

T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI

KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARINA İLİŞKİN
FARKINDALIK DÜZEYİ VE SAĞLIK KURUMLARINA
BAŞVURU SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

DR. İNCİLAY BENGÜ ÇULHA
UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2020

T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI

**KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARINA İLİŞKİN
FARKINDALIK DÜZEYİ VE SAĞLIK KURUMLARINA
BAŞVURU SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI**

DR. İNCİLAY BENGÜ ÇULHA
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:

PROF. DR. AZİZE DİLEK GÜLDAL

YARDIMCI TEZ DANIŞMANI:

ÖĞR. GÖR. UZM. DR. NESLİŞAH GAFUROĞLU TAN

İçindekiler

ŞEKİL LİSTESİ	iii
KISALTMALAR	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Hipotezler	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Menopoz Tanımı	3
2.1.1. Menopoz Yaşı	5
2.1.2. Menopoz Çeşitleri	6
2.1.3. Menopoz Fizyolojisi	7
2.2. Menopoz Algısı	8
2.3. Menopozal Değişiklikler	9
2.3.1. Menstruel Bozukluklar	10
2.3.2. Vazomotor Değişiklikler	10
2.3.3. Uyku Bozuklukları	12
2.3.4. Psikolojik Ve Zihinsel Bozukluklar	13
2.3.5. Ürogenital Değişiklikler	15
2.3.6. Dermatolojik Değişiklikler	16
2.3.7. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	16
2.3.8. Kas Ve İskelet Sistemi Değişiklikleri	17
2.4. Menopozda Tedavi Yaklaşımları	19
2.5. Birinci Basamak Hekimliğinde Menopoz Yönetimi	22
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	24
3.1. Örneklem Seçimi Ve Yöntem	24
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:	24
3.1.2. Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri:	24
3.2. Veri Toplama Araçları	25

3.2.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Semptomların Nedenleri ile Başvuru Sıklığını Ölçen Anket.....	26
3.3. Araştırmanın Yürütülmesi	27
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	28
3.5. İzinler.....	28
4. BULGULAR	29
4.1. Tanımlayıcı Analizler	29
4.1.1. Sosyodemografik Veriler	29
4.1.2. Menopoz Özellikleri.....	31
4.1.3. Menopozal Semptomların Değerlendirmesine İlişkin Bulgular	32
4.2. Karşılaştırmalı Analizler.....	36
4.2.1. Demografik Verilerin Menopozal Semptomlara Yönelik Başvuru Sayıları İle Karşılaştırılması.....	36
4.2.2. Menopoz Semptomlarının Msdö Toplam Puanlarıyla Karşılaştırılması .	61
4.2.3. Semptomlara Göre Alt Grup Puanlarının Başvuru Sıklığı İle Karşılaştırılması	63
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
7. KAYNAKLAR.....	76
8. EKLER.....	93
8.1. Ek 1. Etik Kurul İzni	93
8.2. Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	95
8.3 Ek 3. Sosyodemografik Bilgiler Ve Genel Bilgiler Anketi	96
8.4 Ek 4. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Semptomların Nedenleri ile Başvuru Sıklığını Ölçen Anket.....	99

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin Dağılımları

Tablo 2: Katılımcıların Tedavi Gördüğü Hastalık Durumu ve Dağılımları

Tablo 3: Katılımcıların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 4: Katılımcıların Semptomların Şiddetine Göre Dağılımı

Tablo 5: Katılımcıların Semptomların Nedeni İle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı

Tablo 6: Katılımcıların Semptomların Nedeni İle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı

Tablo 7: Katılımcıların Semptomlar Nedeni İle Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sıklığı

Tablo 8: Katılımcıların MSDÖ den Aldıkları Puan Ortalamaları

Tablo 9: Semptomlara Göre Yaş ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 10: Semptomlara Göre Eğitim Durumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 11: Semptomlara Göre Tedavi Görülmekte Olan Bir Hastalık Varlığı ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 12: Semptomlara Göre Egzersiz Yapma Durumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 13: Semptomlara Göre Evlilik Uyumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 14: Semptomlara Göre Toplumun Kadına Verdiği Değer ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 15: Semptomlara Göre Menopoz Şekli ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 16: Semptomlara Göre Menopoza Dair Algı ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 17: Semptomlara Göre Cinsel Aktivite Durumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 18: Semptomlara Göre Menopoz Bilgisi Varlığı ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 19: Semptomlara Göre Menopoz İle İlgili Bilgilere Nereden Sahip Olunduğu Durumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

Tablo 20: Katılımcıların Semptom Nedenleri Hakkındaki Düşüncelerinin Başvuru Sıklığı ile Karşılaştırılması

Tablo 21: Katılımcıların Semptomların Nedeni ile İlgili Düşüncelerinin Başvuru Sıklığı ile Karşılaştırılması

Tablo 22: Katılımcıların Menopoz Semptomlarının Şiddetinin Başvuru Sıklığı ile Karşılaştırılması

Tablo 23: MSDÖ Puanlarının Her Bir Semptom ile Başvuru Sıklığı Karşılaştırılması

Tablo 24: Semptomlara Göre MSDÖ Alt Grup Puanları ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Üreme Yaşlarının Evreleri Çalıştayı(Stages Of Reproductive Aging Workshop: Straw)

Şekil 2: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Chronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayıları



KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezleri

AHAD: Aile Hekimliği Anabilimdalı

EASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MSDÖ: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

MHT: Menopoz Hormon Tedavisi

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

n: Sayı

p: İstatiksel Anlamlılık Değeri

SS: Standart Sapma

STRAW : Stages of Reproductive Aging Workshop

FDA : Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi

ACOG: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TESEKKÜR

Bilimin ve bilimselliğin gelişmesinde büyük katkıları olan bu tezin oluşmasında bilgi birikimiyle etkili yardımları bulunan danışman hocam Prof. Dr. Dilek GÜLDAL'a ,

Gerek kişisel hayatımda gerekse mesleki hayatımda hoşgörü ve samimiyetini, akademik bilgi ve birikimini tüm içtenliği ile ışık tutan, hekimlik hayatımda olduğu gibi sosyal hayatımda da etkin öğreticiliğini sürdüren kıymetli ana bilim dalı başkanımız sevgili hocam Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitim sürecime sonsuz katkıları bulunan ve vizyonumu geliştiren sevgili hocam; Prof. Dr. Vildan MEVSİM'e ve emeği geçen değerli hocalarım Prof. Dr. Mehtap KARTAL, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR, Öğr. Gör. Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a;

Samimiyetini ve desteklerini daima hissettiren ayrıca hayatıma dair süreçlerde de yanımda olan, deneyimleri ile bu tez çalışmamıza sonsuz katkıları bulunan çok kıymetli Öğr. Gör. Uzm. Dr. Neslişah TAN'a;

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki destekleri ve deneyimleri yanı sıra zor zamanlarımda yanımda olan Öğr. Gör. Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ'ye;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum meslektaşlarım ve tüm Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ailesi'ne,

Hayatımızda tüm süreçlerde olduğu gibi bu süreçte de her daim yanımda olan, canımdan çok sevdiklerim kardeşlerim Beyza Çulha, İclal Çulha ve Şeyda Kul'a tüm sevgimle teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak da, hayalini gerçekleştireceğime ve mesleki hayatımda ilerleyeceğime söz verdiğim, acısını hala hissettiğim ve uzmanlığımı hediye etmek istediğim asla unutulmayacak olan 'Sezer Yunus KAYA'; ışıklar içinde uyuman dileğimle.

Dr.İncilay Bengü ÇULHA

ÖZET

KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARINA İLİŞKİN FARKINDALIK DÜZEYİ VE SAĞLIK KURUMLARINA BAŞVURU SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Dr. İncilay Bengü ÇULHA

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL

E-posta: incilay.86@hotmail.com

Amaç

Postmenopozal kadınlarda sık rastlanılan semptomların farkındalık düzeyi ve bu semptomlara bağlı olarak sağlık kurumlarına başvuru sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 45 yaş ve üzeri kadın bireyler dahil edilmiştir. Kasım 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak dahil etme kriterlerine uyan 385 kişi çalışmaya alınmıştır. Araştırmamızda demografik veriler ve menopoz semptomlarını etkileyen faktörleri içeren bir soru formunun yanı sıra, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) kullanılmıştır. MSDÖ ile birlikte her bir semptomun ne kadar şiddette var olduğu, hastanın bu semptomu hangi nedene bağladığı ve bu nedenle kaç kez sağlık kuruluşuna başvurduğu sorulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 24.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, kategorik bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi ile Anova testleri yapılarak p değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 45-61 arasında değişmekte olup ortalama $51,1 \pm 3,3$ yıldır. Katılımcıların yarısından fazlasında ürogenital yakınmalar hiç görülmezken, şiddetli yaşanan semptomların sıcak basması-terleme ve uyku sorunları olduğu gözlenmiştir. Menopozal semptomlar nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuru sıklıkları incelendiğinde; 'eklem ve kas rahatsızlıkları' olan bireylerin daha çok sağlık kuruluşuna başvurdukları görülmektedir (%52,1). MSDÖ total puanı $13,45 \pm 7,03$; somatik puan $5,46 \pm 2,70$; psikolojik puan $5,17 \pm 3,42$ ve ürogenital puan $2,81 \pm 2,79$ olarak orta şiddette olduğu saptanmıştır. Tüm menopozal semptomların şiddeti arttıkça başvuru sıklıklarının arttığı görülmektedir. Somatik ve psikolojik şikayetler alt boyutlarının her bir bileşeninin puanları ile başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki mevcutken ürogenital şikayetlerden sadece vajinada kuruluk şiddeti ile başvuru arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p < 0,05$). Semptomlar arasında vajinada kuruluk ve eklem rahatsızlığı yakınmalarının menopoza ya da herhangi bir nedene bağlı olduğunu düşünenler sağlık kuruluşuna daha çok başvurmuşlardır (sırası ile $p = 0,015$ ve $0,000$). Menopoz semptomlarından yaş ve sinirlilik semptomu olanlar arasında ; kalp rahatsızlığı,vajinada kuruluk, eklem/kas rahatsızlığı olup kronik bir hastalığı var olması arasında; düzenli egzersiz yapan kadınlarda sıcak basması-terleme ve sinirlilik semptomu olanlar arasında; evlilik uyumu yüksek olanlarda psikolojik alt boyutlarının bileşenleri arasında; cerrahi yolla menopoza girenlerden sıcak basması-terleme,kalp rahatsızlıkları,vajinada kuruluk semptomları olanlar arasında; menopoza dair olumsuz algısı olup sıcak basması-terleme semptomu olanlar arasında; cinsel olarak aktif olup sinirlilik,eklem/kas rahatsızlıkları semptomu olanlar arasında başvuru sıklıkları ile ilgili bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca eğitim seviyesinin yüksekliği ile başvuru sıklığı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Sonuç

Araştırmamızın sonucunda sağlık kuruluşlarına başvuruyu arttıran en önemli etkenin semptomların şiddeti olduğu saptanmıştır. Semptomların nedenini menopoza bağlı olduğunu düşünmenin ise önleyici değil başvuruyu arttırdığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: menopoz, semptomlar, farkındalık düzeyi, başvuru düzeyi

SUMMARY/ABSTRACT

INVESTIGATION OF AWARENESS OF MENOPAUSE SYMPTOMS AND APPLICATION FREQUENCY OF HEALTH INSTITUTIONS

Dr. İncilay Bengü Çulha

Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine The Department of Family Practice

Supervisor: Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL

E-mail: incilay.86@hotmail.com

Aim

It is aimed to investigate the awareness level of common symptoms in postmenopausal women and the frequency of application to health institutions depending on these symptoms.

Methods

The study included female individuals aged 45 and over who applied to Dokuz Eylül University, Department of Family Medicine, Education Family Health Centers. Between November 2018 and January 2019, 385 people who met the inclusion criteria on a voluntary basis were included in the study. In our study, a questionnaire including demographic data and factors affecting menopause symptoms, as well as the Menopause Rating Scale (MRS) were used. Along with the MRS, the severity of each symptom, the reason why the patient attributed this symptom, and how many times he applied to the health institution were asked. IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 24.0 statistical package program was used to evaluate and analyze the data. Average, standard deviation for descriptive continuous variables; Frequency and percentage distributions for categorical variables, chi-square test in comparison of categorical independent variable and dependent variables, and p-value <0.05 was considered statistically significant in comparison of numerical independent variables by using t-test.

Findings

The ages of the working group varies between 45-61, with an average of 51.1 ± 3.3 years. While urogenital symptoms were never observed in more than half of the participants, severe symptoms were observed with flush/sweating and sleeping disorders. When the frequency of application to health institutions due to menopausal symptoms is examined; It is observed that individuals with "joint and muscle disorders" mostly apply to health institutions (%52,1). The total score of MRS was 13.45 ± 7.03 ; somato-vegetative symptoms score 5.46 ± 2.70 ; psychological symptoms score was 5.17 ± 3.42 and urogenital symptoms score was 2.81 ± 2.79 . As the severity of all menopausal symptoms increases, the frequency of referral increases. There is a significant relationship between the scores of each component of the somato-vegetative and psychological complaints sub-dimensions and the number of admissions, there was a significant relationship between the severity of dryness only the vaginal dryness and the application from the urogenital complaints ($p < 0,05$). Among the symptoms, those who thought that the complaints of vaginal dryness and joint discomfort were due to menopause or any reason, applied to the health institution more ($p = 0,015$ ve 0.000). Among menopausal symptoms, those with age and irritability symptoms; cardiac complaints, vaginal dryness, Joint / Muscle Disease and Chronic Disease; women who regularly exercise have sweating/flush and irritability symptoms; Among the components of psychological sub-dimensions in those with high marital compatibility; Among those who have entered the menopause surgically, there are symptoms of sweating/flush, cardiac complaints, vaginal dryness; Among those who have negative perception of menopause and have sweating/flush symptoms; A relation was found between admission frequencies among those who are sexually active and have symptoms of irritability, joint / muscle disorders. In addition, there is a significant relationship between the high level of education and the frequency of application.

Results

As a result of our research, it was determined that the most important factor increasing the application to health institutions is the severity of the symptoms. It was observed that thinking that the cause of symptoms was due to menopause increased the application, not preventive.

Key words: menopause, symptoms, level of awareness, level of apply



1 GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Giriş

Menopoz terimi, menstruasyonun sonlanmasından sonraki en az bir yıllık süreyi tanımlar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) menopoz için; over fonksiyonlarının kaybı sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak kaybedilmesi tanımını kullanır. Postmenopoz, bu noktadan daha sonraki yılları tanımlar. Son menstrual kanamada (SMK) kadınların ortalama yaşı, 51,5 dir, fakat menstruasyon over yetmezliği nedeniyle herhangi bir yaşta sonlanabilir (1).

Menopoz döneminde değişen hormonal dengelerde en önemli etki östrojen hormonuna aittir. Azalan östrojen düzeyi çok sayıdaki semptomatik ve asemptomatik durumlardan sorumlu tutulur. Bugün bazı ülkelerde, kadınlar için beklenen yaşam süresinin 80 yıl, menopoz yaşının 50 olduğu düşünülürse, menopozda geçecek 30 yılda yaşam kalitesinin korunabilmesi önem kazanmaktadır. Kadınlar yaşamlarının önemli bir kısmını menopoz ve sonrası dönemde geçirmektedirler (2).

Menopozal sürecin uzun olması, bu dönemde kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Çünkü menopoz kısa süren geçici bir durum olmayıp yıllar boyu kadını etkileyen bir süreçtir (3, 4, 5, 6, 7, 8).

Dünyada menopoza giren kadın sayısının hızla arttığı ve 2030 yılında bu sayının 1.2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (9). Gelişmekte olan ülkelerde menopoza ilişkin belirtilerin yaygınlığı iyi bilinmediği gibi, koruyucu önlemler konusundaki uygulamalar hakkında da bilinenler azdır (10). Bu dönemdeki kadınlara ait bazı özelliklerin bilinmesi ve buna göre eğitim programlarının hazırlanması, kronik hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir (9).

Menopozal dönemde kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen pek çok yakınma ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların benzer belirtiler gösterdikleri ortaya konmuştur. Bu semptomlar: vazomotor (sıcak basması, terleme, ağrılar, kilo alma, üriner disfonksiyon, yorgunluk), cinsel problemler (cinsel isteksizlik, düşük orgasmik yetenek), olumsuz ruh hali (depresyon, anksiyete, irritabilite, gerginlik), kognitif sorunlar (unutkanlık, konsantrasyon azlığı) olarak gruplandırılabilir (11).

Menopozda yaşanan sorunların klinik anlamda bir bozukluk mu, yoksa ruhsal belirtilerin daha fazla ortaya çıkmasıyla şekillenen sosyobiyolojik bir olay mı olduğu değişik araştırmalara konu olmaktadır (12). Sosyo-demografik özellikler, yaşam biçimi ve birlikte olan sağlık sorunları menopozla ilişkili semptomların önemli belirleyicileridir (13). Özellikle, perimenopoz ve erken postmenopozdaki kadınlar yaşam kaliteleri üzerinde daha olumsuz bir etkiyle yaşamaktadırlar (14).

Menopozal şikayetlerin oluşmasında ve başvurularında önemli etkenlerden birisi kadınların menopoz ile ilgili ne kadar bilgi sahibi olduğudur. Kadınlarda menopoz, algılayış biçimine göre farklılıklar göstermektedir. En sık vazomotor semptomlar ile kendini gösteren menopoz, bu şikayetlerin ortaya çıkmasında kadınlarda menopoz ile ilgili bilgi, tutum, algı ve davranış biçimlerinin farklılığı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti planlanmasında ve sunumunda menopoz, göz önünde bulundurulması gereken önemli kadın sağlığı konularından biri haline gelmektedir. Bu yüzden bu araştırma postmenopozal kadınlarda sık rastlanılan semptomların farkındalık düzeyi ve bu semptomlara bağlı olarak sağlık kurumlarına başvuru sıklığını araştırmıştır. Literatürde menopozal semptomları değerlendirme, menopoz sırasında ve sonrasında sağlık kurumlarına başvuru vb bir çok araştırma mevcut olmakla birlikte semptom farkındalığı ile menopozal yakınmalara yönelik sağlık kuruluşlarına başvuru arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, postmenopozal kadınlarda sık rastlanılan semptomların farkındalık düzeyi ve bu semptomlara bağlı olarak sağlık kurumlarına başvuru sıklığının araştırılması planlanmıştır.

1.3 Hipotezler

H0: Kadınlarda menopozal semptomların farkındalık düzeyi bu semptomlarla sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığını etkilemez.

H1: Kadınlarda menopozal semptomların farkındalık düzeyi bu semptomlarla sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığını etkiler.

2.GENEL BİLGİLER

1.4 Menopoz Tanımı

Kadınların yaşam evresi çocukluk, puberte, cinsel olgunluk, menopoz (klimakteriyum) ve yaşlılık olmak üzere beş dönemden oluşmaktadır. Bu dönemlerden her biri kendine özgü fiziksel, psişik, hormonal farklılıklar göstermektedir. Her dönemin kendine özgü özellikleri olmakla birlikte buluş ve menopoz dönemleri kadın yaşamındaki etkileri açısından en önemli dönemlerdir (15,16).

Menopozal süreçlerde kadın vücudunda meydana gelen değişiklikleri tanımlamak için Yunanca kökenli “klimakteriyum” kelimesi kullanılmaktadır. Klimakterium; Yunanca bir kelime olup "merdiven basamağı" anlamına gelmekte ve kadın hayatındaki önemli bir aşamayı belirtmektedir. Menopoz kelimesi ise ilk olarak Fransız hekim Gardanne tarafından 1821 yılında kullanılmıştır. Yunanca kökenli “meno” (ay) ve “pause” (kesilme) kelimelerinden türetilmiştir (17,18). Oysa klimakterik dönem 40-45 yaşlarında başlar ve yaşlılık dönemine geçiş yaşı olarak bilinen 65 yaşa kadar sürer. Menopoz, klimakterik süreçte yer alan menstruasyonun kesilmesi olayıdır ve 40-50 yaş aralığında meydana gelir (19).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre menopoz; ovaryum aktivitesinin kaybedilmesi nedeniyle menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır. Menopozal dönem; premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönemlerden oluşmaktadır. İlk semptomların gözlemlendiği dönem premenopoz dönemi; en son adet kanamasının görüldüğü dönem menopoz dönemi ve menopozdan bir yıl sonra başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcına kadar süren dönem ise postmenopoz dönem olarak tanımlanmaktadır(20).

Son Menstruel Kanama

0

Evreler:	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
Terminoloji:	Üreme Dönemi			Menopozal Geçiş		Postmenopoz	
	Erken	Pik	Geç	Erken	Geç	Erken	Geç
				Perimenopoz			
Evrenin Süresi:	Değişken			Değişken		1 yıl	Ölüme kadar
Menstrual Siklus:	Değişken	Düzenli		Değişken Sürede siklus (normalden farklı > 7 gün)	≥ 2 atlamış siklus ve bir amenore süresi (≥ 60 gün)	Amenore X 12 ay	Yok
Endokrin:	NORMAL FSH		↑ FSH	↑ FSH			↑ FSH

ŞEKİL-1: ÜREME YAŞLARININ EVRELERİ ÇALIŞTAYI(STRAW)

Erken menopozal geçiş (evre-2);kadının menstruel sikluları düzenlidir fakat siklular arasındaki süre 7 veya daha fazla gün kadar değişebilir.Tipik olarak siklus uzunlukları kısalır.FSH düzeyleri artmaktadır.Normal ovulatuvar siklular arasında anovulatuvar sikluslar oluşabilir ve beklenmedik gebelikler meydana gelebilir.

Geç menopozal geçiş dönemi (evre-1); anovulasyon süresinin gittikçe uzamasıyla ardışık 2 veya daha fazla adet kanamasının gerçekleşmemesi ve en az bir kez 60 gün ya da daha uzun süren kanamalar arası süredir.

Menopoz; menstrüasyonun sonlanmasından sonraki izleyen 1 yıllık süreyi tanımlar(21)

Premenopoz; Klimakteriyumun ilk fazıdır. Bu fazda menstrual siklus düzenini yitirmiş ve fertilite şansı düşmüştür. Düzensiz siklus birkaç ay veya birkaç yıl sürebilmektedir. DSÖ'nün kabul ettiği tanımlamaya göre menopozdan 2–6 yıl önceki devre olan premenopozda, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı, emosyonel rahatsızlıklar ve bazı yakınmalar oluşmaktadır (22,23,24).

Perimenopoz(Menopozal Geçiş); Premenopozun bir bölümünü, menopozu ve menopozdan sonraki ilk bir yılı içeren dönemdir. Klimakterik dönem içerisinde ve menopozdan önce görülmeye başlayan perimenopozal dönemde, kadın vücudunda fiziksel ve hormonal değişiklikler olmakta ve yaklaşık olarak 4 yıl sürmektedir. Bu dönemin son 12 ayı menstruel periyodun kesilmesi takibinde görülmektedir. Menopoz

semptomlarından; sıcak basması ve düzensiz menstruel periyot bu dönemde ortaya çıkmaya başlamaktadır (25,26)

Postmenopoz ;DSÖ'nün tanımına göre menopoz sonrası 6-8 yıllık dönemi içerir. Bu dönem perimenopozal dönemin bitişi ile başlayıp yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaşa kadar devam eder. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilité ortadan kalkmıştır (27). Over hormonunun azalması sonucu, vajinal atrofi ve osteoporozis gelişmesi sıklıkla karşılaşılan durumlardır (28).

1.4.1 Menopoz Yaşı

Menopoz, kadınların yaşlanma sürecinde özel bir yerdedir. Bu olayın gerçekleşmesi toplumdan topluma ve bireyden bireye farklılık göstermektedir (29,30).

Menopoz dönemine giriş zamanının belirlenmesinde bazı faktörler etkili olmaktadır. Çalışan kadınlar menopoza erken girerken, seksüel yaşantısı devam eden, çok doğum yapmış, bekar veya boşanmış kadınlarda menopoz daha geç görülmektedir (31). Çevresel,genetik ve cerrahi etkenlerin birkaçı,overyan yaşlanmayı etkileyebilir.Örneğin sigara içmenin menopoz yaşını yaklaşık 2 yıl erkene aldığı belirlenmiştir (32). Yapılan çalışmalarda erken menarş ile erken menopoz arasında bir ilişki bulunmadığını ortaya koymuştur. Irk, parite ve boy uzunluğu da menopoz yaşına bir etkisi olmadığı bir çok çalışmada bildirilmiştir. Ancak paritenin artmasıyla birlikte menopoz yaşının daha ileri yaşlara gerilediğini gösteren çalışmalarda vardır (33). Genel olarak siyahi ve İspanyol kadınlarda 40 yaşından önce menopoz olma ihtimali daha yüksek ; Çinli ve Japon kadınlarda daha az bulunmuştur. Hindistan gibi bazı ülkeler menopoz yaşını 5 yıl daha erken bildirmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar yaklaşık olarak kadınların % 10'unun 45 yaşından önce menopoza girdiğini belirtmektedir (34).

Abdominal histerektomi geçiren kadınlarda veya endometrial ablasyon yapılan kadınlarda over kan akımının bozulmasına bağlı premature overyan yetmezlik görülmektedir. Fakat yapılan tek prospektif çalışmada cerrahiden sonraki 2 yıl boyunca FSH değerlerinde bir yükselmeye rastlanmamıştır (35).

Yüzyıl öncesinde Avrupalı kadınlarda menopoza yaşı 40, yaşam süresi menopoza sonrası 6 yıl iken günümüzde menopoza giriş yaşı batılı toplumlarda 50-52 yaşa ve beklenen yaşam süresi 80 yaş ve üzerine yükselmiştir. Ülkemizde ise menopoza yaşı ortalama 47-49 civarındadır (36). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), "Hayat Tabloları, 2016-2018" verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için toplamda ortalama 78,3 yıl olarak belirlendi. Bu süre, erkeklerde 75,6, kadınlarda 81 yıl olarak kaydedildi.

Ortalama yaşam süresindeki artışa paralel olarak son 20-30 yılda yaşlı nüfusun artması menopoza sonrası dönemde geçirilen süreyi uzatmaktadır. 81 yıl yaşayacağı ön görülen bir kadın, ömrünün 1/3'lük dilimini postmenopozal dönemde geçirecektir. Bu doğrultuda, kadın ömrünün önemli bir bölümünü oluşturan menopozal dönemin sağlıklı geçirilmesi önem taşımaktadır. Dünyada menopoza giren kadın sayısının hızla arttığı ve 2030 yılında bu sayının 1.2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Menopoza giren kadın sayısındaki artış geliştirmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadın nüfusun fazlalığından dolayı daha hızlıdır. 2030 yılında dünyada menopoza giren kadınların %76'sının geliştirmekte olan ülkelerde yaşıyor olacağı düşünülmektedir (37).

1.4.2 Menopoz Çeşitleri

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

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

Erken Menopoz: 40 yaşından önce bilinmeyen nedenlerle meydana gelen ovarian yetmezlik nedeni ile adet kesilme "erken menopoz" veya "prematür menopoz" şeklinde adlandırılır. Görülme oranı yaklaşık %4'dür. Oofektomi, aşırı radyasyon, uzun süreli emzirme, ciddi şişmanlık, sık gebelik, kürtaj ve düşükler erken menopoza neden olan etkenlerdir (38,39).

Normal menopoz: Menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması durumu ortalama 45 ile 54 yaşları arasında gerçekleşmesidir (39).

Geç menopoz: Menstruasyon döngüsü 55 yaş sonrasında hala gerçekleşiyorsa geç menopoza söz edilir (39).

Oluş biçimine göre: Doğal ve cerrahi menopoz olarak sınıflandırılır.

Doğal Menopoz: Foliküllerin tükenmesi ile menstruasyonun durması olayı fizyolojik menopozdur. Overlerde morfolojik ve fonksiyonel değişimler gözlenir. 40-50 yaş arası kadınlarda menstruasyonun sonlanması bu dönemin en belirleyici olaydır (40).

Cerrahi menopoz: Çeşitli nedenlerle histerektomi ile birlikte ya da sadece overlerin çift taraflı cerrahi ile çıkartılması sonucu gelişen menopozdur. Histerektomi ile birlikte ooferektomi yapılmadı ise kadın menopoza girme ihtimali yoktur.. Doğal menopozda foliküllerin tükenme süreci yavaş gerçekleştiği için vücut bu duruma kolay uyum gösterebilirken; cerrahi menopozda ise bu durum ani gerçekleştiği için menopoz semptomları doğal menopoza göre daha şiddetlidir. Menopoz olayı radyasyon veya kemoterapi uygulamaları sonrası da rastlanmaktadır. Radyasyonun overlerdeki etkisi menopoz olayını geri dönüşümü olmaksızın sonlandırırken, kemoterapide bu durum kullanılan ilacın etkisine bağlı olarak çoğunlukla birkaç yıl sonra düzelmektedir (41).

1.4.3 Menopoz Fizyolojisi

Menopozdan önceki bir kaç yılda overlerdeki az sayıda folikülü uyarmak için hipofizden Folikül Stimülan Hormon (FSH) salınımı artar. Ancak overlerin FSH'a direnci artar ve FSH düzeyindeki artışa rağmen her siklusta ovulasyon olmayabilir. Bu durum östrojen düzeyi ve buna bağlı olarak progesteron düzeyinde dalgalanmalara, menstrual siklusta düzensizliklere sebep olabilir. Hormon düzeylerindeki bu dalgalanmalar erken postmenopozal dönemde de devam eder ve menopozun erken dönem semptomlarının ortaya çıkmasında büyük bir role sahiptir (21). Menopozal geçişin başlarında progesteron seviyesi düzenli menstürasyona rağmen üreme yaşlarının ortasındaki kadınlardan daha düşüktür. Testesteron seviyesinde anlamlı farklılık gözlenmez (42).

Menopozun laboratuvar destekli tanısında perimenopozal dönemdeki, Folikül Stimüle edici Hormon (FSH) değerleri dikkate alınır. Bu dönemde FSH sıklıkla 40mIU/ml veya üstünde bulunmaktadır. FSH'nin 100 mIU/ml'nin üstündeki değerleri foliküler

tükenmeyi gösterir. Tekrarlayan laboratuvar ölçümlerinde FSH > 40 mIU/ml tespit edildiğinde menopoza laboratuvar destekli tanısı konulmuş olur (43).

Yapılan çalışmalara göre azalan östrojen seviyesi postmenopozal dönemdeki kadınlarda koroner kalp hastalığı riskini arttırmaktadır. Erken menopoza yaşı tüm nedenlere bağlı ölüm riskini, geç menopoza yaşı ise meme kanseri ve endometriyum kanseri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (44).

1.5 Menopoz Algısı

Batı toplumlarında menopoza kadın yaşamında iyilik halinin kaybı, eksiklik sendromu gibi olumsuz ifadelerle anılması İtalya, Almanya, Amerika gibi ülkelerde menopoza döneminin yaşlılığın dönüm noktası olarak görülmesi ve daha negatif bir dönem olarak algılanması ile sonuçlanmaktadır (45). Hindistan ve Güney Pasifik gibi kadının yaşlanmasıyla statü kazandığı ülkelerde ise menopoza dönemi olumlu olarak algılanmaktadır. Çok daha önceleri “konuşulmayan ıstırap” olarak tanımlanan menopoza daha sonraları sosyokültürel şartlarda değerlendirilecek karmaşık ve olağanüstü bir olay olduğu savunulmaktadır (46). Tayvanlı kadınlarda ise menopoza dönemi için “ kanama gidecek, rüzgar esecek ” anlamına gelen “leod cha pai-lom cha ma” deyiimi kullanılmaktadır. Menopozdaki kadının duygu durumu, iyilik hali davranışları ile ilgili olan değişim rüzgarını ifade edilmektedir (47).

Ülkemizde; Menopoz, bazı kadınlar için doğurganlığın bitişi ve bir daha çocuk sahibi olamamanın üzüntüsünü getirebilir. Özellikle kadınların en önemli vazifesinin çocuk doğurmak ve büyütme olduğu düşünülen ataerkil toplumlarda menopoza kadınlığın bitişi olarak algılanabilir. Bu yüzden kadınların menopoza karşı tutumlarının daha olumsuz olması beklenen bir durumdur (48).) Menopozu daha önceleri utanma ya da toplumda yanlış anlaşılma korkusu olan kadınlar günümüzde ise daha menopozu artık fizyolojik ve birlikte yaşamaya alışılması gereken bir dönem olarak algılamaktadır. Gerek kitlesel iletişim araçları, gerekse sivil toplum ve sağlık örgütlerinin çalışmasıyla her geçen gün kadınının menopoza konusundaki bakış açısı değişmekte, bilgisi ve ilgisi artmaktadır (45).

Menopoza yönelik tutum ile menopoz semptomları arasındaki ilişkinin incelendiği çok sayıda araştırmalar mevcuttur. Menopoza yönelik olumsuz algıya sahip olan kadınlarda menopoz semptomlarının daha şiddetli olduğu bildirilmektedir. Menopoza yönelik tutum, kadınlarda olumlu ya da olumsuz beklentiler ve davranışlar oluşturarak tedavinin başarısını artırır ya da sınırlandırır. Menopoz semptomlarını önlemek ya da bu semptomlarla baş edebilmek için menopoza yönelik algının göz önünde bulundurulması gereken önemli konulardan biridir ve eğitim ile desteklenmelidir (49).

2.3. Menopozal Değişiklikler

Menopozal dönemdeki kadınlarda, öncelikle östrojen düzeyindeki azalma olmak üzere hormonlardaki değişimler ve doğal olarak yaşa bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar bu dönemdeki kadınlarda sağlık takibinde önemli yer tutar(28).

Her yıl dünya genelinde 1,5 milyon kadına menopoz tanısı konulmaktadır. Menopoz tanısı alan kadınlar sıklıkla vazomotor semptomlar, vajinal kuruluk, azalmış libido, uykusuzluk, yorgunluk ve eklem ağrısı gibi semptomlar yaşamaktadır. Menopozdaki kadınların yaklaşık %86'sı menopozal semptomlar için sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Çoğu kadın menopoz ile sıcak basması, vajinal kuruluk ve uyku bozuklukları gibi ortak semptomları bildirirken bazı menopoz hastalarında depresif ve bilişsel şikâyetler görülebilmektedir. Depresyon ve bilişsel bozukluk kadınların çalışma hayatlarında önemli sorunlara neden olmaktadır. Menopoz sonrası kadınlar osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar için risk altında bulunduğundan dolayı, potansiyel olarak değişken psikiyatrik sorunlarda,menopozal kadınlarda, tıbbi sorunları tedavi edilmesini güçleştirmektedir. Menopozal kadınlar tarafından bildirilen başka semptom da vardır. Bu semptomlar arasında eklem ve kas ağrıları, vücut konturundaki değişiklikler ve cilt kırılgılığı sayılabilir (50)

Menopozla birlikte ortaya çıkan değişiklikleri, kadınların bir kısmı sorun olarak algılayıp tedavi yolu ararlarken, bir kısmı ise farkındalığa sahip olmamaktadır. Kadınların menopoz sürecinde yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen menopoza

bağlı yakınmaların hangi düzeyde olduğunun belirlenmesi, tanı ve tedavide önemlidir (51).

2.3.1. Menstruel Bozukluklar

Menopozal geçiş döneminde anormal uterin kanamalar sıklıkla görülür. Çoğunlukla kanama düzensizliklerinin sebebi progesteron tarafında karşılanmamış östrojene neoplastik olmayan dokunun gösterdiği tepki olsa da endometrial kanser ya da hiperplazi gelişme riskleri yüksektir. Tüm kadınlarda, menopoz durumuna bakılmaksızın, anormal kanamaların etyolojisi saptanmalıdır (52). Menstruel düzensizlikler, lekelenme denilen iki adet arası kanamalar, aşırı ve uzun süreli adet kanamaları ve atlanan adet dönemleri menopoz öncesi en sık belirtilerdir (21).

Transvajinal sonografi ile endometrium değerlendirilmesi anormal uterin kanamada seçilen görüntüleme yöntemidir. Postmenopozal kadında ≤ 4 mm endometrial kalınlık endometrium kanserini dışlamada % 99'luk bir negatif prediktif değerindedir. Endometrial biyopsi >4 mm endometrial kalınlığı ve anormal kanaması olan postmenopozal kadınlarda önerilir (52).

Sağlıklı, kan basıncı normal olan ve sigara kullanmayan kadınlarda düşük doz oral kontraseptif kullanımı kotrasepsiyon ile birlikte irregüler, ağır anovulatuvar kanamaya, endometrial hiperplaziye ve neoplaziye karşı koruma gerçekleştirmektedir. Levonorgestrelli rahim içi araçlar oral progestinlere göre daha az yan etki ile üstünlük sağlar ve tedavide bir seçenek olarak düşünülebilirler (52).

2.3.2. Vazomotor Değişiklikler

Yaşam kalitesini etkileyebilen menopoz semptomlarının çoğu termoregülasyon ile ilişkili semptomlardır. Menopoz döneminin en spesifik vazomotor semptomları; sıcak basması, sıcak çarpması ve gece terlemeleri olarak tanımlanmaktadır. Kadınların bu dönemde sağlık kuruluşlarına en sık başvuru nedenleri vazomotor semptomlardır (53).

Vazomotor semptomlar arasında en sık görülen yakınma sıcak basmasıdır. Sıcak basması yüz ve vücudun üst kısmından tüm vücuda yayılan ani bir sıcaklık olarak tanımlanır, ara ara belirir ve 1 – 5 dk arasında sürer (36).

Menopozda sıcak basmasındaki fizyolojik değişiklikler; cildin yalıtkanlığında azalma, cilt ısı artışı, vücut santral ısısında azalma, nabız hızında artma, ellere doğru kan akımı artışı, servikal sempatik yol boyunca vazodilatasyon, Luteinaz Hormon (LH), Adreno Kortikotiroid Hormon (ACTH), Growth Hormon (GH), Kortikosteroid DHE, Androstenodionda artış, Kalıcı (REM) uykunun bölünmesi şeklinde sıralanabilir (54). Kalp hızı ve cilt kan akımı, genellikle sıcak basması başladıktan sonra 3 dakika içinde pik yapar. Terleme ve periferik vazodilatasyonla birlikte aynı anda metabolik hızda da belirgin artış olur. Sıcak basmalarına; çarpıntı, anksiyete, sinirlilik ve panik atak da beraber görülebilir (52).

Sıcak basmasının yaygınlığına rağmen patofizyolojisi anlaşılamamakla birlikte hipotalamustan kaynaklandığı ve östrojendeki azalma ile ortaya çıktığı bilinmektedir. Fakat tüm sıcak basmaları östrojen eksikliğine bağlı değildir. Sıcak basmaları ve terleme; feokromositoma, karsinoid, lösemi, pankreatik tümörler ve tiroid bozuklukları gibi hastalıklara sekonder olarak da görülebilir (55).

Östrojen ve progesteronlar hipotalamustan salınan beta endorfin düzeyini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda sıcak basmaları öncesinde beta endorfin seviyelerinde düşme gösterilmiştir (56).

Hormon replasman tedavisi (HRT) ile vazomotor semptomlarının düzelmesi görüşünün yanı sıra ,bir başka görüş ise menopoz döneminde serotonin ve noradrenalinin vazomotor semptomların ortaya çıkmasında etkili olabileceğidir. Serotonin ve noradrenalin, termoregüler sistemi etkileyerek vücut sıcaklığını belirlemekte ve vazodilatasyon/vazokonstrüksiyon mekanizmalarında etkili olmaktadır. Bundan dolayı bu semptomların tedavisinde selektif serotonin ve/veya noradrenalin reseptör antagonistleri kullanılması gündeme gelmiştir. Bu tedavilerin plasebo ile kıyaslandığında daha etkili olduğu ancak HRT kadar etkisinin olmadığı bilinmektedir (57). Seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) olan 'Paroksetin',

vazomotor semptomlar için ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından onaylanmış tek hormon olmayan farmakolojik tedavidir (58).

2017-2018 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan randomize, çift kör, plasebo kontrollü, doz aralıklı bir grup çalışmasında; nörokinin 3 reseptör antagonisti olan 'fezolintant'ın menopoz ile ilişkili orta / şiddetli VMS'nin hızlı bir şekilde azalmasını sağlayan, iyi tolere edilen bir hormon dışı terapi olduğu gösterilmiştir (59). 2018-2019 yıllarında Kore'de yapılan bir meta-analizde; hormon replasman tedavisinin kontrendike olduğu(meme kanseri hikayesi, bazı kardiyovasküler hastalıklar, önceden geçirilmiş derin ven trombozu, inme, bazı karaciğer hastalıkları v.b.) durumlarda ya da alternatif tedavi arayışlarında 'Gabapentin' in vazomotor semptomlarını tedavi etmek için kullanılabileceği belirlenmiştir (60).

Tüm menopozal semptomların giderilmesinde olduğu gibi sıcak basması için de egzersiz önerilmektedir. Günlük hafif egzersizler sıcak basması ve gece terlemelerini azaltırken çok yoğun egzersizler sıcak basması şikayetini tetikleyebiliyor (61).

2.3.3. Uyku Bozuklukları

Uyku sorunlarının östrojen hormon seviyesi düşüklüğünün beyindeki etkilerine bağlı olabileceği de öngörülmektedir (9).

Menopozal geçiş döneminde FSH'nin artması, inhibin B ve östradiolün düşmesi gibi değişmeye başlayan hormon seviyeleri uyku kalitesini düşürmekte, vazomotor semptomların varlığı gece uykularının bölünmesine yol açmaktadır (62).

Uyku bozukluğu durumu, hekimin uygun tedaviye yönlendirmesine yardımcı olabilir. Gece terlemeleriyle birlikte gece uyandığını bildiren kadınlar hormon tedavisi için adaydır. Ancak klinik öykü genellikle bu kadar basit değildir. 40 yaş ve üstü kadınlar sıklıkla uykuda kalmakta zorluk yaşadıklarını bildirmektedir. Düşük sosyo-ekonomik durum, beyaz ırk ve evlilik uyumu az olan kadınlar, kötü uyku ile ilişkilendirilen sosyal faktörlerdir (63). Uyku bozuklukları (uykuya dalmada güçlük, sık sık uyanma, erken uyanma) uzun süre devam ettiğinde gerginlik, sinirlilik, yorgunluk, halsizlik, unutkanlık ve konsantrasyon güçlüklerine neden olabilmektedir (64).

2.3.4. Psikolojik Ve Zihinsel Bozukluklar

Menopozal geçiş döneminde, sinirlilik, anksiyete, yorgunluk, libidoda azalma, hafıza ve konsantrasyon bozuklukları gibi çeşitli psikolojik ve bilişsel bozukluklar görülebilir. Beyinde strojen, progesteron ve testesteron hormon düzeylerindeki azalma ile bu semptomlar arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca östrojenin; seratonin, glutamat, katekolaminler ve gama amino bütirik asit gibi nörotransmitterler üzerinden de etkili olduğu bazı çalışmalarda bildirilmiştir (64).

Özellikle 47 yaşından önce olan doğal menopoz olgularında menopozun kognitif fonksiyonlar üzerine olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (65).

Kadının menopoza psikolojik açıdan adaptasyonu birçok faktöre bağlıdır. Kadının yaşı gereği “boş yuva sendromu” yaşaması ve aile büyüklerinin bakım ihtiyaçlarının karşılanması gerekliliği çoğunlukla bu döneme rastlamaktadır. Kişisel faktörler kadının bu dönem uyum sağlamasını ve bu değişimlerle baş etme yeteneğini oldukça etkilemektedir. Bireyin kendini algılayışı, psikolojik sağlığı, evlilik düzeni, diğer bireylerle olan iletişimi, kültürel değerleri ve diğer birçok faktör kişilik süzgecinden geçerek anlam kazanmaktadır (66). Menopoza giriş, yaşamdaki ana rolünün ocuk doğurmak ve onları bytmek olduğuna inanan ve belki de kendi tercihi dışında ocuk sahibi olamamış bazı kadınlar için, belirgin bir kayıp olarak algılanabilir. Bu sebeplerden dolayı yaklaşan menopoz, depresyon ve diğer psikososyal hastalıkların gelişebileceği bir zaman olarak algılanabilir (67).

Birçok alışma menopozal dönemde, premenopozal döneme göre artmış yeni depresyon riski olduğunu gösterilmektedir. Menopozal dönemde depresyon riskinin; perimenopozal döneme göre 2-3 kat arttığı ve menopozal dönemin erken evresini azaltmakta olduğu bildirilmiştir (68). Bir diğer yandan, birçok çalışmada; menopoz dönemde majör depresyon prevalansında artış saptanmamış, ancak depresif belirtilerde artış gözlenmiştir (54). Bir kaç büyük prospektif kohort çalışmalarında ise, menopoz geçişi sırasında depresif duygudurum riskinin arttığını ve premenopozla karşılaştırıldığında perimenopoz sırasında majör depresif bir epizod gelişimi için yaklaşık 3 kat risk olduğu belirtilmiştir (69). Önceden depresif atak geçirmeyen kadınların; menopozal geişde, menopoz dönemi ve premenopoz ile

karşılaştırıldığında depresif bir kriz geçirme olasılıkları 2 -4 kat daha çok olduğu, diğer yandan anksiyete belirtilerinin bazı durumlarda depresyondan önce geldiği görülmüştür ve anksiyete aynı zamanda orta yaştaki kadınların depresif ataklara karşı savunmasızlığını arttırdığı şeklinde yorumlamar olmuştur (70).

Hollanda'da yapılan bir çalışmada premenopoz, perimonopoz ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda depresif duygudurum sıklığı sırasıyla %36, %47 ve %46 olarak bulunmuştur (71). Bu sonuçların tersine bazı çalışmalarda ise menopoza yakın dönemde psikolojik semptomlarda hafif bir artış olsa da, menopoza yakın dönemde depresyon prevalansının azaldığı söylenmektedir (72).

Menopozla ortaya çıkan vazomotor semptomların uyku bozukluğuna yol açtığını ve duygudurum bozukluklarına neden olduğunu gösteren araştırmaların yanı sıra (73); duygudurum bozukluğunun menopoza yüklenen anlam nedeni ile olduğunu ve kültürler arasında farklılık gösterebileceğini saptayan çalışmalar da mevcuttur (74). Bir çalışmada; depresyonunun perimenopozal kadınlarda vazomotor semptomlarla bağımlı olduğu, postmenopozal kadınlarda ise vazomotor semptomlardan ilişkisiz olduğu belirtilmiştir (75). Bir diğer araştırmada, önceden anlatılanın tersine, depresyonun gelişmesi için sıcak basmaları gerekli olmadığı, sıcak basmalarının uyku bozukluklarına neden olduğunu; bunda gündüz yorgunluğuna, düşük yaşam kalitesine ve depresif semptomlara yol açtığını savunmaktadır. Son araştırmalar, sıcak basmasından önce depresif belirtiler olabileceğini göstermektedir (76).

Kadınlarda depresif semptomların hayatın ileri dönemlerinde demans gelişim riskini artırıyor olması, perimenopozal dönemdeki depresif semptomların kognitif fonksiyonlar üzerindeki olumsuz etkilerini anlamayı önemli hale getirmektedir(77).

Major depresyonu olan perimenopozal kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada estradiol tedavisinin ruhsal durumu belirgin olarak iyileştirdiği saptanmıştır(78).

Her perimenopozal kadın depresyon için değerlendirilmelidir. Bunun için tarama testleri kullanılabilir. Tarama testleri ile hangi hastaya daha fazla zaman ayrılacağı ve hangi hastaların psikiyatrist desteği alınmasının sağlanması, birinci basamak hekimlerinin başlıca görevleri içerisinde (79).

2.3.5. Ürogenital Değişiklikler

Ürogenital semptomlar, postmenopozal kadınların yaklaşık %50'sini etkiler. Bu semptomlar arasında vajinal kuruluk, dispareni, vulvar kaşıntı-yanma, disüri, üriner inkontinans ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları yer alır(80).

Östrojen eksikliği, vajinal epitelinin incelmelerini sağlar. Bu vajinal atrofi (atrofik vajinit) ile sonuçlanarak vajinal kuruluk, kaşıntı ve sık sık 'dispareni' şikayetlerini meydana getirir. Vajinal kuruluk prevalansı üreme döneminde %3, premenopozal dönemde %4, geç menopozal dönemde %21 ve menopoz sonrası dönemde ise %47 olarak bildirilmiştir(81). Genital atrofiler, postmenopozal dönemde cinsel fonksiyonları oldukça etkilemektedir. Vajinada kuruluk ve yanma, ileri dönemlerde vulvada oluşan darlıklar, koitus güçlüğü ve dispareniye neden olarak cinsel fonksiyonları kötü yönde etkiler (57).

Seksüel aktivite, vajinal dokularda dolaşımı hızlandırıp östrojenin etkisini artırır, bu nedenle seksüel olarak aktif kadınlarda östrojen kullanılsa da vajinal atrofi daha az görülmektedir (82). Vajinal atrofiye ek olarak, vajina ve uterusun daralması ve kısılması sonucu uterin prolapsus da ortaya çıkabilir ve dispareniye neden olabilir. Ayrıca, üretra ve mesane de östrojen reseptörleri içerir ve östrojen kaybı arttığında, hastalar idrar inkontinansı yaşayabilir. Vazomotor semptomların aksine, vulvovajinal atrofi tedavi olmadan zamanla kendiliğinden düzelmez (79).

Üriner sistemde östrojen eksikliği ile mesane ve üretra mukozasında incelme başlar. Bu sebeple disüriye neden olan bakteriyel üretrit, urge inkontinans, sık idrara gitme, sistit ve üriner sistem enfeksiyonu oranında artma olur. Üriner inkontinans prevalansı premenopozal dönemde %11,6 iken, 45 yaşında %20-25 ve 60 yaşında %35-40 civarındadır(83).

Ürogenital atrofi semptomu olan kadınların uzun süreli tedavileri gerekir. Basit nemlendiriciler daha hafif semptomlar için bir miktar etkinliğe sahip olabilir. Fakat şiddetli semptomları olanlar için hormonal tedavi gereklidir. Vajinal östrojen lokal olarak çok küçük dozlarda verilebilir. 2013 yılında vulvovajinal atrofi için sistemik olarak uygulanan bir seçici östrojen reseptör modülatörü olan FDA onaylı 'ospemifen' kullanıma girmiştir. Ancak bu preparatın eksojen östrojen kullanımının kontrendike

olduğu meme kanseri gibi hassas kanserlerde kullanımı için önerilmemektedir. Ayrıca menopozal ürogenital atrofi tedavisinde, dehidroepiandrosteron vajinal preparatları da etkilidir(84).

2.3.6. Dermatolojik Değişiklikler

Dermis ve epidermiste bol miktarda bulunan östrojen ve progesteron reseptörleri, menopoza bağı hormonal değişiklikler nedeniyle saç ve cilt üzerinde oldukça etkilidir. Postmenopozal kadınlarda östrojen eksikliği; deri ve kemiklerde kollajen içeriğini azaltır ve böylelikle ciltte kuruluk, kırışıklık, yara iyileşmesinde zorluk gibi durumlara yol açmaktadır(85).

Menopozdan sonraki ilk beş yılda kollajen kaybı yaklaşık %30'dur. Özellikle yüzde, boyunda ve ellerdeki görünüm tipiktir. Göz ve ağız etrafında karakteristik deri değişiklikleri olacaktır. Özellikle el derisindeki değişiklikler oldukça kolay farkedilir. Adrenokortikal aktivitenin artması ve östrojen hormonunun azalması ile dudak üstü, çenede kıllanma artışı ile saçlar, koltuk altı ve pubik kıllarda azalma olacaktır. Ciltte menopozal dönemde hiperpigmentasyon ya da depigmentasyon sıkça rastlanan değişikliklerdir(61).

Yaşlanma ile deri kollajen içeriğinde, elastikiyetinde ve deri kalınlığında meydana gelen azalma postmenopozal östrojen tedavisi ile önlenabilir. Amerika Birinci Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi Çalışması östrojen kullanımının deri kırışıklığını ve kuruluğunu azalttığına dair veriler sunmuştur(86).

2.3.7. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar, tüm dünyada kadın ve erkeklerde görülen en önemli ölüm nedenleri arasındadır.

Üreme çağındaki kadınlarda östrojenin kardiyoprotektif etkisi, menopoza ile östrojenin azalmasına bağlı olarak ortadan kalkmaktadır. Bunun sonucunda kardiyovasküler hastalıklar postmenopozal kadınlarda oldukça fazla gözlenmektedir(87).

Östrojen eksikliğine bağlı olarak RAS(renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi) aktive olur ve vazokonstriktör etki gösteren endotelinin miktarı artar. Ayrıca kardiyoprotektif etkisi olan nitrik oksit miktarı azalır. Kan lipid profilinde total kolesterol, LDL kolesterol ve apolipoprotein B düzeylerinde artış gözlenir. Bu değişiklikler ile postmenopozal kadınlarda ateroskleroz gelişimi, miyokard enfarktüsü (MI), emboli, tromboz ve felç riskinin artmasına neden olur(88).

KVH risk faktörlerinin(obesite, Diabetes Mellitus, sedanter yaşam gibi..) düzeltilmesi bu dönemde oldukça önemlidir. Postmenopozal dönemde HRT kullanımı, KVH'nın birincil ve ikincil korumasında kullanılması önerilmemektedir(89).

2.3.8. Kas Ve İskelet Sistemi Değişiklikleri

Over fonksiyonları ve dolayısıyla östrojen kaybı kas lifleri üzerindeki östrojen reseptörlerini negatif yönde etkiler. Kas yıkımını sağlayan proinflatuar sitokinler ve oksidatif stresin artmasına ve yaş ilerledikçe kilo alınmasına neden olur(62).

Menopozda ortaya çıkan kas-iskelet sistemine ait belirtiler vücut hacminde, hareket esnekliğinde ve tüm motor hareketlerde azalma, kas ağrısı, eklem ağrısı ve kemik kırıklarında artma şeklinde görülmektedir(27).

Kemik dokusunun kaybı perimenopoz sürecinde başlar. Kemik mineral yoğunluk kaybının yıllık oranları incelendiğinde SAT'den 1 yıl önce ile 2 yıl sonrasına kadar olan zaman aralığında en yüksek düzeyde gerçekleştiği tespit edilmiştir(90).

Bir kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrasında oluşmaktadır. Menopoz döneminde over fonksiyonlarının ve östrojen yapımının durması, kemik kaybını hızlandırır ve osteoporozun şiddetini artırır(83).

Osteoporoz, postmenopozal kadınlarda morbidite ve mortalite nedenidir. Osteoporoz sorunu yaşıyanların %80'i kadın olduğundan osteoporoz önemli bir kadın sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır(91).

Geç yaşlarda görülen primer osteoporoz; postmenopozal osteoporoz (TİP 1) ya da senil (yaşlılık) osteoporoz (TİP 2) olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan osteoporoz, kemik mineral yoğunluğundaki kayıplar nedeniyle hem erkeklerde hem de kadınlarda çoğunlukla 65 yaş üzerinde görülen bir hastalıktır. Postmenopozal osteoporoz ise 65 yaş öncesi kadınlarda overlerden salgılanan östrojen ve progesteron hormonlarının azlığı ile ortaya çıkmaktadır(92). Postmenopozal osteoporozda risk faktörleri; kadın cinsiyet, yaş, genetik, ırk, sedanter yaşam, sigara ve alkol tüketimi, beslenme tarzı, kalsiyum ve d vitamini eksikliği, erken cerrahi menopoz, düşük beden kitle indeksi, kemik kaybına yol açacak bazı ilaçların (özellikle glukokortikoid) kullanımı olarak sıralanabilir(93).

Osteoporozla bağlı kırıklar en çok omurgalarda, el bileğinde ve kalçada görülmektedir. Postmenopozal dönemdeki her kadın için kırık riski değerlendirmesi yapılmalıdır, riskli hastalarda düşmeye karşı ve kırıklardan koruyucu tedbirlerin alınması sağlanmalıdır(94).

Postmenopozal dönemde tedaviye ne kadar erken başlanırsa o kadar çok kemik kitlesi korunabilir. Düzenli egzersiz yapmak, kalsiyum ve vitamin D bakımından dengeli bir beslenme osteoporozun önlenmesinde çok önemlidir(95).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda; Kemik yapıyı koruduğu ve geliştirdiği düşünüldüğünden K vitamininin önemi son yıllarda daha da artmıştır ve özellikle 'Vitamin K2 (Menaquinonlar)' nükleer transkripsiyon faktörü için ligand olarak görev yapar. Koagülasyon dışında kemik oluşumu, nöron fonksiyonları ve kan damarlarındaki kalsifikasyon üzerine etkilidirler. Menaquinone7'nin osteoblastik kemik oluşumunu stimüle ederken, osteoklastik kemik rezorpsiyonunu da engellediği bildirilmektedir(96,97). Ayrıca demir, çinko, magnezyum ve bakır gibi birçok elementin osteoporozla karşı koruyucu rol oynadığı bilinmektedir.

2.3. Menopozda Tedavi Yaklaşımları

Menopozal kadınlar ile ilgilenen hekim koruyucu sağlık hizmetinin verilmesine yönelik önemli bir fırsat yakalamaktadır. Bu dönemde koruyucu hekim yaklaşımının en önemli amacı, maksimum fiziksel enerji periyodunun arttırılması ile optimal mental ve sosyal aktivitelerin gerçekleştirilmesini sağlamasıdır. Spesifik amacı ise major kronik hastalıkların mümkün olduğunca erken tespit edilmesidir. Verilecek sağlık hizmeti ile aile planlaması, sigara bıraktırma, alkol alımının sınırlandırılması, vücut ağırlığının korunması, kalp hastalıkları ve osteoporoza karşı koruma, ruhsal iyilik halinin sürdürülmesi, kanser tarama ve ürolojik sorunlar gibi değişkenlere hizmet sağlamayı amaçlamaktır(98).

Menopoz, overlerde östrojen üretiminde belirgin bir azalma ile ilişkilidir. Menopoz sonrası kadınlarda düşük östrojen düzeyleri, vazomotor semptomlara, vajinal kuruluk ve dispareni dahil olmak üzere vulvovajinal atrofi semptomlarının başlamasını sağlamaktadır. Östrojen, menopozal semptomların giderilmesi için önemlidir. Özellikle; sıcak basması, vajinal kuruluk ve dispareni tedavisinde en etkili tedavi yöntemidir. Menopozal hormon tedavisi (MHT; tek başına östrojen veya bir progestin ile birlikte) menopoz semptomlarının tedavisi için günümüzde endikedir. Menopozal hormon tedavisi (MHT),endometrial hiperplaziyi önlemek için öströjen+progestin tedavisi ve sadece öströjen tedavisini tanımlamak için kullanılan geniş bir terimdir. MHT'nin amacı; menopoz semptomlarını, en önemlisi sıcak basmalarını (vazomotor semptomları) hafifletmektir. MHT'ye cevap veren diğer semptomlar ise duygudurum bozukluğu, depresyon, vajinal atrofi, dispareni, uyku bozuklukları (sıcak basmalarla ilgili olduğunda) ve eklem ağrılarıdır(99). Östrojenler ayrıca vulvovajinal atrofiyi olumlu etkisi yanı sıra, aşırı aktif mesane ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu gibi problemleri ortadan kaldırır (100).

Uterusu sağlam olan kadınlarda östrojen tedavisini tek başına uygulamak, doz ve uygulama süresi ile de ilişkili olarak endometrial neoplazi riskini artırdığından, östrojenin etkisini karşılaması, endometriyal hiperplazi ve kanseri engellemesi için tedaviye ek olarak progesteron da eklenmelidir. Kombine tedavi, değişik protokoller olmakla birlikte, sıklıkla 20-25 gün östrojen ve 12-15 gün progesteron şeklinde

ardışık bir protokol ile uygulanır(101). Çoğu kadın progesteron içeren hormonlarla tedaviyi tolere edemez. Meme hassasiyeti, şişkinlik ve depresyon görülebilecek yan etkilere sahiptir. Yapılan çalışmalar mastalji hariç görülen fizyolojik ve psikolojik yan etkilerin varlığını ispat edememiştir (102).

Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi (FDA)'nin güncel olarak belirlediği HRT endikasyonları arasında vazomotor sıcak basmaları veya vajinal atrofi gibi menopozal belirtilerin tedavisi ve osteoporozun önlenmesi bulunmaktadır. Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) menopozal belirtilerin semptomatik tedavisinde HRT kullanımını onaylamaktadır ve uygun koşullarda 65 yaş üzerinde de kullanımını savunmaktadır (103).

Transdermal bant uygulamasına gözlemsel çalışmalarına baktığımızda; myokard infarktüsü riskinde hem oral hem de transdermal östrojen tedavisiyle azalma olduğunu göstermiştir ayrıca sigara içen postmenopozal kadınlarda oral östrojene göre transdermal östrojende total periferik dirençte, vasküler sempatik tonusta ve norepinefrin düzeylerinde azalma ve vasküler duyarlılıkta artma gibi faktörleri içeren daha iyi bir kardiyovasküler yanıt saptanmıştır (104).

Yapılan bir metanalizde progesteron ve östrojenin birlikte kullanımının tromboz riskini azalttığı bulunmuş olsa da (105), diğer bir araştırmada özellikle menopoz sonrası 10 yıldan sonra tedavi başlandığında ve 60 yaş üzeri kadınlarda östrojen ve progesteron kombine kullanımının tromboemboli riskini artırdığı rapor edilmiştir(106).

HRT nin uzun dönem kullanımının endometrium ve meme kanseri risk artışı ile ilişkili olduğunu gözteren çalışmalar mevcuttur fakat 5 yıl süreli kullanımlarda meme kanseri oluşma riskinde hiçbir artış saptanmamışken,8 yıl ve daha fazla kullanımlarda risk artmaktadır (107). Ayrıca çoğu kohort ve vaka kontrol çalışmalarında postmenopozal östrojen ve östrojen+progesteron kullananlarda anlamlı derecede düşük kolorektal kanser riski ve insidansı bildirmişlerdir (108).

Vazomotor semptomların tedavi seçeneklerine baktığımızda, Son yıllarda selektif serotonin reuptake inhibitörleri sıcak basmalarında oldukça başarılı bulunmuştur(33). Hormon replasman tedavisinin vazomotor semptomlarda gösterilmiş olan etkinliğine karşılık, olası yan etkilerine dair endişelerden dolayı tedavi almaktaki mevcut

isteksizlik, hormon tedavisi almayan kadınları alternatif yöntemlere yönlendirmektedir (109). Vazomotor semptomların tedavisinde kullanılan hormonal olmayan ajanlara baktığımızda;

Reçete edilenler: SSRI, SNRI, Klonidin, Gabapentin, Mirtazapin, Trazodon

Reçete edilmeyen alternatif tedaviler: Siyah yılan otu kökü ekstresi (black cohosh), Melekotu özü (Dong Quai), Kırmızı Yonca, Soya izoflavonları, Keten Tohumu, E vitamini olarak sayılmaktadır. Ayrıca akupunktur, yoga, meditasyon, Relaksasyon teknikleri (diafragmatik solunum yapmak-karın kaslarını kullanarak derin ve yavaş burundan nefes almak, ağızdan nefes vermek) ve reiki öneriler arasındadır(52).

Birçok kadın hormon replasman tedavisini bırakmada zorluk çekmez. Gözlemsel çalışmalarda, hormonal tedaviye başlayan kadınların yüzde 40-50'sinin bir yıl içinde, yüzde 65-75'inin iki yıl içinde tedavi almayı bıraktığı bildirilmiştir. Kadınlar hormonal tedaviyi bırakırken sıklıkla sağlık uzmanlarından yardım almadığı bildirilmektedir (110).

Hormon tedavisi alsın veya almasın, önemli hastalıklar için risk artışının başladığı postmenopozal dönemdeki kadınların düzenli aralıklarla kontrol altında tutulması koruyucu hekimlik açısından çok önemlidir.

Menopozal kadınlarda, özellikle HRT alan kadınlar yakından izlenmelidir. Her görüşmede HRT'nin yan etkileri sorulmalıdır. HRT mümkünse yakınmalar sonlanınca azaltılmalıdır. Mevcut öneriler, HRT'nin 5 yıldan daha uzun kullanılmaması şeklindedir. Demans riski 65 yaş ve 4-5 yıl tedaviden sonra artabilir. Koroner kalp hastalığı, meme kanseri, inme, pulmoner emboli riskleri az olmakla beraber zamanla artar. Öneriler, HRT'nin mümkün olan en az dozda ve en kısa sürede kullanılması şeklindedir. HRT sırasında vajinal kanaması olan kadınlar ya endometrial biyopsi ile veya endometrial kalınlığın ölçülmesi için vajinal USG ile değerlendirilmelidir. Endometrial kanser riski yüksek olan kadınlarda endometrial biyopsi 2-3 yılda bir tekrarlanmalıdır (107).

Postmenopozal dönemde kadınlarda beslenmeye oldukça dikkat edilmelidir. Osteoporozdan korunmak için diyetle kalsiyum ve D vitamininden zengin gıdaların tüketimini arttırmak gereklidir. Osteoporozdan korunma da etkinliği kanıtlanmış yöntemlerden biri de ağırlık kaldırma egzersizleridir. Yeterli ve dengeli bir diyet ve uygun egzersizin hem kardiyak kapasiteyi arttırması hem de kilo kontrolüne yardımcı olması nedeniyle kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde önemli bir role sahip olduğu bilinen bir gerçektir (111).

2.5. Birinci Basamak Hekimliğinde Menopoz Yönetimi

İkinci ve Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ve diğer uzmanlık dallarında menopoza bir endokrinopati, östrojen hormonunun azaldığı bir hastalık olarak görseler de menopoz bir hastalık değil kadının yaşamının 1/3 ünde karşılaşacağı doğal, fizyolojik bir süreçtir.

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

Menopozal süreçlerdeki kadınlarda semptom farkındalığı ve sağlık bakımı açısından aile hekimlerinin rolü çok önemlidir. Kadının bu dönemde belirsizlik yaşayıp hissetmemesi için bu dönemde menopozla ilgili olan değişiklikler ve semptomlar kadına anlatılmalıdır. Her hasta kendine has riskleri ve yararları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Menopoz tanısı geriye dönük olarak konulan bir

tanıdır. Laboratuvar testleri kadınların premenopozal dönemde olduklarını anlamak için ve kadınların önündeki birkaç yıl içerisinde menopoza dönemine geçeceğini “kabullenmeleri” açısından faydalı olabilir. Premenopozal dönem menopoza geçişi yansıttığı için kadının premenopozal döneme geçtiğinin tanısını koymak daha faydalı olacaktır.

Perimenopozal dönemdeki kadının bakımı menopozal semptom ve hastalıkların tedavisini, koruyucu bakımını kapsamaktadır. Yine bu dönemde yapılacak olan koruyucu sağlık bakımı, menopoza sonrası ve geriatrik döneme katkı sağlayacaktır(89).

Aile hekimlerinin, kadınlara menopozal süreçlerde özellikle psikososyal destek sağlaması, gerektiğinde medikal tedavi önermesi gerekmektedir. Muayene ve önleme stratejileri ile kadınlardaki morbidite ve mortalite nedenlerin sıklığını ve etkilerini azaltmayı hedefleyebiliriz. Kadınlara kendi sağlıklarını devam ettirmeyi sağlamaları için ve farkındalığı arttırmak için eğitim vermemiz gereklidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Örneklem Seçimi Ve Yöntem

Araştırmaya 2018 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 45 yaş ve üzeri kadın bireyler dahil edilmiştir. Kasım 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında dahil etme kriterlerine uyan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

Araştırma örneklemini evreni bilinmeyen örneklem formülüne göre hesaplanmıştır: $n = [(t1 - \alpha)^2 (pq)^2] / S^2$

Örneklem büyüklüğü, evreni bilinmeyen örneklem hesaplama formülü kullanılarak %95 güven düzeyi, %5 hata payı ile 384 kişi olarak hesaplanmıştır.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Gönüllü olmak

2. 45 yaş ve üzeri kadın

3. Gebelik ya da laktasyona bağlı olmaksızın son 1 yılda adet görmemiş olmak

4. Menopoz süresinin 5 yıldan uzun olmaması

3.1.2. Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri:

1. Ciddi iletişim problemi olan hastalar

2. Son 6 ayda hormon replasman tedavisi almış olanlar

3. Menopoz öncesinde başlamış depresyon, anxiete gibi duygudurum bzk veya başka psikiyatrik hastalık tanısı almış olanlar

- 4.Tedavi ile kontrol altına alınamayan ya da dirençli kronik hastalığı olanlar
- 5.MS tanısı almış olanlar
- 6.Kalp hastalığı olanlar
- 7.Menapoz semptomlarına benzer yan etkisi olan ilaçları kullananlar
- 8.Ağır anemisi olanlar

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda demografik veriler ve menopoz semptomlarını etkileyen faktörleri içeren bir soru formunun yanı sıra, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) kullanılmıştır. MSDÖ ile birlikte her bir semptomun ne kadar şiddette var olduğu, hastanın bu semptomu hangi nedene bağladığı ve bu nedenle kaç kez sağlık kuruluşuna başvurduğu sorulmuştur. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgiler Ve Genel Bilgiler Anketi

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve sosyodemografik bilgiler ve genel bilgileri araştıran ankette hastalara yaş, eğitim durumu, son adet tarihi, tedavi gördüğü hastalıkların ne olduğu ve bu hastalıkların kontrol altında olup olmadığı, egzersiz yapıp yapmadığı, evlilik uyumunun nasıl olduğu, toplumun kadına verdiği değerin nasıl değerlendirildiği, menopoz şekli (doğal mı cerrahi mi), menopozun hissettirdiği algı, cinsel aktiflik durumu, menopoz ile ilgili bilgisinin olup olmadığı ve eğer bilgisi varsa bu bilgilere nereden sahip olduğu sorulmuştur.

3.2.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Semptomların Nedenleri ile Başvuru Sıklığını Ölçen Anket

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ; Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte, her bir madde için; 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçekten alınabilecek en az puan 0 iken en fazla puan 44'dür.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar 1- Somatik şikayetler alt boyutu (1,2,3,11. maddeler), 2-Psikolojik şikayetler alt boyutu (4,5,6,7. maddeler), 3- Ürogenital şikayetler alt boyutudur (8,9,10. maddeler). Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir.

Orijinal adı Menopause Rating Scale olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ilk olarak 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin İngilizce'ye uyarlanması, güvenirlik ve geçerliliği 1996 yılında, Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkiye de geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak 2005 yılında uygulamaya sokulmuştur.

Tüm ölçek maddelerinin iç tutarlılığı Chronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirilmiş, ölçeğin faktör yapısı Principal Compenent yöntemi Varimaks rotasyonu ile yapılmıştır. Ölçeğin, tüm maddelerine verilen yanıtlardaki tutarlılığın ve madde homojenliğinin incelendiği Chronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0.84'dür. Alt gruplar için ise Chronbach's alpha değeri Somatik semptomlar için 0.65, Psikolojik semptomlar için 0.79 ve Ürogenital semptomlar için 0.72 olduğu belirlenmiştir (51).

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Chronbach Alpha Değeri
Somatik Şikayetler Alt Boyutu	4	0-16	0.65
Psikolojik Şikayetler Alt Boyutu	4	0-16	0.79
Ürogenital Şikayetler Alt Boyutu	3	0-12	0.72
TOPLAM: Menopozal Şikayetler	11	0-44	0.84

ŞEKİL-2: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Chronbach alpha iç tutarlılık katsayıları

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Anketi yanı sıra araştırmacılar katılımcının yakınmalarını hangi nedenlere bağladığı ve bu yakınmalar ile sağlık kuruluşlarına başvuru sıklıkları (0-1 kez, 2-4 kez, 5 ve üzeri olmak üzere 3 kategoride) konularında sorular sormuşlardır.

3.3. Araştırmanın Yürütülmesi

Çalışmaya Kasım 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı eğitim-Aile Sağlığı Merkezleri'ne herhangi bir nedenle başvuran dışlanma kriterlerine uygunluk sağlayan 45 yaş üstü kadın bireyler dahil edilmiştir. Dışlama kriterleri arasındaki hastalıkların kontrol altında olup olmadığı hastanın onayı ile sağlık kayıtlarından alınmıştır.

Araştırmada veri kaynağı olarak birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik verilerini içeren sorular (1-8.sorular) ; ikinci bölümde 11 maddeden oluşan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği olan 5'li likert ölçeği (0:hiç yok,1:hafif,2:orta,3:şiddetli,4:çok şiddetli) ile yakınmaların nedeninin ne olabileğini soran bölüm(1:menopoz ile ilgili,2:diğer-bilmiyorum olarak nedenler gruplandırılmıştır) ve bu yakınmalar ile sağlık kuruluşuna başvuru sıklığını araştıran 3'lü likert ölçeği (1:0-1 kez,2:2-4 kez,3:5 ve üstü) bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ise sosyo-demografik verilerin devamı olan anket soruları (9-13.sorular) bulunmaktadır. Bu

anket soruları ile; kadınların bazı sağlık sorunlarına ne kadar sahip olduğu ve bu konudaki düşünce ve sağlık yardımı arama davranışlarını araştırmayı amaçlanmıştır.

Araştırma soruları ve anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile çalışmanın amacını açıklayan bir onam kağıdı imzalatılarak toplanmıştır. Araştırmaya 384 kişinin katılımı hedeflenmiştir ve 385 kişiye ulaşılarak araştırma verileri tamamlanmıştır.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler için SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır.

Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, kategorik bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında is t-testi ile Anova testleri yapılarak p değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. İzinler

Araştırmaya katılan hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Aynı zamanda araştırma için DEÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan da onay alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Analizler

Çalışmaya, İzmir il merkezinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı eğitim aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran dahil etme kriterlerine uygun 45 yaş üstü 385 menopoza girmiş kadın dahil edilmiştir.

4.1.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 45-61 arasında değişmekte olup ortalama $51,1 \pm 3,3$ yıldır. Katılımcıların %55,9 u en fazla ilkokul okumuş olup, %33,7 si lise ve üzerinden oluşmaktaydı.

Katılımcılara egzersiz yapma durumları sorulduğunda %40 ı evet yanıtını vermiştir. %60'ının inaktif olduğu görülmektedir.

Kadınların evlilik uyumları sorulduğunda %58,2 sinin orta, %26,8 inin az olduğu ifade edilirken, toplumun kadına verdiği değer yanıtlarına bakıldığında ise %58,7 oranında az yanıt alınmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo-1 de görülmektedir.

Tablo-1: Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin Dağılımları

		n	%
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	43	11,2
	İlkokul mezunu	172	44,7
	Ortaokul mezunu	40	10,4
	Lise mezunu	74	19,2
	Üniversite ve üzeri mezun	56	14,5
Egzersiz	Evet	154	40
	Hayır	231	60
Evlilik Uyumu	Az	103	26,8
	Orta	224	58,2
	Çok	58	15,1
Toplumda Kadına Verilen Değer	Yok-Az	306	79,5
	Orta-Çok	79	20,5

Katılımcılardan 179 kişi (%46,5) kronik hastalıklarına var yanıtını vermiş olup, tedavi görülen en fazla hastalıkların sıklıkları %21,8 Hipertansiyon, %16,8 Diyabetes Mellitus, %6,1 Guatr tespit edilmiştir. Katılımcıların kronik hastalıklara göre dağılımı Tablo-2 de gösterilmiştir.

Tablo-2: Katılımcıların Tedavi Gördüğü Hastalık Durumu ve Dağılımları (n=385)

	n	%
Tedavi Görülen Hastalık	179	46,5
Hipertansiyon	39	21,8
Diyabet	30	16,8
Hipertansiyon Ve Diyabet	20	11,2
Guatr	11	6,1
Astım	8	4,5
KAH	7	3,9
Migren	6	3,4
Spondiloartrit	6	3,4
Hiperlipidemi	6	3,4
Hipertansiyon Ve Guatr	6	3,4
Reflü Ve Gastrit	5	2,8
Anemi	4	2,2
Osteoporoz	4	2,2
Romatoid Artrit	4	2,2
Hipertansiyon Ve Astım	3	1,7
Depresyon	3	1,7
DM,Guatr	3	1,7
Menopoz	2	1,1
Lenfoma	2	1,1
Myopati	2	1,1
Vertigo	2	1,1
KAH,DM,HT	2	1,1
TBC	1	0,6
hipertiroidi	1	0,6
Behçet	1	0,6
Psöriyazis	1	0,6

4.1.2. Menopoz Özellikleri

Kadınların 'Son Adet Tarihleri (SAT)' 12-60 ay arasında değişmekte olup ortalama $33,84 \pm 15,86$ ay idi. 363 (%94,3) Kadın doğal menopozal dönemde iken 22 (%5,7) kadın cerrahi nedenle menopoz döneminde idi. 206 (%53,5) Kadın, menopozun kendilerine hissettirdiği duyguyu olumlu olarak değerlendirdi. Kadınların %56,9 u cinsel olarak aktif değildi.

Katılımcılardan 340 (%88,3) kişi menopoza dair bilgilerinin var olduğunu ve %46,9 oranında menopoz ile bilgilere aile, akraba, arkadaş yoluyla edindikleri bilgisi mevcuttu. %36,1 oranında kişiler menopoz ile ilgili bilgiyi sağlık personeli tarafından aldıklarını beyan etmişlerdir. Menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo-3 de gösterilmiştir.

Tablo-3: Katılımcıların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları (n=385)

		n (sayı)	% (yüzde)
MENOPOZA GİRİŞ ŞEKLİ	Doğal	363	94,3
	Cerrahi	22	5,7
MENOPOZ DÖNEMİ İLE İLGİLİ HİSSETTİKLERİ	Olumlu	179	46,5
	Olumsuz	206	53,5
CİNSEL AKTİFLİK DURUMU	Aktif	166	43,1
	Aktif Değil	219	56,9
MENOPOZ BİLGİSİ VARLIĞI	Evet	340	88,3
	Hayır	45	11,7
MENOPOZ BİLGİLERİNE NEREDEN SAHİP OLDUĞU (n:340)	Kitle İletişim Araçları	58	17,0
	Sağlık Personeli	122	36,1
	Aile, Akraba, Arkadaş	160	46,9

4.1.3. Menopozal Semptomların Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Katılımcılara menopoz semptomlarının şiddeti ile ilgili ifadelerine verdiği cevaplar incelendiğinde; vajinada kuruluk (%56,9), idrar sorunları (%53,2) ve cinsel sorunlar (%51,7) semptomu hiç olmayanlar olarak en fazla oranda beyan edilen menopozal semptomlardı. Semptomlar içerisinde en fazla oranda 'hafif' şiddette yanıtını verenler fiziksel-zihinsel yorgunluk (%31,2) ve uyku sorunları (%30,4) yaşayan katılımcılardı. Orta şiddette yanıtının verildiği en yüksek oranda ki semptomlar; sıcak basması-terleme (%33,5), uyku sorunları (%30,4) ve keyifsizlik hali (%30,4) idi. Şiddetli derecede semptom varlığı olduğunu ifade eden katılımcılarda ki en fazla oranda olan semptomlar; sıcak basması-terleme (%31,7), uyku sorunları (%20,6) ve eklem rahatsızlığı (%19,8) şikayetleriydi. Menopoz semptomları içerisinde şiddetli yanıtının en az verildiği semptom kalp rahatsızlıkları (%2,8) olmaktaydı. Katılımcıların semptomların şiddetine göre dağılımı Tablo-4 de gösterilmiştir.

Tablo-4: Katılımcıların Semptomların Şiddetine Göre Dağılımı

	Hiç yok		Hafif		Orta		Şiddetli- Çok şiddetli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sıcak Basması-Terleme	42	10,9	92	23,9	129	33,5	122	31,7
Kalp Rahatsızlığı	192	49,9	103	26,8	79	20,5	11	2,8
Uyku Sorunları	72	18,7	117	30,4	117	30,4	79	20,6
Keyifsizlik Hali	87	22,6	109	28,3	117	30,4	72	18,7
Sinirlilik	123	31,9	99	25,7	104	27	59	15,3
Endişe-Kaygı	145	37,7	80	20,8	101	26,1	59	15,4
Fiziksel-Zihinsel Yorgunluk	125	32,5	120	31,2	97	25,1	43	11,2
Cinsel Sorunlar	199	51,7	43	11,2	81	21	62	16,1
İdrar Sorunları	205	53,2	68	17,7	85	22,1	27	7
Vajinada Kuruluk	219	56,9	50	13	53	13,8	63	16,3
Eklem ve Kas Rahatsızlığı	174	45,2	52	13,5	83	21,6	76	19,8

Katılımcıların menopoz semptomlarının nedeni ile ilgili düşüncelerine baktığımızda; sadece sıcak basması-terleme semptomunun menopoza bağlı olduğunu düşünen kişi sayısı yüksek (%67,3) iken diğer semptomlara sahip çoğu katılımcı bu semptomların nedenini menopoza bağlamamışlardır. Semptomların menopoza bağlı

olmadığını düşünen katılımcılar, ‘bilmiyorum’-‘psikolojik’ gibi yüksek oranlarda çıkan yanıtlar vermişlerdir.

Menopoz sürecinde bulunan katılımcılarda hangi semptomlar var ise ankette o sorulara yanıt verdikleri için her bir semptomun toplam sayısı farklıdır. Katılımcıların semptomların nedeni ile ilgili düşüncelerine göre dağılımı Tablo-5’de gösterilmektedir.

Tablo-5: Katılımcıların Semptomların Nedeni İle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı (Menopoza Bağlı Diyenler Bir Grup Bilmiyorum Ve Psikolojiktir Diyenler Bir Grup)

	MENOPOZA BAĞLI		MENOPOZA BAĞLI DEĞİL	
	n	%	n	%
Sıcak basması-terleme (n:343)	231	67,3	112	31,7
Kalp rahatsızlığı (n:193)	16	8,3	177	91,7
Uyku Sorunları (n:313)	38	12,1	275	87,9
Keyifsizlik Hali (n:298)	26	8,7	272	91,3
Sinirlilik (n:262)	17	6,5	245	93,5
Endişe-Kaygı (n:240)	6	2,5	234	97,5
Fiziksel-Zihinsel Yorgunluk (n:260)	21	8,1	239	91,9
Cinsel Sorunlar (n:186)	65	34,9	121	65,1
İdrar Sorunları (n:180)	19	10,6	161	89,4
Vajinada Kuruluk (n:166)	54	32,5	112	67,5
Eklem ve Kas Rahatsızlığı (n:211)	5	2,4	206	97,6

Katılımcıların menopoz semptomlarının nedeni ile ilgili düşünceleri değerlendirirken, bir nedene bağlayanlar ve bağlamayanlar olarak grup oluşturduğumuzda; ‘kalp rahatsızlığı, uyku sorunları, fiziksel-zihinsel yorgunluk, cinsel sorunlar, idrar sorunları, vajinada kuruluk’ şikayetleri bulunanlar bu semptomların nedenlerini yüksek

oranlarda herhangi bir nedene bağlayamadıklarını görmekteyiz. Semptomlar arasında en yüksek oranda (%88,9) bir nedene bağlanamayan semptom ; 'idrar sorunları' olmaktadır.

Katılımcıların semptomların nedeni ile ilgili düşüncelerine göre dağılımı tablo-6'da gösterilmektedir.

Tablo-6: Katılımcıların Semptomların Nedeni İle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı (Psikolojik Ve Menopoza Bağlı Diyenler Bir Grup Diğer Bilmiyorum Diyenler Grubu)

	BİR NEDEN BAĞLI		BİR NEDENE BAĞLAYAMIYOR	
	n	%	n	%
Sıcak basması-terleme (n:343)	239	69,7	104	30,3
Kalp rahatsızlığı (n:193)	84	43,5	109	56,5
Uyku Sorunları (n:313)	108	34,5	205	65,5
Keyifsizlik Hali (n:298)	158	53,0	140	47,0
Sinirlilik (n:262)	149	56,9	113	43,1
Endişe-Kaygı (n:240)	125	52,1	115	47,9
Fiziksel-Zihinsel Yorgunluk (n:260)	97	37,3	163	62,7
Cinsel Sorunlar (n:186)	74	39,8	112	60,2
İdrar Sorunları (n:180)	20	11,1	160	88,9
Vajinada Kuruluk (n:166)	55	33,1	111	66,9
Eklem ve Kas Rahatsızlığı (n:211)	114	54,0	97	46,0

Katılımcıların menopozal semptomlar nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuru sıklıkları incelendiğinde; 'eklem ve kas rahatsızlıkları' olan bireylerin daha yüksek oranda, 2 ve üzerinde sağlık kuruluşuna başvurdıkları görülmektedir. Hiç veya sadece 1 kere sağlık kuruluşuna başvuru yanıtını verenler içerisinde en yüksek oran (%86,9) 'fiziksel-zihinsel yorgunluk' şikayeti olan bireylerdir.

Katılımcıların menopozal semptomlar nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı Tablo-7 de gösterilmektedir.

Tablo-7: Katılımcıların Semptomlar Nedeni İle Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sıklığı

	HİÇ-1		2 VE ÜZERİ	
	n	%	n	%
Sıcak basması-terleme (n:343)	233	67,9	110	32,1
Kalp rahatsızlığı (n:193)	132	68,4	61	31,6
Uyku Sorunları (n:313)	246	78,6	67	21,4
Keyifsizlik Hali (n:298)	236	79,2	62	20,8
Sinirlilik (n:262)	210	80,2	52	19,8
Endişe-Kaygı (n:240)	196	81,7	44	18,3
Fiziksel-Zihinsel Yorgunluk (n:260)	226	86,9	34	13,1
Cinsel Sorunlar (n:186)	156	83,9	30	16,1
İdrar Sorunları (n:180)	117	65,0	63	35,0
Vajinada Kuruluk (n:166)	130	78,3	36	21,7
Eklem ve Kas Rahatsızlığı (n:211)	101	47,9	110	52,1

Katılımcıların MSDÖ total grup ve alt gruplar puan ortalaması değerlendirildiğinde MSDÖ total puanı $13,45 \pm 7,03$; somatik puan $5,46 \pm 2,70$; psikolojik puan $5,17 \pm 3,42$ ve ürogenital puan $2,81 \pm 2,79$ olduğu saptandı. Somatik semptomlar alt grubu orta şiddette, Psikolojik semptomlar alt grup orta şiddette ve ürogenital semptomlar alt grup orta şiddette olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların MSDÖ total grup ve alt gruplar puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo-8: Katılımcıların MSDÖ den Aldıkları Puan Ortalamaları

	n	MİN-MAKS	ort	ss
Somatik Alt Grup	385	0-16	5,46	2,70
Psikolojik Alt Grup	385	0-16	5,17	3,42
Ürogenital Alt Grup	385	0-12	2,81	2,79
TOPLAM	385	0-44	13,45	7,03

4.2. Karşılaştırmalı Analizler

4.2.1. Demografik Verilerin Menopozal Semptomlara Yönelik Başvuru Sayıları İle Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşlarının menopozal semptomlara yönelik başvuru sayısını etkileyip etkilemediğimize baktığımızda; menopozal semptomlardan 'sinirlilik' semptomuna sahip olanlarda yaşı daha düşük olanların sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı artmaktadır. ($p < 0,05$). Semptomlara göre yaş ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-9 da gösterilmiştir.

Tablo-9: Semptomlara Göre Yaş ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPTOMLAR	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI		p
	0-1 KERE	2 VE ÜZERİ	
	Yaş Ortalama±SS	Yaş Ortalama±SS	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	51,14±3,19	50,49±3,49	0,088
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	51,43±3,23	51,63±3,92	0,710
UYKU SORUNLARI (n:313)	51,15±3,17	51,53±3,74	0,441
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	51,16±3,29	51,64±3,74	0,360
SİNİRLİLİK (n:262)	51,44±3,54	49,51±2,78	0,000
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	51,42±3,70	50,68±3,13	0,219
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	51,62±3,38	51,44±3,64	0,772
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	50,82±3,54	51,10±4,00	0,706
İDRAR SORUNLARI (n:180)	51,86±3,24	51,84±3,59	0,967
VAJİNADA KURULUK (n:166)	50,91±3,46	51,50±4,18	0,446
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	51,56±3,58	52,10±3,05	0,246

Semptomlara göre eğitim durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, sıcak basması-terleme ile vajinada kuruluk şikayetlerinin eğitim durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0,05$). Eğitim seviyesinin yükseldikçe bu semptomlarda ki başvuru sayısının 2 ve üstü olduğu

görülmektedir. Semptomlara göre eğitim durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-10 da gösterilmiştir.

Tablo-10: Semptomlara Göre Eğitim Durumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SMPTOMLAR	EĞİTİM DURUMU	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				p
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Okuryazar değil	30	85,7	5	14,3	0,002
	2.İlkokul	110	74,3	38	25,7	
	3.Ortaokul	20	60,6	13	39,4	
	4.Lise	39	52,7	35	47,3	
	5.Üniversite ve üzeri	34	64,2	19	35,8	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Okuryazar değil	17	68,0	8	32,0	0,737
	2.İlkokul	65	69,1	29	30,9	
	3.Ortaokul	14	70,0	6	30,0	
	4.Lise	21	75,0	7	25,0	
	5.Üniversite ve üzeri	15	57,7	11	42,3	

UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Okuryazar değil	28	82,4	6	17,6	0,807
	2.İlkokul	109	80,7	26	19,3	
	3.Ortaokul	27	77,1	8	22,9	
	4.Lise	45	73,8	16	26,2	
	5.Üniversite ve üzeri	37	77,1	11	22,9	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Okuryazar değil	30	93,8	2	6,3	0,059
	2.İlkokul	103	81,7	23	18,3	
	3.Ortaokul	27	81,8	6	18,2	
	4.Lise	42	71,2	17	28,8	
	5.Üniversite ve üzeri	34	70,8	14	29,2	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Okuryazar değil	23	95,8	1	4,2	0,314
	2.İlkokul	88	77,9	25	22,1	
	3.Ortaokul	21	84,0	4	16,0	
	4.Lise	46	79,3	12	20,7	
	5.Üniversite ve üzeri	32	76,2	10	23,8	
ENDİŞE/ KAYGI	1.Okuryazar değil	21	84,0	4	16,0	0,481
	2.İlkokul	79	81,4	18	18,6	

(n:240)	3.Ortaokul	26	92,9	2	7,1	
	4.Lise	38	79,2	10	20,8	
	5.Üniversite ve üzeri	32	76,2	10	23,8	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Okuryazar değil	28	90,3	3	9,7	0,880
	2.İlkokul	103	87,3	15	12,7	
	3.Ortaokul	23	82,1	5	17,9	
	4.Lise	39	88,6	5	11,4	
	5.Üniversite ve üzeri	33	84,6	6	15,4	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Okuryazar değil	9	90,0	1	10,0	0,368
	2.İlkokul	61	87,1	9	12,9	
	3.Ortaokul	23	92,0	2	8,0	
	4.Lise	36	78,3	10	21,7	
	5.Üniversite ve üzeri	27	77,1	8	22,9	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Okuryazar değil	10	76,9	3	23,1	0,572
	2.İlkokul	52	62,7	31	37,3	
	3.Ortaokul	15	75,0	5	25,0	
	4.Lise	17	56,7	13	43,3	

	5.Üniversite ve üzeri	23	67,6	11	32,5	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Okuryazar değil	6	85,7	1	14,3	0,031
	2.İlkokul	51	79,7	13	20,3	
	3.Ortaokul	24	100,0	0	0,0	
	4.Lise	25	67,6	12	32,4	
	5.Üniversite ve üzeri	24	70,6	10	29,4	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)						0,117
	1.Okuryazar değil	12	42,9	16	57,1	
	2.İlkokul	40	40,8	58	59,2	
	3.Ortaokul	13	68,4	6	31,6	
	4.Lise	17	60,7	11	39,3	
	5.Üniversite ve üzeri	19	50,0	19	50,0	

Semptomlara göre tedavi görülmekte olan bir hastalık varlığı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide; menopozal semptomlardan kalp rahatsızlıkları, vajinada kuruluk, eklem ve kas rahatsızlıkları ile ilgili yakınmaları olanların içerisinde kronik hastalığı olanlar sağlık kuruluşlarına daha çok başvuruyordu. ($p<0,05$). Semptomlara göre tedavi görülmekte olan bir hastalık varlığı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-11 de gösterilmiştir.

Tablo-11: Semptomlara Göre Tedavi Görülmekte Olan Bir Hastalık Varlığı ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPTOMLAR	TEDAVİ GÖRÜLEN HASTALIK	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				p
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Yok	129	70,5	54	29,5	0,277
	2.Var	104	65,0	56	35,0	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Yok	65	77,4	19	22,6	0,018
	2.Var	67	61,5	42	38,5	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Yok	126	79,2	33	20,8	0,775
	2.Var	120	77,9	34	22,1	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Yok	110	77,5	32	22,5	0,483
	2.Var	126	80,8	30	19,2	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Yok	113	82,5	24	17,5	0,322
	2.Var	97	77,6	28	22,4	
ENDİŞE/ KAYGI (n:240)	1.Yok	97	83,6	19	16,4	0,449
	2.Var	99	79,8	25	20,2	

FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Yok	115	90,6	12	9,4	0,090
	2.Var	111	83,5	22	16,5	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Yok	83	88,3	11	11,7	0,097
	2.Var	73	79,3	19	20,7	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Yok	57	70,5	24	29,6	0,172
	2.Var	60	60,6	39	39,4	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Yok	69	89,6	8	10,4	0,001
	2.Var	61	68,5	28	31,5	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Yok	53	58,9	37	41,1	0,006
	2.Var	48	39,7	73	60,3	

Semptomlara göre egzersiz yapma durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkiye bakıldığında, düzenli egzersiz yapan kadınlarda sıcak basması-terleme ve sinirlilik semptomu olanların sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı daha fazlaydı. ($p<0,05$). Katılımcıların semptomlara göre egzersiz yapma durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-12 de gösterilmiştir.

Tablo-12: Semptomlara Göre Egzersiz Yapma Durumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPТОMLAR	EGZERSİZ YAPIYOR MU?	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Evet	85	61,6	53	38,4	0,039
	2.Hayır	148	72,7	57	27,8	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Evet	47	66,2	24	33,8	0,617
	2.Hayır	85	69,7	37	30,3	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Evet	94	75,2	31	24,8	0,233
	2.Hayır	152	80,9	36	19,1	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Evet	98	74,8	33	25,2	0,099
	2.Hayır	138	82,6	29	17,4	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Evet	87	74,4	30	25,6	0,035
	2.Hayır	123	84,8	22	15,2	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Evet	81	77,9	23	22,1	0,185
	2.Hayır	115	84,6	21	15,4	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Evet	89	87,3	13	12,7	0,899
	2.Hayır	137	86,7	21	13,3	
CİNSEL SORUNLAR	1.Evet	78	85,7	13	14,3	0,504

(n:186)	2.Hayır	78	82,1	17	17,9	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Evet	52	66,7	26	33,3	0,682
	2.Hayır	65	63,7	36	58,7	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Evet	61	73,5	22	26,5	0,132
	2.Hayır	69	83,1	14	16,9	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Evet	33	43,4	43	56,6	0,332
	2.Hayır	68	50,4	67	49,6	

Semptomlara göre evlilik uyumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, keyifsizlik hali ile ilgili yakınmaları olan evlilik uyumu çok olanların sağlık kuruluşlarına başvuru sayısının arttığı görülmekteydi. Sinirlilik ve endişe/kaygı gibi yakınmaları olanların evlilik uyumları orta olanlar sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmakta idi ($p<0,05$). Katılımcıların semptomlara göre evlilik uyumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-13 de gösterilmiştir.

Tablo-13: Semptomlara Göre Evlilik Uyumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPATOMLAR	EVLİLİK UYUMU NASIL?	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Az	60	68,2	28	31,8	0,135
	2.Orta	145	70,7	60	29,3	
	3.Çok	28	56,0	22	44,0	

KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Az	40	65,6	21	34,4	0,353
	2.Orta	78	72,2	30	27,8	
	3.Çok	14	58,3	10	41,7	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Az	68	80,0	17	20,0	0,631
	2.Orta	142	79,3	37	20,7	
	3.Çok	36	73,5	13	26,5	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Az	72	88,9	9	11,1	0,005
	2.Orta	140	78,2	39	21,8	
	3.Çok	24	63,2	14	36,8	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Az	61	91,0	6	9,0	0,006
	2.Orta	115	73,7	41	26,3	
	3.Çok	34	87,2	5	12,8	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Az	59	92,2	5	7,8	0,020
	2.Orta	109	76,2	34	33,8	
	3.Çok	28	84,8	5	15,2	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Az	69	86,3	11	13,8	0,498
	2.Orta	126	88,7	16	11,3	
	3.Çok	31	81,6	7	18,4	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Az	32	84,2	6	15,8	0,374
	2.Orta	107	85,6	18	14,4	
	3.Çok	17	73,9	6	26,1	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Az	33	66,0	17	34,0	0,636
	2.Orta	68	66,7	34	33,3	
	3.Çok	16	57,1	12	42,9	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Az	32	80,0	8	20,0	0,857
	2.Orta	84	78,5	23	21,5	
	3.Çok	14	73,7	5	26,3	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Az	38	55,1	31	44,9	0,222
	2.Orta	46	42,2	63	57,8	
	3.Çok	17	51,5	16	48,5	

Menopozal semptomlara göre toplumun kadına verdiği değer ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların semptomlara göre toplumun kadına verdiği değer ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-14 de gösterilmiştir.

Tablo-14: Semptomlara Göre Toplumun Kadına Verdiği Değer ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPTOMLAR	TOPLUMUN KADINA VERDİĞİ DEĞERİ DEĞERLENDİRME	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				P
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Yok	49	70,0	21	30,0	0,418
	2.Az	140	69,3	62	30,7	
	3.Orta	42	60,9	27	39,1	
	4.Çok	2	100,0	0	0,0	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Yok	29	70,7	12	29,3	0,503
	2.Az	77	70,6	32	29,4	
	3.Orta	25	59,5	17	40,5	
	4.Çok	1	100,0	0	0,0	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Yok	54	81,8	12	18,2	0,363
	2.Az	148	79,6	38	20,4	
	3.Orta	44	72,1	17	27,9	
	4.Çok	0	0,0	0	0,0	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Yok	53	86,9	8	13,1	0,067
	2.Az	139	80,3	34	19,7	
	3.Orta	43	68,3	20	31,7	
	4.Çok	1	100,0	0	0,0	

SİNİRLİLİK (n:262)	1.Yok	50	82,0	11	18,0	0,927
	2.Az	111	79,9	28	20,1	
	3.Orta	48	78,7	13	21,3	
	4.Çok	1	100,0	0	0,0	
ENDİŞE/ KAYGI (n:240)	1.Yok	38	74,5	13	25,5	0,403
	2.Az	111	82,2	24	17,8	
	3.Orta	46	86,8	7	13,2	
	4.Çok	1	100,0	0	0,0	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Yok	50	89,3	6	10,7	0,812
	2.Az	129	87,2	19	12,8	
	3.Orta	46	83,6	9	16,4	
	4.Çok	1	100,0	0	0,0	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Yok	26	87,8	7	21,2	0,766
	2.Az	89	84,0	17	16,0	
	3.Orta	40	87,0	6	13,0	
	4.Çok	1	100,0	0	0,0	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Yok	20	57,1	15	42,9	0,612
	2.Az	67	65,7	35	34,3	
	3.Orta	29	69,0	13	31,0	
	4.Çok	1	100,0	0	0,0	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Yok	28	84,8	5	15,2	0,707
	2.Az	67	67,0	20	23,0	
	3.Orta	34	75,6	11	24,2	
	4.Çok	1	100,0	0	0,0	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Yok	28	53,8	24	46,2	0,360
	2.Az	56	49,6	57	50,4	
	3.Orta	16	36,4	28	63,6	
	4.Çok	1	50,0	1	50,0	

Semptomlara göre menopoz şekli ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide; cerrahi yolla menopoza girenlerden **sıcak basması-terleme, kalp rahatsızlıkları ve vajinada kuruluk** gibi yakınmaları olanlar sağlık kuruluşlarına daha fazla başvuruyordu. ($p<0,05$). Katılımcıların semptomlara göre menopoz şekli ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-15 de gösterilmiştir.

Tablo-15: Semptomlara Göre Menopoz Şekli ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPTOMLAR	MENOPOZ ŞEKLİ	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Doğal	227	70,5	95	29,5	0,000
	2.Cerrahi	6	28,6	15	71,4	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Doğal	128	70,3	54	29,7	0,019
	2.Cerrahi	4	36,4	7	63,6	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Doğal	234	79,6	60	20,4	0,091
	2.Cerrahi	12	63,2	7	36,8	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Doğal	225	79,8	57	20,2	0,290
	2.Cerrahi	11	68,8	5	31,3	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Doğal	202	81,1	47	18,9	0,084

	2.Cerrahi	8	61,5	5	38,5	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Doğal	186	82,3	40	17,7	0,308
	2.Cerrahi	10	71,4	4	28,6	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Doğal	212	86,9	32	13,1	0,944
	2.Cerrahi	14	87,5	2	12,5	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Doğal	146	84,9	26	15,1	0,188
	2.Cerrahi	10	71,4	4	28,6	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Doğal	110	66,3	56	33,7	0,220
	2.Cerrahi	7	50,0	7	50,0	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Doğal	124	81,0	29	19,0	0,003
	2.Cerrahi	6	46,2	7	53,8	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Doğal	98	49,5	100	50,5	0,065
	2.Cerrahi	3	23,1	10	76,9	

Semptomlara göre menopoza dair algı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, menopoza dair olumsuz algısı olup sıcak basması-terleme gibi yakınması olanlar sağlık kuruluşlarına daha çok başvuruyordu. ($p<0,05$). Katılımcıların semptomlara göre menopoza dair algı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-16 da gösterilmiştir.

Tablo-16: Semptomlara Göre Menopoza Dair Algı ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPTOMLAR	MENOPOZUN HİSSETTİRDİĞİ ALGI	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				p
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Olumlu	119	80,4	29	19,6	0,000
	2.Olumsuz	114	58,5	81	41,5	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Olumlu	59	71,1	24	28,9	0,485
	2.Olumsuz	73	66,4	37	33,6	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Olumlu	112	83,0	23	17,0	0,101
	2.Olumsuz	134	75,3	44	24,7	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Olumlu	106	83,5	21	16,5	0,118
	2.Olumsuz	130	76,0	41	24,0	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Olumlu	93	83,8	18	16,2	0,206
	2.Olumsuz	117	77,5	34	22,5	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Olumlu	88	86,3	14	13,7	0,113
	2.Olumsuz	108	78,3	30	21,7	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Olumlu	100	86,2	16	13,8	0,759
	2.Olumsuz	126	87,5	18	12,5	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Olumlu	54	84,4	10	15,6	0,892
	2.Olumsuz	102	83,6	20	16,4	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Olumlu	53	70,7	22	29,3	0,178
	2.Olumsuz	64	61,0	41	39,0	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Olumlu	46	80,7	11	19,3	0,589
	2.Olumsuz	84	77,1	25	22,9	

EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Olumlu	50	50,5	49	49,5	0,471
	2.Olumsuz	51	45,5	61	54,5	

Semptomlara göre cinsel aktiflik durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, cinsel olarak aktif olup sinirlilik, eklem ve kas rahatsızlıkları gibi yakınmaları yaşayanlar sağlık kuruluşlarına daha fazla başvuruyordu ($p<0,05$). Katılımcıların semptomlara göre cinsel aktiflik durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-17 de gösterilmiştir.

Tablo-17: Semptomlara Göre Cinsel Aktiflik Durumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPТОMLAR	CİNSEL AKTİFLİK DURUMU	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Aktif	98	63,6	56	36,4	0,124
	2.Aktif değil	135	71,4	54	28,6	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Aktif	53	70,7	22	29,3	0,588
	2.Aktif değil	79	66,9	39	33,1	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Aktif	105	78,4	29	21,6	0,930
	2.Aktif değil	141	78,8	38	21,2	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Aktif	97	75,2	32	24,8	0,137
	2.Aktif değil	139	82,2	30	17,8	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Aktif	83	74,1	29	25,9	0,034
	2.Aktif değil	127	84,7	23	15,3	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Aktif	75	78,9	20	21,1	0,378

	2.Aktif değil	121	83,4	24	16,6	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Aktif	85	85,9	14	14,1	0,690
	2.Aktif değil	141	87,6	20	12,4	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Aktif	78	84,8	14	15,2	0,738
	2.Aktif değil	78	83,0	16	17,0	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Aktif	51	61,4	32	38,6	0,355
	2.Aktif değil	66	68,0	31	32,0	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Aktif	62	80,5	15	19,5	0,521
	2.Aktif değil	68	76,4	21	23,6	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Aktif	26	37,1	44	62,9	0,028
	2.Aktif değil	75	53,2	66	46,8	

Menopoz semptomları olan katılımcılarda, menopoz bilgisi varlığı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların semptomlara göre menopoz bilgisi varlığı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-18 de gösterilmiştir.

Tablo-18: Semptomlara Göre Menopoz Bilgisi Varlığı ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPTOMLAR	MENOPOZ BİLGİSİ VARLIĞI	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Evet	210	67,9	99	32,1	0,842
	2.Hayır	23	69,7	11	30,3	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Evet	120	68,6	56	31,4	0,332
	2.Hayır	12	70,6	5	29,4	
UYKU SORUNLARI	1.Evet	220	78,3	62	21,7	0,122

(n:313)	2.Hayır	26	83,9	5	16,1	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Evet	216	80,2	53	19,8	0,320
	2.Hayır	20	69,0	9	31,0	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Evet	190	80,1	47	19,9	0,883
	2.Hayır	20	80,0	5	20,0	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Evet	175	80,6	42	19,4	0,401
	2.Hayır	21	91,3	2	8,7	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Evet	202	86,3	32	13,7	0,620
	2.Hayır	24	92,0	2	8,0	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Evet	143	82,7	30	17,3	0,261
	2.Hayır	13	100,0	0	0,0	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Evet	111	66,9	55	33,1	0,126
	2.Hayır	6	46,2	8	53,8	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Evet	122	78,2	34	21,8	0,870
	2.Hayır	8	77,8	2	22,2	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI(n:211)	1.Evet	93	47,9	101	52,1	0,549
	2.Hayır	8	43,8	9	56,2	

Semptomlara göre menopoz ile ilgili bilgilere nereden sahip olduğu durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, menopoz ile ilgili bilgileri sağlık personelinin alan ve kalp rahatsızlığı, vajinada kuruluk gibi yakınmaları olanlar sağlık kuruluşuna daha sık başvuruyordu. ($p<0,05$). Katılımcıların semptomlara göre menopoz ile ilgili bilgilere nereden sahip olduğu durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-19 da gösterilmiştir.

Tablo-19: Semptomlara Göre Menopoz İle İlgili Bilgilere Nereden Sahip Olunduğu Durumu ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

SEMPTOMLAR	MENOPOZ İLE İLGİLİ BİLGİLERE NEREDEN SAHİP OLUNDUĞU	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				p
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Kitle iletişim araçları	36	70,6	15	29,4	0,102
	2.Sağlık personeli	72	60,5	47	39,5	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	101	72,7	38	27,3	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Kitle iletişim araçları	16	61,5	10	38,5	0,028
	2.Sağlık personeli	37	58,7	26	41,3	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	68	78,2	19	21,8	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Kitle iletişim araçları	40	87,0	6	13,0	0,064
	2.Sağlık personeli	75	71,4	30	28,6	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	106	80,9	25	19,1	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Kitle iletişim araçları	32	80,0	8	20,0	0,226
	2.Sağlık personeli	80	75,5	26	24,5	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	104	84,6	19	15,4	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Kitle iletişim araçları	34	89,5	4	10,5	0,265
	2.Sağlık personeli	73	77,7	21	22,3	

	3.Aile,Akraba,Arkadaş	82	78,1	23	21,9	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Kitle iletişim araçları	27	93,1	2	6,9	0,056
	2.Sağlık personeli	69	74,2	24	25,8	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	79	83,2	16	16,8	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Kitle iletişim araçları	31	91,2	3	8,8	0,623
	2.Sağlık personeli	76	84,4	14	15,6	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	95	86,4	15	13,6	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Kitle iletişim araçları	23	85,2	4	14,8	0,857
	2.Sağlık personeli	64	81,0	15	19,0	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	56	83,6	11	16,4	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Kitle iletişim araçları	13	52,0	12	48,0	0,151
	2.Sağlık personeli	44	65,7	23	34,3	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	54	73,0	20	27,0	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Kitle iletişim araçları	23	85,2	4	14,8	0,034
	2.Sağlık personeli	45	68,2	21	31,8	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	54	85,7	9	14,3	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Kitle iletişim araçları	13	44,8	16	55,2	0,928
	2.Sağlık personeli	34	47,9	37	52,1	
	3.Aile,Akraba,Arkadaş	46	48,9	48	51,2	

Sıcak basması–terleme, uyku sorunları, keyifsizlik hali, sinirlilik, endişe-kaygı, fiziksel/zihinsel yorgunluk, cinsel sorunlar, idrar sorunları nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı ile bu semptomların nedeninin ‘menopoz’ olma oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir.

Kalp rahatsızlığı, vajinada kuruluk ve eklem/kas rahatsızlığı gibi yakınmaları olanların sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı 2 ve üstü olan grupta bu semptomların nedeninin ‘menopoz’ olma ihtimali, başvuru sayısı 0-1 olan gruba göre anlamlı bulunmuştur($p < 0.05$). Katılımcıların semptom nedenlerinin başvuru sıklığı ile karşılaştırılması Tablo-20 de gösterilmiştir.

Tablo-20: Katılımcıların Semptom Nedenleri Hakkındaki Düşüncelerinin Başvuru Sıklığı ile Karşılaştırılması

SEMPATOMLAR	SEMPATOMLARIN NEDENLERİ HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				p
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Diğer	83	74,1	29	25,9	0,088
	2.Menopoz	150	64,9	81	35,1	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Diğer	125	70,6	52	29,4	0,027
	2.Menopoz	7	43,8	9	56,2	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Diğer	219	79,6	56	20,4	0,227
	2.Menopoz	27	71,1	11	28,9	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Diğer	218	80,1	54	19,9	0,190
	2.Menopoz	18	69,2	8	30,8	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Diğer	197	80,4	48	19,6	0,694
	2.Menopoz	13	76,5	4	23,5	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Diğer	190	81,2	44	18,8	0,596
	2.Menopoz	6	100,0	0	0,0	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Diğer	209	87,4	30	12,6	0,397
	2.Menopoz	17	81,0	4	19,0	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1.Diğer	103	85,1	18	14,9	0,526
	2.Menopoz	53	81,5	12	18,5	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Diğer	106	65,8	55	34,2	0,492
	2.Menopoz	11	57,9	8	42,1	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Diğer	93	83,0	19	17,0	0,033
	2.Menopoz	37	68,5	17	31,5	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI(n:211)	1.Diğer	96	46,6	110	53,4	0,018
	2.Menopoz	5	100,0	0	0,0	

Katılımcıların menopozal semptomlarını 'bir nedene bağlayanlar ve bağlamayanlar olarak' başvuru sıklıklarının karşılaştırılması incelendiğinde; 'sinirlilik, fiziksel-zihinsel yorgunluk, vajinada kuruluk, eklem rahatsızlığı' yakınmaları olanların bir neden düşünerek sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($p<0,05$)

Katılımcıların menopoz semptomlarının nedeni ile ilgili düşüncelerinin başvuru sıklığı ile karşılaştırılması Tablo-21 de gösterilmektedir.

Tablo-21: Katılımcıların Semptomların Nedeni ile İlgili Düşüncelerinin Başvuru Sıklığı ile Karşılaştırılması

SEMPTOMLAR	SEMPTOMLARIN NEDENLERİ HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				p
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1. Bir Nedene Bağlı	158	66,1	81	33,9	0,273
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	75	72,1	29	27,9	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1. Bir Nedene Bağlı	55	65,5	29	34,5	0,444
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	77	70,6	32	29,4	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1. Bir Nedene Bağlı	81	75,0	27	25,0	0,260
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	165	80,5	40	19,5	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1. Bir Nedene Bağlı	120	75,9	38	24,1	0,143
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	116	82,9	24	17,1	

SİNİRLİLİK (n:262)	1. Bir Nedene Bağlı	113	75,8	36	24,2	0,044
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	97	85,8	16	14,2	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1. Bir Nedene Bağlı	97	77,6	28	22,4	0,090
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	99	86,1	16	13,9	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1. Bir Nedene Bağlı	79	81,4	30	18,6	0,043
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	147	90,2	16	9,8	
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	1. Bir Nedene Bağlı	61	82,4	13	17,6	0,665
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	95	84,8	17	15,2	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1. Bir Nedene Bağlı	11	55,0	9	45,0	0,320
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	106	66,3	54	33,8	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1. Bir Nedene Bağlı	37	67,3	18	32,7	0,015
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	93	83,8	18	16,2	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1. Bir Nedene Bağlı	39	34,2	75	65,8	0,000
	2. Bir Nedene Bağlanamayan	62	63,9	35	36,1	

Tüm menopozal semptomlar (Sıcak basması-terleme, Kalp rahatsızlığı, Uyku sorunları, Keyifsizlik hali, Sinirlilik, Endişe/Kaygı hali, Fiziksel/Zihinsel yorgunluk, Cinsel sorunlar, İdrar sorunları, Vajinada kuruluk, Eklem rahatsızlığı) ile herhangi bir sağlık kurumuna başvuru sayısı 2 ve üstü olan grupta, menopozal semptom şiddeti

anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Katılımcıların menopoz semptomlarının şiddetinin başvuru sıklığı ile karşılaştırılması Tablo-22 de gösterilmiştir.

Tablo-22: Katılımcıların Menopoz Semptomlarının Şiddetinin Başvuru Sıklığı İle Karşılaştırılması

SEMPTOMLAR	SEMPTOMLARIN ŞİDDETİ	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI				
		0-1 KERE		2 VE ÜZERİ		
		n	%	n	%	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1.Hafif	83	90,2	9	9,8	0,000
	2.Orta	95	73,6	34	26,4	
	3.Şiddetli	55	45,1	67	54,9	
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1.Hafif	96	93,2	7	6,8	0,000
	2.Orta	32	40,5	47	59,5	
	3.Şiddetli	4	36,4	7	63,6	
UYKU SORUNLARI (n:313)	1.Hafif	110	94,0	7	6,0	0,000
	2.Orta	93	79,5	24	20,5	
	3.Şiddetli	43	54,5	36	45,5	
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1.Hafif	102	93,6	7	6,4	0,000
	2.Orta	88	75,2	29	24,8	
	3.Şiddetli	46	63,9	26	36,1	
SİNİRLİLİK (n:262)	1.Hafif	94	94,9	5	5,1	0,000
	2.Orta	75	72,1	29	27,9	
	3.Şiddetli	41	69,5	18	30,5	
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1.Hafif	76	95,0	4	5,0	0,000
	2.Orta	82	81,2	19	18,8	
	3.Şiddetli	38	64,4	21	35,6	
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1.Hafif	114	95,0	6	5,0	0,002
	2.Orta	78	80,4	19	19,6	
	3.Şiddetli	34	79,9	9	20,1	
CİNSEL SORUNLAR	1.Hafif	37	86,0	6	14,0	0,000

(n:186)	2.Orta	69	85,2	12	14,8	
	3.Şiddetli	50	80,7	12	19,3	
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1.Hafif	57	83,8	11	16,2	0,000
	2.Orta	44	51,8	41	48,2	
	3.Şiddetli	16	59,2	11	40,8	
VAJİNADA KURULUK (n:166)	1.Hafif	48	96,0	2	4,0	0,001
	2.Orta	40	75,5	13	24,5	
	3.Şiddetli	42	66,7	21	33,3	
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1.Hafif	45	86,5	7	13,5	0,000
	2.Orta	37	44,6	46	55,4	
	3.Şiddetli	19	25,0	57	75,0	

4.2.2. Menopoz Semptomlarının Msdö Toplam Puanlarıyla Karşılaştırılması

Katılımcıların menopozal semptomları değerlendirme ölçeği puanlarının her bir semptom ile başvuru sıklıkları karşılaştırılmasında; cinsel sorunlar hariç her bir semptomun semptom şiddeti arttıkça başvuru sıklıklarının arttığı bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların MSDÖ puanlarının her bir semptom ile başvuru sıklığı karşılaştırılması Tablo-23 de gösterilmiştir.

Tablo-23: MSDÖ puanlarının her bir semptom ile başvuru sıklığı karşılaştırılması

SEMPTOMLAR	SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURU SIKLIĞI		p
	0-1 KERE	2 VE ÜZERİ	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
SICAK BASMASI VE TERLEME (n:343)	1,90±0,80	2,65±0,79	0,000
KALP RAHATSIZLIKLARI (n:193)	1,30±0,52	2,07±0,65	0,000
UYKU SORUNLARI (n:313)	1,76±0,81	2,55±0,84	0,000
KEYİFSİZLİK HALİ (n:298)	1,79±0,81	2,34±0,72	0,000
SİNİRLİLİK (n:262)	1,79±0,84	2,33±0,76	0,000
ENDİŞE/KAYGI (n:240)	1,84±0,81	2,59±0,92	0,000
FİZİKSEL VE ZİHİNSEL YORGUNLUK (n:260)	1,69±0,82	2,21±0,88	0,001
CİNSEL SORUNLAR (n:186)	2,17±0,88	2,27±0,86	0,571
İDRAR SORUNLARI (n:180)	1,69±0,81	2,03±0,67	0,003
VAJİNADA KURULUK (n:166)	2,01±0,92	2,53±0,60	0,000
EKLEM VE KAS RAHATSIZLIKLARI (n:211)	1,78±0,84	2,61±0,82	0,000

4.2.3. Semptomlara Göre Alt Grup Puanlarının Başvuru Sıklığı İle Karşılaştırılması

Semptomlara göre msdö alt grup puanları ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide ise; somatik ve psikolojik şikayetler alt boyutlarının başvuru sayısı arttıkça alt boyut puanlarının anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür fakat ürogenital şikayetler alt boyutlarından sadece vajinada kurulum şikayeti ile başvuru sayısı yüksekliği ile alt grup puanı arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların semptomlara göre MSDÖ alt grup puanları ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişki Tablo-24 de gösterilmiştir.

Tablo-24: Semptomlara Göre MSDÖ Alt Grup Puanları ile Sağlık Kuruluşlarına Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

	Menopozal semptomlar	Başvuru Sıklığı	Somatik şikayetler alt boyut puanı Ort±SS	P*
Somatik şikayetler alt boyutu	Sıcak Basması-Terleme	Başvuru Sayısı 0-1	5,04±2,34	0,000
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	7,10±2,73	
	Kalp Rahatsızlığı	Başvuru Sayısı 0-1	6,09±2,19	0,000
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	8,37±2,61	
	Uyku Sorunları	Başvuru Sayısı 0-1	5,75±2,35	0,000
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	7,16±2,76	
	Eklem Rahatsızlığı	Başvuru Sayısı 0-1	6,18±2,44	0,002
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	7,25±2,53	
			Psikolojik şikayetler alt boyut puanı Ort±SS	
Psikolojik şikayetler alt boyutu	Keyifsizlik Hali	Başvuru Sayısı 0-1	5,91±3,06	0,002
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	7,27±2,93	
	Sinirlilik	Başvuru Sayısı 0-1	6,21±3,06	0,007
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	7,50±3,07	

		Üstü		
	Endişe/Kaygı	Başvuru Sayısı 0-1	6,60±2,73	0,000
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	8,50±2,88	
	Fiziksel/Zihinsel Yorgunluk	Başvuru Sayısı 0-1	6,30±3,17	0,047
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	7,47±3,12	
			Ürogenital şikayetler alt boyut puanı Ort±SS	
Ürogenital şikayetler alt boyutu	Cinsel Sorunlar	Başvuru Sayısı 0-1	4,96±2,29	0,665
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	5,16±2,39	
	İdrar Sorunları	Başvuru Sayısı 0-1	4,31±2,75	0,128
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	4,95±2,47	
	Vajinada Kuruluk	Başvuru Sayısı 0-1	4,87±2,34	0,002
		Başvuru Sayısı 2 ve Üstü	6,27±2,21	

* T test

5. TARTIŞMA

Ülkemizde ortalama menopoz yaşı 46, Dünya ortalaması ise 51 olarak kabul edilmektedir (112). Çalışma grubumuzu oluşturanların yaşları 45-61 arasında değişmekte olup ortalama $51,1 \pm 3,3$ yıldır. Klimaterik dönemdeki kadınlarda bu döneme özgü belirti ve yakınmaları incelemek amacıyla yapılan çalışmalarla karşılaştırdığımızda, çalışmamızın yaş ortalaması benzerlik göstermiştir (113,114,115,116,117).

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik verileri incelendiğinde; %11,2' sinin okuryazar olmadığı en fazla oranla (%55) ilköğretim mezunu oldukları saptandı. İzmir il merkezinde, göç alan bölge dahil; üç, farklı sosyoekonomik düzeye sahip, aile sağlığı merkezlerinde çalıştığımız için sonuçların bu şekilde olması beklenen durumdu. Kadınların çoğunluğu düzenli egzersiz yapmadıklarını belirtti (%60). Düzenli egzersiz yapma oranımızın Avrupa'da yapılan benzer çalışmalara göre düşük oranda kaldığı görülmüştür (118,119). Kadınlara “evlilik uyumlarının nasıl olduğu” sorulduğunda çoğunluğu evlilik uyumlarını ‘orta düzeyde’ olarak değerlendirmiştir (%58,2). “Toplumsal kadına verdiği değer” yanıtlarına bakıldığında ise katılımcıların dörtte üçü kadına değer verilmediğini veya az değer verildiğini düşünmektedir (%79,5). Anketlerimizde yer alan evlilik uyumunuz nasıl sorusunu hastaların farklı algıladıkları ve cevaplarken çekinmiş olduklarını düşünülebilir. Çoban ve ark'nın yaptığı klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ile ilgili araştırmada kadınların benzer şekilde uyumsuz evlilik ilişkisi içinde oldukları belirlenmiştir (120).

Araştırmamızda bulunan kadınların çoğunluğu cinsel olarak aktif olmadığını belirtmiştir (%56,9).Yapılan çalışmalar da benzer şekilde kadınların menopoz döneminde cinsel isteğinde azalmalar olduğunu bildirmişlerdir (45,124). Kadınlara cinsel içerikli sorular sorduğumuzda kendilerini rahat hissetmediklerini gözlenmiş olup bu durumun bazı sonuçların doğruluğunu azalttığı düşünülebilir.

Katılımcılara menopoz ile ilgili bilgileri var mı diye sorulduğunda büyük çoğunluğu (%88) “evet” yanıtını vermiş, fakat bu bilgilere nereden sahipsiniz diye sorulduğunda katılımcıların yarısına yakını (%46,9) aile, akraba, arkadaş yoluyla edindiklerini

belirtmiştir. Menopoz ile ilgili bilgileri sağlık personelinin aldıklarını beyan edenlerin oranı daha düşüktür(%36). Türkiye’de yapılan, menopozal dönemdeki kadınlarla ilgili çalışmalarda (Tortumluoğlu (%35), Yurdakul ve ark (%38), Kiroğlu (%35)) da benzer oranlarda bu bilgileri hekimlerden edindikleri saptanmıştır (123,7,125). Bu bulgular doğrultusunda ülkemizdeki sonuçlar pek olumlu olmamakla birlikte, sağlık personellerinin bu bilgilendirme sürecinde daha aktif olması gerekmektedir.

Çalışmamızda MRS (MSDÖ: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği) kullanılmıştır. MRS, menopoz semptomlarını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Heinmann ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin toplam ve üç altboyut puan ortalamaları çok uluslu bir araştırma ile bildirilmiştir (129). Çalışmamızda katılımcıların MRS ölçeğinin toplamından **13,45±7,03**, alt boyutlarından ise: somatik şikayetler alt boyutundan **5,46±2,70**, psikolojik şikayetler alt boyutundan **5,17±3,42**, ürogenital şikayetler alt boyutundan **2,81±2,79** puan aldıkları saptanmıştır. Somatik, psikolojik, ürogenital semptom alt grupları orta şiddette olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde, Tan’ın yapmış olduğu çalışmada; MSDÖ total grup yüzdelerine bakıldığında katılımcıların menopoz semptomlarını çoğunlukla orta şiddette hissettiği belirtilmiştir (130).

Çalışmamıza katılan kadınlarda en çok görülen menopoz semptomları; sıcak basması-terleme (n:343) ve uyku sorunları(n:313) olarak saptandı. Benzer şekilde en sık görülen menopozal semptomu vazomotor yakınmalar olarak bulan çalışmalar vardır (131,132). Toplumumuz tarafından ‘menopoz’ denince akla gelen ilk şeyin sıcak basması yakınması olmasına istinaden en çok görülen semptomların bu şekilde saptanması beklediğimiz sonuçtur.

En az görülen semptomlar ise vajinada kuruluk, idrar sorunları ve cinsel sorunlar olarak bulunmuştur. Uluslararası çapta yapılan ‘menopozdaki kadınların sesi’ (VIVA) adlı ankette, görüşülen kadınların %77’si vajinal rahatsızlıklarla ilgili konuşurken, kendilerini rahat hissetmediklerini belirtmişlerdir. Neredeyse yarısı vajinal sorunların tabulaşmış doğasından dolayı herhangi bir tıbbi destek almadan üç yıl ya da daha uzun süre vajinal belirtiler yaşadıklarını dile getirmişlerdir (133). Araştırmamızda ki kadınlarda ürogenital yakınmaların en az görülme nedeni kadınların utanması ve

sorulara rahatlıkla yanıt verememesinden kaynaklanabilir. Cinsel sorulara tam yanıt vermekten çekinmeleri 'hiç yok' yanıtını artırmış olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların menopoza semptomlarının şiddetine göre değerlendirmelerimizde de 'hiç yok' yanıtını verenler arasında en çok ürogenital yakınmalar yer almaktaydı. Yurtdışında yapılan çalışmalarda da (Sharma ve ark., Nisar ve ark.) benzer şekilde en az ürogenital şikayetler görülmektedir (134,135).

Semptomların şiddetine 'şiddetli-çok şiddetli' yanıtı en fazla oran da; 'sıcak basması-terleme, uyku sorunları ve eklem ve kas rahatsızlıkları' için saptanmıştır. Menopozal yakınmaların sıklığı ve şiddeti sadece farklı ülkelere göre değil aynı ülkelerin farklı bölgelerine göre de çeşitlilik göstermektedir. Gelenekler, kültürel özellikler, sosyodemografik durum, besin kaynakları, eş ve aile desteği, rol algısı, yaşa bağlı değişiklikler, diğer yaşam stillerindeki farklılıklar, yaşam felsefesi menopoz yakınmaların sıklığını ve şiddetini etkileyen faktörler arasında yer alır (136). Bir çok çalışmada (Yanikkerem ve ark., AlDughaiter ve ark., Ghazanfarpour ve ark.) en sık görülen menopozal semptomların somatik şikayetler olduğu rapor edilmiştir (137,138,139). Krajewska ve ark. (2007) Belarus, Polonya ve Yunanistan'da 45 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada üç ülkede de kadınların en çok yakındıkları menopoz semptomunun sıcak basması/terleme şikayeti olduğunu (Belarus %60, Polonya %54.4 ve Yunanistan %70.6) ve bizim çalışmamıza benzer şekilde orta şiddette yaşandığını saptamışlardır (140). Literatürle karşılaştırıldığında araştırmadan elde edilen bulgular kadınların en sık dile getirdikleri menopozal semptomların genel olarak benzer olduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların menopoz semptomlarının nedeni ile ilgili düşüncelerine baktığımızda; sadece **sıcak basması-terleme** semptomunun menopoza bağlı olduğunu düşünen kişi sayısı yüksek iken, diğer semptomlara sahip çoğu katılımcı bu semptomların nedenini menopoza bağlamamışlardır. Semptomların menopoza bağlı olmadığını düşünen katılımcılar, 'bilmiyorum'-'psikolojik olabilir' gibi yüksek oranlarda çıkan yanıtlar vermişlerdir. Katılımcıların menopoz semptomlarının nedeni ile ilgili düşüncelerini değerlendirirken, bir nedene bağlayanlar ve bağlamayanlar olarak grup oluşturduğumuzda; katılımcılar kendilerinde var olan 'sıcak basması-terleme,

keyifsizlik hali, sinirlilik, endişe-kaygı durumu ve eklem/kas rahatsızlıkları' şikayetlerini herhangi bir nedene bağlamış olduğunu görmekteyiz. En yüksek oranda (%69,7) bir nedene bağlanan semptom ise **sıcak basması-terleme** olmuştur. Dişcigil ve ark. (2008), üreme çağında ve menopoz döneminde olan kadınların menopozla ilişkili olabileceğini düşündükleri semptomları sorgulamışlardır. Kadınların %90,1'i sıcak basmasının menopozla ilişkili olduğunu, libido kaybı (%18,3) ve disparoninin (%4,2) menopozla ilişkisinin çok düşük olduğunu ifade etmiştir (141). Tez sürecimin başında; kadınlarda, menopoz denince akla gelenin sadece vazomotor semptomlar olduğunu ve sadece bu yakınmaları menopoza bağladıklarını, diğer semptomlar hakkında farkındalıklarının olmadığını düşünüyordum ve sonuçlarımız da benzer verileri göstermiştir.

Vazomotor semptomlar; ruh hali ve uyku bozuklukları, nevroz, bilişsel işlev, kaygı ve stres ile ilişkilidir. Bu semptomların çok sayıda kadının yaşam kalitesi üzerinde önemli derecede olumsuz etkisi vardır. Kişilik özellikleri, sosyal ve diğer faktörler de menopoz sırasında vazomotor semptomların önemli aracılardır. Bu nedenle yakınmalara nelerin neden olabileceğini ve bu semptomlar ile sağlık kuruluşlarına ne kadar başvurduklarını sorduk. Menopoz sırasındaki vazomotor semptomların ciddi sosyal maliyetler ile ilişkisi olduğunu ve semptomları yönetmek için çok sayıda hormon tedavisi, reçetesiz tedaviler ve diyet takviyeleri de dahil olmak üzere tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ile maliyetleri artırdığı düşünülmekte. Ek maliyetler arasında doktor ziyaretleri, laboratuvar testleri, ilaç yan etkileri gibi durumlar bulunmaktadır. Sosyal destek ve tedavi planlaması gibi durumlar kadınların menopoz semptomlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir ve bu geçiş aşamasında genel sosyal maliyetler azaltılabilir (115).

Katılımcıların menopozal semptomlar nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuru sıklıkları incelendiğinde; '**eklem/kas rahatsızlıkları**' yakınması olan bireylerin diğer semptomların başvuru sıklığı yüzdelere göre en yüksek oranda (%52) sağlık kuruluşlarına başvurdukları görülmektedir. Menopozal semptomlardan en az başvuruda olanların '**fiziksel-zihinsel yorgunluk**' ve '**cinsel sorunlar**' şikayeti olan bireyler olduğunu görmekteyiz. Doğan ve ark.'nın Kırşehir'de yaptığı çalışmada ise bizim bulgularımızın tersi yönünde eklem/kas rahatsızlıklarının %18 oranında çok

daha az başvurduklarını, daha çok sinirlilik şikayeti olanların başvuru sayısının yüksek olduğunu bulmuştur (142). Atik'in Aydın'da yaptığı araştırmada ise; menopoza döneminde en sık doktora gitme nedenlerini sıcak basması ve terleme (%82,7), en düşük oranda ise çalışmamıza benzer şekilde fiziksel-zihinsel yorgunluk yakınması olarak saptamıştır (143). Çeşitli çalışmalarda bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmaların yapıldığı toplumların sosyodemografik, etnik, genetik ve yaşam biçimleri ile ilgili özellikleri sayılabilir.

Menopozun hafıza ve bilişsel işlev üzerindeki etkisini dikkate alan veriler az olmakla birlikte, kadınlarda bilişsel gerileme ve bunama, büyüyen bir halk sağlığı sorunudur ve böylece menopoza bağlı hormonal değişikliklerin bilişteki değişikliklerden sorumlu olabileceğini düşündürmektedir (144). Finlandiya'da 2020'de yapılan bir çalışmada, özellikle menopoza sonrası erken dönemde, olumlu zihinsel refahı korumak için orta düzeyde bir fiziksel aktivitenin yeterli olabileceğini gösteren veriler bulunmaktadır (145). Zihinsel refah için, birinci basamak hekimleri olarak yaşam tarzı değişikliğine yönelik eğitimler verilmesi gereklidir.

Karşılaştırmalı Analizlerimizde; amacımız başvuru sayısını etkileyen parametreleri bulmaktır. İlk olarak katılımcıların yaşlarının menopozal semptomlara yönelik başvuru sayısını etkileyip etkilemediğimize baktığımızda, menopozal semptomlardan '**sinirlilik**' semptomuna sahip olanlarda yaşı daha düşük olanların sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı artmaktadır. Birçok çalışmada 46-55 yaş arası kadınların, 35-45 yaş arası ile 56 ve üzeri yaş kadınlara göre psikolojik semptomları daha şiddetli yaşadıkları saptanmıştır (146). Menopoza bağlı hormonların etkisi ile daha genç yaşta olan kadınların psikolojik nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvurması olasıdır.

Semptomlara göre eğitim durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, **sıcak basması-terleme ile vajinada kuruluk** şikayetlerinin eğitim durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru arasında bir ilişki bulunmuştur. Eğitim seviyesinin yükseldikçe bu semptomlarda ki başvuru sayısının 2 ve üstü olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin; artan eğitim düzeyi ile kadınların menopoza semptomlarının daha fazla farkında olması ve semptomları ile başa çıkmak için tedavi arama

olasılıklarının yüksek olması şeklinde düşünebiliriz. Birçok araştırmaya göre, bilgi düzeyi ile menopoza semptomlarının şiddeti arasında bu doğrultuda negatif bir ilişki vardır (147,148,149). Bunun tersi yönünde literatürde bazı araştırmalarda ise eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların menopozal şikâyetlerinin derecesinin azalmakta olduğu ve kadınların menopoza karşı daha olumlu bakış sergiledikleri belirtilmiştir (150,151).

Semptomlara göre tedavi görülmekte olan bir hastalık varlığı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide; menopozal semptomlardan **kalp rahatsızlığı, vajinada kuruluk, eklem ve kas rahatsızlıkları** ile ilgili yakınmaları olanların içerisinde kronik hastalığı olanlar sağlık kuruluşlarına daha çok başvuruyordu. Kronik hastalığı olan kadınların hastalık sayısı arttıkça hastalık yükü nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuru sayısının artması anlaşılabilir bir durumdur. Bu dönemi yaşayan kadınların bir yandan kronik hastalığa bağlı yaşam kalitesi düşerken, öte yandan menopozal yakınmaları şiddetlenir.

Semptomlara göre egzersiz yapma durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkiye bakıldığında, düzenli egzersiz yapan kadınlarda **sıcak basması-terleme ve sinirlilik** semptomu olanların sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı yüksek olduğu görülmektedir. Finlandiya’da yapılmış bir çalışmada düzenli fiziksel aktivitenin menopoza semptomları üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir (152). Egzersizin sağladığı faydalar ile hormon replasman tedavisinin yerini doldurup dolduramayacağına dair yapılan çalışmalar da tartışılmaktadır. İtalya’da menopoza grubu ile yapılan geniş kesitsel bir çalışmada depresyon, unutkanlık ve sinirlilik şikâyetlerinin; fiziksel aktivite düzeyi düşük kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (153). Çalışmalarda etkili egzersizin tanımlanması ve sorgulanması, doğru veriler elde etmek için önemlidir. Kimi zaman kişiler kısa bir mesafeye günlük rutinleri içinde yaptıkları yürüyüşleri dahi düzenli egzersiz olarak ifade edebilmektedir. Ancak bu basit fiziksel aktivitelerin yaşam kalitesinde ve menopoza semptomlarında ne kadar iyileşme sağlayabileceği tartışmalıdır. Menopozal semptomlar yaşayan kadınlar için; VKİ’ni normal sınırlar içinde tutmaya çalışılması ve düzenli egzersiz uzun vadede sağlığa fayda sağlayacağı için, yaşam tarzı değişiklikleri tavsiye edilmelidir.

Semptomlara göre evlilik uyumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, **keyifsizlik hali** ile ilgili yakınmaları olanlarda evlilik uyumu 'çok' olanların sağlık kuruluşlarına başvuru sayısının arttığı görülmekte, **sinirlilik** ve **endişe/kaygı** gibi yakınmaları olanlarda evlilik uyumları 'orta' olanların sağlık kuruluşlarına daha sık başvurdukları gözlenmektedir. Bu semptomların ortaya çıkışı; ruh hali, yaşam şartları ve  strojendeki düşüklüğe bağlı olabileceği de akla gelmektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, kadınların menopoz durumunun kabullenmesinin erkeklerin tutumuna bağlı olduğu düşünülmüştür (154). Eşleri ile uyumlu olan çiftlerin menopozal yakınmaları daha kolay kabullenişi ve sağlık kurumlarına başvuru sıklığının artması şeklinde düşünebiliriz. Menopozal semptomlarla başa çıkmada eşlerin rolü oldukça büyüktür. Menopozal süreçte en iyi desteği sunmaları için eşlere eğitimin de altını çizmeliyiz. Erkeklerin menopoz bilinci ve diğer önerilen mevcut tedavi seçenekleri ile kadınlar bu süreçte daha fazla fayda sağlayacaktır. Yoshany ve ark. tarafından bildirilen yakın tarihli bir çalışmada, menopoz sağlığı bilgisi ile alakalı eğitim programına katılan erkeklerin eşlerinde evlilik memnuniyeti puanları önemli ölçüde artmıştır (155). Erkekler menopoz geçişi sırasında kadınların yaşadığı değişikliklerin bilincindedir; bununla birlikte, erkekler için ek eğitim ve / veya kaynaklar ( rneğin, broşürler, web siteleri, doktor odalarındaki materyaller) menopozla başa çıkmada hem menopoz dönemindeki kadınlara hem de partnerlerine büyük fayda sağlayabilir (156). Evlilik uyumu sorusunun anlaşılamamış olabilmesi araştırmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Menopozal semptomlara göre toplumun kadına verdiği değer ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Tarihsel sürecin ataerkil varlığı, kadının toplumsal konumu ve rolü, geleneksel olarak aile ve içinde paylaşılan roller üzerindendir. Dolayısı ile toplumsal cinsiyetin, kadını hane içerisinde ataerkil ideoloji kaynaklı oluşan özel alan ve kamusal alanda kendilerine dayatılan yaşamı yaşamaya zorladığı görülmektedir. Bu durum ise kadının kendi isteklerini örttüğü/gizlediği ya da kendi kendilerini ikinci plana attığı bir tablo ortaya çıkarmaktadır (157). Türkiye'de hala kadın haklarının gelişimi ve ilerleyişi istenilen seviyede olmamaktadır. Kadınların her şeyden önce eğitim ve yaşam haklarına saygı duyulması, kadınların da toplumun ve sistemin bir bireyi olduklarının unutulmaması gerekmektedir. Kadınların eğitim ve finansal pozisyonunun

iyileştirilmesi, menopozdaki yaşam kalitesini iyileştirir; böylece sağlık hizmetlerine daha fazla erişim sağlayarak menopoz semptomlarını yönetmek için danışmanlık alabilirler (158,159).

Semptomlara göre menopoz şekli ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide; cerrahi yolla menopoza girenlerden **sıcak basması-terleme, kalp rahatsızlıkları ve vajinada kuruluk** gibi yakınmaları olanlar sağlık kuruluşlarına daha fazla başvuruyordu. Doğal menopozda, foliküllerin aktivitesini yitirmesi yavaş yavaş olur ve vücut da zamanla buna adaptasyon geliştirir. Ancak cerrahi menopozda bu süreç çok hızlıdır ve semptomlar daha şiddetlidir. Bu nedenle cerrahi menopozdaki kadınlar tespit edilip menopoz semptomlarını hafifletmeye yönelik öneriler ve danışmanlık verilebilir.

Semptomlara göre menopoza dair algı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, sadece **sıcak basması-terleme** semptomu olan ve menopozu olumsuz yaşayan kadınlarda sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı yüksek bulunmuştur. Menopoz algısına yönelik yapılan çalışmaların çoğunluğunda klimakterik dönem kadınlar için yaşlanma anlamına gelmekteydi (160). Vazomotor yakınmaları şiddetli yaşayanların menopozu daha olumsuz algılamasının başvuru sıklığını artırdığı düşünülebilir. Menopozun bu dönemdeki kadınlar arasında nasıl algılandığının belirlenmesi, kadınlara verilecek olan sağlık hizmetinin gereksinimini belirleyecektir.

Semptomlara göre cinsel aktiflik durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide, cinsel olarak aktif olup **sinirlilik, eklem ve kas rahatsızlıkları** gibi yakınmaları yaşayanlar sağlık kuruluşlarına daha fazla başvuruyordu.

Cinsel işlev sorunları, kadınların yaşamlarının önemli bir bileşenidir ve giderek daha fazla halk sağlığı sorunu olmaktadır. Cinsel işlevin yaş ile birlikte azaldığına yönelik araştırmalarda cinsel aktivitenin azalmasında menopozun katkıları olduğu tartışmalıdır(161). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 7 bölgede farklı ırk gruplarında 3.302 kadında yapılan bir çalışmada menopozun birçok kadında cinsel işlevsellik üzerindeki önemli olumsuz etkilerini desteklemektedir ve menopoza eşlik eden semptomlardan vajinal kuruluk, depresif semptomlar ve anksiyete gibi her bir semptomun daha büyük cinsel işlev düşüşünün bağımsız belirleyicileri olduğunu bildirmiştir (162). Nitekim bizim çalışmamızda da cinsel olarak aktif olmayıp vajinal kuruluk yaşayanların 2 ve üzeri başvuru sayısı cinsel aktif olanlardan fazla

görülmüştür. Menopozdaki kadının fiziksel durumu ile cinsel ilişki arasında çift yönlü bir ilişki olabileceği belirtilmelidir. Östrojen seviyeleri düştükçe, kadınların vajinal kuruluk ve rahatsızlık hissetmeleri daha olasıdır, bu da onları cinsel ilişkiye girmeye daha az eğilimli kılar (163). 2020'de yapılan bir araştırmaya göre pre ve perimenopoz döneminde artan cinsel aktivitenin menopoza geçişi ilerletip menopoz semptomlarını hafiflettikleri gösterilmiştir. Menopoz zamanlamasının cinsel davranışa yanıt olarak uyarlanabilir olabileceğinin ilk göstergesi olduğu tespit edilmiştir (164).

Menopoz semptomları olan katılımcılarda, menopoz bilgisi varlığı ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Semptomlara göre menopoz ile ilgili bilgilere nereden sahip olduğu durumu ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide ise; menopoz ile ilgili bilgileri sağlık personelinden alan ve **kalp rahatsızlığı, vajinada kuruluk** gibi yakınmaları olanlar sağlık kuruluşuna daha sık başvuruyordu. Bizim verilerimizin tersi yönünde yurtdışında yapılan araştırmalardan; Obermeyer ve arkadaşlarının çalışmasına göre, cinsel istek (%41) ve vajinal kuruluk (%35) ile ilgili ortaya çıkan değişiklikler yaygın olmasına rağmen, menopozdaki kadınların sadece %7'si ve % 20'si söz konusu belirtiler için sağlık çalışanlarına danışmaktadır (165). İngiltere'de ise menopoz için açılmış bir websitesi üzerinden daha önce yapılmış olan çevrimiçi bir anket, vajinal belirtiler gösteren birçok kadının bu konu hakkında sağlık çalışanları ile konuşmadığına ve bundan dolayı da tedavi edilmediğine dikkat çekmiştir (166). Diğer yandan kalp rahatsızlığı ciddi, kronik bir hastalık olarak algılandığı için, menopozda olup kalp rahatsızlığı yakınması olanların sağlık kuruluşuna başvuru sıklığının artması beklenen bir durum olarak düşünülmüştür.

Menopoz, bir kadının hayatında doğal bir fizyolojik geçiştir, ancak kadınların menopozun olumsuz yönlerinin farkında olmaları gerekmektedir ve semptomları hafifletmeye yönelik tedavi arayışları olmaktadır (167). Katılımcıların semptom nedenleri hakkındaki düşüncelerinin başvuru sıklığı ile karşılaştırılmasına baktığımızda; **Kalp rahatsızlığı, vajinada kuruluk, eklem ve kas rahatsızlığı** olan katılımcıların bu semptomları menopoz olarak düşünerek sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. **Sinirlilik, fiziksel-zihinsel yorgunluk, vajinada kuruluk, eklem ve kas rahatsızlığı** olan katılımcıların ise bir nedene bağlı olarak düşünerek sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda tüm menopozal semptomlar (Sıcak basması-terleme, Kalp rahatsızlığı, Uyku sorunları, Keyifsizlik hali, Sinirlilik, Endişe/Kaygı hali, Fiziksel/Zihinsel yorgunluk, Cinsel sorunlar, İdrar sorunları, Vajinada kuruluk, Eklem rahatsızlığı) ile herhangi bir sağlık kurumuna başvuru sayısı 2 ve üstü olan grupta, menopozal semptom şiddeti başvuru sayısı 0-1 olan gruptan daha yüksek saptanmıştır. Menopoz semptomlarının şiddeti kadınların sağlık hizmeti arama davranışını etkileyen önemli bir faktördür. Orta ve şiddetli semptomları olan kadınların, semptomları hafif olan veya olmayan kadınlara göre hastaneleri ziyaret etme olasılığı daha yüksektir (168).

MSDÖ puanlarının her bir semptom ile başvuru sıklığı karşılaştırılması yapıldığında, **cinsel sorunlar** hariç tüm menopozal yakınmaların başvuru sayısı 2 ve üstü olanlarda ölçek puanlarının anlamlı olarak arttığı görülmektedir. Semptomlara göre msdö alt grup puanları ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkide ise; somatik ve psikolojik şikayetler alt boyutlarının başvuru sayısı arttıkça alt boyut puanlarının anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür fakat ürogenital şikayetler alt boyutlarından sadece vajinada kuruluk yakınması olanlarda başvuru sayısı yüksekliği ile alt grup puanı arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır.

Cinsel sorunlar ile ilgili esas öne çıkan olay, çalışma grubumuzun yaklaşık yarısı sosyokültürel düzey olarak düşük ve dışa dönüklük açısından kapalı bir semtten seçildiği için katılımcıların özellikle cinsellikle ilgili soruyu yanıtlarken rahatsız oldukları, bazı katılımcıların bu soruyu geçiştirmeye çalıştıkları, bazılarının ise utanıp sıkıldığı gözlemlenmiştir. Çalışmalar genellikle vazomotor ve psikolojik semptomların menopozla ilişkisini yüksek olarak ifade eden kadınların cinsel yaşamlarıyla ilgili sorunlarını görmezden gelme eğiliminde olduklarını göstermektedir (45,169). Kadınların büyük çoğunluğu menopoz hakkında az ya da çok bilgi sahibi olmakla beraber, yaşadıkları cinsel sorunların menopozla ilişkisinin genel olarak farkında olmamakta ve çözümü için pek bir şey yapmamaktadırlar.

Ülkemizde postmenopozal kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltmek için etkili plan ve stratejiler ortaya koymak gereklidir. Kadınların menopozal dönem ile ilgili bilgi sahibi olmaları ve sağlık arayışları için birinci basamak hekimlerine büyük görevler düşmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İzmir ilinde aile sağığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran postmenopozal kadınların menopo­z semptomlarının farkındalık düzeyi ve bu semptomlara bağılı olarak sağıık kurumlarına başvuru sıklığı­nı araştıran çalışmanın sonucuna göre; kadınlarda vazomotor semptomların farkındalığı haricinde diğ­er semptomlar hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı gözlenmiştir. Başvuru sıklıkları sosyodemografik verilere göre her bir semptomda farklılıklar içermektedir.

Araştırmamızın sonucunda sağıık kuruluşlarına başvuruyu arttıran en önemli etkenin semptomların şiddeti olduğıu saptanmıştır. Semptomların nedenini menopoza bağılı olduğıunu düşünmenin ise önleyici değıil başvuruyu arttırdığı gözlenmiştir. Sağıık hizmeti sunumunda menopo­zal dönemdeki kadınlarda semptomların şiddetleri dikkate alınmalıdır. Şiddet algısının neye bağılı olduğıuna ve hangi durumlarda şiddetin arttığına ilişkin yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Burger HG, Hale GE, Dennerstein L, et al: Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. *Menopause* 15 (4 pt 1): 603,2008
2. Şirin A. Kadın ve Menopoz, Ege Üniversitesi basım Evi, Bornova-İzmir, 1995
3. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002;3: 108-12.
4. Northrup C. Menopoz gerçeği. Birinci baskı, İstanbul, Akdeniz Yayıncılık; 2005: 15-559
5. Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palancı Y, Toksöz P. Diyarbakır İl Merkezinde Lise ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemine Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2005;32 (2):77-83.
6. . Kharbouch SB, Şahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Ş.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2007;15 (59):82-90
7. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.* 2007;21 (5): 187-93
8. Şen E, Sevil Ü. Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler. *Ş.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2008; 16 (62): 136-42.
9. . Research on the Menopause in The 1990's. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866, WHO Geneva 1996.
10. Wallace RB, Sherman BM, Bean JA, et al: Probability of menopause with increasing duration of amenorrhea in middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 135:1021,1979
11. Morse CA. Menopause transition. In: Barry GW ed. *Progress in the management of the menopause*, The Parthenon Publishing Group New York, London, 1996:50-57.

12. Dilbaz N (1997) Kadın Doğum Hastalıklarının Psikiyatrik Yönleri, EGE Psikiyatri Sürekli Yayınları-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-I-ilkbahar, 2(1):158-159.
13. Li C, Samsioe G, Borgfeldt C, et al. Menopause-related symptoms: What are the back ground factors? A prospective population based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study). Am J Obstet Gynecol, 2003; 189:1646- 53.
14. Shin H, Shin HS. Measurement of quality of life in menopausal women: A systematic review. West J Nurs Res. 2012;34:475–503.
15. Ertüngealp, E. Seyisoğlu, H. (2000). “Menopoz ve Osteoporoz”, Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayınları, İstanbul.2
- 16.Faye, JL. Stefanie, GC. (1996); “Discomforts of the Perimenopause”. JOGNN, 25(2):173-180.
17. Brotto LA, Luria M. Menopause, Aging, and Sexual Response in Woman. Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2008:251-81.
18. Kömürcü N, Yıldız N.Menopozda cinsel yaşam.Kadın Cinsel Sağlığı.2007:173-6.
19. Mishra G, Kuh D. (2006). Perceived change in quality of life during the menopause. Social Science & Medicine, 62(1), 93-102
- 20.Sherman S. (2005). Defining the Menopausal transition. The American Journal of Medicine. 118(12): 3-7.
- 21.Soules MR,Sherman S,Parrott E,et al:Executive summary:stages of reproductive aging workshop (STRAW).Fertil Steril 76:874,2001
- 22.Karanisoğlu H.: Klimakterik Dönem. Coşkun A(Ed). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:11 (204-211), İstanbul, 1996.
- 23.Şahin N.H.: Bir Kilometre Taşı: MENOPOZ. Çevik Matbaacılık, Ağustos, 1998.

24. Taşkın L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, IV. Baskı (451-464), Ankara, 2000.
25. National Institutes of Health: Menopause. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, NIH Publication No: 01-3886, February, 2001.
26. Pernoll M.L.: Obstetrik ve Jinekoloji. Çeviren: Ayhan A., Bozdağ G., Palme Yayıncılık (743-754), Ankara, 2002.
27. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013:1.
28. Karanisoğlu H, Dinç H. Klimakterik Dönem. İçinde: Coşkun AM. (editör). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012:443-59.
29. Frederickson H.L., Wilkins – Haug L.: Jinekoloji ve Obstetri Sırları. Çeviren: Barış Ata, Nobel Tıp Kişevleri (113-116), 2001.
30. Sun J.: Morning/Evening menopausal formula relieves menopausal symptoms: a pilot study. The Journal Of Alternative And Complementary Medicine (N.Y.), Jun;9(3):403-9, 2003.
31. Topçuoğlu D, Topçuoğlu M.A. (2004); “Menopozda Cinsel Yaşamın Organik ve Psikolojik Yönü”, Haseki Tıp Bülteni, 42(3):177-182
32. Gold EB, Bromberger J, Crawford S, et al: Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. Am J Epidemiol 153:865, 2001
33. Speroff, Leon, and marc a. Fritz. 2014a. Menopoz ve Perimenopozal Geçiş. Edited by Günalp Serdar. 8.. 2014b. Postmenopausal Hormone Therapy. Edited by Leon Speroff and marc a. Fritz. Clinical Obstetrics and Gynecology. 8.
34. Keck, and Breckwoldt. 2002. “Predictive Factors Determining Menopausal Age.” Therapeutische Umschau 59 (4): 189–92.

- 35.Siddle, N, P Sarrel, and M Whitehead. 1987. "The Effect of Hysterectomy on the Age at Ovarian Failure: Identification of a Subgroup of Women with Premature Loss of Ovarian Function and Literature Review." *Fertility and Sterility* 47 (1): 94–100.
- 36.Turfanda A, Topuz S.(2004) "Menopoz", Jinekoloji, (Ed. S Berkman), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti,İstanbul,87-97.
- 37.Research on the Menopause in The 1990's. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866, WHO Geneva 1996.
- 38.Erdem Ö. (2006). Menopoz Dönemindeki Kadınların Yasadıkları Sorunlar ve Basetme Yolları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 39.Çelik AS, Pasinlioğlu T. (2014). Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 16-29.
- 40.Ceylan B. (2010). Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- 41.Yücesoy İ, Çakıroğlu Y. (2007). Menopoz ve Postmenopoz. Çiçek MN, Mungan MT(Ed.). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. S:30-32.
- 42.Santoro, Nanette, Bill Lasley, Dan McConnell, Jenifer Allsworth, Sybil Crawford, Ellen B. Gold, Joel S. Finkelstein, et al. 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 119 Hormone Study." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 89.Oxford University Press: 2622–31. doi:10.1210/jc.2003-031578.
- 43.Relative Influence of Menopausal Status, Age and Body Mass Index on Blood Pressure, American Heart Association Inc, Hypertension, 29:976-979, 1997.
- 44.Ortiz P, Harlow S, Sowers M, Nan B, Romaguera J. Age at natural menopause and factors associated with menopause state among Puerto Rican women aged 40-59 years, living in Puerto Rico. *Menopause* 2006;13: 116-24.

- 45.Güngör L. Elazığ Yeni Mah. Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 45 Yaş ve Üstü Kadınların Menopoz Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ 2003.
- 46.Dağdelen S.Ç, Doğal Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Kocaeli Üniversitesi Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli 2003.
- 47.Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Juang KD, Chiu LM, The Kinmen. Women- Health Investigation (KIWI): A Menopausal Study of A Population Aged 40–54. *Maturitas*2001; 39: 117- 124.
- 48.Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):67-99.
- 49.Nwagu E, Madu B, Ede E. Development of an Instrument for Measuring Women's Multi-Dimensional Attitudes towards Menopause. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. 2012;2(6):48-58.
- 50.Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*.2000;96(3):351-8.
- 51.Can Gürkan Ö. Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu* 2005, s.30-35
- 52.Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği,2009-Williams Jinekoloji
- 53.Archer D, Sturdee D, Baber R, De Villiers T, Pines A, Freedman R, et al. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2011;14(5):515-28.
- 54.Görgel BE, Çakıroğlu PF. Menopoz döneminde kadın. <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/007.pdf> 21.11.2019.
- 55.Wilkin JR. Flushing reactions: consequencesand mechanisms. *Ann Intern Med* 1981; 95: 468.

- 56.Durmuşoğlu F, Erenus F. Nörovejetatif Semptomlar. Ertüngealp E, Seyisoğlu H (Editör). Menapoz ve Osteoporoz. İstanbul: 2000;2 :22-27.
- 57.Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2009;23(1):25-32.
58. The North American Menopause Society Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2015; 22:1155–1174.
- 59.Fraser, Graeme L. ; Lederman, Samuel; Waldbaum, Arthur; Kroll, Robin ; Santoro, Nanette; Lee, Misun ; Skillern, Laurence; Ramael, Steven, A phase 2b, randomized, placebo-controlled, double-blind, dose-ranging study of the neurokinin 3 receptor antagonist fezolinetant for vasomotor symptoms associated with menopause, 2020 by The North American Menopause Society. *Menopause*: April 2020 - Volume 27 - Issue 4 - p 382-392)
- 60.Yoon, Sang-Hee MD, PhD; Lee, Ji Young MD, PhD; Lee, Chulmin MD, PhD; Lee, Hyojin MD; Kim, Soo-Nyung MD, PhD. Gabapentin for the treatment of hot flushes in menopause-2020 by The North American Menopause Society. *Menopause*: 27(4):485-493, April 2020.
- 61.Çelikkanat Ş, 40 Yaş Üstü Kadınların Menopoz ve Osteoporoza İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep 2012.
- 62.Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(4):199-215.
- 63.Kravitz HM, Joffe H. Sleep during the perimenopause: a SWAN story. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011;38(3):567-86.
- 64.Green SM, McCabe RE, Soares CN. 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; 2012 .

65.Lindawati S. Kusdhany EH. Age at Natural Menopause and Memory Function: Modification by Education and Genotype. *Endocrinol Metab Syndr* [Internet]. 2012.

66.Cooke DJ, Greene JG. Types of life events in relation to symptoms at the climacterium. *J Psychosom Res* 1981;25(1):5-11.

67.Avis NE, Stellato R,Crewford S,et all: Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 7:297 ,2000.

68.Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol.* 1994;4(3):214-20.

69.Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(4):375-82.

70.Kravitz HM, Schott LL, Joffe H, Cyranowski JM, Bromberger JT. Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychol Med.* 2014;44(12):2593-602.

71.Maartens LW, Leusink GL, Knottnerus JA, Smeets CG, Pop VJ. Climacteric complaints in the community. *Fam Pract* 2001; 18: 189– 94.

72.Robinson GE. Psychotic and mood disorders associated with the perimenopausal period: epidemiology, aetiology and management. *CNS Drugs* 2001; 15: 175-84.

73.Campbell S, Whitehead M. Oestrogen Therapy and The Menopausal Syndrome. *Clin Obstet Gynaecol.* 1977;4(1):31–47.

74.Tot Ş. Menopozun Psikiyatrik Yönleri. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2004;5(2):114.

75. Joffe H, Hall JE, Soares CN, Hennen J, Reilly CJ, Carlson K, vd. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care: Menopause. 2002;9(6):392-8.
76. Freeman EW, Sammel MD, Lin H. Temporal associations of hot flashes and depression in the transition to menopause. Menopause. 2009;16(4):728-34.
77. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(5):530–538.
78. Novaes Soares C, Almeida OP, Joffe H, Cohen LS. Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women. Arch Gen Psychiatry 2001;58: 529.
79. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. Endocrinol Metab Clin North Am. 2015;44(3):497-515.
80. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. Climacteric. 2014;17(1):3-9.
81. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. Am J Med. 2005;118 Suppl 12B:14-24
82. Speroff L, Fritz MA. Menopause and the perimenopausal transition, clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2005;17:621-688.
83. Özkan H, Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi 2013;28:157-63.
84. Zheng H, Harlow SD, Kravitz HM, Bromberger J, Buysse DJ, Matthews KA, et al. 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. 2015;22(1):66-74.

- 85.Hall G, Phillips TJ. Estrogen and skin: The effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin. J Am Acad Dermatol. 2005;53(4):555-68.
- 86.Dunn LB, Damesya M, Moore AA, Reuben DB, et al. Does estrogen prevent skin aging? Results from the First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1). Arch Dermatol 1997;133:339.
- 87.Yıldırım A. Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2010;38 Suppl 1: 32-40.
- 88.Matthews KA, Crawford SL, Chae CU, Everson-Rose SA, Sowers MF, Sternfeld B, vd. Are Changes in Cardiovascular Disease Risk Factors in Midlife Women Due to Chronological Aging or to the Menopausal Transition? J Am Coll Cardiol. 2009;54(25):2366-73.
- 89.Aydemir H.İ., Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne 2007.
- 90.Seifert-Klauss, V., Link, T., Heumann, C., Lippa, P., Haseitl, M., Laakmann, J., ... & Kiechle, M. (2006). Influence of pattern of menopausal transition on the amount of trabecular bone loss: results from a 6-year prospective longitudinal study. . s.l. : Maturitas, 55(4), 317-324.
- 91.Pınar G, Pınar T, Doğan N, Karahan A, Algier L, Abbasoğlu A ve ark. Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri. Dicle Tıp Dergisi 2009;36:258-66.
- 92.Tuncer T. Osteoporoz Patofizyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics. 2012;5(3):11-6.
- 93.Dinçer Cengiz S, Çağlar GS. Menopoz Multidisipliner Yaklaşım. Modern Tıp Kitabevi 2016, s.1-17.
- 94.Tuzcular Vural EZ, Gönenç I. Menopozda yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):64-9.

- 95.Durmuşoğlu F. Postmenopozal Osteoporoz Tedavisi: Kalsiyum ve Vitamin D. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics. 2009;2(3):74-7.
- 96.Drevon CA, Henriksen HB, Sanderud M, Gundersen TE, Blomhoff R. Biological effects of vitamin K and concentration of vitamin K in Norwegian food. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004;124(12):1650-4.
- 97.Yamaguchi M. Regulatory mechanism of food factors in bone metabolism and prevention of osteoporosis. Yakugaku Zasshi. 2006;126(11):1117-37.
- 98.Atasü T. Menopoz ve hormon replasman tedavisinin tarihçesine bir bakış, menopoz tedavisi ve kanser. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2001:1-11.
- 99.The, Nams Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2017;24(7):728-53.
- 100.Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, vd. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(11):3975-4011
- 101.Jaakkola S, Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O. Endometrial Cancer in Postmenopausal Women Using Estradiol–Progestin Therapy. 2009;114(6):8.
- 102.Cummings, Jennifer A, and Louann Brizendine. 2018. “Comparison of Physical and Emotional Side Effects of Progesterone or Medroxyprogesterone in Early Postmenopausal Women.” Menopause (New York, N.Y.) 9 (4): 253–63. Accessed December 13.
- 103.ACOG (2019) Hormone Therapy and Heart Disease - ACOG. www.acog.org. Committee on Gynecologic Practice.
- 104.Girdler, Susan S., Alan L. Hinderliter, Ellen C. Wells, Andrew Sherwood, Karen M. Grewen, and Kathleen C. Light. 2004. “Transdermal Versus Oral Estrogen Therapy in Postmenopausal Smokers: Hemodynamic and Endothelial Effects.” Obstetrics & Gynecology 103 (1): 169–80.

- 105.Scarabin, P. Y. (2018). Progestogens and venous thromboembolism in menopausal women: an updated oral versus transdermal estrogen meta-analysis. *Climacteric*, 21(4), 341-345.
- 106.Boardman, H. M., Hartley, L., Eisinga, A., Main, C., i Figuls, M. R., Cosp, X. B., ... & Knight, B. (2015). Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post menopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- 107.Lange Aile Hekimliği, Ayakktan Tedavi ve Korunma, 5.baskı
- 108.Rennert, Gad, Hedy S. Rennert, Mila Pinchev, Ofer Lavie, and Stephen B. Gruber. 2009. "Use of Hormone Replacement Therapy and the Risk of Colorectal Cancer." *Journal of Clinical Oncology* 27 (27): 4542–47.
- 109.Mireille NM, Brown WJ. "It's my hormones, doctor" does physical activity help with menopausal symptoms?. *Menopause* 2008;15(1):78-85
- 110.Stanczyk FZ, Hapgood JP, Winer S, Mishell DR, Jr. Progestogens used in postmenopausal hormone therapy: differences in their pharmacological properties, intracellular actions, and clinical effects. *Endocr Rev*. 2013;34(2):171-208.
- 111.Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M. The 2013 British Menopause Society & Women's Health Concern recommendations on hormone replacement therapy. *Menopause international*. 2013;2(19).
- 112.TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 1.Baskı, Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, 2014: 26.
- 113.Timur S, Şahin NH, Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2008 İstanbul.
- 114.Mohammed ST, Shabana KRA, Mansour SE, Emam MA. Evaluation of post-menopausal symptoms: it's effect on female's quality of life. *International Journal of Nursing Didactics*.2016;6(9):1-10.

115. Augoulea A, Moros M, Kokras N, Karageorgiou V, Paschou SA, Lymberi R, Panoulis K, Kaparos G, Lykeridou A, Lambrinouadaki I. Association of menopausal symptoms with sociodemographic factors and personality traits. Prz Menopauzalny. 2019 Dec; 18(4): 191–197.
116. Bromberger JT, Matthews KA, Kuller LH, Wing RR, Meilahn EN, Plantinga P. Prospective Study of the Determinants of Age at Menopause. *Am J Epidemiol*. 1997;145(2):124-33.
117. Meschia M, Pansini F, Modena AB, de Aloysio D, Gambacciani M, Parazzini F, vd. Determinants of age at menopause in Italy: results from a large cross-sectional study. *Maturitas*. 2000;34(2):119-25.
118. Bottenburg, Rijnen, and Sterkenburg 2005) .(Bottenburg, M van, B Rijnen, and JC van Sterkenburg. 2005. "Sports Participation in the European Union: Trends and Differences." https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/305728/Maarten_van_Bottenburg_et_al._2005_Sports_participation_in_the_EU.pdf?sequence=1.
119. Costanian C, McCague H, Tamim H. Age at natural menopause and its associated factors in Canada: cross-sectional analyses from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Menopause*. 2017;1.
120. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumluları Ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *F.Ü.Sağ.Bil.Derg*. 2008; 22 (6): 343 - 349
121. Biri, Aydan, Coşkun Bakar, Işıl Maral, M. Ali Bumin, and Haldun Güner. 2004. "4 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgileri, Menopozla İlgili Yakınmaları ve Hormon Replasman Tedavisi Kullanma Durumları." *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology* 14 (2). Türkiye Klinikleri: 75–83.
122. K, Güler. 1984. Menopoz ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*

- 123.Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık davranışları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi, Atatürk Üniv. HYO Dergisi,2003; 6: 77-90.
- 124.Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. Fertil Steril. 2005;84: 174–180.
- 125.Kıroğlu FG, Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara 2005.
- 126.Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes 2004;2:45.
- 130.Tan MN. Vücut kütle indeksi ve fiziksel aktivitenin, menopozal semptomlar üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2012.
- 131.Ayrancı U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. BMC women's health. 2010;10:1.
- 132.Vural PI, Yangın HB. Assessing Menopausal Symptoms among Turkish and German Women with the Menopause Rating Scale: A Cross-Cultural Study. International Journal of Caring Sciences 2017; 10:2)
- 133.Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA)—results from an international survey. Climacteric. 2012; 15(1): 36-44.
- 134.Sharma S, Mahajan N. Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study; Department of Obstetrics and Gynecology. Shri Maharaja Gulab Singh Hospital Jammu and Kashmir, India. J Midlife Health. 2015; 6(1):16-20.

- 135.Nisar N, Nisar A S. Severity of menopausal symptoms and the quality of life at different status of menopause. A community based survey from rural Sindh, Pakistan 2010 ;2(5) : 118-30 .
- 136.Hotun Şahin N. Klimakteryum dönemi ve menopoz, Kızılkaya Beji N. (Edit). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2016:163-70.
- 137.Yanikkerem E, Oruç Koltan S, Göker Tamay A, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. Climacteric 2012;15:552-62.
- 138.AIDughaither. A,AlMutairy. H.,AlAteeq M, Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. International Journal of Women's Health 2015 ; 29;7:645-53.
- 139.Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdollahian S. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. Gynecol Endocrinol 2015;31:860-65.
- 140.Krajewska K, Krajewska-Kulak E, Heineman L, Adraniotis J, Chadzopulu A, Theodosopoyloy E, Euframidu EN, Kruszewa R, Szpakow A, Jankowiak B, Rolka H, Klimaszewska K, Kowalczyk K, Kondzior D, Baranowska A (2007) Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS scale, Preliminary report Advances in Medical Sciences, 52(1): 140-143.
- 141.Dişçigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Söylemez A, Çetin G (2008) Perception of menopause in a group of women living in Aydın and Muğla, Turkey, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28(4): 494-499.
- 142.Doğan FŞ (2004) Hormon replasman tedavisi ilk kez Kırşehir Doğumevi'nde başlanan kadınların tedaviye ilişkin algılama ve bilgilendirilme özelliklerinin değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 24(4): 350-356.

143. Atik Nalbant M., Menopozal Semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiler (Yüksek Lisans Tezi) Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. 2009
144. Sullivan Mitchell E., Fugate Woods N. Midlife women's attributions about perceived memory changes: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *J. Womens Health Gend Based Med.* 2001;10:351–362.
145. Bondarev D, Sipilä S, Finni T, Kujala U.M., Aukee P, E.K Laakkonen, Kovanen V, Kokko K. The role of physical activity in the link between menopausal status and mental well-being. *Menopause.* 2020 Apr; 27(4): 398–409.
146. Özgür N. Klimakteriyum Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007.
147. Noroozi E, Miri MR, Gol Mohammadi S. Application of behavioral analysis phase of PRECEDE model for quality of life survey in postmenopausal women in Birjand. *J Birjand Univ Med Sci.* 2012;19(3):312–323.
148. Lee M-S, Kim J-H, Park MS, et al. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *J Korean Med Sci.* 2010;25(5):758–765.
149. Mirhaghjou SN, Niknami M, Moridi M, Pakseresht S, Kazemnejad E. Quality of life and its determinants in postmenopausal women: a population-based study. *Appl Nurs Res.* 2016;30:252–256.
150. Im E-O, Ko Y, Chee W. Ethnic Differences in the Clusters of Menopausal Symptoms. *Health care for women international* 2014;35(5):549-65.
151. Karaçam Z, Şeker SE, Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas* 2007;58: 75-82 .

152. Moilanen J, Aalto A-M, Hemminki E, Aro AR, Raitanen J, Luoto R. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*. 2010;67(4):368-74.
153. Di Donato P, Giulini NA, Bacchi Modena A, Cicchetti G, et al. Factors associated with climacteric symptoms in women around menopause attending menopause clinics in Italy. *Maturitas* 2005;52(3-4):181-9.
154. Hidiroglu S., Tanrioer O., Ay P., & Karavus M. (2014). A qualitative study on menopause described from the man's perspective. *Journal of Pakistan Medical Association*, 64(9), 1031–1036.
155. Yoshany N, Morowatisharifabad MA, Mihanpour H, Bahri N, Jadgal KM. The effect of husbands' education regarding menopausal health on marital satisfaction of their wives. *J Menopausal Med* 2017; 23:15–24.
156. Parish S.J, Faubion S.S, Weinberg M, Bernick B, Mirkin S. The MATE survey: men's perceptions and attitudes towards menopause and their role in partners' menopausal transition. *Menopause*. 2019 Oct; 26(10): 1110–1116.
157. Karmaz. E. (2013). Ücretli Çalışmayan Evli Kadınların Ev Dışına Çıkmayı Meşrulaştırma Şekilleri. Tuna. M. VII. Ulusal Sosyoloji Kongresi Yeni Toplumsal Yapılanmalar: Geçişler, Kesişmeler, Sapmalar. S. 21-31
158. Ghorbani R, Nassaji M, Shahbazi A, Rostami B, Taheri M. Association between quality of life, menopausal status, and sociodemographic factors among middle-aged women in Iran. *J Egypt Public Health Assoc*. 2015;90(4):166–170.
159. Mirhaghjou SN, Niknami M, Moridi M, Pakseresht S, Kazemnejad E. Quality of life and its determinants in postmenopausal women: a population-based study. *Appl Nurs Res*. 2016;30:252–256.
160. Mustafa GN, Sabir JM. Perception and experience regarding menopause among menopausal women attending teaching hospitals in Erbil City. *Global Journal of Health Science*, 2012; 4(3): 170-8.

161. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of hysterectomy on sexual function. *Curr Sex Health Rep.* 2014;6:244–251.
162. Nancy E. Avis, Alicia Colvin, Arun S. Karlamangla, Sybil Crawford, Rachel Hess, L. Elaine Waetjen, Maria Brooks, Ping G. Tepper, Gail A. Greendale. Change in Sexual Functioning Over the Menopause Transition: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2017 Apr; 24(4): 379–390.
163. Simon JA, Kokot-Kierepa M, Goldstein J, Nappi RE. 2013. Vaginal health in the United States: results from the vaginal health: insights, views & attitudes survey. *Menopause* 20, 1043–1048.
164. Arnot M, Mace R. Sexual frequency is associated with age of natural menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *R Soc Open Sci.* 2020 Jan; 7(1): 191020.
165. Obermeyer CM, Reher D, Alcala LC, Price K. The menopause in Spain: results of the DAMES (Decisions At MENopause) study. *Maturitas.* 2005; 52(3): 190-198.
166. Cumming GP, Herald J, Moncur R, Currie H, Lee AJ. Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survey. *British Menopause Society Journal.* 2007; 13(2): 79-83.
167. Li L., Wu J., Pu D., Zhao Y., Wan C., Sun L., Shen C.-E., Sun W., Yuan Z., Shen Q., et al. Factors associated with the age of natural menopause and menopausal symptoms in Chinese women. *Maturitas.* 2012;73:354–360.
168. Huang C., Zheng Y., Zhu L., Li Y., Du L. Demands for perimenopausal healthcare in women aged 40 to 60 years A hospital based cross-sectional study in Shanghai, China. *Menopause.* 2019;26:189–196.
169. Karakuş E (2006) Menopoz döneminde kadınların yaşadığı sorunlar ve bunlara dayalı eğitim gereksinimleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

8. EKLER

8.1. Ek 1. Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI				
Sayın Prof.Dr.Dilek GÜLDAL,				
Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.				
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.				
ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR			
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58			
FAKS	0 232 412 22 43			
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4208-GOA		
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☒ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐		
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kadınlarda Menopoz Semptomlarına İlişkin Farkındalık Düzeyi ve Sağlık Kurumlarına Başvuru Sıklığının Araştırılması		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Dilek GÜLDAL. Aile Hekimliği		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/21-14	Tarih:09.08.2018			
	Prof.Dr.Dilek GÜLDAL'ın sorumlusu olduğu "Kadınlarda Menopoz Semptomlarına İlişkin Farkındalık Düzeyi ve Sağlık Kurumlarına Başvuru Sıklığının Araştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Ali Rıza ŞİŞMAN (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

8.2. Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu kadınların bazı sağlık sorunlarına ne kadar sahip olduğu ve bu konudaki düşünce ve sağlık yardımı arama davranışlarını araştırmayı amaçlayan tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneğin sonundaki seçeneği yuvarlak içine alınız. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: İncilay Bengü

Soyadı: ÇULHA

Tel: 0232 412 49 51

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

8.3 Ek 3. Sosyodemografik Bilgiler Ve Genel Bilgiler Anketi

DEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

Sayın katılımcı,

Kadınların bazı sağlık sorunlarına ne kadar sahip olduğu ve bu konudaki düşünce ve sağlık yardımı arama davranışlarını araştırmayı amaçlayan tez çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

1)Yaşınız:

2)Eğitim Durumunuz:

1.Okur yazar değil:

2.İlkokul:

3.Ortaokul:

4.Lise

5.Üniversite ve üzeri:

3)Son Adet Tarihiniz (SAT) ?

4)Tedavi gördüğünüz hastalıklar ?

1.Yok:

2.Var:

5)Bu hastalıklar kontrol altında mı?

1.Evet:

2.Hayır:

6)Egzersiz yapar mısınız?

1.Evet:

2.Hayır:

7)Evlilik uyumunuzu değerlendirebilir misiniz?

1.Az:

2.Orta:

3.Çok:

8) Toplumun kadına verdiği değeri nasıl değerlendirirsiniz?

1.Yok:

2.Az:

3.Orta:

4.Çok:

9) Menopoz şekli:

1.Doğal:

2.Cerrahi:

10)Menopozun size hissettirdiği algıyı seçiniz:

1.Olumlu:

2.Olumsuz:

11)Cinsel aktiflik durumunuz:

1.Aktif:

2.Aktif Değil:

12)Menopoz ile ilgili bilginiz var mı?

1.Evet:

2.Hayır:

13)Menopoz ile ilgili bilgilere nereden sahipsiniz?

1.Kitle iletişim araçları (TV,İnternet..):

2.Sağlık personeli (doktor, hemşire...):

3.Aile, Akraba, Arkadaş:

İlginiz ve yardımlarınız için çok teşekkürler.

8.4 Ek 4. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Semptomların Nedenleri ile Başvuru Sıklığını Ölçen Anket

Aşağıda belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz. Hafiften şiddetliye kadar sizde var olan yakınma ve belirtiler için bunların sizce nedeni ve bu yakınmalar ile kaç kez bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuzu işaretleyiniz.

Yakınmalar	Şiddeti					Nedeni	Sağlık kuruluşuna başvuru		
	Hiç yok 0	Hafif 1	Orta 2	Şiddetli 3	Çok şiddetli 4		0-1 kez	2-4 kez	5 ve üstü
Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)									
Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)									
Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)									
Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)									
Sinirlilik									

(Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)									
Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)									
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)									
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)									
İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)									
Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)									
Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)									