

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 40-55 YAŞ
ARASI KADINLARDA GÖRÜLEN MENOPOZ
SEMPTOMLARININ DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülistan SERTKAYA

İstanbul
Şubat-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 40-55 YAŞ ARASI
KADINLARDA GÖRÜLEN MENOPOZ SEMPTOMLARININ
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülistan SERTKAYA

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

İstanbul
Şubat-2024

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım ‘**Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 40-55 Yaş Arası Kadınlarda Görülen Menopoz Semptomlarının Depresyon Üzerine Etkisi**’ adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Gülistan SERTKAYA

ÖN SÖZ

Yüksek lisans tez çalışmam süresince bana yol gösteren danışmanım Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN'a, yardımlarını esirgemeyen sevgili hocalarım Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK ve Doç. Dr. Yıldı ARZU ABA'ya, tüm hayatım boyunca hep yanımda olan desteğini bir kez olsun esirgemeyen sevgili ANNEM ve BABAM'a, bu süreçte beni yalnız bırakmayan kardeşlerime ve arkadaşlarıma, çalışmama katkı sağlayan tüm kadınlara teşekkür ederim.

Gülistan SERTKAYA
İstanbul - 2024

ÖZET
AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 40-55 YAŞ ARASI
KADINLARDA GÖRÜLEN MENOPOZ SEMPTOMLARININ
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

Gülistan SERTKAYA

Yüksek Lisans, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Şubat, 2024- 90 sayfa

Bu çalışma 40-55 yaş arası kadınlarda görülen menopoza semptomlarının depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel nitelikte yapıldı. Araştırma örneklemini İstanbul ilindeki bir aile sağlığı merkezinde çalışmayı kabul eden 245 kadın oluşturmaktadır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği” ve “Perimenopozal Depresyon Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde; “Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Bonferroni ve Spearman korelasyonu” kullanıldı. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $47,37\pm 3,77$, menopoza girme yaş ortalaması ise $45,56\pm 3,95$ olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların menopoza semptomları değerlendirme ölçeği ortalama puanı $16,65\pm 7,16$, perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği ortalama puanı ise $13,64\pm 7,53$ gelmiştir. Araştırmaya katılan kadınların perimenopozal depresyon ölçeği ile somatik şikayetler alt boyutu arasında ($r=0,564$, $p<0,05$), psikolojik şikayetler alt boyutu arasında ($r=0,618$, $p<0,05$), ürogenital şikayetler alt boyutu arasında ($r=0,537$, $p<0,05$), ve menopoza semptomlarını değerlendirme ölçeği arasında ($r=0,720$, $p<0,05$) anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmamıza katılan 40-55 yaş arası kadınlarda görülen menopoza semptomları ile perimenopozal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Menopoz, Perimenopoz Depresyon

ABSTRACT

THE EFFECT OF MENOPAUSE SYMPTOMS ON DEPRESSION IN WOMEN BETWEEN 40-55 YEARS OF AGE WHO APPLY TO A FAMILY HEALTH CENTER

Gülistan SERTKAYA

Master, Women's Health and Diseases Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

February, 2024- 90 pages

The purpose of this descriptive-cross-sectional study was to investigate how menopausal symptoms affected women in their 40s to 55s who were depressed. The research sample consist of 245 women who agreed to work in a family health center in İstanbul. Data were obtained using the “Personal Information Form”, “Menopause Symptoms Assessment Scale” and “Perimenopausal Depression Scale”. “Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Bonferroni and Spearman correlation” were used. It was found that the average age of the women participating in the study was $47,37\pm 3,77$, and the average age of entering menopause was $45,56\pm 3,95$. The average score of the women participating in the study on the menopause symptoms assesment scale was 16.65 ± 7.16 , and the average score on the perimenopausal depression assessment scale was 13.64 ± 7.53 . Among the women participating in the study, there was a difference between the perimenopausal depression scale and somatic complaints sub dimension ($r=0.564$, $p<0.05$), between the psychological complaints subdimension ($r=0.618$, $p<0.05$), and between the urogenital complaints sub dimension ($r=0.537$, $p<0.05$). A significant and positive relationship was found between and the menopause symptoms evaluation scale ($r=0.720$, $p<0.05$).

Result: Astatistically significant and positive relationship was found between menopausal symptoms and perimenopausal depression in women aged 40-55 who participated in our research.

Keywords: Women, Menopause, Perimenopausal Depression

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
-------------	---

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Klimakterium Dönem	3
2.2. Menopoz.....	3
2.2.1. Tanımı	3
2.2.2. Tarihçe.....	4
2.3. Menopozun Aşamaları	4
2.3.1. Premenopoz.....	4
2.3.2. Perimenopoz.....	5
2.3.3. Menopoza Geçiş.....	5
2.3.4. Postmenopoz	5
2.3.5. Klimakterium	6
2.4. Menopoz Tipleri.....	6
2.4.1. Doğal (Fizyolojik) Menopoz.....	6
2.4.2. Erken Menopoz	6
2.4.3. Cerrahi Menopoz.....	6
2.5. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar	7
2.5.1. Somatik Şikayetler	7
2.5.1.1. Vazomotor Semptomlar.....	7
2.5.1.2. Uyku Problemleri.....	8

2.5.1.3. Kardiyovasküler Değişiklikler.....	8
2.5.1.4. Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	9
2.5.2. Genitoüriner Değişiklikler ve Cinsel Sorunlar.....	11
2.5.3. Psikososyal ve Bilişsel Semptomlar.....	12
2.5.4. Dermatolojik Değişiklikler.....	12
2.6. Menopozda Tedavi Yöntemleri.....	13
2.6.1. Menopozal Hormon Tedavisi.....	13
2.7. Menopoz Döneminde Sağlıklı Yaşama Yönelik Yönetim.....	14
2.7.1. Beslenme	14
2.7.2. Egzersiz	14
2.8. Depresyon	15
2.8.1. Majör Depresif Bozukluk.....	15
2.8.2. Süreğen (Uzun Süreli) Depresif Bozukluklar (Distimi).....	16
2.9. Menopoz ve Depresyon.....	17
2.10. Menopoz Semptomları ve Depresyon Yönetimde Ebe/Hemşirenin Rolü	18

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL METOT	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	21
3.5. Araştırma Soruları.....	21
3.6. Veri Toplama Yöntemi	21
3.7. Veri Toplama Araçları	22
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.7.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği	22
3.7.3. Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği.....	23
3.8. Verilerin Analizi.....	23
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	24

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR.....	25
----------------------	-----------

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular	26
4.2. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özellikleri ile İlgili Bulgular	28
4.3. Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular	29
4.4. Kadınların Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular	40
4.5. Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları ile Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	46

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	48
5.1. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Bulgularının Tartışılması.....	48
5.2. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Bulgularının Tartışılması.....	49
5.3. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Bulgularının Tartışılması.....	51
5.4. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Bulgularının Tartışılması	52
5.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Bulgularının Tartışılması	53
5.6. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları ile Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki Bulgularının Tartışılması.....	54
SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKÇA	57
EKLER	69
ÖZGEÇMİŞ	80

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Genitoüriner Dokulardaki Anatomik ve Fonksiyonel Değişiklikler	11
Tablo 2.2: Menopozda Kullanılan Hormonlar	13
Tablo 2.3: Majör Depresyon Bozukluk Semptomları	16
Tablo 2.4: Süreğen Depresyon Bozukluk Semptomları.....	16
Tablo 2.5: Menopozda Geçiş Sırasında Depresyon Belirtileri ile İlişkili Risk Faktörleri	17
Tablo 4.1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.2: Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Tablo 4.3: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	29
Tablo 4.4: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.5: Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.6: Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	40
Tablo 4.7: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.8: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.9: Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki	46

KISALTMALAR LİSTESİ

AFC	: Antral Folikül Sayısı
AMH	: Anti Müller Hormon
FSH	: Fokilük Uyarısı Hormon
GAG	: Glikozaminoglikanlar
HRT	: Hormon Replesman Tedavisi
MSDÖ	: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği
NAMS	: Kuzey Amerika Menopoz Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
VSM	: Vazomotor Semptom

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Kadın hayatı; bebeklik ve çocukluk, adölesan, doğurganlık, klimakterium ve yaşlılık dönemlerinden oluşmaktadır (Yurdakul, Eke & Kaya, 2007; Öztürk, 2020). Kadınların yumurtalık fonksiyonlarının işlevinin azaldığı, yitildiği ve üreme kabiliyetinin kaybolduğu, fiziksel, morfolojik ve ruhsal değişikliklerin olduğu döneme klimakterium denir (Arslan Özkan, 2019; Öztürk, 2020). Eski dönem tarihçesinde ‘‘hayatın değişmesi’’, ‘‘fertilitenin sona ermesi’’, ‘‘özgürlüğün başlaması’’, ‘‘kadınlığın ölümü’’ şeklinde adlandırılan menopoza; kadının son menstrüasyondan sonraki 12 ay boyunca aralıksız adet kanamasını görmemesi veya kadının her iki foliküllerin alınması ya da kalıcı olarak hasar görmesi olarak tanımlanır (Yavan & Köprülü, 2022; <https://www.menopause.org/for-women/sexual-health-menopause-online/changes-at-midlife>). Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere üç evreden oluşmaktadır. Menopozdan 2-6 yıl önceki evreye premenopoz, 6-8 yıl sonraki evreye erken postmenopoz, sonrası ise geç postmenopoz olarak adlandırılır. Perimenopoz ise, premenopozu, menopozu ve menopoz sonrası bir yıla kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır (Süt & Küçükkaya, 2018; Taşkın, 2019). Milattan Önce (MÖ) 1000’li yıllarda kadınların ortalama yaşı 18 yıl olarak bilinirken Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri 2020-2025 dönemi tahminlerine göre kadınların dünya ortalama yaşı 75.6, Avrupa Birliği ortalaması 83,5 yıl olarak öngörülmektedir. Türkiye’de ise bu ortalama 81,2 yıl şeklinde izlenmektedir. Bu da kadınlarının yaşamının neredeyse üçte bir kısmı menopoza döneminde geçirdiğini göstermektedir (TÜİK, 2022; Kişnişçi ve diğerleri, 1996). Kadınlar genellikle 45-55 yaş arasında menopoza girmektedir. Dünyada menopoza girme yaşı ortalama 51’dir. Türkiye’de ise ortalama 46-48 yaş arası olduğu rapor edilmiştir (Başboğa, 2023).

Perimenopozal dönemle birlikte fiziksel ve ruhsal birtakım değişiklikler görülmeye başlar. Bu dönemle birlikte başlayan hormonal dalgalanmalar sonucu kadınlar; sıcak basması, gece terlemesi, uyku bozuklukları, çarpıntı, iskelet ve kardiyovasküler rahatsızlıklar gibi somatik semptomlar; huzursuzluk, sinirlilik, depresyon, gerginlik, yorgunluk gibi psikolojik semptomlar; genital organlarda atrofi, dispareni, vajinal yanma ve kuruluk, cinsel isteksizlik, üriner inkontinans, idrar yolu enfeksiyonları gibi ürogenital semptomlar ile karşı karşıya kalmaktadır (Sözer & Ege, 2021; Zorlu ve ark.,

2022). Menopoz her ne kadar fizyolojik bir dönem olsa da herkes için aynı değildir. Bu dönemde yaşanan şikayetler ve bu şikayetlerin yaşam düzeyine etkisi, kadının yaşadığı kültür, zihinsel durumu, duygusal sağlık ve sosyal destek ile ilgili bireysel deneyimleri etkilemektedir (Dündar & Aksu, 2021; Patel ve ark., 2023).

Menopoz döneminde görülen semptomlar kadının beden imajı ve yaşam kalitesini negatif yönde etkileyip depresyon açısından risk oluşturabilmektedir. Perimenopozal kadınlar bu dönemde mod düşüklüğü, motivasyon eksikliği, duygusal zevk ve tatmin duygusunun azalması ve uyku düzeninin bozulması gibi çeşitli depresif semptomlar yaşayabilmektedir (Balkan, 2023). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Chu ve arkadaşlarının çalışmasında menopoz şikayetleri olan kadınların yüksek oranda depresyon olduğunu bulmuştur. Moyneur ve arkadaşları depresyon yaygınlığının en fazla 45-54 yaş arası kadınlarda olduğunu saptamıştır. Oldra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise orta ve şiddetli klimakterik semptomları olan kadınlarda perimenopoz döneminde depresif semptomları daha yüksek olduğu, premenopoz ve postmenopoz evrelere göre klinik olarak daha anlamlı ve yüksek bulunmuştur (Cku ve ark., 2022; Moyneur ve ark., 2020; Oldra ve ark., 2020).

Menopoz döneminde ortaya çıkan semptomların erkenden tanınması, depresyon, kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporoz gibi uzun dönem komplikasyonların ortaya çıkması engellenebilmektedir. Bu nedenle menopoz ile ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip sağlık çalışanları tarafından verilen iyi bir eğitim ve danışmanlık hizmeti ile kadınlara menopoz semptomları ile baş etme yöntemleri hakkında sağlık davranışı kazandırılmalı ve sürdürülmelidir.

Bu çalışma 40-55 yaş arası olan kadınlarda görülen menopoz semptomlarının depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Klimakterium Dönem

Kadın hayatı; bebeklik ve çocukluk, adölesan, doğurganlık, klimakterium ve yaşlılık dönemlerinden oluşmaktadır (Yurdakul, Eke & Kaya, 2007; Öztürk, 2020). Kadınların yumurtalık fonksiyonlarının işlevinin azaldığı, yitirildiği ve üreme kabiliyetinin kaybolduğu, fiziksel, morfolojik ve ruhsal değişikliklerin olduğu döneme klimakterium denir. (Arslan Özkan, 2019; Öztürk, 2020).

2.2. Menopoz

2.2.1. Tanımı

Over fonksiyonlarının durma noktasına geldiğini bildiren son adet kanamasına menopoz denilmektedir. Menopoz, östrojen yoğunluğunun azalması ve folikül uyarıcı hormon (FSH) konsantrasyonunun artması ile yumurtalık folikül fonksiyonunun kaybını yansıtır (Arısan, 1986; Şahin, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) menopozu ‘‘ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır’’ şeklinde tanımlamaktadır (Şirin & Kavlak, 2008). Kadınlar genellikle 45-55 yaş arasında menopoza girmektedir. Dünyada menopoza girme yaşı ortalama 51’dir. Türkiye’ de ise ortalama 46-48 yaş arası olduğu rapor edilmiştir (Başboğa, 2023).

Milattan Önce (MÖ) 1000’li yıllarda kadınların ortalama yaşı 18 yıl olarak bilinirken Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri 2020-2025 dönemi tahminlerine göre kadınların dünya ortalama yaşı 75.6, Avrupa Birliği ortalaması 83,5 yıl olarak öngörülmektedir. Türkiye’de ise bu ortalama 81,2 yıl şeklinde izlenmektedir. Bu da kadınların yaşamlarının neredeyse üçte bir kısmı menopoz döneminde geçirdiğini göstermektedir (TÜİK,2022; Kişnişçi ve ark., 1996). Bu dönemde hormonal değişimler sonucu kadınlarda üreme potansiyelinin kaybı ve ileriki yaşama geçiş ile vazomotor, fiziksel, psikolojik ve cinsel sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Kurt & Arslan, 2020; Agarwal ve diğerleri, 2019).

2.2.2. Tarihçe

Eski dönem tarihçesinde menopoz 'hayatın değişmesi', 'fertilitenin sona ermesi', 'özgürlüğün başlaması', 'kadınlığın ölümü' şeklinde adlandırılmıştır. Hipokrat ise kadınların yaşadığı şikayetleri rahmin vücutta yer değiştirip kalp ve kafa bölgelerine yaptığı baskıların sebep olduğunu öne sürmüştür. Aristoteles (MÖ 384-322) ise kadınların üreme kabiliyetinin ortalama 40 yaşlarda olduğu ve kesinlikle 50 yaş geçmeyecek şekilde adet kanamanın durduğunu öne sürmektedir (Yavan & Köprülü, 2022).

Menopoz terimi ilk olarak 1821'de Charles Paul Louis de Gardanne isimli Fransız bir doktor tarafından yazılan bir makalede ele alınmıştır. "La Menespausie" menstruasyonun durması şeklinde nitelendirmiştir (Baber & Wright, 2017).

Menopoz ile ilgili uluslararası toplanan ilk kongre Amerikan Geriatri Derneği ve Güney Fransa'daki La Grande Motte'deki Montpelliler Üniversitesi'nin bünyesinde 1976 yılında gerçekleşmiştir. Menopoz ile ilgili klinik çalışmalar yapan 165 delege katılım göstermiştir. Menopoz araştırmalarındaki ilerlemeyi değerlendirmek amacıyla Kudüs'te ikinci bir kongre toplanmıştır (Baber & Wright, 2017).

'Avrupa Menopoz Derneği' ise 1990'da kurulmuş ve Fransa'ya bağlı Nice kentinde ilk toplantıları yapılmıştır. Türkiye'de ise menopoz ile ilgili çalışmalar 1970 yıllarında faaliyet gösterilmiş ve ilk konferansı 1975'te Cerrahpaşa Tıp Fakültesi bünyesinde gerçekleşmiştir (Atasü & Gezer, 2001). 'Türk Menopoz ve Osteoporoz Derneği' 1992'de kurulup ve o senenin eylülünde ilk kongresi yapılmıştır. Kurulum tarihinden itibaren dernek, 2 senede bir kongre düzenlemektedir (<http://www.osteoporoz.org.tr/>).

2.3. Menopozun Aşamaları

2.3.1. Premenopoz

Menopoz döneminden 2-6 yıl önceki süreci kapsamaktadır. Bu dönemde menstrüal döngüler genellikle düzenlidir. Foliküller fazda Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) seviyelerinde değişiklik yoktur. Anti Müller Hormon (AMH) ve antral folikül sayısı (AFC) düşüktür. Doğurganlık hızının azalmaya başladığı ve kadınların menstrüal sikluslarında değişiklikler görüldüğü geç üreme dönemidir (Süt & Küçükkaya, 2018).

2.3.2. Perimenopoz

Perimenopoz, yaygın olarak yaklaşan menopoza ait ilk endokrin, biyolojik ve klinik özelliklerin başladığı, premenopozu, menopoz dönemini ve menopoz sonrası bir yıla kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2019; Weber, Maki & P.McDermott, 2014). Açık bir başlangıç yaşı yoktur ancak menopozdan 4-8 yıl önce başladığı söylenmektedir (Willman & King, 2023).

Perimenopozal dönemde yumurtalık folikül fonksiyonlarının azalması, östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesi ile bir dizi bilişsel bozukluk, affektif belirtiler ve vazomotor semptomları içeren önemli bir fizyolojik ve hormonal değişim periyoduna işaret eder (Zhu ve diğerleri, 2022; De Kruf, Spijker & Molendijk, 2016; Zhang, Fu & Liu, 2022). Perimenopoz dönemi, kimi kadınlarda kısa sürerken, kimisinde ise uzun sürebilir. Bu dönemde özellikle korku, yorgunluk, ağlama krizleri, duygu durum bozukluğu ve cinsel istekte azalma görülmektedir (Şahin & Özkay, 2022). Bu dönemde duygudurum bozukluğun görülme sıklığı, özellikle adet öncesi disforik bozukluk veya doğum sonrası depresyon gibi hormonla ilişkili duygudurum bozuklukları öyküsü olan kadınlarda, erken üreme yıllarına göre daha yüksektir (Magrait, Stuckey & Baber, 2022). Aynı şekilde östrojen hormonunda görülen değişiklikler beyindeki sinir aktivitesini etkileyerek hafıza kaybına, depresyona ve uykusuzluğa neden olabilmektedir. Erkeklerle karşılaştırıldığında orta yaş kadınlarda demans ve majör depresyon riski daha yüksektir (Zhang, Fu & Liu, 2022). Bu dönem psikolojik sorunlara karşı savunmasız olunan bir dönem olarak değerlendirilmektedir.

2.3.3. Menopoza Geçiş

Adet döngüsü düzensizliklerin arttığı, son menstruasyondan önceki süredir. Menopoza geçiş en sık 45-55 yaş aralığında başlar. Bu geçişle östrojen ve progesteron hormon üretiminde büyük ölçüde değişiklikler meydana gelmektedir (Başboğa, 2023).

2.3.4. Postmenopoz

Over foliküllerindeki hormonların azalması ile vajinal atrofi ve osteoporozun görüldüğü, menopozdan sonra gelen 6-8 yıllık dönemi kapsamaktadır.

Perimenopoz döneminin bitişi ile başlar 65 yaşa kadar devam eder (Taşkın, 2012; Şirin & Kavlak, 2016; Şahin & Özkay, 2022).

2.3.5. Klimakterium

Kadınların yumurtalık fonksiyonlarının işlevinin azaldığı, yitirildiği ve üreme kabiliyetinin kaybolduğu, fiziksel, morfolojik ve ruhsal değişikliklerin olduğu döneme klimakterium denir. (Arslan Özkan, 2019; Öztürk, 2020).

2.4. Menopoz Tipleri

2.4.1. Doğal (Fizyolojik) Menopoz

Overlerdeki foliküllerin sona ermesi sonucu meydana gelen, fizyolojik bir durumdur. Son menstrüasyon tarihinden sonra 12 ay boyunca adet kanamasının olmaması durumudur. 45-54 yaş aralığında olan kadınların adet kanamasının kesilmesi ile ortaya çıkan doğal süreçtir (Bayraktar Görgel & Çakıroğlu, 2007; Çiçek ve ark., 2014).

2.4.2. Erken Menopoz

Menopozun doğal menopoz aralığından önce görülmesi olayıdır (<https://www.menopause.org>). Kadınlar bilinmeyen nedenlerle 40 yaşından önce menopoza girmektedir. Bu nedenler; sık gebelik, ooferektomi, obezite, ciddi oranda radyasyona maruz kalma, kürtaj ve düşükler, hipotroidizm, uzun süre emzirme gibi durumlar sıralanmaktadır (Kızılkaya Beji, 2017).

2.4.3. Cerrahi Menopoz

Her iki yumurtalığın (histerektomili veya histerektomisiz) cerrahi işlemle çıkarılması veya yumurtalık fonksiyonunun iatrojenik ablasyonu takiben menstrüasyonun kesilmesi olarak tanımlanır. Bu dönemde psikolojik ve fizyolojik semptomlar, doğal menopoza göre daha şiddetli ortaya çıkabilmektedir (Sherman, 2005; Şahin & Özkay, 2022).

2.5. Menopoz Döneminde Görülen Semptomlar

Menopozda östrojen hormonunun azalması ile bedensel ve ruhsal değişiklikler görülür. Vazomotor semptomlar, genitoüriner ve emosyonel değişiklikler görülmekle birlikte, kas-iskelet ve kardiyovasküler sistem etkilenmekte ve duygu durum değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Engin & Aydın Kartal, 2020).

Menopoz döneminde kadınlarda benzer fizyopatolojik durumlar yaşanmasına rağmen, farklı şikâyet ve sorunlar da görülebilir. Bu şikâyetler kadınların yaş, toplumsal rol, etnik yapı, sosyo-kültürel bağlam, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, menopoz bilgisi, zihinsel durum ve sosyal destekle ilgili deneyimlerden etkilenmektedir (Erkin, Ardahan & Kert, 2014; Fışkın, Hotun Şahin & Kaya, 2017; Patel, Ross & Sydora, 2023).

2.5.1. Somatik Şikâyetler

2.5.1.1. Vazomotor Semptomlar

Menopoz döneminde en sık görülen semptomlar olarak bilinen VMS sıcak basması ve terleme ile karakterizedir. Kadınların yaklaşık %80'e varan oranda menopoza geçiş esnasında bu sıkıntıları yaşadığı görülmektedir (Nappi ve diğerleri, 2022). Genel olarak sıcak basması baş, boyun, kulak ve göğüste başlayıp tüm vücuda yayıldığı, yaklaşık 1-4 dakika devam eden ve günde 5-10 kez tekrar eden kutanöz vazodilatasyona bağlı hiperemi ve terleme şeklinde seyretmektedir. Geceleri daha sık ve şiddetli olur (Taşkın, 2020; Şahin, 2020). Her üç kadından biri VMS'yi çok sık veya şiddetli geçirmektedir. VSM yalnızca birkaç yıl sürdüğüne inanılsa da yeni veriler şiddetli veya orta şiddetli ortalama 7-10 yıl, birçok kadında ise çok daha uzun sürdüğünü göstermektedir (Thurston, 2018).

Sıcak basmasının sıklığı ve şiddeti ırksal ve genetik farklılıkların yanı sıra fizyolojik farklılıklar, genetik yatkınlık, soya ürünleri açısından zengin diyetler ve sosyo-kültürel farklılıklardan etkilenebilmektedir (Talaulikar, 2022).

Vazomotor semptomlar için risk faktörleri; düşük sosyo-ekonomik durum, sigara kullanımı, obezite, fiziksel hareketsizlik, alkol ve kafein tüketimi, stres, olumsuz ve depresif ruh hali, depresyon öyküsü şeklinde sıralanmaktadır (O'Neil & Eden, 2017; Dişli & Hotun Şahin, 2022; Gracia & Freeman, 2018).

Stute ve arkadaşlarının Avrupa ve ABD’de gerçekleştirilen bir araştırmada kadınların, VMS’nin %35,8’inde uyku, %31,6’sında ruh hali, %23,6’sında yaşam kalitesi ve %23,6’sında iş/eğitim üzerinde önemli bir etkisi (orta, şiddetli veya olabildiğince kötü olarak derecelendirilmiş) olduğu sonucuna varılmıştır (Stute ve diğerleri, 2022).

2.5.1.2. Uyku Problemleri

Menopoz semptomları arasında uyku bozuklukları en rahatsız edici semptomlardan biridir ve menopozdaki kadınların %40 ile %60’ında rapor edilmektedir (Baker ve diğerleri, 2018). Nedeni tam bilinmemekle birlikte vazomotor semptomlar, değişen üreme hormonu düzeyleri, ritim bozuklukları, duygudurum bozuklukları, eşlik eden tıbbi durumlar, yaşam tarzı faktörleri ve uykuda solunum bozukluğu birincil sebepler olarak düşünülmektedir (Ameratunga, Goldin & Hickey, 2012).

Ulusal Sağlık Enstitüleri Bilim Durumu Paneli’inde, uyku sorunlarının yaşla birlikte arttığı, görülme prevalansı ise premenopozal dönemde %16-%42, perimenopozal dönemde %39-%47, postmenopozal dönemde ise %35-%60 aralığında değiştiğini bildirmiştir (Kravitz & Joffe, 2011). Kim ve arkadaşlarının vazomotor ve fiziksel semptomların uyku kalitesi ile olan ilişkisinde ise uyku kalitesinin premenopozal dönemde %14,4, postmenopozal dönemde ise %30,2 oranında kötü olduğu sonucuna varmıştır (Kim, Yim & Park, 2018).

Uykusuzluk, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, nörodavranışsal işlev bozukluğu ve diyabet için bir risk faktörüdür. Bu nedenle menopoz sırasında ortaya çıkan uyku problemlerini azaltmak, kadınların genel sağlığında ve yaşam kalitesinde iyileşme görmesini sağlamaktadır (Cinton, Lipford & Mantilla, 2017).

2.5.1.3. Kardiyovasküler Değişiklikler

Perimenozal ve postmenopozal dönemlerde östrojen düzeyindeki azalma ateş basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk, uykusuzluk, depresyon, anksiyete gibi çeşitli semptomlara neden olmakla kalmaz, aynı zamanda deri altından iç organ yağlanmasına doğru değişmesine neden olur. Ateromatöz arteriosklerozun en önemli risk faktörlerinden biridir. Ateroskleroz kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Dünya çapında en büyük ölüm nedenleri olan kardiyovasküler hastalıkların (KVH) ana

patofizyolojik nedenidir (Yonekura ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2019 yılında 17,9 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklardan öldü. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) analizlerine göre ise, 2022 yılı ölüm nedenleri inceliginde ilk sırada %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir (Arıcı & Turan Kavradım, 2023; TÜİK, 2022).

Postmenopozal dönemde olan kadınların ölüm nedenlerinin başında (%45) koroner kalp hastalığı gelmektedir. Koroner arter hastalığında risk faktörü olan en önemli etken, serumda yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyidir. Dolaşımında serbest kolesterolü tutması ile koruyuculuk sağlamaktadır. HDL kolesterol düzeyinin her 10 mg / dl düşmesi, bu riski %50 artırmaktadır. Kadınlarda bu düzey erkeklerden 10 mg / dl daha yüksek gelmektedir (Şahin, 2020).

Östrojenin premenopoz dönemdeki kadınları koroner arter hastalığından koruduğu için, postmenopoz dönemde olan kadınları kardiyovasküler hastalıklardan korumak amacı ile hormon replasman tedavisi (HRT) gündeme gelmiştir. Son yıllardaki çalışmalara bakıldığında hormon replasman tedavinin kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı sonucuna varılmıştır (Enç, 2019).

Kardiyovasküler hastalık etiolojisinde birçok risk faktörü yer almakla birlikte menopozal dönemde ek riskler olabileceği bildirilmektedir. Literatüre baktığımızda bu risk faktörleri geleneksel ve geleneksel olmayan risk faktörleri şeklinde nitelendirilmiştir. Geleneksel risk faktörleri; diyabetes mellitus, dislipidemi, sigara tüketimi, kilo alımı, obezite ve vücut yağ dağılımı, sedanter veya stresli yaşam, hipertansiyon, erken menopoz ve ırk oluştururken, geleneksel olmayan risk faktörleri; preterm eylem, gestasyonel diyabetes mellitus, gebelikte hipertansif bozukluklar, gebelik sonrası kalıcı kilolar, depresyon, otoimmün hastalıklar, meme kanserinde radyasyon ve kemoterapi şeklinde sıralanmaktadır (Fışkın, 2022).

2.5.1.4. Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri

Menopoz döneminde olan çoğu kadın kas ve iskelet sisteminde ortaya çıkan ağrıları deneyimlemektedir. Bu ağrılar artralji ve artrit şikâyeti şeklindedir.

Östrojen hormonu kas, tendon, ligament ve kemiklerde önemli rol oynar. Östrojenin vücutta eksilmesi, eklemlerdeki dengeyi bozarak ağrıya sebep olabilmektedir. Güncel

literatürde kas ve iskelet sistemi ağrılarının östrojen yetmezliği sonucu olduğu bağlamında netlik kazanmamıştır (Demirgöz, 2022; Çelik Güzel, 2017).

a) Osteoporoz

Osteoporoz, kemik kütlesinin düşmesi ve dokusundaki mikro-mimarisinin bozulması sonucu kemikte sağlamlığının azalması ve kırık riskinin artmasıyla sonuçlanan sistemik bir kemik hastalığıdır (<https://www.tmod.org.tr/tr/sayfa/osteroporoz>).

Osteoporozun ana klinik belirtileri olan el bileği, kalça ve omur kırıkları yaşam kalitesi üzerinde çok büyük yüke neden olur ve özellikle kalça kırıkları durumunda, ciddi yüksek mortalite ile ilişkilidir (Rees ve ark., 2022).

Türkiye’de 2010 yılında 12 farklı bölgede 50 yaş üstü 26424 kişi ve 2 hastane çalışmasında yapılan FRAKTÜRK araştırmasında, 50 yaş üstü ve üzeri bireylerin %50’sinde osteopeni, %25’inde osteoporoz tespit edilmiştir. Bu değer 50 yaş ve üstü kadınlarda %12,9, erkeklerde ise %7,5’tir. Uluslararası Osteoporoz Derneği, osteoporozun İngiltere’de %41,6, Danimarka’ da %40,8, ABD’de %30,3 ve Japonya’ da ise %35,4 olduğu bildirmektedir. Bu da dünyada yaklaşık her üç kadından biri osteoporotik kırık bakımından risk altında olduğu düşünülmektedir (Gökmen Eroğlu ve diğerleri, 2014; Güzel ve ark., 2022).

Osteoporotik kırıklarda en başta gelen risk faktörü kemik yoğunluğundaki azalma olmakla birlikte, ailede osteoporoz hikayesi, daha önce geçirilmiş kırık hikayesi, cinsiyet, yaş, ırk (siyah ırkta daha yavaş), erken menopoz, ooferektomi öyküsü, sistemik ilaç kullanımı, sigara ve fazla alkol kullanımı da diğer riskler arasındadır (Şahin, 2020; Özgen ve ark., 2020).

Günümüzde osteoporoz tedavisi için farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilerin birleşmesinden oluşmaktadır. En sık kullanılan farmakolojik ajanlar; östrojenler, progesteron, bifosfonatlar, selektif östrojen reseptör modülatörleri (SERM), kalsitonin, reloksifen, paratiroid hormon, denosumab, tibolon ve diğer ilaçlardır. (Stronsiyum ve florid) Beslenme ve takviye amaçlı alınan D vitamini ve kalsiyumun tek başına yeterli olması, kemik fizyolojisinin sağlığı için diğer ajanlarla beraber kullanılması gerekir. Nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinde ise; beslenme (doğal bitkisel hormonlar, esansiyel yağ asitleri), egzersiz, fizik tedavi ve rehabilitasyon, varsa sigara kullanımı bırakılması önerilir (Şahin, 2020; Kışlak & Genç, 2019).

2.5.2. Genitoüriner Değişiklikler ve Cinsel Sorunlar

Menopozla ilişkili, dolaşımdaki östrojen seviyelerinin azalması ile birtakım anatomik ve fizyolojik değişiklikler görülmektedir.

Tablo 2.1: Genitoüriner Dokulardaki Anatomik ve Fonksiyonel Değişiklikler

-
- Labial ve vulval dolgunluğun kaybı
 - Labia majör ve clitoral hood (klitoral başlık) daralması
 - İntroitusun daralması ve stenozu
 - Hymen kalıntılarının kaybı ve esnekliğin azalması
 - Vajen yapısının kısılması, daralması ve sarkması
 - Vajinal ruga kaybı
 - Üretral epitelyumun incilmesiyle birlikte üretral meatus belirginliği ve prolapsus
 - Klitoral stimülasyon kaybı
 - Alkali pH, Lactobacili kaybıyla vajinal mikrobiyomu değiştirir. (vajinal pH >4,5)
 - Pelvik taban zayıflaması
-

Kaynak: (Farrell, 2017)

Östrojen ve diğer sex hormonlarındaki azama sonucu iç (vajina) ve dış genital organlarda (labia majör/ minör, klitoris, vestibul), üriner sistemde (üretra, mesane) ve cinsel fonksiyonlara ait ortaya çıkan bu semptom ve bulgulara menopozda genitoüriner sendrom denilmektedir. 2014 yılında Kuzey Amerika Menopoz Derneği (NAMS) ve Uluslararası Kadınların Cinsel Sağlık Çalışmaları Derneği bu terimi resmi olarak onayladı. Bilimsel açıdan en doğru, kapsayıcı ve sosyal açıdan kabul edilebilir tıbbi terim olarak yankı buldu (Aba, Ataman & Şık, 2016; Patel, Ross & Sydora, 2023; Portman & Glass, 2014; Karakoç, Özerdoğan & Kul Uçtu, 2017).

Menopozun genitoüriner sendromu, genital (vajinada kuruluk, tahriş, kanama, akıntı ve yanma), cinsel (disparoni, rahatsızlık ve libido kaybı) ve üriner semptomlara (sık idrara çıkma, dizüri, noktüri, idrar kaçırma ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları) neden olabilmektedir. Vajinal kuruluk ve disparoni en rahatsız edici durumdur (Bekmezci & Altuntağ, 2020; Mehrnoush & Darsareh, 2021).

Süt ve Küçükkkaya'nın premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönemde olan, 225 kadın üzerinde yaptığı çalışmada cinsel yaşam kalitesinin menopozal geçiş dönemi artıkça azaldığı, vajinal kuruluğun en çok perimenopozal dönemde görüldüğü, postmenopoz dönemde ise disparoni şikâyeti olduğu ve bu dönemde görülen vajinal kuruluğun ise cinsel yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilediğini bildirmiştir (Süt & Küçükkkaya, 2018).

2.5.3. Psikososyal ve Bilişsel Semptomlar

Menopozal dönemde, östrojenin azalması ile meydana gelen fiziksel ve psikososyal değişiklikler, kültürel özellikler kadınlarda beden ve ruh sağlığı dengesini etkilemektedir. Bu süreçte en sık görülen semptomlar; duygudurum bozuklukları, depresyon, sinirlilik, anksiyete /stres ile ilişkili sorunlar, üzüntü öfke, konsantrasyon eksikliği, bipolar bozukluk şeklinde sıralanmaktadır (Pelit Aksu & Şentürk Erenel, 2023; Darici Koçan & Cangöl, 2023; Balkan, 2023).

Kadınların menopoza geçiş sırasında depresif bir dönem geçirme olasılığı 2 ila 4 kat daha fazladır. Duygudurum bozuklukları, depresyon ve anksiyete bakımından erkeklere oranla daha fazla risk taşımaktadırlar. Depresif belirti riskini artıran çeşitli faktörler tespit edilmiştir. Bunlar arasında yetersiz eğitim, işsizlik, düzenli egzersiz yapmamak, yalnız yaşamak, sigara kullanımı, postpartum depresyon öyküsü, birden fazla kronik hastalığa sahip olmak ve cinsel ilişki eksikliği bulunmaktadır (Santora ve diğerleri, 2015; Ertekin Pınar ve ark., 2015; Fu ve ark., 2020).

Darici Koçan & Cangöl'ün 522 kadın üzerinde yaptığı çalışmada en sık görülen menopoz semptomları; sinirlilik hali, sıcak basması, terleme ve uyku sorunları şeklinde sıralamıştır (Darici & Koçan, 2023).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda bir yıllık depresif nöbet görülme oranı tüm nüfusta %4,0 olurken, erkeklerde %2,3, kadınlarda ise %5,4 olarak verilmektedir. Kadınların depresif olma durumunun erkeklere kıyasla iki katından fazla olduğunu göstermektedir (<https://psikiyatri.org.tr>).

2.5.4. Dermatolojik Değişiklikler

Kronolojik yaşlanma ile ortaya çıkan dermatolojik değişiklikler; derideki kollajen yapı, elastik bağ ve glikozaminoglikanlar (GAG) yapıdaki farklılıklar sonucu gözlenmektedir. Östrojen seviyesinin azalması deri yaşlanmasını hızlandırır, dermisin elastikiyeti azalır ve kollajen bağ kaybına neden olur. Bunun sonucunda deride kuruluk, buruşukluk, incelme, ciltteki nem miktarı ve yağında azalma ve tırnak kırılması görülür (Demirci & Karadeniz, 2022; Çelik & Pasinoğlu, 2013; Şirin & Kavlak, 2016).

Östrojen, vajinal ve servikal epitel hücreleri tarafından glikojen üretimini indükler. Menopozla birlikte östrojen düşüklüğü ürogenital atrofiye ve vajinal epitel

hücrelerinin kaybına neden olur. Menopoz sırasında epitelyal glikojende ortaya çıkan azalma aynı zamanda glikojen olmadan çoğalamadıkları için laktobasillerin düşük seviyelerine de yol açar, bu da mukozal hasara karşı duyarlılığın artmasına neden olur (Zouboulis ve ark., 2022).

LePillouer-Prost ve arkadaşlarının Fransa’da 1287 (475 menopozal kadın-811 menopoza girmeyen kadın) kadın katılımcının oluşturduğu çalışmalarında, kadınların %72’si menopoz döneminin ciltlerini etkilediğini bildirmiştir. Menopozal dönemdeki kadınlarda en çok cilt elastikiyeti kaybı (%70,1), kırılgılık (%60,8), kuruluk (%58,7), pigmentasyon lekelerin oluşumu (%57,9) olduğunu ifade etmiştir (LePillouer-Prost ve ark., 2020).

2.6. Menopozda Tedavi Yöntemleri

2.6.1. Menopozal Hormon Tedavisi

Hormon tedavisi menopoz ve perimenopoz semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilecek tıbbi bir tedavidir. MHT tedavisi, orta veya şiddetli vazomotor ve genitoüriner semptomların tedavisinde, postmenopozal osteoporozun önlenmesinde ve erken hipoöstrojenizm durumlarında FDA (Food and Drug Administration) tarafından kabul görülmüştür (ACOG, 2021; NAMS, 2022).

Tablo 2.2: Menopozda Kullanılan Hormonlar

Östrojen: Sıcak basması yaşayan kadınlarda ve osteoporoz tedavisinde etkin rol oynamaktadır. Doğal, konjuge ve sentetik olmak üzere üç türdür.

Progesteron: Endometriumu korumak için östrojenle kombine verilir, aynı zamanda osteoblastik aktiviteyi artırmada rol alır.

Androjen: Cinsel fonksiyon bozukluklarında etkilidir.

Tibolon: Vazomotor semptomları azaltma, kemiği ve endometriumu korumada etkilidir. Androjenik etkisi ile cinsel semptomların azalmasını sağlar. Disparoni ve vajinal kuruluk şikayetlerini azaltır.

SERM: Kemik, lipid profili ve endometrium üzerine östrojenik etki oluştururken, uterus ve meme dokusu üzerine antiöstrojenik etki göstermektedir.

Reloksifen: Endometrium ve meme doku üzerine antiöstrojenik etki gösterirken; kemik dokusunda ise östrojenik etki oluşturur.

Ospemifen: Genitoüriner şikayetlerde etkilidir.

Kaynak: (Çakır, 2023; Şahin 2020)

Menopoz başlangıcına 10 yıl kalmış ve herhangi bir kontrendikasyonu bulunmayan 60 yaş altı kadınlar için vazomotor semptom tedavisi ve kemik kaybının önlenmesi için fayda-risk oranı olumludur. Menopoz başlangıcından 10 yıl sonra hormon tedavisi almaya başlayan 60 yaş üstü kadınlar için, koroner kalp hastalığı, venöz tromboemboli, felç ve demans gibi risklerin daha yüksek olması nedeniyle fayda-risk oranı daha az olumlu görünmektedir (NAMS, 2022).

2.7. Menopoz Döneminde Sağlıklı Yaşama Yönelik Yönetim

2.7.1. Beslenme

Sağlıklı ve yeterli beslenme, kadın hayatının diğer evrelerinde olduğu gibi menopoz döneminde de sağlığın korunması, iyileştirilmesi, sürdürülmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve menopozun neden olabileceği hastalıkların önlenmesinde önemli rol almaktadır. Bu dönemde östrojen hormonunun azalmasına bağlı kadınlarda kas kütlelerinde azalma, yağ miktarında artış ve metabolik esneklikte azalma görülmektedir.

Menopoz ve sonrası dönemde artış gösteren kalp ve damar hastalıkları, diyabet, osteoporoz ve obezite gibi hastalıklar tıbbi diyet programı ve fiziksel aktiviteyle birlikte büyük oranda önlenebilmektedir (Akdağ, Kaner & Ayer, 2022; Çavuş, 2023; Küçükerdönmez, Kaner & Çalık, 2022).

Bu dönemde östrojen yetmezliğinden kaynaklı kalsiyum absorpsiyonu bozulacağından, kalsiyum ve D vitamini açısından zengin gıdaların tüketilmesi gerekir (Taşkın, 2019).

Menopoz beslenmesinde her kadının vücut ihtiyacı ve semptomları aynı olmayacağından kişiye özel beslenme programı olması gerekmektedir.

2.7.2. Egzersiz

Kadınların menopoz döneminde, menopoz şikayetlerin hafifletilmesinde egzersiz etkin rol oynamaktadır. Aerobik egzersizler, direnç antrenmanlar, esneme ve gevşeme egzersizleri şeklinde gruplara ayrılmaktadır. Düzenli egzersiz kemik ve kıkırdak dokuyu daha güçlü tutarak osteoporozun gelişmesini önler, kardiyovasküler sağlığı korur, kronik hastalık riskini azaltır, mevcut kilonun korunmasında ve kademeli kilo

artışının önlenmesinde yardımcı olur (Büyükkaplan, Höbek & Akarsu, 2020; Dabrowska-Galas, Dabrowska & Ptaskowski, 2019).

Menopoz sonrası üreme organlarının etrafındaki kas tonusunun azalması sonucu kadınlarda stres inkontinans ve uterus prolapsusu görülebilmektedir. Bu durumun önüne geçmek için düzenli kegel egzersizleri önerilir (Taşkın, 2019).

Dabrowska-Galas ve arkadaşların yaptığı çalışmada yüksek ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlar, fiziksel aktivite yapmayan kadınlara göre daha az şiddette menopoz semptomları yaşadıklarını bildirmiştir (Dabrowska-Galas, Dabrowska & Ptaskowski, 2019). Lialy ve ark. ise günde 1 saat yürüyüşün menopoz semptomlarını önemli ölçüde azalttığını saptamıştır (Lialy ve ark., 2023).

2.8. Depresyon

Depresyon, kişilerin duygularını, düşünce süreçlerini ve eylemlerini olumsuz yönde etkileyebilen ciddi bir hastalıktır. Üzüntü, zevk alamama, umutsuzluk ve karamsarlık duygularıyla ortaya çıkan duygu durumdaki değişimdir. Günlük aktiviteye karşı ilgisizlik vardır ve somatik semptomlar görülebilmektedir (Susanti, Sonko & Chung, 2022; Ançel, 2016).

TÜİK 2022 raporuna göre Türkiye’de depresyon görülme oranı erkeklerde %4,5, kadınlarda %9,2, tüm nüfusta ise %6,9 olarak belirlenmiştir. Bu da kadınlarda depresyonun iki kat fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (TÜİK, 2022).

2.8.1. Majör Depresif Bozukluk

DSM-5’te aşağıda belirtilen semptomlardan en az iki haftalık dönemde neredeyse her gün veya günün büyük kısmında beş veya daha fazla belirtinin bulunması gerekmektedir.

Tablo 2.3: Majör Depresyon Bozukluk Semptomları

-
- Kendini üzgün, boş, umutsuz hissetme, ağlamaklı görünme
 - Tüm etkinliklere karşı ilginin ve zevkinin görünür bir biçimde azalması
 - Belirgin bir şekilde kilo kaybı veya kilo alımı
 - Uykusuzluk veya aşırı uyku
 - Psikomotor ajitasyon veya yavaşlama
 - Enerji kaybı veya yorgunluk
 - Suçlu ve değersiz hissetme
 - Konsantre olamama, düşünme veya karar almada güçlük çekme
 - Yineleyen ölüm düşünceleri
-

Kaynak: (DMS-5)

Majör depresif epizodları tekrarlama eğilimindedir. Her yeni görülen epizod, ardından gelecek epizodun görülme riskini %16 artırır. Genel toplumda majör depresif bozukluğun görülme sıklığı, farklı popülasyonlarda değişmekle birlikte ortalama %3,5-%6,5 arasında değişmektedir. Kadınlarda görülme oranı, erkeklere kıyasla daha fazladır. Gonadal steroidlerin merkezi sinir sistemi fonksiyonları üzerine etkisi ile ilgili bilgiler çoğaldıkça, menstrüel döngü, gebelik, postpartum dönem ve perimenopoza geçişte duygudurum ve davranış üzerindeki olası rolüne de ilgi artmaktadır (Kring ve ark., 2019; Kılıç, Kuloğlu & Üstündağ, 2023).

2.8.2. Süreğen (Uzun Süreli) Depresif Bozukluklar (Distimi)

Günün büyük bir kısmında en az iki yıllık süre boyunca aşağıda belirtilen semptomlardan iki veya daha fazla belirtinin görülmesi olayıdır.

Tablo 2.4: Süreğen Depresyon Bozukluk Semptomları

-
- İştah kaybı ya da aşırı yeme
 - Aşırı uyku ya da uykusuzluk
 - Düşük enerji ya da yorgunluk
 - Konsantre veya karar almada güçlük
 - Benlik saygısının zayıflaması
 - Umutsuzluk duyguları
-

Kaynak: (DMS-5)

2.9. Menopoz ve Depresyon

Klimakterik ve menopoz sonrası aşamalarda yumurtalık hormonlarının seviyelerinde ortaya çıkan değişiklikler, kadınların ruh halini ciddi şekilde etkiler. Depresyon esas olarak perimenopoz ve premenopoz gibi sürekli hormonal salınımların olduğu dönemlerde görülür (Garcia-Rios, Mora-perez & Soria-Fregozo, 2017).

Perimenopoz döneminde kadınların demografik, psikolojik, sosyal yaşam ve sağlık ile ilgili durumları da depresyona neden olabilmektedir. Menopoza geçiş sırasında depresyon belirtileri ilişkili risk faktörleri aşağıda sıralanmaktadır.

Tablo 2.5: Menopoza Geçiş Sırasında Depresyon Belirtileri ile İlişkili Risk Faktörleri

Risk kategoriler	Alanlar	Spesifik Risk Faktörü
Demografik	Irk/etnik köken	Azınlık statüsü
	Gelir	Düşük gelir
	Eğitim	Düşük eğitim düzeyi
	Medeni durumu	Bekar, boşanmış, dul
Psikolojik	Kişilik özellikleri	Sürekli kaygı
	Menopoz ve yaşlanmaya yönelik tutumlar	Karamsarlık Ruminasyon
Sosyal/Çevresel	Olumsuz yaşam olayları	Çocuklukta ve yaşam boyu yaşanan zorluklar
	Kronik olumsuz koşullar	Travma, mevcut stresli durumlar
	Sosyal ilişkiler	Zayıf sosyal destek
Sağlıkla ilgili	Sağlık davranışları	Sigara içmek, hareketsizlik
	Kronik durumlar	Uyku bozukluğu
	Fiziksel belirtiler	Eşlik eden tıbbi durum
		Kronik ağrı
		Vazomotor semptomlar

Kaynak: (Bromberger & Epperson, 2018)

Menopoz döneminde görülen semptomlar kadının beden imajı ve yaşam kalitesini negatif yönde etkileyip depresyon açısından risk oluşturabilmektedir. Perimenopozal kadınlar bu dönemde mod düşüklüğü, motivasyon eksikliği, duygusal zevk ve tatmin duygusunun azalması ve uyku düzeninin bozulması gibi çeşitli depresif semptomlar yaşayabilmektedir. Menopoza girme şekli de depresyon açısından önem taşımaktadır. Cerrahi yöntemle menopoza giren kadınların, doğal (fiziyojik) yolla menopoza

girenlere kıyasla depresyon riskinin daha çok görüldüğü ifade edilmektedir (Balkan, 2023).

Shea ve ark. (2020) Kanada'da 45-64 yaş arası kadınların oluşturduğu çalışmada, yaklaşık %18'i yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğunu ve erken menopoza giren kadınlarda depresyonun daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

Colvin ve ark. (2017) yaptığı çalışmada, ailede depresyon öyküsünün, menopozal geçişten ve orta yaş döneminde ortaya çıkan psikososyal ve sağlık profillerindeki dinamik değişikliklerden ayrı olarak majör depresyon için risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur.

2.10. Menopoz Semptomları ve Depresyon Yönetimde Ebe/Hemşirenin Rolü

Kadınlar yaşamları boyunca farklı dönemlerden geçmektedir. Menopoz dönemi de yaşamın neredeyse üçte birini oluşturmaktadır. Kadın sağlığının korunması, geliştirmesi, yaşam refah düzeyinin yükseltilmesi ve menopoza geçiş sürecinde oluşabilecek şikayetlerin hafifletilmesi oldukça önemlidir. Bu dönemi sağlıklı bir biçimde devam ettirmek için hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Balkan, 2023).

Ebe/Hemşirelerin verebileceği danışmanlık hizmetleri aşağıda sıralanmaktadır;

- Kadınlara menopoz dönemini, menopoza geçişte görülebilecek semptomları, tedavi yöntemlerini, tedavilerin yarar ve riskleri hakkında bilgi vermeli,
- Bu dönemde yaşanan sorunlar hakkında eş, varsa aile bireyleri bilgilendirilmeli,
- Düzenli beslenme, egzersiz, yoga, aromaterapi, hipnoz vb. nonfarmakolojik yöntemlerin vazomotor semptomlarını hafiflettiği ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmeli,
- Özellikle postmenopozal dönemde ortaya çıkan osteoporoz ve kardiyovasküler riskinden korumayabilmek için beslenmenin düzenlenmesi, sigara kullanımının bırakılması, vitamin desteği, düzenli egzersiz yapma gibi olumlu davranışlara teşvik etmeli,
- Kadınlara psikolojik destek olarak nefes egzersizleri, meditasyon, akupunktur, yoga gibi relaksasyon teknikleri hakkında bilgilendirilmeli,

- Hemşireler/Ebeler kadınlar ile her temasta depresyon semptomları sorgulanmalı, hemşirelik/ebelik girişimi ile çözüme ulaşılmayan semptomların tedavisi için bir uzmana danışmalarını ve depresyon tedavisine onay vermelerine yardımcı olabilmeli,
- Hemşireler/Ebeler kadınlar ile her karşılaşmada eşi ile olan ilişkisi (düzenli cinsel ilişkinin sürdürülmesi ve eşler arasındaki iletişim) sorgulanmalı, vajinal kuruluk ve dispareni şikayetleri doğrultusunda vajinal ph'ına uygun vajinal lubrikantlar, nemlendiriciler, düşük doz östrojen kremler kullanabilecekleri bilgisi verilmelidir (Pelit Aksu & Şentürk Erenel, 2023; Öskan Fırat & Aslan, 2022; Balkan, 2023).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma 40-55 yaş arası kadınlarda görülen menopoz semptomlarının depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tasarımda gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Mart 2023- Haziran 2023 tarihleri arasında, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Küçükçekmece ilçesinde bulunan Toki Akasya Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, İstanbul ili Küçükçekmece'ye bağlı TOKİ Akasya Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 40-55 yaş arası 3614 kadın oluşturmaktadır. Örneklem sayısı evreni bilinen örneklem formülüne göre belirlenmiştir. Formüle göre;

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görünüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş 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)

$$n = \frac{(3614) \times (1.96)^2 \times (0.2) (0.8)}{(0.05)^2(3614-1) + (1.96)^2(0.2) (0.8)}$$

Formüle göre yapılan hesaplamada çalışmaya en az katılması gereken örneklem sayısı 230 olarak bulunmuş olup, 250 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Eksik cevaplanan sorular nedeniyle araştırmamız 245 kadın ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 40-55 yaş arasında kadın olması,
- En az okur-yazar olması,
- Araştırmayı kabul etmesi,
- HRT (Hormon replasman tedavisi) almaması,
- Depresif ilaç kullanmayan ve depresif ilaç kullanma öyküsünün olmaması gerekmektedir.

3.5. Araştırma Soruları

1. Kadınlarda menopoz semptomlarının görülme sıklığı nedir?
2. Menopoz semptomları depresyon üzerine etkili midir?
3. Kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve menopoz özellikleri menopoz semptomlarını etkiler mi?
4. Kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve menopoz özellikleri depresyonu etkiler mi?

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmayı kabul eden katılımcılara, çalışmanın amacı ve önemi hakkında bilgi verilip yazılı onamları alınmıştır. Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Katılımcıların kendilerini rahat hissedebilecekleri özel bir oda ayrılmıştır. Anketin doldurma süresi 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Perimenopoz Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma örnekleminde olan kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve menopoz özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, gelir, aile tipi, gebelik sayısı, son adet tarihi, menopoza girme yaşı vb.) belirleyebilecek tipteki toplam 20 soru içeren bir formdur (Kızılkaya Beji & Yüksel Koçak, 2022).

3.7.2. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

1992 yılında Schneider ve arkadaşları, menopoz semptomlarının şiddetini ölçmek amacıyla bu ölçeği Almanca olarak geliştirmiştir (Schneider ve ark., 2022). Türkiye’de ise Özlem Can Gürkan tarafında 2005 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Menopozal semptomları içeren 11 maddeden oluşan 4’lü likert tipli bir ölçektir. “0=Hiç yok”, ile “4=Çok şiddetli” aralığında puanlama sistemi yapılmaktadır. Ölçeğin en düşük puanı 0, en yüksek puanı ise 44’ dür. Ölçekten alınan puan artıka menopoz semptomların şiddeti de artmaktadır. 35 ve üzeri puanın şikayetlerin ‘çok şiddetli’ olduğu, 20-34 aralığını ‘şiddetli’, 15-19 aralığını ‘orta’ ve 1-4 aralıkta puan alanları da ‘hafif’ semptomlar olarak belirtmiştir.

- Somatik şikayetlerin olduğu alt boyutta 1.ve 2. maddeler oluşturmaktadır ve en yüksek alınabilecek puan 8’dir
- Psikolojik şikayetlerin olduğu alt boyutta ise 3., 4.,5.,6., 7. ve 11. Maddelerden oluşup alabildiği en yüksek puan 24’ dür.
- Ürogenital şikayetlerin olduğu alt boyut, ölçeğin 8.,9. ve 10. Maddelerin değerlendirilmesi ile ölçülüp alabileceği en yüksek puan 12’dir.

Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.84’dür. Alt boyutlarda ise somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72 olarak belirlenmiştir (Gürkan, 2005). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.835 olarak bulunmuştur.

3.7.3. Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Meno-D ölçeği Kulkarni ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Kulkarni ve ark., 2018). Hülya Tosun, Nilay Gül Bal ve Jayashri Kulkarni tarafında 2021 yılında İngilizce'den Türkçe'ye uyarlanmıştır. Perimenopozal depresyon semptomlarını içeren 12 madde ve beş alt boyuttan oluşan 4'lü likert tarzında bir ölçektir. Ölçekten alınacak minimum puan 0, maksimum puan 48'dir. Ölçekten alınan puanlar artıkça depresyon durumu ciddileşmektedir. Ölçekten alınan 20-24 arasındaki puanın dönük izlem gerektiren hafif perimenopozal depresyonu, 24-32 arasındaki puan tedavi gerektiren orta perimenopozal depresyonu, 32 puan ve üzeri puan almak ise tedavi gerektiren şiddetli perimenopozal depresyonu ifade etmektedir. Ölçeğin;

- Benlik alt boyuttan alınabilecek puan 24'tür. 2,4,5 ve 6 maddelerinden oluşmaktadır.
- Bilişsel alt boyuttan alınabilecek puan 8'dir. 11 ve 12 maddelerinden oluşmaktadır.
- Somatik alt boyuttan alınacak puan 8'dir. 7 ve 9 maddelerinden oluşmaktadır.
- Uyku alt boyuttan alınacak puan 8'dir. 3 ve 8 maddelerinden oluşmaktadır.
- Cinsel alt boyuttan ise alınacak puan 8'dir. 1 ve 10 maddelerinden oluşmaktadır.

Ölçeğin iç tutarlığına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0.83 bulunmuştur (Tosun, Bal & Kulkarni, 2021). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.825 olarak bulunmuştur.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırmadaki veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25 versiyonu kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilmesinde (frekans, minimum-maximum değerleri, yüzde, medyan, ortalama, standart sapma gibi) uygun istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım gösterip, göstermediği araştırılmıştır. Buna göre değişkenlerin değerlendirilmesinde normal dağılıma sahip olmadığı sonucuna varılmış ve nonparametrik testler kullanılmıştır.

Normal dağılıma sahip olmayan verilerde 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, 2'den fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Fark bulunduğu durumda, farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın TOKİ Akasya Aile Sağlığı Merkezinde yapılabilmesi için önce T.C. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığından E-20292139-050.01.04-36615 sayılı, 30.09.2022 tarihli ve 2022/08 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Ardından İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden E-15916306-604.01.01-211785770 sayılı, 03.03.2023 tarihli ve 2023/03 sayılı çalışma izni alınmıştır. Çalışmanın bilimsel yönünü, amacını, katılımın gönüllülük esasına dayandığı, kimlik bilgilerinin hiçbir şekilde paylaşılmayacağını, istedikleri zaman ayrılabilceğini içeren gönüllü yazılı onamları alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek ASM'de yürütüldüğü için yalnızca o bölgedeki kadınların görüşleri ile sınırlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu çalışma 40-55 yaş arası kadınlarda görülen menopoz semptomlarının depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla 245 kadın katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın analiz sonucundaki bulgular aşağıda verilmiştir.

1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular
2. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özellikleri ile İlgili Bulgular
3. Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular
4. Kadınların Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular
5. Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları ile Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki ile Bulgular

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Değişkenler	N=245	%
Yaş ($\bar{X}\pm SS$, 47.37 \pm 3.77)	40-46 yaş	98	40.0
	47-55 yaş	147	60.0
Eğitim durumu	Okuryazar	6	2.4
	İlkokul	83	33.9
	Ortaokul	29	11.8
	Lise	56	22.9
	Üniversite/Yüksekokul	71	29.0
Çalışma durumu	Çalışıyorum	97	39.6
	Çalışmıyorum	148	60.4
Meslek	Ev hanımı	138	56.3
	Memur	23	9.4
	İşçi	36	14.7
	Diğer (avukat, mühendis, iş yeri sahibi)	48	19.6
Medeni durum	Evli	218	89.0
	Bekâr	27	11.0
Evde kiminle yaşandığı	Eşim ve ben	23	9.4
	Eşim ve çocuklarım	192	78.4
	Diğer (yalnız, çocuklarım ile)	30	12.2
Gelir düzeyi	Gelir giderden fazla	28	11.4
	Gelir gidere denk	169	69.0
	Gelir giderden az	48	19.6
Kronik bir hastalık varlığı	Evet (diyabet, hipertansiyon, tiroid, vb.)	70	28.6
	Hayır	175	71.4
Sigara kullanımı	Evet	56	22.9
	Hiç kullanmamış	148	60.4
	Bırakmış	41	16.7
Alkol kullanımı	Evet	21	8.6
	Hayır	224	91.4
Düzenli beslenme	Evet	132	53.9
	Hayır	113	46.1
Düzenli egzersiz	Evet	66	26.9
	Hayır	179	73.1

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı tabloda verilmiştir. Katılımcıların yaş ile ilgili dağılımı incelendiğinde %40'ının 40-46 yaş olduğu, %60'ının 47-55 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumu ile ilgili dağılımı incelendiğinde %2.4'ünün okur yazar, %33.9'unun ilkokul, %11.8'inin ortaokul, %22.9'unun lise, %29'unun üniversite/yüksekokul cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların meslek ile ilgili

dağılımı incelendiğinde %56.3'ünün ev hanımı, %9.4'ünün memur, %14.7'sinin işçi, %19.6'sının diğer cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların medeni durum ile ilgili dağılımı incelendiğinde %89'unun evli ve %11'inin bekâr cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların evde kiminle birlikte yaşadığı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %9.4'ünün eşim ve ben, %78.4'ünün eşim ve çocuklarım, ve %12.2'sinin diğer (yalnız, çocuklarımla) cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların gelir düzeyi ile ilgili dağılımı incelendiğinde %11.4'ünün gelir giderden fazla, %69'unun gelir gidere denk, %19.6'sının gelir giderden az cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %28.6'sının hayır, %71.4'ünün evet cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların sigara kullanımı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %22.9'unun evet, %60.4'ünün hiç kullanmadım, %16.7'sinin bırakmış cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların alkol kullanımı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %8.6'sının evet, %91.4'ünün hayır cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların düzenli beslenme ile ilgili dağılımı incelendiğinde %53.9'unun evet, %46.1'inin hayır cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların düzenli egzersiz ile ilgili dağılımı incelendiğinde %26.9'unun evet, %73.1'inin hayır cevabını verdiği görülmektedir.

4.2. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.2: Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		N=245	%
Gebelik sayısı	0	10	4.1
	1	40	16.3
	2	101	41.2
	3 ve üstü	94	38.4
Menstruasyon durumu	Devam etmiyor	141	57.6
	Devam ediyor	104	42.4
Menopozda ise girme yaşı ($\bar{X}\pm SS$, 45.56 \pm 3.95)	Girmedim	104	42.4
	40-45 yaş	59	24.1
	46-55 yaş	82	33.5
Menopozda girme şekli	Menopozda girmemiş	104	42.5
	Doğal (kendiliğinden) menopoz	128	52.2
	Cerrahi (ameliyatla) menopoz	13	5.3
Menopoz takip durumu	Düzenli takibim yok	184	75.1
	6 ayda bir	14	5.7
	Yılda bir	14	5.7
	Düzensiz	33	13.5
Menopoz bilgisinin yeterli olma durumu	Evet	34	13.9
	Hayır	95	38.8
	Kısmen	116	47.3
Menopoz hakkında bilgi alma durumu	Evet	149	60.8
	Hayır	96	39.2
Bilgi alınan yer/kişi	Bilgi almadım	96	39.2
	Sağlık profesyonellerinden	48	19.6
	Dergi, kitap, makale vb.	20	8.2
	Tv, radyo, sosyal platformdan	61	24.9
	Diğer (eş, dost, komşu)	20	8.2

Katılımcıların gebelik sayısı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %4.1'inin 0, %16.3'ünün 1, %41.2'sinin 2, %38.4'ünün 3 ve üstü cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların menstruasyon durumu ile ilgili dağılımı incelendiğinde %57.6'sının devam etmiyor, %42.4'ünün devam ediyor cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların menopozda ise girme yaşı ile ilgili dağılımı incelendiğinde %42.4'ünün girmedim, %24.1'inin 40-45 yaş arası, %33.5'inin 46-55 arası olduğu cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların menopozda girme şekli ile ilgili dağılımı incelendiğinde %42.5'inin menopozda girmemiş, %52.2'sinin doğal (kendiliğinden) menopoz, %5.3'ünün cerrahi (ameliyatla) menopoz cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların menopoz takip durumu ile ilgili dağılımı incelendiğinde %75.1'inin düzenli takibim yok, %5.7'sinin 6 ayda bir, %5.7'sinin yılda bir, %13.5'inini düzensiz cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların menopoz bilgisinin yeterli olma

durumu ile ilgili dağılımı incelendiğinde %13.9'unun evet, %38.8'inin hayır, %47.3'ünün kısmen cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların menopoz hakkında bilgi alma durumu ile ilgili dağılımı incelendiğinde %60.8'inin evet, %39.2'sinin hayır cevabını verdiği görülmektedir. Bilgi alınan yere göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %39.2'sini bilgi almadığı, %19.6'sının sağlık profesyonellerinden, %8.2'sinin dergi, kitap, makale vb.'den, %24.9'unun TV, radyo, sosyal platformdan ve %8.2'sinin diğer (eş, dost, komşu) olduğu görülmektedir.

4.3. Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=245)

Ölçek ve Boyutları	Madde sayısı	Min.	Maks.	Medyan	Ort±SS
Somatik Şikâyetler Alt Boyutu	2	0.00	15.00	6.00	5.67±2.96
Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu	6	0.00	16.00	8.00	7.55±3.21
Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu	3	0.00	12.00	3.00	3.43±2.78
MSDÖ Toplam	11	0.00	37.00	17.00	16.65±7.16

Araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikleri tabloda verilmiştir. Somatik şikâyetler alt boyutu ortalaması 5.67±2.96, psikolojik şikâyetler alt boyutu ortalaması 7.55±3.21, ürogenital şikâyetler alt boyutu ortalaması 3.43±2.78, menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ortalaması ise 16.65±7.16 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	Somatik Şikâyetler Alt Boyutu			Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu			Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu			Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği						
	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)					
Yaş	4(0-13)	4.37±2.77	7(0-14)	6.60±3.26	2(0-11)	2.48±2.68	14(0-33)	13.46±7.21	6(0-15)	6.53±2.75	8(0-16)	8.17±3.02	4(0-12)	4.06±2.68	19(1-37)	18.78±6.30
Test değeri	-5.700**		-3.761**		-4.524**		-5.965**									
P	0.000*		0.000*		0.000*		0.000*									0.000*
Eğitim durumu	7,5(4-10)	7.16±2.31	8,5(4-14)	8.83±3.43	7,5(0-10)	6.00±4.15	21,5(12-33)	22.00±7.54	6(0-12)	5.93±2.51	8(0-16)	8.10±2.94	5(0-9)	4.18±2.51	19(0-32)	18.23±6.30
Test değeri	14.065***		11.781***		21.245***		22.967***									
P	0.007*		0.019*		0.000*		0.000*									0.000*
Bonferroni	2>5, 3>5, 1>5		1>5, 2>5		1>5, 2>4, 2>5		1>5, 2>4, 2>5, 3>5									
Çalışıyorum	5(0-13)	5.45±3.07	7(0-16)	7.15±3.44	2(0-12)	2.62±2.77	15(0-37)	15.23±7.65	6(0-15)	5.81±2.87	8(0-16)	7.80±3.03	4(0-12)	3.96±2.67	18(0-31)	17.58±6.68
Çalışmıyorum																
Test değeri	-1.022**		-2.016**		-4.033**		-3.111**									
P	0.307		0.044*		0.000*		0.002*									

Tablo 4.4: (Devam) Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	Somatik Şikâyetler Alt Boyutu			Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu			Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu			Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		
	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Meslek												
Ev hanımı	6(0-15)	5.85±2.72	8(0-16)	8.09±3.03	4(0-10)	3.90±2.59	18(0-33)	17.85±6.51				
Memur	5(1-13)	5.34±3.14	7(0-13)	6.91±2.82	1(0-12)	2.57±3.40	14(2-37)	14.83±7.87				
İşçi	6(0-12)	5.77±2.93	7,5(0-16)	7.19±3.17	2,5(0-8)	2.72±2.20	15,5(0-32)	15.69±6.57				
Diger (Avukat, mühendis, iş yeri sahibi)	5(0-13)	5.22±3.51	6(0-14)	6.54±3.63	2(0-12)	3.02±3.17	14,5(0-33)	14.79±8.43				
Test değeri	3.135***		12.409***		12.951***		12.608***					
P	0.371		0.006*		0.005*		0.006*					
Bonferroni			1>4		1>2, 1>3, 1>4		1>2, 1>4					
Medeni durumu												
Evli	6(0-15)	5.65±2.93	8(0-16)	7.54±3.24	4(0-12)	3.61±2.78	17(0-37)	16.79±7.22				
Bekâr	6(0-12)	5.85±3.21	7(4-13)	7.63±3.04	1(0-7)	2.00±2.40	17(4-28)	15.48±6.65				
Test değeri	-0.427**		-0.148**		-2.893**		-0.742**					
P	0.669		0.883		0.004*		0.458					
Evde kiminle yaşadığı												
Eşim ve ben	7(2-14)	6.74±2.68	8(2-13)	7.87±2.83	5(0-12)	4.39±2.90	17(10-37)	19.00±6.67				
Eşim ve çocuklarım	5,5(0-15)	5.48±2.92	8(0-16)	7.44±3.26	3,5(0-12)	3.53±2.77	17(0-33)	16.45±7.24				
Diger (yalnız, arkadaş ile)	6,5(0-12)	6.07±3.25	7,5(4-14)	7.97±3.20	1,5(0-7)	2.07±2.30	17(4-28)	16.10±6.86				
Test değeri	3.564***		0.120***		2.069***		1.462**					
P	0.059		0.729		0.150		0.227					
Gelir düzeyi												
Gelir giderden fazla	5(0-13)	5.57±3.55	7(0-13)	6.64±3.42	2(0-6)	2.14±2.01	14(0-28)	14.36±7.52				
Gelir gidere denk	6(0-15)	5.50±2.79	8(0-16)	7.60±3.10	4(0-12)	3.50±2.85	17(0-33)	16.60±7.03				
Gelir giderden az	7(0-13)	6.33±3.11	8(0-16)	7.88±3.43	3,5(0-12)	3.94±2.76	17,5(2-37)	18.15±7.18				
Test değeri	3.474***		3.318***		7.475***		4.577***					
P	0.176		0.190		0.024*		0.101					
Bonferroni					2>1							

Tablo 4.4: (Devam) Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	Somatik Şikâyetler Alt Boyutu			Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu			Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu			Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		
	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Kronik hastalık varlığı												
Evet (diyabet, tiroid hipertansiyon, vb.)	7(1-12)	6.63±2.61	8(2-16)	8.83±2.91	4,5(0-11)	4.33±2.98	19(6-33)	19.78±6.25				
Hayır	5(0-15)	5.29±3.01	7(0-16)	7.03±3.19	3(0-12)	3.07±2.62	16(0-37)	15.39±7.13				
Test değeri	-3.620**		-3.698**		-3.110**		-4.333**					
P	0.000*		0.000*		0.002*		0.000*					
Sigara kullanımı												
Evet	5,5(0-14)	5.46±3.54	7(0-16)	7.09±3.50	3(0-12)	3.32±3.19	16(0-37)	15.87±8.43				
Hiç kullanmamış	6(0-15)	5.82±2.76	8(0-16)	7.64±3.22	4(0-10)	3.68±2.57	17(0-33)	17.14±6.73				
Bırakmış	5(0-12)	5.41±2.81	8(0-14)	7.85±2.75	2(0-11)	2.66±2.84	15(2-33)	15.93±6.79				
Test değeri	1.694***		1.670***		6.337***		2.138***					
P	0.429		0.434		0.042*		0.343					
Bonferroni					2>3							
Alkol kullanımı												
Evet	7(1-13)	7.43±3.60	8(3-14)	8.67±3.23	3(0-12)	3.43±3.44	19(6-37)	19.52±8.84				
Hayır	6(0-15)	5.51±2.84	8(0-16)	7.44±3.20	3(0-12)	3.43±2.72	17(0-33)	16.38±6.94				
Test değeri	-2.317**		-1.480**		-0.412**		-1.267**					
P	0.020*		0.139		0.681		0.205					
Düzenli beslenme												
Evet	5(0-14)	5.31±3.02	7(0-16)	6.99±3.45	3(0-12)	3.08±2.94	15(0-37)	15.38±7.66				
Hayır	6(0-15)	6.10±2.84	8(0-16)	8.19±2.79	4(0-10)	3.84±2.54	18(33-2)	18.13±6.23				
Test değeri	-2.373**		-2.889**		-2.701**		-3.217**					
P	0.018*		0.004*		0.007*		0.001*					
Düzenli egzersiz												
Evet	5(0-14)	5.73±3.29	8(0-16)	7.23±3.29	2(0-12)	2.42±2.71	15(2-37)	15.38±7.63				
Hayır	6(0-15)	5.65±2.83	8(0-16)	7.66±3.19	4(0-12)	3.80±2.72	18(0-33)	17.12±6.94				
Test değeri	-0.391**		-0.960**		-3.803**		-2.026**					
P	0.696		0.337		0.000*		0.043*					

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre menopo­z semptomlarını değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde, kadınların yaşlarına göre menopo­z semptomlarını değerlendirme ölçeği ve alt boyutları puanlarında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). 47-55 yaş olan kadınların somatik şikâyetler alt boyutu, psikolojik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopo­z semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları 40-46 yaş olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların eğitim durumlarına göre menopo­z semptomlarını değerlendirme ölçeği ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu okuryazar, ilkokul ve ortaokul olan kadınların somatik şikâyetler alt boyutu ve menopo­z semptomları değerlendirme ölçeği puanlarının, eğitim durumu üniversite/yüksekokul olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ilkokul olan kadınların menopo­z semptomlarını değerlendirme ölçeği puanlarının, eğitim durumu lise olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitim durumu okuryazar ve ilkokul olan kadınların psikolojik şikâyetler alt boyutu ve ürogenital şikâyetler alt boyutu puanlarının, eğitim durumu üniversite/yüksekokul olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların çalışma durumlarına göre somatik şikâyetler alt boyut puanları arasında fark anlamlı görülmezken ($p>0.05$), psikolojik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopo­z semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayan kadınların psikolojik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopo­z semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları, çalışan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların mesleklerine göre somatik şikâyetler alt boyutu puanları arasında anlamlı fark görülmezken ($p>0.05$), psikolojik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopo­z semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark oluşturan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Mesleği ev hanımı olan kadınların psikolojik şikâyetler alt boyutu puanları, mesleği diğer (avukat, mühendis iş yeri sahibi) olan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Mesleği ev hanımı olan kadınların ürogenital şikâyetler

alt boyutu puanları, mesleği memur, işçi ve diğer (avukat, mühendis iş yeri sahibi) olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Mesleği ev hanımı olan kadınların menopoş semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları, mesleği memur ve diğer olan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların medeni durumu, evde kiminle yaşadığı ve gelir düzeylerine göre psikolojik şikâyetler alt boyutu, somatik şikâyetler alt boyutu ve ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoş semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$)

Kadınların kronik hastalık varlığına göre somatik şikâyetler alt boyutu, psikolojik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoş semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kronik hastalığı olan kadınların menopoş semptomlarını değerlendirme ölçeği ve alt boyutları puanlarının, kronik hastalığı olmayan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların sigara kullanımına göre psikolojik şikâyetler alt boyutları, somatik şikâyetler alt boyutları ve menopoş semptomları değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmezken ($p>0.05$), ürogenital şikâyetler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği görülmektedir ($p<0.05$). Fark oluşturan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sigara hiç kullanmayan kadınların ürogenital şikâyetler alt boyutu puanları, sigarayı bırakan kadınlardan daha yüksek geldiği görülmektedir.

Kadınların alkol kullanımına göre psikolojik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoş semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel bir fark görülmezken ($p>0.05$), somatik şikâyetler alt boyutu puanları arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Alkol kullanan kadınların somatik şikâyetler alt boyutu puanlarının, kullanmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınların düzenli beslenme durumuna göre somatik şikâyetler alt boyutu, psikoloji şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoş semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Beslenmeye dikkat etmeyen kadınların menopoş

semptomlarını değerlendirme ölçeği ve alt boyutları puanlarının, dikkat eden kadınlara göre daha fazla bulunmuştur.

Kadınlarn düzenli egzersiz yapma durumuna göre psikolojik ve somatik şikayetler alt boyutları puanları arasında istatistiksel açıdan farkın anlamlı olmadığı görülürken ($p>0.05$), ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoş semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapmayan kadınların ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoş semptomlarını değerlendirme ölçeği puanlarının, yapan kadınlara göre daha fazla olduğu görölmektedir.



Tablo 4.5: Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Somatik Şikâyetler Alt Boyutu		Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu		Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu		Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	
	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Gebelik sayısı								
0	5,5(2-8)	5.40±2.22	6(2-13)	6.90±3.73	2(0-5)	2.00±1.94	13,5(6-26)	14.30±6.04
1	5(0-13)	5.40±3.60	7(0-13)	6.70±3.31	1(0-12)	2.40±2.97	14,5(0-37)	14.50±8.31
2	6(0-15)	5.63±2.85	8(0-16)	7.41±3.13	3(1-11)	3.37±2.66	16(0-33)	16.41±7.03
3 ve üstü	6(0-14)	5.86±2.87	8(0-16)	8.13±3.14	4(0-12)	4.09±2.74	18,5(0-31)	18.07±6.64
Test değeri	1.417***		8.451***		6.788***		2.823***	
P	0.702		0.038*		0.034*		0.244	
Bonferroni			4>2		4>1, 3>2, 4>2			
Menstruasyon Durumu								
Devam etmiyor	7(0-15)	6.82±2.63	8(0-16)	8.20±2.98	5(0-12)	4.40±2.69	19(1-37)	19.42±6.02
Devam ediyor	4(0-11)	4.12±2.66	7(0-16)	6.66±3.331	2(0-9)	2.12±2.34	13(0-29)	12.89±6.89
Test değeri	-7.223**		-3.935**		-6.508**		-7.102**	
P	0.000*		0.000*		0.000*		0.000*	
Bonferroni								
Menopozda ise girme yaşı								
Girmedim	4(0-11)	4.12±2.66	7(0-16)	6.66±3.31	2(0-9)	2.12±2.34	13(0-29)	12.89±6.89
40-45 yaş	7(0-15)	6.69±2.61	8(0-16)	8.32±2.92	5(0-11)	4.59±2.49	19(2-33)	19.61±6.21
46-55 yaş	7(0-14)	6.91±2.65	8(0-15)	8.11±3.04	4(0-12)	4.26±2.83	19(1-37)	19.28±5.91
Test değeri	52.450***		15.763***		43.224***		50.473***	
P	0.000*		0.000*		0.000*		0.000*	
Bonferroni	2>1, 3>1		2>1, 3>1		2>1, 3>1		2>1, 3>1	

Tablo 4.5: (Devam) Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Somatik Şikâyetler Alt Boyutu		Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu		Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu		Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	
	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Menopoz girmemiş	4(0-11)	4.12±2.66	7(0-16)	6.66±3.31	2(0-9)	2.12±2.34	13(0-29)	12.89±6.89
Menopoz girme şekli								
Doğal (kendiliğinden) menopoz	7(0-15)	6.84±2.60	8(0-16)	8.09±3.04	4(0-12)	4.38±2.67	19(1-37)	19.31±5.94
Cerrahi (ameliyatla) menopoz	7(2-12)	6.69±3.01	8(7-14)	9.23±2.24	5(0-9)	4.54±2.99	17(13-33)	20.46±6.90
Test değeri	0.050***		1.120***		0.173***		0.002***	
P	0.823		0.290		0.677		0.960	
Düzenli takibim yok	5(0-15)	5.30±2.65	8(0-16)	7.26±3.23	3,5(0-12)	3.37±2.74	16(0-33)	15.93±6.95
6 ayda bir	10(2-14)	9.29±3.77	8,5(2-14)	8.79±3.26	3(0-12)	3.64±4.09	20,5(8-37)	21.71±8.63
Yılda bir	6,5(0-12)	6.36±3.48	7,5(3-13)	7.43±3.30	1,5(0-7)	2.43±2.24	16(4-31)	16.21±7.68
Düzensiz	6(0-11)	5.94±2.99	9(2-12)	8.67±2.78	4(0-9)	4.09±2.48	19(2-30)	18.70±6.43
Test değeri	15.594***		9.071***		4.311***		10.901***	
P	0.001*		0.028*		0.230		0.012*	
Bonferroni	2>1, 2>4		4>1				2>1, 4>1, 2>3	
Evet	5,5(0-13)	5.88±3.24	7(0-14)	6.97±3.27	2(0-12)	3.12±3.15	16,5(2-29)	15.97±7.21
Hayır	5(0-15)	5.11±2.92	8(0-19)	7.38±3.46	3(0-10)	2.87±2.62	15(0-33)	15.36±7.57
Kısmen	6(0-14)	6.08±2.85	8(0-14)	7.85±2.97	4(0-12)	3.97±2.71	18(2-37)	17.91±6.62
Test değeri	5.751***		2.733***		10.204***		6.404***	
P	0.056		0.255		0.006*		0.041*	
Bonferroni			3>2		3>2		3>2	

Tablo 4.5: (Devam) Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Somatik Şikâyetler Alt Boyutu			Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu			Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu			Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği		
	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS
Menopoz hakkında bilgi alma durumu	6(0-14) 5(0-15) -2.611** 0.009*	6.09±2.95 5.03±2.86 0.009*	8(0-14) 8(0-16) -1.041** 0.298	7.73±2.97 7.26±3.55 0.018*	4(0-12) 3(0-10) -2.374** 0.018*	3.76±2.84 2.92±2.61 0.020*	17(2-37) 15(0-33) -2.324** 0.020*	17.58±6.64 15.21±7.71 0.020*				
Bilgi alınan yer/kşi	5(0-15) 5(0-14) 5(0-13) 6(0-12) 6,5(1-11)	5.03±2.86 6.23±3.42 5.65±3.38 6.11±2.61 6.10±2.40	8(0-16) 7,5(2-14) 6(2-13) 9(0-13) 8(4-12)	7.26±3.55 7.54±3.16 6.75±3.16 8.08±2.92 8.10±2.38	3(0-10) 2(0-12) 4,5(0-12) 4(0-10) 5(0-9)	2.92±2.61 3.10±3.12 4.25±2.86 3.87±2.64 4.50±2.61	15(0-33) 16,5(2-37) 17(4-28) 19(2-31) 18(6-30)	15.21±7.71 16.88±7.21 16.65±7.04 18.07±6.46 18.70±5.37				
Test değeri	0.980*** 0.806		5.108*** 0.164		11.818*** 0.019*		8.105*** 0.088					
Bonferroni					1>4, 1>3, 5>1, 5>2							

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi

Kadınların gebelik sayısına göre somatik şikâyetler alt boyutu ve menopoz semptomları değerlendirme ölçeği puanları arasında fark görülmezken ($p>0.05$), psikolojik şikâyetler alt boyutu ve ürogenital şikâyetler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Gebelik sayısı 3 ve üstü olan kadınların psikolojik şikâyetler alt boyutu puanlarının, gebelik sayısı bir olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Gebelik sayısı 3 ve üstü olan kadınların ürogenital şikâyetler alt boyutu puanlarının, gebelik sayısı sıfır kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Menstruasyon durumuna göre kanaması devam etmeyen kadınların somatik şikâyetler alt boyutu, psikolojik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları, devam eden kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Menopoza girme yaşı 40-45 yaş ve 46-55 yaş olan kadınların somatik şikâyetler alt boyutu, psikolojik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanlarının, menopoza girmeyen kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Kadınların menopoza girme şekline menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ve alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Kadınların menopoz takip durumuna göre somatik şikâyetler alt boyutu, psikolojik şikâyetler alt boyutu ve menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülürken ($p<0.05$), ürogenital şikâyetler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0.05$). Fark oluşturan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Menopoz takip durumu 6 ayda bir olan kadınların somatik şikâyetler alt boyutu puanlarının, düzenli takip etmeyen ve düzensiz takip eden kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Menopoz takip durumu düzensiz olan kadınların psikolojik şikâyetler alt boyutu puanlarının, düzenli takip etmeyen kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Menopoz takip durumu 6 ayda bir ve düzensiz olan kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanlarının, düzenli takip etmeyen ve düzensiz takip eden kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Menopoz takip durumu altı ayda bir olan kadınların menopoz semptomlarını

değerlendirme ölçeği puanlarının, yılda bir olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların menopoz bilgisinin yeterli olma durumuna göre somatik ve psikolojik şikâyetler alt boyutu puanları arasında fark görülmezken ($p>0.05$), menopoz bilgisinin yeterli olma durumu kısmen olan kadınların ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları, hayır cevabı veren kadınlardan göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların menopoz hakkında bilgi alma şekline göre psikolojik alt boyutları puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0.05$). Menopoz ile ilgili bilgi alan kadınların somatik şikâyetler alt boyutu, ürogenital şikâyetler alt boyutu ve menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları, bilgi almayan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların bilgi alınan yer/kişiyeye göre somatik şikâyetler alt boyutu, psikolojik alt boyutları ve menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmezken ($p>0.05$), ürogenital şikâyetler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Bilgi almayan kadınların ürogenital şikâyetler alt boyutu puanlarının, bilgi alınan yer dergi, kitap, makale vb. ve Tv, radyo, sosyal platformdan olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

4.4. Kadınların Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6: Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı (n=245)

Ölçek	Madde sayısı	Min.	Maks.	Medyan	Ort±SS
Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği	12	0.00	36.00	13.00	13.64±7.53

Kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeğinden aldıkları ortama puan 13.64 ± 7.53 'dir.

Tablo 4.7: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=245)

	Değişkenler	Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği			
		Min.	Maks.	Medyan	Ort±SS
Yaş	40-46 yaş	0.00	34.00	10.00	11.62±7.34
	47-55 yaş	0.00	36.00	15.00	14.98±7.38
	Test değeri			-3.442**	
	P			0.000*	
Eğitim durumu	Okuryazar	9.00	34.00	18.00	18.83±8.28
	İlkokul	1.00	31.00	16.00	15.48±6.45
	Ortaokul	5.00	29.00	17.00	17.62±7.45
	Lise	0.00	26.00	12.00	12.57±7.08
	Üniversite/Yüksekokul	0.00	36.00	8.00	10.25±7.55
	Test değeri			35.776***	
P			0.000*		
	Bonferroni			1>5, 3>2, 2>4, 2>5, 3>4	
Çalışma durumu	Çalışıyorum	0.00	36.00	10.00	12.27±8.02
	Çalışmıyorum	0.00	32.00	15.50	14.53±7.08
	Test değeri			-2.747**	
	P			0.006*	
Meslek	Ev hanımı	0.00	34.00	16.00	15.08±6.94
	Memur	1.00	36.00	13.00	13.48±8.46
	İşçi	0.00	31.00	12.00	12.64±7.12
	Diğer (avukat, mühendis, iş yeri sahibi)	0.00	32.00	7.50	10.31±8.03
	Test değeri			18.945***	
	P			0.000*	
	Bonferroni			1>4	
Medeni durum	Evli	0.00	36.00	13.00	13.64±7.52
	Bekâr	1.00	28.00	14.00	13.59±7.78
	Test değeri			-0.035**	
	P			0.972	
Evde kiminle yaşadığı	Eşim ve ben	4.00	36.00	17.00	16.91±8.15
	Eşim ve çocuklarım	0.00	34.00	13.00	13.26±7.40
	Diğer (yalnız, çocuklarımla))	1.00	28.00	14.00	13.57±7.53
	Test değeri			3.841***	
P			0.051		
Gelir düzeyi	Gelir giderden fazla	1.00	27.00	9.50	11.36±7.21
	Gelir gidere denk	0.00	34.00	13.00	13.73±7.33
	Gelir giderden az	0.00	36.00	14.00	14.65±8.26
	Test değeri			3.227***	
P			0.199		

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi

Tablo 4.7: (Devam) Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler		Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği			
		Min.	Maks.	Medyan	Ort±SS
Kronik hastalık varlığı	Evet (diyabet, hipertansiyon, tiroid, vb.)	2.00	34.00	15.50	15.71±7.57
	Hayır	0.00	36.00	13.00	12.81±7.37
	Test değeri P			-2.592** 0.010*	
Sigara kullanımı	Evet	0.00	36.00	11.50	12.38±8.19
	Hiç kullanmamış	0.00	34.00	15.00	14.53±7.36
	Bırakmış	1.00	29.00	12.00	12.12±6.85
	Test değeri P Bonferroni			6.730*** 0.035* 2>1	
Alkol kullanımı	Evet	0.00	36.00	13.00	14.38±10.39
	Hayır	0.00	32.00	13.00	13.57±7.23
	Test değeri P			-0.121** 0.904	
Düzenli beslenme	Evet	0.00	36.00	11.00	12.34±8.18
	Hayır	0.00	34.00	16.00	15.15±6.40
	Test değeri P			-3.404** 0.001*	
Düzenli egzersiz	Evet	0.00	36.00	9.00	11.88±8.61
	Hayır	0.00	34.00	15.00	14.28±7.01
	Test değeri			-2.821**	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi

Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeğinin karşılaştırılması incelendiğinde, kadınların yaşlarına göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). 47-55 yaş olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanlarının, 40-46 yaş olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların eğitim durumlarına göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Fark oluşturan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Eğitim durumu okuryazar ve ilkokul olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanlarının,

üniversite/yüksekokul cevabı veren kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ortaokul olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanlarının, eğitim durumu ilkokul ve lise olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ilkokul olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanlarının, eğitim durumu lise olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların çalışma durumlarına göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Çalışmayan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanlarının, çalışan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların mesleklerine göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Mesleği ev hanımı olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanlarının, mesleği diğer (avukat, mühendis, iş yeri sahibi) olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların medeni durum, evde kiminle yaşadığı ve gelir düzeylerine göre perimenopozal depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0.05$).

Kronik hastalık varlığına göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kronik hastalık varlığı olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları, kronik hastalığı olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınların sigara kullanma durumuna göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Sigara hiç kullanamamış kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları, sigara kullanan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların düzenli beslenme durumuna göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Beslenmeye dikkat etmeyen kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları, dikkat eden kadınlardan daha yüksek gelmiştir.

Düzenli egzersiz yapmayan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları, egzersiz yapan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.8: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği				
	Min.	Maks.	Medyan	Ort±SS	
Gebelik sayısı	0	4.00	22.00	10.00	11.00±5.81
	1	1.00	36.00	8.50	11.75±9.30
	2	1.00	34.00	13.00	13.84±7.07
	3 ve üstü	0.00	29.00	15.50	14.50±7.24
	Test değeri				6.971***
	P				0.073
Menstruasyon durumu	Devam etmiyor	0.00	36.00	16.00	15.86±7.43
	Devam ediyor	0.00	26.00	10.00	10.63±6.59
	Test değeri				-5.326**
	P				0.000*
Menopozda ise girme yaşı	Girmediğim	0.00	26.00	10.00	10.63±6.59
	40-45 yaş	4.00	34.00	17.00	16.80±6.77
	46-55 yaş	0.00	36.00	15.00	15.18±7.84
	Test değeri				30.548***
	P				0.000*
	Bonferroni				2>1, 3>1
Menopoz girme şekli	Menopoz girmemiş	0.00	26.00	10.00	10.63±6.59
	Doğal (kendiliğinden) menopoz	0.00	36.00	16.00	15.55±7.01
	Cerrahi (ameliyatla) menopoz	4.00	34.00	22.00	18.92±10.63
	Test değeri				1.271***
	P				0.260
Menopoz takip durumu	Düzenli takibim yok	0.00	34.00	13.00	13.13±6.99
	6 ayda bir	4.00	36.00	18.00	19.50±9.76
	Yılda bir	1.00	29.00	8.00	10.36±8.05
	Düzensiz	0.00	28.00	17.00	15.36±7.95
	Test değeri				11.033***
	P				0.012*
	Bonferroni				2>1, 2>3, 4>3

* $p<0.05$, **Mann Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi

Tablo 4.8: (Devam) Araştırmaya Katılan Katılımcıların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği			
		Min.	Maks.	Medyan	Ort±SS
Menopoz bilgisinin yeterli olma durumu	Evet	2.00	27.00	8.50	10.74±6.75
	Hayır	0.00	34.00	13.00	12.94±7.21
	Kısmen	0.00	36.00	15.00	15.06±7.74
	Test değeri			9.690***	
	P			0.008*	
	Bonferroni			3>1	
Menopoz hakkında bilgi alma durumu	Evet	0.00	36.00	14.00	14.14±7.55
	Hayır	0.00	34.00	12.50	12.85±7.48
	Test değeri			-1.091**	
	P			0.275	
Bilgi alınan yer/kişi	Bilgi almadım	0.00	34.00	12.50	12.85±7.48
	Sağlık profesyonellerinde	2.00	36.00	11.00	12.92±9.05
	Dergi, kitap, makale vb.	1.00	24.00	15.50	13.75±6.54
	Tv, radyo, sosyal platformdan	0.00	32.00	14.00	14.67±7.25
	Diğer (eş, dost, akraba)	5.00	23.00	16.00	15.85±4.91
	Test değeri			5.452***	
	P			0.142	

*p<0.05, **Mann Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi

Kadınların gebelik sayılarına göre perimenopozal depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir (p>0.05).

Kadınların menstruasyon durumuna göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Adet kanaması devam etmeyen kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları, devam eden kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların menopoza girme yaşına göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Menopoza girme yaşı 40-46 yaş ve 47-55 yaş olan katılımcıların perimenopozal depresyon

değerlendirme ölçeği puanlarının, menopoza girmeyen kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların menopoza girme şekline göre perimenopozal depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0.05$).

Kadınların menopoz takip durumuna göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark oluşturan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Menopoz takip durumu 6 ayda bir olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları, düzenli takip etmeyen ve yılda bir takip eden kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Menopoz takip durumu düzensiz olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanlarının, yılda bir olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların menopoz bilgisinin yeterli olma durumuna perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Fark oluşturan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Menopoz bilgisinin yeterli olma durumu kısmen olan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanlarının, evet olan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların menopoz ile ilgili bilgi alma durumu ve bilgi alınan yer/kişiye göre perimenopozal depresyon ölçeği puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.5. Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları ile Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.9: Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki

Ölçek ve Boyutları	Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği	
	r	P
Somatik Şikâyetler Alt Boyutu	0.564	0.000*
Psikolojik Şikâyetler Alt Boyutu	0.618	0.000*
Ürogenital Şikâyetler Alt Boyutu	0.537	0.000*
Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	0.720	0.000*

* Spearman korelasyon, * $p<0.05$

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında; perimenopozal depresyon değerlendirme leği ile somatik Şikâyetler alt boyutu arasında ($r=0.564$, $p<0.05$), psikolojik Şikâyetler alt boyutu arasında ($r=0.618$, $p<0.05$), ürogenital Şikâyetler alt boyutu arasında ($r=0.537$, $p<0.05$) ve menopoz semptomlarını değerlendirme leği arasında ($r=0.720$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görölmektedir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Kadının önemli bir geçiş evrelerinden biri de menopozdur ve yaklaşık yaşamlarının üçte biri bu dönemde geçmektedir. Kadınların menopoz şiddeti ve semptomlar hakkındaki algısı; yaşam kültürü, zihinsel durumu, duygusal sağlığı ve sosyal destek deneyimleri etkilemektedir. (Sel, Yılmaz & Şahin, 2023; Patel, Ross & Sydora, 2023) Bu çalışma menopoz semptomlarının depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yaş aralığı 40-55 olup yaş ortalaması $47,37 \pm 3,77$ 'dir.

5.1. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Bulgularının Tartışılması

Schneider, Heineman ve arkadaşları tarafından geliştirilen MSDÖ puanlama sistemine baktığımızda; 35 ve üzeri puanın şikayetlerin çok şiddetli olduğu, 20-34 aralığını şiddetli, 15-19 aralığını orta ve 1-4 aralıkta puan alanları da hafif olarak belirtmiştir. Çalışmamızda katılımcıların menopoz semptomları değerlendirme ölçeği ortalamasının 16.65, minimum 0, maksimum 37 olduğu görülmektedir. Alt boyut ortalaması ise ilk sırada; psikolojik şikayetler 7.55, ardından somatik şikayetler 5.67 ve ürogenital şikayetler 3.43 tespit edilmiştir. Çalışmamızdan da anlaşılacağı üzere kadınların orta şiddette semptom yaşadığı görülmektedir. Selcen ve ark. (2022) yaptığı çalışmada MSDÖ puan ortalamasının $12,78 \pm 8,96$, alt gruplardan en fazla psikolojik şikayetler, ardından somatik ve ürogenital şikayetler olduğu saptamıştır. Tümer ve Kartal (2018) çalışmalarında ise ilk üç sıralama psikolojik, somatik ve ürogenital şikayetler olup, MSDÖ toplam puan ortalaması $16,65 \pm 7,62$ gelmiştir. Zorlu ve ark. (2022) çalışmasında MSDÖ puan ortalamasını $20,55 \pm 7,00$ olup, ilk sırada psikolojik şikayetler olmak üzere ürogenital ve somatik şikayetler takip etmiştir. Kurt ve Arslan (2020) çalışmasında ise MSDÖ puan ortalaması 17.6 bulunup alt boyut sıralaması en fazla somatik şikayetler yaşadığı, ikinci sırada psikolojik şikayetler, ardından ürogenital şikayetler gelmiştir. Çalışmaları incelediğimizde, yaptığımız çalışma ile benzer bulgular bulunmuş, farklı yönlerinin ise çalışmanın yapıldığı yer, zaman ve

çalışmaya katılan 40-55 yaş arası kadınların; ruh sağlığı, duygusal iyilik hali, sosyo-kültürel yapısı ve sosyo-demografik özellikleri olduğu düşünülmektedir.

5.2. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Bulgularının Tartışılması

Kadınların eğitim durumu ile ilgili dağılımı incelendiğinde %2,4'ünün okur yazar, %33,9'unun ilkokul, %11, 8'inin ortaokul, %22,9'unun lise, %29' unun üniversite/yüksekokul cevabını vermiştir. 2018 TNSA raporu incelendiğinde, 40-44 yaş grubundaki kadınların %49,8 ilkokul, %7,7 ortaokul, %30,3 lise ve üzeri; 44-49 yaş aralığındaki kadınların %52,3 ilkokul, %6,8 ortaokul, % 22,9 lise ve üzeri eğitime sahip; 50-54 yaş arasında olan kadınlar ise %50,7 ilkokul, % 7,0 ortaokul, %7,0 lise ve lise üzeri eğitim düzeyinde oldukları belirlenmiştir. Selcen ve ark. (2022) yaptığı çalışmada %63,48'inin üniversite mezunu olduğu, Aydoğdu (2023) çalışmasında %20,1 lise mezunu, %65,3 'ünün ön lisans ve üzeri olduğu bulunmuştur. Kurt ve Arslan (2020) çalışmasında eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların somatik ve genel menopoz döneminde yaşadıkları şikayetlerin şiddetinin, ilkokul mezunu olan kadınlara göre daha az olduğu bildirilmiştir. Eğitim durumundaki farklılıkların araştırmaların yapıldığı yer ve zamandan kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürdeki bulgulara göre yüksek eğitilmiş kadınların menopozal dönem semptomlarından daha az etkilendiği öngörülmüştür. Çalışmamızda kadınların eğitim durumlarına göre menopoz semptomları değerlendirme ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$) Okur/yazar, ilkokul ve ortaokul olan katılımcıların MSDÖ puanlarının, eğitim durumu üniversite/yüksekokul olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitimin kadınlarda semptomlarla baş etmede bilinçli farkındalık oluşturduğu, yaşam tarzlarında değişikliğe gidildiği için menopozal şikayetlerin azaltılmasında etkin rol oynadığı düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada çalışmayan kadınların MSDÖ puanları, çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma durumunu göre MSDÖ ölçeği puanları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu görülmektedir. ($p<0.05$). Polat ile Karasu (2023) çalışmasında çalışan kadınların, çalışmayanlara göre daha az menopozal semptom yaşadığını bildirdi. Aynı şekilde Tümer ve Kartal (2018) araştırmasında

çalışmayan kadınların, çalışan kadınlara göre menopoz şikayetleri daha fazla bulunmuştur. Çalışan kadınların daha sosyal bir ortamda bulunması ve dikkatinin farklı yönlerde olması menopozal şikayetleri hafifletebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %89'u evli, %11'i bekar cevabı vermiştir. Bekar veya evli olmanın MSDÖ ve alt boyutları puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$) Benzer şekilde Kurt ve Arslan'ın çalışmasında da medeni durumun menopoz şikayetlerini etkilemediğini bildirmiştir (Kurt & Arslan; 2020). Literatür incelendiğinde evli veya eşi hayatta olan kadınların MSDÖ puanları daha yüksek görülmüş (Özpinar & Çevik, 2016). Darici ve ark. çalışmalarında evli kadınların ürogenital şikayetleri evli olmayan kadınlara göre daha şiddetli olduğu görülmektedir. Zorlu ve arkadaşları ise evli kadınların bekar olan kadınlara göre menopoz evresinde daha az psikolojik şikâyet yaşadığını bildirmiştir (Darici & Cangöl 2023; Zorlu, Türkmenoğlu & Budak, 2022). Çalışmalarda ortaya çıkan farklılıkların sebebi kadınların sosyo-kültürel yapısı, menopoza yönelik tutumları, eğitim durumu, menopoz semptomları ile baş etme durumları ve sosyal ilişkileri etken olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda düzenli beslenme durumuna göre; beslenmeye dikkat etmeyen kadınların, MSDÖ ve alt boyutları puanlarının, beslenmeye dikkat eden kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Asghari ve arkadaşlarının çalışmasında, beslenme grubuna müdahaleden 12 hafta sonra menopoz şikayetlerinde azalma olduğu ve kontrol grubundan anlamlı derecede fark olduğunu saptamıştır. Hao ve arkadaşlarının araştırmasında ise kişiselleştirilmiş beslenme programı sonrası ateş basması, yorgunluk, depresyon, terleme, çarpıntı, kas ağrısı ve cinsel işlev bozukluklarına ilişkin puanlarda azalma olduğu, orta ve şiddetli menopoz semptomlarını azalttığını belirtmiştir. (Asghari ve ark., 2016; Hao ve ark., 2022). Çalışmamızda beslenmeye dikkat etme durumu yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda kadınların düzenli egzersiz yapma durumuna göre; düzenli egzersiz yapmayan kadınların MSDÖ ve ürogenital alt boyut puanları, egzersiz yapan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$). Somatik ve psikolojik alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Dabrowska-Galas ve arkadaşların yaptığı çalışmada yüksek ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlar, fiziksel aktivite yapmayan kadınlara göre daha az şiddetle menopoz semptomları yaşadığını bildirmiştir. Lialy ve ark. ise günde 1 saat yürüyüşün menopoz semptomlarını önemli

ölçüde azalttığını saptamıştır. Usgu ve Çiftçi çalışmasında ise 45-55 yaş arası kadınlarda verilen aerobik pilates eğitiminin somatik ve psikolojik semptomlarını azalttığını fakat ürogenital semptomlara etkisinin olmadığını bildirmiştir. (Dabrowska ve ark., 2019; Lialy ve ark., 2023; Usgu & Çiftçi, 2021) Çalışmamızın Dabrowska-Galas ve Lialy ve arkadaşlarının çalışmaları ile az benzerlik göstermektedir. Usgu ve Çiftçi'nin çalışmasından farklı olmasının nedeni; kadınların yaptığı egzersiz çeşidi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda tanı konulmuş hastalığı olan kadınların MSDÖ ve alt boyutları puanları daha yüksek bulunmuştur. Alpaslan ve Erbil'in çalışmasında kronik hastalığı olan kadınların MSDÖ puanının daha yüksek olduğu, aynı şekilde Tümer ve Kartal'ın çalışmasında da kronik hastalığı bulunan kadınların menopozal şikayetleri daha sık yaşadığını belirtmiştir. (Alpaslan&Erbil, 2023; Tümer&Kartal, 2018). Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermektedir.

5.3. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda kadınların gebelik sayısına göre ürogenital ve psikolojik alt boyutu puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı görülürken ($p < 0.05$), somatik alt boyutu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. ($p > 0.05$) Gebelik sayısı 3 ve üzeri olan kadınların ürogenital şikayetler alt boyut puanlarının, gebeliği olmayan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Gebelik sayısı 3 ve üzeri olan kadınların psikolojik şikayetler alt boyut puanlarının, gebelik sayısı bir olan kadınlara göre daha fazla bulunmuştur. Çelik ve Pasinoğlu çalışmasında gebelik sayısı 6 ve üzeri olan kadınların menopozal şikayetleri daha fazla yaşadığını saptamıştır. (Çelik & Pasinoğlu, 2013) Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelik sayısı 4 ve üzeri olan kadınların menopoz şikayetlerini daha fazla yaşadıklarını bildirmiştir. (Çoban ve ark., 2008). Çalışmalara bakıldığında yaptığımız çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların menopoza girme yaşı $45,56 \pm 3,95$ olarak tespit edilmiştir. Kurt ve Arslan'ın çalışmalarında menopoz yaş ortalaması $46,7 \pm 5,4$ bulunmuştur. Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında ise menopoza girme yaşı $45,4 \pm 4,6$ olarak belirlemiştir. (Kurt& Arslan, 2020; Yanikkerem ve ark., 2012). Dünyada ortalama menopoza girme yaşı 51, ülkemizde ise 46-48 yaş olarak

raporlanmaktadır. (Başboğa, 2023) Çalışmamızın menopoza girme yaşı literatür ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda kadınların menopoz takip durumu ile ilgili dağılım incelendiğinde %75,1'inin düzenli takibim yok, %5,7'sinin 6 ayda bir, %5,7'sinin yılda bir, %13,5'inin düzensiz cevabını vermiştir. Menopoz bilgisinin yeterli olma durumu incelendiğinde %13,9'unun evet, %38,8'inin hayır, %47,3'ünün kısmen cevabı vermiştir. Bilgi alma durumuna baktığımızda; %39,2'sinin bilgi almadığı, %19,6'sının sağlık profesyonellerinden, %8,2'sinin dergi, kitap, makale vb. den, %24,9'unun TV, radyo, sosyal platformlardan ve %8,2'sinin diğer olduğu görülmektedir. Erbaş ve Demirel çalışmasında kadınların %20,1 menopoz hakkında bilgi aldığı %63,9'unun bilgiyi hemşire/ebe sağlık görevlilerden almıştır. Dündar ve Aksu çalışmalarında ise yaklaşık olarak her on kadından sekizinin menopoz hakkında bilgi aldığı, bu bilginin neredeyse tamamının sağlık profesyonellerinden aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca mevcut olan menopoz semptomlarının, menopoz ile ilgili bilgi almanın menopoza yönelik tutumlarına etki etmediğini bildirmiştir. (Erbaş & Demirel, 2017; Dündar & Aksu, 2021). Çalışmamızda ise bilgi alma durumuna göre somatik ve ürogenital alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Bilgi alma durumu diğer olan kadınların, bilgi alma durumu sağlık çalışanları olanlara göre ürogenital alt boyut puanı daha yüksek gelmiştir. ($p < 0.05$) Verilen eğitim ve danışmanlık hizmeti ile kadınların menopoz semptomları ile baş etme davranışı kazanması beklenmektedir. Çalışmamızın diğer çalışmalardan farklılık göstermesinin sebebi kadınların düzenli menopoz takibinin yapılmaması sonucu sağlık merkezlerine gitmemeleri, kadınların menopoza karşı tutumları, eğitim durumu, sosyo-kültürel yapısı gibi durumların etken olabileceği düşünülmektedir.

5.4. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda çalışmayan kadınların perimenopozal depresyon ölçeği puanları, çalışan kadınlara göre daha fazla bulunmuştur. ($p < 0.05$). Medeni hali ve evde kiminle yaşadığı durumu perimenopozal depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark yaratmamıştır. ($p > 0.05$) Alam ve ark (2022) yaptıkları çalışmada kadınların medeni ve çalışma durumu depresyon ilişkisi ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve

menopoza geçiş sırasında kadınlarda depresyonu azaltmak için bir partnere sahip olmanın gerekli olduğunu ve dolayısıyla depresif belirtilerin güçlü bir belirleyicisi olduğunu ortaya koymuştur. Gao ve ark. (2016) ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada perimenopoz döneminde çalışan evli kadınların, çalışmayan kadınlara göre depresyon görülme oranının daha düşük olduğunu saptamıştır. Çalışma durumu diğer çalışmalarla benzerlik gösterirken medeni hali ve evde kiminle yaşadığı durumu farklılıklar göstermiştir. Bu farklılığın sebebi kadınların dış çevre ile olan sosyal ilişkileri, menopoz ile baş etme yöntemleri ve eğitim durumları olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapmayan kadınların, perimenopozal depresyon ölçeği puanlarının, düzenli egzersiz yapan kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. ($p<0.05$) Barghandan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada fiziksel aktivitesi düşük olan kadınların hafif ve orta derecede depresyona yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Lİaly ve arkadaşlarının çalışmasında ise bir saatlik düzenli yürüşün menopozal dönemde olan kadınların depresyon semptomlarını önemli ölçüde iyileştirdiğini bildirmiştir. (Barghandan, 2021; Lialy, 2023). Bulduğumuz sonuçlar literatür ile paralellik göstermektedir.

5.5. Araştırmaya Katılan Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda menopoza girme yaşına göre perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir. ($p<0.05$) Menopoza girme yaşı 40-46 yaş ve 47-55 yaş olan kadınların perimenopozal depresyon ölçeği puanlarının menopoza girmeyen kadınlara göre daha fazla bulunmuştur. Moyneur ve ark. (2020) çalışmasında ise depresyon yaygınlığının en fazla 45-54 yaş arası kadınlarda olduğunu saptamıştır. De Kruif ve arkadaşlarının ele aldığı on bir meta-analiz araştırmalarında, perimenopoz evrede görülen depresif semptom riskinin premenopoz evresine göre da yüksek bulmuşlar. Maki ve ark., perimenopozal dönemde olan kadınların menopoza girmeyen kadınlara göre daha kötü performans gösterme eğilimi olduğu ancak bu istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığını belirtmiştir. (De Kruf ve ark., 2016; Maki ve ark., 2014).

Literatüre bakıldığında yaptığımız çalışma ile benzer olduğu, bu konu ile ilgili daha çok çalışmalara gereksinim duyulacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda menopoza girme şekli ile perimenopozal depresyon ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. ($p>0.05$) Duran ve Sinan (2020) yaptığı çalışmada cerrahi yolla menopoza giren kadınların depresyon puan ortalamasının doğal yolla menopoza giren kadınlardan biraz daha yüksek bulunmuştur. Nagda ve arkadaşları menopoz tipine (doğal ve cerrahi) göre depresyon görülme durumu ile anlamlı bir ilişki bulmasa da cerrahi menopozun yüksek düzey anksiyeteye, depresyona ve bilişsel bozulmaya yol açtığını belirtmiştir. (Nagda ve ark., 2023). Yukarıda verilen çalışmalara baktığımızda cerrahi menopoz ile depresyon arasındaki ilişki çok anlamlı bulunmamış olup, konu ile ilgili literatür çalışmaları devam etmektedir.

5.6. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları ile Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği Arasındaki İlişki Bulgularının Tartışılması

Araştırmamızda kullandığımız ölçekler arasındaki ilişkiyi incelediğimizde MSDÖ ve alt boyutları ile perimenopozal depresyon ölçeği arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Mulhall ve ark. (2018) çalışmasında perimenopozal dönemdeki orta yaştaki kadınların depresyon belirtilerinde artış yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Chu ve arkadaşlarının çalışmasında menopoz şikayetleri olan kadınların yüksek oranda depresyon olduğunu bulmuştur. Moyneur ve arkadaşları depresyon yaygınlığının en fazla 45-54 yaş arası kadınlarda olduğunu saptamıştır. Oldra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise orta ve şiddetli klimakterik semptomları olan kadınlarda perimenopoz döneminde depresif semptomları daha yüksek olduğu, premenopoz ve postmenopoz evrelere göre klinik olarak daha anlamlı ve yüksek bulunmuştur. (Cku ve ark., 2022; Moyneur ve ark., 2020; Oldra ve ark., 2020). Çalışmalara baktığımızda yaptığımız çalışma ile benzerlik olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde Perimenopoz (40-55 yaş) döneminde depresyon görülme oranının yüksek olduğu, konu ile ilgili daha çok çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

40-55 yaş arası olan kadınlarda görülen depresyon semptomlarının depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıda verilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan kadınların ortalama yaş ortalaması $47,37 \pm 3,77$ olup menopoza girme yaşı $45,56 \pm 3,95$ olarak bulunmuştur
- Çalışmamıza katılan kadınların menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ortalama puanı 16.65 ± 7.16 gelmiştir. Bu da kadınların orta şiddette menopoz semptomlarını yaşadığını göstermektedir.
- Araştırmaya katılan kadınların perimenopozal depresyon değerlendirme ölçeği toplam puanı 13.64 ± 7.53 gelmiştir. Kadınların depresyon açısından tedavi ve izlem gerektiren düzeyde olmadığı saptanmıştır.
- Eğitim durumu okur/yazar ve ilkokul olan kadınların menopoz semptomları ve perimenopoz depresyon puanları eğitim durumu üniversite/yüksekokul olanlara göre daha yüksek görülmüştür.
- Çalışmayan ve mesleği ev hanımı olan kadınların menopoz şikayetleri (psikolojik ve ürogenital) ve perimenopozal depresyon puanları çalışan ve mesleği diğer olan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.
- Tanı konulmuş hastalığı olan kadınların menopoz semptomları ve perimenopozal depresyon puanları tanı konulmuş hastalığı olmayan kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda beslenmeye dikkat etmeyen kadınların menopoz semptomları ve perimenopozal depresyon puanları beslenmeye dikkat eden kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur
- Düzenli egzersiz yapmayan kadınların perimenopozal depresyon puanları, düzenli egzersiz yapan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızdaki 3 ve üzeri gebeliği olan kadınların psikolojik ve ürogenital şikayetleri puanlarının gebelik sayısı 1 ve hiç gebeliği olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kadınların menopoz bilgisinin yeterli olma durumuna göre; kısmen cevabını veren kadınların perimenopozal depresyon puanı hayır cevabını veren kadınlardan daha yüksek gelmiştir.
- Çalışmamızda menopoz semptomları ile perimenopozal depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmadaki bulgularda elde edilen sonuçlara yönelik öneriler aşağıda verilmektedir.

- Menopoz semptomlarını ve bu semptomlarının neden olabileceği (depresyon, kardiyovasküler hastalıklar osteoporoz vb) durumları önlemek için kadınların menopoza girmeden önce gerekli ve doğru bilgilere ulaşmaları sağlanmalıdır.
- Kadınların kolay bir şekilde ulaşabildiği birinci basamak tedavi merkezlerine menopoz takip ve izlem protokolü getirilmeli ve hizmet verecek ebe/hemşirenin gerekli bilgi ve donanıma sahip olması için hizmet eğitim programları düzenlenmelidir.
- Menopoz polikliniklerini tüm hastanelerde aktif hale getirilip kadınların daha rahat ulaşabildiği ve kaliteli hizmet alabileceği birimler açılmalıdır.
- Menopoz polikliniklerinde eğitim ve danışmanlık verebilecek ebe/hemşire bulundurulmalıdır.
- Beslenme ve diyetetik uzmanları ile iş birliği içinde olup her kadına özgü bir beslenme programı oluşturulmalıdır.
- Kamu kurum ve kuruluşlarında ve özel kuruluşlarda menopoz ile ilgili düzenlenen eğitim programları desteklenmeli, tüm kadınların katılım sağlayabileceği rahat ve kolay bir şekilde ulaşabileceği merkezler seçilmeli ve eğitimlerin düzenli aralıklarla devamı sağlanmalıdır.
- Dünya Menopoz Günü TV, radyo ve sosyal medyada her yıl kutlanmalı ve bu konuda bilinçlendirme ve farkındalık oluşturulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aba, Y., Ataman, H., Şık, B. (2016). Vulvovajinal Atrofi İfadesinde Yeni Terminoloji: Menopozda Genitoüriner Sendrom. *Androloji Bülteni*, 18(67); 289-293.
- Agarwal, A. K. ve ark. (2019). A Cross Sectional Study for Assessment of Menopausal Symptoms and Coping Strategies among the Women of 40-60 Years Age Group Attending Outpatient Clinic of Gynaecology. *International Journal of Medicine and Public Health*, 9(1): 13-19.
- Ak Sözer, G. ve Ege, E. (2021). Menopoz Semptomlarını Yönetmek ve Yaşam Kalitesini Artırmak: İlerleyici Kas Gevşeme Egzersizleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 179-188.
- Akdağ Koç, S., Kaner, G. ve Ayer, Ç. (2022). Menopoz Döneminde Beslenmenin Yönetimi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1): 191-197.
- Alam, M. M., Ahmed, S., Dipti, R. K., Siddiquee, R. E. J. ve Hawlader, M. D. H. (2020). The Prevalance and Associated Factors of Depression During Preperi and Post-Menopausal Period Among the Middle-Aged Women of Dhaka City. *Asian Journal of Psychiatry*. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102312
- Alpaslan Arar, M. ve Erbil, N. (2023). The Effect of Menopausal Symptoms on Women's Daily Life Activities. *Menopause Review*, 22(1): 6-15. Doi:10.5114/pm.2023.126436
- Ameratunga, D., Goldin, J. ve Hickey, M. (2012). Sleep Disturbance in Menopause. *Internal Medicine Journal*, 42(7): 742-747.
- Ançel, G. (2016). Depresif Bozukluklar. C. T. Özcan ve N. Gürhan (Ed), *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları* (6. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *The American Psychiatric Association*.
- Arıcı, H. ve Turan Kavrادم, S. (2023). Kardiyovasküler Hastalıklarda Konfor. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2(1): 32-39.

- Arısan, K. (1986). *Kadın Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul.
- Arslan Özkan, H. (2019). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Asghari, M., Mirghafourvand, M., Mohammed-Alizadeh-Charandabi, S., Malakouti, J. ve Nedjat, S. (2016). Effect of Aerobic Exercise and Nutrition Education on Quality of Life and Early Menopause Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Women & Health*, 57(2): 173-188. Doi:10.1080/03630242.2016.1157128
- Atasü, T. ve Gezer, A. (2001). Menopoz Tanım ve Terminolojisi. T. Atasü, Ü. Özekici ve N. Hekim (Ed.), *Menopoz Tedavisi ve Kanser* (1. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Avcı Başboğa, N. (2023). Menopozal Terminoloji: Biyomedikal, Sosyokültürel ve Feminist Bakış. N. Hotun Şahin ve M. Kaydırak (Ed.), *Menopoz, Bakım, Tedavi ve Destekleyici Uygulamalar*, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Aydoğdu, E. (2023). *Yazılı duygusal dışavurum paradigmasının etkililiğinin menopoza geçiş döneminde olan kadınlarda incelenmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İzmir.
- Baber, R. J. ve Wright, J. (2017). A Brief History of the International Menopause Society. *Climacteric*, 20(2): 85-90. Doi:10.1080/13697137.2017.1270570
- Baker, F. C., Limpio, L., Saaresranta, T. ve Polo-Kantola, P. (2018). Slepp and Sleep Disorders in the Menopausal. *Transition. Sleep Medicine Clinics*, 13(3): 443-456.
- Balkan, E. (2023). Menopozda Psikososyal, Bilişsel Semptomlar ve Bakım. N. Hotun Şahin ve M. Kaydırak (Ed.), *Menopoz, Bakım, Tedavi ve Destekleyici Uygulamalar*, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Barghandan, N., Dolatkah, N., Eslamian, F., Ghafarifar, N. ve Hashemian, M. (2021). Association of Depression, Anxiety and Menopausal-Related Symptoms With Demographic, Anthropometric and Body Composition Indices in Healthy Postmenopausal Women. *BMC Women's Health*, 21(1): 192. Doi:10.1186/s12905-021-01338-w

- Bayraktar Görgel, E. ve Çakıroğlu, F. P. (2007). *Menopoz Döneminde Kadın*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Bekmezci, E. ve Altuntuğ, K. (2020). Menopoz ile İlişkili Semptomlara Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaların İncelenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3): 167-174.
- Bromberger, J. T. ve Epperson, C. N. (2018). Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics and Environmental Determinants of Disease. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(5): 663-678.
- Büyükkaplan, B., Höbek-Akarsu, R., Şahan, Ö. ve Akarsu, G. D. (2020). Menopozal Semptomların Yönetilmesinde Egzersiz Uygulamalarının Rolü. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2): 386-394.
- Can-Gürkan, Ö. (2015). Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği. *Hemşirelik Forumu*, 3: 30-35.
- Chu, K., Shui, J., Ma, L., Huang, Y., Wu, F., Meng, X., Luo, J., Ruan, F. ve Zhou, J. (2022). Biopsychosocial Risk Factors of Depression During Menopause Transition in Southeast China. *BMC Women's Health*, 22(1): 273. Doi:10.1186/s12905-022-01710-4
- Cintron, D., Lipford, M., Mantilla, L. L., Spencer-Bonilla, G., Lloyd, R., Gionfriddo, M. M., Gunjal, S., Farrell, A. A., Miller, V. M. ve Murad, M. H. (2017). Efficacy of Menopausal Hormone Therapy on Sleep Quality: Systematic Review and Meta-Analysis. *Endocrine*, 55: 702-711.
- Colvin, A., Richardson, G. A., Cyranowski, J. M., Youk, A. ve Bromberger, J. (2017). The Role of Family History of Depression and the Menopausal Transition in the Development of Major Depression in Midlife Women: Study of Women's Health Study (SWAN MHS). *Depression and Anxiety*, 34(9): 826-835.
- Çakır, C. (2023). Menopozda Güncel Tıbbi Tedavi Yaklaşımları. N. Hotun Şahin ve M. Kaydırak (Ed.), *Menopoz, Bakım, Tedavi ve Destekleyici Uygulamalar*, Nobel Akademik Yayıncılık.

- Çavuş Solmaz, Y. (2023). Menopozda Beslenme. N. Hotun Şahin ve M. Kaydırak (Ed.), *Menopoz, Bakım, Tedavi ve Destekleyici Uygulamalar*, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Çelik Güzel, E. (2017). Postmenopozal Kadınlarda Kas İskelet Sistemi Ağrılarının D Vitamini Eksikliği ile İlişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 42(3): 470-476.
- Çelik, A. S. ve Pasinoğlu, T. (2013). Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1): 48-56.
- Çiçek, M., Akyürek, C., Çelik, Ç. ve Haberal, A. (2004). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz, Ü. (2008). Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumluları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*, 22(6); 343-349.
- Dabrowska-Galas, M., Dabrowska, J., Ptaszkowski, K. ve Plinta, R. (2019). High Physical Activity Level May Reduce Menopausal Symptoms. *Medicina*, 55(8): 446. Doi:10.3390/medicina55080466
- Darici Koçan, M. K. ve Cangöl, E. (2023). Menopoz Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Semptomlar ve Baş Etme Yöntemleri. *Sürekli Tıp Dergisi*, 32(3): 156-168. Doi:10.17942/sted.1106278
- De Kruif, M., Spijker, A. T. ve Molendijk, M. L. (2016). Depression During the Perimenopause: A Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206: 174-180. Doi: 10.1016/j.jad.2016.07.040
- Demirci, N. ve Karadeniz, H. (2022). Menopozal Dönemde Endokrin ve Dermatolojik Sorunlar, Güncel Yaklaşım. B. Kızılkaya ve D. Y. Koçak (Ed.), *Her Yönüyle Menopoz* (1. Baskı). Antalya: Nobel Tıp Kitabevi.
- Demirgöz, B. M. (2022). Menopozal Semptomların Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri. B. Kızılkaya ve D. Y. Koçak (Ed.), *Her Yönüyle Menopoz* (1. Baskı). Antalya: Nobel Tıp Kitabevi

- Dişli, B. ve Hotun Şahin, N. (2022). Menopoza Özgü Sıcak Basması Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *IGUSABDER*, 16, 48-62.
- Durukan, A. ve Sinan, Ö. (2020). Cerrahi Menopoza Giren Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının ve Depresyon Durumlarının Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 150-156.
- Dündar, T. ve Aksu, H. (2021). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Semptom ve Tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(2): 134-140.
- Enç, N. (2019). *Kardiyovasküler Hemşirelik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Engin, B. ve Aydın Kartal, Y. (2020). Menopozal Semptomlar ile Baş Etmede Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yaklaşımları. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(2): 80-87.
- Erbaş, N. ve Demirel, G. (2017). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarının ve Menopozal Tutumlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4: 220-225.
- Erkin, Ö., Ardahan, M. ve Kert, A. (2014). Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4): 1095-1113.
- Ertekin Pınar, Ş., Yıldırım, G., Duran Aksoy, Ö. ve Cesur, B. (2015). A Problem Peculiar to Women: Mental Health in Menopause. *International Journal of Human Sciences*, 12(2): 787-798.
- Farrell, E. (2017). Genitourinary Syndrome of Menopause. *The Royal Australian College of General Practitioners*, 46(7): 481-484.
- Fıışkın, G. (2022). Menopozal Dönemde Kardiyovasküler Sorunlar ve Güncel Yaklaşımlar. B. Kızılkaya ve D. Y. Koçak (Ed.), *Her Yönüyle Menopoz* (1. Baskı). Antalya: Nobel Tıp Kitabevi.
- Fıışkın, G., Hotun Şahin, N. ve Kaya, İ. G. (2017). Menopozal Dönemdeki Kadınların Bu Yaşam Dönemine İlişkin Bakış Açılarının Kalitatif Analizi. *G.O.P. Taksim E.A.H.*, 3(3): 122-128.

- Fu, J. X., Luo, Y., Chen, M. Z., Zhou, Y. H., Meng, Y. T., Wang, T., Qin, S. ve Xu, C. (2020). Associations Among Menopausal Status, Menopausal Symptoms and Depressive Symptoms in Midlife Women in Hunan Province, China. *Climacteric*, 23(3): 259-266.
- Gao, L., Zhang, L., Qi, H. ve Petridis, L. (2016). Middle-aged Female Depression in Perimenopausal Period and Square Dance Intervention. *Psychiatra Danubina*, 28(4): 372-378.
- Garcia-Rios, R. I., Mora-Perez, A. ve Soria-Fregozo, C. (2017). Depression and Serotonergic Changes During the Climacteric and Postmenopausal Stages: Hormonal Influences. *A Multidisciplinary Look at Menopause, In Tech, Rijeka*, 63-80.
- Gökmen Eroğlu, N., Çakır Kandemirli, G., Baştuğ, E. Avşaroğlu, B. ve ark. (2014). FRAX ile Yapılan Kırık Riski Değerlendirilmesi ve Geleneksel Risk Faktörleriyle İlişkisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 40(2): 69-74.
- Gracia, C. R. ve Freeman, E. W. (2018). Onset of the Menopause Transition. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4): 585-597.
- Güzel, H., Öner, C., Çetin, H. ve Şimşek, E. E. (2022). Postmenopozal Kadınlarda Osteoporoz Bilgi Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *The Journal Turkish Family Physician*, 13(2): 50-58.
- Hao, S., Tan, S., Li, J., Li, W., Li, J., Liu, Y. ve Hong, Z. (2022). The Effect of Diet and Exercise on Climacteric Symptomatology. *Asia Pac. J. Clin Nutr.*, 31(3): 362-370. Doi:10.6133/apjcn.202209_31(3).0004
- Karakoç, H., Özerdoğan, N. ve Kul Uçtu, A. (2017). Menopozla İlgili Genitoüriner Sendrom. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(3): 122-126.
- Kılıç, N., Kuloğlu, M. M. ve Üstündağ, B. (2023). Şizofreni ve Majör Depresif Bozuklukta Cinsiyet Hormon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 28(2): 150-155.
- Kışlak, P. ve Genç, F. (2019). Osteoporoz ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 3(1): 1-18.
- Kızılkaya Beji, N. (2017). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (Genişletilmiş 2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.

- Kim, M. J., Yim, G. ve Park, H. Y. (2018). Vasomotor and Physical Menopausal Symptoms are Associated With Sleep Quality. *Plos One*, 13(2): e0192934. Doi: 10.1371/journal.pone.0192934
- Kişnişçi, H. A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürhan, T. ve Önderoğlu, L. S. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Kravitz, H. M. ve Joffe, H. (2011). Sleep During the Perimenopause: A SWAN Story. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North Amerika*, 38(3): 567-586.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. ve Neale J. (2019). *Anormal Psikoloji* (12. Baskı, M. Şahin, Çev.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kruif, M., Spijker, A. T. ve Molendijk, M. L. (2016). Depression During the Perimenopause: A Meta-Analysis. *The Journal of Affective Disorders*, 206: 174-180. Doi: 10.1016/j.jad.2016.07.040
- Kulkarni, J., Gavrilidis, E., Hudaib, A.R., Bleeker, C., Worsley, R. ve Gurvich, C. (2018). Development and validation of a new rating scale for perimenopausal depression — The Meno-D. *Translational psychiatry*, 8(1); 123.
- Kurt, G. ve Arslan, H. (2020). Kadınların Menopoz Döneminde Yaşadıkları Sağlık Sorunları ve Baş Etme Yöntemleri. *Çukurova Tıp Dergisi*, 45(3): 910-920.
- LePilouer-Prost, A., Kerob, D., Nielsan, C., Taieb, C. ve Maitrot Mantelet, L. (2020). Skin and Menopause: *Women's Point of View*. *Journal of the European of Dermatology and Venereology*, 34(6): e267-e269.
- Lialy, H. E., Mohamed, M. A., Abdullatif, L. A., Khalid, M. ve Elhelbawy, A. (2023). Effects of Different Physiotherapy Modalities on Insomnia and Depression in Perimenopausal, Menopausal and Post-Menopausal Women: A Systematic Review. *BMC Women's Health*, 23(1): 363. Doi: 10.1186/s12905-023-02515-9
- Magrait, K., Stuckey, B. ve Baber, R. (2022). Perimenopausal Hormone Therapy Assessment and Prescribing. *Medicine Today*, 23(8): 61-66.
- Mehrnoush, V. ve Darsareh, F. (2021). Royal Jelly for Genitourinary Syndrome of Menopause: A Randomized Controlled Trial. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*, 1(4): 211-215.

- Moyneur, E., Dea, K., Derogatis, L. R., Vekeman, F., Dury, A. Y. ve Labrie, F. (2019). Prevalence of Depression and Anxiety in Women Newly Diagnosed With Vulvovaginal Atrophy and Dyspareunia. *Menopause*. Doi:10.1097/GME.0000000000001450
- Mulhall, S., Andel, R. ve Anstey, K. J. (2018). Variation in Symptoms of Depression and Anxiety in Midlife Women by Menopausal Status. *Maturitas*, 108: 7-12. Doi: 10.1016/j.maturitas.2017.11.005
- Nagda, A. L., Datar, M. C., Naphade, N. M. ve Shetty, J. V. (2023). A Cross-Sectional Assessment of Depression, Anxiety and Cognition in Perimenopausal and Menopausal Women. *Journal of Mid-life Health*, 14(2): 117-112. Doi: 10.4103/jmh.jmh_34_23
- Nappi, R. E., Siddiqui, E., Todorova, L., Rea, C., Gemmen, E. ve Schultz, N. M. (2022). Prevalence and Quality-of-Life Burden of Vasomotor Symptoms Associated with Menopause: A European Cross-Sectional Survey. *Maturitas*, 167: 66-74.
- O'Neill, S. ve Eden, J. (2017). The Pathophysiology of Menopausal Symptoms. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 27(10): 303-310.
- Oldra, C. M., Benvegna, D. M., Silva, D. R. P., Wendt, G. W. ve Vieira, A. P. (2020). Relationships Between Depression and Food Intake in Climacteric Women. *Climacteric*, 23(5): 474-481. Doi:10.1080/13697137.2020.1736025
- Öskan Fırat, B. ve Aslan, E. (2022). Menopoz Semptomlarına Özgü Güncel Kanıt Temelli Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4): 1609-1618.
- Özgen, M., Atik, Z., Armağan, O. ve Mutlu, F. (2020). Osteoporoz ile Takipli Hastalarda Gelişen Kalça Kırığı Sıklığının Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(2): 392-397.
- Özpinar, S. ve Çevik, K. (2016). Women's Menopause-Related Complaints and Coping Strategies: Manisa Sample. *International Journal of Nursing*, 3(2): 69-78.
- Öztürk, S. (2020). *Halk Sağlığı Hemşireliği* (3.Baskı). İstanbul: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.

- Patel, V., Ross, S. ve Sydora, B. C. (2023). Assessing Young Adults' Menopause Knowledge to Increase Understanding of Symptoms and Help Improve Quality of Life for Women Going Through Menopause; A Student Survey. *BMC Women's Health*, 23: 493.
- Pelit Aksu, S. ve Şentürk Erenel, A. (2023). Menopozal Dönem Semptomları ve Hemşirelik Bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1): 1-10.
- Portman, D. J. ve Glass, M. L. S (2014). Genitourinary Syndrome of Menopause. *Menopause*, 21(10): 1063-1068.
- Rees, M., Abernethy, K., Bachmann, G., Bretz, G. ve ark. (2022). The Essential Menopause Curriculum for Healthcare Professional: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) Position Statement. *Maturitas*, 158: 70-77. Doi: 10.1016/j.maturitas.2021.12.001
- Santoro, N., Epperson, C. N. ve Mathews, S. B. (2015). Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3): 497-515. Doi: 10.1016/j.ecl.2015.05.001
- Scheider, H. P. G., Heinemann, L. A. J. ve Thiele, K. (2021). The Menopause Rating Scale (MRS): Cultural and Linguistic Translation Into English.
- Sel, İ., Yılmaz, B. ve Şahin, N. H. (2023). Menopoz Hemşireliği: Yetkinlikler, Roller ve Yönetmelikler. N. Hotun Şahin ve M. Kaydırak (Ed.), *Menopoz, Bakım, Tedavi ve Destekleyici Uygulamalar*, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Selcen, M., Pala, E. ve Ersoy, S. (2022). 40-55 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz Tutumları ile Menopoz Semptomları Arasındaki İlişki. *Uluslararası Tıp Dergisi*, 4(1): 81-90.
- Shea, A. K., Soheli, N., Gilsing, A. ve ark. (2020). Depression, Hormone Therapy, and the Menopausal Transition Among Women Aged 45 to 64 Years Using Canadian Longitudinal Study on Aging Baseline Data. *Menopause*, 27(7): 763-770.
- Sherman, S. (2005). Defining the Menopausal Transition. *The American Journal of Medicine*, 118(12): 3-7.
- Stute, P., Cano, A., Thurston, R. C., Small, M., Lee, L., Scott, M., Siddiqui, E. ve Schultz, N. M. (2022). Evaluation of the Impact, Treatment Patterns and

- Physician Perceptions of Vasomotor Symptoms Associated with Menopause in Europe and the United States. *Maturitas*, 164: 38-45.
- Susanti, H. D., Sonko, I. ve Chung, M. H. (2022). Translation and Validation of the Depression Anxiety Stress Scales for Menopausal Women in Indonesia. *Climacteric*. 25(5): 483-489.
- Süt, H. K. ve Küçükkaya, B. (2018). Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarında Cinsel Yaşam Kalitesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1): 51-68.
- Şahin, B. (2020). Menopoz. C. Üstün, O. F. Kara ve D. Güven (Ed.), *Jinekolojide Temel Prensipler*, Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Şahin, E. ve Oskay, Ü. (2022). *Her Yönüyle Menopoz. Menopoz Tanım ve Terminolojisi*.
- Şirin, A. ve Kavlak, O. (2008). *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncıları.
- Şirin, A. ve Kavlak, O. (2016). *Kadın Sağlığı* (Genişletilmiş 2. bs). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Talaulikar, V. (2022). Menopause Transition: Physiology and Symptoms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81: 3-7. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003
- Taşkın, L. (2012). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (11. bs). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taşkın, L. (2019). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (16. bs). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- The 2022 Hormone Therapy Position Statement of the North American Menopause Society. (2022). *Menopause*, 29(7): 767-794.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/hormone-therapy-for-menopause> [15 Eylül 2023].
- The North American Menopause (NAMS). (t.y.). Menopause Glossary. <https://www.menopause.org/for-women/menopause-glossary#E> [2 Mayıs 2023].

- The North American Menopause Society (NAMS). (t.y.). Changes at Midlife. <https://www.menopause.org/for-women/sexual-health-menopause-online/changes-at-midlife> [2 Mayıs 2023].
- Thurston, R. C. (2018). Vasomotor Symptom: Natural History, Physiology and Links With Cardiovascular Health. *Climacteric*, 21(2): 96-100.
- Tosun, H., Bal, N. G. ve Kulkarni, J. (2021). Psychometric Testing of the Perimenopausal Depression Scale-Turkish Version. *PRIJNR*, 26(1): 11-14.
- Tümer, A. ve Kartal, A. (2018). Kadınların Menopoza İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3): 337-346.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679#:~:text=Ölen%20kişilerin%202022%20yılında%20%54,%2C4%27ünü%20kadınlar%20oluşturdu.&text=Bin%20k işi%20başına%20düşen%20ölüm,başına%205%2C9%20ölüm%20düştü> [27 Eylül 2023].
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). <https://www.tuik.gov.tr> [27 Eylül 2023].
- Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. (1992). Menopozda Sağlık. <https://www.tmod.org.tr/tr/sayfa/osteroporoz> [2 Eylül 2023].
- Türkiye Osteoporoz Derneği. (1992). Menopozda Sağlık. <https://www.tmod.org.tr/tr/sayfa/osteroporoz> [2 Eylül 2023].
- Türkiye Psikiyatri Derneği. (t.y.). <https://psikiyatri.org.tr> [21 Ekim 2023].
- Üçtepe, H., Küçükerdönmez, Ö., Kaner, G. ve Çalık, G. (2022). Klimakteriyum Dönemdeki Kadınların Beslenme Durumlarının Saptanması. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 1-10.
- Wang, X. Y. (2022). Association of Menopausal Status and Symptoms With Depressive Symptoms in Middle-Aged Chinese Women. *Climacteric*, 25(5): 453-459. Doi: 10.1080/13697137.2021.1998435
- Weber, M. T., Maki, P. M. ve McDermott, M. P. (2014). Cognition and Mood in Perimenopause: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 142: 90-98. Doi: 10.1016/j.jsbmb.2013.06.001

- Willman, A. ve King, K. (2023). Serving Through the Perimenopause: Experiences of Women in the UK. *Maturitas*, 169: 35-39.
- Yanikkerem, E., Oruç Koltan, S., Goker Tamay, A. ve Dikayak, Ş. (2012). Relationship Between Women's Attitude Towards Menopause and Quality of Life. *Climacteric*, 15: 552-562.
- Yavan, T. ve Köprülü, Ç. (2022). Menopoz. *Menopoz ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (1. bs.). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Yonekura, Y., Terauchi, M., Hirose, A., Odai, T., Kato, K. ve Miyasaka, N. (2020). Daily Coffee and Green Tea Consumption is Inversely Associated With Body Mass Index, Body Fat Percentage, and Cardio-Ankle Vaskuler Index in Middle-Aged Japanese Women: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 12(5): 1370.
- Yurdakul, M., Eker, A. ve Kaya, D. (2007). Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 21(5): 187-193.
- Zhang, Y., Fu, W. Q. ve Liu, N. N. (2022). Alterations of Regional Homogeneity in Perimenopause: A Resting-State Functional MRI Study. *Climacteric*, 25(5): 460-466. Doi: 10.1080/13697137.2021.2014808
- Zhu, C., Thomas, N., Arunogiri, S. ve Gurvih, C. (2022). Systematic Review and Narrative Synthesis of Cognition in Perimenopause: The Role of Risk Factors and Menopausal Symptoms. *Maturitas*, 164: 6-86. Doi: 10.1016/j.maturitas.2022.06.010
- Zorlu, S., Türkmenoğlu, B. ve Budak, M. (2022). Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Semptomlarına Yönelik Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. *Journal of Health Sciences Institute*, 7(3): 139-149.
- Zouboulis, C. C., Blume-Peytavi, U., Kosmadaki, M., Roo, E., Vexiau-Robert, D., Kerob, D. ve Goldstein, S. R. (2022). Skin, Hair and Beyond: The Impact of Menopause. *Climacteric*, 25(5): 434. Doi: 10.1080/13697137.2022.2050206

EKLER

EK-1: Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-36615
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Gülistan SERTKAYA
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 40-55 Yaş Arası Kadınlarda Görülen Menopoz Semptomlarının Depresyon Üzerine Etkisi" başlıklı araştırmanız kurumumuzun 30.09.2022 tarihli ve 2022/08 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek:1-Gülistan SERTKAYA Etik Onay Belgesi (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BS5V35NVH* Pin Kodu : 00022
Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon: 444 97 98 Faks: +90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Bilgi için: Zeyneb Funda TEZ
Unvanı: Yeminli Katip
Tel No: +902126929606





T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	30.09.2022
Sayı	2022/08
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 40-55 Yaş Arası Kadınlarda Görülen Menopoz Semptomlarının Depresyon Üzerine Etkisi</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Gülistan SERTKAYA
Danışman Adı Soyadı	Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)



(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.


(Katıldı)
Prof. Dr. Beyrullah KAYA
Üye


(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTCU
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan




(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye


(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye


(Katıldı)
Av. Bihal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ

EK-2: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni

İZU Gelen Evrak Tarih ve Sayısı: 23.03.2023 - 16058



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01-211785770
Konu : Gülistan SERTKAYA'nın Araştırma İzni
Hk.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : a) 10.11.2022 tarihli ve E-71211201-000-193395 sayılı yazınız.
b) 12.01.2023 tarihli ve E-71211201-BYS-206885493 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Rektörlüğü'nün ilgi (a) ve (b) sayılı yazısında konu olan Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında başladığı yüksek lisans eğitimine Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN'ın danışmanlığında devam eden Gülistan SERTKAYA'nın "**Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 40-55 Yaş Arası Kadınlarda Görülen Menopoz Semptomlarının Depresyon Üzerine Etkisi**" başlıklı tez çalışmasını, Müdürlüğünüze bağlı Aile Sağlığı Merkezinde veri toplama talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **03.03.2023** tarih ve **2023 / 03** sayılı kararınca; **24.03.2016 tarih ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununda belirtilen maddelere riayet edilmesi, Aile Hekimleri mevzuatına uygun olarak Aile Sağlığı Merkezinin işleyişine ve güvenirliliğine zarar vermeden, ilgili kurumun uygun gördüğü zaman diliminde ve başvuru dosyasındaki aralık gazetilerle Koordinasyonun ilgili Aile Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimince sağlanması şartı ile oy birliği ile uygun** görülmüştür. Bu kapsamda araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 2444416F-15A6-4200-B7D9-C423547A04EB

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122

Telefon No: 02126383000

e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>

Keşif Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Sürekli İşçi

Telefon No: 02126383399 - 3126



EK-3: Ölçek İzinleri

Gülistan Sertkaya

5 Nisan 2022 01:14

GS

Menopoz semptomları ölçeğini kullanma

Kime:

Merhaba ele alacağım bir çalışmada izniniz olursa menopoz semptomları ölçeğini kullanmak istiyorum. Sevgilerimle..

ÖZLEM CAN GÜRKAN

6 Nisan 2022 11:25

ÖG

Ynt: Menopoz semptomları ölçeğini kullanma

Kime: Gülistan Sertkaya

Merhaba Gülistan Hanım,

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. İlgili dosyalar ektedir. İyi günler.

5 Nisan 2022 Salı 01:14 tarihinde, Gülistan Sertkaya yazdı:

[Gülistan Sertkaya adlı kişiye ait metnin Daha Fazlasını Gör](#)



menopoz ölçek
makale...nn.pdf

Hülya Tosun

22 Şubat 2022 11:53

HT

Ynt: perimenopozal depresyon ölçeği

Kime: [Gülistan Sertkaya](#)

Merhaba,

Ölçek ektedir. Kaynakçada zaten belirteceğinizi biliyorum. Ben yayınızı merak ediyorum mümkünse yayından sonra bana da yollarsanız sevinirim.

Selamlar

Hülya

Gülistan Sertkaya < _____ >, 22 Şub 2022 Sal, 00:25 tarihinde şunu yazdı:

[Gülistan Sertkaya adlı kişiye ait metnin Daha Fazlasını Gör](#)



MENO D ÖLÇEK
Türkçe .docx

EK-4: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Kadınlar,

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi olarak Prof. Dr. Ferda Özbaşaran danışmanlığında “Toki Akasya Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-55 Yaş Arası Kadınlarda Görülen Menopoz Semptomlarının Depresyon Üzerine Etkisi” isimli tez çalışması planlanmıştır. Tez çalışmam kapsamında kadınlardan “Kişisel Bilgi Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak veriler toplanacaktır. Yüksek Lisans tez çalışmam kapsamında aşağıda verilen bilgilendirme metnini okuyarak araştırmaya katılımınız ve destekleriniz teşekkür ederiz.

Araştırmaya etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra başlanılmıştır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışmanın bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçladığı, çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı, çalışmanın sonuçlarının katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacağı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, cevapların tamamen gizli tutulacağı, çalışmaya katılanların kimliklerini açık edici davranışlardan kaçınılacağı ve çalışmaya katılanların katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeleri durumunda istedikleri zaman katılımlarını sona erdirebilecekleri bilgileri size beyan edilmiştir.

Araştırmanın amacı ve bilgilendirme metnini okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

İMZA (Katılımcı)

Tarih (gün/ay/yıl):

Gülistan Sertkaya

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Öğrencisi

EK-5: Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu

Yaş:

1. Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite/Yüksekokul

2. Çalışma durumunuz nedir?

1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

3. Mesleğiniz nedir?

1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Diğer.....

4. Medeni durumunuz nedir?

1) Evli 2) Bekar

5. Evde kiminle yaşıyorsunuz?

1) Eşim ve ben 2) Eşim ve çocuklarım 3) Diğer.....

6. Gelir durumunuz nedir?

1) Gelir giderden fazla 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden az

7. Kronik bir hastalığınız var mı? (Şeker, tansiyon, kanser, vb.)

1) Evet (Belirtiniz).....

2) Hayır

8. Sigara Kullanımı

1) Evet 2) Hiç kullanmamış 3) Bırakmış

9. Alkol kullanımı

1) Evet 2) Hayır

10. Beslenmenize dikkat ediyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

11. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

12. Gebelik Sayınız nedir?

1) 0 2) 1 3) 2 4) 3 ve üstü

13. Menstruasyon durumunuz nedir? (Adet kanamanız devam ediyor mu?)

14. Menopozda iseniz girme yaşıınız:

15. Menopoza girme şekliniz nedir?

1) Doğal(kendiliğinden) menopoz 2) Cerrahi(ameliyatla) menopoz

16. Menopoz klinikliklerinde takipleriniz ne sıklıkta yapılır?

1) Düzenli takibim yok 2) 6 ayda bir

3) Yılda bir 4) Düzensiz

17. Menopoz dönemine ilişkin bilginizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

18. Menopoz dönemine ilişkin bilgi aldınız mı?

1) Evet ise kimden aldığınızı işaretleyiniz

a) Sağlık profesyonellerinde

b) Dergi, kitap, makale vb.

c) Tv, radyo, sosyal platformdan

d) Diğer:

2) Hayır

EK-6: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

Yakınmalar	Hiç Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlü, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)					
Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
Endişe/Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)					
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)					
İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikayetleri)					

EK-7: Perimenopozal Depresyon Değerlendirme Ölçeği

1. Son iki hafta içinde enerjinizde bir azalma fark ettiniz mi?

0	Enerjimde değişiklik yok, gün boyu aktifim
1	Eskiye oranla herhangi bir aktiviteden sonra daha fazla yoruluyorum
2	Yorgunluk nedeniyle aktivitelerim azaldı
3	Dinlenmeme rağmen çoğu zaman yorgun hissediyorum, aktivitelerim azaldı
4	Sürekli olarak tükenmiş hissediyorum, saçlarımı taramak gibi küçük işler bile tükenmiş hissettiriyor “Bedenim yorgun, zihnim yorgun”

2.Son iki hafta paranoid düşüncelerinizin arttığını deneyimlediniz mi?

0	Paranoid düşünce yok
1	Başkalarının sizin hakkında kötü düşündüğü konusunda artan endişe
2	Evdeki ya da işteki kişilerin sizin hakkınızda kötü düşündüğü konusunda şüphecilik
3	Başkalarının sizi önemsemediği veya sizin yerinize geçmeye çalıştığı konusunda emin olma
4	Başkalarının sürekli olarak birçok yönden size zarar vermeyi planladığına inanma

3.Son iki hafta içinde kendinizi daha sinirli hissettiniz mi?

0	Sinirlilik yok
1	Hafif sinirlilik
2	Küçük olaylara karşı artmış sinirlilik
3	“Patlama” diye ifade edebilecek öfke ve küçük olaylar karşısında sözlü patlamalar
4	Şiddetli öfke ve küçük olaylar karşısında büyük sözlü patlamalar

4.Son iki hafta içinde özsaygınız azaldı mı?

0	İyi özsaygı/özsaygımda değişiklik yok
1	Özsaygımda biraz azalma var
2	Gerçek bir nedeni olmayan zayıf özsaygı
3	Belirgin bir şekilde kendini aşağılayıcı yorumlar ve tüm yaşam alanlarında zayıf özsaygı
4	Kendinizi dünyanın sızsiz daha iyi olacağına inanacak kadar değersiz hissetme (Lütfen dikkat ediniz – bu derecelendirme intihar planlaması, eylemler ve kasıtlı kendine zarar verme davranışları hakkında daha fazla soruya öncülük etmelidir)

5.Son iki hafta içinde sosyal olarak geri çekildiniz mi?

0	Normal sosyalleşme
1	Azalan sosyalleşme
2	Sosyalleşmeye ilgisizlik
3	Sosyal ve mesleki geri çekilme
4	Başkaları bile olsa “bir balonun içinde” izole gibi hissetme

6.Son iki hafta içinde endişe düzeyiniz arttı mı?

0	Yeni endişe yok
1	Topluluk içinde bir şey yaparken artan endişe
2	Yeni işler yaparken çok endişeli
3	Düzenli olarak yapılan ve tanıdık işlerde artan endişe
4	Panik ataklar, sıradan ve tanıdık işler yaparken çok endişeli olma

7.Son iki hafta içinde fiziksel belirtiler yaşadınız mı?

0	Fiziksel bir belirti yok
1	Artmış kas ağrıları, egzersiz sırasında eklem ağrıları
2	Az hareketle bile artmış bacak, sırt ve eklem ağrıları
3	Sık görülen baş ağrıları, bir fiziksel etkinliği sınırlandıran kas ve eklem ağrıları
4	Etkinliği önleyen ve ağrı kesici gerektiren ciddi acılar ve ağrılar

8.Son iki hafta içinde uyku bozukluğu yaşadınız mı?

0	Uyku sorunu yok
1	Her gece bir iki defa kısa süreli uyanmadan dolayı uyku bölünmesi ancak kolayca uykuya dönme
2	Her gece birkaç kez uyanma nedeniyle uykunun bölünmesi ancak kolayca uykuya dalma
3	Sıcak basması ve terleme nedeniyle her gece üç ya da daha fazla kez uyanma ve zor uykuya dalma
4	Sürekli olarak her gece iki saat veya daha kısa süre uyanma. Terleme, sıcak basması, sıcak ve ardından soğuk hissetme, bütün gece uykunun bölünmesi

9.Kilo aldınız mı?

0	Kilo değişikliği yok
1	Hafif kilo alımı (1-2 kg)
2	Diyet veya egzersizde bir değişiklik olmamasına rağmen orta derecede kilo alımı (3-6 kg)
3	Diyet kısıtlamasına ve artan egzersize rağmen sürekli kilo alımı ve karın bölgesinde yağlanma
4	Karın, meme, kalça ve uylukta yağ birikimi olan aşırı kilo alımı (>6 kg)

10.Son iki hafta içinde cinsel isteğinizde bir azalma oldu mu?

0	Cinsel istekte değişiklik yok
1	Cinsel istekte hafif azalma
2	Azalmış cinsel istek
3	Cinsel istekte azalma ve cinsel ilişkide rahatsızlıklar
4	Tüm cinsel aktivitelere isteksizlik

11.Son iki hafta boyunca hafızayla ilgili herhangi bir zorlanma fark ettiniz mi?

0	Hafıza problemi yok
1	İsim ve sayıları hatırlamakta hafif problemler
2	İşyerinde veya evde çalışmak için listeler hazırlaması gerekiyor
3	İşlev bozukluğuna neden olan bozulmuş hafıza
4	Çalışmamaya neden olan ciddi hafıza kaybı

12.Son iki hafta içinde konsantre olmakta zorlandığınız oldu mu?

0	Konsantrasyon zorluğu yok
1	Okumaya konsantre olmakla ilgili hafif problemler
2	TV/film yorumlama ve izleme konusunda hafif konsantrasyon problemi
3	TV/film yorumlama ve izleme konusunda belirgin konsantrasyon problemi
4	Herhangi bir göreve odaklanamıyor

ÖZGEÇMİŞ

Gülistan SERTKAYA

A. EĞİTİM

Ön Lisans: İstanbul Üniversitesi (AUZEF), E-Ticaret ve Pazarlama (Devam ediyor)

Lisans: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 2012-2016-
Gelişim Üniversitesi Sağlık Yönetimi 2016-Halen

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği (Eğitim devam ediyor)

B. MESLEKİ DENEYİM

2013 GASEMİ İşyeri Hemşireliği

2013-2015 Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Kadın Doğum ve Doğumhane Servisi

2016-2017 Acıbadem Atakent Hastanesi, Kadın Doğum ve Doğumhane Servisi

2017-Halen İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ASM-34.26.190

C. YAYINLARI

Sertkaya, G. (2022). Menopoz Semptomları ve Ebelik Hemşierelik Yaklaşımları.
İZÜ Fen ve Mühendislik Bilimleri Lisansüstü Öğrenci Kongresi.

D. SERTİFİKALAR/KURS

Non Stress Test (NST) ve Yorumlanması Eğitimi. Liv Hospital. 2016

RIA (Rahim içi araç) Sertifikası. Halk Sağlığı Müdürlüğü. 2017

AP ve Üreme Sağlığı Sertifikası. Halk Sağlığı Müdürlüğü. 2017

Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. 2022