



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PERİ VE POSTMENOPUZ KADINLARDA MENOPOZ
SEMPTOMLARI VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE İLİŞKİSİ**

ABDURRAHİM UYANIK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. HATİCE YILDIZ

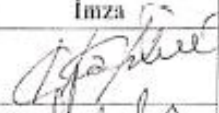
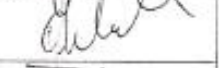
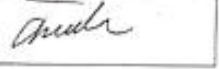
İSTANBUL – 2020

TEZ ONAYI

TEZ ONAY FORMU

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program türü : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Abdurrahim UYANIK
Sınav Tarihi ve Saati : 14.02.2020 10:00
Tez Başlığı : Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları ve
Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza
Danışman	Prof. Dr. Hatice YILDIZ (Marmara Üniversitesi)	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Özlem CAN GÜRKAN (Marmara Üniversitesi)	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ (İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa)	

ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 05.03.2020 tarih ve 80 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Abdurrahim UYANIK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince daima yanımda olan, tecrübesi, bilgisi ve önerileriyle bana yol gösteren; tez sürecim boyunca her soruma itina ile cevap veren kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Hatice YILDIZ başta olmak üzere,

Bütün eğitim hayatım boyunca beni hep destekleyip daima yanımda olan, yaptığım her işte bana güç veren canım anne ve babama, her yorulumda ve ümidimi kaybedişimde elimden tutup yeniden içimdeki ışığın yanmasını sağlayan ablalarım Elif ve Esra'ya, her ne olursa olsun tezimi bitirebilmem için desteğini esirgemeyen abim Yunus Emrah'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Abdurrahim UYANIK

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	9
4.1 Klimakterik dönem tanımı ve evreleri	9
4.1.1 Tanımı	9
4.1.2 Perimenopozal evre	9
4.1.3 Menopoz evresi	9
4.1.4 Postmenopozal evre	10
4.2 Menopoz ve özellikleri	10
4.2.1 Menopoz tarihçesi	10
4.2.2 Menopoz fizyolojisi	11
4.2.3 Menopoza girme yaşını etkileyen faktörler	12
4.3 Menopoz döneminde yaşanan semptomlar	13
4.3.1 Somatik semptomlar	13
4.3.1.1 Sıcak basması ve gece terlemesi	13
4.3.1.2 Uyku problemleri	14
4.3.1.3 Eklem kas problemleri	15
4.3.1.4 Kalp damar problemleri	16
4.3.2 Psikolojik semptomlar	17
4.3.3 Genitoüriner semptomlar	19
4.4 Menopoz semptomlarını etkileyen faktörler ve yönetimi	21
4.4.1 Menopoz semptomlarını etkileyen faktörler	21
4.4.2 Menopoz semptomlarında yönetim	21
4.4.2.1 Yaşam tarzı ve beslenmeye ilişkin yönetim	21

4.4.2.2 Alternatif tedavi yöntemleri	24
4.4.2.3 Hormonal tedavi yönetimi (HRT tedavisi)	24
4.5 Obezite, bel- kalça oranı ve menopoz semptomları ile ilişkisi	26
4.5.1 Obezitenin tanımı, sınıflaması ve nedenleri	26
4.5.1.1 Obezitenin tanımı	26
4.5.1.2 Obezitenin sınıflandırılması	27
4.5.1.3 Obezitenin nedenleri	27
4.5.2 Bel kalça oranı tanımlaması ve özellikleri	28
4.5.3 Obezite ve bel kalça oranının menopoz semptomları ile ilişkisi	29
4.6 Menopoz semptomları ve obezitede hemşirenin rolü	30
5. GEREÇ VE YÖNTEM	31
5.1.Araştırmanın tipi	31
5.2.Araştırmanın yeri ve zamanı	31
5.3.Araştırmanın evreni ve örnekleme	31
5.3.1.Araştırmanın evreni	32
5.3.2.Araştırmanın örnekleme	32
5.3.2.1.Örneklem sayısı	33
5.3.2.2.Örnekleme yöntemi	34
5.3.2.3.Örnekleme alma kriterleri	34
5.3.2.4.Çalışmadan çıkarılma kriterleri	34
5.4.Veriler toplama araçları	34
5.4.1.Vaka tanımlama formu	35
5.4.2.Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği- MSDÖ	35
5.5.Araştırmanın etik yönü	35
5.6.Verilerin toplanması ve uygulanması	35
5.7.Verilerin analizi	36
5.8.Çalışma soruları	36
5.9.Araştırmanın sınırlılıkları ve zorlukları	36

6. BULGULAR	37
6.1.Tanımlayıcı özelliklere ait bulgular	37
6.2.Vücut kitle indeksi, bel-kalça oranı ve beslenme bulgular	44
6.3.Menopoz şikayetleri ve çözüm yollarına ait bulgular	49
6.4.Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği sonuçlarına ait bulgular	59
 7. TARTIŞMA	 68
7.1. Tanımlayıcı özelliklerin tartışılması	68
7.2. Vücut kitle indeksi, bel kalça oranı ve beslenme özelliklerine ilişkin verilerin tartışılması	71
7.3. Menopoz şikayetleri ve çözüm yollarına ait verilerin tartışılması.....	74
7.4. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği sonuçlarına ait özelliklerin tartışılması.....	76
 8. SONUÇ VE ÖNERİLER	 80
8.1 Sonuçlar	80
8.1.1 Tanımlayıcı özelliklere ait sonuçlar	80
8.1.2 Peri ve postmenopozdaki kadınların vücut kitle indeksi, bel kalça oranı ve beslenme özelliklerine ait sonuçlar	80
8.1.3 Peri ve postmenopoz kadınlarda menopoz şikayetleri ve çözüm yollarına ait sonuçlar	81
8.1.4 Peri ve postmenopoz kadınlarda MSDÖ ait sonuçlar	82
8.1.5 Çalışma sorularına göre sonuçların değerlendirilmesi	83
8.2 Öneriler	85
 9. KAYNAKLAR	 87
 10. EKLER	 102
 11. ÖZGEÇMİŞ	 117

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BKO	Bel Kalça Oranı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
MRDÖ	Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
MRS	Menopause Rating Scala
OY/OYD	Okuryazar/ Okuryazar Değil
Perimenopoz G	Perimenopoz Grup
Postmenopoz G	Postmenopoz Grup
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VAS	Visual Analog Skala
VKİ	Vücut Kitle İndeksi

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 6.1.1 Peri ve post menopozdaki kadınların sosyo-demografik özellikleri	39
Tablo 6.1.2 Peri ve post menopozdaki kadınların kronik hastalık, ilaç kullanımı ve alışkanlıklarına ait özellikler	40
Tablo 6.1.3 Postmenopoz grubu kadınların menopoza ilişkin özellikleri	41
Tablo 6.1.4 Peri ve postmenopoz kadınların menopoza ilişkin ifadeleri	42
Tablo 6.1.5 Peri ve postmenopoz kadınların yaşadıkları duygular	43
Tablo 6.1.6 Peri ve postmenopoz kadınların menopoza ilişkin bilgi alma durumları ve bilgilerini yeterli görme düzeyleri	44
Tablo 6.2.1 Peri ve postmenopoz dönemindeki kadınların VKİ ve BKO özellikleri	45
Tablo 6.2.2 Peri ve postmenopoz dönemindeki kadınların egzersiz yapma durumları, kilo ve bedene ilişkin algıları	46
Tablo 6.2.3 Peri ve postmenopoz kadınlarda beslenmeye ilişkin özellikleri	47
Tablo 6.2.4 Peri ve post menopozdaki kadınların günlük sıvı ve besin tüketimleri	48
Tablo 6.2.5 Peri ve post menopozdaki kadınların besinleri tüketme şekli ve kullandıkları yağ çeşidi	49
Tablo 6.3.1 Peri ve postmenopoz kadınların menopoz şikayetlerini ilişkin özellikleri	50
Tablo 6.3.2 Peri ve postmenopoz kadınların menopoz semptomlarından en çok şikâyet ettikleri durumlar	51
Tablo 6.3.3 Peri ve Postmenopoz kadınların menopoz şikayetlerini arttıran durumlar, nasıl ortaya çıktığı ve hangi semptomda artış olduğuna ilişkin veriler	52
Tablo 6.3.4 Peri ve postmenopozdaki kadınların somatik şikayetlerin çözümüne yönelik uygulamaları	54
Tablo 6.3.5 Peri ve postmenopozdaki kadınların psikolojik şikayetlerin çözümüne yönelik uygulamaları	56
Tablo 6.3.6 Peri ve postmenopozdaki kadınların genitoüriner şikayetlerin çözümüne yönelik uygulamaları	58
Tablo 6.4.1 Peri ve postmenopoz kadınlarda menopoz semptomları değerlendirme ölçeği (MSDÖ) sonuçları	59

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 6.4.2 Kadınların yaş gruplarına göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	60
Tablo 6.4.3 Kadınların eğitim durumlarına göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	61
Tablo 6.4.4 Kadınların çalışma durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	62
Tablo 6.4.5 Kadınların kronik hastalık durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	62
Tablo 6.4.6 Kadınların menopoza sürelerine göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	63
Tablo 6.4.7 Menopoza girme şekline göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	63
Tablo 6.4.8 Kadınların menopoza hakkında bilgi alma durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	64
Tablo 6.4.9 Kadınların sigara içme durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	64
Tablo 6.4.10 Kadınların düzenli egzersiz yapma durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	65
Tablo 6.4.11 Kadınların vücut kitle indeksine göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	65
Tablo 6.4.12 Peri ve postmenopoz kadınların VKİ göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	66
Tablo 6.4.13 Kadınların bel kalça oranına göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları	67

1. ÖZET

Peri ve postmenopoz kadınlarda menopoz semptomları ve vücut kitle indeksi ile ilişkisi

Öğrencinin Adı: Abdurrahim UYANIK

Danışman Adı: Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Amaç: Bu çalışmada, peri ve post menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ile semptomların şiddetinin vücut kitle indeksi ve bel kalça oranı ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma İstanbul ilinde bir Aile Sağlığı Merkezinde yapıldı. Çalışmanın örneklemini 45-65 yaş arasında peri (n=50) ve postmenopoz (n=170) döneminde olan toplam 220 kadın oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Vaka Tanılama Formu” “Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği” kullanıldı. Vücut kitle indeksi (VKİ) ve bel kalça oranına (BKO) ait veriler araştırmacı tarafından ölçülerek elde edildi. Veriler SPSS 20 versiyonunda analiz edildi.

Bulgular: Kadınlarda yaş ortalaması perimenopoz grubunda $47,28 \pm 2,29$, postmenopoz grubunda $54,40 \pm 5,14$ ’ dü ve her iki grupta kadınların eğitimi genelde ilkökul düzeyindeydi. Postmenopozdaki kadınların yarıdan fazlasının (%52,3) obez olduğu, perimenopozdakilerin ise çoğunluğunun (%44,0) şişman olup obeziteye aday oldukları görüldü. Her iki gruptaki kadınların tamamen yakınında BKO 0,72 ↑ olarak belirlendi. Genel olarak postmenopoz dönemindeki kadınların menopoz şikayetlerini perimenopozdaki kadınlara göre daha fazla yaşadığı saptandı ($p < 0,001$) ve en fazla yaşanan semptom sıcak basmasıydı ($p < 0,001$). Obez olan kadınların genel menopoz şikayetlerini ve özellikle somatik şikayetleri daha fazla yaşadıkları ($p < 0,05$ - $p < 0,001$) belirlendi. BKO açısından ise özellikle BKO 0,72 altında olan kadınların genitoüriner şikayetleri biraz daha fazla yaşadıkları saptandı ($p < 0,05$).

Sonuç: Postmenopoz dönemindeki kadınların tüm şikayetleri perimenopoz dönemindeki kadınlardan daha fazla yaşadıkları ve obezitenin menopoz şikayetlerini arttırdığı sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Menopoz, perimenopoz, postmenopoz, menopoz semptomları, obezite

2. SUMMARY

The relationship of menopausal symptoms with body mass index in peri and postmenopause women

Student's Name: Abdurrahim UYANIK

Consultant's Name: Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Objective: In this study it was aimed to investigate the relationship between the severity of symptoms experienced by woman in the peri and postmenopause period with body mass index and waist to hip ratio.

Materials and Methods: The study was carried out in a 'Family Health Centre' in İstanbul. The sampling of the study consisted of 220 woman between the ages of 45 to 65 who were in the period of perimenopause (n=50) and postmenopause (n=170). 'Case Diagnosis Form ' and 'Menopause Rating Scale' were used to collect the data. Data on body mass index and waist to hip ratio were obtained by measuring by the researcher. Data analyzed in SPSS 20 version.

Result: The average age in women was $47,28 \pm 2,29$ in the perimenopause group, $54,40 \pm 5,14$ in the postmenopause group, and the education of women in both groups was generally at primary school level. It was observed that more than half (52,3%) of women in postmenopausal women were obese, while the majority of those in perimenopause (44,0%) were obese and candidates for obesity. Near all women in both groups, BKO was determined as $0,72 \uparrow$. In general, women in postmenopausal period were found to experience menopausal complaints more than women in perimenopause ($p < 0,001$) and the most common symptom was hot flashes ($p < 0,001$). It was determined that women who were obese experienced more general complaints of menopause and especially somatic complaints ($p < 0,05$ - $p < 0,001$). In terms of BKO, it was found that especially women with BKO below 0,72 experience genitourinary complaints a little more ($p < 0,05$).

Conclusion: It was concluded that woman in postmenopause period experience all their complaints more than woman in perimenapouse period and obesity increases menopausal complaints.

Keywords: Menopause, perimenopause, postmenopause, menopausal symptoms, obesity

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın yaşamsal dönemlerinin her biri kendine ait fiziksel, psikolojik, hormonal değişiklikler göstermektedir. Her dönemin kendine has özellikleri vardır ve bunların içerisinde ergenlik ve menopoş dönemleri kadın yaşamına etkileri sebebiyle mihenk taşı rolü olan önemli dönemlerdir. Menopoş döneminde özellikle östrojen eksikliğine ve farklı birçok yordayıcı faktörlere bağılı olarak fiziksel ve ruhsal çeşitli değişiklikler meydana gelmekte ve bunlara bağılı birçok semptom yaşanabilmektedir (Ertüngealp ve Seyisoğılu, 2000).

Perimenopoş, menopoş ve postmenopoş dönemlerini kapsayan ve klimakterik dönem olarak adlandırılan süreç, kadının üreme aşamasından üreme olmayan/üreme yeteneğinin sonlandığı duruma geçişı işaret eden bir evredir (Vanwesenbeeck ve ark., 2001) (http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php (E.T. 22.07.2017)). Bu evre içerisine perimenopoş öncesi ve sonrası dahil edilerek daha uzun süreyi kapsayacak şekilde genişletilmektedir (http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php (E.T. 22.07.2017)). Klimakterik dönem 40-45 yaşlarda başlar, yaşlılık dönem başlangıcı sayılan 65 yaşına kadar devam eder (Taşkın, 2011). Menopoş ise klimakterium dönem içinde yer alan ve mihenk taşı rolü olan önemli bir dönüm noktasıdır (Varma ve ark., 2006).

Menopoş kelimesi eski yunanca kökenli sözcük olmakla birlikte men, menos, menses = ay ve pause = kesilme köklerinden türeyen bir kelimedir (Şen ve Saruhan, 2010). Uluslararası Menopoş Derneğı (İnternational menopause Society-IMS), aracılığıyla bir proje başlatmış ve bunun sonucunda. Menapoşla ilgili tanımlar listesi 1999 yılında Japonya da yapılan toplantı da IMS kurulu tarafından onaylanmış ve DSÖ de bu tanıma kabul etmiştir. Bu tanıma göre menopoş (doğıal menopoş); over folliküler aktivitesinin kaybedilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanmaktadır. Doğal menopoşun, 12 ay boyunca devam etmeyen amenorenden sonra oluştuğı bilinmektedir. Bu nedenle, doğıal menopoşta açık patolojik veya fizyolojik neden yoktur.

Menopoz, son menstrual periyottan (Final menstrual Period-FMP) sonra ≥ 1 yıl kesin adet görmeme ile oluşur. Menopoz kadının yaşamında üreme kapasitesinin sona erdiği zamandır. Overyal fonksiyonların durması ve overlerde üretilen steroid ve peptit hormonların kandaki seviyesinin düşmesidir (http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php (E.T.22.07.2017), (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (E.T. 22.07.2018).

Menopoz bir dönüm noktasıdır ve bazı klinik semptomlar öncesi ve sonrasına göre farklılıklar göstermektedir. Bu bağlamda perimenopoz ve postmenopoz kavramları devreye girmektedir. Perimenopoz; bu terim menopozdan hemen önceki süreçte başlayan ve menopozdan sonraki ilk yılı içeren dönemdir Bu süreçte menopoza özgü endokrinolojik, biyolojik ve klinik özellikler görülmeye başladığı zaman yakında menopozun olacağını göstergesidir. Menopoz terminolojisiyle ilgili toplantıda (1999) premenopoz teriminin kafa karıştırıcı olduğu ve bu nedenle menopoz sınıflamasında terkedilmesi gerektiği ve premenopozun menopoz öncesi tüm üreme dönemine değinmek için kullanımının daha uygun olacağı belirtilmiştir. Postmenopoz terimi de, menopozun spontan olup olmadığına bakılmaksızın son menstrual period tarihinden itibaren olan süreci tanımlar (http://www.imsociety.org/menopause_terminology.ph) (E.T.22.07.2017), (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> / (E.T. 22.07.2018).

Dünyada kadının yaşam süresinin artması ile menopoza giren kadın sayısı da hızla artmakta, 2030 yılında bu sayının 1.2 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Gelişmiş bir ülkede hemen hemen her kadın klimakterium döneme ulaşabildiği ve yaşamın yaklaşık olarak 1/3 'ni klimakterium dönem içerisinde geçirdiği belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerde kadının ortalama yaşam süresinin yaklaşık olarak 80 yıl olduğu ve bunun %40'nı (33yıl) menopoz döneminde geçirdiği bildirilmektedir (Koç ve Sağlam, 2008; Jacqueline, 2002).

Dünyadaki kadınlarda doğal meneopoza girme yaşının 45-55 yaşları arasında değiştiği (DSÖ), menopoza girme yaşının yaşanan coğrafik bölge, genetik, menarş yaşı, evlilik ve çalışıp çalışmama durumu, genital faktörler, kullanılan

kontraseptifler, doğurganlık, psikolojik faktörler, sigara kullanımı, beslenme ve vücut ağırlığı gibi birçok faktörden etkilenenebildiği belirtilmektedir (Özcan ve Özkay, 2013; Bozdağ ve Yaralı, 2004; Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Menopoz overlerdeki follüküler rezervin tükenmesidir sonucu oluşur. Overler zamanla yaşlandığı için, over epitelinde kaynaklanan steroid hormon sentezinde de azalma başlar. Kadında en önemli steroid hormon olan östrojen üretiminin azalması hipotalamustaki negatif feed-back mekanizmasını etkiler ve bunun sonucunda öncelikle FSH, daha sonra da LH yükselir Östrojenin daha da düşmesi ile menstruasyon sonlanır ve postmenopozal dönem başlar.. FSH ve LH düzeylerindeki yükselme menopozdan 1-3 yıl sonra maksimum düzeye erişir ve daha sonra kademeli olarak azalır (Atasü ve Sezar, 1996). Menopozal süreçte kandaki biyokimyasal sonuçlarda da değişiklikler olabilmektedir. Postmenopozal dönemde total kolesterol ve LDL seviyelerinde belirgin artış görülürken, HDL düzeyinde azalma olmaktadır. Bu değişikliklerden östrojen eksikliği sorumlu tutulmaktadır. Kan lipid profilinde koroner hastalık riskini belirlemede HDL düzeyi en önemli kriterdir. HDL düşüklüğü koroner arter hastalığı sıklığını anlamlı olarak arttırmaktadır. Bunların yanı sıra yaşlanmaya bağlı olarak kemik kütlelerinde de azalma başlar. Yapılan çalışmalar kemik erimesinde yani kemik kütlelerindeki yoğunluğun azalmasında da östrojenin rol oynadığını bilinmektedir (Treloar, 1981).

Menopoz döneminde kadınlarda temelde östrojen eksikliği olmak üzere kan lipid düzeylerinde değişimler, çevresel faktörler vb. bağlı olarak fiziksel ve ruhsal çeşitli değişiklikler meydana gelmekte ve bunlara bağlı olarak bazı semptomlar/şikayetler yaşanabilmektedir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Menopoz döneminde vazomotor değişikliklere bağlı olarak yaşanan semptomlar; sıcak basması, gece terlemesi, kardiyak problemler vb., duygusal değişikliklere bağlamında yaşananlar; sinirlilik, depresyon, kendini beğenmeme, unutkanlık vb., fiziksel değişikliklere bağlı olarak yaşananlar; yorgunluk, deride, kemik yoğunluğunda değişiklik, burkulma/kırılmalar, postür değişiklikleri, ciltte kuruluk,vb. ve ürovajinal değişikliklere bağlı olarak yaşanan semptomlar da vajinal kuruluk, disparoni, idrar yolu enfeksiyonu/sistit, vb. sıralanabilmektedir (Dökmen,

2009). Klimakterik dönemlere göre yaşanan semptomlar ve yoğunlukları farklı olabilmektedir. Perimenopozal dönemde en çok düzensiz menstrual periyotlar, sıcak basmaları, duygu değişiklikleri, sinirlilik, bulantı, baş ağrıları, yorgunluk vb. yaşanabilirken, menopoza birlikte sıcak basmaları, uyku düzensizlikleri, libidoda azalma, vajinal kuruluk artabilmekte, postmenopoz döneminde ise osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, üriner problemler vb. bağlı semptom/şikayetler artış gösterebilmektedir (<http://www.34-menopause-symptoms.com/articles/the-4-stages-ofmenopause.htm>) (E.T. 25.07.2017).

Kadınların yaşadıkları menopoza semptomları ve düzeylerini belirlemek için bazı ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları; Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Menopoza İlişkin Belirti Tarama Listesi, Menopoza İlişkin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL) ölçekleri vardır. Ayrıca dünyada kullanılabilecek Lothar AJ Heinemann tarafından 1994 tarihinde geliştirilmiş Menopoz Semptomları Ölçeği (MSÖ) vardır. (<http://toad.edam.com.tr/olcek>) (E.T. 06.08.2017), (<http://www.menopause-rating-scale.info/publications.htm>) (E.T. 7.8.2017).

Menopoz kilo artışının ve dolayısıyla obezitenin yüksek olduğu dönemdir. Sadece tıbbi değil sosyal ve ekonomik yönden de bir halk sağlığı problemi olan obezite menopoza ilgili hastalıkların oluşumunda en önemli faktörlerden biridir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) obezite insidansı %65, 65 yaş üstü kadınlarda ise yaklaşık %74 olarak bildirilmektedir (Kozakowski ve ark., 2017). Ülkemizde obezitenin gittikçe arttığı, bu oranın 2008 yılında %15,2 iken 2014 yılında %31,1 oranında artış göstererek %19,9'a ulaşmıştır. Artış oranı, kadınlarda %32,3, erkeklerde ise %24 olarak ölçülmüştür (http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf) (E.T.7.8.2017).

Menopoz döneminde östrojen seviyesindeki değişme diğer hormonları ve metabolizmayı da etkilemektedir. Değişen metabolizma iştah artırmakta, yeme alışkanlığındaki farklılıklar, ileri yaşla birlikte azalan metabolik hız (DMH), azalmış fiziksel aktivite ve dolayısıyla alınan enerjinin kullanımının azalması kilo almaya ve şişmanlığa/obeziteye neden olmaktadır. Çayır ve arkadaşlarının çalışmasında

araştırma kapsamına alınan menopozdaki kadınların %41'i, olmayanların %29.7'sinin obez olduğu bildirilmiştir (Çayır ve ark., 2011). Menopoz sonrasında kadınlarda kilo alma nedeniyle özellikle android tip şişmanlık oluşmakta yani jineoid obeziteden abdominal obeziteye geçiş olmakta ve bu nedenle menopozda genellikle karın bölgesinde yağ birikimi artmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Tüm bu nedenlerle menopoz döneminde kadınlarda vücut kitle indeksi (VKİ) ve android tip kilo alma açısından da bel-kalça oranı (BKO) nın ölçüm ve hesaplamalarla saptanarak gerekli önerilerde bulunulması önemlidir (Rakıcıoğlu, 2008).

Bel çevresinde erkeklerde ≥ 94 cm, kadınlarda ≥ 80 cm olması risk artışını göstermektedir. Bel çevresi erkeklerde ≥ 102 cm, kadınlarda ≥ 88 cm olması koroner kalp hastalığı ve metabolik komplikasyonlar için önemli risk artışını neden olmaktadır. Bel ve kalça çevrelerinin oranı (BKO), metabolik hastalıklarla ilişkili yağ dağılımının bir göstergesi olarak epidemiyolojik araştırmalardan geliştirilen ilk antropometrik yöntemdir. BKO'nun, BKİ'den bağımsız olarak koroner kalp hastalığı ve Tip 2 diyabete bağlı mortalite ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. BKO'daki 0.72'nin üstündeki değerlerin anormal olduğu ve erkeklerde ≥ 1 , kadınlarda ise ≥ 0.9 komplikasyon oranının artırdığı belirtilmektedir (Atar, 2005).

Yapılan çalışmalar, menopoz ve beden kitle indeksi arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Özcan ve Öskay, 2013; Dökmen, 2009). Kadınların VKİ ile sıcak basmaları arasında zıt ilişki vardır. VKİ göre zayıf, olan ve egzersiz yapmayan kadınlarda sıcak basmalarının daha fazla yaşandığı bildirilmiştir (Erel, 2004; Saraçoğlu, 1998). VKİ ≥ 30 olan obez kadınlarla < 24.9 olanların karşılaştırıldığı çalışmada, orta ve şiddetli sıcak basması arasında perimenopozal dönemde anlamlı fark bulunurken, VKİ ≥ 30 olan ve < 24.9 olan kadınlar arasında postmenopozal dönemde fark olmadığı belirtilmiştir (İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Eğitimciler İçin Menopoz Okulu Eğitimci Rehberi – 2014). Aşırı yorgunluk, aşırı/az aktivite, sigara, kafein, alkol, yağlı baharatlı yiyecek ve içecekler ve çevresel faktörlerin de sıcak basmalarının artmasında uyarıcı rolleri olduğu belirtilmektedir (Özcan ve Öskay, 2013; Timur ve

Şahin, 2010). Özellikle sigara; kan kortizon düzeyini arttırarak 25-Hidroksi D vitamininin aktif şekli olan 1.25 Hidroksi D vitaminine dönüşümünü azaltır, buna ek olarak sigara zamanla kandaki C vitamini düzeyini ve östrojen seviyesini de düşürür ve böylece osteoporoz oluşumundaki risk faktörlerinden birini oluşturur (Rakıcıoğlu, 2008).

Sonuç olarak kadının ömrünün önemli bölümünü oluşturan menopozal dönemi sağlıklı olarak geçirmesi ve bu dönemde yaşam kalitesinin yükseltilmesi gerekir. Menopoz sürecinde kadının sağlığını etkileyen ve menopoz semptomları ile bazı tıbbi komplikasyon gelişiminde önemli rol oynayan VKİ'nin normal sınırlar içinde kalmasının sağlanması, bu süreçte aşırı kilo alımının dolayısıyla obezitenin ve özellikle de android tip obezitenin önlenmesi, konuya ve önemine ilişkin kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve kadınlara sağlık bilincinin, konuya ilişkin farkındalığın kazandırılması bu döneme ait sorunlarla başa çıkabilmesinde, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmesinde önemlidir. Bu hizmetlerin yürütülmesinde hizmet alanı kadın olan kadın doğum hemşiresine önemli sorumluluklar düşmektedir. Kadın hayatının her döneminde önemli yeri olan hemşirelerin menopoz dönemine ilişkin bilgi, tutum ve değerlendirmelerini artırıcı yönde çalışmalar yapmaları gerekmektedir. Diğer yandan ülkemizde menopoz ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır ancak menopoz semptomları ile menopozda ciddi bir sorun olan VKİ değişiklikleri hakkında yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışma sonuçlarının bu bağlamlarda literatüre ve menopoz dönemine ilişkin bakım hizmetlerine katkısı olacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmada, peri ve post menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ile semptomların şiddetinin vücut kitle indeksi ve bel kalça oranı ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

Kadın yaşamsal dönemlerinin her biri kendine has fiziksel, psikolojik, hormonal değişiklikler göstermektedir. Menopoz öncesi, menopoz ve menopoz sonrası gelişen olayları yani perimenopoz, menopoz ve postmenopoz süreçlerini kapsayan dönem olan klimakterik dönem de bunlardan biridir ve kendine ait özellikler taşımaktadır (Ertüngealp ve Seyisoğlu, 2000; Hart ve Norman, 2003).

4.1 Klimakterik Dönem Tanımı ve Evreleri

4.1.1 Tanımı

Klimakterium; cinsel olgunluk çağının bitiminden yaşlılığa kadar uzanan yılları kapsayan bir kavramdır. Genel olarak klimakterium dönemi 45 yaş ile başladığı kabul edilmektedir. “*Yaş dönümü*” olarakta adlandırılan klimakterium sebep olduğu çeşitli organ fonksiyon bozukluğu, klinik şikâyetler ve özel ruhsal davranışlarla kadınların bu gibi şikâyetleri atlatmakla uğraştıkları karmaşık ve önemli bir dönemdir (Poroy, 2006).

4.1.2 Perimenopozal evre

Menopozdan hemen önceki süreçte başlayan ve menopozdan sonraki ilk yılı içeren dönemdir. Bu süreçte menopoza özgü endokrinolojik, biyolojik ve klinik özellikler görülmeye başladığı zaman yakında menopozun olacağının göstergesidir. Menopoz terminolojisiyle ilgili toplantıda (1999) premenopoz teriminin kafa karıştırıcı olduğu ve bu nedenle menopoz sınıflamasında terkedilmesi gerektiği ve perimenopozun menopoz öncesi tüm üreme dönemine değinmek için kullanımının daha uygun olacağı belirtilmiştir.

4.1.3 Menopoz evresi

Klimakterik dönem içerisinde mihenk taşı olan evre menopoz evresidir. Over folliküler aktivitesinin kaybedilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanmaktadır. Dünya çapında menopozla ilgili terimlerin yanlış kullanımı, sağlık profesyonelleri, araştırmacılar, medya ve kamuoyu arasında çok fazla karışıklığa, yanlış bilgi ve yorumlara neden olmuştur. Uluslararası Menopoz

Derneği (International menopause Society-IMS), alanda kullanılan anahtar kelimelerin standart bir tanımlamasını sağlamaya yardımcı olmak için alt organı olan Bağımlı Menopoz Dernekleri Konseyi (The Council of Affiliated Menopause Societies -CAMS) aracılığıyla bir proje başlatmış ve bunun sonucunda menopozla ilgili tanımlar listesi 1999 yılında Japonya da yapılan toplantıda IMS kurulu tarafından onaylanmış ve DSÖ de bu tanımları kabul etmiştir. Bu tanıma göre menopoz (doğal menopoz); over folliküler aktivitesinin kaybedilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanmaktadır. Doğal menopozun, 12 ay boyunca devam etmeyen amenoreden sonra oluştuğu bilinmektedir. Bu nedenle, doğal menopozda açık patolojik veya fizyolojik neden yoktur.

4.1.4 Postmenopozal evre

Menopozun spontan olup olmadığına bakılmaksızın son menstrual period tarihinden itibaren olan süreci tanımlar. (http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php (E.T.22.07.2017) (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (E.T. 22.07.2018).

Klimakterik dönemi kısaca tanıttıktan sonra aşağıda menopoz daha geniş kapsamlı olarak aktarılacaktır.

4.2 Menopoz ve Özellikleri

4.2.1 Menopoz tarihçesi

Tarihi süreçlerde menopoza “kritik zamanlar”, “kadınların cehennemi”, “gizli hastalık”, “zehrin vücuttan atılamaması” gibi adlar verilmiştir. Hipokrat menopoz semptomlarının kadının doğum organının belirli bir yaştan sonra yer değiştirmesi sonucunda kalbine ve kafasına yaptığı baskılar sonucunda olduğunu söylemiştir. 1776’da ilk defa Forthergill İngiltere’de “Medical Observations and Inquiries” adlı dergide kadının yaşlanmakla birlikte adet kesilmesini ele almış ve tartışmıştır. 19. yüzyılda ise modern tıp açısından menopozu en çok Fransız tıp araştırmacıları incelemiş, fizyolojik bir olay olarak tanımlamışlardır. Menopozu ilk defa 1816 yılında Fransız doktor de Gardanne “menespausie” olarak tanımlamıştır. Menopoz hakkında yapılan ilk toplantı 1971’de Uluslararası Sağlık Vakfı tarafından Cenevre’de düzenlenmiştir. İlk uluslararası menopoz kongresi ise Fransa’da La Grande

Motte’de olmuştur (1976). İkinci kongre ise Kudüs’te yapılmıştır. Avrupa Menopoz Derneği ise 1990 yılında kurulmuş ve ilk toplantısını 1990 yılında Nice (Fransa) kentinde yapmıştır. Menopozla ilgili bilimsel araştırmalar ülkemizde 1970’li yıllardan sonra başlanmış ve 1986 yılında Jinekolojik Endokrinoloji Derneği kurulmuştur. 1992 yılında “Türk Menopoz ve Osteoporoz Derneği” kurulmuş ve hemen o yıl eylül ayında ilk ulusal menopoz kongresi düzenlenmiştir. Uluslararası Menopoz Topluluğu (IMS) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2001 yılında 18 Ekim’i “ Dünya Menopoz Günü” olarak ilan etmiştir (Ertem, 2000; Atasü,2001; Demirkol, 2008).

4.2.2 Menopoz fizyolojisi

Menopoz, son menstrual periyottan (Final menstrual Period-FMP) sonra ≥ 1 yıl kesin adet görmeme ile oluşur. Menopoz kadının yaşamında üreme kapasitesinin sona erdiği zamandır. Overyal fonksiyonların durması ve overlerde üretilen steroid ve peptit hormonların kandaki seviyesinin düşmesidir (http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php (E.T.22.07.2017), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (E.T. 22.07.2018).

FSH’ın hızla artışı sonucu LH / FSH dengesinin FSH lehine bozulması, folliküllerin erken olgunlaşması ve oosit kaybı menopozda önemli etkindir. FSH’ı inhibe eden ve overlerden salgılanan İnhibin hormonunun yaşı ilerlemesiyle seviyelerinin düşmesi belirleyici bir bulgu olmaktadır. Menopozdan 2-3 yıl ileriki dönem, reproduktif dönemin folliküler fazındaki bir kadın ile karşılaştırıldığında; FSH 10 kat, LH ise 3 kat artmıştır. Bu bulgu doğrultusunda yaşlanma için inhibin azalması ve FSH artması önemli bir kriterdir (Atasu, 2001; Pernoll, 2002).

Ovaryan yaşlanma progresif olarak gelişen primordial folikül havuzunun kaybını ifade etmektedir. Primordial folikül havuzundan primer foliküllere doğru büyüme ve seçilme erken fetal hayatta başlamaktadır. Ve doğum ile birlikte kadın yaşamında menopoz döneminde kadar sürer. Intrauterin 5.ayda dişi fetusların overlerinde yaklaşık olarak 6-7 milyon oogonia bulunurken doğum ile birlikte bu sayı 1-2 milyona ve puberte başlangıcında 300-400 bine düşmektedir. Menopoz zamanında overlerde yaklaşık 1000 primordial folikül kalmaktadır. Primordial folikül havuzundan primer folikül havuzuna doğru büyüme puberte öncesinde de yaşanan bir süreç olup kadın hayatı boyunca devam etmektedir. Siklik olarak gelişen

FSH etkisindeki antral folikül havuzuna doğru olan büyüme ise puberte sonrasında hipotalamo- hipofizer aksın maturasyonu ile başlamaktadır. Over fonksiyonu foliküllerin azalıp tükendiği menopoza döneminde kadar devam etmektedir. AMH (Anti Müllerian Hormon) seviyesi değerlendiremeyecek seviyelerine menopoza sonrası dönemde ulaşmaktadır (<0.025 ng/ml). Yaşına göre düşük AMH seviyesine sahip kadın daha erken menopoza girerken, yaşına göre daha yüksek AMH seviyesine sahip kadında daha geç menopoza girmesi beklenmektedir (Cengiz ve Çağlar, 2016).

Menopoz overlerdeki follüküler rezervin tükenmesidir sonucu oluşur. Overler zamanla yaşlandığı için, over epitelinden kaynaklanan steroid hormon sentezinde de azalma başlar. Kadında en önemli steroid hormon olan östrojen üretiminin azalması hipotalamustaki negatif feed-back mekanizmasını etkiler ve bunun sonucunda öncelikle FSH, daha sonra da LH yükselir. FSH yükselmesine bağlı olarak önce foliküler faz kısalmış, daha sonra overlerde FSH'a direnç artar ve foliküler faz uzar. Bu özellikle perimenopozal dönemde menstruel siklus bozukluklarına, anormal uterin kanamalara -AUK (siklus düzeninde, miktarında, süresinde) neden olabilir. Östrojen düzeyinin düşmesiyle zamanla LH da yükselir. Ancak LH'nin yarı ömrü FSH göre çok daha kısa olduğundan daha hızlı yıkıma uğrar tüm bunların sonucunda da anovulatuvar sikluslar ortaya çıkar, Östrojenin daha da düşmesi ile menstruasyon sonlanır ve postmenopozal dönem başlar. Pre-perimenopozal dönemde overlerde foliküllerin granuloza hücrelerinde sentez edilen östrojen testesterondan sentezlenen östradioldür. Postmenopozal dönemde ise östrojen androstenedionun adipoz dokuda sentezlenmesi sonucu oluşan östron şeklidir. FSH ve LH düzeylerindeki yükselme menopoza 1-3 yıl sonra maksimum düzeye erişir ve daha sonra kademeli olarak azalır (Atasü, 1996).

4.2.3 Menopoza girme yaşını etkileyen faktörler

Menopoza girme yaşının etkilendiği olaylar hakkında çalışmalar hala devam etmektedir. Birden fazla faktörün rol oynadığı düşünülse de kesin bir görüş birliğine varılamamıştır. Bu faktörlerden bazıları ;

Menopoz yaşını öne çeken faktörler	Menopoz yaşını geciktiren faktörler
Sigara içmek	Multiparite
Yalnız yaşamak	Düzenli spor yapmak
Hiç doğum yapmamış olmak	Yüksek sosyo ekonomik durum
Düşük kiloya sahip kadınlar	Oral kontreseptif kullanımı
Düzensiz hayat tarzı (sağlıksız beslenme, alkol, stres, düzensiz uyku vb)	Annesi menopoza geç giren kadınlar

(Cengiz, 2007).

4.3 Menopoz Döneminde Yaşanan Semptomlar

Menopoz semptomları üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bu bölümde yaşanan semptomlar tek tek irdelenecektir.

4.3.1 Somatik Semptomlar

4.3.1.1 Sıcak basması ve gece terlemesi

Klimakterik dönemin en önemli sorunlarından birisi olan sıcak basması veya ateş basması olarak adlandırılan durum, birçok postmenopoz döneminde olan kadın tarafından çeşitli derecelerde hissedilmektedir (Hammond, 1997). Sıcak basmaları ve gece terlemeleri, birçok peri ve postmenopozal kadın için büyük stres yaratmaktadır (Roush, 2012). Flushing tarzında yineleyici, geçici olarak yaşanan bu semptomlar vücudun üst kısmında ve yüz bölgesinde sıcak basması olarak algılanır. Bu durumun fizyolojik olarak açıklanmasında ise uygunsuz periferik vazodilatasyona bağlı artmış kan akımı sebep olmaktadır (Cengiz ve Çağlar, 2016). Isı artışından sonra, bu bölgelerde yoğun terleme ile ısı düşüşü meydana gelmektedir. Özellikle geceleri yoğunlaşan ısı değişimleri ve terleme uykudan uyandıracak kadar şiddetli olabilir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Genellikle 30 saniye ile 5 dakika arası süren sıcak basması, günde 1-2 ataktan, 50 atağa kadar çıkabilen sıklıkta olabilir. Sıcak basmaları 6 ay içinde kaybolabileceği gibi 30 yıla kadar da devam edebilir. Postmenopoz dönemindeki kadınların %75'i ve perimenopozal kadınların yaklaşık %40 ı sıcak basmasından şikayet ederler (Oğurlu, 2008).

Sıcak basmasının prevalansı kültürlere göre farklılıklar göstermektedir. Meksika' da ki Mayalı kadınlarda sıcak basması yaşamadıkları, Hong Konglu kadınlarda prevalansın %10- 22, Japon kadınlarda %17, Tayvanlı kadınlarda %23, Kuzey Amerikalı kadınlarda %45 ve Hollandalı kadınlarda %80 oranında yaşandığı

tespit edilmiştir. Sıcak basması/ ateş basması ve gece terlemesi, Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınlarda diğer ülkelerdeki kadınlara nazaran daha yaygın görülmektedir. Fitoöstrojenden zengin gıdalarla beslenen Japon kadınlar, Kafkas kadınlara göre sıcak basması ve gece terlemesini daha az yaşamaktadırlar (Kal, 2011).

Vazomotor semptomlar arasında yer alan sıcak basmasının risk faktörleri arasında stres, eğitim düzeyi, semptom duyarlılığı, depresif semptomlar yer almakla birlikte diğer önemli nedenleri ise obezite ve azalmış fiziksel aktivitedir. Biyolojik olarak obez postmenopozal kadınlarda estron seviyesi yağ dokusunda androstenedionun periferel dönüşümüne bağlı olarak zayıflara göre daha fazla olsa da, obez kadınlarda sıcak basmaları daha fazla gözlemlenmektedir (Avis ve ark., 2015; Whiteman ve ark., 2003). Türkiye’de farklı yerleşim yerlerinde yapılmış çalışma verilerine göre en sık görülen yakınmalar; eklem-kas ağrısı (%77-83), gece terlemesi- sıcak basması (%73-87), uykusuzluk-yorgunluk (%71-82), sinirlilik-gerginlik (%71-78) ve baş ağrısı-baş dönmesi (%62-73.6) olarak tanımlanmıştır (Tortumluoğlu, 2004).

Sıcak basması ve gece terlemesi şikayetleri için yapılacak danışmanlık;

- Sıcak içecekler ve baharatlı yiyecekler, çay, kahve, alkol, kafeinden kaçınılmalı,
- İnce ve hava geçirgenliği yüksek kıyafet seçimi,
- Gece terlemeleri ve uyku kalitesinin artırılması amacıyla ince gecelikler, başucu fan kullanımı (Akarsu ve Kuş, 2017).

4.3.1.2 Uyku problemleri

Uyku çok boyutlu bir kavramdır. Uykunun ana boyutları; süre, süreklilik, zamanlama, düzenlilik ve memnuniyettir (Khoudary, 2019). Menopoz semptomları içerisinde en çok karşımıza çıkan ve rahatsız edici semptomlar vazomotor değişiklikler ve uykusuzluktur (Atasü ve Tekin, 2001). Menopoz döneminde görülen uyku güçlüğü, gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir. Sıcak basmaları menopozal dönemdeki kadınların %75’inde görülmektedir. Menopoz dönemdeki kadınlarda uyku güçlüğü prevalansı ise %14 ile %53 arasında değişmektedir (Timur ve Şahin, 2010).

Uyku bozukluklarından biri olan sık sık uyanmanın önemli nedenlerinden biri de gece terlemeleridir. Perimenopoz döneminde olan kadınlarda sık görülen endişe hali, ani duygu değişiklikleri gibi psikolojik sebepler uykuya dalma zorluğunun önemli nedenlerindendir. Uykunun sürekli bölünmesi ve uykuya dalmada güçlük neticesinde gece uykusunun tam alınamamasına sebep olabilir. Dolayısıyla gün içerisinde gerginlik, yorgunluk ve odaklanma sorunları ortaya çıkabilir (Ulusoy ve Kukulu, 2013). Peri ve postmenopoz döneminde ki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre uyku sorunlarının iki kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Young ve ark., 2003). Siyah ve İspanyol kadınlar beyaz kadınlara göre daha kısa uyku süresine ve daha az verimli uykuya sahiptir. Kötü uyku kadınların orta yaş dönemlerinde kardiyovasküler sistem üzerine de olumsuz etkilere sahiptir (Khoudary ve ark., 2019).

Castro ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışma da vazomotor şikayetlerin şiddeti arttıkça uyku problemleri de bunlara paralel olarak artmaktadır. Diğer yapılan çalışmalarda da uyku sorunları ile vazomotor yakınmalar arasındaki ilişki olduğu saptanmıştır (Gözüyeşil ve Başer, 2016).

4.3.1.3 Eklem- kas problemleri

Kadınların yaşamları boyunca önemli sağlık sorunlarından olan ve özellikle menopozun sonucu olarak ortaya çıkan osteoporoz, son yıllarda beklenen yaşam süresinin uzamasına ek olarak, irdelenmesi gereken önemli bir toplum sağlığı konusu haline gelmiştir (Kaya ve ark., 2003). Kemik kaybının en aktif olduğu zaman dilimi menopozun ilk 5 ila 10 yılı arasındadır. Daha sonrasında kemik mineral yoğunluğu kaybı yavaşlamakta ve kadının yaşamı boyunca devam etmektedir (Şen ve Tuncer 2012).

Aile öyküsü, cinsiyet ve ırk, doruk kemik kütlelerinin çoğunluğundan sorumlu tutuluyor olsa da %25 oranında egzersiz ve diyetle sorumludur. Postmenopoz döneminde belirgin olan azalmış kemik kütlesi ile kırık arasındaki ilişki perimenopoz döneminde pek belirgin değildir. Bunun nedeni, perimenopoz dönemindeki kadının postmenopoz dönemindeki kadınla karşılaştırıldığında, premenopozal bir kadının östrojeninin daha yüksek olması, kas kütlelerinin büyük olması ve daha düşük düşme riskine sahip olmasıdır. Osteoporoz olgularının %80'ini kadınlar oluşturmaktadır.

Ve bunların çoğu postmenopozal dönemdedir. Elli yaşında bir kadının osteoporoza bağlı kırık geliştirme riski meme, over ve endometrium kanseri geliştirme riskinden daha yüksektir. Kadınlarda perimenopozal dönemde ve postmenopozal dönemde gelişen hormonal değişiklikler, hızlanmış kemik kaybına yol açar. Bu dönemde yıllık kemik kaybı %1, menopoza geçiş döneminin tümünde %10 dolaylarındadır. (Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu, 2018).

Yetersiz fiziksel aktivitenin, ağır çalışma koşullarının osteoporoz gelişiminde rol oynadığı, sigara içmenin östrojen yapımı ve kullanımını azaltarak erken menopoza ve buna nazaran osteoporoza neden olduğunu, alkol kullanımının kalsiyum emilimini etkilediğini, menopozdan sonraki ilk 5 yıl içinde kemik kaybının arttığını, kemik kitle kaybının her iki cinsten aynı olmasına rağmen menopoz sonrası kadınlarda hızlı bir artış olduğunu ve D vitamini eksikliğine neden olan faktörlerin osteoporoz oluşumuna yol açtıklarını göstermiştir. Postmenopozal kadınlar için major risk faktörleri arasında düşük beden kütle indeksi (BKİ), geçirilmiş fragilite kırığı, ciddi immobilité, sedanter yaşam tarzı ve kronik glukokortikoid kullanımı da önemli risk faktörleri arasındadır (Kaya ve ark., 2003; Pınar ve ark., 2009).

Osteoporoz ve önlenmesinde yapılacak danışmanlık;

- Kalsiyum ve D vitamini yönünden yeterli beslenme,
- Güneş ışınlarından yeterince yararlanma,
- Bol hareket ve egzersiz,
- Sigara, alkol ve aşırı kafein gibi etkenlerden uzak durmak (<http://www.trsgo.org/menu/164/osteoporoz-kemik-erimesi> ET: 30.09.2019).

4.3.1.4 Kalp- damar problemleri

Türkiye’de kadınlarda kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları en önemli ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Menapoz döneminden önce kadınlar, aynı yaştaki erkeklere oranla 2.5-4.5 kat daha az kardiyovasküler hastalığa yakalanma riskine sahiptir ve bu hastalıktan ölüm oranı ise erkeklerde kadınlardan 6 kat daha fazladır. Menopoz döneminden sonra ise kardiyovasküler sistem hastalık riski, erkeklerle benzer oranda, hatta 7. dekatdan sonra erkeklerden daha yüksek görülmektedir.

Menopoza girmemiş aynı yaştaki kadınlara göre menopoz geçiren kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar daha sık görülmektedir. Menopoz süreciyle birlikte total kolesterol ve LDL-kolesterol düzeylerinde artış olurken, aynı zamanda HDL kolesterol düzeylerinde azalma ve trigliserid düzeylerinde de artış olur. Bu değişimdeki asıl sebep östrojen hormonunun eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Menopozla birlikte hemostatik sistemde de, prokoagülan faktor VII, fibrinojen ve plazminojen aktivatör inhibitörü-1 düzeylerinde artıştan dolayı koagülasyona eğilim olur. Bu durum menopoz sonrası kadınlarda ani artış gösteren akut iskemik olayları açıklamaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri; yaş, erken menopoz, genetik, yüksek kolesterol düzeyi, hipertansiyon, diyabet ve sigara kullanımıdır. Menopoz ve soygeçmişi değiştirmek mümkün olmadığı fakat sigara kullanımı, hipertansiyon, stres, kolesterol ve şişmanlık kontrol altına alınabilecek parametreler arasındadır (Taşkın, 2011; Alıcı ve ark., 2009; Düzenli ve ark., 2004; Poroy, 2006).

Menopozla birlikte obezite, hipertansiyon ve dislipidemi birlikteliği artar. Ayrıca, premenopozal kadınlarda östrojen yetersizliği ve hipotalamus disfonksiyonu gibi nedenler sonucunda gelişen ovulasyon bozuklukları ve düzensiz menstrual siklusların varlığı koroner ateroskleroz ve kardiyovasküler olay gelişimi ile ilişkilidir. 400 hipertansif postmenopozal kadını kapsayan bir çalışmada, endotel fonksiyonlarında düzelme sağlananlarda sağlanamayanlara göre iskemik kalp hastalığı olayları 7 kat daha az gelişmiştir. Ayrıca postmenopozal kadınlarda hormon replasman tedavisinin (HRT) hastaların kendilerini iyi hissetmelerine yardımcı olmakla birlikte iskemik semptomlara bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (Kayıkçıoğlu, 2010)

4.3.2 Psikolojik semptomlar

Menopoz döneminde sıklıkla görülen psikolojik semptomlar; depresyon, anksiyete, gerginlik, sinirlilik, huzursuzluk, üzücü olayları daha çok hatırlama, kendini beğenmeme, özgüven kaybı ve yaşamdan zevk alamama, konsantrasyon eksikliği, hafıza(bellek) sorunları, hatırlamada güçlük, alınganlık, nedensiz ağlamalar, korku ya da panik yaşanmakta ve bunların yanı sıra cinsel istekte azalma da sıralanabilmektedir (Ertekin ve ark., 2015).

Menopoz döneminde yaşanan sosyal çevre farklılıkları ve aile içi değişimler kadının hayatında gelişim krizine sebep olabilmektedir. Bu sorunlar kadınların; ailelerini, iş yaşamını, toplumu, iş gücünü ve verimliliğini de etkilemektedir (Rubin ve King, 1995).

Ballinger aile yapısı, anne rolü, çocuklarla ilişki, sosyal etkinliklerde ve çevrenin algısındaki değişiklikler, geleceğe dair planlar yapılması ve rollerdeki değişikliklerin ruh sağlığı üzerinde fizyolojik belirtilerden daha fazla rol aldığını belirtmektedir. Emeklilik, sosyal geri çekilme, çocukların evlenip aileden ayrılmaları gibi faktörler de menopozda depresyon oluşumunda dikkate alınması gereken elzem durumlardandır (Evlice ve ark., 2002).

Menopozla birlikte psikoseksüel yaşantıda oluşan değişimlerin, cinsel organları etkileyen fiziksel ve fizyolojik değişikliklerle doğrudan ilişik olduğu, bunun aslında da hormonal dengelerin bozulmasının organizmaya ve psikolojik yapıya yaptığı etkilerin yer aldığı düşünülmektedir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

Flint ve Samil, kadınların menopoza cevabının kültürlerine bağlı olduğunu saptamıştır. Hint kadınları üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların menopozal yakınmaları bildirmediikleri, çünkü daha yüksek bir toplumsal statüyle ödüllendirildiklerini ve üreme yeteneği varken sahip olmadıkları özgürlüklere kavuştuklarını saptamışlardır (Juang ve ark., 2005). Yaşamlarının bu safhasında çoğu kadının evde statü kaybettiği, bu durumun çocukların evden ayrılmasıyla, çocuk doğurma ve yetiştirmenin sonlanmasıyla ortaya çıktığı belirlenmiştir. Deykin' in, "Boş Yuva Sendromu" olarak adlandırdığı bu ayrılık, uyum sorunlarına neden olmaktadır. Cook, ev dışında bir işte çalışan veya sosyal aktivitelerde bulunan kadınların klimakterik dönemde yaşadıkları sorunları daha kolay atlattıklarını öne sürmüştür (Deeks ve McCabe, 2004).

Depresyon ve moral değişiklikleri, her ne kadar sosyal ve aile problemlerine indeksli olsa da, çift körleme ile yapılan çalışmalarda östrojen eksikliğine paralel olduğu ve östrojen tedavisiyle önemli ölçüde iyileşme olduğu saptanmıştır. Östrojen eksikliği depresyon oluşmasında biyokimyasal bir taban oluşturmaktadır (Pinhey ve Pinhey, 2002).

4.3.3 Genitoüriner semptomlar

International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH)'in 2014 yılı Şubat ayında ve The North American Menopause Society (NAMS)'nin 2013 yılı Ekim ayında yapılan yıllık toplantılarında yeni terminoloji gereksinimi tartışılmıştır.

Toplantının bilim kurulu üyeleri tarafından yeni terim için önemli bileşenler belirlenmiştir. Tabloda anatomik bölgelerin göstergesi olan semptomlar ve bulgular gösterilmiştir. Toplantılarda yeni terminoloji tanımlanırken, anatomik olarak genital ve üriner sistem organlarının her ikisini de etkileyen bir sorun olması nedeniyle “ürogenital” veya “genitoüriner” ifadesinin yer alması gerektiği belirtilmiştir. Sorunu tanımlayan ifade olarak, bir araya geldiklerinde tek bir olgu olarak kendini gösteren ve semptom ve bulgular bütünü anlamına gelen “Sendrom” seçilmiştir. Her yaş döneminde ortaya çıkabilecek genitoüriner sorunlardan ayırt edilmesini sağlamak amacıyla “Menopoz” terimi eklenmiştir. Kapsamlı bir tartışma ve oylama sonucunda “Menopozda Genitoüriner Sendrom (MGS)” yeni bir terminoloji olarak resmen onaylanmıştır. “Menopozda Genitoüriner Sendrom”, östrojen ve diğer sex steroidlerindeki azalma sonucu labia majör/ minör, klitoris, vestibül, vajina, üretra ve mesane değişikliklerini içeren semptom ve bulgular bütünü olarak tanımlanmıştır.

Women's Voice in Menopause çalışmasında postmenopozal kadınların %52'sinin yaşam kalitesinin (cinsel yaşamları, benlik saygılarını, evlilik uyumlarını ve sosyal yaşamlarını içeren) negatif etkilendiği rapor edilmiştir. Postmenopozal kadınların cinsel yönden aktif olması önemlidir. 50–79 yaş arası postmenopozal kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (n=94.000), kadınların %52'sinin cinsel yönden aktif oldukları bulunmuştur. 70– 79 yaş arasında ise bu oranın %22'ye düştüğü literatürde gösterilmiştir (Aba ve ark., 2016).

Semptomlar	Bulgular
Genital kuruluk Cinsel aktivitede lubrikasyonun azalması Cinsel aktivitede ağrı ya da rahatsızlık Postkoital kanama Cinsel istek, orgazm ve uyarılmada azalma Vulva ve vajinada kaşıntı, yanma, iritasyon Disüri Urgency	Islaklıkta azalma Elastikiyette azalma Labia minörlerde rezorpsiyon Solgunluk/ eritem Vajinal rugaların kaybı Dokularda filajilite/ fissür/ peteşi Üretraleversiyon veya prolapsus Hymen kalıntılarının kaybı Üretral meatüsün belirginleşmesi İntroitalretraksiyon Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları

(Aba ve ark., 2016).

Menopoz döneminde östrojen hormonunun çekilmesi ve yaş ile birlikte kan akışının azalması, deri altı yağ ve bağ dokuda ki kayıplar ürogenital sistemde değişiklikler yaşanmasına neden olmaktadır (National Institutes of Health, 2001).

Perine derisi ve epidermis yapısı incelmekte, labia major ve labia minörlerde kanlanma oranı azalırken, pruritis daha çok görülmektedir. Klitoris ereksiyonu azalıp bunun yanı sıra orgazm sorunları da beraberinde gelmektedir. Bazı durumlarda peteşiyel kanamalar görülebilir ve glikojenini yitirmektedir. Vajen rugaları kısmen zamanla kaybolmakta, kapiller yatak giderek incelmekte ve vajina soluk, parlak ve düzgün bir hal almaktadır. Vajen girişinde daralmaya bağlı olarak vajenin boyu küçülür, sekresyonlar azalır ve bunlar da seksüel problemlere sebep olabilmektedir. (Pernoll, 2002; Hart ve Norman, 2003).

Cinsel semptomlar için yapılacak danışmanlık;

- Sağlık mensuplarının cinsellik hakkında konuşabilmek için kadınlarla uygun ortam sağlayarak danışmanlık yapabilmeleri gerekmektedir. Menopoz sonrası yaşam kalitesinin artırılması ve kişisel ilişkileri olumsuz etkileyen cinsel fonksiyon bozuklukların giderilmesinde danışmanlık hizmetleri de önem arz etmektedir.
- Hemşire bütüncül bir şekilde yaklaşım ile iyi bir dinleyici olabilmelidir ve cinsellik konusunda danışmanlık yapabilme becerisine sahip olabilmeli,
- Vajinal kuruluk için jeller ve suda çözünen kayganlaştırıcı kullanımı,
- Beslenmeye soya ürünlerinin eklenmesi,
- Günde en az 7-8 bardak su içilmesi,

- Kegel egzersizlerinin yapılması
- Menopoz sonrası cinsel aktivitenin devam ettiğini bilgilendirmek amacıyla eşlerin de eğitime katkısını sağlamak,
- Genital atrofiler hakkında eğitim planlamak ve sürdürmek (Cengiz ve Çağlar, 2016; Bozkurt ve Sevil Ü, 2016; Eker ve ark., 2006).

4.4 Menopoz Semptomlarını Etkileyen Faktörler ve Yönetimi

4.4.1 Menopoz semptomlarını etkileyen faktörler

Menopoz döneminde ortaya çıkan septomların sebebi kesin olarak bilinmemesinin yanı sıra genellikle östrojen hormonunun eksikliğinden kaynaklandığı öngörülmektedir. Fakat bu şikayetlerin hemen her kadında aynı derecede olmaması ve yapılan tedavilere verdikleri cevabın farklı olması yalnızca östrojen eksikliği ile açıklanamayacağını düşündürmektedir (Tümer ve Kartal, 2018). Menopoz döneminin anlaşılabilmesi için psikolojik, sosyal-kültürel değişimlerinde önemli olduğu unutulmamalı ve dikkate alınmalıdır. Menopoz dönemi fiziksel ve ruhsal olarak bu dönemde olan kadınları farklı derecelerde etkiler. Her kadının menopoz belirtileri ve etkilenmeleri farklı düzeylerde olabilir ([https://www.bayindirhastanesi.com.tr/blog/ menopoz-hayatin-bitisi-degil-baslangic-donemi-237](https://www.bayindirhastanesi.com.tr/blog/menopoz-hayatin-bitisi-degil-baslangic-donemi-237) ET: 21.09.2019). Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyodemografik değişkenlerin yanında yaşam olayları, sosyal destek, yaşama bakış açısı gibi faktörlerin menopoz dönemdeki semptomları incelemede önemli olduğu düşünülmektedir (Bayraktar ve Uçanok, 2002).

4.4.2 Menopoz semptomlarında yönetim

4.4.2.1 Yaşam tarzı ve beslenmeye ilişkin yönetim

Beslenme

Beslenme, sağlığın korunması ve sürdürülmesi için vücudun ihtiyacı olan besinlerin yeterli ve uygun olarak tüketilmesidir. Dengeli ve yeterli beslenme bireylerin sağlığı, ekonomisi ve sosyal açıdan gelişmesi için temel unsurlardandır (Çayır ve ark., 2011). Menopoz sonrası dönemde düzenli yaşam biçimi, beslenme ve diyet gibi faktörlerin sağlığın korunması ve sürdürülebilmesi için önemli unsurlar olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalar menopoz dönemindeki kadınların beslenme

şekillerinin genç popülasyondaki kadınlardan farklı olması gerektiğine vurgu yapmaktadır. (Botth ve ark., 1999).

Menopoz döneminde bilindiği gibi östrojen seviyesi azalmaktadır. Buna bağlı olarak metabolik hız yavaşlamakta ve kilo almaya meyil artmaktadır (Taşkın, 2011). Bu nedenle karbonhidrattan zengin ve yağlı besinlerden kaçınılmalıdır. Meyve ve sebze yönünden zengin beslenme, vücut direncini arttırmakta rol oynamaktadır. Östrojen yetersizliğine bağlı kalsiyum Emilimi bozulacağından kalsiyum ve D vitamini yönünden zengin besinler tüketilmelidir. Ayrıca E vitamininin sıcak basmalarını ve halsizliği önleyici etkisi olduğu rapor edilmiş; ıspanak, soya fasulyesi ve buğday E vitamini bakımından zengin gıdalar olarak belirtilmiştir (Taşkın, 2011). Menopoz semptomlarının çoğu uygun diyet yapılarak kontrol edilebilir. Menopoz sırasında kalsiyum, demir, lif ve su yönünden zengin ve az miktarda yağ ve tuz içeren çeşitli yiyeceklerin tüketilmesi menopozal semptomları hafifletilmesinde ve ayrıca kilo azaltmada yardımcı olabilmektedir.

Menopoz döneminde özendirilmesi gereken yiyecekler; soya fasulyesi, fındık, susam, kepekli tahıllar, baklagiller (soya fasulyesi, mercimek, nohut vb.), sebzeler (koyu yeşil yapraklı sebzeler), potasyum bakımından zengin meyveler (nar, limon, kavun, domates vb.), hindistan cevizi , tuz kullanımının azaltılması, bol su vb (Kaur ve Kochar, 2015).

Egzersiz

Menopoz döneminde yaşanan semptomlara ek olarak hareketsiz bir yaşamın benimsenmesi, hastalıklarda artışa sebebiyet vermektedir. Bu orandaki artış kişinin yaşam kalitesini düşürmektedir (Karacan ve Günay, 2003). Düzenli fiziksel egzersizin, sigara içme gibi zararlı alışkanlıkların önlenmesinde bir model olduğu bilinmektedir (Sevimli ve Özoruç, 2018). Kadınların hayatlarının menopoz dönemlerinde düzenli egzersizlere katılması semptomların iyileşmesi için önemlidir. Egzersiz ile birlikte vücuttaki yağ dokunun azalmasıyla menopoz semptomları da beraberinde azalmaktadır (Daley ve ark., 2007). Orta şiddetli egzersiz yapan orta yaş dönemindeki kadınların sağlık sorunları oranlarında azalma yaşadığı bildirilmiştir. Amerikan Spor Hekimliği Koleji (ASHK) orta yaş sonrasındaki egzersiz eğitimlerinde; direnç, güç, aerobik kapasite, esneklik egzersizlerine dikkat çekmekte

ve buna yönelik egzersizleri bir rehber olarak önermektedir (Özdemir ve Uysal, 2019).

Sigara ve alkol kullanımı

Sigara içenler sigara içmeyenlere göre iki yıl daha erken menopoza girmektedir ve kalp, akciğer hastalığı, kemik kaybı vb. gibi hastalıklar açısından risk altındadır. Yapılan araştırmalar neticesinde, alkol tüketimi; sıcak basması, uyku problemleri ve depresyon gibi çeşitli menopozal semptomların daha da belirginleşmesine sebep olabilmektedir. Yüksek oranda alkol tüketimi kalsiyum kaybına ve diğer beslenme bozukluklarına sebep olabilmektedir. Ayrıca denge problemleri sebebiyle de daha fazla düşme ve kemik kırıklarına maruziyeti arttırmaktadır (<https://www.menopauseandu.ca/am-i-in-menopause/lifestyle-changes/tobacco-alcohol-caffeine-drugs/> ET: 26.09.2019).

Mikkelsen ve ark., yapmış olduğu bir çalışmada mevcut sigara içmenin erken menopoz ile ilişkisi saptanmıştır. Menopozdan on yıldan daha uzun bir süre önce sigarayı bırakmak, erken menopoz riskini önemli ölçüde azalttığı ve kahve- alkol tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir (Mikkelsen ve ark., 200). Sigaranın, ortalamalara bakıldığında menopozu daha erken yaşlara sürüklediğini, sigara içen kişilerin içmeyenlere göre bir yıl daha erken menopoza girdiklerini göstermektedir (Plante ve ark., 2010).

Fiziksel hareketsizlik, vücut ağırlığı, sigara ve alkol kullanımı; küresel hastalık yükünü etkileyen yaşam biçimleridir (Sevimli ve Özoruç, 2018). Yapılan başka bir çalışmada alkol kullanımı ve sigara içiminin vücut kitle indeksini artırdığı bulunmuştur (Liu ve ark., 2010).

Menopoz döneminde sigara, alkol ve aşırı kahve tüketiminin kısıtlanması gerekmektedir. Bunların fazla tüketilmesi sonucu doğan uyku bozuklukları ve stresten de uzaklaşılmalıdır. Çoğu kadının, kahve ve çay miktarını azalttıklarında sıcak basması ve idrara çıkma sürelerinin azaldığını ifade ettikleri tespit edilmiştir (Karakuş, 2006).

4.4.2.2 Alternatif tedavi yöntemleri

Akut menopoz semptomlarının giderilmesinde tamamlayıcı alternatif tıp uygulamalarının olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalar sonucu bu yöntemlerin kullanım oranı % 22- % 83 olarak bulunmuştur (Gün ve Demirci, 2015). Başvurulan yöntemler arasında bitkisel terapi, akupunktur, hipnoz, refleksoloji, homeopati, yoga. Kuzey Amerika Menopoz Derneğinin (North American Menopause Society (NAMS) yapmış olduğu bir araştırmada menopoz dönemindeki kadınların yaklaşık %30' unun akupunktur, fitöosteronler, baharat gibi alternatif yöntemler kullandığını saptamıştır (Kadayıfçı, 2006).

Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada 6 hafta boyunca yapılan refleksoloji uygulamasının ateş basması ve terlemelerin sayısını alt seviyelere çektiği bulunmuştur (Akarsu ve Kuş, 2017). Bitkisel yöntemler için kullanılan ve kanıt düzeylerinin artırılması gereken bazı bitkiler ise; humulus lupulus (şerbetçi otu), vitex agnus- castus (hayıt), pinus Pinaster (sahil çamı)i, cimicifuga racemosa L. (karayılan otu), hypericum perforatum l. (sarı kantaron), ginseng (panax ginseng), achillea millefolium (civanperçemi), glycine soja (soya), linum usitatissimum (keten tohumu) vb. (Akarsu ve Kuş,2017; Gün ve Demirci, 2015; Cengiz, 2007).

Menopozal belirtilerde bitkisel tedavileri değerlendirmek için kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Alternatif tıp batı tıbbıyla birlikte hastanın durumunu iyileştirmek üzere kullanılan bir yöntem biçimidir (<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> ET: 30.09.2019), (Gün ve Demirci; 2015).

4.4.2.3 Hormonal tedavi yönetimi (HRT tedavisi)

Menopoz dönemiyle östrojen seviyesinin azalması menopoz sonrası dönemde semptomların ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir. Menopozal semptomların tedavisinde östrojen veya östrojen progesteron kombine kullanımı 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır (Köksal ve ark., 2004). 1990'larda 50-64 yaş arası %10 düzeyinde iken 1995'lerdeki çalışmalarda HRT' nin gözle görülür olarak menopozal semptomların yanı sıra osteoporoz, kardiyovasküler hastalık, alzheimer hastalığı, depresyon ve kolon kanseri riskini azalttığı bulunduğundan sonra %30'lara yükselmiştir (Uzun ve ark., 2008). Kemik dokusunun korunması amacıyla HRT

kullanım özellikle erken menopoza giren kadınlar ve overlerin 45 yaş öncesi alınması durumunda tedavi seçeneği olabilmektedir. Kemik muhafasazı için HRT önerilen diğer gruplar ise Turner Sendromlu kadınlar, anoreksiya nervoza veya aşırı egzersize bağlı amenoredir (Royal College of Nursing, 2017). HRT kullanımının avantaj ve dezavantajları tedavi uygulanmaya başlamasından itibaren sürekli tartışılmaktadır (Ünal ve Kars, 2004). Postmenopoz döneminde vazomotor semptomların azaltılmasında ve osteoporoz gibi uzun süreli istenmeyen etkilerin önlenmesinde kullanılmakla beraber tromboemboli ve meme kanseri riskinde artışa sebep olması kullanım açısından ikilem yaratmaktadır (Turgut ve ark., 2008).

Menopozda HRT kullanımı; Kaliforniya’ da %32, Almanya’ da %25, Danimarka’da %22, Amerika’da %17’dir. Ülkemizde HRT kullanım oranı ise kesin olarak bilinmemektedir (Doğan, 2004).

Menopoz döneminde kullanılan hormonlar;

Östrojenler

- 1) *Doğal ve doğala yakın östrojenler*; 17 beta östradiol, mikroniza östradiol, östradiol valerat, östriol, konjuge östrojenler, konjuge equine östrojenler
- 2) *Sentetik östrojen*; etinil östradiol

Progesteron ve progestagenler

Östrojen reseptör miktarını azaltarak anti östrojenik etki sağlarlar. Endometrium hiperplazisini engellemek amacıyla kullanılır. Uterusu bulunan tüm kadınlara östrojene ek olarak progesteron ilavesi de gerekmektedir (Eker ve ark., 2006).

Hormon Replasman Tedavisi İçin Öneriler

- Vazomotor bozukluklar ve genito-üriner atrofi için günümüzde HRT kadar etkin başka bir seçenek bulunmamaktadır.
- Sadece KV primer ve sekonder koruma amacıyla HRT kullanılmamalıdır.
- Osteoporozun önlenmesinde HRT halen önemini korumaktadır. Bununla beraber menopoz döneminde egzersiz, kalsiyum, güneş ışığından faydalanılması sağlanmalıdır.

- Postmenopozal dönemde HRT kullanım süresi konusunda eldeki verilere göre fikir birliği yoktur. Ancak meme kanseri açısından 4 yıldan uzun sürelerde hastalar bireysel değerlendirilmeye alınmalıdır.
- Günümüzde postmenopozal HRT’de vazomotor şikayetleri ortadan kaldıran mümkün olan en düşük dozlar tercih edilmelidir. Henüz standarttan düşük doz preparat bulunmamaktadır.
- HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri riski, alkol kullanımı, aşırı kilo (VKİ >30 kg/m²), 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoza gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir.
- HRT kullanımı ile artan meme kanseri riski, tedavinin kesilmesinden itibaren 5 yıl sonra ortadan kalkmaktadır.
- Yukardaki öneriler, erken menopoza (40 yaş öncesi), perimenopoz ve cerrahi menopoza kapsamamaktadır.
- Postmenopozal kadınlarda HRT’de yarar-zarar dengesi ve maliyet daima düşünülmelidir.
- 40-65 yaşlarındaki kadınların şikayeti olsun olmasın, HRT kullansın kullanmasın, ilgili branş hekiminin kontrolü altında olması gerekir” (Ertüngealp, 2003).

4.5 Obezite, Bel- Kalça Oranı ve Menopoz Semptomları ile İlişkisi

4.5.1 Obezitenin tanımı, sınıflaması ve nedenleri

4.5.1.1 Obezitenin tanımı

Obezite, vücuda besinlerle birlikte alınan enerjinin, harcanan enerjiden daha yüksek olması sebebiyle vücut yağ kütlesinin yağsız vücut kütlesine oranla artması ile karakterize bir hastalık durumudur (Bozoğlu ve ark., 2016). DSÖ tanımına göre obezite ise; “yağ dokusunun sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara yol açacak ölçüde artması” olarak tanımlanmaktadır (<http://apps.who.int/bmi/> ET: 21.09.2019).

4.5.1.2 Obezitenin sınıflaması

İdeal vücut ağırlığı için VKİ; kilo(kg)/boy uzunluğu (m²) şeklinde hesaplanmaktadır (Rakıcıoğlu, 2008). Dünya Sağlık Örgütü 1999 tanımlamasına göre VKİ sınıflaması;

Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	
<18,5	Düşük kilo (zayıf)
18,5 – 24,9	Normal Kilo
25,0 – 29,9	Pre-Obezite (şişman)
30,0 – 34,9	I.Derece Obez
35,0-39,9	II.Derece Obez
≥40	III.Derece Obez

(www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/ahealthy-lifestyle/body-mass-index-bmi) (E.T. 25.07.2017).

TNSA 2003 kadınların beslenme durumlarına göre değişimine bakıldığında %23,0' ü obez iken, 2008 raporunda oranın %24,0' e yükseldiği, 2013 TNSA sonucunda ise %27,0 olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2018 raporuna göre son 15 yılda obez olan kadınların yüzdesi %23,0' den %30' a yükseldiği sonucuna varılmıştır. 15-49 yaş grubunda ki kadınların 2018 TNSA sonuçlarına göre vücut kitle indeksi sınıflandırmasında %59,0' u fazla kilolu veya şişman oldukları bulunmuştur. Dikkat çeken diğer bir sonuç ise 40-49 yaş grubundaki kadınların %84,0' ü fazla kilolu veya şişmandır. Kırsal alanda yaşayan kadınların (%63,0) ise kentte yaşayanlara (%58,0) göre daha fazla şişman veya fazla kilolu oldukları da çalışma sonuçları arasındadır (TNSA ,2018). Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda obezite oranının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kırsal kesimde yaşamak, düşük sosyo ekonomik seviyeye sahip olmak kadınlarda obezite oranını arttırdığı görülmektedir (Ergin, 2014).

4.5.1.3 Obezitenin nedenleri

Dünyada ve ülkemizde gelişen teknoloji ile birlikte yaşam biçiminin kolaylaşmasına bağlı olarak fiziksel hareketliliğin azalması, beslenme alışkanlıklarının değişmesine bağlı olarak enerji alımının artması başlıca nedenler arasındadır. Ayak üstü olarak adlandırdığımız fast food besilerde karbonhidrat bakımından zengin ve bitkisel liflerden fakir, aşırı yağlı olması obeziteye neden olan en büyük etmenlerdendir. Televizyon, tablet ve telefon gibi teknolojik cihaz kullanımının artması da obezite gelişmesinin nedenleri arasındadır. Diğer önemli nedenler arasında; yaş (özellikle ergenlik ve perimenopozal dönem), yaşanan bölge, sosyal durum, düşük eğitim düzeyi, sedanter yaşam, öğün sayısı, yüksek kalorili gıda tüketimi, ekmek tüketimi,

tütün ve alkol kullanımı, doğum sayısı, emzirme ve evlilik gibi etmenler yer almaktadır (Ergin, 2014; Obezite Tanı Ve Tedavi Klavuzu, 2018).

Obezite yönetiminin ana ilkeleri diyet ve yaşa uygun fiziksel egzersizdir. Wadden ve ark. (2007) yapmış olduğu bir çalışmada yaşam tarzında değişiklik ve anlamlı kilo değişimi ile klinik olarak kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin azaltıldığını ve önlenmesine katkı sağladığı tespit edilmiştir (Atapattu, 2015).

Beslenme ve obezite yönetiminde danışmanlık;

- Besin çeşitliliği sağlanmalı,
- İdeal vücut ağırlığı korunmalı,
- Enerji içeriği düşük, besleyici değeri yüksek besinler tüketilmelidir,
- Posa bakımından zengin gıdalar tercih edilmeli,
- Bol sebze ve meyve tüketilmeli
- Düşük yağ ve düşük kolesterolü besinler tüketilmeli,
- Fast-food türü besinlerden uzak durulmalı
- Yemekler yağda kızartma yerine ızgara, fırında veya haşlama yöntemleriyle hazırlanmalı,
- Kalsiyum bakımından zengin besinler tüketilmeli
- Tuz tüketimi azaltılmalı,
- Sıvı tüketimi arttırılmalı,
- Alkol ve sigara gibi alışkanlıklardan vazgeçilmeli,
- Fiziksel aktivite ve egzersiz arttırılmalıdır (Rakıcıoğlu, 2012).

4.5.2 Bel kalça oranı tanımlaması ve özellikleri

Bel çevresinin ölçümü ile yağ dağılımını tespit etmek mümkündür. Bel çevresinin ölçümü, obezite ile ilgili faktörlerin yüksek risk taşıyan kişilerin tespit edilmesinde basit bir yöntem olarak bilinmektedir. Bu ölçüm sayesinde kişilerin android veya jineoid tip olmak üzere iki çeşit yağlanmasının olup olmaması tespit edilebilmektedir.

Android tip (elma tip): vücut yağlarının büyük çoğunluğu göğüs ve karın bölgesinde dağılım gösteren ve obezite ile ilişkili daha yüksek hastalık riskine sebebiyet veren dağılımdır.

Jineoid tip (armut tip): vücut yağlarının kalça ve alt bölgelerde çoğunlukta olması durumudur (Yıldırım ve ark., 2008).

Menopoz sonrasında kadınlarda kilo alma nedeniyle özellikle android tip şişmanlık oluşmakta yani jineoid obeziteden abdominal obeziteye geçiş olmakta ve bu nedenle menopozda genellikle karın bölgesinde yağ birikimi artmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007).

Bel çevresinde erkeklerde ≥ 94 cm, kadınlarda ≥ 80 cm olması risk artışını göstermektedir. Bel çevresi erkeklerde ≥ 102 cm, kadınlarda ≥ 88 cm olması koroner kalp hastalığı ve metabolik komplikasyonlar için önemli risk artışını neden olmaktadır. Bel ve kalça çevrelerinin oranı (BKO), metabolik hastalıklarla ilişkili yağ dağılımının bir göstergesi olarak epidemiyolojik araştırmalardan geliştirilen ilk antropometrik yöntemdir. BKO'nun, VKİ'den bağımsız olarak koroner kalp hastalığı ve Tip 2 diyabete bağlı mortalite ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. BKO'daki 0.72'nin üstündeki değerlerin anormal olduğu ve erkeklerde ≥ 1 , kadınlarda ise ≥ 0.9 komplikasyon oranının artırdığı belirtilmektedir (Atar, 2005).

19 Avrupa ülkesi ile yapılan WHO MONICA Projesi'nde 35-64 yaş arası kadınların bel- kalça oranı ortalamaları 0,76- 0,84 arasında olduğu tespit edilmiştir. Demir S. ve ark yapmış olduğu çalışmada ise bu oranın anneannelerde 0,84, annelerde 0,81 ve kızların da 0,75 olduğu tespit edilmiştir (Demir ve Karaağaoğlu, 2013).

4.5.3 Obezite ve bel kalça oranının menopoz semptomları ile ilişkisi

Yapılan bazı çalışmalar kilolu kadınların sıcak basmalarını daha çok deneyimlediklerini söylerken bazıları tam aksini iddia edip bir kısmı da arada ilişki olmadığını söylemektedir. Potansiyel açıklamalardan bir tanesi de yüksek vücut kitle indeksi daha fazla yağ gerektirmekte, bu yağ dokusu da adrenal androjeni östrojene çevirmektedir. Bu durumda semptomları azaltabilmektedir (Daley ve ark., 2007).

Avusturalya ve Türkiye'de yapılan önceki kesitsel çalışmalar beden kitle indeksi ve menopoz semptomları arasında anlamlı bir ilişki tespit edememiştir. Oysaki uzun vadeli çalışmalar vücut kitle indeksi ya da vücuttaki yağ oranı yüksek olan kadınların vazomotor semptomlar ve diğer menopoz semptomları açısından daha yüksek risk altında olduklarını ortaya koymaktadır. Yakın tarihli girişimsel

deneyler, fazla kilolu ya da obez kadınlarda kilo kaybının menopozun en sık görülen semptomu olan sıcak basmalarını iyileştirebileceğini göstermektedir (Koo ve ark., 2017).

4.6 Menopoz Semptomları ve Obezitede Hemşirenin Rolü

Menopozal sağlık bakım gereksinimleri hormon kaybı ve yaş değişimlerini algılamadan daha fazlasını gerektirmektedir. Koruyucu hizmetlerin devam ettirilmesinde ve kadınların kendi iyilik durumlarından sorumlu olduğunun bilincinde olarak bu dönemi geçirmelidir (Şirin ve Kavlak, 2008).

Menopoz döneminin iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyo- kültürel değişimlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Çünkü her kadının bu dönemi algılama biçimi ve yaşadığı belirti düzeyi farklılık göstermektedir (Tortumluoğlu, 2004).

Menopoz döneminde olan bir kadının değerlendirilmesinde hemşirenin ana hedefleri;

- Kadın menopoz ile ilgili fiziksel ve emosyonel değişimleri açıklayabilmeli
- Menopoz semptomları kadının günlük yaşamını etkilememeli
- Kadında osteoporoz gelişimi olmamalı veya en alt seviyede etkilenmeli
- Kadın ve çevresi klimakterik belirtilerle baş edebilecek seviyeye ulaşabilmeli
- Bu dönemin normal bir süreç olduğunu benimseyebilmeli
- Tedavi süreci ve süresine kadının kendisi de dahil edilerek planlanmalı
- Her tedavi ve bakım bireye özgü olarak ele alınmalı ve uygulanmalı (Taşkın, 2011).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak tasarlanarak gerçekleştirilmiş bir çalışmadır.

5.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın, İstanbul İli Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağlığı Merkezinde yapılmış olup, çalışma için kurum yetkilileri ile karşılıklı görüşme yapılarak sözel izin alınmıştır. Çalışmanın etik kurul, Sağlık Bilimleri Enstitüsü onayı ve yazılı kurum izni alındıktan sonra 15.04.2018-15.07.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağlığı Merkezinin seçilme nedeni;

* Öncelikle: İstanbul ilindeki kamu hastanelerinin neredeyse tamamı menopoza polikliniği/ kliniği olup olmadığı yönünde internet sitelerinden ya da telefon görüşmesi ile sorgulanmıştır. Aranılanlar içerisinde hiç birinde menopoza polikliniği/ kliniği olmaması, çalışmanın yapılacağı yaş grubundaki klimakterik dönem sağlıklı kadınlara bu kurumlarda ulaşma zorluğu nedeniyle çalışmanın Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yapılmasına karar verilmiştir.

* Bunun neticesinde bazı ASM ile görüşmeler yapılmış ve Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağlığı Merkezinden olumlu yanıt alınmıştır.

* Kurumun çalışmanın yapılmasına izin vereceklerini, çalışmayı destekleyeceklerini bildirmesi üzerine araştırmanın bu kurumda yapılmasına karar verilmiştir.

* Araştırmanın yapıldığı bu kurumda 45- 65 yaş arası hasta takipleri yapılmaktadır. Merkezde 5 doktor ve 5 ebe görev yapmaktadır.

5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

5.3.1 Araştırmanın evrenini; İstanbul İli Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağlığı Merkezinin hizmet verdiği popülasyondaki 45-65 yaş arası kadınların tamamı oluşturmıştır.

5.3.2 Araştırmanın Örneklemi

5.3.2.1 Örneklem sayısı; Bunun için, çalışmanın yapılması planlanan merkezin hizmet verdiği popülasyondaki kadın sayısı istenmiş ve kurumun istatistiklerine göre 45-65 yaş arası olan kadın sayısının 1595 olduğu belirlenmiştir. Evren sayısı belirlendikten sonra örneklem büyüklüğünü saptamada, evrendeki birey sayısı bilinen örneklem formülünden yararlanılmıştır. Formüle göre;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2 (N - 1) + t^2pq}$$

N : Evrendeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görünüş sıklığı

q : incelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (0.05)

$$n = \frac{(1595) \times (1.96)^2 \times (0.2)(0.8)}{(0.05)^2(1595-1) + (1.96)^2(0.2)(0.8)}$$

n= 213 çalışmaya toplamda en az alınması gereken kadın sayısı formüle göre yapılan hesaplama sonrası, çalışmaya alınması gereken 45-65 arası kadın sayısının en az 213 olması gerektiği belirlenmiştir.

Sonuçta çalışma **toplam 220 kadında** gerçekleştirilmiştir. Çalışmam kapsamına alınan kadınlar peri ve postmenopoz olmak üzere kendi içerisinde iki gruba ayrılmıştır. Perimenopoz grubundaki kadınların sayısı **n=50**, postmenopoz grubundaki kadınların sayısının ise **n=170** olduğu görülmüştür.

Örnekleme alınan kadınların menopoza durumuna göre dağılımı

Menopoza durumu	N= 220	
	n	%
Perimenopoz'da olan	50	22,7
Postmenopoz' da olan	170	77,3

Perimenopoz grubuna alınanlar: ≥ 45 yaş olan ve menopoza girmemiş (son adet tarihi üzerinden bir yıl geçmemiş) olan kadınlar,

Postmenopoz grubuna alınan kadınlar: ≥ 45 yaş olan ancak, son adet tarihinin üzerinden 1 yıl geçmiş ve menopoza girmiş olan kadınlar alınmıştır.

5.3.2.2 Örnekleme yöntemi: Çalışmanın örnekleminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmanın örneklemine alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınların tümü örneklem kapsamına alınmıştır.

5.3.2.3 Örnekleme alma kriterleri:

- Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı,
- 45-65 yaş arası ve
- Perimenopoz ve postmenopoz dönemlerinde olan (*Postmenopoz dönem için özellikle son adet tarihinden sonra 1 yıl geçmiş ve menopoza girmiş olan kadınlar alınmıştır*).
- Soruları anlayabilen ve yanıtlamada sorun yaşamayan.
- Tedavi gerektirecek düzeyde mental problemi, demans vb. olmayan.
- Ciddi/ağır kronik hastalığı olmayan.
- Sürekli kullandığı ilaçların ağır yan etkilerini yaşamayan ve
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır.

Yukarıdaki özellikler kapsamında olmayan yani örneklem kriterlerine uymayan kadınlar örnekleme alınmamıştır.

5.3.2.4 Çalışmadan çıkarılma kriterleri;

- Formları eksik ve/veya yanlış dolduran,
- Çalışma sırasında görüşmeyi yarıda bırakan ya da ayrılmak isteyen katılımcılar çalışma kapsamından çıkarılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların hiç birinde eksik form doldurma, çalışmanın yarısından ayrılmak isteme vb. olmamıştır. Araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmam kapsamına alınan 220 kadında eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

5.4 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Vaka Tanılama Formu ve Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

5.4.1 Vaka tanılama formu: iki bölümden oluşan bu formun birinci bölümünde kadınların sosyo- demografik, doğurganlık, menopoz, beslenme vb. özelliklerinin sorgulandığı 33 kapalı ve açık uçlu soru mevcuttur. Formun ikinci bölümünde, kadınların boy, kilo, VKİ, bel, kalça ve BKO ölçümü sonuçları yer almaktadır. Ayrıca bu bölümde bir soruda peri ve postmenopoz dönemindeki kadınların menopozdan etkilenme düzeylerinin belirlenebilmesi için 1’den 10’a kadar numaralandırılmış numerical rating scala kullanılmıştır. 1 “çok az düzeyde/ çok hafif” ve “10 çok fazla/ aşırı düzeyde ifade etmektedir.

5.4.2 Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği- MSDÖ (Menopause rating scala- MRS): 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 (Schneider ve ark., 2002). Menopause Rating Scala’nın Ülkemizde geçerlilik – güvenilirlik çalışması Özlem Can Gürkan tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Ölçek, menopoz semptomlarını somatik, psikolojik, genitoüriner olarak saptamaya yarayan ve aynı zamanda kadının yaşam kalitesini de belirleyebilen 11 maddeden oluşmaktadır. Menopause Rating Scala beşli likert tipi olup, ifadelerin puanlamaları 0 ile 4 arasında değişmektedir. “Hiç yok” ifadesi 0, “çok şiddetli” ifadesi 4 ile değerlendirilmektedir. Ölçekten toplamda alınabilecek en az puan 0 en fazla 44’ tür. Somatik ve psikolojik şikayetler alt boyutunda alınabilecek puanlar 0-16, genitoüriner şikayetlerde 0-12 arasındadır [Ölçekte ürogenital alt boyutunda gösterilen semptomların literatürde genitoüriner

semptomlar olarak ifade edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Aba ve ark., 2016)]. Ölçekte totalde ve alt boyutlarda alınan puanlar arttıkça menopoza semptomlarının o yönde daha şiddetli yaşadığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasında Cronbach's Alpha değeri: Somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72 olarak verilmiştir (Gürkan, 2005). Çalışmada ölçeğin Türkçe versiyonu kullanılmış olup, bunun için yazardan gerekli izin alınmıştır (Ek- 6).

5.5 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağlığı Merkezinde yapılabilmesi için önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan onay alınmıştır (Tarih ve sayı No: 11.09.2017- 162) (Ek- 2). Ardından ASM uygulanabilmesi amacıyla İstanbul Halk Sağlığı İzin Birimi'nden gerekli yazılı izinler (Tarih ve sayı No: 16867222/604.01.01) alınmıştır (Ek 3, 4, 5).

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlardan da gerekli açıklamalar sonrası (*araştırmanın konusu ve amacı, katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları, bireysel bilgilerinin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı başkalarına açıklanmayacağı vb. şeklinde açıklamalar*) yazılı onam alınmıştır.

5.6 Verilerin Toplanması ve Çalışmanın Uygulanması

Verilerin toplanması Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul onayı ve çalışmanın yapıldığı ASM' nin bağlı olduğu İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ve ASM izni sonrası gerçekleştirilmiştir. Hafta içi her gün 09.00-15.00 saatleri arasında veriler toplanmıştır. Kuruma başvuran kadınlar önce hekimin değerlendirilmesinden geçmiştir. Görüşme sonrası, araştırmanın örneklem kriterlerine uyanlar hekim tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Kadınlara araştırmaya ilişkin kısa bilgi verilerek, çalışmanın amacı açıklanmıştır. Ardından çalışmayı katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır. Çalışma kapsamına alınan kadınlara Vaka Tanılama Formu ve MSDÖ araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Formların uygulanması yaklaşık yirmi dakika sürmüştür. Formların tamamlanmasının ardından araştırmacı tarafından

kadının boy, kilo, bel ve kalça çevreleri ölçümleri yapılmış ve Vaka Tanılama Formunun ikinci bölümüne kayıt edilmiştir.

5.7 Verilerin Analizi

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20 versiyonu kullanılmıştır. Önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için vaka sayısı 30 üzerinde olacağından Kolmogorow-Smirnov testi daha sonra çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri, amaç ve hipotezleri doğrultusunda uygun istatistiksel analizler (frekans, ortalama, normal dağılım gösteriminde; ki kare, t testi, pearson korelasyon testi, anova vb.) yapılmıştır.

5.8 Çalışma Soruları

1. Peri ve postmenopozal kadınlarda yaşanan semptomlar ve şiddeti farklılık gösteriyor mu?
2. Yaşanan menopozal semptomlar ve düzeyi VKİ' ne göre değişiyor mu?
3. VKİ' ne göre obez olan kadınlar menopoz semptomlarını daha şiddetli mi yaşıyor?
4. BKO' ya göre menopoz semptomları ve düzeyi farklılık gösteriyor mu?

5.9 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları

- * Çalışmanın tek ASM' de yapıldığı için yalnızca o bölgedeki kadınları temsil ettiği için çalışmanın genellenemeyeceği,
- * Çalışmayı yapan kişinin erkek hemşire olmasından dolayı bel kalça ölçümlerinde kadınların utanması.

6. BULGULAR

Çalışmanın bulguları peri ve postmenopozdaki kadınların:

6.1 Tanımlayıcı özelliklerine,

6.2 Vücut Kitle İndeksi, Bel-Kalça Oranı ve beslenme özelliklerine,

6.3 Menopoz şikayetleri ve çözüm yollarına ait özellikler ve

6.4 Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği- MSDÖ sonuçlarına ait özelliklere ilişkin veriler olmak üzere 4 ana başlık altında verilmiştir.

6.1 Peri ve Postmenopozdaki Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde peri ve postmenopoz dönemindeki kadınların sosyo- demografik, kronik hastalık, ilaç kullanımı, menopoza ilişkin özellikler vb. ait sonuçlara yer verilmiştir.

Tablo 6.1.1 Peri ve postmenopozdaki kadınların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	N=220		χ^2 , p
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)	
	n(%)	n(%)	
Yaş dağılımı			
45-50	45 (90,0)	44 (25,9)	$\chi^2= 58,16$ p= 0,000
51-55	5 (10,0)	63 (37,1)	
≥56	0 (0,0)	63 (37,1)	
Yaş ortalaması/ yıl	Ort. ± SD	Ort. ± SD	t= 9,49 p= 0,000
	47,28 ± 2,29	54,40 ± 5,14	
Eğitim düzeyi			
OY/OYD*	5 (10,0)	22 (12,9)	$\chi^2= 6,34$ p= 0,17
İlkokul	19 (38,0)	87 (51,2)	
Ortaokul	11 (22,0)	30 (17,6)	
Lise	8 (16,0)	22 (12,9)	
Üniversite	7 (14,0)	9 (5,3)	
Medeni durum			
Evli	39 (78,0)	142 (83,5)	$\chi^2=7,21$ p= 0,06
Hiç evlenmemiş	4 (8,0)	5 (2,9)	
Eşi hayatta değil	0 (0,0)	10 (5,9)	
Boşanmış	7 (14,0)	13 (7,6)	
Çalışma durumu			
Çalışmayan (ev hanımı)	23 (46,0)	118 (69,4)	$\chi^2= 21,51$ p= 0,000
Emekli	0 (0,0)	15 (8,8)	
Çalışan	27 (54,0)	37 (21,8)	

Pearson, Fisher Chi- Square test ve t -test kullanılmıştır.

*: OY/OYD= Okuryazar/Okuryazar değil

Çalışma kapsamına alınan peri ve postmenopoz kadınların eğitim düzeyi ve medeni durumlarına göre aralarında anlamlı fark bulunmadığı (p>0.05), ancak yaş dağılımı ve ortalaması (Perimenopoz G:47,28 ± 2,29; Postmenopoz G:54,40 ± 5,14) ile çalışma durumu (Perimenopoz G: çalışan oranı %54,0; Postmenopoz G: %21,8) arasında anlamlı fark olduğu (p<0.001) belirlenmiştir (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.2 Peri ve postmenopozdaki kadınların kronik hastalık, ilaç kullanımı ve alışkanlıklarına ait özellikler

Özellikler	N=220		Total (%)	χ^2 , p
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)		
	n(%)	n(%)		
Kronik hastalık varlığı				
Var	16 (32,0)	73 (42,9)	89 (40,5)	$\chi^2= 1,92$ p= 0,16
Yok	34 (68,0)	97 (57,1)	131 (59,5)	
Sürekli ilaç kullanımı				
Kullanan	17 (34,0)	78 (45,9)	95 (43,2)	$\chi^2= 2,22$ p= 0,13
Kullanmayan	33 (66,0)	92 (54,1)	125 (56,8)	
HRT* alma durumu				
Alan	1 (2,0)	11 (6,5)	12 (5,5)	$\chi^2= 1,49$ p= 0,30
Almayan	49 (98,0)	159 (93,5)	208 (94,5)	
Menopoz nedeniyle takviye tedavi alma				
Alan	0 (0,0)	6 (3,5)	6 (2,7)	$\chi^2= 1,81$ p= 0,34
Almayan	50 (100,0)	164 (96,5)	214 (97,3)	
Sigara içme durumu				
İçen	18 (36,0)	31 (18,2)	49 (26,0)	$\chi^2= 7,06$ p= 0,02
Bırakan	4 (8,0)	16 (9,4)	20 (8,0)	
Hiç içmeyen	28 (56,0)	123 (72,4)	151 (66,0)	
Alkol kullanma durumu				
Kullanan	5 (10,0)	5 (2,9)	10 (4,5)	$\chi^2= 4,43$ p= 0,05
Kullanmayan	45 (90,0)	165 (97,1)	210 (95,5)	

Pearson ve Fisher Chi- Square test kullanılmıştır

*: HRT = hormon replasman tedavisi

Peri ve postmenopoz grubundaki kadınlarda kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı HRT ya da takviye tedavi alma durumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Sigara içme (%36,0) ve alkol kullanma oranının (%10,0) perimenopoz dönemindeki kadınlarda anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 6.1.2).

Tablo 6.1.3 Postmenopoz grubu kadınların menopoza ilişkin özellikleri

Özellikler	Postmenopoz kadınlar (n= 170)		
	n (%)		
Menopoza girme şekli			
Doğal menopoz	161 (94,7)		
Cerrahi menopoz	9 (5,3)		
Son adet yaşı/yıl		Son adet yaşı ort./yıl	
35- 41	23 (13,5)	Ort. $\pm$ SD	Median
42-48	101 (59,4)	45,66 $\pm$ 3,76	45
49-55	46 (27,1)		
Menopoza girme yaşı/yıl		Menopoza girme yaş ort./yıl	
45 ve altı	67 (39,4)	Ort. $\pm$ SD	Median
46-50	73 (42,9)	46,67 $\pm$ 3,73	46
51 ve üzeri	30 (17,6)		
Menopoz süresi/yıl		Menopoz süresi ort./yıl	
1-5	76 (44,7)	Ort. $\pm$ SD	Median
6-10	44 (25,9)	7,78 $\pm$ 5,62	6
11-15	27 (15,9)		
16 ve üzeri	23 (13,5)		

Pearson, Fisher Chi- Square test ve t -test kullanılmıştır.

Postmenopoz grubundaki kadınların %94,7'nin doğal olarak menopoza girdiği, son adet yaşı ortalamasının 45,66 $\pm$ 3,76, ortancasının 45 yaş olduğu, menopoza girme yaşı ortalamasının 46,67 $\pm$ 3,73, ortancasının 46 yaş olduğu ve ortalama 7,78 $\pm$ 5,62, ortanca olarak 6 yıldır menopozda oldukları belirlenmiştir (Tablo 6.1.3).

Tablo 6.1.4 Peri ve postmenopoz kadınların menopoza ilişkin ifadeleri

Menopoza ilişkin ifadeler	N=220		Total (%)	χ^2 , p
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)		
	n(%)	n(%)		
<i>Doğal, normal bir süreç</i>	26 (52,0)	91 (53,5)	117 (53,2)	$\chi^2= 0,03$ p= 0,84
<i>Kadınlık özelliklerinin yok olması</i>	10 (20,0)	82 (48,2)	92 (41,8)	$\chi^2= 12,66$ p= 0,000
<i>Üretkenliğin bitmesi</i>	10 (20,0)	39 (22,9)	49 (22,3)	$\chi^2= 0,19$ p= 0,66
<i>Yaşlılık, yaşlanma</i>	19 (38,0)	37 (21,8)	56 (25,5)	$\chi^2=5,36$ p= 0,02
<i>Cinselliğin bitmesi, azalması</i>	5 (10,0)	20 (11,8)	25 (11,4)	$\chi^2=0,11$ p= 0,73
<i>Toplumsal, aile içi itibarda artış</i>	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)	$\chi^2= 0,29$ p= 0,77
<i>Sağlık sorunlarında / hastalıkta artış</i>	12 (24,0)	22 (12,9)	34 (15,5)	$\chi^2= 3,61$ p= 0,05

Pearson ve Fisher Chi- Square test kullanılmıştır.

Peri ve post menopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin “doğal, normal bir süreç”, “üretkenliğin bitmesi”, “cinselliğin bitmesi/azalması” ve “toplumsal, aile içi itibarda artış” şeklindeki ifadeler açısından aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak “kadınlık özelliklerinin yok olması” ifadesini daha çok postmenopozdaki kadınların (%48,2), “yaşlılık/yaşlanma (%38,0)” ve “sağlık sorunlarında, hastalıklarda artış (%24,0)” ifadelerini de perimenopoz dönemindeki kadınların kullandığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$ - $p<0,001$) (Tablo 6.1.4).

Tablo 6.1.5 Peri ve postmenopoz kadınların yaşadıkları duygular

Yaşanan duygular	N=220		Total (%)
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)	
	n(%)	n(%)	
<i>Normal karşıladım/ karşılıyorum</i>	26 (52,0)	57 (33,5)	83 (37,7)
<i>Üzülüyorum</i>	16 (32,0)	58 (34,1)	74 (33,6)
<i>Korkuyorum</i>	1 (2,0)	2 (1,2)	3 (1,4)
<i>Yaşlandığımı hissediyorum</i>	1 (2,0)	10 (5,9)	11 (5,0)
<i>Kaygılanıyorum/ Endişeleniyorum</i>	4 (8,0)	10 (5,8)	14 (6,0)
<i>Stres yaşıyorum</i>	0 (0,0)	13 (7,6)	13 (5,9)
<i>Sinirleniyorum</i>	2 (4,0)	6 (3,5)	8 (3,6)
<i>Mutsuz oluyorum</i>	0 (0,0)	5 (2,9)	5 (2,3)
<i>Cinselliğin/doğurganlığın bitmesinde etkileniyorum</i>	0 (0,0)	5 (2,9)	5 (2,3)
<i>Boşluk hissediyorum</i>	0 (0,0)	3 (1,8)	3 (1,4)
<i>Rahatladım</i>	0 (0,0)	5 (2,9)	5 (2,3)
<i>Duygusallaşıyorum</i>	0 (0,0)	6 (3,5)	6 (2,7)
<i>Heyecanlanıyorum</i>	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)
<i>Huzursuzluk hissediyorum</i>	0 (0,0)	3 (1,8)	3 (1,4)

Peri ve postmenopoz grubundaki kadınların menopozu normal karşıladıkları (Perimenopoz G: %52, Postmenopoz G: %33,5), üzülmeye oranların %32-34 arasında değiştiği, stres yaşamının oranı postmenopoz kadınlarda yüksek bulunmuştur (Tablo 6.1.5).

Tablo 6.1.6 Peri ve postmenopoz kadınların menopoza ilişkin bilgi alma durumları ve bilgilerini yeterli görme düzeyleri

Menopoza ilişkin bilgi alma durumu ve bilginin yeterlilik düzeyi	N=220		Total (%)	χ^2 , p
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)		
	n(%)	n(%)		
Menopoz dönemine ilişkin bilgi alma durumu				
Alan	15 (30,0)	38 (22,4)	53 (24,1)	$\chi^2= 1,23$ p= 0,26
Almayan	35 (70,0)	132 (77,6)	167 (75,9)	
Menopoz dönemine ilişkin bilgi yeterli görme durumu				
Yeterli gören	11 (22,0)	31 (18,2)	42 (19,1)	$\chi^2= 2,30$ p= 0,31
Yeterli görmeyen	21 (42,0)	92 (54,1)	113 (51,4)	
Kısmen yeterli gören	18 (36,0)	47 (27,6)	65 (29,5)	

Fisher Chi- Square test kullanılmıştır.

Peri ve postmenopoz kadınların menopoz ile ilgili bilgi alma durumları ve bilgilerinin yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.1.6).

6.2 Peri ve Postmenopozdaki Kadınların Vücut Kitle İndeksi, Bel-Kalça Oranı ve Beslenme Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde peri ve postmenopoz kadınların vücut kitle indeksleri (VKİ), bel kalça oranları (BKO), egzersiz ve beslenme durumlarına ait sonuçlara yer verilmiştir.

Tablo 6.2.1 Peri ve postmenopoz dönemindeki kadınların VKİ ve BKO özellikleri

Özellikler	N=220		İstatistiksel anlamlılık
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)	
	n(%)	n(%)	
VKİ dağılımı			
Zayıf (<18,5)	2 (4,0)	1 (0,6)	$\chi^2 = 23,18$ $p = 0,000$
Normal (18,5 – 24,9)	14 (28,0)	15 (8,8)	
Şişman (25,0 – 29,9)	22 (44,0)	65 (38,2)	
1. derece obez (30,0 – 34,9)	8 (16,0)	74 (43,5)	
2. derece obez (35,0-39,9)	4 (8,0)	12 (7,1)	
3. derece obez (≥ 40)	0 (0,0)	3 (1,8)	
	n=12 (%24,0)	n=89 (%52,3)	
BKO (Bel Kalça Oranı)			
0.72 ve ↓	3 (6,0)	11 (6,5)	$\chi^2 = 0,01$ $p = 0,60$
0.72 ↑	47 (94,0)	159 (93,5)	
VKİ ve BKO ortalamaları	Ort. ± SD	Ort. ± SD	
VKİ	27,37 ± 4,61	30,16 ± 4,04	t= 4,14 p= 0,000
BKO	0,85 ± 0,08	0,86 ± 0,86	t= 0,45 p= 0,65

Pearson, Fisher Chi-Square test ve t-test kullanılmıştır.

VKİ oranlarına göre postmenopozdaki kadınların yarısından fazlasının %52,3 (n=89) obez olduğu ve 1.derece obez olanların oranının %43,5 olduğu, perimenopozdaki kadınlarda obez oranının %24,0 (n=12), 1.derece obez oranının %16,0 ve yaklaşık yarısının (%44,0) şişman oldukları belirlenmiştir. İki grup arasındaki bu farkın anlamlı olduğu ($p < 0,001$) görülmüştür. BKO ortalamaları açısından her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$) ve her iki gruptaki kadınların tamamına yakınının (Perimenopozal G= %94,0; Postmenopozal G= %93,5) BKO 0,72' nin üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2.1).

Tablo 6.2.2 Peri ve postmenopoz dönemindeki kadınların egzersiz yapma durumları, kilo ve bedene ilişkin algıları

Egzersiz yapma, kilo ve bedene ilişkin algı	N=220		Total (%)	χ^2 , p
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)		
	n(%)	n(%)		
Egzersiz yapma durumu				
Düzenli yapan	12 (24,0)	25 (14,7)	37 (16,8)	$\chi^2 = 2,97$ p= 0,22
Yapmayan	27 (54,0)	112 (65,9)	139 (63,2)	
Arada sırada yapan	11 (22,0)	33 (19,4)	44 (20,0)	
Bedenini algılama şekli				
Çok iyi/ iyi	17 (34,0)	27 (15,9)	44 (20,0)	$\chi^2 = 9,40$ p= 0,07
Fena değil	20 (40,0)	84 (49,4)	104 (47,3)	
Kötü	13 (26,0)	59 (34,7)	72 (32,7)	
Kendi kilosuna ilişkin algıları				
Balık etli	20 (40,0)	59 (34,7)	79 (35,9)	$\chi^2 = 1,79$ p= 0,61
Zayıf	4 (8,0)	8 (4,7)	12 (5,5)	
Kilolu	23 (46,0)	87 (51,2)	110 (50,0)	
Aşırı kilolu	3 (6,0)	16 (9,4)	19 (8,6)	

Fisher Chi- Square test kullanılmıştır.

Her iki gruptaki kadınların yarıdan fazlasının (Perimenopoz G= %54,0, Postmenopoz G= %65,9) egzersiz yapmadığı, çoğunluğunun (Perimenopoz G= %40,0, Postmenopoz G= %49,4) bedenlerini “fena değil” olarak yorumladıkları ve her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun (Perimenopoz G= %46,0, Postmenopoz G= %51,2) kendilerini “kilolu” olarak değerlendirdikleri ve gruplar arasında bu özellikler açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.2.2).

Tablo 6.2.3 Peri ve postmenopoz kadınlarda beslenmeye ilişkin özellikleri

Özellikler	N=220		χ^2 , p
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)	
	n(%)	n(%)	
Günlük beslenme şekli ▪Sık sık yiyen, devamlı atıştırarak ▪Sabah kahvaltı etmeyen, öğle ve akşam yiyen ▪Sabah ve akşam yiyen ▪Üç öğün düzenli yiyen	4 (8,0) 9 (18,0) 15 (30,0) 22 (44,0)	13 (7,6) 14 (8,2) 49 (28,8) 94 (55,3)	$\chi^2 = 4,48$ p= 0,21
Yemek yeme şekli Az Çok / yemeyi seven Normal	9 (18,0) 11 (22,0) 30 (60,0)	39 (22,9) 14 (8,2) 117(68,8)	$\chi^2 = 7,32$ p= 0,02
Yemek yiyerek rahatladığı durumlar ▪Üzülme, sinirlenme, stres, sıkılma, yalnızlık ▪Mutlu, neşeli, keyifli, huzurlu, sevinçli olduğunda ▪Her durumda ▪Acıktığında ▪Yemeği rahatlama aracı olarak kullanmayan	16 (32,0) 6 (12,0) 0 (0,0) 28 (56,0) 0 (0,0)	57 (33,5) 11 (6,5) 4 (2,4) 87 (51,2) 11 (6,5)	$\chi^2 = 6,14$ p= 0,18

Pearson, Fisher Chi- Square test kullanılmıştır.

Peri ve postmenopoz kadınların genelde üç öğün düzenli yemek yedikleri ve günlük beslenme şekilleri ile yemek yiyerek rahatladıkları durumlar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), yemek yeme şekillerini çoğunlukla (Perimenopoz G= %60,0, Postmenopoz G= %68,8) normal olarak yorumlasalar da perimenopoz kadınların %22,0' ının yemek yemeyi çok sevdiğini ifade ettiği ve yemek yeme şekli açısından gruplar arası anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir (Tablo 6.2.3).

Tablo 6.2.4 Peri ve postmenopozdaki kadınların günlük sıvı ve besin tüketimleri

Sıvı ve besin tüketimi	N=220		İstatistiksel anlamlılık
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)	
	n(%)	n(%)	
Günlük sıvı tüketimi			
Su (litre)	1.73±0.68	1.60± 0.64	t= - 1.21 p= 0.22
Kahve (fincan)	1.38± 1.21	1.15± 1.10	t= -1.28 p= 0.20
Çay (bardak)	7.14 ± 7.10	6.32 ± 3.78	t= -1.07 p= 0.28
Besin tüketimi			
Kırmızı/ beyaz et	46 (92,0)	150 (88,2)	$\chi^2= 0,56$ p= 0,45
Kuru baklagiller	30 (60,0)	105 (61,8)	$\chi^2= 0,05$ p=0,82
Süt ve süt ürünleri	46 (92,0)	145 (85,3)	$\chi^2= 1,51$ p= 0,21
Meyve	39 (78,0)	111 (65,3)	$\chi^2= 2,87$ p= 0,09
Sebze	38 (76,0)	117 (68,8)	$\chi^2= 0,95$ p=0,32
Hamur işi	22 (44,0)	43 (25,3)	$\chi^2= 6,49$ p=0,01
Tatlı	21 (42,0)	52 (30,6)	$\chi^2= 2,26$ p=0,13
Fast food	7 (14,0)	8 (4,7)	$\chi^2= 5,25$ p= 0,04
Abur cubur	11 (22,0)	11 (6,5)	$\chi^2= 10,35$ p=0,001
Pilav, makarna, ekmek	34 (68,0)	58 (34,1)	$\chi^2= 18,23$ p= 0,000

Pearson ve Fisher Chi- Square test ile t testi kullanılmıştır.

Her iki grupta da su ve kahve tüketiminin az çay tüketiminin fazla olduğu, besin olarak sırasıyla et, süt ve süt ürünleri, kuru baklagiller, meyve ve sebzenin yoğun olarak tüketildiği ve bu özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür. Ancak hamur işi, pilav, makarna, ekmek, abur cubur ve fast food tüketiminin perimenopoz dönemindeki kadınlarda anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$ - $p<0,001$) (Tablo 6.2.4).

Tablo 6.2.5 Peri ve postmenopozdaki kadınların besinleri tüketme şekli ve kullandıkları yağ çeşidi

Özellikler	N=220	
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)
	n(%)	n(%)
Besinleri tüketme şekli		
Haşlama	27 (54,0)	101 (59,4)
Kızartma	25 (50,0)	90 (52,9)
Fırında	24 (48,0)	101 (59,4)
Tencere yemeği	45 (90,0)	143 (84,1)
Dondurulmuş gıdalar	5 (10,0)	17 (10,0)
Konserve	5 (10,0)	11 (6,5)
Söğüş	5 (10,0)	17 (10,0)
Yemeklerde kullanılan yağ çeşitleri		
Zeytinyağı	23 (46,0)	107 (62,9)
Ayçiçek yağı	35 (70,0)	136 (80,0)
Mısır/ fındık yağı	1 (2,0)	10 (5,9)
Tereyağı	31 (62,0)	113 (66,5)
Margarin	8 (16,0)	25 (14,7)

İki grupta da tencere yemeği (Perimenopoz G= %90,0, Postmenopoz G= 84,1) ve ayçiçek yağ kullanımı çoğunlukta olduğu görülmüştür (Tablo 6.2.5).

6.3 Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Şikayetleri ve Çözüm Yollarına Ait Özellikler

Bu bölümde peri ve postmenopoz kadınlarda menopoz şikayetleri ve çözüm yollarına ait özelliklere yer verilmiştir.

Tablo 6.3.1 Peri ve postmenopoz kadınların menopoz şikâyetlerine ilişkin özellikleri

Özellikler	N=220		t, p
	Perimenopoz n=50	Postmenopoz n= 170	
	Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD	
Menopoz şikayetlerinin başladığı yaş	45,20 $\pm$ 2,39	46,02 $\pm$ 3,61	t= 1,51 p= 0,13
Menopoz şikayetlerini yaşama süresi/ yıl	2,22 $\pm$ 1,37	6,74 $\pm$ 5,01	t= 6,29 p= 0,000
Menopoz şikayetlerinden etkilenme düzeyi*	5,36 $\pm$ 2,14	6,55 $\pm$ 1,66	t= 4,13 p= 0,000

T- testi kullanılmıştır.

* Peri ve postmenopoz dönemindeki kadınların menopozdan etkilenme düzeylerinin belirlenebilmesi için 1'den 10'a kadar numaralandırılmış numerical rating scala kullanılmıştır (1 çok az -10 çok fazla).

Menopoz şikayetlerinin başlama yaşının 45 ve 46 yaşlarında olduğu ve iki grup arasında bu bağlamda farklılık görülmediği ($p>0,05$), menopoz şikayetlerinin yaşama sürelerinin ortalama 6,74 $\pm$ 5,01/ yıl ile ve menopoz şikayetlerinden etkilenme düzeyinin ortalama 6,55 $\pm$ 1,66 ile postmenopoz kadınlarda daha fazla olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir (Tablo 6.3.1).

Tablo 6.3.2 Peri ve postmenopoz kadınların menopoz semptomlarından en çok şikâyet ettikleri durumlar

Şikâyet edilen durumlar	N=220		Total (%)
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)	
	n (%)	n (%)	
Sıcak basması	16 (32,0)	121 (71,2)	137 (62,3)
Cinsel sorunlar	1 (2,0)	8 (4,7)	9 (4,1)
Fiziksel/ zihinsel yorgunluk	5 (10)	6 (3,5)	11 (5,0)
Sinirlilik	11 (22,0)	26 (15,3)	37 (16,8)
İdrar sorunları	1 (2,0)	4 (2,4)	5 (2,3)
Çarpıntı	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)
Endişe / kaygı	3 (6,0)	4 (2,4)	7 (3,2)
Vajinada kuruluk	2 (4,0)	9 (5,3)	11 (5,0)
Uyku sorunları	3 (6,0)	2 (1,2)	5 (2,3)
Eklem / kas ağrıları	4 (8,0)	8 (4,7)	12 (5,5)
Keyifsizlik	3 (6,0)	2 (1,2)	5 (2,3)
Kanama	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
Hiçbir şikâyet belirtmeyen	2 (4,0)	1 (0,6)	3 (1,4)

Menopoz semptomlarında en çok şikâyet edilen durumun her iki grupta da sıcak basması olduğu ve oran olarak %71,2 ile postmenopozdaki kadınlarda daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Menopoz semptomlarından en çok şikâyet edilen ikinci durumun ise her iki grupta da sinirlilik olduğu görülmüştür (Tablo 6.3.2).

Tablo 6.3.3 Kadınların ifadelerine göre menopoş şikayetlerini arttıran durumlar ve ortaya çıkan semptomlar

Durumlar	N=220		χ^2 , p
	Perimenopoz Grubu (n=50)	Postmenopoz Grubu (n=170)	
	n(%)	n(%)	
Menopoz şikayetlerini arttıran durum varlığı			
Var	12 (24,0)	25 (14,7)	$\chi^2 = 2.38$ p= 0.12
Yok	38 (76,0)	145 (85,3)	
Menopoz semptomları arttıran durumlar* (kadınların ifadeleri)			$\chi^2 = 14,86$ p= 0.05
▪ Aile içi ya da genel kavgalarda	1 (12,5)	7 (87,5)	
▪ Sinirlendiğimde/ dediklerim yapılmadığında/ dengesiz davranışlarda/ haksızlığa uğradığımda	8 (53,3)	7 (46,7)	
▪ Stresli, üzüntülü olduğumda	2 (22,2)	7 (77,8)	
▪ Çok yoğun/ hareketli olduğumda/ uyuyamadığımda	1 (20,0)	4 (80,0)	
Menopoz şikayetlerini arttıran durum varlığında ortaya çıkan semptomlar**			$\chi^2 = 3,41$ p= 0.41
Çarpıntı	0 (0,0)	2 (100,0)	
Sinirlilik/ sıkıntı	6 (35,3)	11 (64,7)	
Sıcak basması, terleme	3 (23,1)	10 (76,9)	
Cinsel sorunlar	1 (50,0)	1 (50,0)	
Uyku problemleri	2 (66,7)	1 (33,3)	

Pearson Chi- Square test kullanılmıştır.

Perimenopoz grubundaki kadınların %24,0 (n=12), postmenopoz grubundaki kadınların ise %14,7' si (n=25) menopoz şikayetlerini arttıran durumların var olduğunu ifade etmiştir. Her iki gruptaki kadınlar sinirlendikleri durumlarda menopoz şikayetlerinin artış gösterdiğini benzer oranlarda (Perimenopoz G: %53,3 Postmenopoz G: %46,7) belirtilmiş olmakla birlikte, özellikle kavga, stres, üzüntü, yoğunluk, uykusuzluk vb. durumlarda menopoz şikayetlerinde artış olduğunu postmenopoz grubundaki kadınların daha fazla belirttiği (p<0,05) saptanmıştır. menopoz şikayetlerini arttıran durumların varlığında her iki gruptaki kadınlarda en

fazla sinirlilik ve sıcak basması semptomlarının yaşandığı ve yaşanan semptomlar açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 6.3.3).



NOT: 6.3.4 – 6 Tablolarında kadınların menopoz semptomlarının çözümüne yönelik uygulamaları yer almaktadır. Gruplandırmada MSDÖ alt grupları baz alınmıştır.

Tablo 6.3.4 Peri ve postmenopozdaki kadınların somatik şikayetlerin çözümüne yönelik uygulamaları

Semptomlar ve çözüm uygulamaları	N=220		Total (%)	χ^2 , p
	Perimenopoz Kadınlar (n=50)	Postmenopoz Kadınlar (n=170)		
	n(%)	n(%)		
Sıcak basmasında				
Duş yapma	26 (52,0)	97 (57,1)	123 (55,9)	$\chi^2= 20,59$ $p=0,001$
Serin yerde durma, klima/yelpaze	5 (10,0)	27 (15,9)	32 (14,5)	
Kıyafetleri çıkarma	4 (8,0)	13 (7,6)	17 (7,7)	
Su ve bitkisel çaylar içme	0 (0,0)	19 (11,2)	19 (8,6)	
Gezi, yürüyüş	4 (8,0)	4 (2,4)	8 (3,6)	
Hiçbir şey yapmayan	11 (22,0)	10 (5,9)	21 (9,5)	
Kalp rahatsızlığında				
Yürüyüş, açık hava	1 (2,0)	4 (2,4)	5 (2,3)	$\chi^2= 7,11$ $p= 0,21$
Dinlenme, derin nefes alma, masaj	11 (22,0)	18 (10,6)	29 (13,2)	
Duş alma	0 (0,0)	8 (4,7)	8 (3,6)	
İlaç kullanma	2 (4,0)	5 (2,9)	7 (3,2)	
Doktora gitme	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)	
Hiçbir şey yapmayan	36 (72,0)	133 (78,2)	169 (76,8)	
Uyku sorunlarında				
Tv, kitap okuma	12 (24,0)	24 (14,1)	36 (16,4)	$\chi^2= 15,10$ $p=0,08$
Bitki çayı, süt, ayran içme	2 (4,0)	7 (4,1)	9 (4,1)	
Duş alma	2 (4,0)	30 (17,6)	32 (14,5)	
Uzanıp dinlenme, uyumaya çalışma	8 (16,0)	40 (23,5)	48 (21,8)	
Dua etme	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)	
İlaç kullanma, psikolojik destek	1 (2,0)	7 (4,1)	8 (3,6)	
Sigara içme	1 (2,0)	1 (0,6)	2 (0,9)	
Yatmadan önce sigara içmeme	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Serin, sessiz ortamda durma	2 (4,0)	9 (5,3)	11 (5,0)	
Hiçbir şey yapmama	21 (42,0)	51 (30,0)	72 (32,7)	
Eklem-kas ağrılarında				
Uyuma, dinlenme	18 (36,0)	82 (48,2)	100 (45,5)	$\chi^2= 9,30$ $p = 0,09$
Duş alma	0 (0,0)	6 (3,5)	6 (2,7)	
İlaç, vitamin	5 (10,0)	23 (13,5)	28 (12,7)	
Egzersiz	2 (4,0)	5 (2,9)	7 (3,2)	
Masaja gitme	2 (4,0)	1 (0,6)	3 (1,4)	
Hiçbir şey yapmayan	23 (46,0)	53 (31,2)	76 (34,5)	

Pearson ve Fisher Chi- Square test ile t testi kullanılmıştır.

Somatik şikayetlerden sıcak basmasında çözüm olarak her iki gruptaki kadınların benzer oranlarda (Perimenopoz G: %52,0; Postmenopoz G: %57,1) duş aldıklarını ifade ettikleri, ancak serin yerde durma ya da klima/ yelpaze kullanma, su ve bitkisel çaylar içme oranlarının postmenopoz grubundaki kadınlarda daha fazla olduğu ve farkın anlamlılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,001$). Kalp rahatsızlığı şikayetinde her iki gruptaki kadınların genelde hiçbir şey yapmadıklarını ifade ettikleri (Perimenopoz G: %72,0; Postmenopoz G: %78,2), yapılan çözüm uygulamaları arasında da en fazla dinlenme ve derin nefes almanın ifade edildiği ve yapılan uygulamalar açısından gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Uyku sorunlarında perimenopozdaki kadınların %42,0' ı, postmenopozdaki kadınların %30,0' nun herhangi bir şey yapmadıklarını belirttiği, yapılan çözüm uygulamalarında da uzanıp dinlendiklerini (%16,0; %23,5), TV seyrettiklerini ya da kitap okuduklarını (%24,0; %14,1) ifade ettikleri ve gruplar arasında yapılan uygulamalar açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Eklem- kas ağrılarına yönelik şikayetlerde her iki gruptaki kadınların çoğunlukla (Perimenopoz G: %36,0; Postmenopoz G: %48,2) uyuduklarını ya da dinlendiklerini ifade ettiği ve yapılan uygulamalar açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 6.3.4).

Tablo 6.3.5 Peri ve postmenopozdaki kadınların psikolojik şikayetlerin çözümündeki uygulamaları

Semptomlar ve çözüm uygulamaları	N=220		Total (%)	χ^2 , p
	Perimenopoz Kadınlar (n=50)	Postmenopoz Kadınlar (n=170)		
	n(%)	n(%)		
Keyifsizlik halinde				$\chi^2 = 17,31$ $p = 0,04$
TV, müzik	20 (40,0)	73 (42,9)	93 (42,3)	
Gezme, tatile gitme	10 (20,0)	19 (11,2)	29 (13,2)	
Hobi, ev işi yapma	3 (6,0)	4 (2,4)	7 (3,2)	
Çocuklarla ilgilenme	0 (0,0)	5 (2,9)	5 (2,3)	
Uyuma, sessiz kalma	6 (12,0)	8 (4,7)	14 (6,4)	
Yemek, tatlı, kahve	4 (8,0)	5 (2,9)	9 (4,1)	
Dua, kendisiyle ilgilenme	0 (0,0)	4 (2,4)	4 (1,8)	
Ağlama	0 (0,0)	3 (1,8)	3 (1,4)	
Duş alma	2 (4,0)	6 (3,5)	8 (3,6)	
Hiçbir şey yapmayan	5 (10,0)	43 (25,3)	48 (21,8)	
Sinirlilik halinde				$\chi^2 = 35,90$ $p = 0,000$
Yemek yapmak/ yemek yeme	10 (20,0)	21 (12,4)	31 (14,1)	
Tv, müzik	1 (2,0)	24 (14,1)	25 (11,4)	
Gezme, yürüyüş, ortamdan uzaklaşma	12 (24,0)	34 (20,0)	46 (20,9)	
Eşyaları atma, ortamdan uzaklaşma	8 (16,0)	6 (3,5)	14 (6,4)	
Sigara, alkol	5 (10,0)	2 (1,2)	7 (3,2)	
Dua etme	1 (2,0)	2 (1,2)	3 (1,4)	
Kendini sakinleştirme, derin nefes alma, uyuma	3 (6,0)	13 (7,6)	16 (7,3)	
Telefonla konuşma	2 (4,0)	1 (0,6)	3 (1,4)	
Duş alma	0 (0,0)	4 (2,4)	4 (1,8)	
Hiçbir şey yapmayan	8 (16,0)	63 (37,1)	71 (32,3)	
Endişe/ kaygı durumunda				$\chi^2 = 9,67$ $p = 0,37$
Tv, müzik	5 (10,0)	22 (12,9)	27 (12,3)	
Yemek yeme	2 (4,0)	9 (5,3)	11 (5,0)	
Ağlama	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)	
Dinlenme, uyuma, yalnız kalma	8 (16,0)	14 (8,2)	22 (10,0)	
Hobilerle ilgileneme, gezme	9 (18,0)	35 (20,6)	44 (20,0)	
Sigara, kahve	2 (4,0)	2 (1,2)	4 (1,8)	
Dua etme	1 (2,0)	1 (0,6)	2 (0,9)	
Hastaneye gitme	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Kavga etme	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)	
Hiçbir şey yapmayan	22 (44,0)	85 (50,0)	107 (48,6)	
Fiziksel ve zihinsel yorgunlukta				$\chi^2 = 7,66$ $p = 0,17$
Uyuma, dinlenme	38 (76,0)	21 (12,4)	159 (72,3)	
Duş alma	5 (10,0)	21 (12,4)	26 (11,8)	
Müzik	1 (2,0)	2 (1,2)	3 (1,4)	
Vitamin alma	2 (4,0)	2 (1,2)	4 (1,8)	
Kahve içme	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Hiçbir şey yapmayan	3 (6,0)	24 (14,1)	27 (12,3)	

Pearson ve Fisher Chi- Square test ile t testi kullanılmıştır.

Psikolojik şikayetlerden keyifsizlik halinde çözüm olarak her iki gruptaki kadınların benzer oranlarda (%40,0; %42,9) TV izleme, müzik dinleme yöntemlerini kullandıkları, ancak çocuklarla ilgilenme, dua etme, ağlama gibi çözüm yollarını yalnızca postmenopoz dönemindeki kadınların tercih ettiği ve yine hiçbir şey yapmama oranının postmenopoz grupta %25,3 oranı ile daha yüksek olduğu belirlenmiş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Sinirlilik halinde perimenopozdaki kadınların çoğunlukla gezme/yürüyüş yapma, ortamdan uzaklaşma (%24,0), yemek yapma/ yemek yediklerini (%20,0) ifade ettikleri, postmenopozdaki kadınların ise %37,1'nin hiçbir şey yapmadığını, %20,0'nın ise gezme/yürüyüş yaptıkları, ortamdan uzaklaştıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Çözüm uygulamaları açısından iki gruptaki kadınların uygulamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur. Endişe/ kaygı durumlarında çözüm olarak her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun hiçbir şey yapmadıklarını (%44,0; %50,0) ifade ettiği, eylem olarak çoğunlukla hobileri ile ilgilendikleri, gezdikleri belirlenmiş ve çözüm girişimleri açısından gruplar arasında fark olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0,05$). Fiziksel ve zihinsel yorgunluk durumunda her iki grup kadınların çoğunlukla uyudukları, dinlendikleri (%76,0; %71,2) ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir (Tablo 6.3.5).

Tablo 6.3.6 Peri ve postmenopozdaki kadınların genitoüriner şikayetlerin çözümünde yaptıkları uygulamalar

Şikayetler ve çözüm uygulamaları	N=220		Total (%)	χ^2 , p
	Perimenopoz Kadınlar (n=50)	Postmenopoz Kadınlar (n=170)		
	n(%)	n(%)		
Cinsel sorunlarda				
İlişkiden kaçınma	6 (12,0)	9 (5,3)	15 (6,8)	$\chi^2 = 8,31$ p = 0,14
Egzersiz	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)	
Su içme	1 (2,0)	10 (5,9)	11 (5,0)	
Ağlama	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Nemlendirici, kayganlaştırıcı kullanımı	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)	
Hiçbir şey yapmayan	42 (84,0)	147 (86,5)	189 (85,9)	
Haznede kuruluk				
Kayganlaştırıcı (zeytinyağı)	6 (12,0)	11 (6,5)	17 (7,7)	$\chi^2 = 5,60$ p = 0,23
Su içme	4 (8,0)	26 (15,3)	30 (13,6)	
İlişkiden kaçınma	2 (4,0)	2 (1,2)	4 (1,8)	
Doktora gitme	1 (2,0)	1 (0,6)	2 (0,9)	
Hiçbir şey yapmayan	37 (74,0)	130 (76,5)	167 (75,9)	
İdrar sorunlarında				
Su içmekten kaçınma	5 (10,0)	4 (2,4)	9 (4,1)	$\chi^2 = 7,87$ p = 0,16
Bol su içme	15 (30,0)	53 (31,2)	68 (30,9)	
İlaç, bitkisel ilaç	3 (6,0)	6 (3,5)	9 (4,1)	
Bitkisel çay	1 (2,0)	1 (0,6)	2 (0,9)	
Hiçbir şey yapmayan	26 (52,0)	106 (61,85)	13 (60,0)	

Fisher Chi- Square test kullanılmıştır.

Peri ve post menopozdaki kadınların büyük çoğunluğunun (sırasıyla %84,0- %86,5) cinsel sorunların çözümüne yönelik hiçbir şey yapmadıkları görülmüştür. Haznede kuruluk yaşama durumlarında da her iki gruptaki kadınların çoğunlukla (%74,0- %76,5) çözüm olarak hiçbir girişimde bulunmadıkları, perimenopozdaki kadınlar %12,0 ile kayganlaştırıcı olarak zeytinyağı kullandığını ifade ettiği ve bu oran postmenopoz grubunda %6,5 olduğu, postmenopozdaki kadınların ise %15,3 ile çözüm için bol su içtiklerini belirttikleri saptanmıştır. İdrar yapma ile ilgili sorunlarda da kadınların yarıdan fazlasının (Perimenopoz G=%52,0; Postmenopoz G=%61,8)) çözüm için hiçbir girişimde bulunmadığı, her iki grupta benzer oranlarda (sırasıyla %30,0, %31,2) bol su içtiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Genitoüriner şikayetlerin çözümünde her iki gruptaki kadınların uygulamalarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 6.3.6).

6.4 Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) Sonuçlarına Ait Özelliklere İlişkin Veriler

Bu bölümde peri ve postmenopoz dönemindeki kadınların menopoz semptomları skalasının değerlendirilmesi ve bazı değişkenlerle karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 6.4.1 Peri ve Post menopoz kadınlarda MSDÖ sonuçları

MSDÖ alt grup ve total	Menopoza girme durumu (N=220)		t, p
	Perimenopoz (n=50)	Postmenopoz (n= 170)	
	Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD	
Somatik şikayetler	4.56 $\pm$ 2.61	6.48 $\pm$ 2.69	t= 4.47 p= 0.000
Psikolojik şikayetler	5.58 $\pm$ 2.96	6.42 $\pm$ 2.77	t= 1.87 p= 0.06
Genitoüriner şikayetler	1.94 $\pm$ 2.03	2.35 $\pm$ 2.20	t=1.18 p=0.23
MSDÖ toplam	12.08 $\pm$ 6.10	15.27 $\pm$ 6.30	t= 3.16 p=0.002

Independent- samples t testi kullanılmıştır.

Çalışmada postmenopoz dönemindeki kadınların tüm şikayetleri perimenopoz dönemindeki kadınlardan daha fazla yaşadıkları ve “somatik şikayetler” ile MSDÖ total puan ortalamasının anlamlı olarak bu gruptaki kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). MSDÖ’den alabilecek en yüksek total puan 44’tür. Puan yükseldikçe yaşanan semptom şiddeti de artmaktadır. Bu çalışmada MSDÖ total puan ortalamasının en yüksek olarak postmenopozdaki kadınlarda ve 15.27 $\pm$ 6.30 düzeylerinde olduğu (yani genelde menopoz semptomlarını yaşama düzeyinin orta düzeye yakın olduğu) görülmüştür (Tablo 6.4.1).

Tablo 6.4.2 Kadınların yaş gruplarına göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Yaş			F,p	
	45-50 yaş (n=89)	51-55 yaş (n=68)	≥56 yaş (n=63)		
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	4,87±2,83	6,71±2,73	7,00±2,15	15,11	0,000
Psikolojik şikayetler	5,56±3,14	6,71±2,82	6,68±2,14	4,36	0,01
Genitoüriner şikayetler	2,05±2,36	2,40±2,06	2,39±2,01	0,64	0,52
MSDÖ Total	12,49±6,99	15,81±6,24	16,07±4,71	8,25	0,000

ANOVA test kullanılmıştır.

MSDÖ sonuçlarına göre yaş arttıkça menopoz semptomlarını yaşama düzeyinin de arttığı ve bu farkın somatik şikayetler (45-50 yaş kadınlarda ortalama 4,87±2,83; ≥56 yaş kadınlarda ortalama 7,00±2,15) ile psikolojik şikayetlerde (45-50 yaş kadınlarda ortalama 5,56±3,14; ≥56 yaş kadınlarda ortalama 6,68±2,14) ve MSDÖ total de (45-50 yaş kadınlarda ortalama 12,49±6,99; ≥56 yaş kadınlarda ortalama 16,07±4,71) anlamlı olduğu ($p < 0,05-0,001$) saptanmıştır (Tablo 6.4.2).

Tablo 6.4.3 Kadınların eğitim durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Eğitim durumu					F, p		Post- Hoc Tukey HSD
	OY/OYD ^a (n=27)	İlkokul ^b (n=106)	Ortaokul ^c (n=41)	Lise ^d (n=30)	Üniversite ^e (n=16)			
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD			
Somatik şikayetler	7,30±3,04	6,27±2,71	5,88±2,46	5,03±2,55	4,81±3,25	3,48	0,000	a>d, a>e
Psikolojik şikayetler	7,89±3,49	6,47±2,62	5,85±2,31	5,20±2,73	4,81±3,01	5,02	0,001	a>c, a>d, a>e
Genitoüriner şikayetler	3,07±2,97	2,49±1,99	1,85±2,01	1,87±2,03	1,12±1,78	3,05	0,01	a>e
MSDÖ Total	18,26±8,13	15,24±5,99	13,59±5,17	12,10±5,40	10,75±6,59	5,80	0,000	a>c, a>d, a>e

ANOVA test kullanılmıştır.

MSDÖ total ve tüm alt boyut puanları ile kadınların eğitim düzeyleri arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05 - 0,001$) ve eğitim düzeyi arttıkça MSDÖ göre yaşanan menopoz semptomları düzeylerinin daha az olduğu bulunmuştur (Tablo 6.4.3).

Tablo 6.4.4 Kadınların çalışma durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Çalışma durumu			F, p	
	Çalışmayan (n=141)	Emekli (n=15)	Çalışan (n=64)		
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	6,35±2,56	6,53±2,97	5,28±3,11	3,53	0,03
Psikolojik şikayetler	6,44±2,80	5,80±2,00	5,89±3,03	1,01	0,36
Genitoüriner şikayetler	2,33±2,10	3,27±2,43	1,86±2,20	2,82	0,06
MSDÖ Total	15,12±6,09	15,60±6,22	13,03±6,88	2,61	0,07

ANOVA test kullanılmıştır..

Emekli olan kadınların somatik menopoş şikayetlerini çalışan kadınlara göre daha fazla düzeyde (6,53±2,97) yaşadıkları ve farkın anlamlı olduğu (p<0,05) belirlendi. Diğerk menopoş şikayetleri ve MSDÖ total açısından çalışma durumuna göre anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 6.4.4).

Tablo 6.4.5 Kadınların kronik hastalık durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Kronik hastalık durumu		t, p	
	Olan (n=89)	Olmayan (n=131)		
	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	7,09±2,91	5,34±2,48	4,77	0,000
Psikolojik şikayetler	7,27±3,01	5,53±2,47	4,66	0,000
Genitoüriner şikayetler	3,12±2,63	1,67±1,54	5,13	0,000
MSDÖ Total	17,48±7,15	12,55±4,91	6,06	0,000

Independent- samples t testi kullanılmıştır.

Kronik hastalığı olan kadınların somatik, psikolojik ve genitoüriner şikayetler ile totalde de menopoş şikayetlerini daha fazla yaşadıkları ve farkın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği (p<0,0001) belirlenmiştir (Tablo 6.4.5).

Tablo 6.4.6 Kadınların menopoza sürelerine göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Menopoza süresi /yıl				F, p	
	1-5 (n=76)	6-10 (n=44)	11-15 (n=27)	≥16 (n=23)		
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	5,95±3,26	7,05±2,06	6,85±2,31	6,78±1,67	1,93	0,12
Psikolojik şikayetler	6,05±3,17	7,16±2,53	6,15±2,28	6,61±2,08	1,62	0,18
Genitoüriner şikayetler	2,07±2,30	2,73±2,62	2,52±1,71	2,39±1,37	0,90	0,44
MSDÖ Total	14,07±7,55	16,93±5,65	15,52±4,50	15,78±3,63	2,04	0,10

ANOVA test kullanılmıştır. Somatik, psikolojik, genitoüriner ve totalde de menopoza şikayetlerini yaşama düzeyinin menopoza süresi 6-10 yıl arasında olan kadınlarda biraz daha yüksek olduğu görülmekle birlikte menopoza süresi ile yaşanan semptomlar arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 6.4.6).

Tablo 6.4.7 Menopoza girme şekline göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Menopoza girme şekli		t, p	
	Doğal (n=161)	Cerrahi (n=9)		
	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	6,60±2,57	4,56±4,06	2,23	0,17
Psikolojik şikayetler	6,56±2,74	4,11±2,36	2,62	0,01
Genitoüriner şikayetler	2,40±2,21	1,44±2,00	1,27	0,20
MSDÖ Total	15,56±6,13	10,11±7,35	2,56	0,01

Independent- samples t testi kullanılmıştır.

Doğal olarak menopoza giren kadınların psikolojik şikayetler ile totalde menopoza şikayetlerini cerrahi olarak menopoza giren kadınlardan anlamlı olarak ($p<0,05$) daha fazla düzeyde yaşadıkları, diğer şikayetler açısından anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır (Tablo 6.4.7).

Tablo 6.4.8 Kadınların menopoz hakkında bilgi alma durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Menopoz hakkında bilgi alma durumu		t, p	
	Alan (n=53)	Almayan (n=167)		
	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	5,80±3,42	6,12±2,56	-0,65	0,57
Psikolojik şikayetler	6,15±3,38	6,26±2,64	-0,25	0,80
Genitoüriner şikayetler	2,91±2,74	2,05±1,92	2,51	0,03
MSDÖ Total	14,89±8,59	14,44±5,53	0,44	0,72

Independent- samples t testi kullanılmıştır.

Menopozla ilgili bilgi alan kadınların almayanlara göre genitoriner şikayetleri anlamlı olarak ($p<0,05$) daha fazla yaşadıkları, diğer semptomlar açısından anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.4.8).

Tablo 6.4.9 Kadınların sigara içme durumuna göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Sigara içme durumu		t, p	
	İçen (n=49)	Bırakan/ hiç içmeyen (n=171)		
	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	5,79±3,20	6,12±3,24	0,72	0,47
Psikolojik şikayetler	6,42±3,24	6,18±2,71	0,53	0,59
Genitoüriner şikayetler	2,40±2,37	2,21±2,11	0,54	0,58
MSDÖ Total	14,63±7,50	14,52±6,05	0,10	0,91

Independent- samples t testi kullanılmıştır.

Sigara içip içmeme durumuna göre kadınların menopoz şikayetlerini yaşama düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.4.9).

Tablo 6.4.10 Kadınların düzenli egzersiz yapma durumuna MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Düzenli egzersiz yapma durumu			F, p	
	Yapan (n=37)	Yapmayan (n=139)	Seyrek (n=44)		
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	5,92±3,71	6,35±2,48	5,20±2,70	2,92	0,05
Psikolojik şikayetler	5,86±3,59	6,54±2,64	5,59±2,60	2,28	0,10
Genitoüriner şikayetler	2,41±2,70	2,26±2,06	2,14±2,05	0,15	0,85
MSDÖ Total	14,19±8,84	15,15±5,73	12,93±5,73	2,10	0,12

ANOVA test kullanılmıştır.

Düzenli egzersiz yapmayan kadınların yapanlara göre somatik şikayetleri anlamlı olarak ($p<0,05$) daha fazla düzeyde yaşadıkları, diğer şikayetleri yaşama düzeylerinin ise egzersiz yapıp yapmamaya göre değişmediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.4.10).

Tablo 6.4.11 Kadınların vücut kitle indeksine göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	VKİ göre dağılım			F, p	
	Normal (n=32)	Kilolu (n=81)	Obez (n=101)		
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	4,56±2,38	5,97±2,61	6,58±2,90	6,76	0,001
Psikolojik şikayetler	5,56±3,01	6,03±2,81	6,62±2,75	2,09	0,12
Genitoüriner şikayetler	1,81±1,94	2,54±2,17	2,15±2,23	1,51	0,22
MSDÖ Total	11,93±5,53	14,55±6,22	15,36±6,60	3,58	0,02

ANOVA test kullanılmıştır.

Obez olan kadınların şikayetleri daha fazla yaşadıkları ve puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (15,36±6,60). Somatik şikayetlerin ve MSDÖ Total puanların VKİ ile aralarında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$ - $p<0,05$) diğer alt gruplar ile aralarında istatistiksel olarak bir farka rastlanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.4.11).

Tablo 6.4.12 Peri ve postmenopoz kadınların VKİ göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Menopoza girme durumu									
	Perimenopoz			F, p		Postmenopoz			F, p	
	VKİ göre dağılım					VKİ göre dağılım				
	Normal	Şişman	Obez			Normal	Şişman	Obez		
Somatik şikayetler	4,25±2,40	5,04±2,19	4,08±3,55	0,67	0,51	4,87±2,39	6,29±2,68	6,92±2,65	4,35	0,01
Psikolojik şikayetler	6,18±3,10	5,59±2,73	4,75±3,25	0,79	0,45	4,93±2,88	6,18±2,84	6,87±2,60	3,85	0,02
Genitoüriner şikayetler	1,43±1,82	2,68±2,21	1,25±1,06	2,83	0,06	2,18±2,04	2,49±2,17	2,28±2,28	0,21	0,80
MSDÖ Total	11,87±5,27	13,31±5,73	10,08±7,60	1,10	0,33	12,0±5,95	14,96±6,37	16,07±6,16	3,03	0,05

ANOVA test kullanılmıştır.

Perimenopozdaki kadınların VKİ göre menopoz şikayetlerini yaşama düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), ancak postmenopozdaki kadınlarda somatik ($p<0,05$) ve psikolojik ($p<0,05$) şikayetler ile totalde menopoz şikayetlerini ($p<0,05$) yaşama düzeyinin obez olan kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6.4.12).

Tablo 6.4.13 Kadınların bel kalça oranına göre MSDÖ alt grup ve total puan ortalamaları

MSDÖ alt grup ve total	Bel kalça oranı		t, p	
	0,72↓(n=14)	0,72↑ (n=206)		
	Ort± SD	Ort± SD		
Somatik şikayetler	6,28±3,26	6,03±2,76	0,32	0,74
Psikolojik şikayetler	6,35±2,95	6,23±2,83	0,16	0,87
Genitoüriner şikayetler	3,35±3,15	2,18±2,08	1,96	0,05
MSDÖ Total	16,00±7,50	14,44±6,31	0,88	0,38

Independent- samples t testi kullanılmıştır.

Bel kalça oranı normal olan (0,72↓) kadınların yüksek olanlara göre genitoüriner şikayetleri daha fazla yaşadıkları ve farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$), diğer şikayetler açısından BKO' na göre farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.4.13).

7. TARTIŞMA

Araştırma, peri ve postmenopoz grubundaki kadınların menopoz semptomlarının vücut kitle indeksi ve bel- kalça oranı ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı olarak yapılmış olup; örneklem grubunu 220 kadın oluşturmuştur. Bu grup içerisinde perimenopoz döneminde olan 50 kadın ve postmenopoz döneminde olan 170 kadın oluşturmuştur. Elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

7.1 Tanımlayıcı özelliklerin tartışılması

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grupları incelendiğinde 45-65 yaş arası peri ve postmenopoz döneminde olmalarına göre sınıflandırılmıştır. Kadınların yaşlarının ortalaması perimenopoz grubunda olanların $47,28 \pm 2,29$, postmenopoz döneminde olanların ise $54,40 \pm 5,14$ olarak bulunmuştur (Tablo 6.1.1).

Perimenopoz grubundaki kadınların öğrenim durumlarına ait veriler incelendiğinde %38 ilkokul mezunu, %22 ortaokul mezunu, %16 lise mezunu oldukları tespit edilmiştir. Üniversite mezunu %14, okuryazar olmayan kadınların oranı ise %10 olduğu saptanmıştır. Postmenopoz dönemindeki ise ilkokul mezunu oranının %51,2 olduğu, %17,6 ortaokul mezunu ve %12,9 okur yazar olmayan ve lise mezunu oldukları belirlenmiştir. Üniversite mezunu kadınlar ise %5,3 oran ile son sırada yer almaktadır (Tablo 6.1.1).

2018 TNSA verileri incelendiğinde 45-49 yaş grubu kadınların %52,3 ilkokul, %22,9 lise ve üzeri; 50-54 yaş aralığındaki kadınların %50,7 ilkokul, %17,0 lise ve üzeri; 55-59 yaş grubu kadınların %50,0 ilkokul mezunu ve %14,4 lise ve üzeri ve 60-64 yaş aralığındaki kadınların ise %43,4 ilkokul mezunu ve %14,9 lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir. TNSA çalışma sonuçlarında ise lise ve üzeri eğitime sahip kadınların oranının giderek arttığı ve bu oranın %41,0 seviyelerine ulaştığı tespit edilmiştir (TNSA, 2018).

Alpay ve ark., menopoz dönemindeki kadınlarla yapmış olduğu çalışmasında; kadınların eğitim durumlarının %80,7 oranıyla ilköğretim mezunu olduğunu

bildirmiş; Tokuç B' nin menopo2 polikliniğine başvuran kadınlarda yapmış olduğu bir çalışmada ise ≤ 8 yıl eğitim alan grubun %50 olduğunu belirlemiş, çalışmamız ile eğitim durumlarının paralel olduğu görünmektedir. (Alpay ve ark., 2013)

Yapmış olduğumuz çalışmanın verileri doğrultusunda perimenopoz kadınlardan %46,0' ının ve postmenopoz dönemindeki kadınlardan çalışmayan (ev hanımı) oranı %69,4 olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1.1). 2018 TNSA sonuçları doğrultusunda kadınlardan %28 ının çalışmakta olduğu ve %64,0 ise daha önce hiç çalışmadıkları ve/veya araştırma öncesi zamanlamada 12 ayda alışmamışlardır (TNSA, 2018).

Her iki gruptaki kadınlardan yarıdan fazlasının sigara içmedikleri ve (Perimenopoz G: %56, Postmenopoz G: %72,4) aynı doğrultuda alkol kullanmadıkları (Perimenopoz G: %90,0, Postmenopoz G: %97,1) yapılan analizlerle tespit edilmiştir (Tablo 6.1.2). Çalışmamıza paralel olarak Tortumluoğlu'nun (%88,4), Bezircioğlu ve ark. (%72,4) alışmalarına katılan kadınlardan yüksek bir yüzde ile sigara kullanmadıkları belirlenmiştir (Bezircioğlu ve ark., 2003, Tortumluoğlu, 2003). HRT kullanan kadın sayısı perimenopoz döneminde 1 kişi (%2,0), postmenopoz döneminde ise 11 kişi (%6,5) olarak bulunmuştur. Kadınlardan neredeyse tamamının HRT kullanmadıkları gözlemlenmiştir. Koç Z. ve Sağlam Z. yapmış oldukları çalışmada %19,0, Uptan S. alışmasında ise HRT kullanım oranının %10 olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Zeliha ve Sağlam., 2008, Uptan, 2001).

Postmenopoz dönemindeki kadınlardan doğal yolla menopoza girme oranı %94,7 ve son adet yaş ortalamaları 45 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda menopoza girme yaş ortalaması 46, menopo2 süresi ortalaması ise 6'dır (Tablo 6.1.3). TNSA 2008 sonuçlarına göre 48- 49 yaş aralığında menopo2 döneminde olan kadınlardan oranının %42,0 olduğu; TNSA 2013 verilerine göre 48-49 yaşlarındaki kadınlardan %49,0 menopo2 döneminde olduğunu ve TNSA 2018 verilerinde ise bu oranın 46-47 yaş kadınlarda %31,2 olup 48-49 yaş aralığındaki kadınlarda da %45,1 oranında menopo2 döneminde olduğunu tespit etmiştir (TNSA 2008; TNSA 2013; TNSA 2018). Biri ve ark. yapmış oldukları çalışmada menopo2da olma süreleri 13 ± 9.6 ,

menopozda olma süreci ortalamasını ise 10 yıl olarak bulunmuştur (Biri ve ark., 2004). Yapılan başka bir çalışmada ise menopoza girme yaş ortalamasının doğal menopozda 46.1 ± 4.7 , cerrahi menopozda 45.0 ± 4.8 ve menopoz süresinin 51.7 ± 61.7 ay olduğu bulunmuştur (Çoban ve ark., 2008) (Tablo 6.1.3).

Özellikle peri ve postmenopoz kadınların yarısından fazlasının menopozu doğal bir süreç olarak ifade ettiklerini ve bu bağlamda gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı özellikle menopoza girmiş kadınların kadınlık özelliklerini kaybettiklerini ifade etmeleri; menopoza girmeyen kadınların ise yaşlanmayı ve sağlık sorunlarında artışı ifade ettiği; gruplar arasında da anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p < 0,000$ – $p < 0,05$) (Tablo 6.1.4). Koç ve Sağlam'ın araştırmasında, kadınların menopoz dönemine ilişkin tutumları incelendiğinde “kadınlar yaşamlarında menopozu genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler” ifadesine %50.4'ünün katıldığı belirlenmiştir (Koç ve Sağlam, 2008). Öztürk ve ark., yapmış olduğu başka bir çalışmada da kadınların büyük çoğunluğu (%88.3) menopoz “kadın yaşamının normal bir olayıdır” yargısına katılmışlardır (Öztürk ve ark., 2008). Tekin A. araştırmasında kadınların büyük çoğunluğunun menopozun doğal bir olay olduğuna inandığını belirlemiştir (Tekin, 2000). Yapılan çalışmalarla, çalışmamızın bulgularının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Perimenopoz dönemindeki kadınların yarısından fazlası menopozu normal olarak karşıladıklarını dile getirdikleri ancak menopoza giren kadınların ise normal karşılama oranının daha düşük olduğu saptanmış ve farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Özellikle menopozdaki kadınların daha fazla stres yaşadıkları belirlenirken çalışmaya alınan kadınların üçte birinin üzüldüğünü ifade etmeleri gruplar arasında anlamlı fark olmasa da dikkatleri çekmektedir. Kadınların menopoza gireceğinden dolayı üzüntü yaşama nedenleri arasında hastalıkların artması, yaşlanma, kadınlık özelliklerinin yok olması, üretkenliğin bitmesi gibi sebepler düşünülmekte ve bu sebeple de desteğe ihtiyaçları olabileceği varsayılmaktadır (Tablo 6.1.5).

Erkin Ö. ve ark., yapmış olduğu çalışmada kadınların % 10,7'sinin menopoz ile ilgili bilgi almadığı, Ertem G.' nin yapmış olduğu çalışmada ise kadınların % 62'sinin menopoz dönemiyle ilgili bilgi aldığı ve Öztürk S.' nin çalışmasında ise

kadınların %42.0'ı bu döneme özgü bilgilendiğini ifade etmektedir. Çalışmamız da ise menopoza hakkında bilgi alan kadınların oranı %24,1 olarak saptanmıştır. İki gruptaki kadınların büyük çoğunluğu (%75,9) menopoza hakkında bilgi almadıklarını ve yine çoğunluğu bilgilerinin yetersiz olduğunu ifade etmektedirler (Tablo 6.1.6) (Öztürk ve ark., 2008; Erkin ve ark., 2014; Ertem, 2010). Elde edilen çalışma sonuçları neticesinde bu gruptaki kadınların yaşamlarında hem fizyolojik hemde psikolojik olarak değişimlerin olduğu aşikardır. Fakat bu grubun menopoza dönemine hazırlanması açısından sağlık bakım hizmetlerinin yetersiz olduğu ve menopoza sürecine giren kadınların ihmal edildiğini göstermektedir.

7.2 Vücut kitle indeksi, bel kalça oranı ve beslenme özelliklerine ilişkin verilerin tartışılması

Peri ve postmenopoz döneminde olan kadınların vücut kitle indeksi sonuçları incelendiğinde; Perimenopoz G: %44,0'ı "şişman" ve %24,0'ı "obez" iken Postmenopoz G: %38,2 "şişman" ve %52,3'ünün obez kategorisinde olduğu saptanmıştır. VKİ ortalamalarına bakıldığında perimenopoz kadınların $27,37 \pm 4,61$, postmenopoz kadınların $30,16 \pm 4,04$ olduğu bulunmuştur. Postmenopoz dönemindeki kadınların vücut kitle indeksinin $30,16 \pm 4,04$ olduğu ve perimenopoz dönemindeki kadınların ise $27,37 \pm 4,61$ olduğu sonucuna göre, perimenopoz dönemindeki kadınların obez olmaya aday olduklarını destekler nitelikteki verilerdir. Postmenopoz dönemindeki kadınların yarıdan fazlasının obez oldukları ve özellikle perimenopoz dönemindeki kadınların şişman oldukları bulunmuştur (Tablo 6.2.1). Perimenopoz döneminde şişman olan kadınların gelecek dönemde obez olmaya aday oldukları düşünülmüştür. Bu nedenle kadınların perimenopoz döneminden itibaren takibe alınarak beslenmesi, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi, egzersiz hakkında bilgilerin verilmesinin gerekli olduğu düşünülmekte; kontrollerinin de yakinen takip edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Williams ve arkadaşlarının Amerika'da postmenopozal kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %36'sının obez olduğu bulunmuştur (Williams ve ark., 2009). Güler (2017)'in klimakterik dönemdeki kadınlarla yapmış olduğu çalışmada %29,4' ünün normal kilolu, %41,2'sinin fazla kilolu, %29,4'ünün ise obez olduğunu saptamıştır (Güler, 2017). AlDughaiter ve ark., yaptığı çalışmada ise kadınların %20,2' sinin obez olduğu,

%42,0 ise aşırı kiloluğu olduğu sonucuna varılmış (AlDughaiter ve ark., 2015). Tüccar ve ark., yapmış olduğu çalışmada ise kadınların %35' i hafif şişman, %11'i ise şişman grubundadır (Tüccar ve ark., 2017). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre ise 40-49 yaş grubu kadınların %84'ü fazla kilolu veya şişman olduğu; bu yaş kategorisindeki kadınların %53'ünün şişman olduğu saptanmış (TNSA, 2018) Yapılan çalışmalar ile bulgularımız paralellik göstermekte ve kadınların çoğunluğunun kilolu veya şişman oldukları görülmektedir. Kadınların şişman veya obez olmasına rağmen bedenlerini algılama şekillerine bakıldığında “fena değil” olarak değerlendirmeleri; kiloya ilişkin algılarının Perimenopoz G: %40 “balıketli” ve %46,0 ise “kilolu” ; Postmenopoz G: %51,2 “kilolu” ve %34,7 ise “balıketi” olarak algıladıkları dikkat çekmektedir (Tablo 6.2.2).

Çalışmamızda Perimenopoz kadınların BKO $0,85 \pm 0,08$; Postmenopoz grubunda ise $0,86 \pm 0,86$ ortalaması ile BKO yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2.1). 19 Avrupa Ülkesinin çalışmaya dahil edildiği WHO MONICA Projesi' nde 35-64 yaş arası kadınların BKO $0,76 - 0,84$ arasında farklılıklar gösterdiği bulunmuştur (Demir ve Karaağaoğlu, 2013). Oğuz ve ark., yapmış olduğu 18 yaş üstü kadınlarda %81,82 oranında bel/kalça oranı yüksek ($0,8$ ve üstü) olduğu belirlenmiştir (Oğuz ve ark., 2019). Yine yapılan başka bir çalışmada ise BKO riskli grupta olan ($0,85$ ' in üzeri) kadınların sıklığı %85.3' tür (Özdemir ve ark., 2019). Demir ve Karaağaoğlu (2013) çalışmasında anneannelerin BKO $0,84$, annelerin $0,81$ olduğu gözlemlenmiştir (Demir ve Karaağaoğlu, 2013). Yine bir çalışma sonucuna göre menopoz öncesi dönemde kadınların BKO $0,79 \pm 0,07$; menopoz sonrası dönemde ise $0,83 \pm 0,08$ olduğu ve aralarındaki farkın ileri derece anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$) (Özbey ve ark., 1999). Yapılan çalışmalarla bizim bulgularımızın benzer oluşu kadınların bel kalça oranlarının normalin üzerinde ve riskli grup arasında oluklarını göstermektedir. Peri ve postmenopoz grubundaki kadınların çoğunluğunun BKO yüksek olması gelecekte kardiyak ve metabolik hastalıkların artma riskinin olduğunu düşündürmektedir. Bu sebeple BKO yüksek olan kadınlarında takip edilerek; beslenme alışkanlıkları, egzersiz yapma oranlarının düzenlenmesi ve kontrollerinin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların egzersiz yapma durumlarına bakıldığında her iki grupta da egzersiz yapmayanların büyük çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir (Perimenopoz G: %54.0, Postmenopoz G: %65.9). Tüccar ve ark. yaptığı çalışmada ise egzersiz yapmama oranı %58’ dir (Tüccar ve ark., 2017). Kadınların egzersiz yapmama oranları benzerlik göstermekte olup egzersize vakit ayırmadıkları, çoğunlukla ev hanımı oldukları için ekstra vakit ayıramadıklarını düşündürmektedir. Düzenli egzersiz yapma oranının az olduğu ve özellikle postmenopoz döneminde egzersizin daha gerekli olduğu halde oranın perimenopoz dönemindeki kadınlara göre daha da düşük olduğu tespit edilmiştir. Obez ve/veya şişman olma oranlarının yüksek olmasına karşın egzersiz yapıyor olma oranlarının düşük olması kadınların eğitim ve danışmanlık ile desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Perimenopoz kadınların çoğunluğu şişman ve obeziteye adayken; postmenopoz kadınların yarıdan fazlasının obez olmasına karşın kendi bedenlerini “fena değil ve kilolu” olarak algılamaları bu durumu içselleştirmeleri ve normal olarak kabul ettiklerini düşündürmektedir. Bu sebeple kadınlardaki bu algının kırılması için kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin gerekli olduğu düşünülmüştür (Tablo 6.2.2).

Üç öğün düzenli yemek yeme alışkanlığına sahip olma oranının her iki grupta da yüksek olduğu (Perimenopoz G: %44, Postmenopoz G: 55,3) ve yemek yeme şekillerinin ise normal olduğu bulgusuna varılmıştır. Hangi durumlarda yemek yemeyi tercih ettikleri sorusunda ise beklenen sonuç olan “acıktığında” cevabı çoğunluğu oluşturuyor olsa da dikkat çeken durum ise üzücü durumlarda neşeli durumlara göre daha fazla yemek yemeyi seçmeleridir. Peri ve postmenopoz kadınların yaklaşık %32,0 - % 33,5 oranında üzülüp, sinirlendiklerinde yemek yemeyi seçtikleri sonucuna varılmıştır. Duygusal olarak yemek yeme alışkanlıkları üzerine yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzerlik göstermekte olduğu ve üzücü durumlarda neşeli durumlara nazaran daha fazla yemek yemeyi tercih ettikleri tespit edilmiştir (Van Strien ve ark., 2013). Stres durumlarında yemek yeme üzerine yapılan başka çalışmada hem genel ve anlık stres anında duygusal yeme tutumu olan kişilerin duygusal yeme tutumu olmayan kişilerden belirgin bir şekilde daha fazla yediği belirlenmiştir (Wallis ve Hetherington, 2009) (Tablo 6.2.3).

Çalışmamızda her iki grupta besin olarak sırasıyla et, süt ve süt ürünleri, kuru baklagiller, meyve ve sebzelerin yoğun olarak tüketildiği fakat hamur işi, pilav, makarna gibi yiyeceklerin perimenopoz grubunda daha fazla tüketildiği saptanmıştır (Tablo 6.2.4). Karabudak ve ark. yaptığı çalışmada premenopoz dönemdeki kadınların kurubaklagil, yağlı tohumlar, peynir, süt, yoğurt ve meyve tüketimlerinin; postmenopoz dönemindeki kadınların yumurta, kurubaklagil, süt, yoğurt ve meyve tüketimlerinin almaları gerekenden daha az miktarda aldıklarını tespit etmiştir (Karabudak ve ark., 1998).

7.3 Menopoz şikayetleri ve çözüm yollarına ait verilerin tartışılması

Menopoz semptomlarını yaşama sürelerine bakıldığında perimenopozdakilerin $2,22 \pm 1,37$ yıl, postmenopozdakilerin ise $6,74 \pm 5,01$ yıl olduğu gözlemlenmiştir. Ve postmenopoz dönemindeki kadınların semptomları yaşama sürelerinin daha uzun yıllar sürdüğü çalışma sonucunda görülmektedir. Çoban ve ark., (2008) yaptığı çalışmada menopoz süresi 51.7 ± 61.7 ay, Gürkan' ın (2005) çalışmasında da ortalama menopoz süreleri 55.8 ± 47.9 ay olduğu görülmektedir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi postmenopoz dönemindeki kadınların diğer çalışmalardan daha fazla semptom yaşadıkları saptanmıştır (Çoban ve ark., 2008; Gürkan, 2008). Görsel eşdeğerlik skalası (visual analog skala) sonuçlarına göre perimenopoz dönemindeki kadınların etkilenme düzeyi $5,36 \pm 2,14$ iken postmenopoz dönemindeki kadınlarda bu oran $6,55 \pm 1,66$ olarak saptanmıştır. çalışmamıza paralel olarak Gözüyeşil ve Başer (2016) çalışmasında da yaşanan şikayetlerin (sıcak basması, gece terlemesi gibi) VAS'a göre puan ortalamaları 5' in üzerinde bulunmuştur (Gözüyeşil ve Başer, 2016) (Tablo 6.3.1).

Menopoz öncesi ve sonrası dönemde en çok şikayet edilen durumun “sıcak basması” olduğu ve daha çok postmenopoz dönemindeki kadınlarda yaşandığı (%71,2); aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 6.3.2). 145 perimenopozal kadın ve 170 postmenopozal kadının dahil edildiği bir çalışmada perimenopozal dönemdeki kadınların yarısı hafif- orta derece sıcak basması yaşarken, postmenopozal dönemki kadınlar %66 oranında orta- şiddetli sıcak basması yaşadıkları sonucuna varılmış ve aralarındaki

farkın da istatistiksel olarak anlamlı çıktığı ($p<0,01$) bulunmuştur (Sánchez-Rodríguez ve ark., 2019). Çelik ve Pasinlioğlu (2014) çalışmasında ise %38,0 sıcak basması- terleme ve %34,2' sinin ise fiziksel yorgunluk yaşadıkları tespit edilmiştir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2014). Saka ve ark., yaptığı başka bir çalışma sonucunda ise menopoza dönemindeki kadınların şikayetleri sırasıyla sıcak basması (%65.1), sinirlilik (%63.3), çarpıntı (%55.3), uykusuzluk ve yorgunluk (%50.0) olduğu saptanmıştır (Saka ve ark., 2005). Şanlıurfa' da yapılan bir çalışma sonucunda ise en çok şikayet edilen menopoz semptomlarının kol ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma, baş ağrısı ve dikkat dağınıklığı, en az yaşadıkları vazomotor sorun ise gece terlemesi olduğu bulunmuştur (Özer ve Gözükara, 2016). Çalışmamız ile farklılık göstermesinin nedeni olarak farklı bölgelerde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Her iki grupta menopoz şikayetlerini arttıran durum olup olmadığını sorduğumuzda çoğunluğu (Perimenopoz G: 76,0 Postmenopoz G: 85,3) “yok” dese de sinirlendiklerinde, aile içi kavga olduğunda ve stresli olduğu durumlarda genellikle “sıcak basması” ile “sinirlilik” semptomlarında artış olduğunu vurgulamışlardır (Tablo 6.3.3). Ardahan ve Acar' ın yaptığı çalışma sonucunda da kadınların ruhsal durumunun farklılıklar gösterdiği, strese sonucunda sinirlilik semptomunun görülebileceği vurgulanmıştır (Ardahan ve Acar, 2009).

Peri ve postmenopoz dönemindeki 220 kadına vazomotor semptomların varlığında hangi baş etme yöntemlerini uyguladıkları sorduğumuzda; sıcak basması durumlarında Perimenopoz G: “duş yapma (%52,0)”, “serin yerde durma (%10,0)” ve “hiçbir şey yapmama (%22,0)” Postmenopoz G: “duş yapma (%57,1)”, “serin yerde durma (15,9)” ve “su ve bitkisel çaylar içme (11,2)” oranlarına sahip oldukları; istatistiksel olarak aralarındaki farkın anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6.3.4). Erdem (2006) çalışmasında %66,2 üzerindeki kıyafetleri değiştirdiği %53,8' inin ise kolay çıkarılabilecek kıyafetler seçmeyi tercih ettiklerini saptamıştır (Erdem, 2006). Başka bir çalışmada ise baş etme yöntemi olarak en fazla duş alma, ince kıyafetler giyme ve üzerindeki elbiseleri çıkarma yöntemlerini kullandıklarını bulmuştur (Özgür, 2007).

Çalışmamızda psikolojik semptomlarda başa çıkma yolları arasında “keyifsizlik halinde” ve “sinirlilik halinde” yapılan uygulamalar arasında istatistiksel

olarak anlamlı farka ulaşılmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6.3.5). Keyifsizlik durumunda perimenopoz grupta da en çok “TV, müzik dinleme (%40,0), gezme, tatile gitme (%20,0) ve uyuma- sessiz kalma (%12,0)” postmenopoz grupta ise “Tv, müzik dinleme (%42,9), hiçbir şey yapmama (25,9) ve gezme- tatile gitme (11,2)” olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda genitoüriner semptomlarda çözüm yollarına ilişkin yaptıkları uygulamalar arasında istatistiksel olarak bir farka ulaşamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.3.6) Cinsel sorunlarda, İdrar sorunlarında ve Haznede kuruluk durumunda örneklem sayısındaki kadınların yarısından fazlasının hiçbir şey yapmadıklarını ifade ettikleri bulunmuştur.

7.4 Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) sonuçlarına ait özelliklerin tartışılması

Schneider MSDÖ metninde 35 ve 35⁺ puan alındığında semptomların çok şiddetli yaşandığını, 20- 34 arası puan alanlarda semptomların şiddetli, 15- 19 arasında orta ve 1- 14 arası puan alanlarda ise hafif yaşandığını belirtmiştir. 0 puan alanlarda ise hiç semptom yaşanmadığını saptamıştır. Peri ve postmenopoz kadınlar ile yaptığımız çalışma sonucunda MSDÖ Total puan ortalaması; Perimenopoz G: $12,08 \pm 6,10$ ve Postmenopoz G: $15,27 \pm 6,30$ olarak bulunmuştur. Sonuçlardan da anlaşıldığı üzere postmenopoz dönemindeki kadınların semptomları yaşama düzeyi perimenopozdaki kadınlara göre daha fazla olduğu ve orta şiddette yaşadıkları sonucuna varılmaktadır. Perimenopoz dönemindeki kadınlar en fazla psikolojik şikayetleri yaşarken postmenopoz dönemindeki kadınlar ise somatik şikayetleri yaşamaktadır (Tablo 6.4.1). Tan, Kartal ve Guldal (2014) yılında yaptıkları çalışma sonucu toplam MSDÖ skoru 12.2 ± 7.2 idi ve hafif düzeyde yaşadıkları sonucunu saptamışlardır (Tan ve ark., 2014). Uludağ ve ark., (2014) çalışmasında menopoz öncesi dönemde psikolojik şikayetlerin arttığı menopoz sonrasında ise somatik şikayetlerin arttığı gözlemlenmiştir (Uludağ ve ark., 2014). Rahman ve ark., yaptığı başka bir çalışma sonucuna göre menopoz öncesi dönemde, menopoz döneminde olanlara göre daha fazla MSDÖ puanlamasına sahip olduklarını saptamıştır (Rahman ve ark., 2010). Aynı çalışma sonucuna göre perimenopozal kadınların, diğer menopozal kadın gruplarına göre daha fazla vazomotor semptom yaşadığı ve istatistiksel olarak

anlamli olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir (Rahman ve ark., 2010). Tümer ve Kartal çalışmasında ise MSDÖ toplam puan ortalaması ise 14.65 ± 7.62 'dir (Tümer ve Kartal, 2018).

MSDÖ alt grupları ve total puanların yaş ile ilişkisi incelendiğinde; somatik, psikolojik ve MSDÖ total puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p< 0,05$ - $p< 0,000$). Somatik şikayetleri en fazla ≥ 56 yaş kadınlar yaşarken, psikolojik şikayetleri ise 51-55 yaş arası kadınlar yaşamaktadır. MSDÖ total bulgularının yaş grupları arasındaki değerleri baz alındığında ise en fazla semptom yaşayan grubun $16,08\pm 4,71$ ortalama ile ≥ 56 yaş kadınlar olduğu saptanmıştır (Tablo 6.4.2). Avustralyalı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada genç kadınların semptom yaşama seviyesinin 50 yaş üzeri kadınlardan daha az olduğu sonucuna varmıştır (McVeigh, 2005).

MSDÖ total ve tüm alt boyutları ile kadınların eğitim düzeyleri arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$ $p< 0,001$). Okuryazar/ okuryazar olamayan grupta yer alan kadınların diğer eğitim sınıflamasına göre MSDÖ total ve alt boyutlarından daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu gözlemlenmiştir (MSDÖ Total $18,26\pm 8,13$). Üniversite düzeyindeki kadınların somatik, genitoüriner ve psikolojik semptomlar ve MSDÖ alt boyutlarında en düşük puan aldıkları da dikkat çekmektedir. Eğitim düzeyinin artması ile beraber yaşanan menopoza semptomlarının daha az olduğu görölmektedir (Tablo 6.4.3). Jung ve ark. yapmış olduğu çalışmada postmenopoz dönemindeki depresyon tanısı alan kadınların eğitim seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Jung ve ark., 2015). Chedraui ve ark. alışmasında da somatik, psikolojik, genitoüriner ve MSDÖ total puanlarının eğitim seviyesinin düşmesi beraberinde semptom yaşama oranının arttığını belirtmiştir (Chedraui ve ark., 2007). Eğitim düzeyi üst seviyelere çıktıkça menopoza belirtilerinin azaldığı ve buna bağlı olarak fiziksel ve psikolojik olarak kadınların daha iyi hissettiklerini ifade eden çalışma örneğin (Toku ve ark., 2006) de olduğu gibi yapılan çalışmalar çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Bilinçli kadınların menopoza semptomlarından daha az etkilenmeleri beklenen sonuçlar arasındadır.

Emekli olan kadınların somatik menopoza şikayetlerini çalışan kadınlara göre daha yüksek düzeyde yaşadıkları ve farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir

(Tablo 6.4.4). Sis ve Pasinlioğlu (2014) çalışmasına göre çalışma durumunun MSDÖ ve alt boyutlarında istatistiksel olarak bir farkın bulunmadığı saptanmıştır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2014).

Kronik hastalık durumuna göre MSDÖ alt grupları ve total arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,000$). Kronik hastalığı olan kadınların somatik, psikolojik ve genitoüriner şikayetler ile totalde de menopoza şikayetlerini daha fazla yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 6.4.5).

Menopoz öncesi ve sonrası dönem hakkında kadınların bilgi alma durumlarının MSDÖ alt ve total grup karşılaştırılmasında genitoüriner semptomlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6.4.8). Yapılan kısıtlı sayıda çalışmanın kadınlara verilen eğitimin menopoza ilişkin düşüncelerinin olumlu yönde arttırdığını ortaya koymaktadır (Gönenç ve Koç, 2019). Kadınların menopoza dair bilgilerinin artırılması ile semptom yönetimlerinin daha kolay ve uyumlarının daha pozitif olacağı düşünülmektedir.

Fiziksel aktivite ve egzersiz yapmak menopoz döneminde ortaya çıkan semptomların azaltılmasında ve osteoporozun önlenmesinde yerinin önemli olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda düzenli egzersiz yapan, yapmayan veya seyrek yapan kadınların MSDÖ alt grupları ve total puan ortalamaları incelendiğinde somatik şikayetler ile arasında ilişki anlamlı çıkarken ($p<0,05$) diğer alt şikayetler ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.4.10). Düzenli fiziksel aktivite yapmayan kadınlarda somatik ve diğer şikayetler daha fazla yaşanırken yapan ve/veya seyrek yapanlarda bu oranlar daha az bulunmuştur. Tüccar ve ark. yaptığı çalışmada menopoz döneminde olan kadınların %42,0' ı düzenli egzersiz yaptıkları bulunmuştur (Tüccar ve ark., 2017). Berlinde' de yapılan çalışmada ise fiziksel aktivite ve egzersizin menopoz semptomları ile arasında pozitif bir ilişki olmadığı yani semptomları azaltmadığı sadece yaşam kalitesine olumlu etkilerinin olduğu gözlemlenmiştir (Özcan ve Öskay, 2013). Başka bir çalışma da ise orta şiddetli fiziksel egzersizin perimenopoz dönemindeki kadınlarda psikososyal ve fiziksel menopoz semptomlarını azalttığı belirtilmektedir (Özdemir ve Uysal., 2019). Kim ve ark., yaptığı çalışma sonucunda ise perimenopozal Koreli kadınlarda, orta düzeyde fiziksel aktivite düzeyinin, psikososyal ve fiziksel menopoz semptomlarının azaldığı

gözlemlenmiştir (Kim ve ark., 2014). Yine yapılan başka bir çalışmada ise vazomotor semptom olan çarpıntının peri ve postmenopozal kadın gruplarında, fiziksel olarak daha fazla zaman harcayan ve özellikle yürüyüş yapan katılımcıların çarpıntı oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Mastrangelo ve ark., 2002). Parle ve Dhobale (2018) çalışmasında da fiziksel aktivitenin artmasının psikolojik semptomlar ile ters orantıya sahip olduğunu ortaya koymuştur (Parle ve Dhobale, 2018).

Obez olan kadınların şikayetleri daha fazla yaşadıkları ve puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($15,36 \pm 6,60$). Somatik şikayetlerin ve MSDÖ total puanlarının VKİ ile arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001 - p < 0,05$) (Tablo 6.4.11). Bel kalça oranı normal olan peri ve postmenopoz kadınların yüksek olanlara göre genitoüriner şikayetleri daha fazla yaşadıkları ve farkın anlamlı olduğu ($p < 0,05$), diğer şikayetler açısından fark olmadığı çalışma sonucunda bulunmuştur (Tablo 6.4.13). Daley ve ark. çalışmasında normal kilolu kadınların obez olan kadınlara göre daha az vazomotor semptomlarını yaşadıklarını istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur ($p < 0,01$) (Daley ve ark., 2007). Tan ve ark., çalışmasında BMI ile toplam MSDÖ ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tan ve ark., 2014). Koo ve ark., çalışmasında da orta yaş Koreli kadınlarda obezitenin menopoz semptomları ile pozitif ilişkili olduğunu ve semptomların doğru orantılı olarak arttığını ortaya koymaktadır (Koo ve ark., 2017). 5968 postmenopozal Brezilyalı kadınların geniş bir gözlemsel çalışmasında ise obez kadınların daha fazla menopoz semptomu olduğunu ve VKİ' nin vazomotor semptomların yoğunluğunu etkileyebileceğini tespit etmiştir (Koo ve ark., 2017). Pai ve ark. çalışmasında ise VKİ ve bel çevresi yüksek olan kadınların çoğunlukla genitoüriner semptom şikayeti rapor ettiklerini bildirmiştir (Pai ve ark., 2009). Mirzaiinjmabadi ve ark., çalışmasında ise VKİ ile menopoz semptomları arasında bir ilişki saptanamamıştır (Mirzaiinjmabadi ve ark., 2006). Yapılan kesitsel bir çalışma sonucunda ise VKİ $> 32,0$ olan kadınlarda sıcak basması, vajinal kuruluk ve idrar problemleri gibi semptomları VKİ $< 19,0$ olan kadınlardan daha fazla yaşadıklarını tespit etmiştir (Sreerenjini ve Muthulakshmi., 2018). Hang ve ark., çalışmasında da bizim çalışmamıza paralel olarak VKİ ile somatik şikayetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Chang ve ark., 2014).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1 Sonuçlar

8.1.1 Tanımlayıcı özelliklere ait sonuçlar

- Perimenopoz kadınlarda yaş ortalaması $47,28 \pm 2,29$, Postmenopoz kadınlarda $54,40 \pm 5,14$ tü. Postmenopoz kadınların yarısı (%51,2) perimenopoz kadınların üçte birinden fazlası (%38,0) ilkokul mezunuydu, perimenopoz kadınların %54,0' ı postmenopoz kadınların ise %21,8'i çalışıyordu.
- Postmenopoz kadınların %94,7' si doğal olarak menopoza girmiş, son adet yaşı ortancası 45 yaştı ve menopoza girme yaşı 46 idi ve kadınlar ortalama 6 yıldır menopozdaydı. Postmenopoz kadınların neredeyse tamamı yakını HRT tedavisi almıyordu.
- Her iki gruptaki kadınların yarısı menopozu doğal bir süreç olarak tanımlarken, özellikle postmenopozdaki kadınlar menopozu “*kadınlık özelliklerinin yok olması*” olarak daha fazla tanımlarken, perimenopozdaki kadınlar ise menopozu “*yaşlanma*” ve “*sağlık sorunları/hastalıkta artış*” olarak daha fazla tanımladıkları görüldü. Postmenopozdaki kadınların yarıdan fazlası menopozu normal olarak karşıladığını belirtirken beraberinde “*stres*” yaşadıklarını daha fazla ifade etmişlerdir.
- Her iki gruptaki kadınların çoğunluğu (Perimenopoz G: %70,0, Postmenopoz G: %77,6) menopoza ilişkin bilgi almadığını, alanların neredeyse yarıya yakını bu eğitimi yeterli görmediğini ifade etti.

8.1.2 Peri ve postmenopozdaki kadınların vücut kitle indeksi, bel-kalça oranı ve beslenme özelliklerine ait sonuçlar

- VKİ' ne göre perimenopozdaki kadınların %24,0' ı postmenopozdaki kadınların ise yarıdan fazlası (%52,3) obezdi. Ancak perimenopozdaki

kadınların %44,0' nın şişman grupta olması obeziteye adaylık açısından dikkat çekiciydi.

- Bel kalça oranı açısından her iki grupta da 0,72 ↑ olma oranı çok yüksekti. Bu da kadınların android tip yağlanmalarının yüksek olduğunu ve gelecekteki riskleri göstermesi açısından önemliydi. Diğer yandan kadınların çoğunun bedenini “iyi”, “fena değil” olarak algıladığını belirtmesi dikkat çekiciydi.
- Her iki gruptaki kadınların çoğunluğu egzersiz yapmadığını, acıkma dışında üzüldüğü sinirlendiğinde yemek yiyerek rahatladığını ifade ettiği ve hamur işi, pilav, makarna, ekmek vb. tüketiminin fazla olduğu belirlendi.

8.1.3 Peri ve postmenopoz kadınlarda menopoz şikayetleri ve çözüm yollarına ait sonuçlar

- Menopoz şikayetlerinin başlama yaşının perimenopoz kadınlarda ortalama 45,20 ±2,39, postmenopoz kadınların ise ortalama 46,02± 3,61 yaştı. Menopoz şikayetlerinden etkilenme düzeyi perimenopozdaki kadınlarda orta düzeyde postmenopozdaki kadınlarda orta düzeyin biraz üzerindeydi.
- Menopoz şikayetlerinden hiçbir şikayet belirtmeyen kadınların oranı çok düşüktü (Perimenopoz G: %4,0; Postmenopoz G: %0,6) ve en fazla yaşanan menopoz şikayetinin sıcak basması olduğu (Perimenopoz G: %32,0, Postmenopoz G: %71,2), bunu duygusal şikâyetlerden sinirli olmanın izlediği görüldü. Perimenopozdaki kadınlar daha çok menstruasyon dönemlerinde ve sinirlendiklerinde, postmenopoz kadınlar ise stresli, üzüntülü olduklarında, aile içi sorunlarda, çok yoğun olduklarında ve sinirlendiklerinde menopoz şikayetlerinin arttığını ifade etti.
- Sıcak basması şikayetinin çözümünde kadınların çoğunlukla duş yaptığı, kardiyak sorunlarda çoğunlukla hiçbir şey yapmadıkları, yapanların da dinlendikleri ve derin nefes aldıkları belirlendi. Her iki gruptaki kadınların çoğu uyku şikayetlerinde hiçbir şey yapmadığını, yapanların da uzanıp dinlendiklerini ve uyumaya çalıştıklarını ifade etti. Eklem ve kas ağrılarında da her iki gruptaki kadınların çoğunlukla uyuma ve dinlenmeyi tercih ettikleri görüldü. Psikolojik şikayetlerden keyifsizlik halinde her iki gruptaki

kadınların çoğunlukla TV seyretmeyi ya da müzik dinlemeyi, sinirlilik hallerinde gezme, yürüyüş yapma ya da ortamdan uzaklaşmayı tercih ettikleri, endişe/ kaygı durumlarında gezi yaptıkları ya da hobileriyle ilgilendikleri, fiziksel ve zihinsel yorgunlukta çoğunlukla uyuyup dinlendikleri belirlendi. Kadınların genitoüriner şikayetlerden cinsel sorunlarında, vajinal kurulukta, idrar sorunlarında büyük çoğunlukta hiçbir şey yapmadıkları, ancak idrar sorunlarında her iki grupta üçte birinin bol su içtiğini ifade ettiği görüldü.

8.1.4 Peri ve postmenopoz kadınlarda menopoz semptomları değerlendirme ölçeği (MSDÖ) ait sonuçlar

- MSDÖ' ye göre postmenopozdaki kadınların genel olarak menopoz semptomlarını ve somatik şikayetleri perimenopoz grubundaki kadınlardan anlamlı olarak daha fazla düzeyde yaşadıkları ($p<0,01$ - $p<0,001$), psikolojik ve genitoüriner şikayetler açısından ise her iki grup arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).
- MSDÖ sonuçlarına göre yaş arttıkça menopoz şikayetlerini (*özellikle genel, somatik ve psikolojik şikayetler*) yaşama düzeyinin arttığı ($p<0,01$ - $p<0,001$), eğitime göre ise eğitim düzeyi arttıkça menopoz şikayetlerini yaşama düzeyinin azaldığı ($p<0,01$ - $p<0,001$), çalışan kadınlarda özellikle somatik şikayetlerin daha düşük olduğu ($p<0,05$), kronik hastalık olanlarda menopoz şikayetlerinin daha yüksek düzeyde olduğu ($p<0,001$), anlamlı olmamakla birlikte menopoz süresi genellikle 6-10 yıl arasında olanlarda menopoz şikayetlerini yaşama düzeyinin biraz daha yüksek olduğu, düzenli egzersiz yapmayanlarda özellikle somatik şikayetlerin anlamlı olarak ($p<0,05$) daha yüksek olduğu belirlendi.
- MSDÖ' ye göre obez olan kadınların genel menopoz şikayetlerini ve özellikle somatik şikayetleri daha fazla yaşadıkları ($p<0,05$ - $p<0,001$), farklılık perimenopoz kadınlarda değil postmenopozdaki kadınlardaydı ve postmenopozdaki obez kadınlar genel menopoz şikayetleri ile somatik ve psikolojik şikayetleri daha fazla yaşamaktaydı ($p<0,05$ - $p<0,01$). Bel kalça oranı açısından ise BKO 0,72 altında olanların genitoüriner şikayetleri anlamlı olarak biraz daha fazla şiddetli yaşadıkları belirlendi ($p<0,05$).

8.1.5 Çalışma sorularına göre sonuçların değerlendirilmesi ;

Soru 1. Peri ve postmenopozal kadınlarda yaşanan semptomlar ve şiddeti farklılık gösteriyor mu?

- Çalışmada postmenopoz dönemindeki kadınların tüm şikayetleri perimenopoz dönemindeki kadınlardan daha fazla yaşadıkları ve “somatik şikayetler” ile MSDÖ total puan ortalamasının anlamlı olarak bu gruptaki kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). **Sonuç:** Evet, peri ve postmenopozal kadınlarda yaşanan semptomlar ve şiddeti farklılık gösteriyor. Postmenopozdaki kadınlar menopoz şikayetlerini perimenopozdaki kadınlardan biraz daha fazla şiddetli düzeyde yaşıyor.

Soru 2. Yaşanan menopozal semptomlar ve düzeyi VKİ' ne göre değişiyor mu?

- Perimenopoz dönemindeki kadınların VKİ göre menopoz şikayetlerini yaşama düzeyleri arasında anlamlı farkın olmadığı ($p>0,05$), ancak postmenopoz grubundaki kadınlarda somatik ($p<0,01$) ve psikolojik ($p>0,05$) şikayetler ile total menopoz şikayetlerini ($p>0,05$) yaşama düzeyinin obez olan kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna varıldı. **Sonuç:** Evet, yaşanan somatik, psikolojik ve total şikayetlerin VKİ göre değişiklik gösterdiği saptandı.

Soru 3. VKİ' ne göre obez olan kadınlar menopoz semptomlarını daha şiddetli mi yaşıyor?

- Somatik şikayetlerin ve MSDÖ total puanların VKİ ile aralarında anlamlı fark saptandı ($p<0,001$ - $p<0,05$) diğer alt gruplar ile aralarında fark görülmedi. **Sonuç:** Obez olan kadınların şikayetleri daha fazla yaşadıkları ve puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü.

Soru 4. BKO' ya göre menoz semptomları ve düzeyi farklılık gösteriyor mu?

- Bel kalça oranı normal olan ($0,72\downarrow$) kadınların yüksek olanlara göre genitoüriner şikayetleri daha fazla yaşadıkları ve farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$), diğer şikayetler açısından BKO' na göre farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).



8.2 ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmadan elde edilen sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

- Peri ve postmenopoz kadınların çoğunluğunun menopoza ilişkin bilgi almadıkları, alan kadınların da neredeyse yarıya yakınının eğitimini yeterli görmediğini ifade etmesi nedeniyle perimenopoz döneminden itibaren menopoz hakkında bilgilendirmelerin yapılması gerekmektedir.
- Kadınların çoğunluğunun şişman veya obez olması; bel kalça oranlarının yüksek olması sonucunda kardiyak ve metabolik hastalık riski oluşturduğu için beslenme eğitimleri, egzersiz programları ve düzenli fiziksel aktivitenin yaşam stili olarak benimsetilmesi gerekmektedir.
- Kadınların şişman ve/veya obez oldukları durumlarda beden algılarının iyi-fena değil olarak yorumlamalarının *yani normal karşılamalarının* önüne geçilmeli, gerekli eğitimlerin bireylere özgü olarak verilmesi gerekmektedir.
- Menopozun kadın yaşamında normal bir süreç olduğunun yapılacak eğitimlerle anlatılması, bunun sonucunda da menopoz döneminde yaşanan şikayetlerden etkilenme düzeylerinin azalacağı düşünülmektedir.
- Aile sağlığı merkezleri ve diğer kurumlarda menopoz kliniklerinin açılması/ artırılması ve bu birimlerde özellikle uzman hemşireler tarafından danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir.
- Tedavi sürecinde danışmanlık hizmetlerine daha fazla zaman ayrılmalı ve kadınların biyo-psiko-seksüel olarak her açıdan ele alınmaları gerekmektedir.
- Kadınların eğitim seviye farklılıkları olduğu unutulmamalı ve her bireye özgü bilgilendirme ve seviyede eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.
- Menopoz ile kadınların nasıl başa çıkmaları gerektiği hakkında kapsamlı eğitimler verilmelidir.
- Vücut kitle indeksinin DSÖ verileri doğrultusunda normal seviyeler arasında tutulması ve gerek görüldüğünde diyetisyene yönlendirmeler yapılmalıdır.
- Bel kalça oranı ölçümleri ASM' ler de rutin kontroller arasında olmalı ve normalin üstünde olan ölçümlerde kadınlara olası riskler konusunda bilgiler verilerek gerekli müdahalelerin yapılması gerekmektedir.

- Zararlı alışkanlıkların (sigara, alkol vb.) menopoz üzerindeki olumsuz etkileri anlatılmalı ve sigara bırakma hattı/birimleri için nerelere başvurabileceği konusunda bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Egzersizin (yaş, sağlık durumu göz önüne alınarak) yaşam biçimi olarak benimsenmesi için eğitici materyaller kullanılarak görsel sunumlarla kadınlara ve hatta eşlerinin de bu dönemde etkin rol alabilmeleri için birlikte eğitimlere katılımları sağlanmalıdır.

Sonuç olarak menopoz öncesi ve sonrası dönemde olan kadınların daha pozitif ve sağlıklı olarak bu dönemi geçirebilmeleri için eğitimlerin arttırılması, menopoz kliniklerinin yaygınlaştırılması ve bu alana özgü çalışmaların arttırılıp uygulamaya konulması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Aba Y, Ataman H, Şık B. Vulvovajinal atrofi ifadesinde yeni terminoloji: Menopozda genitoüriner sendrom. Androloji Bülteni 2016; 18(67): 289–293

Akarsu R, Kuş B. Menopozal sıcak basması kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017, 6(2): 104- 112

AlDughaiter 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, 7: 645- 653

Alıcı G, Karpuz V, Karpuz H. Kadınlarda statinlerle kardiyovasküler hastalıklardan birincil korunma. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2009,37(4):273-280

Alpay N, Kivanc ZE, Ulasoglu C. The relationship between hormonal profile and depressive symptoms in menopausal women. Düşünen Adam. 2013, 26(2), 171–176. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2013260207>

Ardahan M, Acar E. 35-45 Yaş arası menopoza girmemiş ev kadınlarının menopoza yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi. 2009, 11;4 (16)

Atapattu P. Obesity at menopause: an expanding problem. 2015, 1:1, DOI: 10.4172/2573-4598.1000103

Atar A. Obezlerde Plazma Lipit Düzeyleri ile Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. R Özgür).

Atasu T. Menopoz – Tedavisi ve Kanser. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2001

Atasü T, Tekin Hİ. Menopozun semptomları. Atasü T.Eds. Menopoz-Tedavisi ve Kanser. İstanbul Nobel Tıp Kitapevleri. 2001, 95-108

Atasü T, Sezar Ş. Klimakterium ve Menopoz, Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). Üniversal Bilimsel Yayınları, 1996: 635-641

Atasü T, Gezer A. menopoz tanım ve terminotolojisi. Ed: Atasü T, Özekici Ü, Hekim N, Menopoz Tedavisi ve Kanser. 1. Baskı, s: 13-27, Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul, 2001.

Avis NE, Crawford SL, Greendale G, et al. Durationof menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. Jama Intern Med. 2015, Feb 16

Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. Aile Ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi. 2002, 5(2): 5

Bezircioğlu İ, Öviz A, Kındıroğlu N, Dündar P. Menopoz verilerinin epidemiyolojik değerlendirilmesi. III.Uluslararası Üreme Sağlığı ve A.P. Kongresi. 2003,b 20 – 23 Nisan, Ankara

Biri A, Bakar C, Maral I, Bumin M, Güner H. 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgileri, menopozla ilgili yakınmaları ve hormon replasman tedavileri kullanma durumları. T Klin Jineköl Obst. 2004, 14

Both SL, Nelson ME, Mason JB, Angelo G, Meydani SN. Dietary supplements for peri-and early postmenopausal women: a quantitative proposal based on disparities between recommendation and dietary intakes. Nutr Clin Care. 1999; 2:361-371

Bozkurt Ö, Sevil Ü. Menopoz ve cinsel yaşam. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016, 3(4): 497- 503

Bozoğlan H, Karabudak E. Yetişkin Bireylerin diyet enerji yoğunluğu ile beden kütle indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyetisyen Dergisi. 2016;44(3):204-211

Karen R. Managing menopausal symptoms. AJN.2012, Vol. 112, No. 6

Can Gürkan. Menopoz Semptomlarını değerlendirme ölçeğinin türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği. Hemşirelik Forumu.2005, sf:30-35, Mayıs-Haziran

Cengiz G. Menopoz kadınlık işlevinin sonu mu. Elit Kültür Yayınları. İstanbul; 2007, s: 15-16

Cengiz S, Çağlar G. Menopoz Multidisipliner Yaklaşım. Modern Tıp Kitapevi. 2016- Ankara

Chang SJ, Chee W, Im EO. Effects of the body mass index on menopausal symptoms among asian american midlife women using two different classification systems. JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 2014; 43(1), 84-96 <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12261>

Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, et al. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. Maturitas 2007; 57:271-8

Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Menopausal symptoms and associated risk factors among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. Arch Gynecol Obstet. 2007, 275:161-68

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Kadında cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından sağlıklı yaşlanma. Bilgilendirme dosyası 3

Çayır A, Atak N, Köse S. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011, 64(1)

Çelik A, Pasinlioğlu T. Kadınların Yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 16–29

Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008; 22 (6): 343 - 349

Daley A, MacArthur C, Stokes-Lampard H, McManus R, Wilson S. Mutrie N. Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. British Journal of General Practice. 2007, 57(535), 130–135

Deeks AA, McCabe MP. Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. Qual Life Res. 2004, 13(2):389-98

Demir S, Karaağaoğlu N. Üç Nesil kadınlarda obezite ile beden algı durumu ve zayıflamaya yönelik uygulamalar. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2013;41(1):18-26

Demirkol N. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2008, Şanlıurfa

Doğan F. Hormon replasman tedavisi ilk kez kırşehir doğumevinde başlanan kadınların tedaviye ilişkin algılama ve bilgilendirilme özelliklerinin değerlendirilmesi. T Klin J Med Sci. 2004, 24

Düzenli M, Özdemir K, Sökmen A. ve ark. Hormon replasman tedavisinin kardiyak fonksiyonlar üzerine etkisinin yeni parametrelerle değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2004;14(4)

Eker E, Ertüngealp E, Kayır A. Kadında Cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından sağlıklı yaşlanma. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 2006

Erdem Ö. Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar Ve Başetme Yolları, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara

Ergin A. Obezitenin Kadın Sağlığı Ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2014, 1(1):41-54

Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(4)

Ertekin Ş, Yıldırım G, Duran Ö, Cesur B. A problem peculiar to women: Mental health in menopause. International Journal of Human Sciences. 2015; 12(2), 787-798

Ertem G. Kadınların Menopoz Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010, Cilt:7 Sayı:1

Ertem GK, Şirin A. Menopoz polikliniğine başvuran kadınların menopoza ilişkin yakınmalarına verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. I. Uluslararası ve VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. 2000, 29 Ekim – 2 Kasım

Ertüngealp E. Türkiye menopoz ve osteoporoz derneği ile türk jinekoloji derneği hormon replasman tedavisi konsensus grubu kararları. Artemis, January 2003; Vol 4(1) 7-8

Evlice Y, Tamam L, Karataş Y. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3:108-112

Gönenç Koç. Menopoz dönemine yönelik eğitim programının kadınların menopoza yönelik tutumlarına etkisi. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(1)

Görgel E, Çakıroğlu F. Menopoz Döneminde Kadın. Ankara, 2007

Gözüyeşil E, Başer M. Menopoz döneminde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;19:4

Güler K. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Menopozal Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2017, İstanbul

Gün Ç, Demirci N. Menopozda bitkisel tedavi kullanımı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi . Archives Medical Review Journal. 2015;24(4):520-530

Hammond CB. Klimakterik Dönem. İçinde: Obstetrik ve Jinekoloji, Erez S. (Çeviri editörü). Obstetrics and Gynecology, Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. 7. Baskı, Çevik Matbaacılık, İstanbul, 1997: 657-72

Hart MD, Norman J. Çeviren: Batıoğlu S. Resimli Jinekoloji. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2003, s: 412, 5.basım- Ankara

Juang KD, Wang SJ, Lu SR, Lee SJ, Fuh JL. Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri- and post- but not premenopausal women. Maturitas. 2005, 16;52(2):119-26

Jung SJ, Shin A, Kang D. Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: results from health examinees study (HEXA). Journal of Affective Disorders. 2015, 187, 127-135

Kadayıfçı O. Klimakterium Premenopoz- menopoz-postmenopoz-senium ikinci bahar. Nobel Tıp Kitapevi-2006

Kal H. Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Konya (Danışman: Doç.Dr. Emel Ege)

Karabudak E, Yücecan S, Saancak B. Premenopoz ve potmenopoz dönemindeki kadınların serum ferritin düzeyleri ve besin tüketimlerinin lipid peroksidasyonu üzerine etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1998, 27(2): 24-32

Karacan S, Günay M. Aerobik antrenman programının menopoz dönemindeki kadınların kardiyovasküler risk faktörlerine etkisi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2003, Cilt 23, Sayı:3 257-273

Karakuş E. Menopoz Döneminde Kadınların Yaşadığı Sorunlar Ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Hayat Avcı Boz)

Kaur H, Kochar R. Obesity and menopause. ARC Journal of nutrition and growth (AJNG). 2015; Volume 1, p: 8-13

Kaya N, Bölükbaş N, Atıcı İ. Kadınların yaşam tarzı değişkenleri ile osteoporoz arasındaki ilişki. Aile Ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi. 2003, 5(2): 6

Kayıkçıoğlu M. Kadınlarda iskemik kalp hastalıkları. Türk Kardiyoloji Dern Arş – Arc Turk Soc Cardiol. 2010; 38 Suppl 1

Khoudary S, Greendale G, Crawford S, Avis N, Brooks M, Thurston R. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. 2019, Vol. 26, No. 10

Kim M, Cho J, Ahn Y, Yim G, Park H. Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women *BMC Women's Health*. 2014, 14:122

Koç Z, Sağlam Z. Kilmakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların belirlenmesi. *Aile Ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi*. 2008;10:100- 112

Koo S, Ahn Y, Lim JY, Cho J, Park HY. Obesity associates with vasomotor symptoms in postmenopause but with physical symptoms in perimenopause: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2017; 17(1), 126 <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0487-7>

Köksal N, Güven A, Çelik Ö, Kıran G, Kıran H, Ekerbiçer H. Menopoz sonrası hormon Replasman tedavisinin solunum fonksiyonları üzerine etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2004; 52(3): 237-242

Liu TL, Yen JY, Ko CH, et al. Associations between substance use and body mass index: Moderating effects of sociodemographic characteristics among Taiwanese adolescents. *Kaohsiung J Med Sci*. 2010; 26(6): 281-9

Luptáková L, Siváková D, Čerňanová V, Cvičelová M, Danková Z. Association of menopausal symptoms with obesity in Slovak women. *Anthropological Review*. 2014; 77(1), 57–66 <https://doi.org/10.2478/anre-2014-0005>

Mastrangelo MA, Conway D, DeBenedetto N, Gray K, Mehta D, Newberry S, Chaloupka EC. Relationship Between Physical Activity and Menopause

Symptomology. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2002; 34(5), s227
<https://doi.org/10.1097/00005768-200205001-01273>

McVeigh C. Perimenopause: More than hot flushes and night sweats for some Australian women. JOGNN Clinical Research. 2005; Volume 34, Number 1, January/February

Mikkelsen T, Iversen S, Sundby J, Bjertness E. Early menopause, association with tobacco smoking, coffee consumption and other lifestyle factors: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2007, 7:149

National Institutes of Health: Menopaause. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, NIH Publication. 2001; 01-3886, February

Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara, 2018. ISBN: 978-605-4011-31-5

Oğurlu N. Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi. ADÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Aydın (Danışman: Yrd.Doç.Dr.Hilmiye AKSU)

Oğuz S, Çamcı G, Arpacıoğlu Y, Şeker M, Erbek H, Yurtdaş M. Determination of the obesity status of individuals who referred to a family health center. Journal of Academic Research In Nursing. 2019; 5(1), 10–16
<https://doi.org/10.5222/jaren.2019.69672>)

Özbey N, Adaş M, Kazancıoğlu R, Senay M, Ergin S, Orhan Y. Menopoz öncesi ve sonrası şişman kadınlarda yağ miktarı ve yağ dağılımı ile risk faktörleri arasındaki ilişki, 1999

Özcan H, Öskay Ü. Menopoz Döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi. 2013; 28(4):157-163

Özdemir Ö, Uysal M. Postmenopozal dönemde pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(1):20-26

Özdemir M, Arıtcı G, Aksoydan E, Yeşil E. Bel/Boy oranı ve diğer antropometrik ölçümlerin kronik hastalık riski ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(2), 0–0
<https://doi.org/10.31067/0.2018.78>

Özer Ü, Gözükara F. Şanlıurfa’da kadınların menopoza ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016; 16–26 <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/225595>

Özgür N. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. M.Ü. sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Hatice Yıldız Eryılmaz)

Öztürk S, Temel A, Ergül Ş. Kadınların ve erkeklerin menopoza ilişkin görüşleri. Aile Ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi. 2008; 10(4):14

Pai HC, Lee MY, Lee S. Obesity and perimenopausal symptoms in mid-life women in southern Taiwan. Tzu Chi Medical Journal. 2009; 21(4), 289–295
[https://doi.org/10.1016/S1016-3190\(09\)60058-6](https://doi.org/10.1016/S1016-3190(09)60058-6)

Parle J, Dhobale NN, Professor A. Level of physical activity and attitude towards physical activity in perimenopausal women in India. International Journal of Health Sciences & Research. 2018;8(7), 170. Retrieved from www.ijhsr.org

Pernoll ML. Obstetrik ve jinekoloji. Çeviren:Ayhan A, Bozdağ G, Palme Yayıncılık Ankara, 2002, p:743-754

Pınar G, Pınar T, Doğan N. ve ark. Kırk beş yaş üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri. Dicle Tıp Dergisi. 2009, 36(4); 258-266

Pinhey TK, Pinhey DL. Life event timing and the emotional consequences of surgical menopause for Asian-Pacific women in Guam. Women Health. 2002; 36(4):4354,

Plante B, Cooper G, Baird D, Steiner M. The impact of smoking on antimüllerian hormone levels in women aged 38 to 50 years. NIH public access. 2010; 17(3): 571–576

Poroy A. Menopoz. 1.Basım, Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., İstanbul; 2006, s: 33

Rahman SA, Zainudin SR, Mun VL. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. Asia Pac Fam Med 2010; 9:5

Rakıcıoğlu N. Menopozda Beslenme. Ankara, 2012

Rakıcıoğlu N. Menopozda Beslenme. Klasmat Matbaacılık Ankara, 2008

Royal College of Nursing. Menopause. RCN guidance for nurses , midwives and health visitors. Royal College of Nursing. 2017; 0–28.

Rubin RT, King BH. Endocrine and metabolic disorders. Comprehensive Text Book of Psychiatry, Sixth Edition, Vol 2, (Eds) Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore-USA, Williams and Wilkins. 1995, s.1523-1524

Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palanci Y, Toksöz P. Diyarbakır il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri

ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları. Dicle Tıp Dergisi. 2005; 32(2), 77–83

Sánchez-Rodríguez, MA, Zacarías-Flores M, Arronte-Rosales A, Mendoza-Núñez VM. Association between hot flashes severity and oxidative stress among mexican postmenopausal women: A cross-sectional study. 2019; 14(9), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214264>

Schneider HPG, Heinemann LAJ, Thiele K. The menopause Rating Scale (MRS). Cultural and linguistic translation in to english. Public Health: The Menopause Rating Scale (MRS). 10.1072 /L0305326. 2002

Sevimli D, Özoruç S. Düzenli fiziksel egzersize bağlı kadınların vücut kitle indeksleri ve sigara kullanma oranlarındaki değişim. Smyrna Tıp Dergisi. 2018

Sreerenjini B, Muthulakshmi. Effectiveness of deep breathing and walking exercise in reducing menopausal symptoms among women at Karadivavi, India. International Journal of Research in Medical Sciences. 2018, 6(4), 1203–1206 <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20181029>

Şen N, Tuncer T. Osteoporoz patofizyolojisi. Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics. 2012;5(3):11-6

Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. 1.Baskı Bedrat Basın Yayıncılık Ltd. Şti. İstanbul, 2008

Tan N, Kartal M, Guldal D. The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: A cross-sectional study in primary care. BMC Women's Health. 2014, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-38>

Taşkın L. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. 10.Baskı: Ofset Matbaacılık; Ankara, 2011; p: 573- 578

Tekin A. 36-44 Yaş Arası Menopoza Girmemiş Kadınların Menopoz Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu, Yayınlanmamış Lisans Tezi, 2000, İzmir

Timur S, Şahin N. Menopoz ve uyku. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010, 3:3

Timur S, Şahin N. The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. The North American Menopause Society. 2010, Volume 17 - Issue 3 - p 545-551

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2003, Ankara

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008, Ankara

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013, Ankara

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018, Ankara

Tokuç B, Kaplan P, Balık G, Gül H. Trakya üniversite hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. 2006; Cilt 3 Sayı 4 281- 287

Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004, ISSN: 1303-5134

Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitimin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003, Erzurum (Danışman: Yrd.Doç.Dr.Behice Erci)

Turgut B, Türkçüoğlu P, Demir T, Kan E, Kumru S. Menopoz sonrası dönemde farklı hormon Replasman tedavilerinin gözyaşı fonksiyonlarına etkileri. Fırat Tıp Dergisi. 2008;13 (2): 127-130

Tüccar G, Bakırarar B, Köksal E. Pre ve postmenopoz kadınlarda besin tüketim durumu frax kırık riski ile ilişkili midir? Beslenme ve Diyet Dergisi. 2017;45(2): 116-127

Tümer A, Kartal A. Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. Pamukkale Medical Journal. 2018; 337–346 <https://doi.org/10.31362/patd.451911>

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, 2018, 13. Baskı

Uludağ A, Güngör A, Gencer M, Şahin E, Çoşar E. Kadınların hayatında başka bir dönem: menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2014; 18(1):25- 30

Ulusoy MN, Kukulu K. Kadınlarda uyku sorunlarının menopoz ile ilişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(2)

Uptan S. Klimakterik dönemdeki kadınların öz bakım gücünün artırılmasında hemşirenin rolü. I. Uluslararası V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi. 2001; 335-338

Uzun M, Micozkadıoğlu S, Micozkadıoğlu N, Çelen E, Özyiğit E, Avşar F. Postmenopozal hormon replasman tedavisi alan hastaların hormon tedavisi hakkında çıkan olumsuz yayınlar sonrası tutumları. Turkish Medical Journal. 2008

Ünal O, Kars B. Postmenopozal hormon tedavisi ve kanser riski. TJOD uzmanlık sonrası eğitim ve güncel gelişmeler. 2004; 1: 51-57

Van Strien T, Cebolla A, Ethemendy E. Emotional eating and food intake after sadness and joy. Appetite. 2013, 66: 20-25

Vanwesenbeeck I, Vennix P ve Wiel H. ‘Menopausal symptoms’ associations with menopausal status and pysicsocial factors. J psychosom Obstet Gynaecol. 2001;22: 149-158.

Wallis DJ, Hetherington MM. Emotions and eating self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. Appetite, 2009, 52: 355-362

Whiteman MK, Stropoli CA, Langenberg PW, et al. Smoking, body mass and hot flashes in midlife woman. Obstet Gynecol 2003 Feb; 101(2)

Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopausespecific questionnaire assessment in us population-based study shows negative impact on health-related quality of life Maturitas. 2009, 62(2), 153-159

Yanikkerem E. Obezitenin kadın sağlığına etkileri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017, 3(1), 37–43 <https://doi.org/10.30934/kusbed.359281>

Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G. Şişmanlık ve fiziksel aktivite. Hacettepe Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi. Ankara, 2008

Young T, Finn L, Austin D, Peterson A. Menopausal status and sleep-disordered breathing in the wisconsin sleep cohort study. Am J Respir Crit Care Med. 2003;167(9):1181-5

Zeliha K, Sağlam Z. klimakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların belirlenmesi. Aile Ve Toplum Eğitim Kültür Ve Araştırma Dergisi. 2008, 10: 4

10. EKLER

EK 1 ENSTİTÜ YÖNETİM KARARI

EK 2 ETİK KURUL KARARI

EK 3 İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ GÖRÜŞ YAZISI

EK 4 SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT BİRİM İZNİ

EK 5 SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİM İZNİ

EK 6 MENOPAUSE RATING SCALE KULLANIM İZİN YAZISI

EK 7 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK 8 ANKET FORMU

EK 9 MENOPAUSE RATING SCALE FORMU



EK 1

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 28.09.2017
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2017 / 20

KARAR NO: 2017/20-55

Enstitümüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Abdurrahim UYANIK'ın, tez konusunun aşağıda belirtildiği şekilde kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.

Tez Başlığı : "Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları ve Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi"



Cansın KALENDER
Enstitü Sekreter V.



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Peri Ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları Ve Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç.Dr. Hatice YILDIZ

PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Abdurrahim UYANIK

ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 11.09.2017-162

Sayın Doç.Dr. Hatice YILDIZ

162 protokol nolu "Peri Ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları Ve Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.


Prof. Dr. Göksel ŞENER
Komisyon Başkanı


Yrd.Doç.Dr. Pınar MEGA TİBER

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Prof.Dr. Hülya AŞCI

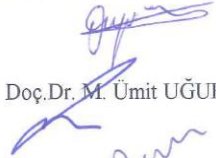
Prof.Dr. Tuğba TUNALI AKBAY


Prof.Dr. Neftise BAHÇECİK

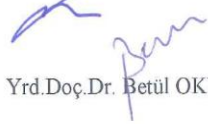
Prof.Dr. Hakkı ARIKAN

Doç.Dr.Oya ORUN

Doç.Dr.Gürkan SERT


Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU


Doç.Dr. İlksan DEMİRBÜKEN


Yrd.Doç.Dr. Betül OKUYAN

Av. Funda IŞIK ÖZCAN

EK 3



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Abdurrahim UYANIK'ın
Tez Çalışma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 15/08/2018 tarihli ve 71211201-1800217334 sayılı yazı.
b) 24/09/2018 tarihli ve 64222187-324.01-81 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi (T.C.49786661456) **Abdurrahim UYANIK'ın, Doç. Dr. Hatice YILDIZ** danışmanlığında yürütülen "**Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları ve Vücut Kitle Endeksi ile İlişkisi**" konulu anket çalışmasını, **Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağlık Merkezi'nde** yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ile ilgili İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'na bağlı **Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi'nin** ilgi b) sayılı cevabi yazısı ekte yer almakta olup, birimin uygun görüşleri ile Müdürlüğümüzce onaylanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi ve ilgili merkeze bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz / rica ederim.

e-imzadır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

EKLER:

1- İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi (Görüş Yazısı)

Dağıtım:

Gereği:
İstanbul Tuzla İlçe Sağlık Müdürlüğü

Bilgi:

İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı-
Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
04/02/2018 11:25 - 16867222 - 604.01.01 - İL 3028



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Abdurrahim UYANIK'ın
Tez Çalışma İzni Hk.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Göztepe Yerleşkesi 34722 Kadıköy / İstanbul)

İlgi : a) 15/08/2018 tarihli ve 71211201-1800217334 sayılı yazı.
b) 24/09/2018 tarihli ve 64222187-324.01-81 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi (T.C.49786661456) *Abdurrahim UYANIK'ın, Doç. Dr. Hatice YILDIZ* danışmanlığında yürütülen "**Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları ve Vücut Kitle Endeksi ile İlişkisi**" konulu anket çalışmasını, **Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağlığı Merkezi'nde** yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırmanın yapılması, İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'na bağlı Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi'nin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup; Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EKLER:

- 1- Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi
(Görüş Yazısı 1 Sayfa)

EK 5



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 64222187-324.01
Konu : Abdurrahim UYANIK'ın
Tez Çalışma İzni

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağhın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 07/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2682 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi (T.C.49786661456) **Abdurrahim UYANIK'ın, Doç. Dr. Hatice YILDIZ** danışmanlığında yürütülen "**Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları ve Vücut Kitle Endeksi ile İlişkisi**" konulu anket çalışması incelenmiş olup, anketin beslenme ile ilgili bölümündeki sorular uygun görülmüştür. Anket çalışmasındaki diğer soruların ve çalışmanın **Tuzla Şifa Şehit Erdoğan Konut Aile Sağhı Merkezi'nde** yapma talebinin ilgili birimlerce değerlendirilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mustafa HATİPOĞLU
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

EK 6



Özlem can <ozlemcangurkan@gmail.com>

23.01.2017 14:29



Kime: abdurrahim uyanık

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Makale tam metnine www.kadinvehastaliklari.com sitesindeki özgeçmişimden ulaşabilirsiniz. Başarılar Dilerim.

Özlem CAN GÜRKAN

23 Ocak 2017 11:19 tarihinde abdurrahim uyanık <abdrhm_ynk@hotmail.com> yazdı:

Sayın Hocam,
Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğini” izniniz çerçevesinde YL tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Gerekli izninizi, ölçeği ve değerlendirmesine ilişkin bilgiyi gönderebilirseniz memnun olurum.
Saygılarımla,

Abdurrahim UYANIK

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemş. AD. YL öğrencisi

EK 7

BİLGİLENDİRME FORMU

Araştırmanın Adı: Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları ve Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi

“Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları ve Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi “ başlıklı araştırma peri ve post menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları, şiddeti ve vücut kitle indeksi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu nedenle size menopoz hakkında kısa sorular sorulacak, bazı ölçümler yapılacaktır. Bu çalışmaya katılma ya da katılmama hakkına, katıldıktan sonra da istediğiniz zaman bırakıp çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Vermiş olduğunuz bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak, 3. Şahıs vb. hiç kimseyle paylaşılmayacak, tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmanız halinde kişisel bilgileriniz bizde saklı tutulacak ve herhangi bir yerde açıklanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim

Abdurrahim UYANIK

GSM : 0541 963 45 90

ONAY FORMU

Araştırmanın Adı: ‘Peri ve Postmenopoz Kadınlarda Menopoz Semptomları ve Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi’ başlıklı araştırmanın amacı ve benimle ilgili her türlü bilginin gizli tutulacağı konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda çalışmanıza hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı

() Kabul ediyorum

() Kabul etmiyorum.

Katılımcı

Araştırmacı

Tanık

Ad-Soyad

Ad- Soyad

Ad- Soyad

İmza

İmza

İmza

EK 8

1.	Anketin Birinci Bölümü
1	Menopoza girme durumu: () 1. Giren (Postmenopoz) () 2. Girmeyen (Perimenopoz)
2.	Menopoza girenler için; En son adetinizi ne zaman gördünüz? Tarih /yıl..... En son adet gördüğünüzde kaç yaşındaydınız?
3.	Menopoza girme yaşıınız? (Doğal menopoz ise son adet tarihinden 1 yıl sonrası, cerrahi menopoz ise hemen)
4.	Şu an kaç yaşındasınız?
5.	Eğitim durumunuz: () 1. Okur yazar/okur yazar değil () 2. İlkokul () 3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Yüksekokul / Üniversite
6.	Medeni durumunuz: () 1. Evli () 2. Hiç evlenmemiş () 3. Eşi hayatta değil () 4. Bosanmış
7.	Çalışma durumunuz: () 1.Ev hanımı () 2. Emekli () 3. Çalışıyor (ne iş yapıyorsunuz?
8.	Yaşayan çocuğunuz var mı? () 1.Evet (Sayı) () 2. Hayır
9.	Gravida : Para: Abortus: Küretaj:
10	Evde Kiminle Yaşıyorsunuz ? () 1. Yalnız () 2. Eşimle birlikte () 3. Eşim ve çocuklarımla birlikte () 4. Ben ve çocuklarım () 5. Eşim, çocuklarım ve aile yakınlarımla birlikte () 6. Ev arkadaşı/ kız kardeşimle birlikte () 7. Diğer (Belirtiniz.....)
11	Kronik (devamlılığı olan) bir hastalığınız var mı? () 1. Evet (Nedir belirtiniz?) () 2.Hayır
12	Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () 1.Evet (Nedir belirtiniz.....) () 2. Hayır

13	Menopoza Girme Şekli: () 1.Doğal menopoz () 2.Cerrahi menopoz
14	Hormon tedavisi (HRT)Alma Durumunuz? () 1. Alan (Ne zaman başladınız?.....ne kadar süredir alıyorsunuz?.....) () 2. Almayan
15	Menopoz nedeniyle takviye tedavi kullanıyor musunuz? () 1. Evet (Ne/neler kullanıyorsunuz belirtiniz?) () 2. Hayır
16	Menopoz size ne ifade ediyor? (birden çok şık işaretleyebilirsiniz) () Doğal, normal bir süreç () Kadınlık özelliklerinin yok olması () Üretkenliğin bitmesi () Yaşlılık/yaşlanma () Cinselliğin bitmesi / azalması () Toplumsal/aile içi itibarda artış () Sağlık sorunlarında/hastalıklarda artış () Diğer (Belirtiniz)
17	Menopoza girdiğinizde ya da girecek olacağınızdan dolayı neler hissettiniz/hissediyorsunuz? Yani yaşadığınız duygularınız neler belirtiniz?
18	Menopoz algınız hakkında ne söylersiniz? Yani menopozu nasıl tanımlarsınız?
19	Menopoz dönemine ilişkin bilgi aldınız mı? () 1.Evet () 2.Hayır
20	Menopoz dönemine ilişkin bilginizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? () 1.Evet () 2.Hayır () 3.Kısmen
21	Kendinizi mizaç olarak nasıl tanımlarsınız (Birden fazla işaretleyebilirsiniz): () Uyumlu, sessiz, sakın () Neşeli, hareketli () Hassas, kırılgan () Sinirli, gergin, agresif () Kaprisli () Mükemmeliyetçi () Her şeyde çok titiz, kılı kırk yaran () Ödün veren, paylaşımcı () Başkaları için bir şeyler yapmaktan mutlu olan () Diğer (Belirtiniz)
22	Sinirlendiğinizde, öfkелendiğinizde, üzüldüğünüzde, sevindiğinizde vb. ne/neler yaparsınız?

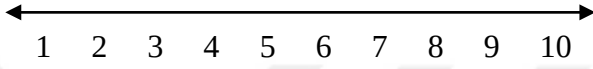
23	Ne olursa / hangi durumlarda yemek yiyerek rahatlarsınız?
24	Belirttiğiniz bu durumlarda ne/neler yersiniz?
25	Günlük beslenme şekliniz? ☐ 1. Sık sık yerim/durmadan atıştırırım ☐ 2. Sabah kahvaltı pek yapmam, öğle ve akşam yerim ☐ 3. Sabah iyi yerim bir de akşam yerim ☐ 4. Akşam yemeği iyi yerim ve sonrası yatıncaya kadar yerim ☐ 5. Gece kalkıp atıştırırım ☐ 6. Üç öğün düzenli olarak yerim ☐ 7. Diğer (Belirtiniz)
26	Yeme şeklinizi nasıl yorumlarsınız? ☐ 1. Az yiyen ☐ 2. Çok yiyen/yemeyi çok seven ☐ 3. Normal yiyen ☐ 4. Diğer (Belirtiniz)
27	Aşağıda belirtilen besinlerden günlük yaşamınızda en çok hangisini tüketiyorsunuz işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) ☐ Kırmızı et ☐ Balık ☐ Tavuk eti ☐ Kuru baklagiller ☐ Peynir ☐ Süt ☐ Yoğurt ☐ Meyve ☐ Sebze ☐ Pasta ☐ Hamur işi ☐ Tatlı ☐ Fast Food (pizza, hamburger,...) ☐ Abur Cubur (kek, kraker, bisküvi,...) ☐ Pilav ☐ Makarna ☐ Diğer (Belirtiniz)
28	Besinleri genellikle ne şekilde tüketirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) ☐ Haşlama ☐ Kızartma ☐ Fırında

	☐ Tencere yemeği ☐ Dondurulmuş gıdalar ☐ Konserve ☐ Söğüş ☐ Diğer (Belirtiniz)
29	Yemeklerinizde hangi yağları kullanırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) ☐ Zeytinyağı ☐ Ayçiçek yağı ☐ Mısır / Fındık yağı ☐ Tereyağ ☐ Margarin ☐ Kuyruk yağı ☐ Diğer
30	Günlük Su Tüketiminiz...../lt Günlük Kahve Tüketiminiz...../fincan ya da kupa Günlük Çay Tüketimi...../bardak Günlük Meyve Suyu vb. / bardak Diğer (Belirtiniz.....)
31	Düzenli egzersiz yapıyor musunuz ? ☐ 1.Evet yaparım (Ne yapıyorsunuz) (Süresi kaç dk/kaç saat.....) (Sıklığı haftada kaç kez.....) ☐ 2.Hayır hiç yapmam ☐ 3.Seyrek, arada sıra da yaparım
32	Sigara içiyor musunuz? ☐ 1. Evet (Ne kadar süredir? ay/yıl,) (Günde kaç adet...) ☐ 2. Daha önce içiyordum, şimdi içmiyorum (Ne kadar süredir içmiyorsunuz ay/yıl ☐ 3. Hayır hiç içmedim/içmiyorum
33	Alkol Kullanır Mısınız? ☐ 1.Evet (Miktar...../günlük ve ne tüketirsiniz.....) ☐ 2. Hayır

Anketin İkinci Bölümü

ÖLÇÜMLER

1	Boy Kilo
2	BKİ :
3	Bel çevresi/cm: Kalça çevresi/cm:
4	Bel kalça oranı (Bel/Kalça= BKO/VHR):
5	Vücut/beden algınıza ilişkin yani kendi vücut tipiniz ve kilonuz hakkında ne söylersiniz? () 1. Çok iyi () 2. İyi () 3. Fena değil () 4. Kötü Kilonuza ilişkin: () 5. Balıketli () 6. Zayıf () 7. Kilolu () 8. Aşırı kilolu
6	Kilo Alma Şekli: () 1. Genel vücut () 2. Android tip (elma tip) () 3. Jineoid tip (armut tip)

1.	Menopoz Şikayetlerini İlk Olarak Ne Zaman Yaşamaya Başladınız?/yaş																								
2.	Menopoz Şikayetlerini Ne Kadar Süredir Yaşıyorsunuz? ay/ yıl																								
3.	Menopoz Şikayetlerinden En Fazla Sizi Hangisi Rahatsız Ediyor?																								
4.	Menopoz Şikayetlerinin Sizi Etkileme Düzeyi Nedir? 1 den -10 Kadar Numaralandırsanız Kaç Puan Verirsiniz? (1. Çok az düzeyde, çok hafif- 10 Çok fazla, aşırı düzeyde) 																								
5.	Menopoz Şikayetlerinizi Artıran Durumlar Var Mı? Ne Olursa ya da Hangi Durum/Durumlar Artırıyor? () 1.Evet Ne olursa ya da hangi durum/durumlar belirtiniz Genellikle hangi şikayetlerde artış oluyor belirtiniz..... () 2.Hayır																								
6.	Aşağıdaki Menopoz Şikayetlerini /Yakınmalarını Yaşadığınızda Genelde Başa Çıkmak İçin Ne/Neler Yapıyorsunuz? <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>SEMPTOMLAR</th> <th>ÇÖZÜM İÇİN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sıcak Basması, Terlemeler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kalp Rahatsızlıkları</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uyku Sorunları</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keyifsizlik Hali</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sinirlilik</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Endişe/Kaygı</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fiziksel ve Zihinsel Yorgunluk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cinsel Sorunlar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>İdrar Sorunları</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Haznede Kuruluk</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eklem ve Kas Rahatsızlıkları</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SEMPTOMLAR	ÇÖZÜM İÇİN	Sıcak Basması, Terlemeler		Kalp Rahatsızlıkları		Uyku Sorunları		Keyifsizlik Hali		Sinirlilik		Endişe/Kaygı		Fiziksel ve Zihinsel Yorgunluk		Cinsel Sorunlar		İdrar Sorunları		Haznede Kuruluk		Eklem ve Kas Rahatsızlıkları	
SEMPTOMLAR	ÇÖZÜM İÇİN																								
Sıcak Basması, Terlemeler																									
Kalp Rahatsızlıkları																									
Uyku Sorunları																									
Keyifsizlik Hali																									
Sinirlilik																									
Endişe/Kaygı																									
Fiziksel ve Zihinsel Yorgunluk																									
Cinsel Sorunlar																									
İdrar Sorunları																									
Haznede Kuruluk																									
Eklem ve Kas Rahatsızlıkları																									

EK 9**MENOPOZ SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

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

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Abdurrahim	Soyadı	UYANIK
Doğum Yeri	Samsun	Doğum Tarihi	16.05.1993
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	0541 963 45 90
E-mail	abdrhm_ynk@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2020
Lisans	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi	2015

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
Hemşire	Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi- Çocuk Acil Servisi	2015 -

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	76,96	77,74	68,33

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Word	Çok iyi
Microsoft Power Point	Çok iyi
Microsoft Excel	İyi
SPSS	İyi