

# Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi

## Another period of women's life: menopause and its impact on quality of life

Ayşegül Uludağ<sup>1</sup>, Ayşe Nur Çakır Güngör<sup>2</sup>, Meryem Gencer<sup>2</sup>, Erkan Melih Şahin<sup>3</sup>, Emine Coşar<sup>4</sup>

### Özet

**Amaç:** Çalışmada menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınlarda menopozla ilişkili ortaya çıkan semptomların şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı desende bu çalışmaya Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 40-65 yaş arasındaki 300 kadın alındı. Katılımcılara sosyo-demografik bilgileri içeren bir anket formunun yanı sıra, Menopoz İlişkili Semptom Ölçeği (MRS) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Kadınlar, STRAW sınıflamasına göre menopoz öncesi ve menopoz dönemi olarak iki grup halinde değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya menopoz öncesi dönemde 57 (%19.0) ve menopozda 243 (%81.0) kadın katıldı. Yaş ortalaması 53.7±6.1 olan katılımcıların menopoz girme yaşı ortalaması 47.7±4.5 idi. Menopoz öncesi dönemdeki katılımcılar (17.7±10.0) ile menopoz dönemindekilerin (16.0±8.7) MRS toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0.05$ ). Menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınların SF-36 yaşam kalitesi skorları arasında da anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Katılımcıların MRS skorlarıyla yaşam kalitesi rol güçlüğü fiziksel ( $\rho=-0.407$ ;  $p<0.001$ ) ve rol güçlüğü emosyonel ( $\rho=-0.378$ ;  $p<0.001$ ) skorları arasında orta derecede ters yönde bir ilişki vardı. Ağrı ( $\rho=0.223$ ;  $p=0.001$ ) ve genel sağlık skorlarıyla ( $\rho=0.152$ ;  $p=0.039$ ) doğrusal yönde zayıf; fiziksel fonksiyon ( $\rho=-0.313$ ;  $p<0.001$ ), mental sağlık ( $\rho=-0.288$ ;  $p<0.001$ ) ve sosyal fonksiyon ( $\rho=-0.171$ ;  $p=0.013$ ) skorlarıyla ters yönde zayıf ilişkiler bulunmaktaydı.

**Sonuç:** Kadınların menopoz öncesinde menopozla ilişkili psikolojik semptomları öne çıkmış olsa da menopoz dönemi ile arasında bir fark saptanmamıştır. Yaşam kalitesi de menopoz öncesi ve menopoz döneminde farklılık göstermemektedir. Menopoz ile ilişkili yakınmaların şiddeti arttıkça fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü yaşam kalitesi skorları azalmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Menopoz, klimakterik, yaşam kalitesi.

### Summary

**Objective:** In this study it is aimed to determine the severity of menopause-related symptoms in premenopausal and menopausal women and their impact on quality of life.

**Methods:** In this cross-sectional descriptive study, 300 women between the ages of 40-65 admitted to departments of Obstetrics and Gynecology and Family Medicine were enrolled. A questionnaire including socio-demographic data, Menopause Symptom Scale (MRS) and the SF-36 Quality of Life Scale were administered. Women were classified into two groups as pre-menopausal and menopausal period according to STRAW.

**Results:** There were 57 (19.00%) participants in premenopausal, 243 (81.00%) were in menopausal period. The mean age of the participants was 53.7±6.1 and the mean age at menopause was 47.7±4.5. There was no significant difference between the MRS total score between premenopausal participants (17.7±10.0) and those of the menopause group (16.0±8.7) ( $p>0.05$ ). There was no significant differences between premenopausal and menopausal women regarding the SF-36 scores ( $p>0.05$ ). MRS scores and the quality of life subscores of role limitations-physical ( $\rho=-.407$ ,  $p<.001$ ), and role limitations-emotional ( $\rho=-.378$ ,  $p<.001$ ) had moderately inverse correlation between the participants'. Pain ( $\rho=0.223$ ,  $p=0.001$ ) and general health scores ( $\rho=0.152$ ,  $p=0.039$ ) had a linear weak whereas physical function ( $\rho=-0.313$ ,  $p<0.001$ ), mental health ( $\rho=-.288$ ,  $p<0.001$ ) and social functioning ( $\rho=-.171$ ,  $p=.013$ ) scores had only weak inverse correlation.

**Conclusions:** Psychological symptoms related to menopause start prior to menopause but there is no significant difference in menopause. There is no difference regarding quality of life between premenopause and menopause period. As the severity of symptoms associated with menopause increase, role limitations due to physical and emotional quality of life declines.

**Key words:** Menopause, climacteric, quality of life.

<sup>1</sup> Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Çanakkale  
<sup>2</sup> Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Çanakkale  
<sup>3</sup> Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Çanakkale  
<sup>4</sup> Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doç. Dr., Çanakkale

**M**enopoz kadınlarda menstruel siklusun bitmesi olarak tanımlanmaktadır. Doğal menopoz; patolojik bir neden olmadan 12 ay süreyle menstruel kanamanın olmaması, cerrahi menopoz ise patolojik bir nedenden dolayı overlerin alınması durumudur.<sup>[1]</sup>

Beklenen yaşam süresinin arttığı günümüz dünyasında kadınların yaşamının üçte biri menopoz döneminde geçmektedir. Doğmak, büyüme, ölmek gibi menopoz da kadınlarda yaşamın bir parçasıdır. Menopozla birlikte üreme dönemi biter ve hormonal çekilme belirtileri başlar.<sup>[2]</sup> Menopoz geçiş döneminde ovulasyonun sonlanması ile oluşan hormonal değişikliklerle ateş basması, sinirlilik ve cinsel istekte azalma gibi yakınmalar görülmektedir; uykuların düzensizleşmesi, anksiyete ya da halsizlik ise birçok etkene bağlıdır.<sup>[3,4]</sup>

Menopozla ilgili semptomların şiddetinin ve etkilenme düzeyinin kadınların deneyimlerine ve toplumların özelliklerine göre değiştiği ilgili literatürde tanımlanmaktadır.<sup>[5]</sup> Ferrand ve ark., Tunuslu kadınlarda menopozla ilişkili somatik ve psikolojik yakınmaların Fransızlara göre daha şiddetli olduğunu saptamışlardır.<sup>[6]</sup> Dünyanın doğusu ile batısı arasında menopoz giriş yaşı, algılanışı, yaşanan rahatsızlıklar ve şiddeti ile yaşam kalitesi farklılıklar göstermektedir. Aynı toplum içinde bile kadınlar menopozu farklı şekilde algılayabilmektedirler.<sup>[7]</sup> Kadınların menopozda yaşadıkları deneyimle birlikte yaşam kaliteleri de etkilenmektedir.<sup>[7,8]</sup>

Bu açıdan hizmet sunduğumuz topluluğa ilişkin özellikleri ve eğilimleri belirlemek, özellikle aile hekimliği uygulaması açısından oldukça önemlidir. Menopozla ilişkili yakınmaların şiddetinin menopoz öncesi ve sonrası dönemde farklılık gösterdiği ve kadınların yaşam kalitesinin bu yakınmaların şiddetinden etkilendiği çalışmamızın hipotezleridir. Çalışmamızın amacı ise, menopoz öncesi ve sonrası dönemdeki kadınlarda menopozla ilişkili semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

## Gereç ve Yöntem

### Çalışma Deseni ve Katılımcılar

Kesitsel tanımlayıcı desende çalışmamızın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Kadın Hastalıkları Doğum ve Aile Hekimliği polikliniklerine ayaktan başvuran kadınlar oluşturmuştur. Mart-Ağustos 2012 tarihleri arasında menopoz öncesi ve sonrası dönemde olan kadınlar çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmak istemediğini belirtenler ve menopozla ilgili semptomları ve yaşam kalitesini etkileyeceği düşünülerek yaşlılık dönemi olan 65 yaş ve üzeri yaştaki kadınlar çalışmaya alınmamıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri STRAW sınıflamasına göre belirlenmiştir. Buna göre;

**Menopoz öncesi dönem:** Kadınların son üç ayda en az bir sıklık kanaması olurken son bir yılındaki menstruel siklusta değişiklik olmaması,

**Menopoz geçiş dönemi:** Son üç ayda en az bir menstruel kanaması olurken son bir yıl içerisinde menstruel siklusta düzensizlik olması,

**Menopoz dönemi:** Son bir yıldır menstruel kanamanın olmaması dönemidir.<sup>[2]</sup>

Çalışmamızın amacı dikkate alınarak menopoz öncesi ve menopoz geçiş dönemleri birlikte değerlendirilmiştir.

### Çalışmanın Uygulanışı

Çalışmanın amacı araştırmacılar tarafından anlatıldıktan sonra katılım için yazılı ve sözlü onamları alınan toplam 335 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Uygun bir ortama alınan katılımcılardan, çalışmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket formu, Menopozla İlişkili Yakınma Ölçeği (MRS) ve Yaşam Kalitesi Ölçeğini (SF-36) doldurmaları istenmiştir. Toplanan verileri yetersiz görülen 35 kadın çalışmadan çıkarılmış ve toplam 300 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır. Çalışma öncesinde Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Etik Kurul Topluluğu'ndan izin alınmıştır (21.02.2012 tarih ve 050.99/28 sayılı karar).

### Anket ve Ölçekler

Uygulanan ankette katılımcıların sosyo-demografik bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, sigara kullanımı, fiziksel egzersiz yapma durumu, eşinin yaşı, evlilik süresi), obstetrik (çocuk sayısı, doğum şekli, düşük, kürtaj, ölü doğum öyküsü) ve jinekolojik öyküleri (menopoz durumu ve girme şekli, doktora başvurusu, menopoz girme zamanı veya menstrüel siklusu, kontrasepsiyon ve hormon replasman tedavisi kullanma durumu ile devamlı ilaç alımını gerektiren sağlık sorunları) sorgulanmıştır.

**Menopozla İlişkili Semptom Ölçeği (MRS):** Çalışmamızda menopozla ilişkili yakınmaların şiddetinin belirlenmesinde Schneider tarafından 2000 yılında oluşturulan<sup>[9,10]</sup> ve 2004 yılında Türkçeye çevirisi yapılan MRS kullanılmıştır. Bu ölçek toplam 11 sorudan oluşmaktadır ve menopozla ait somatik, psikolojik ve ürogenital semptomları sorgulamaktadır. Ölçek 0 (hiç) – 4 (çok fazla) arasında semptom şiddetini ölçen beşli Likert düzeninde hazırlanmıştır. Ölçekte psikolojik semptomlar olarak adlandırılan depresyon, sinirlilik, anksiyete ve irritabilite 0-16 puan; somatik semptomlar olan sıcak basması, terleme nöbetleri, kalp rahatsızlıkları, kalpte sıkışma hissi, uyku sorunları, eklem ve kas rahatsızlıkları 0-16 puan ve ürogenital semptomlar olan cinsel istek, idrar kaçırma, vajinada kuruluk ve yanma hissi de 0-12 puan arasında puanlanmaktadır.

**Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36):** Ware tarafından 1992'de oluşturulmuştur.<sup>[11]</sup> Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit tarafından yapılmıştır.<sup>[12]</sup> Ölçek 36 sorudan oluşmakta ve sağlığın sekiz boyutunu değerlendirmektedir. Bunlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (iki madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılığı (dört madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (üç madde), mental sağlık (beş madde), enerji-viabilite (dört madde), ağrı (iki madde), sosyal fonksiyon (iki madde) ve sağlığın genel algılanmasıdır (beş madde). SF-36 alt skorları 0-100 puan arasında puanlandırılır ve yüksek puan yaşam kalitesinin iyiliğini gösterir. Ölçek son dört haftayı değerlendirmektedir. Değerlendirme, 4. ve 5. maddelerde evet-hayır, diğer maddelerde ise 4-6'lı Likert şeklinde yapılmaktadır.

### İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanıldı. İstatistiksel analizlerde değişkenlerin frekans, ortalama ve dağılım aralığı değerleri hesaplandı. İstatistik anlamlılık için değişkenlerin normal dağılımları One Sample Kolmogorov-Smirnoff testi ile değerlendirildi. Normal dağılımda olan değişkenler için one-way ANOVA, Bonferroni, Student t ve ki-kare testleri, normal dağılımda olmayanlar değerlendirilirken ise Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

### Bulgular

Çalışmaya 40-65 yaşları arasında 300 kadın katıldı. Katılımcıların 57'si (%19.0) menopoz öncesi ve 243'ü (%81.0) menopoz dönemindeydi. Yaş ortalaması 53.7±6.1 olan katılımcıların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması 30.3±5.7 olarak hesaplandı. Menopoz öncesi dönemde olan kadınlar (47.3±3.7) menopoz döneminde olanlara (55.0±5.6) göre daha gençti (t=-12.015; p<0.001); ancak BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla 29.8±5.7 ve 30.4±5.7; p>0.05). Katılımcıların 240'ı (%80.5) evli ve 199'u (%66.3) ilkökul mezunu iken 144'ünün (%49.1) geliri giderine eşitti. Yüzde 14.4'ü (43 kadın) sigara kullanmakta olan katılımcıların %7.4'ü (22 kadın) sigara içmeyi bırakmıştı. Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

Katılımcıların ortalama evlilik süresi 31.7±8.7 (2-50 yıl arası) yıl, ortalama çocuk sayısı 2.2±1.0 (0-5 arası), ortalama kürtaj sayısı 0.5±0.9 (0-4 arası) ve ortalama düşük sayısı 0.2±0.6 (0-4 arası) idi. Sezaryen yöntemi ile doğum yapmış 16 kadın (%5.9) vardı.

Menopoz hastalarının menopoz giriş yaş ortalaması 47.7±4.5 ve ortalama menopoz süresi 7.3±6.1 yıldır. Menopoz giriş şeklini belirten 241 kadının 193'ü (%80.1)

kendiliğinden, 48'i (%19.9) cerrahi olarak menopoz girmişti. Menopoz nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurduğunu ifade eden 112 (%53.6), aile hekimine başvuran 12 (%5.7) ve doktora başvurmadığını belirten 85 (%40.7) kadın vardı. Menopozla ilgili yakınmaları nedeniyle 243 menopoz hastasının 34'ü (%14.0) hormon replasman tedavisi (HRT) kullanmaktaydı. Cerrahi yolla menopoz girmiş olanlarda HRT kullananların oranı (%29.2) kendiliğinden menopoz girmiş olanlardan (%10.4) anlamlı ölçüde daha yüksekti ( $\chi^2=15.627$ ; p<0.001). Menopoz öncesi dönemdeki kadınların 9'u (%18.0), menopoz dönemindekilerin 33'ü (%13.9) halen bir doğum kontrol yöntemi kullandığını belirtmişti.

Menopoz öncesi dönemdeki kadınların 25'inin (%47.2), menopoz dönemindeki kadınların ise 169'unun (%68.7) en az bir kronik hastalığı vardı; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $\chi^2=8.868$ ; p=0.003). Menopoz öncesi dönemdeki kadınların 25'i (%47.2), menopoz dönemindekilerin 163'ü (%67.1) kronik hastalıkları nedeniyle devamlı ilaç kullanmaktaydı.

Düzenli fiziksel egzersiz yaptığını belirten katılımcıların oranı %23.3 (61 kadın) idi ve menopoz öncesi (%18.6) ve menopoz dönemindeki (%21.3) kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktu (p>0.05). Kronik bir hastalığı olan menopoz öncesi dönemdeki kadınlar, kronik bir hastalığı olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha çok spor yapmaktaydı ( $\chi^2=5.236$ ; p=0.02); ancak menopoz dönemindeki kadınlarda anlamlı bir fark yoktu (p>0.05). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz giriş yaşı ile sigara kullanma durumu, spor yapma durumu ve BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

Katılımcıların ortalama MRS toplam puanı 16.3±8.9 (0-38) idi. Menopoz öncesi dönem ve menopoz dönemindeki kadınların MRS toplam ve alt kategori skor or-

**Tablo 1.** Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri

	Sayı	Yüzde
<b>Medeni durum, s=298</b>		
Bekar	13	4.4
Evli	240	80.5
Dul	45	15.1
<b>Eğitim durumu, s=300</b>		
Okuryazar değil	22	7.3
Okuryazar	10	3.3
İlkokul	199	66.4
Ortaokul	11	3.7
Lise	45	15.0
Üniversite	13	4.3
<b>Gelir düzeyi, s=293</b>		
Gelir giderden az	120	41
Gelir gidere eşit	144	49.1
Gelir giderden fazla	29	9.9

talamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p>0.05$ ). Katılımcıların MRS toplam ve alt kategori skor dağılımları **Tablo 2**'de belirtilmiştir.

Menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınların MRS somatik skorları yaş, medeni durum, eğitim durumu, BKİ ve sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların yaşam kalitesinin SF-36 ölçeği ile değerlendirme sonuçları **Tablo 3**'te verilmiştir. Menopoz öncesi ve menopoz dönemindeki kadınların SF-36 yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Kadınların SF-36 alt skorları sigara içme durumu ile anlamlı fark göstermemektedir. Eğitim durumuna göre katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $F=4.314$ ;  $p=0.014$ ). Bu anlamlılık örgün eğitim almamış olanlarla en az ilkokulu bitirmiş olanlar arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı ( $p=0.020$ ). SF-36 fiziksel fonksiyon skorları yaş ( $\rho=-0.182$ ;  $p=0.003$ ), evlilik süresi ( $\rho=-0.176$ ;  $p=0.006$ ) ve menopoz süresi ( $\rho=-0.167$ ;  $p=0.009$ ) ile ters yönde zayıf bir korelasyon göstermekteydi. Katılımcıların SF-36 ağrı alt skoru BKİ ( $\rho=0.172$ ;  $p=0.006$ ) ve düşük sayısı ( $\rho=0.135$ ;  $p=0.024$ ) ile doğrusal; menopoz süresi ( $\rho=-0.135$ ;  $p=0.030$ ) ile ters yönde zayıf bir korelasyon göstermekteydi. Katılımcıların SF-36 sosyal fonksiyon alt skoru ile BKİ ( $\rho=-0.125$ ;  $p=0.048$ ) ve SF-36 rol güçlüğü emosyonel alt skoru ile evlilik süresi ( $\rho=-0.130$ ;  $p=0.039$ ) arasında ters yönde zayıf bir korelasyon vardı. Kronik hastalık varlığı ve spor yapma durumuna göre katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi alt skorları farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların MRS skorlarıyla yaşam kalitesi rol güçlüğü fiziksel ( $\rho=-0.407$ ;  $p<0.001$ ) ve rol güçlüğü emosyonel ( $\rho=-0.378$ ;  $p<0.001$ ) skorları arasında orta derecede ters yönde bir ilişki vardı. Ağrı ( $\rho=0.223$ ;  $p=0.001$ ) ve genel sağlık skorlarıyla ( $\rho=0.152$ ;  $p=0.039$ ) doğrusal yönde zayıf; fiziksel fonksiyon ( $\rho=-0.313$ ;  $p<0.001$ ),

**Tablo 2.** Katılımcıların MRS skor ortalamalarının dağılımı\*

	Menopoz öncesi dönem	Menopoz dönemi	Tüm katılımcılar	p
Somatik skor	5.9±3.7	5.9±3.4	5.9±3.4	>0.05
Psikolojik skor	6.8±4.6	6.3±4.1	6.4±4.1	>0.05
Ürogenital skor	3.9±2.9	3.6±3.1	3.7±3.1	>0.05
MRS toplam skor	17.7±10.0	16.0±8.7	16.2±8.9	>0.05

\*Mann-Whitney U testi

mental sağlık ( $\rho=-0.288$ ;  $p<0.001$ ) ve sosyal fonksiyon ( $\rho=-0.171$ ;  $p=0.013$ ) skorlarıyla ters yönde zayıf ilişkiler bulunmaktaydı.

## Tartışma

Kadınların menopoza girme yaşları ırk ve coğrafi özelliklerine göre değişim göstermektedir. Amerika'da 22.000 kadının katıldığı çalışmada doğal menopoza girme yaşı ortalaması 50.5 ve Asya'da 51.4 iken, Avrupa'da 50.1-52.8 arasında değişmektedir.<sup>[13-15]</sup> Tayland'da yapılan bir çalışmada da kadınların menopoza girme yaşı ortalaması 48.7 olarak saptanmıştır.<sup>[16]</sup> Türkiye'de yapılan üç çalışmada 45.0±5.4 yaş<sup>[17]</sup> ve 48.7±2.5 yaş<sup>[18]</sup> ve 44.6±4.9 yaş<sup>[19]</sup> olarak bulunmuştur ve bizim çalışma sonucumuzla uyumludur.

Asya'da ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda menopoz döneminde kadınların öncelikle menopozla ilişkili psikolojik semptomlarının arttığı, sonrasında vazomotor semptomların hayatlarını etkilemeye başladığı gösterilmiştir.<sup>[20,21]</sup> Freeman ve ark.<sup>[22]</sup> psikolojik semptomların menopoz öncesi dönemde arttığını ancak menopoz döneminde azaldığını, vazomotor semptomların ise her iki dönemde de devam ettiğini belirtmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde menopoz öncesi dönemde en çok psikolojik semptomların şiddetinin arttığı, sonrasında somatik ve ürogenital yakınmaların şiddetlendiği; ancak

**Tablo 3.** Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt grup skor ortalamaları\*

	Menopoz öncesi dönem (Ortalama±SS)	Menopoz dönemi (Ortalama±SS)	Tüm katılımcılar	p
Fiziksel skor	22.0±6.6	21.4±4.3	21.5±4.7	>0.05
Rol güçlüğü (fiziksel) skoru	6.8±1.8	6.3±1.8	6.4±1.8	>0.05
Ağrı skoru	5.3±2.2	5.2±1.8	5.3±2.0	>0.05
Genel sağlık skoru	14.3±3.0	14.7±2.8	14.6±2.6	>0.05
Viabilite-enerji skoru	14.2±2.2	14.7±2.7	14.6±2.6	>0.05
Sosyal fonksiyon skoru	5.8±1.0	5.6±1.0	5.7±1.0	>0.05
Rol güçlüğü (emosyonel) skoru	4.8±1.3	4.3±1.3	4.7±1.3	>0.05
Mental sağlık skoru	18.0±2.4	19.0±3.0	18.4±2.9	>0.05

\*Mann-Whitney U

menopoz döneminde semptomların skorlarında azalma olsa bile bunun anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Kadınlar 40'lı yaşlarına gelip, adet düzensizlikleri yaşamaya başladığı anda menopoza girme endişesine bağlı olarak uykusuzluk, sinirlilik gibi belirtiler yaşıyor olabilirler.

Chedraui P ve ark.<sup>[23]</sup> kadınların MRS toplam ve alt skorlarının yaş, eğitim seviyesi ve cinsel inaktiviteyle ilişkili olduğunu belirtirken, çalışmamızda benzer ilişkiler saptanmamıştır. Kalarhoudi ve ark.<sup>[24]</sup> İran'da yaptıkları çalışmada, spor yapma durumu ile özellikle menopozla ortaya çıkan somatik ve psikolojik yakınmaların azaldığını ve yaşam kalitesinin arttığını saptamıştır. Williams ve ark.<sup>[25]</sup> da Amerika'da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Kadınların düzenli egzersiz ile somatik ve psikolojik iyilik halinde ve yaşam kalitesinde artış beklenebilir.<sup>[26]</sup> Ancak çalışmamızda spor yapma ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Rahman ve ark.<sup>[27]</sup> menopoz öncesi dönemdeki kadınların MRS skorlarını menopoz dönemindekilerden daha yüksek saptamışlardır. Poomalar ve ark.<sup>[28]</sup> ise menopoz döneminde MRS'de artış gözlemlemişlerdir. Çalışmamızda da menopoz öncesi dönemdeki kadınların MRS skorları menopozdaki kadınlarınkinden yüksektir. Kadınların menopozu algılayışı bu değişim üzerinde etkili olabilir. Yanikkerem ve ark da yakınmaların şiddetinin, kadınların menopoza karşı olumlu ya da olumsuz tutumları ile ilgili olduğunu savunmaktadır.<sup>[8]</sup>

Çalışmamızda sigara kullanımı ile yaşam kalitesi ve menopoza bağlı yakınmaların şiddetinde değişiklik gözlenmiştir. Kalarhoudi'nin<sup>[24]</sup> çalışmasında da benzer sonuç saptanırken, Lorenzo ve ark.<sup>[26]</sup> sigara kullanımının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmektedir.

Yurdakul ve ark.<sup>[29]</sup> menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini araştırdıkları çalışmada, menopoz döneminde yaşam kalitesinde alt skoru oluşturan fiziksel, sosyal fonksiyon ile ruhsal sağlık ve ağrı puanlarının düştüğünü belirtmişlerdir. Malezya'da yapılan menopozla ilişkili semptomların şiddetinin değerlendirildiği çalışmada kadınların ağrılarından dolayı şikayetlerinin arttığı ve Amerika'da yapılan çalışmada da ağrı ve psikolojik semptom şiddetinin daha fazla olduğu ortaya konmuştur.<sup>[21,30]</sup> Çalışmamız sonuçlarına göre yaşam kalitesi, menopoz öncesi ve sonrasında değişmemiştir.

Kadınların hayatında menopoz beklenen ve bilindik bir durumdur. Kadınlar menopozun hayatlarında bir geçiş dönemi olduğunu farkındadırlar ve menopozla birlikte yaşayacakları değişikliklere karşı hazırlıklı olduklarını göstermektedir. Çiftçili ve ark.<sup>[31]</sup> menopozdaki kadınların menopozla ilgili düşünce, alışkanlık ve yakınmalarını inceledikleri niteliksel bir çalışmada kadınların menopozu doğal bir süreç olarak gördüklerini, bu sürece bağlı değişikliklerin geçici olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir. Gre-

enblum ve ark.<sup>[32]</sup> da menopoz semptomlarının yaşam kalitesini etkilediği, bunu iyileştirmede bireysel davranılması ve her kadının kendi sağlık durumuna göre değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

Çalışmamızda kadınların menopoza giriş yaşı ortalaması 47.7 olarak saptanmıştır. Kadınların menopoz öncesinde menopozla ilişkili psikolojik semptomları öne çıkmış olsa da menopoz sonrası ile arasında fark saptanmamıştır. Yaşam kalitesinin menopoz öncesi ve menopoz döneminde değişmemesi menopozun kadınların yaşamında bilindik ve beklendik bir durum olduğunu göstermektedir. Kadınların fiziksel fonksiyon yaşam kalitesi yaş, eğitim durumu, evlilik ve menopoz sürelerinden etkilenmektedir. BKİ, düşük sayısı ve menopoz süresi, ağrı yaşam kalitesini etkileyen etkenlerdir. BKİ arttıkça sosyal fonksiyon, evlilik süresi arttıkça emosyonel rol güçlüğü yaşam kaliteleri azalmaktadır. Menopoz ilişkili yakınmaların şiddeti arttıkça fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü yaşam kaliteleri azalmaktadır.

## Kaynaklar

1. Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Menopoz ve Osteoporoz. İstanbul: Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayınları; 2000.
2. Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Menopause* 2001;8:402-7.
3. Research on the Menopause in the 1990's. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series 866 (WHO Geneva 1996). URL: (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>) Erişim tarihi 04.01.2013.
4. Lewis V. Undertreatment of menopausal symptoms and novel options for comprehensive management. *Cur Med Res Opin* 2009;25:2689-98.
5. Thurston R, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011;38:489-501.
6. Ferrand F, Hajri S, Benzineb S, et al. Comparative study of the quality of life associated with menopause in Tunisia and France. *Menopause* 2013; 20:609-22.
7. Thomas SE. Menopause knowledge and attitudes of English speaking Caribbean women: implication for health education. *Californian J Health Promotion* 2005;3:167-76.
8. Yanikkerem E, Oruç Koltan S, Göker Tamay A, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric* 2012;15:552-62.
9. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, et al. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric* 2000;3:59-64.
10. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;30:1-28.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item short form health survey (SF-36). I. Conceptual Framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
12. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36 Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:100-6.
13. Nichols HB, Trentham-Dietz A, Hampton JM, et al. From menarche to menopause: trends among US women born from 1912 to 1969. *Am J Epidemiol* 2006;15:1003-11.
14. Moon-Soo Lee, Jong-Hun Kim, Man Sik Park, et al. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *J Korean Med Sci* 2010;25:758-65.

15. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric* 2010;13:419-28.
16. Peeyananjarassri K, Cheewadhanaraks S, Hubbard M, et al. Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand. *Climacteric* 2006;9:23-9.
17. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, et al. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2006;3:281-7.
18. Topatan S, Yıldız H. Symptoms experienced by women who enter into natural and surgical menopause and their relation to sexual functions. *Health Care Women Int* 2012;33:525-39.
19. Bezircioğlu İ, Gülseren L, Öviz A, Kindiroğlu N. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:199-207.
20. Anderson D, Yoshizawa T, Gollschewski S, Atogami F, Courtney M. Menopause in Australia and Japan: Effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms. *Climacteric* 2004;7: 165-74.
21. Bairy L, Adiga S, Bhat P, Bhat R. Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2009;49:106-9.
22. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Martin P. Psychometric properties of a menopausal symptom list. *Menopause* 2003;10:258-65.
23. 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.
24. Kalarhousi MA, Taebi M, Sadat Z, et al. Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Kashan, Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2011; 13:811-7.
25. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, et al. Menopause specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas* 2009;62:153-9.
26. Lorenzi DR, Saciloto B, Artico GR, Fontana SK. Quality of life and related factors among climacteric women from south Brazil. *Acta Med Port* 2009;22:51-8.
27. 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.
28. G K P, Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women. *J Clin Diagn Res* 2013;7:135-9.
29. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *FÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007;21:187-93.
30. Bagga A. Age and symptomatology of menopause: a case study. *Obstet Gynecol Today* 2004;11:660-6.
31. Cifcili SY, Akman M, Demirkol A, Unalan PC, Vermeire E. "I should live and finish it": a qualitative inquiry into Turkish women's menopause experience. *BMC Fam Pract* 2009;10:2.
32. Greenblum CA, Rowe MA, Neff DF, Greenblum JS. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause: J North Am Menopause Soc* 2013;20:1-6.

Geliş tarihi: 30.10.2013

Kabul tarihi: 31.12.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 29.02.2014

**Çıkar çakışması:**

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

**İletişim adresi:**

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Uludağ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çanakkale

e-posta: draysegululudag@gmail.com