

Menopozal Dönemdeki Semptomlar ve Yaşam Kalitesi Arasında İlişki

The Correlation Between Symptoms In The Menopausal Period And Life Quality

Güner Kurt[✉], Güzin Zeren Öztürk[✉], Gürsoy Burak Kurt[✉]

Atıf/Cite as: Kurt G, Zeren Öztürk G, Kurt GB. Menopozal dönemdeki semptomlar ve yaşam kalitesi arasında ilişki. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):77-87.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, menopozal dönemdeki kadınların hangi semptomları yaşadıklarını menopoz semptomları değerlendirme ile ölçeği belirlemek ve bunun yaşam kalitesine olan etkisini menopoz özgü yaşam kalitesi ölçeği ile belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran menopozal dönemdeki kadınlarla yürütüldü. Araştırmaya 314 kadın katılımcı katıldı ve bu katılımcılara yüz yüze anket yapıldı.

Bulgular: Çalışma sonuçlarına göre medeni durum, evlenme yaşı, yaşadığı aile tipi, kronik hastalık varlığı, kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına gitme durumu, menopoz algılama şekli, evliliğini nasıl değerlendirdiği, menopoz yakınmaları nedeniyle doktora gitme durumu, menopozla ilgili bilgilerini nerden edindiği, menopoz için tedavi alma durumu, menopozdan sonra eşiyile ilişkisinin etkilenmesi, menopozun kendini etkilemesi ve menopozdan sonra vücudunda ağrı hissetme istatistiksel açıdan anlamlı faktörler olarak saptandı.

Sonuç: Çalışma sonuçlarımıza göre, menopozal süreçte gözlenen semptomlar kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir. Hekimler menopozal dönemdeki semptomlar üzerinde etkili olduğu bilinen faktörleri değerlendirmeli ve kişiye özgü tedavi programları üretmelidir.

Anahtar kelimeler: Menopoz, menopozal semptom, yaşam kalitesi, menopoz özgü yaşam kalitesi, risk faktörü

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the symptoms experienced by women in the menopausal period with the menopausal symptoms assessment scale and to determine its effect on the quality of life with the menopause-specific quality of life scale.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted with menopausal women who applied to the Health Sciences University Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Family Medicine Outpatient Clinic. 314 female participants participated in the study and a face-to-face survey was conducted with these participants.

Results: Type of family, presence of chronic diseases, the status of going to a gynecologist for control purposes, the way of perceiving menopause, how she evaluated her marriage, going to the doctor for menopausal complaints, where they got their relevant information, the state of getting treatment for menopause, their relationship with their partner after menopause, the menopause itself affecting and feeling pain in the body after menopause effect of all these parameters

Conclusion: According to our study results, the symptoms observed during the menopausal period affect the quality of life of women. Physicians should evaluate the factors known to be effective on symptoms in the menopausal period and produce personalized treatment programs.

Keywords: Menopause, Menopausal Symptoms, Quality of Life, Menopause-Specific Quality of Life, Risk Factor

Received/Geliş: 04.01.2022

Accepted/Kabul: 29.11.2023

Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:

G. Kurt

ORCID: 0000-0002-8472-1635

Şebinkarahisar Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Giresun, Türkiye
✉ gunerdede@gmail.com

G. Zeren Öztürk

ORCID: 0000-0001-7730-2929

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

G. B. Kurt

ORCID: 0000-0002-1654-063X

Şebinkarahisar Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Giresun, Türkiye

GİRİŞ

Menopoz kadınlarda östrojen azalması, overlerin fonksiyon kaybına bağlı olarak overial yetmezlik, menstrüasyonun sona ermesi ve üreme fonksiyonlarının kalıcı olarak sonlanmasına neden olmaktadır. Menopoz kadınlarda üreme yaşamının sona erdiğini gösteren “yaşam değişikliği” olarak da belirtilmektedir.^[1]

Menopoz kadın yaşamında iş ve aile yaşamında değişikliklerle beraber hormonal değişimlerinde görüldüğü bir dönemdir. Menopozal süreçte yaşanan fizyolojik ve psikososyal değişimler kadınların sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Menopozal süreçte sıcak basması, terleme gibi sağlık sorunları erken dönemde gözlenirken, kardiyovasküler semptomlar, osteoporoz, ürogenital yakınmalar daha geç dönemde görülebilmektedir.^[2]

Menopoz döneminde kadınların doğurganlık özelliklerinin sona ermesi, yaşlanma korkuları, beden görünümündeki değişimler yaşanan sağlık sorunları beraberinde yaşam kalitelerinde olumsuz etkiye neden olmaktadır.^[3] Menopozal dönemle ilgili yapılan çalışmalarda, menopozun kadınların yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir.^[4,5] Yaşam kalitesi; bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan iyilik hali ve günlük yaşamdaki fonksiyonlarını devam ettirmesine dayanan bir tanımlamadır. DSÖ yaşam kalitesini; kişilerin yaşadıkları toplum içerisinde hedefleri, ilgi duydukları alanları ve yaşam standartları beraberinde yaşamdaki pozisyonlarını algılama durumu olarak belirtilmektedir. Sağlık bireyler için yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerindendir.^[6] Sağlık alanında önemli hedeflerden biri menopozal süreçte kadınların yaşam kalitesini korumaktır.

Aile hekimlerinin önemli görevlerinden biri de kadınların menopozal dönemde yaşadıkları semptomların yaşam kalitelerine olan etkisini belirlemek ve sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmaktır. Menopozal dönemdeki kadınlar için koruyucu ve tedavi edici hizmetleri aile hekimleri planlayabilmelidir. Aile hekimlerinin bu süreçteki kadınların yaşam kalitesi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin farkında olmalarına, kadınların menopoz yakınmalarının üstesinden gelmeleri konusunda daha fazla yardımcı olmalarını sağlayacaktır.

Çalışmamızın amacı menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları semptomların saptanması ve bunun yaşam kalitesine olan etkisinin belirlenmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın evreni ve örneklem

Çalışma, Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuruda bulunan 40 yaş üstü menopozal dönemde olduğu belirlenmiş kadınlarla yapılmış tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Bir yıl ve üstünde adet görmeyen ve menopoz tanısı almış kadınlar menopoz döneminde olarak kabul edilmiştir. Kırk yaş altındaki menopoz erken menopoz olarak adlandırıldığından 40 yaş üstü kadınlar çalışmaya dâhil edilmiştir.^[7]

Çalışma, 15.10.2019 ve 15.04.2020 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden ve iletişimi engeli olmayan menopoz dönemindeki 314 kadın ile yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü önceki tarihlerde 6 aylık süre boyunca polikliniğe gelen 40 yaş üstü kadın sayısının 1.700 olduğu saptanarak, %95 güvenirlilikle saptanmıştır. Parametrelerin ortalamalarında orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size) 0,25 fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0,05 %95 güvenirlilikle Power analizinde örneklem büyüklüğü 314 hasta olarak kabul edilmiştir.

Kadınların yazılı onamları alındıktan sonra literatür taraması sonrası araştırmacılar tarafından hazırlanmış bilgi formu ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) hekim tarafından yüz yüze uygulandı.

Bu araştırma, Şişli Hamidiye Etfal EAH'nin 01.10.2019 tarih ve 1359 sayılı etik kurul onayı ile Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapıldı.

Veri Toplama Araçları

Bilgi formunda sosyodemografik veriler; kadın hastalıkları, doğum öyküsü ve menopoz ile ilgili durumunun sorgulandığı sorular vardı.

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

1996 yılında Hilditch ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Kharbouch ve Şahin tarafından 2005 yılında Türkçe geçerliliği ve güvenirliliği yapılmıştır. Ölçekte

vazomotor, fiziksel, cinsel ve psikososyal sorunları içeren dört alan vardır. Ölçek likert tiptedir ve 29 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması yakınmanın şiddetinin arttığını göstermekte ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 6'dır. Sıfır puan, sorun yaşanmadığını gösterir, 1 puan var olan sorunun rahatsız edici olmadığını, 2 ve 6 arasındaki puan düzeyleri sorunun artan miktarını ve şiddetini gösterir.

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Schneider ve ark. tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında İngilizceye uyarlanmıştır. On bir maddeden oluşan menopozal yakınmaları içeren likert tip ölçektir. Her madde için minimum puan 0, maksimum puan 4'tür. Sıfır puan yakınmanın yaşanmadığını, 1-4 arasındaki puan düzeyleri yakınmanın artan şiddetini gösterir. Her maddeye verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. MSDÖ'den alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 44'dür. Ölçeğin menopozal dönemdeki yakınmaları içeren 3 alt grubu vardır. Bu gruplar, 1- Somatik yakınmalar (1,2,3,11. maddeler), 2-Psikolojik yakınmalar (4, 5, 6, 7. maddeler), 3- Ürogenital yakınmalar (8, 9, 10. maddeler). Yaşanan yakınmaların şiddetindeki artış ölçekten alınan toplam puanı artırmaktadır ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 23.0 paket program kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, interval değerlerden parametrik dağılımlar ortalama ve standart sapma ile non-parametrik dağılımlar ortanca ve minimum-maksimum olarak belirtildi. İnterval değerlerin parametrik dağılıma uyumu Kolmogrov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Parametrik dağılıma uyan testlerde student t-testi, non-parametrik dağılım gösteren testlerde ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki deneme arasında Oneway ANOVA testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testlerine başvuruldu. Veriler arasındaki korelasyon analizleri için Spearman korelasyon analizleri uygulandı. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

BULGULAR

Menopoz tanısı konulan 314 kadın çalışmaya dâhil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 53,99 (min=40, maks=78) yıl ve menopoza girme ortalama yaşları

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni durum	Evli	285	90,8
	Bekar boşanmış dul	29	9,2
Öğrenim durumu	Okur yazar değil	78	24,8
	Lise altı	216	68,8
	Lise ve üzeri	20	6,4
Aile yapısı	Çekirdek aile	233	74,2
	Geniş aile	81	25,8
Sigara kullanımı	Evet	117	37,3
	Hayır	197	62,7
Kronik hastalığınız var	Evet	204	65,0
	Hayır	110	35,0
Gelir düzeyi	2000 TL altı	119	37,9
	2000 TL ve üzeri	195	62,1
		Ort±ss	Min-Maks
Yaş (yıl)		53,99±5,39	40-78
Menopoza girme yaşı		47,96±3,96	40-55

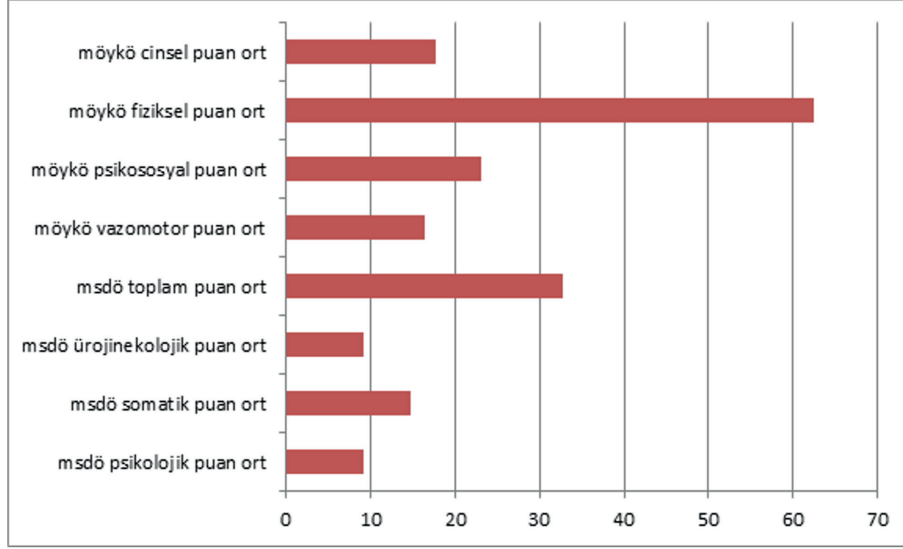
ise 47,96 (min=40, maks=55) şeklinde bulundu. Katılımcıların diğer sosyodemografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Katılımcıların %85,4'ü (n=268) kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvurdukları gözlenirken, %43,3'ünün (n=136) bir yıldan kısa sürede kadın doğum uzmanına başvurdukları belirtti. Katılımcılardan %65'inin (n=204) kronik hastalığı olduğu belirlendi, kadınların menopoza girme süreleri ortalama 1,41 (min=0, maks=5) yıl şeklinde bulundu. Katılımcıların %92,7'sinin (n=291) menopoza doğal olarak girdikleri gözlenirken, %53,2'sinin (n=167) menopozla ilgili doktora başvurdukları saptandı. Katılımcıların menopozla ilgili düşünceleri incelendiğinde; %48,7'si (n=153) doğal normal bir süreç, %19,1'inin (n=60) kadınlık özelliğinin yok olması, %32,2'i (n=101) de yaşlandıklarını hissettikleri şeklinde görüş bildirdikleri belirlendi (Tablo 2).

Katılımcıların her iki ölçek ve alt gruplarından (MÖYKÖ, MSDÖ) aldığı puan ortalamaları Grafik 1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların menopoza girme yaşı, medeni durum, evlenme yaşı, öğrenim durumu ile ölçekler arasındaki farklılıklar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Çalışmada, çekirdek aile grubunda olan katılımcıların MSDÖ ürojinekolojik ($p=0,025$), MÖYKÖ vazomotor ($p=0,045$) ve MÖYKÖ cinsel ($p=0,009$) ölçek puan ortalamalarının geniş aile grubunda yer alan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptandı (Tablo 4).



Grafik 1. Katılımcıların MSDÖ ve MÖYKÖ alt gruplarının puan ortalamaları

Tablo 2. Katılımcıların kadın hastalıkları, doğum öyküsü ve menopoz ilgili durumunun değerlendirilmesi

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kontrol amaçlı kadın doğum doktoruna gitme durumu	Evet	268	85,4
	Hayır	46	14,6
En son kadın doğum uzmanına başvurma süresi	1 yıl altı	136	43,3
	1-5 yıl	116	36,9
	5 yıl ve üstü	62	19,7
Menopozla giriş şekli	Doğal (tah dahil)	291	92,7
	Cerrahi	23	7,3
Menopoz semptomları nedeniyle doktora gitme durumu	Evet	167	53,2
	Hayır	147	46,8
Menopozla ilgili düşünce	Doğal, normal bir süreç	153	48,7
	Kadınlık özelliğinin yoklaması	60	19,1
	Yaşlandığını hissetme	101	32,2
Menopoz hakkındaki bilgi edinme yerleri	Çevre	137	43,6
	Sağlık personeli	106	33,8
	Tv	49	15,6
	İnternet	22	7,0
Menopoz için tedavi alma durumu	Evet	74	23,6
	Hayır	240	76,4
Menopoz için tedavi alanlar (n: 74)	İlaç	61	82,4
	Alternatif tedaviler	13	17,6
Menopoz sizi nasıl etkiledi	Fiziksel	89	28,3
	Psikolojik	63	20,1
	Fiziksel ve psikolojik	145	46,2
	Hiçbiri	17	5,4
Menopozdan sonra vücudunuzda sebebini bilmediğiniz ağrı varlığı	Evet	230	73,2
	Hayır	84	26,8
		Ort±ss	Min-Maks
Menopozla girme süresi (yıl)		1,41±1,08	0-5
Menopozdan sonra vücudunuzda sebebini bilmediğiniz ağrı varlığına evet diyenlerin algıladıkları ağrı skorları		6,20±2,42	2-10

Katılımcılardan kronik hastalıkları olanların MSDÖ psikolojik ($p=0,028$), MSDÖ somatik ($p=0,024$), MSDÖ toplam puan ($p=0,007$) ve MÖYKÖ fiziksel ($p=0,002$) ölçek puanlarının ortalamalarının kronik hastalığı olmayan katılımcılardan istatistiksel açıdan anlamlı

yüksek bulundu. Katılımcıların gelir düzeyi, eğitim durumu ve sigara kullanımı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 3. Katılımcıların menopoza girme yaşı, medeni durum, evlenme yaşı, öğrenim durumu ile ölççekler arasındaki farklılıklar

	Menopoza girme yaşı		Medeni durum		Evlenme yaşı		Öğrenim durumu	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Psikolojik puan (msdö)	-0,056	0,581	0,159	0,005**	-0,065	0,251	-0,003	0,964
Somatik puan (msdö)	-0,129	0,200	0,186	0,001**	-0,130	0,022*	-0,037	0,514
Ürojenekolojik puan (msdö)	-0,174	0,082	0,020	0,720	0,016	0,775	-0,080	0,157
Toplam puan (msdö)	-0,127	0,206	0,132	0,019*	-0,114	0,044*	-0,053	0,353
Vazomotor puan (möykö)	-0,094	0,351	0,097	0,088	-0,156	0,006**	-0,045	0,429
Psikososyal puan (möykö)	-0,081	0,423	0,266	p<0,001	-0,129	0,023*	0,109	0,053
Fiziksel puan (möykö)	-0,031	0,761	0,201	p<0,001	-0,142	0,012*	-0,009	0,871
Cinsel puan (möykö)	-0,212	0,033*	-0,129	0,022*	0,104	0,067	-0,016	0,772

* p<0,05, ** p<0,01 * p<0,05, ** p<0,01, r: Spearman's rho

Tablo 4. Yaşadığı aile tipi ile çalışmada kullanılan ölççekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Çekirdek Aile (n=233)	Geniş aile (n=81)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,27±3,05	8,66±3,42	0,139
Somatik puan (u)(msdö)	14,84±5,37	14,13±5,84	0,318
Ürojenekolojik puan (u)(msdö)	9,42±3,58	8,33±4,15	0,025*
Toplam puan (t)(msdö)	33,36±9,33	31,01±10,39	0,059
Vazomotor puan (u)(möykö)	16,93±6,63	15,17±7,27	0,045*
Psikososyal puan (u)(möykö)	23,29±14,14	22,25±15,31	0,579
Fiziksel puan(t)(möykö)	63,78±20,86	58,90±23,24	0,079
Cinsel puan (u)(möykö)	18,49±7,85	15,80±8,02	0,009*

* p<0,05, (u): Mann Whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Menopoz yakınması ile doktora başvuran katılımcıların MSDÖ ürojenekolojik (p=0,049) ve MÖYKÖ cinsel ölççek boyutları puan ortalamalarının doktora menopoz yakınması için başvurmeyen hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğu (p<0,001) tespit edildi.

Katılımcıların menopozun etkileme durumları ile MSDÖ ürojenekolojik (p=0,022) ve MÖYKÖ cinsel (p<0,001) ölççek boyutları ile aralarındaki gözlenen farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizi sonucunda; kadınlık özelliğinin yok olması görüşünde olan kadınların ürojenekolojik ölççek boyutunda yaşlandığını hisseden kadınlardan daha yüksek puan aldıkları belirlendi (p=0,016). Kadınlık özelliğinin yok olması görüşünde olan kadınlar menopozu doğal bir süreç (p=0,007) ve yaşlandığını hissetme (p<0,001) olarak algılayan kadınlardan cinsel ölççek boyutunda anlamlı yüksek puan almıştır. Ayrıca menopozu doğal bir süreç olarak değerlendiren kadınların, yaşlandığını hisseden kadınlara göre cinsel ölççek boyutu puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,044).

Katılımcıların menopozla ilgili bilgileri nereden edindiği ve kullanılan ölççekler arası farklılıklar Tablo 5'te gösterilmiştir.

Katılımcıların menopozdan etkileme durumunun MSDÖ toplam puanı açısından her bir alt grupta karşılaştırıldığında, "Menopozdan hiç etkilenmedim." diyenlerin toplam puanı, "Menopozdan fiziksel, psikolojik, fiziksel ve psikolojik olarak etkilendim." diyenlerden anlamlı derecede düşük saptandı (p<0,001). Katılımcıların menopozdan etkilenme durumu MÖYKÖ alt kategorilere göre incelendiğinde, "Menopozdan hiçbir şekilde etkilenmedim." diyen katılımcıların vazomotor, fiziksel ve cinsel puan açısından, "Menopozdan fiziksel, psikolojik, fiziksel ve psikolojik olarak etkilendim." diyenlere göre anlamlı derecede düşük saptandı (p<0,001) (Tablo 6).

Menopoz sonrası vücudunda ağrı hisseden kadınların MSDÖ ve MÖYKÖ tüm ölççek ve alt gruplarında puan ortalamalarının menopoz sonrası ağrı hissetmeyen hastaların ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,001) (Tablo 7).

Menopoza daha uzun sürede giren kadınların MSDÖ psikolojik (p<0,001), MSDÖ somatik (p=0,018) ve MSDÖ toplam (p=0,005) puan açısından daha yüksek puan aldıkları saptandı (Tablo 8).

Tablo 5. Menopoz hakkındaki bilgilerini nereden aldığı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	Menopoz hakkındaki bilgilerini nereden aldığı	n	Ort	Ss	x ² / F	p	Post Hoc Analiz Anlamlı Fark
Psikolojik puan (x2) (msdö)	Çevre (1)	137	8,88	2,81	x ² : 16,212	0,001*	4-1; p=0,002* 4-2; p=0,002*
	Sağlık personeli (2)	106	8,77	3,54			
	Tv (3)	49	9,44	2,95			
	İnternet (4)	22	11,45	2,87			
Somatik puan (x2) (msdö)	Çevre (1)	137	13,81	4,86	x ² : 6,245	0,100	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	15,25	5,93			
	Tv (3)	49	15,18	5,59			
	İnternet (4)	22	15,95	6,44			
Ürojenekolojik puan (x2) (msdö)	Çevre (1)	137	9,62	3,37	x ² : 9,530	0,023*	1-4; p=0,032*
	Sağlık personeli (2)	106	8,74	4,35			
	Tv (3)	49	9,46	3,16			
	İnternet (4)	22	7,27	3,73			
Toplam puan (F) (msdö)	Çevre (1)	137	32,13	8,19	F: 1,108	0,346	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	32,43	11,19			
	Tv (3)	49	33,93	9,34			
	İnternet (4)	22	35,59	10,73			
Vazomotor puan (x2) (möykö)	Çevre (1)	137	15,40	6,56	x ² : 19,311	p<0,001	4-1; p=0,008*
	Sağlık personeli (2)	106	16,36	6,87			
	Tv (3)	49	18,02	7,00			
	İnternet (4)	22	20,36	6,39			
Psikososyal puan (x2) (möykö)	Çevre (1)	137	20,99	14,36	x ² : 6,505	0,089	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	25,17	14,84			
	Tv (3)	49	25,75	13,84			
	İnternet (4)	22	19,27	12,26			
Fiziksel puan (F) (möykö)	Çevre (1)	137	59,96	18,82	F: 1,239	0,296	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	63,93	26,12			
	Tv (3)	49	64,79	19,83			
	İnternet (4)	22	66,59	15,76			
Cinsel puan (x2) (möykö)	Çevre (1)	137	19,72	7,02	x ² : 26,159	p<0,001	1-2; p<0,001 1-4; p=0,002*
	Sağlık personeli (2)	106	15,70	8,01			
	Tv (3)	49	18,20	8,81			
	İnternet (4)	22	14,95	8,58			

* p<0,05, x²: Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) Fiziksel, (2): Psikolojik, (3): Fiziksel ve psikolojik, (4) Hiçbiri

TARTIŞMA

Menopoz kadın yaşamında en önemli dönemlerden birisidir. Menopozal dönemde yaşanan semptomlar ve yaşam kalitesi birçok değişkenden etkilenmektedir. Menopozal dönemdeki semptomların şiddetini yaş, menopoza girme biçimi, eğitim seviyesi, gelir durumu, kronik hastalık, çalışma durumu gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir.^[8,9] Çalışmamızda, menopoz semptomları şiddetinin medeni durum, aile yapısı, kronik hastalık varlığı, menopoz için tedavi alma durumu, menopozla ilgili tutumu, evlenme yaşı, menopoza girme süresinden etkilendiği gösterilmiştir.

Menopoza özgü yaşam kalitesi, kadınların bu dönemde yaşadıkları yakınmaların yaşam standartları, insanlar arası iletişim, kendini iyi hissetme ile ilgili yaşam kalitesini nasıl etkilediği ile ilgili kapsamlı bir tanımdır.

Çalışmalarda, yaşam kalitesinin menopozal dönemden etkilendiği belirtilmektedir.^[5,10]

Menopoz semptomları ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini inceleyen araştırmalarda menopoz semptomlarındaki şiddet artışının, kadınların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır.^[1,4] Bizim çalışmamızda da buna benzer olarak katılımcıların menopoz semptomları artıkça kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir.

Menopozdan sonra yaşanan kas-eklem yakınmaları, hafızada zayıflama, vücut ağrısı, çabuk yorulma kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir.^[11] Postmenopozal dönemdeki kadınların aktif iş yaşamında yer alması, yaş, öğrenim ve menopoz sonrası ilaç tedavisi kullanma durumuyla yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.^[12] Bizim çalışmamızda da kadınların

Tablo 6. Menopozun etkileme durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	Menopozun etkileme durumu	n	Ort	Ss	χ^2 / F	p	Post Hoc Analiz Anlamlı Fark
Psikolojik puan (x2) (msdö)	Fiziksel (1)	89	8,78	3,04	$\chi^2: 52,894$	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	9,33	2,99			2-4; p<0,001
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	9,88	2,75			3-1; p=0,021*
	Hiçbiri (4)	17	3,41	0,71			3-4; p<0,001
Somatik puan (x2)(msdö)	Fiziksel (1)	89	13,89	5,29	$\chi^2: 46,892$	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	16,26	5,40			2-1; p=0,024*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	15,44	4,97			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	6,05	2,10			3-4; p<0,001
Ürojenekolojik puan(x2) (msdö)	Fiziksel (1)	89	8,50	3,64	$\chi^2: 20,365$	p<0,001	1-4; p=0,025*
	Psikolojik (2)	63	10,14	4,30			2-1; p=0,034*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	9,48	3,38			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	5,76	3,21			3-4; p<0,001
Toplam puan (F)(msdö)	Fiziksel (1)	89	31,16	9,46	F: 28,840	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	34,79	9,58			2-4; p<0,001
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	34,90	7,91			3-1; p=0,007*
	Hiçbiri (4)	17	15,23	3,86			3-4; p<0,001
Vazomotor puan(x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	15,21	6,65	$\chi^2: 49,770$	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	18,17	7,19			2-1; p=0,018*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	17,94	5,38			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	4,41	3,98			3-1; p=0,005*
Psikososyal puan(x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	20,29	14,26	$\chi^2: 40,028$	p<0,001	1-4; p=0,018*
	Psikolojik (2)	63	28,52	15,01			2-1; p=0,002*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	23,91	13,64			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	9,47	6,97			3-4; p<0,001
Fiziksel puan(F) (möykö)	Fiziksel (1)	89	59,05	22,41	F: 22,715	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	68,39	21,65			2-1; p=0,021*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	66,22	17,65			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	27,35	8,97			3-4; p<0,001
Cinsel puan (x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	16,65	8,26	$\chi^2: 27,801$	p<0,001	1-4; p=0,004*
	Psikolojik (2)	63	18,20	6,40			2-4; p<0,001
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	19,27	7,96			3-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	9,70	6,41			

* p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) Fiziksel, (2): Psikolojik, (3): Fiziksel ve psikolojik, (4) Hiçbiri

yaş, evlenme yaşı, medeni durum, çalışma, aile yapısı, menopoz için tedavi alma durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili faktörler olduğu bulunmuştur.

Menopoz yaşı dünyada ortalama 51 olarak kabul edilmektedir, ancak bu durum ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Asya ve Afrika ülkelerinde ise 43,0-50,7 aralığında, Avrupa ve Amerika'da 48,6-51,7 aralığında değişmektedir.^[13] Ülkemizde kadınlar yaklaşık olarak 47-49 yaş arasında menopoza girmektedirler.^[14] Çalışmamızda, kadınların menopoz yaş ortalaması 47,96±3,96 olarak saptandı. Katılımcılarımızın menopoz giriş yaşı, ülkemizdeki benzer çalışmalarla uyumludur, ancak gelişmiş ülkelerle karşılaştığımızda daha düşüktür. Çalışmamızda, yaş ile menopozal semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaş ile vazomotor puan arasında ise negatif bir ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni olarak ileri yaşta menopoza giren kadınlarda erken dönem semptomların az görülmesi gösterilebilir.

Tablo 7. Menopoz sonrası ağrı varlığı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n: 230)	Hayır (n: 84)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Psikolojik puan (u) (msdö)	9,93±2,79	6,86±3,03	p<0,001
Somatik puan (u) (msdö)	16,13±5,03	10,64±4,66	p<0,001
Ürojenekolojik puan (u) (msdö)	9,81±3,67	7,28±3,38	p<0,001
Toplam puan (t) (msdö)	35,67±8,30	24,77±8,58	p<0,001
Vazomotor puan (u) (möykö)	18,22±5,90	11,71±6,98	p<0,001
Psikososyal puan (u) (möykö)	25,44±15,11	16,40±9,77	p<0,001
Fiziksel puan (t) (möykö)	69,63±18,17	43,05±17,91	p<0,001
Cinsel puan (u) (möykö)	18,74±7,68	15,20±8,21	p<0,001

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Tablo 8. Hastaların menopoza girme süresi, menopoz için tedavi alma, menopoz sizi nasıl etkiledi ve menopoza girme şekli ile ölçekler arasındaki farklılıklar

	Menopoza girme süresi		Menopoz için tedavi alma		Menopoz sizin nasıl etkiledi		Menopoza girme şekli	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Psikolojik puan (msdö)	0,213	p<0,001	-0,170	0,003**	-0,056	0,320	0,013	0,818
Somatik puan (msdö)	0,133	0,018*	-0,202	p<0,001	-0,069	0,223	0,055	0,330
Ürojinekolojik puan (msdö)	0,019	0,742	-0,091	0,107	-0,007	0,903	0,032	0,575
Toplam puan (msdö)	0,159	0,005**	-0,214	p<0,001	-0,050	0,373	0,054	0,341
Vazomotor puan (möykö)	0,099	0,080	-0,086	0,129	-0,043	0,453	0,034	0,551
Psikososyal puan (möykö)	-0,072	0,201	-0,159	0,005**	-0,021	0,710	0,045	0,425
Fiziksel puan (möykö)	0,091	0,108	-0,188	0,001**	-0,055	0,328	0,024	0,667
Cinsel puan (möykö)	0,098	0,083	-0,076	0,178	-0,018	0,757	0,006	0,922

* $p<0,05$, ** $p<0,01$ r: Spearman's rho korelasyon

Tablo 9. Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Vazomotor puan (möykö)		Psikososyal puan (möykö)		Fiziksel puan (möykö)		Cinsel puan (möykö)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Psikolojik puan (msdö)	0,667	p<0,001	0,496	p<0,001	0,672	p<0,001	0,301	p<0,001
Somatik puan (msdö)	0,531	p<0,001	0,519	p<0,001	0,688	p<0,001	0,186	0,001**
Ürojinekolojik puan (msdö)	0,255	p<0,001	0,270	p<0,001	0,355	p<0,001	0,708	p<0,001
Toplam puan (msdö)	0,635	p<0,001	0,551	p<0,001	0,753	p<0,001	0,476	p<0,001

* $p<0,05$, ** $p<0,01$ r: Spearman's rho korelasyon

Menopoza yönelik yapılan araştırmalarda, katılımcıların sıcak basması, uyku sorunları, uygudurum değişiklikleri, yaygın vücut ağrısı, kilo artışı gibi sorunları sık yaşadıkları saptanmıştır.^[15] Çalışmamızda, en sık görülen menopozal semptom somatik yakınmalardır, ardından ürogenital ve psikolojik yakınmalar gelmektedir. Tümer ve ark.^[16] tarafından yapılan çalışmada, kadınların çoğunlukla psikolojik semptomlardan yakındıkları saptanmıştır. Ghazanfarpour ve ark.^[17] çalışmalarında, kadınların sırasıyla en çok vazomotor yakınmalar, psikososyal, fiziksel yakınmalar, cinsel yakınmalar yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği değerlendirildiğinde, en fazla fiziksel yakınmalar, ardından psikososyal, seksüel ve vazomotor yakınmaları yaşadıkları belirlenmiştir. Gümüşay ve ark. çalışmalarında, ise kadınların en fazla fiziksel yakınmalar, ardından cinsel, vazomotor, psikososyal yakınmalar yaşadıkları bulunmuştur.^[18] Farklı çalışmalarda belirlenen farklı semptomların daha şiddetli görülme nedeni olarak kültürel özellikler, gelenekler, sosyo-demografik durum ve diğer yaşam tarzı farklılıklarının menopoz yakınmalarının sıklığını ve şiddetini etkilemesidir.

Evlilikteki uyum durumu ve menopoz semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, kadınların bu süreçteki yakınmaları ile baş etmelerinde eşleriyle olan ilişkilerinin önemli olduğu gösterilmiştir.^[19,20] Kadınlar menopoz döneminde yardıma gereksinim duyar. Eş desteği gören kadınların menopoz semptomları daha

az görülmesi beklenir.^[21] Çalışmamızda, evli olmayan kadınlarda menopoz semptomları toplam, somatik ve psikolojik alt boyut puanları ayrıca menopoza özgü yaşam kalitesinin psikososyal ve fiziksel alt boyutta puanları evli kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Evli olan kadınlarda Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin cinsel ölçek alt boyutunun daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Bunu evli kadınların aktif cinsel yaşama sahip olmalarından dolayı genital semptomları daha sık yaşamaları ve cinsel yaşam kalitesini daha sık etkilemesine bağlamaktayız.

Literatüre baktığımızda kadınların eğitim düzeyinin, menopoz semptom şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi benzerdir. Kesitsel bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha yüksek menopozal semptom somatik ve psikolojik belirtiler gösterdiği saptanmıştır.^[17] Yapılan bir regresyon analizinde, alınan eğitim süresi arttıkça menopozal semptomlar daha düşük belirlenmiştir.^[22] Santoro ve ark.^[23] tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyinin artışı daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Bunun nedeni olarak da daha iyi eğitim düzeyine sahip kadınların bilgiye kolay ulaşabilmesi görüşü gösterilmiştir. Çalışmamızda, ölçekler ile eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. İlişki saptanmamasının nedeni katılımcılarımızın az bir oranını (%6,4) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlar olması olabilir. Ayrıca katılımcılarımızın büyük çoğunluğu kırsal kesimden gelmekteydi ve araştırma sırasındaki gözlemimiz bu kadınların yaşam

beklentilerinin düşük düzeyde olması, menopoza özgü yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilemiş olabilir.

Menopozayönelik tutumlarla ilgili yapılan araştırmalarda, pozitif ve negatif tutumların olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da katılımcılar menopozla ilgili farklı tutumlar belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük bir kısmı %48,7 menopozu doğal normal bir süreç olarak algıladıklarını, %32,2 yaşlandığını hissetme, %19,1 kadınlık özelliğinin yok olması şeklinde algıladıklarını belirtti. Erbaş ve Demirel'in^[20] menopozal süreçteki kadınlara yönelik çalışmasında, kadınların menopozla yönelik negatif tutumda olduklarını saptamıştır.

İranlı kadınlar arasında Ghorbani ve ark.'nın^[24] menopozla yönelik yaptığı çalışmada, kadınların büyük bir kısmının tarafsız, en az da negatif tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Kadınların menopozla yönelik tutumları yaşadıkları toplumun özellikleri ve yaşlanmaya yükledikleri anlama bağlı olarak değişmektedir.^[25] Toplumumuzda annelik yetisinin kaybı, cinsel ilişkinin kesintiye uğraması, fiziksel güç kaybı, dış görünüşteki bozukluklar menopozla yönelik olumsuz algıların ortaya çıkmasına neden olan faktörler arasında sayılabilir. Yanikkerem ve ark.'nın^[26] araştırmasında, menopozla yönelik negatif tutumu olan katılımcılar daha sık menopozal yakınma bildirmişlerdir. Menopozla yönelik tutumu pozitifleştirmeye yönelik çalışmalar sayesinde menopoz semptomlarının azaltılmak olasıdır.^[27] Gümüşay ve ark.'nin^[18] çalışmalarında, menopozla yönelik tutumu negatif olan kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, menopozla özgü yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer olarak menopozla karşı olumsuz tutumda olanların daha fazla ürojinekolojik semptom belirttikleri, yaşam kalitesinin cinsel ölçek alt boyutunda daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.

Çalışmalarda, kronik hastalık olması ve sürekli ilaç kullanımının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.^[28] 2018'de Tümer ve ark.'nin^[16] tarafından yapılan regresyon analizinde, kronik hastalık varlığının menopozal semptom şiddetini belirleyen ikinci en önemli risk faktörü olduğu saptanmıştır. Kadınların yaşadıkları menopozal semptomları kronik hastalığın neden olduğu semptomlar ve komplikasyonların şiddetlendirebileceği görüşü savunulmaktadır. Kadınların aktif iş kapasitesi azalmakta, yaşam kalitesi de olumsuz olarak etkilenebilmektedir.^[29] Çalışmamızda, kadınların %65'inde kronik bir hastalık mevcuttu.

Somatik ve psikososyal açıdan kronik hastalığı olan kadınlar daha fazla semptomatik olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesinin fiziksel puan alt boyutu kronik hastalığı olanlarda daha fazla etkilenebilir.

Klimakterik süreçte hobi edinen kadınlar sosyal yaşamda daha aktiftir ve ilgilerini yaşadıkları menopozal semptomlardan uzaklaştırırlar. Böylece daha az semptom belirtmektedirler. Kadınların aktif iş yaşamı içinde yer alması menopozla yönelik semptomlarının azalmasına neden olur ve ayrıca kadınların yaşam kalitesini de pozitif yönde etkiler^[23] Çalışmamızda da buna benzer olarak çalışmayan kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin vazomotor ölçek puanları çalışan kadınlardan daha yüksekti.

Kaur ve ark.'nin^[30] tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada, sıcak basması ve ruh hali değişiklikleri gibi yakınmaların cerrahi yoldan menopozla giren kadınlarda doğal yoldan menopozla girenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Menopozla cerrahi olarak giren kadınlar östrojen düzeyindeki ani düşüğe bağlı menopozal semptomları daha şiddetli yaşamaktadırlar. Varma'nın^[31] cinsel yaşamla ilgili araştırmasında, cerrahi olarak menopozla giren kadınların, doğal yoldan girenlere kıyasla sık sorun yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, menopozla giriş şekliyle ölçekler arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışma sonucumuzun literatürle uyumlu olmamasının nedeni katılımcılarımızın çok az bir kısmının cerrahi yolla menopozla girmesine (%7,3) bağlı olabilir.

Kadınların menopoz hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, menopoz ile ilgili korku ve yanlış inanışlar nedeniyle gelişen sorunların önlenmesini zorlaştırmaktadır.^[32] Yapılan çalışmalarda, kadınların menopoz hakkında bilgi alma oranı %35,0-%54,2 aralığında belirlenmiştir. Ayrıca kadınların menopozal süreçle ilgili yeterli bilgileri olmadığı saptanmıştır.^[33,34] Menopozal dönem kadın yaşamının fizyolojik bir parçası ve geçiş sürecidir. Kadınların bu döneme karşı hazırlıklı olmaları gereklidir. Katılımcılarımızın yaklaşık yarısının sağlık personelinde menopoz hakkında bilgi aldığı, yarısından fazlasının menopoz nedeniyle doktora gittiği belirlendi. Noroozi ve ark.'nin^[35] tarafından yapılan çalışmada, kadınların büyük bir kısmının menopoz hakkında orta ve üzeri bilgi düzeyi olduğu gösterilmiş fakat bilgi düzeyi ve tutum arasında istatistiksel ilişki olmadığı ortaya konmuştur. Bizim çalışmamızda ise menopozdan sonra kontrol için doktora başvuran kadınlarda menopoz semptomlarının daha az görüldüğü ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğu

saptanmıştır. Bunun nedeni olarak menopoza hakkında doğru bilgiye sahip olan kadının bu süreci doğal bir dönem olarak kabul etmesi ve menopoza yönelik daha pozitif tutumlarda bulunması gösterilebilir.

Amerika genelinde yapılan bir kohort çalışmasında, menopozal geçiş dönemlerinde ağrı semptomlarının daha sık şiddetlendiği saptanmıştır.^[36] Ashrafi ve ark.^[37] tarafından İranlı kadınlarda yapılan bir çalışmada, menopoza yönelik en fazla görülen semptomların kemik ve kas ağrıları olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, yaşam kalitesinin ağrı alt boyutuyla her iki ölçekle de anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmamızda menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği ile varlığı ve yaşama etkisi sorgulanan semptomlardan birinin de ağrı semptomu olması olabilir. Yaşam kalitesinin sosyal alt düzeyini incelersek, menopozal süreçteki vazomotor semptomlar iş ve sosyal yaşamda bozulmaya ve sosyal yaşamdan izolasyona neden olabilir. Kadınların buna bağlı olarak yaşam kalitesi düşmektedir.^[38] Çalışmamızda, buna benzer olarak menopozal dönemdeki semptomların şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkisi arttıkça, yaşam kalitesinin sosyal alt boyutunun olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Literatüre baktığımızda, menopozal süreçteki kadınların hormonal değişikliklerden dolayı kaygı bozuklukları, depresyon, psikotizm gibi sorunları sık olarak yaşadığı belirlenmiştir.^[39] Buna benzer olarak depresyon şiddeti arttıkça kadınların yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarda anlamlı olarak etkilendiği saptanmıştır.^[40] Bizim çalışmamızda da buna benzer olarak psikolojik menopoz semptomları arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında anlamlı olarak etkilenim saptanmıştır.

Kısıtlılık

Çalışmaya tek bir merkezden hastaların katılması kısıtlılığı olup, topluma genellenemez.

SONUÇ

Çalışmamızda, menopoz döneminde görülen semptomlar ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu da göstermektedir ki menopoz semptomları birbirinden bağımsız değildir, semptomlar yeni semptomların ortaya çıkmasını tetikleyebilir veya kişilerin semptomlara olan duyarlılıklarını artırabilir. Sonuçta, bu da kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilir. Menopoza özgü yaşam kalitesi ve menopozal semptom şiddeti üzerinde etkili olduğu belirlenen risk faktörlerinden menopozu algılama şekli, sigara kullanımı değiştirilebilir risk faktörleri;

kronik hastalık mevcudiyeti, gebelik sayısı, medeni ve psikolojik durumun göreceli değiştirilebilir risk faktörü olduğu belirtilebilir. Aile hekimleri bu risk faktörlerini içeren menopoza özgü bilgilendirme ve eğitim programlarını kadınlara tedavinin ilk basamağında sunmalıdır. Aile hekimleri bütüncül bir şekilde bu risk faktörlerine yönelik yaklaşımda bulunmalı ve her kadına özel bir program oluşturmalıdır.

Etik Kurul Onayı: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (01.10.2019 - 1359).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Ethics Committee (01.10.2019 - 1359).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Ak Sözer G, Ege E. Menopoz Semptomlarını Yönetmek ve Yaşam Kalitesini Artırmak: İlerleyici Kas Gevşeme Egzersizleri . Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;3(2):179-88.
2. Depmann M, Eijkemans MJ, Broer SL, Scheffer GJ ,et al. Does anti-Müllerian hormone predict menopause in the general population? Results of a prospective ongoing cohort study. Hum Reprod. 2016 ;31(7):1579-87.
3. Bener A, Falah A. A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. J Midlife Health. 2014;5(3):126-34.
4. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(4):1095-1113.
5. Chen PL, Chao HT, Chou KR, et al. The Chinese Utian Quality of Life Scale for women around menopause: translation and psychometric testing. Menopause. 2012;19(4):438-47.
6. World Health Organization(1997).WHOOQL measuring quality of life. (07/08/2020 tarihinde http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf adresinden ulaşılmıştır).
7. Akdöner A, Öztürk D, Celiloğlu M, Çağlıyan E, Demir S, Yavuz O. Premature ovarian failure definition, etiology and approach to the patient. Turkish Journal Of Reproductive Medicine And Surgery.2021;5(1):23-31.
8. İkişik H , Turan G , Kutay F, et al. Awareness of menopause and strategies to cope with menopausal symptoms of the women aged between 40 and 65 who consulted to a tertiary care hospital. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(1): 10-21.
9. Mahmoud SF, Mohamed NS. Effect of menopausal symptoms on psychological problems among middle-aged women. Egyptian Nursing Journal.2018;15(3):292.
10. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(1):469-83.

11. Bairy L, Adiga S, Bhat P, Bhat R. Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49(1):106-9.
12. Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, et al. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11(7):6692-708.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. 10.06.2021 tarihinde <https://www.acog.org/womenshealth/faqs/perimenopausal-bleeding-and-bleeding-after-menopause> adresinden ulaşılmıştır
14. Kurt G, Arslan H. Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Cukurova Medical Journal*.2020;45(3):910-20.
15. Abay H, Kaplan S. Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(1):1-24.
16. Tümer A, Kartal A. Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2018;11(3):337-46.
17. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdolahian S, et al. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2015;31(11):860-5.
18. Gümüşay M, Erbil N. The Effect of Attitudes towards Menopause on Menopause Specific Quality of Life of Women. *Ordu University J Nurs Stud* 2019;2(2):96-109.
19. Koster A, Davidsen M. Climacteric complaints and their relation to menopausal development: A retrospective analysis. *Maturitas* 1993;17:155-66.
20. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2002; 5:5-12.
21. Green SM, McCabe RE, Soares CN. *The Cognitive Behavioral Workbook for Menopause: A Step-by-Step Program for Overcoming Hot Flashes, Mood Swings, Insomnia, Anxiety, Depression, and Other Symptoms*: New Harbinger Publications. 2012.
22. Lee MS, Kim JH, Park MS, et al. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean postmenopausal women. *J Korean Med Sci* 2010;25(5):758-65.
23. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and their management. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2015;44(3):497-515.
24. Ghorbani R, Nassaji M, Shahbazi A, Tabard SB, Rahaeie F. Attitudes toward menopause among middle-aged women in Semnan, Iran. *J Egypt Public Health Assoc* 2014;89:42-5.
25. Mujahid S, Siddiqui AA, Hussain R. Awareness of menopausal symptoms among young Pakistani women of different educational backgrounds. *South Asian Federation of Menopause Societies* 2013;1:18-20.
26. Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak Ş. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric* 2012;15(6):552-62.
27. Towey M, Bundy C, Cordingley L. Psychological and social interventions in the menopause. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18(4):413-7.
28. Bal MD, Sahin NH. The effects of personality traits on quality of life. *Menopause* 2011;18(12):1309-16.
29. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz, F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2:62-70.
30. Kaur N, Malla VG, Gupta S. Serum estradiol level and postmenopausal symptoms in surgical and natural menopause. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017;6(9):3920-3.
31. Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. The relationship between depression and anxiety levels and sexual satisfaction for natural and surgical menopause. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2005;8(3):109-15.
32. Biri A, Bakar C, Maral I, Bumın M, Güner H. 40 yaş ve üzeri kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgileri, menopozla ilgili yakınmaları ve hormon replasman tedavisi kullanma durumları. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2004;14(2):75-83.
33. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007;21:187-93.
34. Tortumluoğlu G. Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004;1:1-13.
35. Noroozi E, Dolatabadi NK, Eslami AA, Hassanzadeh A, Davari S. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40-45 years. *J Educ Health Promot*. 2013;2:25.
36. Dugan SA, Powell LH, Kravitz HM, Everson Rose SA, Karavolos K, Luborsky J. Musculoskeletal pain and menopausal status. *The Clinical Journal of Pain*. 2006;22(4):325-31.
37. Ashrafi M, Ashtiani SK, Malekzadeh F. Symptoms of natural menopause among Iranian women living in Tehran, Iran. *Iran J Reprod Med* 2010;8:29-32.
38. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:47.
39. Tangen T, Mykletun A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(2):125-31.
40. Birinci E. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 2021;0(17):119-29.