edilen nitel verilerin tematik analizi sonucunda sık kullanılan ifadeler bir kelime bulutu aracılığıyla görselleştirilmiştir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Katılımcıların menopoz döneminde yaşadıkları deneyim ve zorluklar hakkındaki görüşlerinin kelime bulutu

Elde edilen veriler beş tema altında toplanmıştır. Görüşmelerin nitel verilerinden elde edilen bulgular; “Menopozun Algılanması”, “Menopozun Fiziksel ve Psikolojik

Etkisi”, “Menopoz Sürecinde Başa Çıkma Stratejileri”, “Menopoz Döneminde Sosyal Destek ve İlişkiler” ve “Yaşamın Etkilenmesi” olmak üzere beş tema altında sunulmuştur (Tablo 4.1). Bu temalar, alt temalar ve kategoriler hakkında detaylı açıklamalar ve her bir tema, alt tema ve kategoriler için örnek ifadelerle vurgu yapılmıştır.

Tablo 4.1. Menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı deneyim ve zorlukların değerlendirilmesi için belirlenen tema, alt temalar ve kategoriler

Tema	Alt Tema	Kategori
Menopozun Algılanması	Doğal Olarak Algılama	Doğal Bir Süreç, Adetten Kesilmek Yaşlanma Dönemi
	Hastalık Algısı	Hastalık Olduğunu Düşünme
Menopozun Fiziksel ve Psikolojik Etkileri	Fiziksel Etkileri	Sıcak Basması/ Terleme Vajinal Kuruluk İdrar Sorunları Cilt Değişiklikleri Kemik Erimesi
	Psikolojik Etkileri	Ruhsal Değişimler Uyku Problemleri Cinsel Sorunlar
Menopoz Sürecinde Başa Çıkma Stratejileri	Sağlık Desteği Arayışı	Aile hekimliği/ Uzman Desteği İlaç Desteği (HRT) Alternatif Tedavi Yöntemleri
	Kişisel Başa Çıkma Yöntemleri	Çevresel Önlemler Davranışsal Stratejiler
Menopoz Döneminde Sosyal Destek ve İlişkiler	Aile ve Yakın Çevrenin Desteği	Eş ve Aileden Alınan Destek Arkadaş ve Sosyal Çevreden Alınan Destek
	Sosyal İlişkilerde Değişiklikler	Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık Hissi Aile İçinde Sorunların Artması
Yaşamın Etkilenmesi	Duygusal Etkiler	Kadınlık Hissi Kaybı Hayatın Olumsuz Etkilenmesi
	Fiziksel Görünüm	Kilo Alma

4.1. Menopozun Algılanması

Katılımcılara ‘Menopoz dönemi hakkında düşünceleriniz nelerdir, açıklar mısınız.’ şeklinde açık uçlu bir soru yöneltilmiş ve bu doğrultuda menopoz kavramına ilişkin bireysel algılarını ifade etmeleri istenmiştir. Katılımcıların menopozu nasıl tanımladıkları ve algıladıkları farklılık göstermektedir. Bazı katılımcılar menopozu doğrudan bir hastalık olarak nitelendirirken, bazıları bu süreci doğal bir yaşam evresi olarak tanımlamaktadır. Bu soruya ilişkin görüşler ‘doğal süreç’ ve ‘hastalık’ olarak iki alt tema altında incelenecektir.

4.1.1 Doğal süreç olarak algılama

4.1.1.1 Doğal

Katılımcıların çoğu menopozu kadın yaşam döngüsünün olağan bir parçası olarak değerlendirmişlerdir. Bu dönemi, “kadınlığın doğal evresi, adetten kesilmek” gibi ifadeleri kullanarak belirtmişlerdir.

“Menopoz dönemine adetten kesilmek olarak bakıyorum. Ergenliğe nasıl geçiş yaparken belli bir süreç yaşamıştık. Bu da onun gibi. Yani olağan bir şey. Doğal akışında...” (K1)

“Kaçınılmaz son kadın hayatında. Sıkıntılı bir süreç. Her ay olduğun adeti alamıyorsun. Bu dönem biraz zorlasa da artık yaşamın başka bir evresine geçtiğimi düşünüyorum. Doğal bir süreç olarak bakıyorum. Menopoza girmek adet görememek demek bence.” (K6).

“Ben annemden deneyimliydim ama yine de menopoza girince çok afalladım. Annemin menopozda yaşadığı şikayetler için doktora gitmiştik, doktor anneme bunun doğal bir süreç olduğu, her kadın yaşar dediğini hatırlıyorum. Doğal bir süreç olduğunu kabul ederek yaşadım, nasıl adet olmak doğalsa bunun da doğal bir süreç olduğu düşündüm.” (K4)

4.1.1.2 Yaşlanma

Menopozu, bazı katılımcılar ise yaşlılığın başlangıcı olarak algıladıklarını belirtmişlerdir.

“Bu dönem yaşlanmanın başı. Görüyorum çevremden, herkes menopoza girince yaşılanıyor, ciltleri değişiyor, kırışıyor.” (K2)

“Hormonlarım çalışmıyormuş gibi artık yaşlandığımı düşünüyorum.” (K5)

“Babaannem ve annemden de hatırlıyorum menopoz girdikten sonra yaklaşık 50 yaş civarları hayattan elini ayağını çektiler, yaşlandık moduna girdiler. Adet bitince yaşlılık başlıyor artık, üzücü “(K3)

4.1.2 Hastalık olarak algılama

Az sayıda katılımcı menopozu bir sağlık sorunu olarak değerlendirmiş ve bu dönemi doğrudan “hastalık” olarak nitelendirmiştir. Bu görüşü benimseyen katılımcılar, menopozun hem fiziksel hem de psikolojik rahatsızlıklara neden olan bir süreç olduğunu vurgulamışlardır.

“Menopoz dönemin bu kadar zor olduğunu ben tahmin etmiyordum, duyduklarımdan dolayı. Yaşayınca anladım zor bir dönemmiş. Benimki zor geçti. 52 yaşında girdim menopoza hiçbir hastalığım yoktu, her şeyim normaldi ama ben bunu bir hastalık gibi yaşadım. Özel yaşantımı etkiledi, günlük yaşantımı etkiledi, uykularımı etkiledi, psikolojimi bile etkiledi yani benim için bir hastalık gibi.” (K5).

“Her şeyi kadınlar yaşıyor. Çocuk doğurmak, adet görmek, menopoza girmek, hepsi bir başlangıç, bir bitiş. Menopoz dönemini çok sıkıntılı geçiriyorum. Sanki bir hastalıklmış gibi yaşadım. Hem beden hem de psikolojik olarak birçok şikayetim oldu. Terleme, ateş basması, sinirlilik, uykusuzluk, kas ağrıları, cilt değişiklikleri ve huzursuzluk gibi sorunlar yaşadım. İsterdim ki daha sakin ve stressiz bir dönem geçireyim ama olmadı, çok yoruldum.” (K8)

“Menopoz geçici bir dönem ama uzun sürüyor. İnsanlar diyor ki geçiyor inşallah geçer ama aynı hastalık gibi fena. Hayatın tamamen farklı bir evresi gibi, beklemediğim anda yakalandım. Kadın için adet görmek büyük bir şansmış. Kesilince çok sıkıntılar yaşadım.” (K10)

4.2 Menopozun Fiziksel ve Psikolojik Etkileri

Katılımcılara gerçekleştirilen görüşmeler sırasında, menopoz döneminde herhangi bir fiziksel veya psikolojik değişim yaşıyıp yaşamadıkları ve yaşadılarsa bu değişimlere ilişkin deneyimlerini paylaşmaları istenmiştir. Katılımcı ifadeleri doğrultusunda elde edilen veriler, menopozun fiziksel etkileri ve psikolojik etkileri olmak üzere iki alt tema altında, ilgili kategoriler ile birlikte incelenecektir.

4.2.1 Menopozun fiziksel etkileri

Katılımcıların menopozun fiziksel etkilerine ilişkin ifadeleri incelendiğinde, en sık dile getirilen şikayetlerin sıcak basması ve terleme olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, bazı katılımcılar uyku problemleri, vajinal kuruluk, idrar sorunları, ciltte meydana gelen değişiklikler ve kemik erimesi gibi fiziksel belirtilerden de bahsetmişlerdir.

4.2.1.1 Sıcak basması ve gece terlemeleri

Katılımcıların büyük çoğunluğu menopoz döneminde yoğun olarak sıcak basması ve terleme yaşadıklarını ifade etmiştir. Bu durumun özellikle aniden geldiğini, kısa sürdüğünü, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediğini ve etkileyen faktörleri fark etmediklerini belirtmişlerdir.

“Sıcak basmaların bana yarım saatte bir geliyordu. Çok şiddetli yaşadım. Bazı arkadaşlarım diyordu günde birkaç kere oluyor fakat bana yarım saatte bir bastı. İki yıl sürdü bu, yarım saatte bir. Zaman da fark etmiyordu, gece gündüz yani uykumun arasında bile geliyordu. Ne uyku dinledi ne de aç tok olmam fark etti. Yarım saatte bir bütün vücudum, saçımın diplerine kadar elimin içleri, elimin üstleri, böyle

parmak araları terliyordu. Ondan sonra bütün vücudum diken diken oluyordu. Kısa sürüyordu ama beni çok huzursuz ediyordu.” (K5)

“Terlemeler ve sıcak basmalar menopoz ilk başladığında başladı, hiç anlamadım. Birden geliyor, saat başı, başımdan aşağı kaynar sular dökülüyor gibi yanıyorsun ellerim terliyor, insanın ellerinin üstü terler mi benim şakır şakır terledi. Gece uykularım kaçıyordu. Oturuyormuşum uyuyormuşum fark etmedi” (K8)

“Benim arkamdan bir sıcaklık geliyor, başımı sarıyor. Yüzüm kıpkırmızı oluyor, bir daha vücuduma iniyor o sıcaklık, sonra terliyorum. Anlık geliyordu, birkaç dakika kadar sürüyordu. Her yerde sıcak basması oluyor, evde tek başıma, dışarıda gezerken ya da arkadaşlarımla buluştuğumda. Bir şeyden etkiliyor mu, hiç fark etmedim.” (K10)

“Sıcak basmaları aşırı derecede beni zorladı. Bir yanıyorsun, bir üşüyorsun, akabinde bir ter alıyor, üzerinde ne varsa indiriyorsun. Ama böyle sürekli olsa, adam aklını oynatır, geliyor geçiyor. Yani bir anlık, beş dakikalık bir şey.” (K14)

4.2.1.2 Vajinal kuruluk

Katılımcıların bir kısmı, menopozla birlikte vajinal kuruluk yaşadıklarını ifade etmiştir. Bu durumun özellikle cinsel yaşam üzerinde olumsuz etkiler yarattığı, ağrı ve rahatsızlık hissine neden olduğu dile getirilmiştir. Bazı katılımcılar bu değişikliklerin ilişkiler üzerinde sorunlar yaratabildiğini vurgulamıştır. Ayrıca, uygulanan tedavilere rağmen şikayetlerinin geçmediğini belirtmişlerdir.

“Vajinal kuruluğum ve kaşıntılarım oldu. Bu durum cinsel hayatımızı da etkiledi. İlişki sırasında ağrıların oldu bu da isteksizliğimi artırdı. Kadın doğum uzmanına başvurdum. Bana fitil verdi şikayetlerimi hafifletti ama geçirmedi. Hala şikayetlerim devam ediyor ara ara, bununla yaşamayı öğrendim.” (K5)

“Kuruluk çok zor, özel hayatınızı da etkiliyor. O bölge kaşıntıları, yanma ara ara oluyor, tedavilerle düzeliyor gibi ama ilişki sırasında ağrılarım hiç geçmedi. İlişkiden çekiniyorum, bu yüzden. Hala devam ediyor nemlendiricide kullansam da geçmiyor.” (K9)

“Ben bilmiyordum, menopozda kuruluk olurmuş, şaşırdım. İlişki sırasında ağrılarım çok oluyordu, uzun bir süre bekledim geçer diye ama geçmedi. Kist var sanmıştım. Yanıyor, kaşınıyor o bölge. Doktora gittim, bana jel verdi ama çok rahatlatmadı. Bu yüzden cinsel birliktelik yaşamakta istemiyorum”. (K12)

4.2.1.3 İdrar sorunları

Menopoz sürecinde bazı katılımcılar, idrar kaçırma, sık idrara çıkma ya da idrar yaparken yanma gibi idrar yolu problemleri yaşadıklarını dile getirmiştir. Bu sorunların özellikle sosyal yaşam üzerinde kısıtlayıcı etkiler yarattığını belirtilmişlerdir.

“Menopoz sonrası en önemli şikayetim idrar kaçırmaya başlamam. Tuvalete yetişemiyorum. Özellikle öksürdüğümde ya da ağır bir şey kaldırdığımda kaçırmalarım oluyor. Bu yüzden hep tedirgin geziyorum.” (K1)

“... Arabadan iniyorum ya da merdiven çıkıyorum idrarım kaçıyor, tutamıyorum. Evde birden idrarım geliyor, altıma yapıyorum, anlamıyorum. Pedler kullanıyorum bu sorun için, dışarıya çıkarken yedek kıyafet bile alıyorum yanıma.” (K11)

“Menopoza girdikten sonra sık idrar yolu enfeksiyonu oldum, sık tuvalete gidiyorum, yanmalarım oluyor. Ürolojiye gittim, mesaneden çatlamlar var dedi menopoz nedenliymiş. Şimdi daha dikkat etmeye çalışıyorum ama hâlâ rahatsız edici.” (K14)

“Menopoza girdikten sonra idrar yolu enfeksiyonu sık yaşıyorum. Sürekli tahlil yaptırıyorum ve enfeksiyon çıkıyor, eskiden böyle değildi.” (K8)

4.2.1.4 Cilt değişiklikleri

Menopoz dönemine ilişkin yapılan görüşmelerde, katılımcıların fiziksel değişimlerden biri olan ciltteki değişikliklere fazla değinmedikleri gözlemlenmiştir. Ancak bazı katılımcılar, ciltte kuruluk, incelme, elastikiyet kaybı ve kırışıklık artışı gibi belirtiler yaşadığını ifade etmişlerdir.

“Menopoz döneminde özellikle yüzümde cilt kuruluğum oldu fark ettiğim ve ellerimin birdenbire görüntüsü değişt, arkadaşlarıma bakıyorum onların elleri çok değişmedi ama benim menopoza girmemle ellerimin sanki yaşlandığını hissediyorum.” (K3)

“Saç dökülmelerim oldu ve cildim çok kaşındı, önceden hiç cildim kurumazdı. Cildimi de sanki gevşemiş gibi hissediyorum. Bu durum bazen moralimi bozuyor açıkçası, kendimi yaşlanmış hissediyorum.” (K6)

4.2.1.5 Kemik erimesi

Menopozun fiziksel etkilerinden biri olan kemik erimesi, katılımcılar tarafından çok sık dile getirilmemiştir; ancak kemik ağrısı yaşayan bazı katılımcılar bu nedenle doktora başvurduklarını, osteoporoz konusunda bilgisi olanların ise kemik yoğunluğu ölçümü yaptırdıklarını belirtmişlerdir.

“Ben ağrılarım vardı yaygın, doktora gittim, menopoza girmişsin, kemik erimen olabilir dedi, ölçüm yapıldı, az başlamış. Tedavi verdi günlük kalsiyum ve d vitamin, onları kullanıyorum.” (K14)

“Kemik ağrılarım, yorgunluk, halsizliğim çok oldu. Ben hemşireyim aslında bilgiliyim ama aklıma gelmemişt, kemik erimesi olabileceği. Doktora gittiğimde de hatta o osteopeni tanısı kondu. Onun için işte biraz daha dikkatli olmam ve bazı ilaçları kullanmam tavsiye edildi.” (K16)

“Sağlıkçıyım menopoz döneminde osteoporoz hastalığının artacağını bildiğim için kemik ölçümü yaptırdım. Şimdilik destek tedavileri alıyorum.” (K1)

“Annemin kemik erimesini çok ciddi yaşadığını gördüğüm için fizik tedavi doktoruna başvurdum. Hissettiğim eklem ve kas ağrıları yok ama kemik ölçümünde kemik erimesinin yaşma göre hızlı olduğunu söylediler ve yıllık serum tedavisi başladık. Takipteyim.” (K3)

4.2.2 Menopozun psikolojik etkileri

Katılımcılar, menopozun psikolojik etkileri kapsamında ruhsal değişimler, uyku problemleri ve cinsel istekte azalma yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

4.2.2.1. Ruhsal değişimler

Yapılan görüşmelerde, menopozun ruhsal değişimler kapsamında çoğu katılımcının ani öfke, huzursuzluk ve ağlama gibi duygu durum değişiklikleri yaşadığı görülmüştür. Bazı katılımcılar, bu duygusal dalgalanmaların özellikle sıcak basması anlarında daha da yoğunlaştığını ifade etmiştir.

“Sıcak basmaları geldiği zaman yanıma yanaşmayın derdim hep çünkü huzursuzluğum çok oluyordu. Bir şey söylesinler terslerdim, ben de anlamazdım ama kontrol edemiyordum, ani parlamalarım oluyordu. Alınganlıkların oluyordu. Sanki sıcak basmaları geldiğinde sinirlerim bozuluyordu, geçtiği zaman rahattım.” (K5)

“Hayattan hiç keyif alamadığım bir dönemdi. Sürekli içimde huzursuzluk vardı. Psikolojim çok etkilendi. Sıcak basmalarının geldiği zamanda daha da artıyordu birden sinirde basıyordu. Kızıyordum herkese öfkeleniyordum. İlaç olarak sakinleştiricilerde kullandım ama işe yaramadı.” (K8)

“Ben duygusal bir insanım ama menopoz döneminde bu durum daha da arttı. Huzursuzum, her şeye sinirleniyorum, kimseyi istemiyordum yanımda. Eşimi bile görmek istemediğim oluyordu. Bana bir şey söyleseler, yapsalar alınıyorum,

ağlıyorum. Psikolojik ilaçlar da kullanmaya başladım çünkü çok rahatsızım. Kendimi tanıyamadım zamanlar oluyor.” (K10)

4.2.2.2. Uyku sorunları

Çoğu katılımcı, menopozun psikolojik etkilerinden biri olan uyku sorunlarını özellikle uykuya dalmada güçlük ve gece boyunca sık uyanmalar şeklinde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, sıcak basmalarının gece uykularını bölerek uykusuzluğa yol açtığını ve bunun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir.

“Uyku düzenim değişti. Uyuyamamalar ve gece sık sık uyanma sorunlarım oldu. Sıcak basmasıyla uyanıyordum, terliyordum çok.” (K2)

“Sıcak basmalarından kaynaklı gece sıkı sık uyandım hatta duş aldığımı bilirim rahatlamak için. Uyku düzenin hala bozuk uykuya dalmada sıkıntı çekiyorum.” (K4)

“Hayat kalitem bir kere düştü kesinlikle. Herkes gibi akşamdan yatıp sabah kalkamıyorsun. Ben sabaha kadar camlarda yapışıktım. Gece uykuya dalmada zorlanıyorsun, uyuyorsun birden yanıp uyanıyorsun, sonra da bu durum uykusuzluğa dönüştü. Bu sefer menopoza bırakıyorsun uykunun derdine düşüyorsun. Şimdi uyku ilacı içmeden yastığa başımı koymuyorum.” (K14)

4.2.2.3. Cinsel sorunlar

Bazı katılımcılar, menopoz döneminde cinsel isteksizlik yaşadıklarını ve bunun kendilerinde psikolojik bir baskı oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Aynı zamanda vajinal kuruluğa bağlı gelişen disparoninin de bu isteksizliği artırdığı belirtilmiştir. Cinsel isteksizlik yaşayan katılımcıların bazıları eşlerinin bu duruma karşı anlayışlı ve destekleyici bir tutum sergilediğini, bazı katılımcılar ise eş desteğinin olmadığını dile getirmiştir.

“Menopoz döneminde beni en zorlayan durum cinsel sıkıntılardı. İlişki sırasında ağrım, yanma gibi şikayetlerim olmuyordu ama isteksizlik çok oldu. Eşim anlayışlı davrandı ama bende bu durum psikolojik baskı oluşturdu.” (K7)

“...Cinsellik hiç istemiyorum artık. Eşimi bile görmek istemiyorum. Özel bölgede kurumalarım var bir de ilişki sırasında ağrılarım oluyor bu durumlarda beni çok etkiliyor gibi geliyor.” (K10)

“Menopoza girdikten sonra cinsellik gitti bende. Kendimi hiç kadın gibi hissetmedim. Eşimle ne olur, aram açılır mı gibi düşünceler geldi hep, bu durumda beni depresyona itti tabii. Eşim de hiç anlamadı tabi erkek ne anlar. Herkes menopozda dedi durdu. Eğer bu konuda belki bana eşim biraz daha toleranslı davransaydı, daha rahat olurdum. Bu baskı benim cinsel isteğimi de tamamen bitirdi. Eş desteği çok önemli.” (K14)

“Benim cinsel isteksizliğim de oldu, eşim anlayışla karşıladı ve hormonlarımın değiştiğini kabul etmek sanki beni biraz daha rahatlattı.” (K4)

4.3 Menopoz Sürecinde Başa Çıkma Stratejileri

Görüşmelerde katılımcılara, menopoz döneminde yaşadıkları fiziksel ve psikolojik etkilerle nasıl baş ettikleri sorulduğunda, sağlık desteği arayışlarında bulunduklarını ve kişisel başa çıkma yöntemlerine başvurdıkları görülmüştür.

4.3.1 Sağlık desteği arayışı

Sağlık desteği arayışında olan bazı katılımcılar, menopoz dönemiyle ilgili yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomları hafifletmek amacıyla doktora başvurdıklarını ve ilaç tedavisi aldıklarını ifade etmişlerdir. Diğer bazı katılımcılar ise, geleneksel tıbbi yaklaşımların dışında bitkisel içerikli alternatif tedavi ürünlerine yöneldiklerini belirtmişlerdir.

4.3.1.1. Doktor arayışı

Fiziksel ve psikolojik şikayetler yaşayan katılımcıların, bu belirtilerle başa çıkabilmek amacıyla doktora başvurma ve çözüm arayışına girme eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Görüşmelerde, bazı katılımcıların aile hekimi, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, psikiyatri uzmanı ile fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarına başvurdıkları belirtilmiştir.

“Kadın doğum uzmanına başvurdum, sıcak basmalarım beni çok rahatsız ediyordu. (K3)

“Menopoz dönemini o kadar zor geçirdim ki, 3-4 kere kadın doğum uzmanına ve aile hekimliğime başvurdum.” (K5)

“Adet görememek beni çok üzdü keşke devam etseydi diye çok istedim doktorlara gittim adetim devam etsin diye ama olmadı, sağ memede kistim var uygun görmediler.” (K7)

“...huzursuzum çok o yüzden Psikiyatri doktoruna gittim, verdiği ilaçlar beni rahatlattı. (K10)

“Sağlıklıyım, kemik erimem olmasın diye Fizik uzmanına gittim.” (K1)

“....kemik ağrıları oldu, fizik tedavi doktoruna gidip onun tavsiye ettiği ilaçları kullanmaya çalıştım.” (K16)

4.3.1.2.İlaç desteği arayışı

Katılımcıların bir kısmı, menopoz semptomlarını hafifletmek amacıyla hormon tedavisi aldıklarını, diğer bir grup ise bu tedavi yöntemini kullanmak istemediklerini ifade etmişlerdir.

“.... onun içinde hormon ilacı verdi. Onlar bana kilo yaptı. Terlemelerime hiç faydası olmadı, iştahım açıldı, kilo aldım. Bende bıraktım.” (K10)

“...hormon tedavisine verebileceğini anlattı ama ben kabul etmedim. Doktora ilaçsız da atabilirim miyim diye sorduğum da geçici bir dönem olduğunu söyledi ve hormon kullanmak istemedim.” (K3)

“Sıcak basmalarım ve vajinal kuruluk için hormon ilacı istedim ama doktorlar vermedi. Çünkü yaşı 52’de, uygun olmadığını belirttiler. Vajinal kuruluk için fitil verdiler o beni rahatlatmış biraz.” (K5)

4.3.1.3.Alternatif ilaç desteği

Menopoz semptomlarını hafifletmek amacıyla bitkisel içerikli alternatif ürün seçeneklerine yönelen bazı katılımcıların olduğu görülmüştür.

“Bitkisel ilaçlar kullandım, hayıt otu gibi sanki şikayetlerimi azalttı. Ama bitkisel ilaçlar mı rahatlatmış yoksa artık kendiliğinden mi azaldı bilemiyorum.” (K5)

“Kürler yaptım, soğan kürü. Çok rahatladım yaklaşık bu kürü 2 yıl yaptım. 1 ayda 21 gün gibi soğan kaynatıp içtim. Sanki benim şikayetlerimi bu geçiriyormuş gibi hissettim.” (K8)

“İç sıkıntıları için papatya çayı içiyorum.” (K10)

4.3.2 Kişisel başa çıkma yöntemleri

Katılımcılar, menopoz dönemine özgü semptomlarla başa çıkabilmek amacıyla çeşitli kişisel baş etme stratejileri geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu stratejilerin, çevresel düzenlemeleri ve bireysel davranışsal yaklaşımları kapsadığı görülmektedir.

4.3.2.1.Çevresel önlemler

Katılımcıların büyük bir bölümü, menopoz döneminde karşılaştıkları semptomlarla başa çıkabilmek amacıyla çeşitli çevresel önlemler aldıklarını belirtmişlerdir. Bu önlemler arasında, özellikle sıcak basması şikayetini hafifletmek amacıyla yaşam alanlarını serin tutma ve ince, katmanlı giysiler tercih etme gibi uygulamalar öne çıkmaktadır.

“Sıcak basması geldiğinde odamın kaloriferini kapattım, gece daha rahat kıyafetler giydim.” (K1)

“Sıcak basmalarım olduğu zamanda camı açardım, kendimi açık havaya atardım. Kalabalık ortamda artığı düşündüğüm için o ortamlarda hep bir cam kenarına otururum.” (K3)

“Sıcak basması geldiğinde ben bir yerde oturuyorsam kalkmam gerekiyordu. Kalkıp yerimi değiştirdim. Serin, soğuk bir yere çıkardım. Camı, kapıyı açardım. Elimi yüzümü soğuk suda yıkardım. Uykudan uyandırıyor. Kalkıp bir dolanmadan serinleyemiyordum. Sıcak basmaları döneminde kıyafetlerimi bir giy, bir çıkar çok zorlandım. Mesela geldiği zaman çıkartıyorum. Gittiğinde üşüyorum, tekrar giyiyorum.” (K5)

“...kaç kere kıyafet değiştiriyordum. Yüzümü falan yıkıyordum, duş alıyordum. Duş alsam ne olur? Alıyorsun duş iki dakika sonra çık yine aynı. Eve klima bile aldık.” (K15)

4.3.2.2.Davranışsal stratejiler

Katılımcıların çoğu menopoz sürecinde yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomlarla başa çıkmak amacıyla çeşitli davranışsal stratejiler geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu stratejiler arasında en sık dile getirilenler; düzenli fiziksel aktivite yapma, yürüyüş, uyku rutini oluşturma ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinme gibi davranışsal değişiklikler olduğu görülmüştür. Bazı katılımcılar ise

duygusal rahatlama sağlamak amacıyla yakın çevreleriyle iletişim kurmaya önem verdiklerini ifade etmişlerdir.

“Yürüyüş yapıyorum, temiz havalarda çıkmaya çalışıyorum rahatlamak için. Sosyal olmaya çalışıyorum.” (K1)

“Sıcak basmalarım çok oluyor, huzursuzum hep, bunlar azalsın diye spor yaptım, diyetime dikkat ettim. Spor yapmak beni rahatlatan durumlardan birisiydi.” (K4)

“Menopoz sıkıntılarımı spor olumlu etkilediğini düşünüyorum. Yürüyüş yaptığımda ya da aktif bir gün geçirdiğimde sıcak basmalarım daha az olduğunu hissediyorum.” (K7)

“Arkadaşlarımla buluştum, onlar beni hep destekledi, geçecek diye moral verdiler. Dışarı çıktım yürüyüşler yaptım, dışarı çıkmak evden kalmaktan daha iyi geliyordu kafam dağılıyordu.” (K8)

“Geceleri uykum gelsin diye sabah erken kalkmaya çalışıyorum. Yürüyüşler yapıyorum, kendimi yormak için.” (K10)

“Psikolojik sıkıntılarımı azaltmak için yakınlarımla vakit geçiyorum. Anladım ki kendimi meşgul edince huzursuzluğum azalıyor. Yalnız kalmamaya, ev işi yapmaya veya yürüyüş yapmaya çalışıyorum.” (K12)

“Ben bunu atlatacağım dedim kendimi dışarı attım, yürüyüşe gittim. Ondan sonra arkadaşlarıma gittim, kahve içtim, çarşıya gittim. Böyle rahatlıyorum.” (K15)

4.4 Menopoz Döneminde Sosyal Destek ve İlişkiler

Katılımcılara menopoz döneminde çevrelerinden aldıkları desteği sorduğumuzda, çoğunun aile ve sosyal çevrelerinden destek gördüklerini, ancak bazı katılımcıların sosyal ilişkilerinde değişiklik yaşadıklarını belirttikleri görülmüştür. Bu soruya ilişkin görüşler ‘aile ve yakın çevrenin desteği’ ve ‘sosyal ilişkilerde değişiklikler’ olarak iki alt tema altında incelenecektir.

4.4.1 Aile ve yakın çevreden alınan destek

Katılımcılar, menopoz sürecinde çevrelerinden aldıkları desteğin bu dönemi daha rahat geçirmelerinde önemli bir rol oynadığını ifade etmişlerdir.

4.4.1.1.Eş ve aileden alınan destek

Çoğu katılımcı, özellikle eşlerinden ve çocuklarından gördükleri anlayışlı tutumun duygusal anlamda rahatlatıcı olduğunu belirtmiştir.

“Eşim çok anlayış gösterdi. Özel hayatta isteksizliklerim oluyor ve bu durum hayatımızı etkiledi ama o esnada bana hiç ağır söz söylemedi. Sen de niye böylesin demedi. Sıcak basmalarım olduğu zaman beni serinletti, uyuyamadığım geceler benimle oturuyordu bile. Hep diyordu bana sorsana işte doktor hanıma sorsana işte arkadaşlarına, herkes böyle mi oluyor senin gibi mi oluyor diye, internetten araştırdı. Eşim hep yanımdaydı, çok destek oldu.” (K5)

“Çocuklarım, eşim de çok anlayışlı davrandılar. Ani parlamalarım da üstüme gelmediler mesela, sakince beklediler. Beni mutlu etmek için uğraştılar.” (K12)

“Eşimin sayesinde atlattım. Allah razı olsun ondan. O bana çok yani destek oldu. Hiçbir zaman beni bunalıtmadı. Hep geçecek, bunları atlatacağız beraber dedi. Mesela ben sıkıldım mı beni alır gezmeye götürür, gezeriz. Sen kendine bak, kendin için yaşa, kimse için yaşama, benim için bile yaşama derdi.” (K15)

“Eşim ban hep anlayışlı davrandı çocuklarım da. Mesela ani öfkelenmelerimde bazen bazı konularda şaşkınlıklar yaşadılar, ama beni üzmediler hiç, geldiler boynuma sardılar, ağladığımda güldürmeye çalıştılar falan.” (K16)

4.4.1.2.Arkadaş ve sosyal çevreden alınan destek

Bazı katılımcılar, arkadaş çevreleriyle deneyimlerini paylaşmanın kendilerini yalnız hissetmelerini engellediğini ifade etmişlerdi.

“Ben bu dönemde hep sosyalleştim. Arkadaşım çevrem çok. Sohbetlere, eğitimlere gittim, her şeye devam ettim. Ben de şuraya gitmeyeyim, orada sıcak basar, öyle bir düşünce hiç yaşamadım. Hiç yalnız kalmadım. (K2)

“Kurslara yazıldım kendimi meşgul edecek ve keyif alacağım ortamlarda bulundum. Sosyal çevrem kalabalık şikayetimi olduğunda aradım kafamı dağıttım.” (K4)

“Ama Arkadaşlarım hep moral verdi, güzel tavsiyelerde de bulundular. Biraz sakinleş, rahatla. Papatya çayı iç ruhuna iyi gelir. Çık dışarı, yürüyüş yap dediler. Zamanla geçecek dediler. Menopozu yaşayanlar anlar çok sıkıntılı geçiyor.” (K8)

“Menopozla ilgili arkadaşlarımla konuşurduk hep destek olduk birbirimize. Herkesin yaşantısından örnekler aldım bu beni olumlu etkiledi yalnız olmadığımı anladım. Bazı arkadaşlarım çok ciddi sıkıntılar yaşıyor ben yaşamadım.” (K12)

4.4.2 Sosyal ilişkilerde değişiklikler

4.4.2.1.Sosyal izolasyon ve yalnızlık hissi

Bazı katılımcılar, menopoz sürecinin sosyal ilişkileri üzerinde olumsuz etkiler yarattığını belirtmişlerdir. Bu dönemde yaşanan değişimlerin, sosyal etkileşimlerde azalmaya, yalnızlık hissine ve zaman zaman sosyal izolasyona neden olduğu ifade etmişlerdir.

“İlk zamanlarda oluşan sinirlilik kendimi çok yalnız hissetmeme neden oldu. Kendimi suçladım biraz kimseyle görüşmek istemedim, arkadaşlarımdan uzaklaştım.” (K9)

“Menopozda beni en çok zorlayan psikolojimin bozulmasıydı. Kimseyle görüşmek istemediğim zamanlar vardı. Kalabalığa girmek istemediğim. Eşimi bile istemiyordum bazen. Yalnız kalmak istiyordum.” (K10)

“Hiç olmayacak bir ortamda birden ter bastığında tabii sıkıntı yaşıyorsun. Her zaman çok kalabalık ortamlara gitmeyi severken bu yüzden kendimi geri çektiğim oldu.” (K13)

“Kendini bir geriye çekme hissi oluşuyor maalesef. Çünkü o esnada hazırlıklı gitmezsen ya kendin rahatsız oluyorsun sonrasında ya ter kokar mıyım hissi mesela, arkadaşlarına sıkıntı veririm gibi hisler oluşuyor insanda. (K16)

4.4.2.2.Aile içinde sorunların artması

Bazı katılımcılar ise aile içi ilişkilerde özellikle eşleriyle daha sık tartışma yaşadıklarını ve bu süreçte eşlerinden bekledikleri anlayışı göremediklerini aktarmışlardır.

“Menopoz döneminde eşimden hiç destek almadım. Ne oldu sana gibi cümleler kuruyordu. Aile içinde tartışmalarımız oluyordu bazen bu yüzden.” (K8)

“Eşim çok anlayışlı davranmadı, anlamadı beni. Aile içinde yaşadığımız tartışmalarda arttı. Sürekli kavga ettik bu yüzden, camı kapıyı açıyorum kızıyor, uyuyamıyorum kızıyor, mutsuzum kızıyor hep kızdı.” (K9)

“Cinsel isteksizliğim çok fazla var, eşim de beni zorluyor bu konuda. Eşime hep anlatıyorum, hiç anlamıyor herkes menopoz oluyor diyor. Bana hiç destek olmuyor bu da daha fazla anksiyeteme neden oluyor, beni bu çok değersiz hissettiriyor. Eş desteği çok önemli, beni biraz anlasaydı ben daha rahat atlata bilirdim. Zorlandım çok ona da söylüyorum sebebi sensin diyorum.” (K14)

4.5.Yaşamın Etkilenmesi

Katılımcılardan, menopoz döneminin yaşamlarına olan etkilerine dair görüşlerini ifade etmeleri istenmiştir. Bu bağlamda, kadınların yaşamın etkilenmesi ilgili görüşleri duygusal etkiler ve fiziksel görünüm alt temaları altında kategorilerle beraber incelenecektir.

4.5.1.Duygusal etkiler

Katılımcıların menopozun yaşamlarına olan etkilerine ilişkin ifadeleri incelendiğinde, duygusal yönden belirgin bir etkilenmenin söz konusu olduğu görülmüştür. Görüşmelerde bu duygusal etkilenme; kadınlık hissinin kaybı ve yaşamın genel olarak olumsuz etkilenmesi olup bu olumsuz etkilenmeyi de sürekli yorgunluk hali, iş veriminde düşüş şeklinde ifade etmişlerdir.

4.5.1.1. Kadınlık hissi kaybı

Bazı katılımcılar, menopoz döneminde kadınlık hissinde kayıp yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Menopozla birlikte doğurganlığın sona ermesi ve fiziksel değişimlerin bu duyguyu tetiklediği, kendilerini eskisi kadar “kadın gibi” hissetmediklerini dile getirmişlerdir.

“Çocuk doğuramayacak olmak beni çok etkiledi, adetlerin bitmesine üzüldüm yani. Artık yaşlıymışım gibi sanki kadınlığım bitmiş gibi hissediyorum.” (K5)

“Adet görmemek, gebe kalamayacağını bilmek ilk etapta bayağı zor geldi. Kadın değilmişim gibi. Ne denir, kadınlığım bitmiş gibi. Böyle bir tuhaf bir his oldu, her şey bitmiş gibi hissettim.” (K16)

“Kadınlık hissi benden gitti kendimi kadın gibi hissetmiyorum artık. Eşimi bile yanıma yaklaştırmak istemiyorum, yaşılanıyoruz.” (K13)

“Menopozdan sonra vücudum değişti. Kilo aldım, cildim kurudu... Kadın gibi görünmediğimi düşünüyorum.” (K10)

“Cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk yaşıyorum. Bu da beni rahatsız ediyor, eşimle aramıza mesafe girdi. Kendimi yetersiz hissetmeye başladım.” (K8)

4.5.1.2. Yaşamın olumsuz etkilenmesi

Görüşmelerde katılımcıların büyük bir çoğunluğu, menopoz sürecinin yaşamları üzerindeki etkilerini aktarırken, bu dönemin özellikle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini vurgulamıştır. Değerlendirilen bu olumsuz etkilenme özellikle yorgunluk hali şeklinde ifade etmişlerdir. Bu durumun yaşam kalitelerini önemli ölçüde düşürdüğü ve gündelik işlevselliği olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Yorgunluk, hem fiziksel semptomlar (örneğin uyku problemleri, sıcak basmaları) hem de psikolojik etkiler (huzursuzluk) ile bağlantılı olarak belirtmişlerdir.

Menopoz döneminde biraz yoruldum. Özellikle sıcak basmalarını aşırı yaşadım, psikolojik dalgalanmalar da oluyor, bir huzursuzsun, bir gerginsin. Böyle olunca menopoz yaşamamı çok etkiledi, olumsuz etkiledi bence. (K4)

“..Sıcak basmalarını bende çok şiddetli oldu. Bu da hayatımı olumsuz etkiledi. Psikolojim bile bozuldu. Huzursuzluğum hiç bitmedi.” (K5)

“Menopoz girdikten sonra huzursuzluğum çok. Bu da hayatımı çok olumsuz etkiliyor. İş yapmak bile istemiyorum bazen yerinden kalmak bile zor, yorgunsun hep.” (K7)

“Menopoz hayatımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum. Aşırı bir yorgunluk hali vardı bende. Sıcak basmaları özellikle beni çok yordu. Bir de uyuyamadığım için sabah kalkamıyorsun, bir halsizlik hali oluşuyor, bu durum ev işi yapmamı da azalttı. Canım istemiyor, vücut kalkmıyor. Psikolojik olarak da etkilendim zaten, sürekli bir huzursuzluk vardı içimde. Böyle olunca hayat kaliten düşüyor.” (K8)

“Menopoz bende sürekli yorgunmuşum gibi hissettiriyor, psikolojim çok bozuldu. Alınganlıklarım, ağlamalarım çok oldu. Sıcak basmalar, terlemeler zaten çok insanı bunaltıyor. Yaşamımı çok olumsuz etkiledi.” (K10)

“Hayatım olumsuz etkilendi, yaşam kalitem düştü. Aşırı ter, sinir oluyor bir de uykusuzluk ekleniyor. Hayatı işte bunlar etkiliyor.” (K14)

4.5.2.Fiziksel görünüm

4.5.2.1. Kilo sorunları

Görüşmelerde katılımcıların çoğu, menopoza sürecinin fiziksel görünüm üzerindeki etkilerinden özellikle kilo alımı konusunda yakınmalarını dile getirmiştir. Bazı katılımcılar düzenli egzersiz yapmalarına rağmen, kilo almalarının devam ettiğini belirtmişlerdir.

"Özellikle son birkaç yıl içinde vücudumda belirgin bir kilo artışı oldu. Eskiden istediğim gibi yiyip içtim ama artık bu kadar rahat olamıyorum. Kilo almamın nedeni tam olarak nedir, bilmiyorum ama menopoza birlikte hızlandığını düşünüyorum." (K1)

"Menopoza birlikte özellikle bel bölgemde büyük bir değişiklik oldu. Bu kadar hızlı kilo aldığımı fark edince, kendimi sağlıklı hissetmeye başladım. Eskiden fiziksel aktivite yaparak rahatça formda kalabiliyordum ama artık bunu yapmak çok daha zor." (K3)

"Menopozdan önce düzenli olarak spor yapıyordum ve kilo almam hiç sorun olmuyordu. Ama menopoza birlikte, her gün egzersiz yapmama rağmen kilo alıyorum. Bu durum çok moral bozucu." (K4)

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü tarafından overlerin işlevini yitirmesi sonucu adet döngüsünün kalıcı olarak sona ermesi şeklinde tanımlanmakta olup, kadın yaşamında doğal bir dönüm noktasıdır (WHO, 1996). Klinik olarak menopoz tanısı, adet görmeksizin geçen ardışık 12 ayın ardından konur ve bu süreçte östrojen azalması ve FSH artışı şeklinde hormonal değişiklikler sonucu fiziksel ve psikolojik semptomlar gelişir. Menopoz döneminde ortaya çıkan semptomlar arasında sıcak basması ve gece terlemeleri gibi vazomotor belirtiler, yorgunluk, uyku bozuklukları, duygudurum değişiklikleri, cinsel istekte azalma, vajinal kuruluk, üriner sistem sorunları ile osteoporoz yer almaktadır (Polat ve Geçici, 2021). Kadının yaşamını olumsuz etkileyen bu semptomların şiddeti bireysel ve kültürel farklılıklara göre değişiklik gösterebilir (Thurston ve Joffe, 2011). Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kadınlar menopoz sonrası dönemde daha uzun yıllar geçirmekte, bu da menopozun sağlık hizmetleri açısından daha kritik hale gelmesine neden olmaktadır (Bruce ve Rymer, 2009). Bu kapsamda araştırmamız, kadınların menopoza dair bilgi ve tutumlarını, deneyimledikleri semptomları ve bu belirtilerle başa çıkma yollarını inceleyerek, bu sürecin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi hedeflenmiştir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimliği birimlerinin, ilk başvuru noktası olması nedeniyle, menopoz dönemindeki kadınlar için bu sürecin yönetilmesindeki rolüne dikkat çekilmiştir.

Araştırmamızda, menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı deneyimler ve bu sürece verdikleri tepkiler değerlendirilmiş, elde edilen bulgular beş tema altında ele alınmıştır; menopozun algılanması, fiziksel ve psikolojik etkileri, başa çıkma stratejileri, sosyal destek ve ilişkiler ile yaşamın etkilenmesidir. Bu temalar çerçevesinde elde edilen bulgular, mevcut literatürle birlikte tartışılmıştır.

Çalışmamızda, kadınların menopoza genel olarak doğal ve yaşamın kaçınılmaz bir evresi olarak benimsedikleri görülmüştür. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, bu dönemde en sık ve rahatsız edici şekilde deneyimledikleri semptomun sıcak basması olduğunu belirtmiş; sıcak basmalarının genellikle kısa sürdüğünü ancak sürenin uzaması durumunda dayanılmaz bir hal alabileceğini dile getirmişlerdir. Katılımcılar, sıcak basmalarını genellikle terleme ve ruhsal dalgalanmaların takip ettiğini, bu dalgalanmaların ise çoğunlukla ani öfke patlamaları ve sinirlilik haliyle kendini gösterdiğini aktarmıştır. Dikkat çeken bir diğer bulgu, pek çok kadının menopoz sürecinde kendini sürekli olarak fiziksel ve zihinsel açıdan yorgun hissettiğini ifade etmesidir. Buna ek olarak, uykusuzluk ve uykuya dalmada güçlük gibi problemler de sıkça dile getirilmiştir. Menopozla birlikte yaşanan cinsel isteksizlik, katılımcıların önemli bir kısmı tarafından vurgulanmış; özellikle bu durumun vajinal kurulukla birlikte daha fazla rahatsızlık verici hale geldiği aktarılmıştır. Ayrıca, katılımcıların cinsel sorunlar hakkında konuşmakta güçlük yaşadıkları da dikkat çeken bir bulgu olmuştur. Kadınların büyük çoğunluğu eş ve sosyal çevrelerinden yeterli düzeyde destek aldıklarını ifade etmiş olsa da, bu döneme özgü semptomlarla başa çıkmak için bireysel çözüm yolları geliştirme eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Genel olarak, menopozun geçici bir süreç olduğu ve zamanla atlatılabileceği yönünde olumlu bir bakış açısının hâkim olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda, menopoz algısı kadınlar tarafından çoğunlukla yaşamın doğal bir evresi olarak; adetlerin sonlanması ve yaşlanmanın başlangıcı şeklinde değerlendirilmiştir. Aydemir'in çalışmasında da katılımcıların büyük bir kısmı menopoz dönemini “doğal bir olay” ve “adetlerin kesilmesi” olarak tanımlanmış ve bu araştırmada menopoza tanımlarken katılımcıların en sık kullandıkları ifadeler sırasıyla “doğurganlığın sona ermesi”, “doğal bir süreç”, “bedensel bir dönüşüm”, “hayatın yeni bir evresi” ve “yaşlılığa geçiş” şeklinde olmuştur (Aydemir, 2007). Menopozun yaşlanma süreci ya da yaşlılık ile ilişkili olduğu durumu başka çalışmalarda da rapor edilmiştir. Nijerya'da kadınlar arasında yapılan bir çalışmada ise, kadınların çoğunluğu (%58,3), menopoz ve klimakterik belirtileri bir sağlık sorunu olarak değil, yaşlanma sürecinin bir parçası olarak değerlendirmiştir. (Ikeme ve ark., 2011) Benzer bir sonuç, Güney Afrika'da yapılan nitel ve keşifsel bir

çalışmada da rapor edilmiş olup çalışmada adet döngüsü sona erdiğinde kadının artık yaşlı kabul edildiğini ortaya konmuştur (Ramakuela ve ark., 2014). Çalışmamız menopoza algısı açısından Kiroğlu'nun çalışmasıyla da paralellik göstermektedir. Söz konusu araştırmada kadınların menopoza doğal karşıladığı ve menopoza değişiklik, yaşlanmak, hastalık ile ilişkilendirdikleri belirtilmiştir (Kiroğlu, 2005). Çalışmamızda katılımcıların bir kısmının menopoza doğrudan bir “hastalık” olarak tanımlaması ise dikkate değerdir. Menopoza “hastalık benzeri” bir süreç olarak değerlendirilen katılımcılar bu dönemde yaşadıkları fiziksel ve psikolojik belirtileri daha yoğun ve şiddetli biçimde deneyimledikleri gözlemlenmektedir. Bu durum, kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve menopoza hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmamalarıyla doğrudan ilişkili olabilir. Ancak kadınların menopoza konusundaki bilgi düzeylerine ilişkin çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, bu bilgi düzeyi ile menopoza semptomların şiddeti arasındaki ilişkiyi irdeleyen araştırmalar oldukça sınırlıdır. Kwak tarafından yürütülen çalışmada da menopoza bilgi düzeyi ile semptom şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir (Kwak ve ark., 2014). Öte yandan, menopoza yönelik tutum ile menopoza semptomların şiddeti arasındaki ilişkiyi ele alan çok sayıda araştırma mevcuttur. Bu çalışmaların büyük çoğunluğu, menopoza karşı olumsuz tutum geliştiren kadınların menopoza semptomları daha yoğun yaşadığını ortaya koymaktadır (Çoban ve ark., 2008; Dasgupta ve Ray, 2013; Ghaderi ve ark., 2010; Mackey ve ark., 2014). Araştırmamızda çoğunluk menopoza doğal bir süreç olarak kabul etmiş olsa da, semptomların şiddeti ve kişisel deneyim farklılıkları bu sürecin “hastalık benzeri” algılanmasına da yol açabilmektedir. Bu algı, kadınların menopoza dönemini daha zor ve olumsuz deneyimlemelerine neden olabilmektedir. Bu nedenle, menopoza döneminin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikososyal yönleriyle ele alınması ve aile hekimlerinin bu süreçte daha aktif bir rol üstlenmesi, kadınların yaşam kalitesini artırmada kritik önemdedir. Bu noktada özellikle aile hekimlerinin, kadınların menopoza sürecine dair algılarını şekillendirmede ve sağlıklı geçiş süreci sağlamada kilit bir rol üstlenmesi gerekmektedir.

Menopoza dönemi, kadınların çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlar yaşayabildiği önemli bir yaşam evresidir. Bu dönemde bazı kadınlar çok sayıda semptomla

karşılaştıkları, bazıları daha az sayıda ve daha hafif düzeyde semptomlar deneyimlemektedir. Semptomların türü ve şiddeti bireysel farklılıklara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu semptomlar, kadınların genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Sis ve Pasinlioğlu, 2013). Yapılan çalışmamızda, kadınların menopoza sürecinde hem fiziksel hem de psikolojik birçok semptom yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda menopoza dönemindeki kadınların en sık bildirdiği semptomların vazomotor belirtiler olan sıcak basması ile gece terlemesi ve psikolojik semptomlardan sinirlilik olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, literatürdeki pek çok çalışmayla örtüşmekte olup, menopoza döneminin hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde çok yönlü etkiler yarattığını göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da en sık karşılaşılan semptomların başında vazomotor şikayetlerin geldiği vurgulanmıştır (Ghazanfarpour ve ark.,2015; Yanikkerem ve ark.,2012). Aynı şekilde, yapılan nitel bir araştırmada da menopoza döneminde en fazla kadınların sıcak basması ve gece terlemesi yaşadığı belirtilmiştir (İkışık ve ark., 2020). Bu bulgular, çalışmamızla benzerlik göstererek menopoza döneminde vazomotor semptomların yaygın ve rahatsız edici bir biçimde deneyimlendiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, çalışmamızda psikolojik etkiler arasında en sık bildirilen bulgunun sinirlilik olması, Tümer ve Kartal'ın yaptığı menopozal semptomların sıklığını değerlendirdikleri çalışmayla örtüşmektedir. Bu araştırma bulgularına göre kadınlar en fazla psikolojik, ardından somatik ve ürogenital semptomlar yaşamaktadır (Tümer ve Kartal, 2018). Benzer şekilde, başka bir araştırmada kadınların depresif ve sinirli ruh hali yaşadıklarını belirtilmiştir (Sharif ve Darsareh, 2019). Bu bağlamda değerlendirildiğinde, çalışmamızda yer alan kadınların ruhsal durumlarının menopoza süreciyle doğrudan etkilendiği söylenebilir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada da vazomotor yakınmaların, kadınların ruhsal durumları, uyku düzenleri, konsantrasyon becerileri ile fiziksel ve zihinsel yorgunluk düzeyleri üzerinde olumsuz etkiler yarattığı vurgulanmıştır (Gözüyeşil ve Başer, 2016). Vazomotor semptomların şiddeti ve sıklığının artması, bazı yapılan çalışmalarda uyku ve yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş gerçekleştirdiği gösterilmiştir (Pinkerton ve ark., 2016). Çalışmamızda da katılımcıların sıcak basması yaşarken aynı zamanda sinirlilik, huzursuzluk ve uykusuzluk gibi sorunları da eşzamanlı olarak belirtmeleri, bu semptomlar arasında karşılıklı bir etkileşim olduğunu

göstermektedir. Menopozal dönemde sıkça karşılaşılan semptomlar arasında yer alan uyku bozukluklarının, fizyolojik değişimlerle birlikte değerlendirildiğinde dikkate değer bir sorun olduğu öne çıkmaktadır. Araştırmamızda menopoz dönemindeki bazı katılımcıların uykuya ilişkin çeşitli sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların uykuya dalmakta güçlük çektiği ve uyku bölünmelerin olduğu gözlenmiştir. Özellikle sıcak basmaları gibi vazomotor semptomların, gece uykusunu bölerek uyku kalitesini olumsuz etkilendiği ifade edilmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalarda bu durumu desteklemektedir. İngiltere'de yürütülen bir araştırma, menopoz dönemi vazomotor semptomların özellikle gece terlemeleriyle birlikte uyku bozukluklarının anlamlı düzeyde bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, yaşla birlikte artan stres faktörleri ve depresyon gibi psikolojik durumların da postmenopozal dönemde uyku problemlerine neden olabileceği belirtilmiştir (Tom ve ark., 2010). Bir başka çalışmada da menopoz döneminde kadınların %27,16'sının orta şiddette uyku problemleri yaşadığı belirtilmiştir (Özgür, 2007). Uykusuzluk, menopoz dönemindeki kadınların genel yaşam kalitesini, psikolojik sağlamlığını ve günlük işlevselliğini önemli ölçüde düşürmektedir. Uyku problemleri genellikle gece terlemeleri, sıcak basmaları gibi belirtilerle ilişkili olup bu durum, uykuya dalmada zorluk, sık sık uyanma gibi sorunlarla kendini gösterir. Sürekli bölünen ya da kalitesiz uyku, bireyin hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını olumsuz etkiler. Uyku problemleri depresyon, anksiyete, irritabilite (huzursuzluk) ve konsantrasyon güçlüğü gibi ruhsal durumlarla iç içe geçebilir. Uyuyamama hali, kadınların gündüz yaşamında enerji düşüklüğü ve iş veriminde azalma olarak kendini gösterebilir. Ayrıca uyku bozuklukları, kadının aile içi rollerini yerine getirme ve sosyal ilişkilerini sürdürme becerisini de zorlaştırabilir. Uykusuzluk nedeniyle ortaya çıkan yorgunluk ve sabırsızlık, iletişimde çatışmalara yol açabilir. Bu nedenle, menopoz döneminde yaşanan uyku sorunları biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir.

Çalışmamıza katılan kadınların büyük bir çoğunluğu vajinal kuruluk, idrar kaçırma, cinsel istekte azalma ve tekrarlayan üriner enfeksiyonlar gibi menopozun genitoüriner sendroma (GSM) özgü semptomlardan şikâyetçi olduklarını belirtmişlerdir. Bu sendrom, özellikle östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak

ortaya çıkar ve hem vajinal hem de üriner sistemi etkiler. Bu tanım, menopo  sonrası dönemde yaşanan genital, üriner ve cinsel işlev bozukluklarını tek bir çatı altında toplamıştır (Portman ve Gass, 2014). Araştırmamızda menopo  dönemindeki kadınların cinsel yaşam kalitesinin çeşitli açılardan etkilendiği vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik ve disparoni gibi semptomların da sıklıkla dile getirildiği saptanmıştır. Katılımcıların büyük bir kısmının cinsel isteğinde azalma yaşadığı, bununla birlikte vajinal kuruluğa bağlı olarak cinsel ilişki sırasında ağrı hissettiklerini ve bu durumun cinsel isteksizliği daha da artırdığını ifade ettikleri gözlemlenmiştir. Bazı çalışmalarda da menopo  sonrası dönemde kadınların önemli bir oranında cinsel istekte azalma olduğu belirtilmiş, bu durumun çalışmamızla paralel olduğu görülmüştür (Güngör, 2003; Kır Ğlu, 2005). Özellikle bir çalışmada yüksek bir oranda vajinal kuruluk bildirilmiş olması, bu semptomun yaygınlığına ve klinik önemine dikkat çekmektedir (Mohammed ve ark., 2016). Ancak araştırmamızda da tespit edildiği kadınların büyük bir kısmı cinsel sorunlarını dile getirmekten kaçınmakta, bu durum tedaviye başvurma oranlarının d   kl Ğ n  yansıttığını düşünülmektedir. Bu durumu destekleyen bir çalışmaya göre menopozdaki kadınların yalnızca %7-20'si cinsel semptomları için sağlık hizmeti almaktadır (Obermeyer ve ark., 2005). Bu durum, toplumda menopo  ve cinsellik konularında süregelen tabuların ve damgalanmanın bir yansıması olabilir. Araştırmamıza katılan katılımcıların bir kısmı idrarla ilgili sorunlar yaşadığını belirtmiş; bu sorunlar arasında özellikle istemsiz idrar kaçırmanın  ne çıktığı gözlemlenmiştir. Genitoüriner sendromun sık karşılaşılan semptomlarından biri olan idrar kaçırma, kadınların yaşam kalitesini belirgin şekilde azaltmakta ve sosyal yaşantılarını olumsuz yönde etkilemektedir (Karakoç ve ark., 2019). Çalışmamızdaki bazı katılımcılar, bu durumu özellikle toplumsal ortamlarda mahcubiyet, utanma ve sosyal geri çekilme ile ili kilendirmi tir. Yapılan bir çalışmada da genitoüriner sendrom semptomlarının şiddetli seyrettiği kadınlarda öz bakım gücünde azalma ve yaşam kalitesinde d     gözlemlenmiştir (Karakoç ve ark., 2019). Elde edilen bu bulgular, çalışmamızda ulaşılan verilerle paralellik göstermektedir. Sonuç olarak, genitoüriner sendrom, kadınların yaşam kalitesini çok boyutlu olarak etkileyen, ancak çoğu zaman dile getirilmeyen önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle vajinal kuruluk ve ağrılı cinsel ilişki, kadınların cinsel yaşamdan uzaklaşmasına neden olabilir. Bu

durum hem bireysel hem de ilişkisel düzeyde sorunlar yaratabilir. Cinselliğin kadınlıkla özdeşleştirildiği toplumlarda bu durum, kadınlık hissi kaybıyla birleşerek psikolojik baskıyı artırabilir. Aile hekimliği bu sürecin erken fark edilmesi, önlenmesi ve yönetilmesinde merkezi bir rol almaktadır. Bu nedenle aile sağlığı merkezleri, menopoz dönemine özgü sağlık hizmetlerinin sunulduğu, kadınların kendilerini rahatça ifade edebileceği destekleyici sağlık ortamları haline getirilmelidir.

Bizim çalışmamızda menopoz dönemine özgü semptomlarla baş etmede kadınların çeşitli stratejiler geliştirdikleri gözlemlenmiştir. Katılımcılar, bu dönemde yaşadıkları sıkıntılara karşılık hem sağlık hizmetlerine başvurma hem de bireysel baş etme yöntemlerine yönelmişlerdir. Sağlık desteği kapsamında doktor kontrolüne gitme, ilaç kullanımı ve alternatif tedavi yöntemlerini deneme gibi yaklaşımlar tercih edilmiştir. Bununla birlikte olarak ortam ısını düşürme, serin ortamda bulunma ve kıyafet seçimine özen gösterme gibi yaşam alanlarında çeşitli düzenlemelerin uygulandığı ifade edilmiştir. Ayrıca çalışmamızdaki bazı katılımcılar davranışsal baş etme stratejileri olarak fiziksel aktivite yapma ve sosyal etkileşimlerde bulunma gibi yöntemlerle semptomlarını hafifletmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Literatürle uyumlu olarak, kadınların dikkatlerini yaşadıkları semptomlardan başka alanlara yönelterek ruhsal rahatlama sağladıkları, temizlik yapmak, bitki çayı tüketmek, egzersiz ve maneviyata yönelmek gibi çeşitli yöntemleri kullandıkları görülmektedir. (Fıskın ve ark., 2017; Kurt ve Arslan, 2020). Çalışmamızda elde edilen bulgular, menopoz döneminde kadınların sağlık desteği arama davranışlarının semptom şiddetiyle doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle menopozal semptomları şiddetli düzeyde yaşayan katılımcıların, bu döneme özgü yakınmalar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurduğu ve özellikle jinekoloji polikliniklerini tercih ettiği tespit edilmiştir. Araştırmamızda kadınlar en fazla vajinal kuruluk şikayeti için doktora başvurulduğu görülmüş olsa da Aydın’da yapılan çalışmada, kadınların menopoz döneminde en sık doktora başvurma nedeninin sıcak basması ve terleme gibi vazomotor semptomlar olduğu bildirilmiştir. (Atık, 2009) Çalışmamızda yapılan görüşmeler sonucunda, menopoz döneminde HRT kullanım oranının oldukça düşük olduğu ve katılımcıların büyük bir kısmının semptomlarla başa çıkmak için

daha çok alternatif yöntemlere yöneldiği tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan kadınlar arasında HRT'yi deneyimleyenlerden bazıları, tedaviden yeterli fayda göremedikleri gerekçesiyle tedaviyi bıraktıklarını dile getirmişlerdir. Bu durum, İngiltere'de yapılan bir çalışmayla da örtüşmekte olup, HRT'den yarar gören kadınların dahi tedaviyi hekim önerisi olmaksızın sonlandırdıkları görülmüştür (Cumming ve ark., 2011). Çalışmamıza katılan bazı kadınlar, menopozal semptomlarını hafifletmek amacıyla bitkisel içerikli ürünler kullandıklarını ifade etmiş olsalarda, çoğunluğun semptomlarla başa çıkmak için daha çok fiziksel aktiviteye, özellikle yürüyüşe yöneldiği görülmüştür. Literatürde yapılan bir çalışmada Avrupalı kadınların %13'ünün bitkisel kombinasyonlar kullandığı belirtilmiştir (Koebnick ve ark., 2005). Bazı araştırmalarda ise fiziksel aktivitenin özellikle β -endorfin düzeylerini artırarak depresyon, öfke ve sinirlilik gibi psikolojik semptomları azalttığı yönünde bulgular mevcuttur (Li ve ark., 1999). İtalya ve Finlandiya'da yapılan çalışmalarda da fiziksel aktivite düzeyi düşük kadınlarda depresyon, unutkanlık ve sinirlilik gibi şikayetlerin daha fazla görüldüğü ve düzenli egzersizin menopoz semptomlarını azaltarak yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (Di Donato ve ark., 2005; Moilanen ve ark., 2010). Dolayısıyla, menopoz yönetiminde bireysel tercihlere saygı duyulmakla birlikte, doğru ve güncel bilgiye dayalı kararların alınabilmesi için özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin HRT hakkında danışmanlık vermede daha etkin bir rol üstlenmesi, kadınlara bu dönemde etkili yaşam tarzı değişiklikleri hakkında rehberlik etmesi, menopoz dönemindeki kadınları fiziksel aktivitenin faydaları konusunda bilinçlendirmesi ve teşvik etmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli bir müdahale olan düzenli yürüyüş gibi davranışsal öneriler, kadınların yaşam kalitesini artırmada etkili olabilir. Aile hekimlerinin bu süreçte kadınlara bireyselleştirilmiş sağlık danışmanlığı sunması, semptomların hafifletilmesinde ilaç dışı yaklaşımların benimsenmesini kolaylaştıracaktır.

Menopoz dönemi, kadınların fiziksel ve psikolojik değişimler yaşadığı, bu nedenle sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu bir süreçtir. Bu dönemde özellikle eş desteği, semptomların algılanma şiddetini etkileyebilmektedir. Literatürde evli kadınların eşlerinden aldıkları destekle menopoz semptomlarını daha hafif

algılayabildikleri belirtilmiştir (Green ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada katılımcıların %38,7'si ailelerinden oldukça destek gördüklerini, %31,5'i ise hiç destek görmediklerini belirtmiştir (Güler, 2017). Benzer şekilde bir diğer çalışmada ise menopoza döneminde destek algısının değişken olduğu görülmektedir (Kıroğlu, 2005). Çalışmamızda da kadınların çoğu eşlerinden destek aldıklarını, özellikle cinsel sorunlar yaşadıklarında eşlerinin anlayışlı tutumlarının önemli olduğunu vurgulamıştır. Ancak bazı kadınlar eşlerinden ve ailelerinden yeterli destek görmediklerini, bu durumun değersizlik hissine ve aile içi çatışmalara yol açtığını ifade etmiştir. Bu bulgular, eş desteğinin menopoza dönemindeki kadınlar için ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Aile hekimlerinin bu süreçte kadınların yalnızca fiziksel şikayetlerini değil, sosyal destek durumlarını da değerlendirmesi; özellikle eş ve aile bireylerini bilgilendirici danışmanlık hizmetleri sunması, kadınların menopoza sürecini daha sağlıklı geçirmelerine katkı sağlayacaktır.

Yaptığımız çalışmada, menopoza döneminin kadınların yaşamını çok yönlü etkilediği belirlenmiştir. Katılımcılar, bu süreçte özellikle duygusal değişimlerden söz etmiş; kadınlık hissini kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve genel olarak hayatın olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmişlerdir. En sık dile getirilen şikâyetler arasında yorgunluk ve iş veriminde düşüş yer almaktadır. Ayrıca fiziksel görünümdeki değişimlerin, özellikle kilo artışının, kadınların duygusal durumunu olumsuz etkilediği ve beden algısında bozulmaya neden olarak yaşamın genel algısında olumsuzluk yarattığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, menopoza yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikososyal yönleriyle de ele alınması gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda bazı kadınlar, menopoza döneminde kadınlık hisselerinde kayıp yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Geleneksel toplum yapılarında kadının doğurganlık, annelik ve eş olma rolleri ön planda olduğundan, menopoza bu rollerin sona ermesiyle ilişkilendirilmekte ve kadınlık değerinde azalma hissi yaratabilmektedir (Przeworski ve Piedra, 2020; Thomas ve ark., 2017). Ayrıca cinsel yaşamda yaşanan sorunlar ve eşin anlayışsız tutumu, kadınların menopoza psikolojik olarak daha zor geçirmelerine ve kadınlık hissi kaybı yaşamalarında bir neden olabilmektedir (Erol, 2014). Evlilik ilişkilerinde cinsel isteksizlik kadının partneriyle olan bağını sorgulamasına neden olabilir. Bu durum, kadınlık hissini zedelenmesini

pekiştirebilir. Özellikle kadının değeri doğurganlık ve aile içindeki toplumsal normlarla tanımlandığından, menopoza sonrası dönemde bu rollerin yitirildiği algısı daha belirgin hale gelir. Bu rollerin sona erdiği düşüncesi, bireyde yetersizlik, değersizlik ve kimlik kaybı gibi duygulara yol açabilmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlar menopoza dönemiyle kilo aldıkları ve vermekte zorladıkları bir dönem olarak ifade etmişlerdir. Bu bulgular ile örtüşen bir çalışmada da menopoza dönemindeki kadınların %75 kilo aldığı ve %90 oranında kilo veremediği görülmüştür (Kıroğlu, 2005). Benzer şekilde ülkemizde yapılan çalışmada da kadınların menopoza döneminde %55,14'ünün kilo aldığı tespit edilmiştir (Ceylan, 2010). Başka bir araştırmada ise kadınların %58,1'i menopoza döneminde kilo aldıkları vurgulanmıştır (Mohamed ve ark., 2014). Bu sonuçlar, menopozun kilo artışıyla sık ilişkilendirildiğini ve kilo vermenin bu dönemde kadınlar için daha güç hale geldiğini göstermektedir. Bu durum hem fiziksel hem de psikososyal açıdan kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğinden, aile hekimlerinin bu süreçte sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve kilo yönetimi konusunda rehberlik etmeleri önemlidir.

Araştırmamıza katılan kadınlar, menopoza döneminde yaşam kalitelerinin özellikle fiziksel ve zihinsel yorgunluk üzerinden olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışmayla paralellik göstermektedir. Özellikle vazomotor semptomlar ve yorgunluk, postmenopozal dönemde yaşam kalitesini en fazla etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Atasü ve Tekin, 2001; Başer ve Taşkın, 2002). Bazı çalışmalarda bu bulguları desteklediği görülmüş olup, kadınların büyük bir kısmının bu dönemde yoğun yorgunluk yaşadığını ortaya koymaktadırlar (Khan ve ark.,2016; Koyuncu, 2015). Yaşam kalitesindeki düşüşün, menopoza semptomlarının sıklığı ve şiddetiyle yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu süreçte kadınlar hem sosyal yaşamlarında hem de iş hayatlarında çeşitli zorluklar yaşayabilmektedir. Öte yandan bazı çalışmalar, çalışan kadınların menopoza şikâyetlerini daha hafif yaşadığını ve iş meşguliyetinin semptomların algısını azaltabileceğini de göstermektedir (D'Angelo ve ark., 2022; Hardy ve ark.,2018; Tümer ve Kartal, 2018).

Menopozun sadece biyolojik bir geçiş değil, aynı zamanda kadınların günlük yaşamını, sosyal ilişkilerini ve iş yaşamını etkileyen çok yönlü bir süreç olduğunu bu bulgular ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin, kadınların bu süreci daha sağlıklı geçirebilmeleri için düzenli takip, bilgilendirme, danışmanlık ve yönlendirme gibi bütüncül bir yaklaşım benimsemeleri önemlidir. Kadınların menopoz döneminde yaşam kalitesinin korunması ancak semptom yönetimi ve psikososyal destekle mümkün olabilmektedir. Bu nedenle, aile hekimleri menopoz döneminde kadınlarla aktif iş birliği içinde olmalı ve bireysel ihtiyaçlara duyarlı bir sağlık hizmeti sunmalıdır. Bu doğrultuda, aile hekimliği menopoz dönemindeki kadınlar için hem sağlık eğitimi hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması açısından önemli bir rol üstlenmelidir.

6.KAYNAKLAR

Adashi, E. Y. (1994). The climacteric ovary as a functional gonadotropin-driven androgen-producing gland. *Fertil and Steril*, 62(1), 20–27.

Ağan, K., Özmerdivenli, R., Değirmenci, Y., Çağlar, M., Başbuğ, A., Balbay, E. G., & Sungur, M. A. (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(1), 52–149.

Aibar-Almazán, A., Hita-Contreras, F., Cruz-Díaz, D., de la Torre-Cruz, M. D., Jiménez-García, J. D., & Martínez-Amat, A. (2019). Effects of Pilates training on sleep quality, anxiety, depression and fatigue in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Maturitas*, 124, 62–67.

Archer, D. F., Sturdee, D. W., Baber, R. J., de Villiers, T. J., Pines, A., & Freedman, R. R. (2011). Menopausal hot flushes and night sweats: Where are we now? *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 14(5), 515–528

Atasü, T., & Tekin, H. İ. (2001). Menopozun semptomları. In: Atasü T, ed. Menopoz: Tedavisi ve kanser. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul, s: 95–108.

Atik Nalbant, M. (2009). Menopozal semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adnan Menderes Üniversitesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Akdolun Balkaya).

Avis, N. E., Crawford, S. L., & Green, R. (2018). Vasomotor symptoms across the menopause transition: Differences among women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 629-640.

Aydemir, H. (2007). Edirne il merkezindeki 40–59 yaş arasındaki kadınların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne (Danışman: Prof. Dr. H Dağdeviren).

Başer, M., & Taşkın, L. (2002). Hormon replasman tedavisinin yaşam kalitesine etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. L Taşkın).

Bener, A., & Falah, A. (2014). A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. *Journal of Mid-life Health*, 5(3), 34–126.

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8–14.

Berek, J. S. (2019). Berek & Novak's gynecology, 16th ed. Lippincott Williams & Wilkins.

Bozkurt, Ö. D., & Sevil, Ü. (2016). Menopoz ve Cinsel Yaşam. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(4).

Bruce, D., & Rymer, J. (2009). Symptoms of the menopause. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 23(1), 25–32.

Burger, H. G., Hale, G. E., Dennerstein, L., & Robertson, D. M. (2008). Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. *Menopause, New York*, 15(4 Pt 1), 603–612.

Ceylan, B. (2010). Eskişehir Tepebaşı ilçesinde yaşayan 40–59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. N Özerdoğan)

Cintron, D., Lipford, M., Larrea-Mantilla, L., Spencer-Bonilla, G., Lloyd, R., Gionfriddo, M. R., Gunjal, S., Farrell, A. M., Miller, V. M., & Murad, M. H. (2017). Efficacy of menopausal hormone therapy on sleep quality: systematic review and meta-analysis. *Endocrine*, 55(3), 702–711.

Cosman, F., de Beur, S. J., LeBoff, M. S., Lewiecki, E. M., Tanner, B., Randall, S., Lindsay, R., & National Osteoporosis Foundation (2014). Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 25(10), 2359–2381.

Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1999). Doing qualitative research. 2st ed. Sage Publications.

Cumming, G. P., Currie, H. D., Panay, N., Moncur, R., & Lee, A. J. (2011). Stopping hormone replacement therapy: were women ill advised?. *Menopause international*, 17(3), 82–87.

Çelik, A. S., & Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48–56.

Çelikkanat, Ş. (2012). 40 yaş üstü kadınların menopoz ve osteoporoza ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi, Gaziantep (Danışman: Yrd. Doç. Dr. R Sohbet)

Çiçek, M., Akyürek, C., Çelik, Ç., & Haberal, A. (2004). Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, s: 80–1163.

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.

Dasgupta, D., & Ray, S. (2013). Attitude toward menopause and aging: a study on postmenopausal women of West Bengal. *Journal of women & aging*, 25(1), 66–79.

de Bruin, J. P., Bovenhuis, H., van Noord, P. A., Pearson, P. L., van Arendonk, J. A., te Velde, E. R., Kuurman, W. W., & Dorland, M. (2001). The role of genetic factors in age at natural menopause. *Human reproduction*, 16(9), 2014–2018.

Decherney, A. H., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. S. (2014). Menopoz ve postmenopoz Çev. Ed. M. B. Tıraş & A. Y. Çakıroğlu. Güncel obstetrik ve jinekoloji: Tanı ve tedavi. Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, s: 948–971.

Demirkol, N. (2008). Menopoz dönemindeki kadınlarda cinsel fonksiyon bozuklukları. Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Şanlıurfa.

Di Donato, P., Giulini, N. A., Bacchi Modena, A., Cicchetti, G., & et al. (2005). Factors associated with climacteric symptoms in women around menopause attending menopause clinics in Italy. *Maturitas*, 52(3–4), 181–189.

Dinçer Cengiz, S., Çağlar, G. S. (2016). Menopoz: Multidisipliner yaklaşım In Dinçer Cengiz S. & Çağlar G. S. Eds, Modern Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., s: 1–17.

Duman, M., & Timur Taşhan, S. (2018). The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *International journal of nursing practice*, 24(4), e12650.

D'Angelo, S., Bevilacqua, G., Hammond, J., Zaballa, E., Dennison, E. M., & Walker-Bone, K. (2022). Impact of Menopausal Symptoms on Work: Findings from Women in the Health and Employment after Fifty (HEAF) Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 295.

El Khoudary, S. R., Aggarwal, B., Beckie, T. M., Hodis, H. N., Johnson, A. E., Langer, R. D., Limacher, M. C., Manson, J. E., Stefanick, M. L., & Allison, M. A. (2020). Menopause transition and cardiovascular disease risk: Implications for timing of early prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 142(25), 506–532.

Erol, M. (2014). From opportunity to obligation: Medicalization of post-menopausal sexuality in Turkey. *Sexualities*, 17(1–2), 43–62

Fışkın, G., Şahin, N. H., & Kaya, İ. F. (2017). Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *JAREN*, 3(3), 122–128.

Gasparri, M. L., Taghavi, K., Fiacco, E., Zuber, V., Di Micco, R., Gazzetta, G., Valentini, A., Mueller, M. D., Papadia, A., & Gentilini, O. D. (2019). Risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy for BRCA mutation carriers and hormonal replacement therapy: If it should rain, better a drizzle than a storm. *Medicina*, 55(8), 415.

Ghaderi, E., Ghazanfarpour, M., & Kaviani, M. (2010). Evaluation of menopausal women's attitudes towards menopause in Shiraz. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 26(4), 698–703.

Ghazanfarpour, M., Kaviani, M., Abdollahian, S., Bonakchi, H., Najmabadi Khadijeh, M., Naghavi, M., & Khadivzadeh, T. (2015). The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 31(11), 860–865.

Gelfand M. M. (2000). Sexuality among older women. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 9 Suppl 1, S15–S20.

Görgel, E., & Çakıroğlu, F. (2007). Menopoz döneminde kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi. s: 1–14.

Gözüyeşil, E., & Başer, M. (2016). Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktivitelerine etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 19, 261–268.

Green, S. M., McCabe, R. E., & Soares, C. N. (2012). The cognitive behavioral workbook for menopause: A step-by-step program for overcoming hot flashes, mood swings, insomnia, anxiety, depression, and other symptoms. New Harbinger Publications.

Güler, K. (2017). Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve menopozal tutumlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. I Gönenç).

Güngör, L. (2003). Elazığ Yeni Mah. Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınların menopoz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta uzmanlık tezi, Elazığ (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F Oğuzöncül).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2013). Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı; TÜBİTAK

Hale, G. E., Zhao, X., Hughes, C. L., Burger, H. G., Robertson, D. M., & Fraser, I. S. (2007). Endocrine features of menstrual cycles in middle and late reproductive age and the menopausal transition classified according to the Staging of Reproductive Aging Workshop (STRAW) staging system. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 92(8), 3060–3067.

Hall, G., & Phillips, T. J. (2005). Estrogen and skin: the effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53(4), 555–572.

Hardy, C., Thorne, E., Griffiths, A., & Hunter, M. S. (2018). Work outcomes in midlife women: the impact of menopause, work stress and working environment. *Women's midlife health*, 4, 3.

Ikeme, A., Okeke, T. C., Akogu, S., & Chinwuba, N. (2011). Knowledge and Perception of Menopause and Climacteric Symptoms among a Population of Women in Enugu, South East, Nigeria. *Annals of medical and health sciences research*, 1(1), 31–36.

İkışık, H., Turan, G., Kutay, F., Karamanlı, D. C., Güven, E., Özdemir, E., Taşdemir, M., & Maral, I. (2020). Awareness of menopause and strategies to cope with menopausal symptoms of the women aged between 40 and 65 who consulted to a tertiary care hospital. *Estudam Public Health Journal*, 5(1), 10–21.

Karakoç, H., Kul Uçtu, A., & Özerdoğan, N. (2019). Genitourinary syndrome of menopause: Effects on related factors, quality of life, and self-care power. *Menopause Review / Przegląd Menopauzalny*, 18, 15–22.

Karanisoğlu, H., & Dinç, H. (2012). Klimakterik dönem. In: Dinç H. Ed. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. 1. baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, s: 59–443.

Kaunitz, A. M., & Manson, J. E. (2015). Management of menopausal symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 126(4), 859–876.

Khan, S., Shukla, M. K., Priya, N., & Ansari, M. A. (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.

Kıroğlu, F. G. (2005). Menopoz döneminin kadının sosyal ilişkilerine olan etkileri. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi. Ankara

Koebnick, C., Reimann, M., Carlson, A., Korzen-Bohr, S., Bügel, S., Hallund, J., Rossi, L., Branca, F., Hall, W., Williams, C., Zunft, H. J. F., & O'Doherty Jensen, K. (2005). The acceptability of isoflavones as a treatment of menopausal symptoms: A European survey among postmenopausal women. *Climacteric*, 8(3), 230–242.

Koyuncu, T. (2015). Beylikova’da orta yaş kadınlarda menopoz semptomları sıklığı, menopoz bilgi düzeyi ve sağlık eğitiminin menopoz semptomları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Uzmanlık tezi. Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. A Ünsal).

Kurt, G., & Arslan, H. (2020). Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Çukurova Medical Journal*, 45(3), 910–920.

Kurt, G., Zeren Öztürk, G., & Kurt, G. B. (2023). Menopozal dönemdeki semptomlar ve yaşam kalitesi arasında ilişki. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 27(4), 77–87.

Kwak, E. K., Park, H. S., & Kang, N. M. (2014). Menopause knowledge, attitude, symptom and management among midlife employed women. *Journal of Menopausal Medicine*, 20(3), 118–125.

Li, S., Holm, K., Gulanick, M., Lanuza, D., & Penckofer, S. (1999). The relationship between physical activity and perimenopause. *Health care for women international*, 20(2), 163–178.

Lindeberg, M. (2008). Molecular and morphological studies of folliculogenesis, oocyte maturation and embryogenesis in humans. Karolinska Institutet, Department of Clinical Sciences, Intervention and Technology, Division of Obstetrics and Gynecology, Doctoral dissertation, Stockholm, Sweden

Mackey, S., Teo, S. S. H., Dramusic, V., Lee, H. K., & Boughton, M. (2014). Knowledge, attitudes, and practices associated with menopause: A multi-ethnic, qualitative study in Singapore. *Health Care for Women International*, 35(5), 512–528.

Madsen, T. E., Sobel, T., Negash, S., Shrout Allen, T., Stefanick, M. L., Manson, J. E., & Allison, M. (2023). A Review of Hormone and Non-Hormonal Therapy Options for the Treatment of Menopause. *International journal of women's health*, 15, 825–836.

Matthews, K. A., Crawford, S. L., Chae, C. U., Everson-Rose, S. A., Sowers, M. F., Sternfeld, B., & Sutton-Tyrrell, K. (2009). Are changes in cardiovascular disease risk factors in midlife women due to chronological aging or to the menopausal transition?. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(25), 2366–2373.

Merriam, S. B., & Grenier, R. S. (2019). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. 2st ed. Jossey-Bass.

Minkin, M. J. (2019). Menopause: Hormones, lifestyle, and optimizing aging. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(3), 501–514.

Mishra, G. D., Pandeya, N., Dobson, A. J., Chung, H. F., Anderson, D., Kuh, D., Sandin, S., Giles, G. G., Bruinsma, F., Hayashi, K., Lee, J. S., Mizunuma, H., Cade, J. E., Burley, V., Greenwood, D. C., Goodman, A., Simonsen, M. K., Adami, H. O., Demakakos, P., & Weiderpass, E. (2017). Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(3), 679–686.

Mohamed, H. A. E., Lamadah, S. M., & Zamil, L. G. A. (2014). Quality of life among menopausal women. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 3(3), 552–561.

Mohammed, S. T., Shabana, K. R. A., Mansour, S. E., & Emam, M. A. (2016). Evaluation of postmenopausal symptoms: Its effect on female's quality of life. *International Journal of Nursing Didactics*, 6(9), 1–10.

Moilanen, J., Aalto, A. M., Hemminki, E., Aro, A. R., Raitanen, J., & Luoto, R. (2010). Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*, 67(4), 368–374.

Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause global prevalence, physiology and implications. *Nature reviews. Endocrinology*, 14(4), 199–215.

Nelson, L. M. (2009). Primary ovarian insufficiency. *New England Journal of Medicine*, 360(6), 606–614.

Obermeyer, C. M., Reher, D., Alcalá, L. C., & Price, K. (2005). The menopause in Spain: results of the DAMES (Decisions At MENopause) study. *Maturitas*, 52(3-4), 190–198.

Orshan, A. S. (2008). Maternity, newborn, and women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan 1st ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, s: 983–1041.

Özgür, N. (2007). Klimakteriyum dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H Y Eryılmaz).

Paciuc J. (2020). Hormone Therapy in Menopause. *Advances in experimental medicine and biology*, 1242, 89–120.

Papaioannou, A., Morin, S., Cheung, A. M., Atkinson, S., Brown, J. P., Feldman, S., Hanley, D. A., Hodsman, A., Jamal, S. A., Kaiser, S. M., Kvern, B., Siminoski, K.,

Leslie, W. D., & Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada (2010). 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 182(17), 1864–1873.

Pinkerton, J. V., Abraham, L., Bushmakina, A. G., Cappelleri, J. C., & Komm, B. S. (2016). Relationship between changes in vasomotor symptoms and changes in menopause-specific quality of life and sleep parameters. *Menopause, New York, N.Y.*, 23(10), 1060–1066.

Polat, F., & Geçici, F. (2021). Menopoz dönemindeki kadınların gözüyle menopoz: Nitel bir araştırma örneği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(4), 809-817

Politi, M. C., Schleinitz, M. D., & Col, N. F. (2008). Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 23(9), 1507–1513

Portman, D. J., Gass, M. L., & Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel (2014). Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause, New York*, 21(10), 1063–1068.

Przeworski, A., & Piedra, A. (2020). The role of the family for sexual minority Latinx individuals: A systematic review and recommendations for clinical practice. *Journal of GLBT Family Studies*, 16(2), 211-240.

Ramakuela, N. J., Akinsola, H. A., Khoza, L. B., et al. (2014). Perceptions of menopause and aging in rural villages of Limpopo Province, South Africa. *African Journal of Online Learning (AJOL)*, 19(1), 1-8.

Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 44(3), 497–515.

Santoro, N., Lasley, B., McConnell, D., Allsworth, J., Crawford, S., Gold, E. B., Finkelstein, J. S., Greendale, G. A., Kelsey, J., Korenman, S., Luborsky, J. L., Matthews, K., Midgley, R., Powell, L., Sabatine, J., Schocken, M., Sowers, M. F., & Weiss, G. (2004). Body size and ethnicity are associated with menstrual cycle alterations in women in the early menopausal transition: The Study of Women's Health across the Nation (SWAN) Daily Hormone Study. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 89(6), 2622–2631.

Sharif, S. N., & Darsareh, F. (2019). Effect of royal jelly on menopausal symptoms: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 37, 47–50

Sherman S. (2005). Defining the menopausal transition. *The American journal of medicine*, 118 Suppl 12B, 3–7

Shifren J. L. (2018). Genitourinary Syndrome of Menopause. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 508–516.

Siminoski, K., Warshawski, R. S., Jen, H., & Lee, K. (2006). The accuracy of historical height loss for the detection of vertebral fractures in postmenopausal women. *Osteoporosis International*, 17, 290–296.

Sis Çelik, A., & Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 50–56.

Sluijmer, A. V., Heineman, M. J., De Jong, F. H., & Evers, J. L. (1995). Endocrine activity of the postmenopausal ovary: the effects of pituitary down-regulation and oophorectomy. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 80(7), 2163–2167.

Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertility and sterility*, 76(5), 874–878.

TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). *Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması*, 1. baskı, s: 4.

Thomas, P. A., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family Relationships and Well-Being. *Innovation in aging*, 1(3).

Thurston, R. C., & Joffe, H. (2011). Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 38(3), 489–501.

Tom, S. E., Kuh, D., Guralnik, J. M., & Mishra, G. D. (2010). Self-reported sleep difficulty during the menopausal transition: results from a prospective cohort study. *Menopause (New York, N.Y.)*, 17(6), 1128–1135.

Tümer, A., Kartal, A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3), 337–346.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). (2022). *Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu*, Supp 21, S201–S209.

Utian, W. H. (2005). Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health and quality of life outcomes*, 3, 47.

William, W. H., Lawrence, S. A., & Randolph, J. F. (2004). Menopoz. In: Berek JS Ed. *Novak's Gynecology*. Nobel Kitabevi, İstanbul, 13th edition, pp. 1109-1139.

World Health Organization (WHO). (1996). *Report of a WHO Scientific Group: Research on the Menopause in the 1990's*. Geneva, Switzerland.

Wurz, G. T., Soe, L. H., & DeGregorio, M. W. (2013). Ospemifene, vulvovaginal atrophy, and breast cancer. *Maturitas*, 74(3), 220–225.

Yanikkerem, E., Oruç Koltan, S., Göker Tamay, A., & Dikayak, S. (2012). Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 15(6), 552–562.

Yıldırım, A. (2010). Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38(Suppl 1), 32–40.

Yılmaz, K., Polat, O., & Kocamaz, B. (2014). Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 5(16), 19–51.

Yung, Y., Maman, E., Konopnicki, S., Cohen, B., Brengauz, M., Lojkin, I., Dal Canto, M., Fadini, R., Dor, J., & Hourvitz, A. (2010). ADAMTS-1: a new human ovulatory gene and a cumulus marker for fertilization capacity. *Molecular and cellular endocrinology*, 328(1-2), 104–108.

Zheng, H., Harlow, S. D., Kravitz, H. M., Bromberger, J., Buysse, D. J., Matthews, K. A., Gold, E. B., Owens, J. F., & Hall, M. (2015). Actigraphy-defined measures of sleep and movement across the menstrual cycle in midlife menstruating women: Study of Women's Health Across the Nation Sleep Study. *Menopause (New York, N.Y.)*, 22(1), 66–74.

7. EKLER

EK-1: Anket Formu

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadığı Deneyim ve Zorlukların Değerlendirilmesi: Nitel Bir Çalışma

Yarı Yapılandırılmış Anket Formu

- 1.Yaşınız:
2. Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış / Dul ☐ Hiç evlenmemiş
- 3.Menopoza girme yaşı:
4. Menopoz süresi: ☐ 0-5 yıl ☐ 5-10 yıl ☐ 11 yıl-
5. İlk adet yaşıınız :
6. Gebelik sayınız : ☐ Yok ☐ Bir ☐ İki ☐ Üç ve üzeri
7. Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
8. Eğitim durumu: ☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise
☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/Doktora
- 9..Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek
- 10.Kiminle yaşıyorsunuz? ☐ Tek başıma yaşıyorum ☐ Kendi ailemle (eş /çocuklar)
☐ Geniş aile (Eş/çocuklar/anne/baba/diğer akraba)
11. Nerede yaşıyorsunuz ? ☐ Kentsel ☐ Kırsal
12. Sigara kullanma: ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bıraktım
- 13 .Kronik hastalık varlığı : ☐ Evet
☐ Diyabet ☐ Kardiyovasküler hastalıklar ☐ Serebrovasküler Hastalık
☐ Tiroit Hastalıkları ☐ Astım / KOAH ☐ Romatolojik hastalıklar ☐ Malignite
☐ Psikiyatrik hastalıklar ☐ Diğer
☐ Hayır
14. Menopoz dönemi hakkında düşünceleriniz nelerdir, açıkla mısınız?
15. Menopozla ilgili fiziksel ve duygusal olarak hissettiğiniz değişiklikler nelerdir, bahsedebilir misiniz?
16. Menopoz dönemiyle ilgili zorluklarla nasıl başa çıktınız?
17. Menopoz sürecinde çevrenizden aldığınız destek ya da geri bildirimler nasıldı, bahsedebilir misiniz?
18. Menopozun yaşamınıza etkileri hakkında düşüncelerinizden bahsedebilir misiniz?

EK-2: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.12.2024-E.428179



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu

Sayı : E-43012747-050.04-428179-169
Konu : Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik
Kurul Başvuru Dosyası

11.12.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 15.11.2024 tarih ve 169 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadığı Deneyim ve Zorlukların Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Pelin TANYERİ
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır
11.12.2024

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BS4L9E5TTT Pin Kodu :08492

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd7eK=5783&eD=BS4L9E5TTT&eS=428179>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Hasan Konak
Unvanı: Sürekli İşçi



ÖZGEÇMİŞ

Adı	Nuray	Soyadı	Tak Yağmur
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı	
Yüksek Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre	
Pratisyen hekim			
Aile hekimi			
Aile hekimi			
Aile hekimi			
Asistan doktor			
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce			