

**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**BEYLİKOVA'DA ORTA YAŞ KADINLARDA MENOPOZ  
SEMPTOMLARI SIKLIĞI, MENOPOZ BİLGİ DÜZEYİ VE  
SAĞLIK EĞİTİMİNİN MENOPOZ SEMPTOMLARI  
ÜZERİNE ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr.Tuğçe KOYUNCU**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR  
2015**



**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**ORTA YAŞ KADINLARDA MENOPOZ SEMPTOMLARI SIKLIĞI, MENOPOZ  
BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIK EĞİTİMİNİN MENOPOZ SEMPTOMLARI  
ÜZERİNE ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr.Tuğçe KOYUNCU**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof.Dr.Alaettin ÜNSAL**

**ESKİŞEHİR  
2015**

## TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

iii

T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Tuğçe KOYUNCU'ya ait " Beylikova'da Orta Yaş Kadınlar da Menopoz Semptomları Sıklığı, Menopoz Bilgi Düzeyi Ve Sağlık EĞitiminin Menopoz Semptomları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:15.06.2015

Jüri Başkanı Prof. Dr. Selma METİNTAŞ  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Mustafa TÖZÜN  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulunun  
.....Tarih ve .....Sayılı Kararıyla onaylanmıŐtır.

Prof. Dr. Enver İHTİYAR  
Dekan

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasına yardımlarını esirgemeyen, her konuda rahatlıkla ulaşıp danıştığım değerli tez danışmanım Prof.Dr. Alaettin ÜNSAL'a, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda almış olduğum 4 yıllık uzmanlık eğitimimde büyük emekleri olan, bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, sayın hocalarım Prof.Dr. Cemalettin KALYONCU'ya, Prof.Dr. Selma METİNTAŞ'a, Prof.Dr. Burhanettin IŞIKLI'ya, Pof.Dr. Didem ARSLANTAŞ'a ve Yard.Doç.Dr. M.Fatih ÖNSÜZ'e teşekkür eder, sonsuz saygılarımı sunarım. Ayrıca tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen değerli asistan arkadaşlarım Arş.Gör.Dr. Necati BUĞRUL'a, Arş.Gör.Dr. Fatih ÖZ'e, Arş.Gör.Dr. M.Enes GÖKLER'e, Arş.Gör.Dr. Emine AYHAN'a, Arş.Gör.Dr. Özkan ÖZAY'a, Arş.Gör.Dr. Egemen ÜNAL'a, Arş.Gör.Dr. Reşat AYDIN'a, Arş.Gör.Dr. M.Serhat AYGÜN'e, Arş.Gör.Dr. Gülsüm ÖZTÜRK EMİRAL'a, Arş.Gör.Dr. Burcu IŞIKTEKİN ATALAY'a, Arş.Gör.Dr. Hazal KORKMAZ'a ve Arş.Gör.Dr. Ramazan SAĞLAN'a teşekkür ederim.

## ÖZET

**Koyuncu, T. Beylikova’da orta yaş kadınlarda menopoz semptomları sıklığı, menopoz bilgi düzeyi ve sağlık eğitiminin menopoz semptomları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2015.**

Bu çalışma, Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubu kadınlar arasında menopoz semptom sıklığının saptanması, menopozla ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi, menopoz hakkında bilgi ve tutumların ölçülmesi ile menopoz semptomları üzerine yapılacak sağlık eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. İki aşamadan oluşan bu çalışmanın, birinci aşamasında hedef kitleyi oluşturan kadınlardan menopoz semptomları, menopoz bilgi düzeyi ve menopoza yönelik tutumları ile ilgili veriler toplanmıştır. İkinci aşamasında ise veri toplama sırasında vazomotor semptomları var olan kadınlara menopoz ile ilgili bilgiler ve semptomlardan korunma yollarını içeren önceden hazırlanmış bir eğitim programı uygulanmıştır. Yapılan eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi için 30-45 gün sonra, etkinliğe katılan kadınlara evlerinde tekrar ulaşılarak menopoz semptomları, menopoz bilgi düzeyi ve menopoza yönelik tutumları tekrar değerlendirilmiştir. Çalışma grubundaki 310 kadında ciddi menopozal semptom sıklığı %41.9 olarak saptanmıştır. Kadınların %68.1’inde ciddi somatik semptomlar, %74.8’ünde ciddi psikolojik semptomlar, %38.1’inde ise ciddi ürogenital semptomlar vardı. Müdahale sonrasında Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin somatik, psikolojik alt boyutlarında ve toplam puanlarda azalma olduğu saptanmıştır. Menopoz ile ilgili bilgi düzeyinde, menopoz tutum değerlendirme ölçeğinin pozitif duygusal ve negatif duygusal altboyutlarında olumlu değişim gözlenmiştir. Menopozal semptomların algılanan şiddetinin, menopoz ile ilgili bilgi ve tutum düzeyinin olumlu yönde değiştirilebilmesi için sağlık eğitimi düşük maliyetli ama etkili bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Menopoz, Bilgi, Tutum, Sağlık Eğitimi

## ABSTRACT

**Koyuncu, T. The frequency of menopausal symptoms, knowledge level about menopause and effectiveness of a health education intervention in middle age women in Beylikova. Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Thesis in Department of Public Health, Eskisehir, 2015.** This Study aimed to determine the frequency of menopausal symptoms and related factors, to examine knowledge and attitude about menopause and effectiveness of a health education intervention for women between the ages of 40-64 in Beylikova. In the first stages of the study, data about menopause symptoms, knowledge and attitude were collected. In the second stage, health education including information about menopause and coping strategies for menopausal symptoms were given to women with vasomotor symptoms. To assess effectiveness of health education intervention, women, who participate to health education, were visited again in their home after 30-45 days. Data about menopause symptoms, knowledge and attitude were collected again. Of the 310 women in this study group, the frequency of severe menopausal symptoms is 41.9%. The frequency of severe somatic symptom is 68.1%, severe psychologic symptom is 74.8% and severe urogenital symptom is 38.1%. After health education intervention; somatic, psychologic subscales and total score of Menopause rating scale were decreased. Knowledge level about menopause and positive emotional and negative emotional subscales scores of Menopause attitude assessment scale were increased. In conclusion; health education is effective and low cost method to change the perceived severity of menopausal symptoms, the level of knowledge and attitude in a positive way.

**Keywords:** Menopause, Knowledge, Attitude, Health Education

**İÇİNDEKİLER**

	<b>Sayfa</b>
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTLAMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Menopoz	3
2.1.1. Menopoza Girme Yaşı	5
2.1.2. Menopoz Semptomları	5
2.1.3. Menopozda Tedavi Yaklaşımları	11
2.2. Tutum	13
2.2.1. Bilişsel Öge	14
2.2.2. Duygusal Öge	14
2.2.3. Davranışsal Öge	15
2.2.4. Tutumların Oluşması ve Değişmesi	15
2.3. Menopoz ve Tutum	16
2.4. Sağlık Eğitimi	16
2.4.1. Öğrenme	17
2.4.2. Halk Eğitimi	18
2.4.3. Sağlık Eğitimi için Program Geliştirme	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Çalışmanın Tasarımı ve Evreni	24
3.2. Etik Kurul Onayı	25
3.3. Anket Form	25
3.4. Tanımlar	26
3.5. Kullanılan Ölçekler	27



	<b>Sayfa</b>
3.5.1. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	27
3.5.2. Menopoz Bilgi Değerlendirme Formu	27
3.5.3. Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği	28
3.6. Antropometrik Ölçümler	30
3.7. Birinci Aşama	31
3.8. İkinci Aşama	31
3.8.1. Hazırlık	31
3.8.2. Eğitim Programı	32
3.9. İstatistiksel Analizler	33
4. BULGULAR	34
4.1. Birinci Aşama	34
4.2. İkinci Aşama	48
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKLAR	61
EKLER	
EK 1: Anket form	
EK 2: Eğitim etkinliklerinde kullanılan broşür	

**SIMGELER VE KISALTMALAR**

Aİ	Aile ilişkileri alt boyutu
$Cr\alpha$	Cronbach Alpha katsayısı
D	Danranışsal alt boyut
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
FSH	Folikül stimulan hormon
HRT	Hormon replasman tedavisi
KGO	Kapsam geçerliliği oranı
KMO	Kaiser-Mayer-Olkin katsayısı
LDL	Düşük yoğunluklu lipoprotein
MBDF	Menopoz Bilgi Değerlendirme Formu
MRS	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
MTDÖ	Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği
ND	Negatif duygusal alt boyut
PD	Pozitif duygusal alt boyut
STRAW	Reprodüktif yaşlanmanın evreleri çalışması
TG	Trigliserit
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	Vücut kitle indeksi

**ŞEKİLLER****Sayfa**

3.1: Eskişehir ili haritası.

24

3.2: Çalışma tasarımı.

25

**TABLolar**

	<b>Sayfa</b>
2.1: STRAW evreleme sistemi.	4
4.1: Tablo 2: Beylikova'da yaşayan 40-64 yaş grubundaki kadınların ve çalışma grubunu oluşturanların yaş ve medeni durumları.	35
4.2.: Çalışma grubundakilerde görülen menopoz semptomlarının dağılımı.	37
4.3: Ciddi menopozal semptomu olan ve olmayanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.	39
4.4: Ciddi menopozal semptomları olan ve olmayan kadınların bazı reproduktif özelliklere göre dağılımı.	42
4.5: Ciddi menopozal semptomları olan ve olmayan kadınların menopoz ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı.	44
4.6: Ciddi menopozal semptom sıklığı ve ilişkili olduğu dşnlen değişkenler ile oluşturulan lojistik regresyon analizi sonuçları.	45
4.7: Çalışma grubundakilerin menopoz bilgi değerlendirme formundan ve MRS'den aldıkları puanlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları.	46
4.8: Çalışma grubunda MTD ve MRS leğinden alınan puanlar arasında korelasyon analizi sonuçları.	47
4.9: Çalışma grubundaki kadınların MTD ve MBDF'dan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları.	48
4.10: Müdahale ncesi ve sonrası MRS, MBDF ve MTD'den alınan ortanca puanların dağılımı.	49

## 1. GİRİŞ

Gebelik, emzirme veya tedavi gibi herhangi bir neden olmadan 12 aydan uzun süre menstrual kanama olmaması durumu olarak tanımlanan menopoz, orta yaşa ulaşabilen bütün kadınların yaşayacağı doğal bir süreçtir (1).

Kadınların büyük bir kısmı 45-54 yaşları arasında menopoza girerler. Demografik dönüşüm sonucu doğuştan beklenen yaşam süresi, son 100 yılda oldukça uzamış ancak menopoza girme yaşı bir değişiklik göstermemiştir. Menopoza girme yaşının bir değişiklik göstermemiş olması nedeniyle kadınlar, hayatlarının büyük bir kısmını postmenopozal dönemde geçirmektedirler. Zamanla postmenopozal dönemde olan kadın sayısının tüm nüfus içindeki oranı artmaktadır. Geçmişten günümüze her dönem, kadın hayatında önemli bir yere sahip olan menopoz ise önemini daha da arttırmıştır. Sağlık hizmeti planlanmasında ve sunumunda da menopoz, göz önünde bulundurulması gereken önemli kadın sağlığı konularından biri haline gelmektedir (2, 3).

Menopoz döneminde görülen önemli şikayetlerden bazıları sıcak basması, vajinal kuruluk, sinirlilik ve uyku sorunlarıdır. Bu şikayetlerin ortaya çıkış nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte genel olarak östrojen eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (2). Ancak bu şikayetlerin menopoz dönemindeki her kadında olmaması veya aynı şiddette olmaması ve tedavi alanlarda tedaviye verilen cevabın farklılık göstermesi sadece östrojen eksikliği ile açıklanamayacağını düşündürmektedir. Östrojen eksikliğinin yanı sıra bu şikayetlerin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen etkenlerden bazıları menopoz ile ilgili bilgi, tutum, algı ve davranış biçimleri gibi özelliklerdir (4).

Bilgi, sağlık hizmetlerinin kullanımı için bir ön koşuldur. Kadınların kendi alacakları sağlık bakımları konusunda karar verme ve sağlığını koruma konularında söz sahibi olabilmeleri için sağlıkla ilgili konularda yeterince bilgi sahibi olması gerekmektedir (5).

Tutum; bireylere, yerlere, olaylara ya da fikirlere ilişkin düşünce, duygu ve muhtemelen davranışlarını organize eden bir eğilimdir. Yani sağlıklı bir davranışı başlatmak ya da gerçekleştirmek için gerekli olan eğilimdir. Bireyin o ana kadar öğrendiği bilgiler, kişisel yaşantıları ve deneyimleri, içinde yaşadığı toplum ve bir nesneye karşı hissettiği duygular o nesneye olan tutumunu belirler (6, 7).

Kadınların menopoz hakkındaki tutumlarını ve orta yaşın kadınlar için anlamını etkileyen önemli faktörler arasında toplumun kültürel ve etnik özellikleri yer almaktadır. Kadınların menopoza yaşamın doğal bir süreci ya da bir hastalık olarak görmeleri ve orta yaşla birlikte hayatlarındaki gelişmeler menopoz hakkındaki tutumlarını etkiler. Menopozal şikayetler ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların menopoz hakkındaki tutumlarının menopoz şikayetlerinin ortaya çıkmasında ve şiddetinde etkili bir değişken olduğu bildirilmektedir. Menopoza yönelik tutumu iyileştirmeye yönelik çalışmalar ile menopoz semptomlarının sıklığını ve şiddetini azaltmak mümkün olabilmektedir (8, 9).

Bu çalışma, Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubu kadınlar arasında menopoz semptom sıklığının saptanması, menopozla ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi, menopoz hakkında bilgi ve tutumların ölçülmesi ile menopoz semptomları üzerine yapılacak sağlık eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Menopoz orta yaşa ulaşacak kadar şanslı olan her kadının yaşayacağı fizyolojik bir süreçtir. Aristo'nun "Historia Animalium" kitabında kadınlarda menstrüel kanamanın 50 yaş civarında sonlandığından bahsedilmiş ve bu döneme "kritik zamanlar, kadınların cehennemi, gizli hastalık, zehrin vücuttan atılamaması" gibi isimler verilmiştir. Menopozal dönemde kadın vücudunda meydana gelen değişiklikleri tanımlamak için Yunanca kökenli "klimakteriyum" kelimesi kullanılmaktadır. Menopoz kelimesi ise ilk olarak Fransız hekim Gardanne tarafından 1821 yılında kullanılmıştır. Yunanca kökenli "meno" (ay) ve "pause" (kesilme) kelimelerinden türetilmiştir (10, 11).

Tarihin her döneminde kadın hayatında önemli bir yere sahip olan menopoz, demografik dönüşüm sonucu doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ile önemini daha da arttırmıştır (2).

### 2.1. Menopoz

Son menstrual kanama anlamına gelen menopoz, ovaryum aktivitesinin yitirilmesi ile 12 ay ve daha uzun süre menstrual kanamanın olmaması şeklinde tanımlanabilir (1).

Fetal hayatın 20. haftasından itibaren başlayan ovarial foliküllerin atrezisi, reproduktif dönemde başlayan ovulasyonlarla birlikte yaşamın ilerleyen dönemlerine kadar devam etmekte ve menopoz ile tükenmektedir. Foliküllerin tükenmesi ile ovulasyon da biter ve doğurganlık sona erer (12).

Kadınların reproduktif dönemlerini sınıflandırmak için biraraya gelen bir grup klinisyen ve araştırmacının yaptığı Reproduktif yaşlanmanın evreleri çalışması'nda (STRAW), menopoz öncesi ve sonrası dönemde kadınların menstrual kanama ve hormonal değişiklikleri ve perimenopozal dönemdeki durumları açıklanmıştır (13). Reproduktif yaşlanmanın evreleri Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Reprodüktif yaşlanmanın evreleri.

Evreler	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
Termi- noloji	Reprodüktif			Menopozal Geçiş		b	Postmenopozal	
	Erken	Tepe	Geç	Erken	Geç <sup>a</sup>		Erken <sup>a</sup>	Geç <sup>a</sup>
	Premenopoz			Perimenopoz				
Süre	Değişken			Değişken		b	1 yıl	4 yıl
Menstrual siklus	Değişken ya da düzenli	Düzenli		Değişken siklus uzunluğu	c		12 ay amenore	Yok
Endokrin	Normal FSH <sup>d</sup>		Artmış FSH <sup>d</sup>	Artmış FSH <sup>d</sup>			Artmış FSH <sup>d</sup>	

a: sıklıkla vasomotor semptomlar eşlik eder

b: son menstrual siklus (menopoz)

c: 2'den az olmak kaydıyla atlanan sikluslar, kanama olmadan geçen süre 60 günden az olmak kaydıyla

d: Folikül Stimulan Hormon

Menopozdan önceki bir kaç yılda overlerdeki az sayıda folikülü uyarmak için hipofizden Folikül Stimulan Hormon (FSH) salınımı artar. Ancak overlerin FSH'a direnci artar ve FSH düzeyindeki artışa rağmen her siklusta ovulasyon olmayabilir. Bu durum östrojen düzeyi ve buna bağlı olarak progesteron düzeyinde dalgalanmalara, menstrual siklusta düzensizliklere neden olabilir. Hormon düzeylerindeki bu dalgalanmalar erken postmenopozal dönemde de devam eder ve menopozun erken dönem semptomlarının ortaya çıkmasında önemli bir role sahiptir (13).

Perimenopozal dönem, menopoz ve çevresindeki zaman veya menopoza yakın zamanlar olarak tanımlanabilir. Yani menopoz öncesindeki mensrül siklus düzensizliklerinin başladığı dönem ile postmenopozal 1. yıl sonunda biten dönem kastedilmektedir. Postmenopozal dönem, erken ve geç olmak üzere iki dönemden oluşur. Menopoza girdikten sonraki ilk 5 yıl erken postmenopozal dönem, erken postmenopozal dönemin bitmesinden sonraki yıllar ise geç postmenopozal dönem oluşturmaktadır. Reprodüktif



dönemin perimenopozal dönemden önceki zaman dilimi (menstrüel siklusta değişiklik olmadan önceki kısım) premenopozal dönem olarak tanımlanmaktadır (13).

Son menstrüel kanamanın 40 yaşından önce olmasına erken menopoz denir. Erken menopoz, kendiliğinden olabildiği gibi cerrahi ve tıbbi müdahaleler sonucu da olabilmektedir. Erken menopozun kendiliğinden ortaya çıkmasına prematür ovaryan yetmezlik denilmektedir. Çoğunlukla idiopatik olup, diğer nedenleri arasında otoimmün hastalıklar, metabolik hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları yer almaktadır. Sigara içenlerde ve ailesinde erken menopoz hikayesi olanlarda daha sık görülmektedir. Cerrahi ya da tıbbi müdahaleler sonucu oluşan menopoz ise premenopozal dönemde bilateral oofektomi, kanser tedavileri ve radyoterapi sonucu gelişebilir (14).

### **2.1.1. Menopoza Girme Yaşı**

Dünya'da menopoza girme yaşı 40-58 arasında değişmekte olup ortalama 51 olarak rapor edilmektedir. Menopoza girme yaşı toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir. Dünyanın çeşitli ülkelerinde yapılan bazı çalışmalarda ortalama menopoza girme yaşı Bengal'de 46.5, Norveç'te 50.9, Çin'de 48.9, Kuzey Amerika'da 51.4 yıl olarak bildirilmiştir (15-18). Menopoza girme yaşındaki bu farklı sonuçların nedenleri arasında genetik özellikler, beslenme ve yaşam biçimleri ya da sağlık hizmetlerine ulaşımındaki farklılıklar olabilir.

Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda ise menopoza girme yaşının 45 ile 50 arasında değiştiği bildirilmektedir (19-23). Türkiye nüfus sağlık araştırmaları 2013 sonuçlarına göre Türkiye'de 48-49 yaşlarındaki kadınların %49.1'inin postmenopozal dönemde olduğu bildirilmektedir (3).

### **2.1.2. Menopoz Semptomları**

Menopoz dönemi, bazı sağlık sorunlarının da yaşandığı fizyolojik bir süreçtir. Her kadın menopoz sürecini kendine has bir biçimde yaşar. Kadınlar, herhangi bir fiziksel ya da psikolojik semptom görülmeden

menopozal süreci atlatabileceği gibi, menopoz semptomlarının çok yoğun yaşandığı ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bir süreç olarak da yaşayabilirler (13). Menopoz ve yaşlanma birbirine paralel olarak gelişen iki süreç olduğu için semptomların ne kadarından yaşlanmanın ne kadarından ise menopozun sorumlu olduğunu ayırt etmek güç olabilir (24, 25).

Menopoz döneminde yaşanan sağlık sorunlarından vazomotor semptomlar ve duygu durum değişiklikleri gibi semptomlar perimenopozal dönemde ortaya çıkmakta ve erken postmenopozal dönemin sonlarına kadar devam edebilmektedir. Ürogenital sistemdeki atrofik değişiklikler sonucu oluşan bazı ürogenital sistem hastalıkları, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar ise postmenopozal dönemde zaman içinde yerleşen sağlık sorunlarından (13).

### **Vazomotor Semptomlar**

Menopoz döneminin en spesifik semptomları olan vazomotor semptomlar; sıcak basması ve gece terlemeleridir. Kadınların bu dönemde hekime en sık başvuru nedeni vazomotor semptomlardır (26).

Sıcak basması, genellikle 1-30 dakika kadar süren, baş ve boyundan başlayan ani bir sıcaklık hissi, kızarıklık ve sonrasında terleme ve hafif bir üşüme ile karakterizedir. Gece terlemeleri ise uyku sırasında görülen sıcak basmalarıdır. Sıcak basmaları kendiliğinden ortaya çıkabildiği gibi bazen utanma, sıcak, alkollü ya da kafeinli içecekler içmek, stres vb. bazı tetikleyicilerin etkisi ile de ortaya çıkabilir. Perimenopozal dönemde görülen bu şikayetler bazen erken postmenopozal dönemin sonlarına kadar da devam edebilir (2, 26).

Vazomotor semptomlar, dünyanın her yerinde menopoza giren kadınlarda görülmekte olup, bu semptomların sıklığı sosyodemografik özelliklere, etnik ve kültürel yapıya göre farklılık göstermektedir. Vazomotor semptomların görülme sıklığı, Avrupa'da yaşayan kadınlarda % 74 iken, Uzak Doğu kadınlarda %10'lara kadar düşmektedir (4, 26). Soyalı yiyeceklerin, içerdikleri fitoöstrojenler nedeniyle vasomotor semptomların görülme sıklığını azalttığı bilinmektedir. Uzak Doğu kadınlarda vazomotor

semptomların az görülmesinin sebeplerinden biri, soyalı yiyecekleri bolca tüketmeleri olabilir (26). Ayrıca vazomotor semptomların sıklığı ve şiddeti ile iklimsel özellikler arasında önemli bir ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da vardır. Sıcak bölgelerde yaşayan kadınlarda, vazomotor semptomlar daha sık görülmektedir (27).

Vasomotor semptomların, östrojen düzeyinin azalmasının termoregüler sistem üzerine olan etkileri sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (4). Hormon replasman tedavisi (HRT) ile bu semptomların düzelmesi de bu görüşü desteklemektedir. Bir başka görüş ise menopoz döneminde seratonin ve noradrenalinin vazomotor semptomların ortaya çıkmasında etkili olabileceğidir. Serotonin ve noradrenalin, termoregüler sistemi etkileyerek vücut sıcaklığını belirlemede ve vazodilatasyon/vazokonstrüksiyon mekanizmalarında etkili olmaktadır. Bu bilgiden yola çıkılarak bu semptomların tedavisinde selektif serotonin ve/veya noradrenalin reseptör antagonistleri kullanılması gündeme gelmiştir. Bu tedavilerin plasebo ile kıyaslandığında daha etkili olduğu ancak HRT kadar etkisinin olmadığı bilinmektedir (2, 4).

### **Psikolojik Semptomlar**

Perimenopozal dönemde, sinirlilik, anksiyete ve gerginlik, yorgunluk, cinsel istekte azalma, hafıza ve konsantrasyon sorunları gibi çeşitli psikolojik semptomlar görülebilir. Bu semptomların direk olarak azalmış östrojen düzeyi ile ilgili olduğuna dair bir kanıt bulunmamaktadır. Ancak beyinde östrojen, progesteron ve testesteron reseptörlerinin bulunması; hormon düzeylerindeki azalma ile bu semptomlar arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca östrojenin duygu durum ile ilişkili olan seratonin, glutamat, katekolaminler ve gama amino bütirik asit gibi bazı nörotransmitterler üzerine etkileri olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (2, 28).

Menopoza giren kadınların çocuklarının büyüüp evden ayrılması, yaşlı ebeveynlerin bakımının üstlenilmesi ve eşin kaybı gibi bazı önemli olayların kadınları sosyal ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkileyebilir.

Hormonal değişikliklerin yanında sosyal hayatta ortaya çıkan olumsuz değişimler de kadınların bu dönemde daha kırılgan olmasına ve psikolojik semptomların ortaya çıkmasına yol açabilir (28).

### **Uyku Bozuklukları**

Yaş ilerledikçe her iki cinste de uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü bilinmektedir. Perimenopozal kadınlarda uykuya dalmada güçlük ve gecede bir kaç kez uykunun bölünmesi gibi bazı uyku bozuklukları görülmektedir (29).

Gece terlemeleri, uyku bozukluklarından biri olan sık sık uyanmanın önemli nedenlerindedir. Perimenopozal kadınlarda sık görülen endişe hali, ani duygu-durum değişiklikleri gibi psikolojik nedenler ise uykuya dalma güçlüğü'nün önemli sebepleri arasında sayılabilir. Uykunun sık sık bölünmesi ve uykuya dalmada güçlük sonucunda gece uykusunun tam alınamamasına neden olabilir. Bunun sonucunda ise gün içinde gerginlik, yorgunluk ve odaklanma problemleri yaşanabilir. Bu durumun kadınlar için bir kısır döngüye dönüşmeden bir yerden kırılması gerekmektedir (30).

### **Ürogenital Atrofiye Bağlı Semptomlar**

Vulva, vajen, üretra ve mesane trigonunun embriyolojik yakınlıkları olup çok sayıda östrojen reseptörü içerirler. Postmenopozal dönemde östrojen düzeyindeki önemli azalma ile bu organlarda atrofi meydana gelebilir (31).

Postmenopozal kadınların çoğunda, farklı derecelerde vajina epitelinde atrofik değişiklikler oluşur. Vajina epiteli silindirik epitelden yassı epitele dönüşür ve rugalar kaybolur. Vajen zamanla kısalır, daralır ve esnekliği azalır. Vajinal duş veya koitusa bağlı minimal travma, hafif vajinal kanamalara sebep olabilir (2).

Östrojen yetersizliği sonucu, vajina epiteli hücrelerinde yeterli glikojen toplanamadığından vajen florasını oluşturan Döderlein basilleri için yeterli gıda ortamı kaybolur. Bu bakterilerin yerine çeşitli bakterilerden oluşan bir

flora ortaya çıkar. Vajinanın asit reaksiyonu geriler. Alkali ortam ise enfeksiyonlar için uygun bir ortam oluşturur (31).

Östrojen düzeyindeki azalma ile genellikle serviks küçülür. Servikal mukus salgısındaki azalma da vajinal kuruluğun artmasına yol açabilir. Vajinal kuruluk postmenopozal dönemde sık görülen semptomlardan biridir. Postmenopozal dönem vulvadaki en sık görülen semptomu pruritusdur. Östrojen replasman tedavisi genellikle pruritusu gidermede oldukça etkindir (31).

Genital atrofiler, postmenopozal dönemde cinsel fonksiyonları etkileyen önemli faktörlerden biridir. Vajinada kuruluk ve yanma, ileri dönemlerde vulvada oluşan darlıklar, koitus güçlüğü ve disparoniye neden olarak cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkiler (2).

Hem endometrium hem de myometriyum, postmenopozal dönemde atrofiye olur. Atrofi, uterustaki küçük ve orta boy myomların küçülmesine yol açar. Myom boyutlarındaki küçülme ve buna bağlı olarak semptomların kaybolması, cerrahi tedavi gerekliliğini ortadan kaldırabilir. Folliküler aktivitenin durmasıyla menopoza giren kadınlarda endometriumun östrojen ile uyarımı da son bulur. Endometrium yalnız uterus içinde değil, ektopik yerleşimlerde de inaktif olur. Böylece, endometriozisin semptomatik alanları giderek küçülür ve daha az rahatsızlık verir. Ayrıca tubalar ve overlerde de küçülme olur (32).

Postmenopozal kadınlarda oldukça sık görülen üriner sistem bozukluklarından biri de üriner inkontinanstır. Üriner inkontinansın sık görülmesinin önemli sebeplerinden biri azalmış östrojen seviyelerinin üretra ve çevre dokularda oluşturduğu atrofi olabilir. Özellikle stres üriner inkontinans etyolojisinde üretral tonusun ve çevre dokuların üretraya desteğinin bozulması (uterin prolapsus, sistosel ve rektosel) ve sfinkter yetersizliğinin rol oynadığı düşünülmektedir (33, 34). Üriner inkontinans dışında disüri ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları da menopozal dönemde sık görülen üriner sistem sorunlarından (2).

### **Osteoporoz**

Osteoporoz, kemik dokusunun mikro yapısının bozulmasıyla seyreden kemik kitlesindeki azalma olarak tanımlanmaktadır. Postmenopozal dönemde, östrojen ve progesteronun dolaşımdaki seviyelerinin belirgin ölçüde düşüşü, kemik resorpsiyonunda artmaya, negatif kalsiyum dengesine ve kemik hacminde kayba neden olur. Hastalığın klinik tanısı kemik mineral yoğunluğunun ölçülmesi (T-skoru -2.5'in altında ise osteoporoz) ya da kemiklerde kırık hikayesi ile konur (35, 36).

Dinamik bir metabolizmaya sahip olan kemik dokusu, 25-35 yaşları arasında en yüksek mineral yoğunluğuna ulaşmaktadır. Daha sonraki yaşlarda, kemik rezorpsiyonu, yapımına göre artış gösterdiğinden kemik dokusu giderek yoğunluk kaybeder. İleri yaşlarda görülen osteoporoz postmenopozal osteoporoz ya da senil (yaşlılık) osteoporoz olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Senil osteoporoz yani yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan osteoporoz, kemik mineral yoğunluğundaki kayıplar nedeniyle hem erkeklerde hem de kadınlarda çoğunlukla 65 yaş üzerinde görülen bir hastalıktır. Postmenopozal osteoporoz ise 65 yaş öncesi kadınlarda overlerden salgılanan östrojen ve progesteron hormonlarının azlığı ile ilişkilidir (37).

Postmenopozal dönemin ilk 5 yılında kemik kaybı çok hızlı olup daha sonraki süreçte yavaşlamaktadır. Bu dönemde tedaviye ne kadar erken başlanırsa o kadar çok kemik kitlesi korunabilir. Düzenli egzersiz yapmak, kalsiyum ve vitamin D bakımından dengeli bir beslenme osteoporozun önlenmesinde çok önemlidir (38).

### **Kardiyovasküler Hastalıklar**

Kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha ileri yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Reprodüktif dönemdeki kadınlarda östrojenin kardiyoprotektif etkisi menopoz sonrasında ortadan kalkmaktadır. Bundan dolayı kardiyovasküler hastalıklar postmenopozal kadınlarda oldukça sık görülmektedir (24).

Postmenopozal dönemde, kadınlarda kardiyovasküler hastalık riskinde artışa neden olan ciddi hormonal, metabolik ve vasküler değişiklikler görülür. Östrojen düzeylerindeki ani düşmeler kardiyovasküler hastalıklarla yakından ilişkili olan endotel disfonksiyonuna eşlik etmektedir. Doğal menopoza takip eden 3-5 yıl içerisinde trigliserit (TG) ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) düzeylerinde artış olmaktadır. Oysa cerrahi menopoza gelişen kadınlarda TG ve LDL düzeylerindeki artış ilk 6 ayda ortaya çıkmaktadır. Çoğu kadında erken postmenopozal dönemde vücut ağırlığı artmakta, vücut yağ dağılımı değişerek santral tip obezite gelişmektedir. Santral tip obezite ise kardiyovasküler hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür (24).

Postmenopozal kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların daha ileri yaşlarda ortaya çıkması ve genellikle ortaya çıktığı dönemlerde ek risk faktörlerinin var olması kadınlarda bu hastalıkların prognozunun daha kötü olmasına yol açabilir (39).

### **2.1.3. Menopozda Tedavi Yaklaşımları**

Sağlık bakımı, perimenopozal döneme ulaşan kadınların tamamının yararlanması gereken bir hizmettir. Perimenopozal dönemdeki kadınlar için sağlık bakımı, menopoza sonrasında sık görülen kronik hastalıklarının önlenmesi ve gerekli durumlarda menopoza semptomlarının tedavisinden oluşmaktadır. Osteoporoz, kardiyovasküler sistem hastalıkları, meme ve serviks kanseri gibi malign hastalıklar postmenopozal dönemde görülme sıklığı artan kronik hastalıklardır (40).

Postmenopozal osteoporozdan korunmak için diyetle kalsiyum ve D vitamini zengin gıdaların tüketimini arttırmak (eğer gerekirse kalsiyum ve D vitamini preparatları) oldukça önemlidir. Egzersiz de (özellikle ağırlık kaldırma egzersizleri) osteoporozdan korunma da etkinliği kanıtlanmış yöntemlerden biridir. Sağlıklı bir diyet ve uygun egzersizin hem kardiyak kapasiteyi arttırması hem de kilo kontrolüne yardımcı olması nedeniyle kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir (40).

Postmenopozal dönemde sık görülen malignitelerin erken tanısı için yürütülen tarama programları bu kanserlerin erken evrede yakalanmasını ve tedavi edilebilmesini olanaklı kılmaktadır. Türkiye’de meme kanserinin erken tanısı için kullanılan tarama programında 40 yaşın üzerindeki tüm kadınlara, iki yılda bir olmak üzere mammografi ve klinik meme muayenesi yapılmaktadır. Bunun dışında her ay belirli bir günde yapılması gereken “kendi kendine meme muayenesi”, kadınların meme kanseri hakkındaki farkındalıklarını arttırması ve kadınların kendi memelerini tanımasını sağladığı için meme kanseri erken tanısında yardımcı olan yöntemlerdendir. Servikal kanser gelişimini önlemek ve prekanseröz lezyonların erken tanısı ve tedavisi için Türkiye’de 5 yılda bir Pap smear ile tarama yapılmaktadır (41, 42).

### **Hormon Replasman Tedavisi**

Menopoz döneminde ortaya çıkan semptomların temel nedeni over hormonlarının düzeyindeki azalmadır. Bu semptomların tedavisindeki yaklaşımlardan en önemlisi ise HRT’dir. HRT, östrojen-progesteron kombinasyonu, yalnız östrojen şeklindeki oral preparatlarla olduğu gibi topikal (vajinal) preparatlar şeklinde de kullanılabilir (43).

Hormon replasman tedavisinin en önemli endikasyonu, vazomotor semptomlardır. Vazomotor semptomların en etkili tedavi yöntemi HRT olup, kısa süreli kullanımlarında perimenopozal dönemde ortaya çıkan duygudurum değişikliklerinde de olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir. Hormon replasman tedavisi, topikal veya sistemik kullanımında vulvar ve vajinal atrofiyi engeller ve epitel üzerine proliferatif etki gösterir. Vajinal kayganlığı arttırarak cinsel fonksiyonları olumlu yönde etkileyebilir. Yalnızca ürogenital atrofiye bağlı semptomları olan kadınlarda topikal etkili preparatların kullanımı, sistemik HRT’nin yol açabileceği yan etkilere neden olmayacağı için daha uygun olabilir. Hormon replasman tedavisi, mesane ve üretral epitel üzerinde de proliferatif etki göstererek sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi gibi semptomları ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olma riskini azaltabilir. Postmenopozal dönemde östrojen düzeyindeki azalma, kemik, cilt



ve intervertebral diskler gibi bağ dokudan zengin dokularda negatif bir etkiye sahiptir. Östrojen replasman tedavisi, bağ dokudaki bu negatif etkinin ortaya çıkmasını engelleyebilir (40, 43). Hormon replasman tedavisi, osteoporozun önlenmesi ve tedavisinde prematür ovaryan yetmezliği olan ya da 60 yaşın altında, menopozal semptomları bulunan postmenopozal kadınlarda kullanılabilir. Altmış yaşın üzerinde kullanımı ise önerilmemektedir (44).

Hormon replasman tedavisinin kardiyovasküler hastalıkların tedavisindeki yeri oldukça tartışmalı olmakla birlikte erken dönemde başladığında fayda sağladığı düşünülmektedir. Ancak HRT alan kadınlarda venöz tromboemboli görülme riskinde artış olduğu da bildirilmektedir (24).

Kombine oral preparat kullanımının, kolorektal kanser riskini azalttığı, 5 yıldan daha uzun süre kullanılmasının ise meme kanseri olma riskini arttırdığı bildirilmiştir. Sadece östrojen replasman tedavisi, histerektomi yapılmamış olan kadınlarda endometrium proliferasyonuna neden olarak endometrium kanseri riskini arttırmaktadır. Endometrium kanserinden korunmak için östrojen replasmanı progesteron ile karşılanmalıdır. Bu nedenle uterusu olan kadınlarda östrojen-progesteron kombine edilmiş preparatlar tercih edilmelidir. Progesteron; renin-aldosteron sistemini aktive ederek su ve tuz tutulumunun artması, androjenik etkiler (hirsutizm ve akne vb.) ve premenstrüel sendrom benzeri duyu-durum değişiklikleri gibi yan etkilere neden olabilir (40).

Hormon replasman tedavisi kullanma kararı, dozajı ve kulanma süresi, bir hekimin tavsiyesi ile kadınların kendileri tarafından verilmelidir. Hormon replasman tedavisi, orta-ciddi derecede menopozal semptomları olan kadınlarda erken postmenopozal dönemde kullanılabilir. Ancak kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler gibi kronik hastalıkların önlenmesinde kullanılması önerilmemektedir. Eğer kullanılması gerekli ise en kısa süre, en düşük efektif dozda kullanılmalıdır (43).

## 2.2. Tutum

Tutum ile ilgili bilimsel çalışmalar 19. yüzyılda başlamasına rağmen, sosyal bilimlerdeki pek çok kavram gibi tutum hakkında da tam bir görüş

birliğine varılmamıştır. Tutum ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Bunlardan biri Allport tarafından yapılan tanımdır ki buna göre tutum; *“yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkilenme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur.”* Bu tanıma göre tutumun, bireyin davranışlarını yönlendirici bir etkiye sahip olduğu, yaşantı ve deneyimlerden örgütlendiği ve bir öğrenme süreci sonunda oluştuğu anlaşılmaktadır. McClelland’un tanımına göre tutum, *“bireyin şimdiki davranışını belirleyen geçmiş deneyimlerinin bir özetidir.”* Smith ise tutumu *“bir bireye atfedilen ve onun psikolojik bir obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilim”* olarak tanımlamaktadır. Smith’in tanımında tutum, bireye aittir ve onun bir nesneye ait duygu, düşünce ve davranışlarına bir tutarlılık getirir. Tutumun tanımlarından herbiri tutumun ne olduğuna dair az da olsa bilgi vermekte ve farklı bir yönünü tariflemektedir. Tanımlardan da anlaşılacağı gibi tutumun bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç ögesi olup bu ögeler arasında iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır (6, 45).

### **2.2.1. Bilişsel Öge**

Tutumların bilişsel ögeleri, tutum objeleri ile ilgili gerçeklere dayanan bilgi ve inançlardan oluşmaktadır. Bireyin herhangi bir uyarıcı ile ilgili tutum oluşturabilmesi için önce bu uyarıcı ya da uyarıcı grubunun var olduğunu doğrudan (obje ile karşılaşarak) ya da dolaylı olarak (okuyarak, duyarak) öğrenmesi gerekir. Tutum objesi ile ilgili bilgiler ne kadar gerçek bilgilere dayanıyorsa, tutum da o kadar kalıcıdır. Tutum objesi ile ilgili bilgi değiştiğinde tutum da değişmektedir (45).

### **2.2.2. Duygusal Öge**

Tutumun bireysel olarak değişen ve gerçeklerle açıklanamayan, hoşlanma-hoşlanmama yönünü oluşturur. Bazı tutumlar mantıkla açıklanamadıkları gibi bu tutumlar tamamen duyuşsal özelliğe sahiptirler. Duygusal öge, aynı zamanda bireyin değerler sistemi ile yakından ilgilidir.

Tutum objesinin bireyin amaçlarına hizmet edip etmemesi olumlu ya da olumsuz duyguların oluşmasına neden olur. Tutumun itici ya da şekillendirici olan yönü, tutuma süreklilik kazandıran duygusal ögesidir (45).

### **2.2.3. Davranışsal Öge**

Bireyin belli bir uyarıcı veya uyarıcı grubundaki tutum objesine ilişkin davranış eğilimini yansıtır. Katz ve Stotland, her tutumda bir davranışsal ögenin bulunmasının gerekli olmadığını savunmaktadırlar. Örneğin birey bir sanat dalına karşı olumlu tutuma sahip olabilir. Ancak o sanatla ilgili kitaplar almak ya da o sanat dalı ile uğraşmak gibi bir davranışta bulunmayabilir. Bu üç öge, yerleşmiş güçlü bir tutumda tam olarak bulunur. Zayıf tutumlarda özellikle davranışsal öge çok zayıf olabilir (45).

### **2.2.4. Tutumların Oluşması ve Değişmesi**

Tutumlar bireyin dış çevresiyle ilişki süreci içerisinde oluşurlar. Ancak daha sonra bireyin kişilik yapısının önemli bir kesiti haline gelerek onun, çevresiyle ilişkilerinin biçimlendirilmesinde önemli bir rol oynarlar. Tutumlar, birey ile nesnelere arasındaki ilişkilere tutarlılık, kararlılık ve düzenlilik kazandırır (6).

Bireyin toplumsallaşma süreci ve buna bağlı olarak da öğrenme süreci içerisinde oluşan tutumlar, değişen koşullara, artan ya da yön değiştiren bilgi ve deneyimlere göre pekişebilir veya tümüyle değişiklik gösterebilirler (45).

Tutumların büyük bir çoğunluğu çocukluk çağında oluşmakta ve genelde doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit etme ve sosyal öğrenme ile edinilmektedir. Yaşamın ilk yıllarında tutumlar sıklıkla anne-babanın tutumlarından etkilenmekte, ergenlik ve sonrasında ise anne-babanın etkisi azalmakta olup, sosyal etkenlerin rolü giderek artmaktadır. Tutumların büyük bir kısmı 12 ila 30 yaşları arasında oluşmakta ve bu yaşlardan sonra tutumlar değişime oldukça dirençli olmaktadır. Bu dirence rağmen tutumlar, yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimler edinildikçe değişmektedir. Tutum değişimi için iki tip süreç söz konusudur. Bunlardan

biri tutuma zıt bir davranışta bulunmak, diğeri ise ikna edici bir iletişime maruz kalmaktır. Tutum değişikliği, iletişimde mesajı gönderenin özelliklerine (çekici, sevilen, bize benzeyen biri olması ikna etkisini artırır), mesajın kendisine (tehdit ya da teklif olması gibi) ve mesajı alan kişinin kolay ikna edilebilir bir kişi olması gibi özelliklerine bağlıdır (6, 45).

### **2.3. Menopoz Ve Tutum**

Menopoza yönelik tutum hem bireyler arasında hem de toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir. Menopoz, bazı kadınlar için doğurganlığın bitişi ve bir daha çocuk sahibi olamamanın üzüntüsünü getirebilir. Özellikle kadınların en önemli vazifesinin çocuk doğurmak ve büyötmek olduğu düşünölen ataerkil toplumlarda menopoz kadınlığının bitişi olarak algılanabilir. Bu yüzden kadınların menopoza karşı tutumlarının daha olumsuz olması beklenen bir durumdur (46).

Menopoz semptomlarının algılanması toplumların menopoza yönelik tutumlarının yanı sıra yaşlanmaya yönelik tutumlarının da etkili olabileceğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Menopozu yaşlanmanın bir belirtisi olarak gören bir kadında menopoza karşı daha olumsuz tutumlar gelişebilir (47).

Türkiye gibi halkının çoğu müslöman olan toplumlarda menströel kanamaların olmaması kadınlar için temizlik ve ibadetlerini yapmalarında kolaylık anlamına gelebilir. Bazı kadınlar için ise menopoz ile doğurganlığın ve gebelik korkusunun ortadan kalkması bunun sonucunda da bir rahatlama neden olabilir (48).

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

## 2.4. Sağlık Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü'ne üye olan ülkeler tarafından 1978 yılında onaylanan Alma-Ata Bildirgesi'nde, Temel Sağlık Hizmetlerinin kapsamı içinde vazgeçilemez hizmetlerden biri olarak, "bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi yer almıştır (50). Alma-Ata Bildirgesi'nden 17 yıl önce, Türkiye'de 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da da sağlık eğitimi, birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulması gereken hizmetler arasında olduğu belirtilmiştir (51). Günümüzde yürürlükte olan 5 şubat 2015 tarihli Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'ne göre halk eğitiminin, toplum sağlığı merkezlerinin görevleri arasında yer aldığı görülmektedir (52).

Sağlık eğitimi; sağlığa yönelik bireysel ya da ortaklaşa davranışa, gönüllü bir şekilde uyumu hazırlamak, olanaklı kılmak ve güçlendirmek için düzenlenen öğrenme deneyimlerinin herhangi bir bileşimi olarak tanımlanmaktadır (53).

Bir başka tanıma göre ise sağlık eğitimi; kişilerde kendi yaşantıları yoluyla sağlıkla ilgili düşünce, kavram, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmak amacıyla yapılan herhangi bir öğrenme yaşantısı olarak da tanımlanabilmektedir. Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi sağlık eğitiminin en önemli özelliği, bireyin kendi sağlık uygulamalarını belirlemeye kendi iradesiyle ve isteyerek katılmasıdır (54).

Sağlık eğitimi ile temel olarak, sağlıkla ilgili konularda farkındalık yaratmak, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlanır. Bu amaçlar, ulusal ve toplumsal ihtiyaçlara göre çeşitlilik gösterebilir. Sağlık eğitimi konuları, toplumun ve bireyin ihtiyaçlarına göre belirlenmelidir ve bireylerin öğrenme biçimleri de göz önünde bulundurulmalıdır (55, 56).

### 2.4.1. Öğrenme

Öğrenme; bireyin çevresiyle etkileşimde bulunarak geçirdiği yaşantıların ürünü olan kalıcı izli davranış değişikliği olarak tanımlanır. İnsanlar hayatları boyunca karşılaştıkları olaylar ile etkileşim içinde bulunarak öğrenirler. Konuşma, yürüme, araba kullanma gibi birçok davranışı öğrenme yoluyla elde ederler (57).

Bireyin çevresi ile etkileşimi çok farklı yerlerde ve biçimlerde olmaktadır. Ancak bunların her birinde davranışın kazanılma yolları birbirinden farklıdır. Bu yollar öğreten ve öğrenen kişinin kasıtlı olup olmamasına göre dört grupta ele alınabilir.

- Öğreten ve öğrenenin kasıtsız olduğu durumlar (rastgele öğrenme): Günlük yaşam içerisinde, çevresindeki uyaranlarla rastlantısal olarak karşılaştıklarındaki öğrenmedir.

- Öğretenin kasıtlı, öğrenenin kasıtsız olduğu durumlar: Kitle iletişim araçları ile yapılan eğitimdeki (algın) öğrenme bu gruba girer.

- Öğretenin kasıtsız, öğrenenin kasıtlı olduğu durumlar: Öğrenenin kitaplardan okuyarak, bilenlerden bilgi alarak veya deneyerek öğrendiği yöntemlerdir.

- Öğreten ve öğrenenin kasıtlı olduğu durumlar: Bu grup planlı, programlı etkinlikleri kapsar. Örgün eğitim, yaygın (halk) eğitim programları ve yetişkin eğitimindeki öğrenme bu gruba girer (53, 57).

### 2.4.2. Halk Eğitimi

Günümüzde halk eğitimi; örgün, yaygın ve algın eğitim yoluyla yetişkinin bireysel, ekonomik, politik ve kültürel yönden gelişmesini sağlayacak, ailesi ve çevresiyle uyum içinde yaşamasını gerçekleştirecek her türlü eğitim faaliyetini içerir (57).

Halk eğitiminin hedef kitlesi, yaş, öğrenim düzeyi, cinsiyet, öğrenme isteği ve gereksinimleri farklı olan heterojen bir grup olup hedef kitlenin gereksinimlerine göre çok farklı içeriklerde olabilir. Öğrenim olanaklarından yararlanma, yaş, cinsiyet, toplumsal konum ve coğrafi köken ile ilgili olarak karşılaşılan toplumsal eşitsizlikleri halk eğitimi yoluyla düzeltilebilir. Bu

eşitsizlikler nedeniyle yapılacak eğitimlerde kadınların ve gençlerin sorunlarına öncelik verilmelidir (56).

Pedagoji (çocuk eğitimi), yıllarca eğitim ile ilgili gelişmelerin odağında olmuştur. Ancak geçtiğimiz yüzyılda yetişkin eğitimi (androgoji) ile ilgili çalışmalar da yapılmaya başlanmıştır. Androgoji ile pedagojinin bazı yönlerde farklılık gösterdiği bilinmektedir. Androgoji ve pedagoji arasındaki farklar, dört temel kavram çevresinde açıklanabilir. Bunlar:

**Kendini algılama (benlik algısı):** Yetişkinler günlük hayatlarında kararlarının sorumluluklarını alma biçiminde bir benlik algısına sahiptirler. Bundan dolayı yetişkin bir birey için çocukmuş gibi davranılması, yargılanmak, aşağılanmak ve saygısızca davranılması gibi durumlar, kendi olgunluğuna ve kişiliğine saldırı anlamını taşır. Pedagojik yaklaşımda öğretene dominant, öğrenen bağımlı ve dolayısıyla yönetilen bir ilişki vardır. Androgojik yaklaşımda ise karşılıklı anlaşma ve bu nedenle yardım edici bir ilişki söz konusudur.

**Deneyimler:** Yetişkinlerin kendilerine ait deneyimleri vardır ve androgojik yaklaşımda öğrenme için herkesin deneyimleri değerlidir. Bu nedenle yetişkin eğitiminde pedagojideki tek yönlü iletişimin (öğretenden öğrenene) yerine, herkes tarafından paylaşılan çok yönlü iletişim söz konusudur.

**Öğrenmeye hazır olma:** Yetişkinler sadece gereksinim duydukları konuları, gereksinim duydukları zaman öğrenmeye hazırdırlar. Yetişkinlerin eğitime hazır olmalarını teşvik etmek için *role play* (oyunlaştırma) ve daha yüksek performans örnekleri gibi bazı teknikler kullanılabilir.

**Zaman perspektifi ve öğrenmeye yönelim:** Yetişkinler için yapılan eğitimlerin işlevsel olması gerekir. Yetişkinler, kendi yaşamlarında karşılaştıkları sorunların çözümünde kendilerine yardımcı olacak bilgileri öğrenmek için çaba harcarlar. Dolayısıyla yapılacak eğitimin konusu bireyin ve toplumun hızla değişen ihtiyaçlarına uygun olarak belirlenmelidir (53, 56, 58).

### 2.4.3. Sağlık Eğitimi için Program Geliştirme

Bir eğitim programının hedef, içerik, öğrenme-öğretme süreci ve ölçme-değerlendirme olmak üzere dört temel ögesi vardır. Sağlık eğitimi programları da bu süreçler tek tek ele alınarak hazırlanmalıdır (59).

Eğitim programı hazırlanmadan önce ihtiyaç saptama çalışmaları yapılması, eğitim etkinliklerinin programlanması için gerekli bilgileri elde etmede yardımcı olacaktır. Gereksinimlere dayandırılmayan bir program, temeli olmayan bir yapı gibi, ne kadar gösterişli olursa olsun, ihtiyaca cevap veremeyeceği için ayakta duramayacaktır. Yetişkin eğitiminde gereksinimlerinin ne olduğunu tahmin etmektense başlangıçta konu ile ilgili bilgi toplanması çok daha iyidir (53).

Gereksinim saptama, ülke, toplum, ulus ya da şehir, örgüt ya da kurum, küçük gruplar ya da bireyler için yapılabilir. Bunlar iç içe geçmiş halkalar şeklinde olup birbiri ile etkileşim içindedirler. Ülke, ulus, toplum ve şehir düzeyinde gereksinim belirlemek için sistem analizi ya da araştırmalardan, örgüt ve kurum için bu kuruluşların kayıtlarından, raporlarından, görev tanımlamalarından, maliyet-etkinlik araştırmalarından yararlanılabilir. Grup düzeyinde gereksinim saptanmasında ise odak grup görüşmeleri, kaynak kişilerle görüşmeler, bireysel düzeyde ise görüşmeler, anket ve araştırmalardan faydalanılabilir (59, 60).

Gereksinim belirlendikten sonra, elde edilen bilgiler ışığında mevcut ve olması gereken durum arasındaki farklardan yola çıkılarak eğitim programı hazırlanmalıdır (53).

**Hedef:** Hedef kavramı içinde; öğrenene kazandırılacak istenilen davranışları “neden öğretiyoruz?” sorusuna cevap aranır. Hedef; planlanmış, düzenlenmiş yaşantılar yoluyla öğrenciye kazandırılması kararlaştırılan davranıştır. Bir eğitim programında hedefler saptanırken, hedeflerin davranış (öğrencinin göstereceği bir eylem) cinsinden ifade edilmesi gerekmektedir. Eğitimde davranışın hedef olabilmesi için gözlenebilir, ölçülebilir ve istenilen bir davranış olması gerekir. Ölçme ve değerlendirme de bu davranışlara göre yapılır (53, 60).



**İçerik:** Programın içerik boyutunda, belirlenen hedeflere ulaşmak için “ne öğretelim?” sorusuna cevap aranır. İçerik seçiminde en önemli nokta hedeflerle içeriğin tutarlı olmasıdır. Eğitim programının içeriği, yetişkinin yaşadığı topluluğun gerçek ve öncelikli sorunları üzerinde yoğunlaşmalıdır. Sorunlarla ilgili teknik bilgiler içermeli veya bilgilere nereden ulaşılabileceği konusunda yol göstermelidir. İçerik düzenlemede temel ilke, somuttan soyuta, basitten karmaşığa, kolaydan zora, yakın çevreden uzağa doğru bir sıralama yapılmasıdır (53, 57).

**Öğrenme-Öğretme süreci:** Eğitim programının öğrenme-öğretme süreci boyutunda “nasıl öğretelim?” sorusuna cevap aranır. Öğrenme-öğretme süreci, programın en önemli boyutu olup öğrenme bu aşamada gerçekleşir. Uygun eğitim ve öğretim yöntemlerinin seçilmesi, eğitim hedeflerine ulaşmada oldukça önemlidir. Yetişkin eğitimi için yöntemlerin seçiminde, öğretilecek içerik, öğrenme yapısının fonksiyonları, grupların dinamiği ve çevre koşulları dikkate alınır. Yetişkin eğitiminde eğitici, bir rehber ve yardımcı rolündedir. Düz bir anlatımdan ziyade, karşılıklı etkileşime izin verecek yöntem ve tekniklere başvurulmalıdır (53, 61).

Dinamik bir sunum, eğiticinin katılımcıları eğitimin hedeflerine ulaştırmada ki başarısı açısından doğrudan etkili bir unsurdur. Dinamik bir sunum ise ilginin sürekli canlı tutulduğu çeşitli eğitim tekniklerinin kullanılması ile mümkündür. Eğitimci ve katılımcılar arasında çok yönlü iletişimi sağlayan bu teknikler; görsel-işitsel araçlarla işlenen sınıf dersi, küçük grup çalışmaları, grup tartışması, soru-yanıt yöntemi, *role play*, vaka çalışması, beyin fırtınası, proje çalışması, gösterim ve yetiştiricilik gibi yöntemlerdir. Eğitimin amacına göre seçilecek yöntemler değişiklik gösterebilir. Dersin amacı katılımcılara bilgi vermek ise görsel-işitsel araçlarla sınıf dersi ve tartışma gibi yöntemler, katılımcılarda davranış değişikliği oluşturmak ise tartışma, *role play* ve vaka çalışması gibi yöntemleri kullanmak daha etkili olur. Katılımcılarda problem çözme becerisi geliştirilmek isteniyorsa vaka çalışması, yetiştiricilik, beyin fırtınası gibi yöntemler, kişiler arası iletişimin gelişmesi isteniyorsa *role play*, tartışma ve yetiştiricilik gibi yöntemlerin kullanılması daha doğru olur (53, 61).

Etkili bir sunum için eğitici önceden bir sunum planı hazırlamalıdır. Sunum planında, sunumun amacı, konuşmacının hedefleri, dinleyicilerin rolü, gereksinimleri, sunumun nerede, ne zaman ve kimlere yapılacağı, hangi materyallerin kullanılacağı, giriş, gövde, özetin planı ve sunuşun içeriği bulunmalıdır (59).

Eğitcinin sunum yapma becerisi, eğitimin başarısını etkileyen önemli etkenlerden birisidir. Bu beceri doğal bir yetenek olabildiği gibi sonradan da öğrenilip geliştirilebilir. Etkili bir sunum yapabilmek için, katılımcılarda ilgi uyandıracak güçlü bir giriş bölümüne yer verilmelidir. Giriş bölümünden sonra içeriğin oluşturduğu gövde bölümüne yumuşak bir geçiş yapılmalıdır. Gövde bölümünde görsel ve işitsel araçlarla desteklenmiş bir sunum, soru sorma teknikleri kullanılarak katılımcıların daha aktif olmalarını sağlayacak şekilde işlenmelidir. Eğitimin sonunda konu ile ilgili anahtar noktalar ya da basamaklar özetlenerek önemli mesajların katılımcılara verilmesi sağlanmalıdır (58).

Eğitcinin etkili bir sunumda dikkat etmesi gereken hususlar; katılımcılarla kişisel düzeyde iletişim ve göz teması kurmak, sesin iyi kullanılması, rahatsız edici hale gelebilen tekrarlayıcı sözlerden ve tabirlerden kaçınmak, sunum sırasında sınıfta dolaşmak, coşkulu ve hevesli olmak, katılımcıların isimlerini mümkün olduğunca sık kullanmak, olumlu geri bildirimler vermek ve olumlu yönde mizah kullanmaktır (53).

**Değerlendirme:** Eğitim programının son aşaması ise değerlendirmedir. Değerlendirme ile eğitim programı kapsamında “hedeflere ne kadar ulaşıldığı” ortaya konur. Eğitim programının değerlendirilmesi üç şekilde yapılabilir. Bunlar:

- Tepki değerlendirme, program yürütülürken katılımcıların en çok ve en az neden hoşlandıkları, ne gibi olumlu ve olumsuz duygulara sahip oldukları konusunda katılımcıların tepkilerinin değerlendirilmesine dayanır.
- Öğrenmeyi değerlendirme, katılımcılar tarafından kazanılan ilkeler, olgular, teknikler konusunda veri elde etmeyi içerir. Bu verileri değerlendirmek için öntest-sontest kullanılabilir.

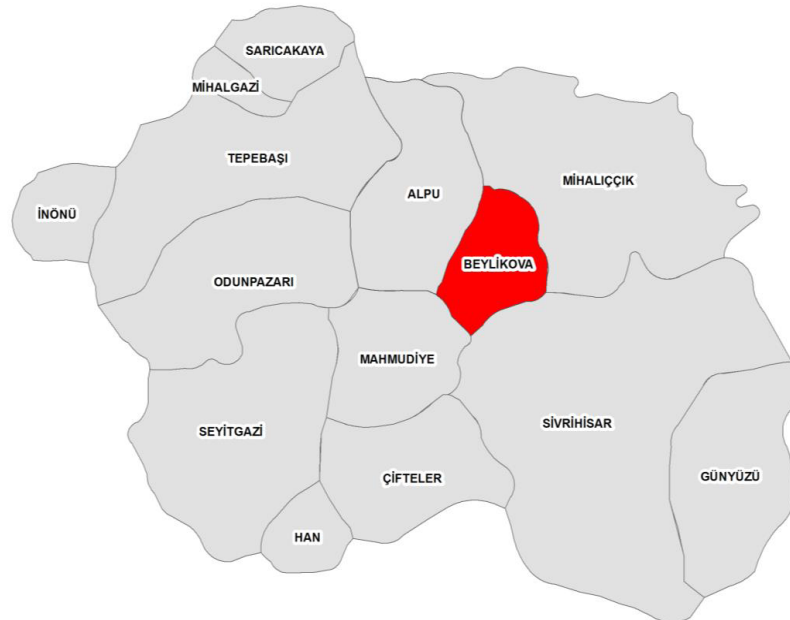
- Davranışı değerlendirme, bireylerin eğitimden sonra ne yaptığını değerlendirmek için yapılır. Bunun için, gözlemci raporları, verimlilik ölçümleri, kendini değerlendirme ölçekleri, günlükler kullanılabilir. Sonuçları değerlendirme için ise maliyet-etkililik çalışmaları, iş kazası raporları, şikayetler, kalite kontrol ölçümleri gibi yöntemler kullanılabilir (53, 57, 59).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışmanın Tasarımı ve Evreni

Çalışma, 1 Eylül 2013 - 22 Haziran 2015 tarihleri arasında Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubu kadınlar üzerinde gerçekleştirilen bir müdahale çalışmasıdır.

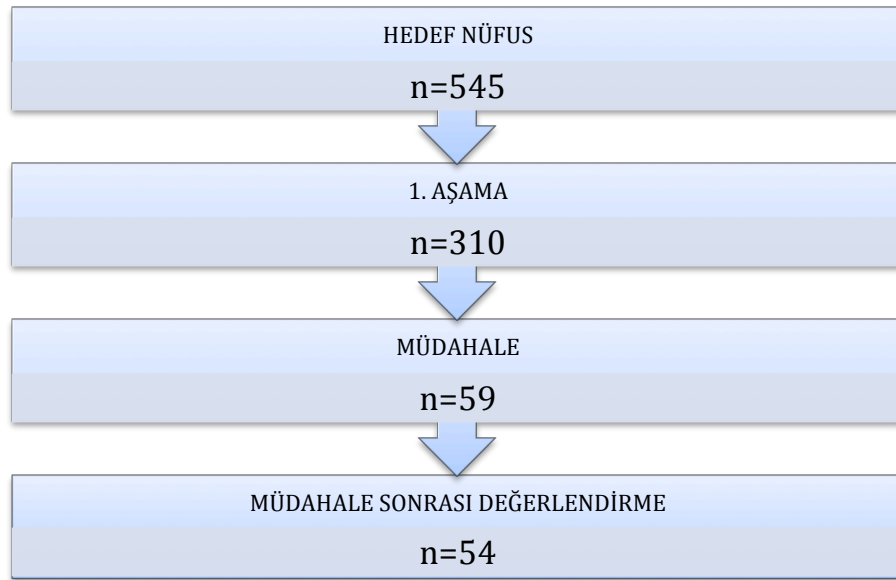
Beylikova, Eskişehir iline bağlı bir ilçe olup, il merkezine uzaklığı 76 km'dir. Halkın başlıca geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır. Son yıllarda şehre göç arttığı için ilçenin nüfusunda azalma olmuştur. Şehre göç edenlerin önemli bir kısmı gençlerden oluşmakta olup, ilçenin nüfusunun çoğunluğu ise yaşlılardan oluşmaktadır (62). Şekil 3.1'de Eskişehir ili haritası sunulmuştur. İlçede yaşayanların ortalama yaşı 43.2'dir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre ilçe merkezinin nüfusu 1646'sı (%50.5) erkek, 1611'i (%49.5) kadın olmak üzere toplam 3257'dir. İlçe merkezindeki kadın nüfusun %33.2'si (n=545) 40-64 yaş grubunda olup çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu çalışmada örneklem alınmamış olup 40-64 yaş grubundaki tüm kadınlara ulaşılması hedeflenmiştir (63).



Şekil 3.1. Eskişehir ili haritası (62).

İki aşamadan oluşan bu çalışmanın, birinci aşamasında hedef kitleyi oluşturan kadınlardan menopoz semptomları, menopoz bilgi düzeyi ve menopoza yönelik tutumları ile ilgili veriler toplanmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında ise veri toplama sırasında vazomotor semptomları var olan kadınlara menopoz ile ilgili bilgiler ve semptomlardan korunma yollarını içeren önceden hazırlanmış bir eğitim programı uygulanmıştır. Yapılan eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi için 30-45 gün sonra, etkinliğe katılan kadınlara evlerinde tekrar ulaşılarak menopoz semptomları, menopoz bilgi düzeyi ve menopoza yönelik tutumları tekrar değerlendirilmiştir. Çalışma tasarımı Şekil 3.2'de sunulmuştur.



Şekil 3.2. Çalışma tasarımı.

### 3.2. Etik Kurul Onayı

Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İlaç dışı klinik araştırmalar Etik Kurul'unun 12 Temmuz 2013 tarih ve 80558721/245 sayılı kararı ile onay alınmıştır.

### 3.3. Anket Form

Çalışmanın amacına uygun olarak literatürden de faydalanılarak beş bölümden oluşan bir anket form hazırlanmıştır (5, 48, 64-66). Anket formun

birinci bölümünde kadınların bazı sosyodemografik özellikleri (yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, meslek, aile gelir durumu, aile tipi, sigara içme durumu, sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir hastalık öyküsü) ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Ayrıca eğitim programına davet etmek için kadınların adres ve telefon numaraları da alınmıştır. İkinci bölümde menopozal durum ve menopozla ilişkili olduğu düşünülen bazı özellikler (gebelik ve doğum sayısı, düşük öyküsü, yaşayan çocuk sayısı, menopoza girme yaşı, menopoza girme şekli, HRT öyküsü), üçüncü bölümde menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ile ilgili sorular, dördüncü bölümde menopoz bilgi değerlendirme formu ile ilgili sorular ve beşinci bölümde ise menopoz tutum değerlendirme ölçeği ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

### 3.4. Tanımlar

Çalışmamızda aile gelir durumu, kadınların kendi algılarına göre iyi, orta ve kötü olarak değerlendirildi. Eş ve çocukları ile birlikte yaşayanlar “çekirdek tipi aile yapısı”, eş ve çocukların yanında anne/baba ve/veya evli çocukları ile birlikte yaşayanlar “geniş aile yapısı”, eşinden ayrılmış veya eşini ölenler ise “parçalanmış aile tipi” olarak tanımlandı. Düzenli olarak günde en az 1 tane sigara içenler “sigara içiyor” olarak kabul edildi (67).

Vücut Kitle İndeksi (VKİ), vücut ağırlığının (kilogram cinsinden) boy uzunluğunun karesine (metre cinsinden) bölünmesi ile hesaplanmış olup, VKİ’i  $30.00 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olanlar ise “obez” olarak değerlendirilmiştir (68).

Kadınların menopozal durumlarını değerlendirirken STRAW çalışmasının tanımlarından faydalanılmıştır. Menstrüel siklusunda herhangi bir değişiklik olmayan kadınlar premenopozal dönemde, siklusunda değişiklikler olan ya da son menstrüel kanamasının üzerinden 12 aydan daha kısa süre geçmiş kadınlar perimenopozal dönemde, son menstrüel kanamasının üzerinden 12 aydan daha uzun süre geçmiş kadınlar ise postmenopozal dönemde olarak tanımlanmıştır (13).

Çalışmada kırk yaşından önce menopoza giren kadınlar erken menopoza girmiş olarak kabul edildi (13). Kemoterapi ve benzeri tedaviler

sonucu menopoza girmiş olan kadınlar sayılarının az olması nedeniyle cerrahi olarak menopoza giren kadınlar ile birlikte değerlendirilmiştir.

### 3.5. Kullanılan Ölçekler

**3.5.1. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği:** Çalışmada menopoz semptomları varlığı ve şiddetinin değerlendirilmesinde, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (Menopause Rating Scale-MRS) kullanılmıştır. Ölçek, Berlin Epidemiyoloji ve Sağlık Araştırmaları Merkezi tarafından geliştirilmiş olup (69), Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Metintaş ve arkadaşları (48) tarafından yapılmıştır. MRS, 5’li likert tipi 11 sorudan oluşmakta olup kadınların son bir ay içindeki durumlarını değerlendirmek için kullanılır. Ölçeğin somatik, psikolojik ve ürogenital olmak üzere üç alt boyutu vardır. Somatik alt boyutta yer alan semptomlar; vazomotor semptomlar, kalp rahatsızlıkları, uyku sorunları, eklem ve kas hastalıklarıdır. Psikolojik alt boyutta; keyifsizlik hali, sinirlilik, endişe, fiziksel ve zihinsel yorgunluk vardır. Ürogenital alt boyutta yer alan semptomlar ise; cinsel sorunlar, idrar sorunları ve vajinada kuruluştur. Ölçeğin somatik ve psikolojik alt boyutlardan alınabilecek puanlar 0-16 arasında değişirken, ürogenital alt boyuttan alınabilecek puanlar ise 0-12 arasında değişir. Alt boyutlardan alınan puanların toplamı ise ölçeğin toplam puanını vermektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-44 arasında değişir. Her üç alt boyuttan alınan puanlar ve toplam puan arttıkça semptomların şiddeti de artmaktadır. Somatik alt boyutta 9 puan, psikolojik alt boyutta 7 puan, ürogenital alt boyutta 4 puan, ölçek toplamında ise 17 puan ve üzerinde puan alanlar “ciddi semptom var“ olarak değerlendirildi (70).

**3.5.2. Menopoz Bilgi Değerlendirme Formu (MBDF):** Çalışmada kadınların menopoz dönemi hakkındaki genel bilgileri, bu dönemdeki sağlık sorunları ve bu sorunlarla baş etme yolları hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek için oluşturulmuş bir formdur.

Formun kapsam geçerliliğini değerlendirmek için literatüre uygun olarak hazırlanmış 38 önerme, araştırma konusu, çalışma grubuna uygunluk, önermelerin anlaşılabilirliği açısından 11 uzman görüşüne (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp Fakültesi’de görev yapmakta olan üç kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, dört halk sağlığı uzmanı ve bir Deontoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi, ESOĞÜ Eğitim Fakültesinde görevli iki öğretim üyesi ve bir öğretim görevlisi) sunulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda her önerme için kapsam geçerliliği oranı (KGO) hesaplanmış olup, KGO, 0.80’in altında kalan dört önerme formdan çıkarılmıştır.

Menopoz Bilgi Değerlendirme Formu güvenilirliği için, önerme sayısının 4-10 katı kadar kişi sayısının yeterli olacağından yola çıkılarak Mahmudiye ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubundaki 205 kadına form uygulandı. Menopoz bilgi değerlendirme formunun güvenilirlik düzeyini değerlendirmek için iç tutarlılığın bir göstergesi olan Cronbach alpha ( $C\alpha$ ) katsayısı hesaplanmış ve formun stabilitesinin değerlendirilmesi için test-retest yöntemi kullanılmıştır. Cronbach alpha katsayısı 0.758 bulunmuştur. Test-retest puanları arasındaki korelasyon orta düzeydedir ( $r_s$ : 0.630,  $p < 0.001$ ). Bu bilgiler ışığında MBDF, menopoz ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirmek için güvenilir bir araçtır (71, 72).

Kapsam geçerliliği ve güvenilirlik hesaplandıktan sonra form, 10 olumsuz, 24 olumlu olmak üzere toplam 34 önermeden oluşmuştur. Formda yer alan önermelere verilecek cevaplar, “doğru”, “yanlış” ve “fikrim yok” şeklindedir. Önermelerin değerlendirilmesinde doğru bilinen her önermeye 1 puan, fikrim yok ve yanlış bilinen her önermeye ise 0 puan verilir. Formun toplam puanı, tüm önermelerden elde edilen puanların aritmetik olarak toplanması ile oluşur. Formdan alınabilecek puanlar 0-34 arasında değişmekte olup, alınan puanlar arttıkça bilgi düzeyi de artmaktadır.

**3.5.3. Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği (MTDÖ):** Kadınların menopoza karşı olan tutumlarını değerlendirmek amacıyla bu çalışma için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında önce literatüre



uygun olarak menopozla ilgili on dört olumsuz, on bir olumlu olmak üzere toplam yirmi beş adet tutum değerlendirilmesi ile ilgili önerme oluşturuldu (64, 73, 74). Ölçekte yer alacak önermeler oluşturulurken tüm önermelerin olumlu ya da olumsuz olarak ifade edilmesine, bir önermede birden fazla yargı/düşünce/duyuş bulunmamasına dikkat edilmiştir. Oluşturulan önermeler kapsam geçerliliği için uzman görüşüne sunulmuştur. Araştırma konusu ve çalışma grubuna uygunluk açısından ESOGÜ Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan 8 uzman görüşü (üç kadın hastalıkları ve doğum uzmanının, dört halk sağlığı uzmanının ve bir Deontoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi) alındı. Ayrıca önermelerin anlaşılabilirliği ve Türkçe dil bilgisi kuralları açısından ESOGÜ Eğitim Fakültesinde görevli 3 uzman görüşü alındı. Uzman görüşleri doğrultusunda her önerme için KGO hesaplanarak, KGO, 0.80'nin altında olan bir önerme ölçekten çıkartılmıştır.

Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik hesaplamaları için önerme sayısının 4-10 katı kadar kişi sayısının yeterli olacağından yola çıkılarak Mahmudiye ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubundaki 205 kadınla görüşülerek ölçek uygulandı (71, 72).

Ölçeğin yapı geçerliliğinin hesaplanması için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Verilerin ve örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunu gösteren *Kaiser-Meyer-Olkin* katsayısı (KMO), 0.70 olarak hesaplandı. Bartlett's test of sphericity değeri ( $X^2=698.37$ ;  $p<0.001$ ) ise verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Faktör analizi sonuçlarına göre faktör yükü 0.40'ın altında olan 11 madde ölçekten çıkarıldı. Geri kalan 13 madde, *Varimax* dik döndürme işlemi ile dört alt boyut altında toplandı. Oluşturulan dört alt boyut varyansın, toplamda %61,8'ini açıklamaktadır. Bu alt boyutların isimleri; Pozitif Duygusal (PD), Negatif Duygusal (ND), Aile İlişkileri (Aİ) ve Davranışsaldır (D).

Pozitif duygusal alt boyut, kadınların menopoz hakkındaki pozitif duygularını içeren 5 önermeden oluşmaktadır. Pozitif duygusal alt boyuttan alınabilecek puanlar 0-20 arasında değişmektedir. Negatif duygusal alt boyut ise menopoz hakkındaki negatif duygularını içeren 3 önermeden

oluşmakta olup, bu alt alandan alınabilecek puanlar 0-12 arasında değişmektedir.

Aile ilişkileri alt boyutu, kadınların menopoz döneminde aileleri ile olan ilişkileri hakkındaki 3 önermeyi içermektedir. Bu alt alandan alınabilecek puanlar 0 ile 12 arasında değişmektedir. Davranışsal alt boyutta ise kadınların menopoza karşı davranışsal tutumlarını değerlendiren 2 önerme bulunmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek puanlar 0 ile 8 arasında değişmektedir.

On üç önermeden oluşan ölçeğin güvenilirlik düzeyini ortaya koymak için Cronbach katsayısı 0.744 olarak hesaplandı. Oluşturulan alt boyutların Cronbach değerleri ise PD alt boyutta 0.682, ND alt boyutta 0.717, Aİ alt boyutta 0.732 ve D alt boyutta 0.828 olarak tespit edilmiştir. Test-retest puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r_p$ : 0.625,  $p<0.001$ ).

Ölçekte yer alan önermelere verilecek cevaplar kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum şeklinde 5'li *likert* tipindedir. Her önermeden alınabilecek puanlar "kesinlikle katılmıyorum" cevabı için 0 puan, "kesinlikle katılıyorum" cevabı için 4 puan olmak üzere, 0-4 arasında değişmektedir. Olumsuz önermelerin (1,2,3,4,5,10,12 ve 13) cevapları ters çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçek alt boyutlarından alınan puanların artması menopoza karşı olumlu tutumun arttığını göstermektedir.

### **3.6. Antropometrik Ölçümler**

Çalışma grubundaki kadınların, boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Boy uzunluğu sert zemin üzerinde, ayakkabısız, duvara yaslanarak, mezura ile ölçüldü. Vücut ağırlığı ise kişilerin üzerinde tek kat elbise varken, banyo tipi baskül ile sert zemin üzerinde ölçülmüştür.

### 3.7. Birinci Aşama

Çalışmanın birinci aşamasında Beylikova ilçe merkezindeki haneler tek tek dolaşılarak evde bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 40-64 yaş grubu 310 kadın çalışma grubunu oluşturmuş olup, 82 (%15.0) kadın çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Kadınların 153'ü (%28.1) ise veri toplama sırasında evlerinde bulunamamıştır. Çalışma grubundaki kadınlar çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildikten sonra sözlü onamları alınarak, önceden hazırlanmış anket formlar yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Daha sonra kadınların boy ve vücut ağırlığı ölçümleri yapılmıştır.

### 3.8. İkinci Aşama

Çalışmanın ikinci aşamasında, veri toplama sırasında vazomotor semptomları var olan kadınlara menopoz ile ilgili bilgiler ve semptomlardan korunma yollarını içeren önceden hazırlanmış bir eğitim programı uygulanmıştır. Vazomotor semptomlar diğer menopoz semptomları ile kıyaslandığında menopoz dönemine daha özgün olduğu için vazomotor semptomları olan kadınlar ile eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### 3.8.1. Hazırlık

Eğitim çalışmasının gerçekleştirilebileceği uygun zamanın belirlenebilmesi ve yer tahsis edilebilmesi için ilçe kaymakamlık, belediye ve ilçe hastanesi ile görüşüldü. Belediye düğün salonunda ve ilçe hastanesinin yemekhanesinde eğitim çalışmalarının yapılmasına karar verildi.

Çalışma grubundaki kadınlar telefon görüşmeleri ile eğitim toplantısına davet edildi. Araştırmanın 1. aşamasında telefon numaralarına ulaşamayan kadınların iletişim bilgileri ise Beylikova Aile Sağlığı Merkezinden temin edildi. Kaymakamlık ve belediye aracılığı ile kadınların toplu halde bulunduğu Kuran kursu ve Halk Eğitim Merkezi gibi yerlerin yanı sıra belediye hoparlöründen tüm halka duyurular yapıldı.

### 3.8.2. Eğitim Programı

Çalışmanın birinci aşamasında gerek ölçeklerden alınan puanlardan gerekse kişisel görüşmelerden elde edilen verilerle kadınların menopoz konusunda bilgi düzeyleri ve bilgi eksikliği olan konular belirlenmiştir. Konu ile ilgili olarak hazırlanan eğitim programının amaç ve hedefleri;

- Kadınların menopozun doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu bilmeleri,
- Menopozal dönemde görülen sağlık sorunları hakkında bilgi düzeylerinin artması,
- Menopozal dönemde görülen sağlık sorunları ile baş etme yolları hakkında bilgi düzeylerinin artması,
- Kadınların menopozal dönemde görülen sağlık sorunları için kullanılan tedavi seçenekleri arasında uygun tercihleri yapabilmeleri,
- Menopoz hakkındaki tutumlarının olumlu yönde değiştirilmesi,
- Menopozal semptom algısının olumlu yönde değiştirilmesidir.

Eğitim programının içeriğinde; literatürden faydalanılarak hazırlanmış menopoz hakkında genel bilgiler, perimenopozal ve postmenopozal dönemde ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ile bu sorunları önleme ve sorunlarla baş edebilme yöntemleri vardır (9, 28, 65, 73).

Eğitim toplantıları üç kez yapılmış olup, bu toplantıların gerçekleşmesinde Belediye, kaymakamlık ve ilçe hastanesi çalışanlarının büyük katkıları olmuştur. Toplu yapılan eğitime katılmayan kadınların bir kaç kişilik gruplar halinde buldukları evlerde ve dükkanlarda bilgilendirilmeleri sağlanmıştır.

Yapılan eğitim yetişkin eğitimi özellikleri dikkate alınarak ve etkili sunum yöntemleri kullanılarak araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Eğitim sırasında görsel-işitsel eğitim araçları kullanılmış olup, demonstrasyon ve soru-cevap gibi interaktif eğitim yöntemlerine başvurulmuştur.

Eğitim sırasında kadınlara, eğitimin amacına yönelik bilgiler içeren bröşür dağıtılmıştır. Eğitim çalışmaları, her bir sunum bir saat sürecek şekilde üç kez, farklı gruplarla tekrarlanmıştır.

Yapılan eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi için, eğitim toplantısından 30-45 gün (1-2 ay) sonra, eğitime katılan kadınlara adreslerinde tekrar ulaşılarak menopoz semptomları, menopoz bilgi düzeyi ve menopoza yönelik tutumları aynı anket form ile tekrar değerlendirilmiştir.

### **3.9. İstatistiksel Analizler**

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM SPSS (versiyon 20.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Çalışma grubunun evreni temsil edip etmediğini değerlendirmek için "Tek Örneklem Ki-kare testi" kullanılmıştır (75).

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir.

Ciddi menopozal semptom varlığı ile sosyodemografik, reproduktif ve menopoz ile ilişkili olduğu düşünülen özellikler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Analizler sonucunda ciddi menopozal semptom varlığı ile  $p < 0.10$  düzeyinde ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle Backward stepwise (wald) lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Kadınların MRS'den aldıkları puanlar ile MBDF ve MTDÖ'den aldıkları puanlar arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearmann korelasyon analizi kullanılmıştır.

Eğitim öncesi ve sonrası elde edilen verilerin karşılaştırılması Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Birinci Aşama

Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 40-64 arasında değişmekte olup ortalama  $51.98 \pm 7.11$  yıl idi. Kadınların; 58'i (%18.7) 40-44 yaş grubunda, 70'i (%22.6) 45-49 yaş grubunda, 67'si (%21.6) 50-54 yaş grubunda, 52'si (%16.8) 55-59 yaş grubunda, 63'ü (%20.3) ise 60-64 yaş grubundadır. Evli olan kadın sayısı 276 (%89.0)'dır.

Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubundaki kadınlar ile çalışma grubunu oluşturan kadınlar arasında yaş dağılımı açısından yaş grupları arasında fark bulunamamıştır. Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubundaki kadınlar ile çalışma grubundaki kadınlar arasında medeni durum açısından bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ). Beylikova'da yaşayan 40-64 yaş grubundaki kadınların ve çalışma grubundakilerin yaş ve medeni durumlarına göre dağılımları Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubundaki kadınların ve çalışma grubunu oluşturanların yaş ve medeni durumları.

Değişkenler	40-64 Yaş Kadın Nüfusu		
	Çalışma Grubu	Beylikova ilçe merkezi <sup>b</sup>	İstatistiksel Analiz X <sup>2</sup> ; p
	n (%) <sup>a</sup>	n (%) <sup>a</sup>	
<b>Yaş Grubu</b>			
40-44	58 (18.7)	122(22.1)	6.972; >0.05
45-49	70 (22.6)	114(20.9)	
50-54	67 (21.6)	128(23.6)	
55-59	52 (16.8)	96(17.7)	
60-64	63 (20.3)	85(15.7)	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	276(89.0)	480(88.1)	0.259; >0.05
Evli değil	34(11.0)	65(11.9)	
<b>Toplam</b>	310(100.0)	545(100.0)	

a: Sütun toplamına göre yüzde

b: TÜİK 2012

Çalışma grubunu oluşturanların 278'i (%89.7) ilkököl ve altı öğrenim düzeyine sahip, 32'si (%10.3) ise ortaokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir. Kadınlardan 266'sı (%85.8) ev hanımıdır. Aile gelir durumunun kötü olduğunu bildiren kadın sayısı 36 (%11.6), orta olduğunu bildiren kadın sayısı 233 (%75.2), iyi olduğunu bildiren kadın sayısı ise 41 (%13.2)'dir. Çekirdek tipi aile yapısına sahip kadın sayısı 253 (%81.6), geniş aile yapısına sahip kadın sayısı 26 (%8.4) ve parçalanmış aile ise 31 (%10.0)'dir. Kadınlar arasında sigara içme sıklığı %18.4 (n= 57), obezite sıklığı %45.8 (n=142) olarak saptanmıştır. Hekim tanılı herhangi bir kronik hastalığı olan kadın sayısı 207 (%66.8) idi.

Çalışma grubundaki kadınlardan 8'i (%2.6) hiç gebelik yaşamamış, 159'u (%51.3) dört ve üzerinde gebelik yaşamıştır. On (%3.2) kadının hiç çocuğu yoktu, 53 (%17.1) kadının ise 4 ve üzerinde çocuğu vardı. Çalışma grubundaki kadınların 167'sinde (%53.9) en az bir abortus hikayesi vardır.

Çalışma grubundaki kadınlardan 62'si (%20.0) premenopozal, 67'si (%21.6) perimenopozal, 181'i (%58.4) ise postmenopozal dönemdedir. Postmenopozal dönemde olan kadınların 36'sı (%11.6) medikal ya da cerrahi olarak menopoza girmiştir.

Postmenopozal kadınların menopoza girme yaşı 26-55 arasında değişmekte olup ortalama  $45.76 \pm 5.49$  yıl idi. Doğal olarak menopoza girenlerde  $46.12 \pm 5.57$  (min-max:26-55) yıl, medikal ya da cerrahi olarak menopoza girenlerde  $44.28 \pm 4.96$  (min-max: 32-53) yıldır.

Postmenopozal kadınların 23'ünde (%12.7) erken menopoz hikayesi vardır. Çalışma grubunda HRT alan kadın sayısı 24 (%9.7) olarak saptanmıştır.

Çalışma grubunu oluşturanların MRS'den aldıkları puanlar 0-41 arasında değişmekte olup, ortanca puan 15.0 idi. Ölçeğin somatik alt boyutundan alınan puanlar 0-15 arasında değişmekte olup, ortanca puan 5.0, psikolojik alt boyutundan alınan puanlar 0-15 arasında değişmekte olup ortanca puan 6.0, ürogenital alt boyutundan alınan puanlar ise 0-12 arasında değişmekte olup ortanca puan 3.0 idi. Çalışma grubunda en çok görülen menopoz semptomları fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%11.6), eklem kas rahatsızlıkları (%11.3) ve sinirlilik (%11.3) idi. Çalışma grubundaki kadınlarda görülen menopoz semptomlarının dağılımı Tablo 4.2'de gösterilmiştir.



Tablo 4.2. Çalışma grubundakilerde görülen menopoz semptomlarının dağılımı.

<b>Menopoz semptomları</b>	n	Semptom sayısı üzerinden %	Kişi sayısı üzerinden %
Sıcak basması, gece terlemesi	206	9.9	66.5
Kalp rahatsızlıkları	141	6.8	45.5
Uyku sorunları	173	8.3	55.8
Keyifsizlik hali	219	10.5	70.6
Sinirlilik	235	11.3	75.8
Endişe	197	9.5	63.5
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk	242	11.6	78.1
Cinsel sorunlar	163	7.8	52.6
İdrar sorunları	155	7.5	50.0
Vajinada kuruluk	116	5.6	37.4
Eklem ve kas rahatsızlıkları	235	11.3	75.8

Bu çalışmada kadınların 130'unda (%41.9) ciddi menopozal semptom olduğu saptanmıştır. Ciddi somatik semptomları olan kadın sayısı 211 (%68.1), ciddi psikolojik semptomları olan kadın sayısı 232 (%74.8), ciddi ürogenital semptomları olan kadın sayısı ise 118 (%38.1) olarak bulunmuştur.

Çalışma grubunda 40-44 yaş grubundaki kadınlar arasında ciddi menopoz semptomları sıklığı, MRS'nin tüm alt boyutlarında ve toplamda diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Öğrenim düzeyi ilkokul ve altında olanlar arasında ciddi somatik ve psikolojik semptom sıklığı ortaokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ölçeğin ürogenital alt boyutunda ve toplamda ise ciddi semptom sıklığı ile öğrenim düzeyi arasında fark bulunamamıştır (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ).

Aile gelir durumu iyi olan kadınlarda ciddi somatik semptom sıklığı orta ve kötü olanlara göre daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ölçeğin diğer alt

boyutlarında ise ciddi semptom sıklığı ile aile gelir durumu arasında fark bulunamamıştır (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ).

Hekim tanılı herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, olmayanlara göre MRS'nin tüm alt boyutlarında ciddi menopoz semptom sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Her bir alt boyut için;  $p<0.05$ ).

Çalışma grubundaki obez kadınlar arasında, ciddi somatik semptom sıklığı obez olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ölçeğin diğer alt boyutlarında ise ciddi menopoz semptom sıklığı açısından obez olanlarla olmayanlar arasında bir fark yoktur (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ).

Ciddi menopoz semptomu varlığı açısından ölçeğin tüm alt boyutlarında ve toplamda medeni durum, aile tipi, çalışma durumu ve sigara içme durumu arasında fark bulunamamıştır (Her biri için;  $p>0.05$ ).

Çalışma grubunda ciddi menopozal semptomları olan ve olmayan kadınların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Ciddi menopozal semptomu olan ve olmayanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.

Sosyodemografik Özellikler	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları												Toplam n (%) <sup>b</sup>	
	Somatik			Psikolojik			Ürogenital			Toplam				
	Ciddi semptom			Ciddi semptom			Ciddi semptom			Ciddi semptom				
	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>		
<b>Yaş Grubu</b>														
40-44	31 (53.4)	27 (46.6)	25 (43.1)	33 (56.9)	45 (77.6)	13 (22.4)	49 (84.5)	9 (15.5)	58 (18.7)					
45-49	27 (38.69)	43 (61.4)	18 (25.7)	52 (74.3)	46 (65.7)	24 (34.3)	41 (58.6)	29 (41.4)	70 (22.6)					
50-54	14 (20.9)	53 (79.1)	17 (25.4)	50 (74.6)	37 (55.2)	30 (44.8)	35 (52.2)	32 (47.8)	67 (21.6)					
55-59	11 (21.2)	41 (78.8)	7 (13.5)	45 (86.5)	27 (51.9)	25 (48.1)	23 (44.2)	29 (55.8)	52 (16.8)					
60-64	16 (25.4)	47 (74.6)	11 (17.5)	52 (82.5)	37 (58.7)	26 (41.3)	32 (50.8)	31 (49.2)	63 (20.3)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>21.544; 0.000</b>		<b>15.693; 0.003</b>		<b>10.216; 0.037</b>		<b>23.020; 0.000</b>							
<b>Medeni Durum</b>														
Evlü	89 (32.2)	187 (67.8)	71 (25.7)	205 (74.3)	171 (62.0)	105 (38.0)	161 (59.1)	113 (40.9)	276 (89.0)					
Evlü değil	10 (29.4)	24 (70.6)	7 (20.6)	27 (79.4)	21 (61.8)	13 (38.2)	17 (50.0)	17 (50.0)	34 (11.0)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>0.019; 0.889</b>		<b>0.195; 0.659</b>		<b>0.000; 0.983</b>		<b>0.682; 0.409</b>							
<b>Öğrenim Durumu</b>														
İlkokul ve altında	83 (29.9)	195 (70.1)	70 (25.2)	208 (74.8)	166 (59.7)	112 (40.3)	157 (56.5)	121 (43.5)	278 (89.7)					
Ortaokul ve üzerinde	16 (50.0)	16 (50.0)	8 (25.0)	24 (75.0)	26 (81.3)	6 (18.8)	23 (71.9)	9 (28.1)	32 (10.3)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>4.470; 0.034</b>		<b>0.000; 0.982</b>		<b>4.770; 0.029</b>		<b>2.198; 0.129</b>							
<b>Aile Gelir Durumu</b>														
Kötü	12 (33.3)	24 (66.7)	10 (27.8)	26 (72.2)	20 (55.6)	16 (44.4)	18 (50.0)	18 (50.0)	36 (11.6)					
Orta	66 (28.3)	167 (71.7)	54 (23.2)	179 (76.8)	148 (63.5)	85 (36.5)	134 (57.5)	99 (42.5)	233 (75.2)					
İyi	21 (51.2)	20 (48.8)	14 (34.1)	27 (65.9)	24 (58.5)	17 (41.5)	28 (68.3)	13 (31.7)	41 (13.2)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>7.975; 0.019</b>		<b>2.268; 0.322</b>		<b>1.058; 0.589</b>		<b>2.795; 0.247</b>							
<b>Çalışma Durumu</b>														
Ev hanımı	80 (30.1)	186 (69.9)	68 (25.6)	198 (74.4)	163 (61.3)	103 (38.7)	153 (57.5)	113 (42.5)	266 (85.8)					
Çalışıyor	19 (43.2)	25 (56.8)	10 (22.7)	34 (77.3)	29 (65.9)	15 (34.1)	27 (61.4)	17 (38.6)	44 (14.2)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>2.411; 0.084</b>		<b>0.046; 0.830</b>		<b>0.175; 0.676</b>		<b>0.099; 0.754</b>							

a: satır toplamına göre yüzde alınmıştır.

b: sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.3.'ün devamı Ciddi menopozal semptomu olan ve olmayanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.

Sosyodemografik Özellikler	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları												Toplam n (%) <sup>b</sup>		
	Somatik			Psikolojik			Ürogenital			Toplam					
	Ciddi semptom			Ciddi semptom			Ciddi semptom			Ciddi semptom					
	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>			
<b>Aile Tipi</b>															
Çekirdek aile	83 (32.8)	170 (67.2)	66 (26.1)	187 (73.9)	159 (62.8)	94 (37.2)	152 (60.1)	101 (39.9)	253 (81.6)						
Geniş aile	7 (26.9)	19 (73.1)	6 (23.1)	20 (76.9)	13 (50.0)	13 (50.0)	12 (46.2)	14 (53.8)	26 (8.4)						
Parçalanmış aile	9 (29.0)	22 (7.0)	6 (19.4)	25 (80.6)	20 (64.5)	11 (35.5)	16 (51.6)	15 (48.4)	31 (10.0)						
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	0.520; 0.771												1.703; 0.427	2.446; 0.291	
<b>Sigara İçme Durumu</b>															
İçmiyor	76 (76.8)	177 (83.9)	66 (26.1)	187 (73.9)	154 (60.9)	99 (39.1)	146 (57.7)	107 (42.3)	253 (81.6)						
İçiyor	23 (40.4)	34 (16.1)	12 (21.1)	45 (78.9)	38 (66.7)	19 (33.3)	34 (59.6)	23 (40.4)	57 (18.4)						
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	1.826; 0.177												0.387; 0.534	0.440; 0.507	
<b>Kronik Hastalık Öyküsü</b>															
Yok	49 (47.6)	54 (52.4)	37 (35.9)	66 (64.1)	74 (71.8)	29 (28.2)	75 (72.8)	28 (27.2)	103 (33.2)						
Var	50 (24.2)	157 (75.8)	41 (19.8)	166 (80.2)	118 (57.0)	89 (43.0)	105 (50.7)	102 (49.3)	207 (66.8)						
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>17.352; 0.000</b>												<b>9.486; 0.002</b>	<b>6.425; 0.011</b>	<b>13.784; 0.000</b>
<b>Obezite</b>															
Yok	62 (36.9)	106 (63.1)	46 (27.4)	122 (72.6)	111 (66.1)	57 (33.9)	105 (62.5)	63 (37.5)	168 (54.2)						
Var	37 (26.1)	105 (73.9)	32 (22.5)	110 (77.5)	81 (57.0)	61 (43.0)	75 (52.8)	67 (47.2)	142 (45.8)						
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>4.167; 0.041</b>												0.960; 0.327	2.661; 0.103	2.963; 0.085
<b>Toplam</b>	99 (31.9)	211 (68.1)	78 (25.2)	232 (74.8)	192 (61.9)	118 (38.1)	180 (58.1)	130 (41.9)	310 (100)						

a: satır toplamına göre yüzde alınmıştır.

b: sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubundakilerden gebelik sayısı 1-3 olanlar arasında ciddi somatik semptom sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). MRS'nin diğer alt boyutlarında ise ciddi menopozal semptom sıklığı ile gebelik sayısı arasında bir fark yoktur (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ).

Doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı 4 ve üzeri olan kadınlar arasında ciddi somatik semptom sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Her biri için;  $p<0.05$ ). Oysa ölçeğin diğer alt boyutlarında ciddi menopozal semptom sıklığı ile doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arasında bir ilişki yoktur (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ).

Çalışma grubunda abortus öyküsü olan ve olmayan kadınlar arasında ciddi menopozal semptom sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ).

Çalışma grubunda ciddi menopozal semptomları olan ve olmayan kadınların bazı reproduktif özelliklere göre dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4: Ciddi menopozal semptomları olan ve olmayan kadınların bazı reproduktif özelliklere göre dağılımı.

Reproduktif Özellikler	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları												Toplam n (%) <sup>b</sup>	
	Somatik			Psikolojik			Ürogenital			Toplam				
	Ciddi semptom			Ciddi semptom			Ciddi semptom			Ciddi semptom				
	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>		Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>		Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>		Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>			
<b>Gebelik Sayısı</b>														
Yok	2 (25.0)	6 (75.0)	1 (12.5)	7 (87.5)	4 (50.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (2.6)		
1-3	57 (39.9)	86 (60.1)	33 (23.1)	110 (76.9)	97 (67.8)	46 (32.2)	89 (62.2)	54 (37.8)	143 (46.1)					
4 ve üzeri	40 (25.2)	119 (74.8)	44 (27.7)	115 (72.3)	91 (57.2)	68 (42.8)	86 (54.1)	73 (45.9)	159 (51.3)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>7.669; 0.022</b>													
<b>Doğum Sayısı</b>														
Yok	3 (30.0)	7 (70.0)	1 (10.0)	9 (90.0)	6 (60.0)	4 (40.0)	7 (70.0)	3 (30.0)	10 (3.2)					
1-3	80 (36.7)	138 (63.3)	63 (28.9)	155 (71.1)	142 (65.1)	76 (34.9)	131 (60.1)	87 (39.9)	218 (70.3)					
4 ve üzeri	16 (19.5)	66 (80.5)	14 (17.1)	68 (82.9)	44 (53.7)	38 (46.3)	42 (51.2)	40 (48.8)	82 (26.5)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>8.114; 0.017</b>													
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>														
Yok	2 (20.0)	8 (80.0)	1 (10.0)	9 (90.0)	5 (50.0)	4 (40.0)	6 (60.0)	4 (40.0)	10 (3.2)					
1-3	89 (36.0)	158 (64.0)	66 (26.7)	181 (73.3)	161 (65.2)	86 (34.8)	149 (60.3)	98 (39.7)	247 (79.7)					
4 ve üzeri	8 (15.1)	45 (84.9)	11 (20.8)	42 (79.2)	26 (49.1)	27 (50.9)	25 (47.2)	28 (52.8)	53 (17.1)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>9.478; 0.009</b>													
<b>Abortus Öyküsü</b>														
Yok	48 (33.6)	95 (66.4)	35 (24.5)	108 (75.5)	88 (61.5)	55 (38.5)	88 (61.5)	55 (38.5)	143 (46.1)					
Var	51 (30.5)	116 (69.5)	43 (25.7)	124 (74.3)	104 (62.3)	63 (37.7)	92 (55.1)	75 (44.9)	167 (53.9)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>0.325; 0.569</b>													
<b>Toplam</b>	99 (31.9)	211 (68.1)	78 (25.2)	232 (74.8)	192 (61.9)	118 (38.1)	180 (58.1)	130 (41.9)	310 (100)					

a: satır toplamına göre yüzde alınmıştır.

b: sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

MRS'nin tüm alt boyutları için premenopozal kadınlar arasında ciddi semptom sıklığının perimenopozal ve postmenopozal kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Her bir alt boyut için;  $p<0.05$ ).

Menopoza doğal olarak girenlerle cerrahi olarak girenler arasında ölçeğin tüm alt boyutlarında ciddi menopoz semptom sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ).

Erken menopoz öyküsü olan kadınlar arasında ciddi somatik semptom sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ölçeğin diğer alt boyutlarında ise erken menopoza girenler ile girmeyenler arasında ciddi menopozal semptom sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ).

Çalışmada HRT alan ve almayanlar arasında MRS'nin tüm alt boyutları için ciddi semptom sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır (Her bir alt boyut için;  $p>0.05$ ). Ciddi menopozal semptomları olan ve olmayan kadınların menopoz ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir

Tablo 4.5. Ciddi menopozal semptomları olan ve olmayan kadınların menopoz ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı.

Menopoz ile ilişkili Değişkenler	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları												Toplam n (%) <sup>b</sup>	
	Somatik			Psikolojik			Ürogenital			Toplam				
	Ciddi semptom			Ciddi semptom			Ciddi semptom			Ciddi semptom				
	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>	Yok n (%) <sup>a</sup>	Var n (%) <sup>a</sup>		
<b>Menopozal Durum</b>														
Premenopozal	40 (64.5)	22 (35.5)	26 (41.9)	36 (58.1)	52 (83.9)	10 (16.1)	52 (83.9)	10 (16.1)	52 (83.9)	10 (16.1)	62 (20.0)			
Perimenopozal	20 (29.9)	47 (70.1)	16 (23.9)	51 (76.1)	44 (65.7)	23 (34.3)	42 (62.7)	25 (37.3)	67 (21.6)					
Postmenopozal	39 (21.5)	142 (78.5)	36 (19.9)	145 (80.1)	96 (53.0)	85 (47.0)	86 (47.5)	95 (52.5)	181 (58.4)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>39.398; 0.000</b>		<b>11.994; 0.002</b>		<b>19.128; 0.000</b>		<b>25.820; 0.000</b>							
<b>Menopoza Girme Şekli</b>														
Doğal	34 (23.4)	111 (76.6)	25 (17.2)	120 (82.8)	78 (53.8)	67 (46.2)	66 (45.5)	79 (54.5)	145 (80.1)					
Cerrahi/Medikal	5 (13.9)	31 (86.1)	11 (30.6)	25 (69.4)	18 (50.0)	18 (50.0)	20 (55.6)	16 (44.4)	36 (19.9)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>1.045; 0.307</b>		<b>2.427; 0.119</b>		<b>0.049; 0.825</b>		<b>0.798; 0.372</b>							
<b>Erken Menopoz Öyküsü</b>														
Yok	9 (39.1)	14 (60.9)	6 (26.1)	17 (73.9)	12 (52.2)	11 (47.8)	14 (60.9)	9 (39.1)	23 (12.7)					
Var	30 (19.0)	128 (81.0)	30 (19.0)	128 (81.0)	84 (53.2)	74 (46.8)	72 (45.6)	86 (54.4)	158 (87.3)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>4.266; 0.039</b>		<b>0.599; 0.439</b>		<b>0.008; 0.929</b>		<b>1.321; 0.170</b>							
<b>HRT Kullanma Öyküsü</b>														
Yok	48 (21.5)	175 (78.5)	44 (19.7)	179 (80.3)	124 (55.6)	99 (44.4)	114 (51.1)	109 (48.9)	224 (90.3)					
Var	10 (41.7)	14 (58.3)	7 (29.2)	17 (70.8)	15 (62.5)	9 (37.5)	13 (54.2)	11 (45.8)	24 (9.7)					
<b>İstatistiksel Analiz (X<sup>2</sup>; p)</b>	<b>3.836; 0.050</b>		<b>1.090; 0.279</b>		<b>0.185; 0.667</b>		<b>0.005; 0.945</b>							
<b>Toplam</b>	<b>99 (31.9)</b>	<b>211 (68.1)</b>	<b>78 (25.2)</b>	<b>232 (74.8)</b>	<b>192 (61.9)</b>	<b>118 (38.1)</b>	<b>180 (58.1)</b>	<b>130 (41.9)</b>	<b>310 (100)</b>					

a: satır toplamına göre yüzde alınmıştır.

b: sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.



Yapılan istatistiksel analizler sonucunda ciddi menopozal semptom varlığı ile  $p < 0.10$  seviyesinde ilişkili olduğu saptanan yaş grubu, öğrenim durumu, aile gelir durumu, çalışma durumu, kronik hastalık öyküsü, obezite, gebelik-doğum, yaşayan çocuk sayısı, abortus hikayesi, menopozal durum, erken menopoz öyküsü ve HRT kullanma öyküsü ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Ciddi menopozal semptom sıklığı ve ilişkili olduğu düşünülen değişkenler ile oluşturulan lojistik regresyon analizi sonuçları.

Ölçek alt boyutları	p	Odd's Oranı	%95 Güven Aralığı
<b>Somatik Alt boyut</b>			
Erken Menopoz Öyküsü (Referans: Yok )			
Var	0.047	2.603	1.014-6.679
<b>Psikolojik Alt boyut</b>			
Kronik Hastalık Öyküsü (Referans:Yok)			
Var	0.048	1.758	1.004-3.077
Menopozal Durum (Referans: Premenopozal)			
Perimenopozal	0.069	2.044	0.945-4.423
Postmenopozal	0.11	2.339	1.218-4.491
<b>Ürogenital Alt Boyut</b>			
Menopozal Durum(Referans: Premenopozal)			
Perimenopozal	0.022	2.698	1.154-6.307
Postmenopozal	0.000	4.293	2.044-9.017
<b>Toplam menopozal semptomlar</b>			
Kronik Hastalık Öyküsü (Referans:Yok)			
Var	0.011	2.006	1.171-3.434
Menopozal Durum(Referans: Premenopozal)			
Perimenopozal	0.018	2.777	1.188-6.493
Postmenopozal	0.000	4.762	2.244-10.105

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre erken menopoz öyküsü olanlarda ciddi somatik semptom sıklığının 2.603 kat daha fazla görüldüğü

saptanmıştır. Ciddi psikolojik semptom sıklığı, kronik hastalık hikayesi olanlarda 1.758 kat, perimenopozal kadınlarda 2.044 kat, postmenopozal kadınlarda 2.339 kat daha fazla görülmektedir. Ciddi ürogenital semptom sıklığı, perimenopozal kadınlarda 2.698 kat, postmenopozal kadınlarda 4.293 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Toplamda ciddi menopozal semptom sıklığı ise, kronik hastalık öyküsü olan kadınlarda 2.006 kat, perimenopozal kadınlarda 2.777 kat, postmenopozal kadınlarda 4.762 kat daha fazla görülmektedir.

Çalışma grubundaki kadınların MBDF'nden aldıkları puanlar 0-32 arasında değişmekte olup, ortanca puan 20.0 idi.

Kadınların MBDF'nden aldıkları puanlar ile MRS'den aldıkları puanlar arasında bir ilişki bulunamadı ( $p>0.05$ ). Çalışma grubundakilerin menopoz bilgi değerlendirme formundan ve MRS'den aldıkları puanlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Çalışma grubundakilerin menopoz bilgi değerlendirme formundan ve MRS'den aldıkları puanlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları.

	Test Değeri	MRS			
		Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Toplam
<b>Menopoz Bilgi Değerlendirme Formu</b>	$r_s$	0.016	-0.025	-0.045	-0.018
	$p$	0.776	0.658	0.430	0.748

Kadınların, MTDÖ'nin PD alt boyutundan aldıkları puanlar 3-17 arasında değişmekte olup, ortanca puan 10.0, ND alt boyutundan aldıkları puanlar 0-12 arasında değişmekte olup ortanca puan 5.0, Aİ alt boyutundan aldıkları puanlar 0-12 arasında değişmekte olup, ortanca puan 8.0, D alt boyuttan aldıkları puanlar ise 0-8 arasında değişmekte olup, ortanca puan 4.0 idi. Kadınların MTDÖ alt boyutlarından aldıkları ortanca puanlar ile MRS alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Çalışma grubunda MTDÖ ve MRS ölçeğinden alınan puanlar arasında korelasyon analizi sonuçları.

MTDÖ alt boyutları	Test Değeri	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları			
		Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Toplam
<b>Pozitif duygusal</b>	$r_s$	<b>0.166</b>	0.060;	-0.012;	0.095;
	p	<b>0.003</b>	0.293	0.832	0.093
<b>Negatif duygusal</b>	$r_s$	<b>-0.261</b>	<b>-0.348;</b>	<b>-0.244;</b>	<b>-0.355;</b>
	p	<b>0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>0.001</b>
<b>Aile ilişkileri</b>	$r_s$	-0.068	-0.053;	-0.109;	-0.085;
	p	0.232	0.355	0.056	0.133
<b>Davranışsal</b>	$r_s$	0.036	-0.048;	-0.034;	-0.020;
	p	0.528	0.396	0.556	0.721

MRS'nin somatik alt boyutundan alınan puanlar ile MTDÖ'nin PD alt boyutundan alınan puanlar arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Kadınların MTDÖ'nin ND alt boyutundan aldıkları puanlar ile MRS'nin tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (Her bir alt boyut için;  $p < 0.05$ )

Çalışma grubundakilerin MTDÖ'nin Aİ ve D alt boyutlarından aldıkları puanlar ile MRS'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında bir ilişki bulunamadı (Her bir alt boyut için;  $p > 0.05$ ).

Kadınların MBDF'dan aldıkları puanlar ile MTDÖ'nin PD alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Oysa MBDF puanları ile MTDÖ'nin diğer alt boyutları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Her bir alt boyut için;  $p > 0.05$ ). Çalışma grubundaki kadınların MTDÖ ve MBDF'dan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.9'da verilmiştir

Tablo 4.9. Çalışma grubundaki kadınların MTDÖ ve MBDF'dan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları.

	Test Değeri	MTDÖ			
		Pozitif duygusal	Negatif duygusal	Aile ilişkileri	Davranışsal
<b>Menopoz Bilgi Değerlendirme Formu</b>	$r_s$	<b>0.181</b>	-0.038	0.027	0.000
	$p$	<b>0.001</b>	0.500	0.630	0.998

#### 4.2. İkinci Aşama

Bu aşamada çalışma grubunda vazomotor semptomları olan ve eğitime katılmayı kabul eden 59 kadın ile görüşüldü. Görüşme sırasında kadınlara menopoz ile ilgili sağlık sorunları ve baş etme yolları hakkında eğitim verildi. Müdahale etkinliğinin değerlendirilmesi için ikinci görüşmeye gelmeyen kadın sayısı 5 olup, eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi 54 kadın üzerinden yapıldı. Eğitim sonrasında menopoz semptomları, menopoz bilgi düzeyi ve menopoza yönelik tutumlar aynı ölçeklerle tekrar değerlendirildi. Müdahale grubundakilerin eğitim öncesi ve sonrası MRS, MBDF ve MTDÖ'den aldıkları ortanca puanların dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Müdahale öncesi ve sonrası MRS, MBDF ve MTDÖ'den alınan ortanca puanların dağılımı.

	Müdahale öncesi		Müdahale sonrası		İstatistiki analiz z; p
	Median	25. ve 75. persentiller	Median	25. ve 75. persentiller	
<b>MRS</b>					
Somatik	5.00	3.00-8.25	5.00	2.00-7.00	<b>2.740; 0.006</b>
Psikolojik	7.00	4.00-10.00	6.00	3.00-9.25	<b>1.986; 0.047</b>
Ürogenital	3.00	1.00-5.25	3.00	1.00-5.00	0.230; 0.818
Toplam	14.50	10.00-22.00	14.00	7.75-21.00	<b>2.674; 0.007</b>
<b>MBDF</b>	22.00	18.00-25.00	27.00	20.00-29.50	<b>4.933; 0.000</b>
<b>MTDÖ</b>					
Pozitif Duygusal	11.00	8.00-13.00	12.00	9.75 -14.00	<b>2.620; 0.009</b>
Negatif Duygusal	5.00	3.00-7.00	6.00	4.00-8.00	<b>2.980; 0.003</b>
Aile İlişkileri	8.00	5.75-9.00	8.00	6.00-9.00	0.246; 0.806
Davranışsal	4.00	2.00-6.00	5.00	3.00-6.00	1.478; 0.140

Müdahale sonrasında MRS'nin somatik, psikolojik alt boyutlarında ve toplamda alınan puanların müdahale öncesine göre azaldığı saptanmıştır (Her bir alt boyut için  $p < 0.05$ ). Ürogenital alt boyuttan alınan puanlarda ise müdahale sonrasında bir değişiklik olmamıştır ( $p > 0.05$ ). Müdahale sonrası MBDF'dan alınan puanlar müdahale öncesine göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ).

Müdahale sonrası MTDÖ'nin PD ve ND alt boyutlarından alınan puanlar müdahale öncesine göre daha yüksek bulunmuştur (Her bir alt boyut için;  $p < 0.05$ ). Aile ilişkileri ve davranışsal alt boyutlarda ise müdahale öncesi ve sonrasında alınan puanlar arasında bir fark yoktur (Her bir alt boyut için;  $p > 0.05$ )

## 5. TARTIŞMA

Menopozal dönemde görülen semptomlar bireylerin ve toplumların özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Yapılan farklı çalışmalarda en sık görülen menopozal semptomlar kas ve eklem rahatsızlıkları, depresif duygu-durum, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olduğu bildirilmektedir (76-78). Bazı çalışmalarda ise en sık görülen menopozal semptomun sıcak basması olduğu rapor edilmiştir (76, 79). Çalışma grubunu oluşturanlarda en çok görülen menopozal semptomlar sırasıyla; fiziksel ve zihinsel yorgunluk, eklem kas rahatsızlıkları ve sinirliliktir. Ciddi menopozal semptom sıklığı ise %41.9 olarak saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ciddi semptom sıklığının %19.6-53.0 arasında değiştiği bildirilmiştir (77, 80). Çeşitli çalışmalarda bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmaların yapıldığı toplumların sosyodemografik, etnik, genetik ve yaşam biçimleri ile ilgili özellikleri ve kullanılan tanı yöntemlerinin farklı olması sayılabilir.

Menopoza girme yaşı toplumdan topluma farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmada kadınlarda doğal menopoza girme yaşı ortalaması  $46.12 \pm 5.57$  yıl olarak saptanmıştır. Etiyopya'da yapılan bir çalışmada menopoza girme yaşı ortalaması 46.35, Bengal'de 45.7 gibi benzer sonuç bildiren çalışmaların yanı sıra, Çin'de 48.9, Norveç'te 48.9 ve Kuzey Amerika'da 51.4 yıl gibi ortalama menopoza yaşının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (15-18, 81). Çeşitli çalışmalarda menopoza girme yaşı ile ilgili olarak bildirilen farklılıkların nedenleri arasında çalışmaların yapıldığı toplumlardaki kadınların genetik özellikleri, beslenme biçimleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarının farklı olması olabilir.

Çalışmamızda ciddi menopozal semptom sıklığının 40-44 yaş grubu kadınlarda diğer yaş grubundakilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre ise ciddi menopozal semptom sıklığı açısından yaş grupları arasında fark bulunamamıştır. Yaşın karıştırıcı etkisinden dolayı 40-44 yaş grubundaki kadınlarda menopozal semptom sıklığı daha düşük bulunmuş olabilir. Suudi Arabistan, İran, Çin gibi çeşitli ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda da yaş ile menopozal semptomlar arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (17, 82, 83).

Menopoz dönemi, kadınların desteğe ihtiyaç duyduğu, daha kırılgan olduğu bir dönemdir. Evli kadınların eş desteği almalarından dolayı menopozal semptomları daha az şiddetli algılamaları beklenebilir (28). Bunun yanı sıra cinsel fonksiyon bozuklukları ve vajinal kuruluk gibi semptomların evli kadınlarda daha fazla rahatsızlık verebileceği için evli kadınların menopozal semptomları daha şiddetli hissetmesi olasıdır. Çalışma grubunu oluşturan kadınların %89.0'u evlidir. Evli olan ve olmayan kadınlar arasında ciddi menopozal semptom sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır. Yapılan çalışmalarda da evli olan ve olmayanlar arasında ciddi menopozal semptom sıklığı açısından bir fark olmadığı rapor edilmektedir (78, 80, 84).

Çekirdek tipi aile yapısına sahip olan kadınlar menopoz döneminde aile büyüklerinin desteğinden mahrum kalmaları ya da sorumluluklarını paylaşabilecekleri kimse olmaması nedeniyle menopozal semptomları daha yoğun yaşayabilirler. Bunun yanı sıra geniş ailenin neden olduğu kalabalık ev koşulları gibi sorunlar da menopoz döneminin daha zor yaşanmasına neden olabilir. Çalışma grubunda ciddi semptom sıklığı ile aile tipi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Çelik ve Pasinlioğlu'nun (85) Erzurum'da yaptıkları bir çalışmada da menopoz semptomları ile aile tipi arasında ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir. Kaulagekar'ın (86) Hindistan'da yaptığı çalışmada çekirdek tipi aile yapısına sahip kadınlar arasında menopoz semptomlarının daha fazla görüldüğü bildirilmektedir .

Öğrenim düzeyinin daha yüksek olması, kadınların sağlık ile ilgili konularda ve sağlıklı yaşam biçimleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olması menopoz semptomlarından daha az etkilenmelerine neden olabilir. Çalışma grubundaki kadınlardan öğrenim düzeyi ortaokul ve üzerinde olan kadınlar arasında ciddi somatik ve ürogenital semptomlar daha az görülmektedir. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarında ise bu farklılık ortadan kalkmıştır. Çalışma grubundaki kadınlarda ileri yaşlarda olanların öğrenim düzeylerinin daha düşük olmasından dolayı öğrenim düzeyi ile ciddi menopoz semptomları arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi sonuçlarında bulunamamış olabilir. Öğrenim düzeyi ile menopoz semptomlarının sayısı ve şiddeti arasındaki ilişki ile ilgili olarak benzer sonuç bildiren araştırmacılar

vardır (82, 87, 88). Bazı çalışmalarda ise öğrenim durumu ile menopoz semptomlarının arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmektedir (17, 66, 81, 83-86).

Aile gelir durumu kötü olan kadınların sağlık hizmetlerinden aile gelir durumu daha iyi olan kadınlara göre daha az faydalanmaları menopoz semptomlarını daha şiddetli yaşamalarının nedenlerinden biri olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda da aile gelir durumu düşük olan kadınlarda menopoz semptomlarının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (87, 88). Kaulagekar (86) ise çalışmasında aile gelir durumu düşük olan kadınların arasında menopozal semptom sıklığının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Aile gelir durumu ile menopozal semptom sıklığı arasında bir ilişki bulunamadığını bildiren çalışmalar da vardır (17, 84, 85). Bizim çalışmamızda aile gelir durumu iyi olan kadınlar arasında ciddi somatik semptom varlığının daha düşük olduğu bulunmuş olup, lojistik regresyon analizi sonucuna göre bu farklılığın ortadan kalktığı görülmüştür.

Bu çalışmada ciddi menopozal semptom sıklığı açısından gelir getiren herhangi bir işte aktif olarak çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında bir fark bulunamamıştır. Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmiştir (84, 85, 87). İran, Suudi Arabistan ve Çin'de çalışmayan kadınlar arasında menopozal semptom sıklığının daha yüksek olduğunu bildiren araştırmacılar da vardır (17, 82, 83). Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise herhangi bir işte aktif olarak çalışan kadınlarda menopoz semptom sıklığının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (86). Bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmaların farklı kültürlerde yapılmış olması, çalışan ya da çalışmayan kadınlar üzerindeki sorumlulukların ve baskıların farklı olması ve bu kültürlerde menopoza yönelik tutumların farklılıklar göstermesi olabilir.

Im ve arkadaşlarının (87) yaptıkları bir çalışmada menopoz semptomlarının daha önce sigara içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre daha sık görüldüğünü bildirmektedir. Oysa bazı çalışmalarda sigara içme ile menopoz semptomları arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmektedir (84, 88, 89). Çalışmamız da literatürle uyumlu olarak sigara içenlerle içmeyenler arasında ciddi menopoz semptom sıklığı açısından bir farklılık



bulunamamıştır. Sigara içen kadınlarda kanda östrojen seviyesinin içmeyenlere göre daha düşük olduğu bilinmektedir. Daha düşük östrojen seviyelerinin ise menopozal semptomların daha şiddetli olmasına neden olacağı düşünülebilir (90, 91). Ancak sigara içen kadınlarda östrojen seviyesinin menopoz öncesinde de düşük olmasından dolayı menopozal dönemde östrojen seviyesinde ani bir düşüşün olmamasına ve menopozal semptomlarda sigara içenlerle içmeyenler arasında bir fark bulunamamasının nedenlerinden biri olabilir.

Menopozal dönem aynı zamanda çok sayıda kronik hastalığın da ortaya çıktığı bir süreçtir. Bazen kronik hastalıklardan kaynaklanan semptomlar ile östrojen yetersizliğinden kaynaklanan semptomları ayırt etmek oldukça zor olabilir. Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında menopoz semptomlarının daha fazla görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma vardır (25, 87, 89, 92). Bizim çalışmamızda da herhangi bir kronik hastalık öyküsü olan kadınlarda ciddi menopoz semptom sıklığının olmayanlara göre iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Obezite ile menopoz semptomları arasındaki ilişki henüz tam anlamıyla ortaya konamamıştır. Androstenedion'un aromatisasyon ile östrona dönüşmesi yağ dokuda meydana gelmektedir. Yani yağ dokusu bir östrojen kaynağı olmaktadır. Bu durum daha fazla yağ dokusuna sahip kadınların menopozal semptomlardan daha az etkileneceği fikrini ortaya çıkarmıştır (93). Obez kadınlarda ise yağ dokusunun ısı kaybını azaltması nedeniyle özellikle vazomotor semptomların daha sık görülmesi olasıdır. Obezitenin sedanter yaşam tarzı ile birliktelik göstermesinden dolayı çarpıntı, kas eklem rahatsızlıkları gibi menopozal semptomların obez kadınlarda daha fazla görülmesi beklenebilir. Çalışmada ciddi menopozal semptom sıklığı açısından obez olan ve olmayan kadınlar arasında bir fark bulunamamıştır. Obezite ile menopozal semptomlar arasında ilişki bulunamadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (25, 84, 88, 92). Bazı çalışmalarda ise obez kadınlarda menopozal semptomların daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (17, 83, 87).

Menopoz ile birlikte çocuk sahibi olma ihtimalinin de sona ermesi nullipar kadınların menopoza karşı daha olumsuz tutumlar geliştirmelerine ve menopoz semptomlarını daha şiddetli algılamalarına neden olabilir. Çok sayıda çocuk sahibi olmak ise üriner inkontinans ve osteoporoz gibi menopoz ile ilgili sağlık sorunlarının görülme riskini arttırabilir. Bu çalışmada hiç gebeliği olmayan ve gebelik sayısı 4'ten fazla olan kadınlarda, doğum sayısı 4 ve daha fazla olanlarda ve yaşayan çocuk sayısı 4 ve daha fazla olan kadınlarda ciddi semptom sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda ise gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı ile ciddi menopoz semptomları açısından bir fark bulunmamıştır. Nullipar olan kadınlar ile multipar kadınlar arasında menopoz semptomlarını şiddeti açısından fark bulunmadığını bildiren çalışmalar da vardır (84, 90).

Güney Kore, Ekvator Cumhuriyeti ve Suudi Arabistan'da yapılan bazı çalışmalarda çocuğu olmayan kadınlarda menopoz semptomlarının çocuğu olanlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (83, 87, 94). Bazı çalışmalarda ise çok sayıda doğum yapan kadınlarda menopozal semptomların daha şiddetli olduğu rapor edilmektedir (77, 80, 85, 95-97). Çok sayıda çocuk sahibi olmanın ya da çocuk sahibi olmamanın kadınlar üzerinde oluşturduğu baskılar, kültürler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu baskılar kadınların menopoza yönelik tutumlarını etkileyerek menopozal semptomlarını farklı şiddette yaşamalarına neden olabilir.

Abortus hikayesi olan ve olmayan kadınlar arasında ciddi menopoz semptom sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır. Chuni ve arkadaşlarının (66) çalışmalarında da abortus hikayesi ile menopoz semptom varlığı arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Nelson ve arkadaşlarının (98) yaptığı çalışmada ise 2 ve daha fazla sayıda abortus hikayesi olan kadınlarda menopoz semptomlarının daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir .

Premenopozal dönemde menopoza yaklaştıkça östrojen seviyesinde dalgalanmalar olsa da overlerin hala çalışıyor olması menopozal semptomların premenopozal kadınlarda daha az görülmesini açıklayabilir. Çalışmada premenopozal kadınlarda ciddi menopoz semptom sıklığının perimenopozal ve postmenopozal kadınlara göre daha düşük olduğu

saptanmıştır. Premenopozal kadınlarda menopozal semptomların daha az görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma vardır (17, 81, 83, 87, 92, 94, 96). Chim ve arkadaşlarının (84) Singapur'da yaptıkları bir çalışma ile Schwarz ve arkadaşlarının (89) Almanya'da yaptıkları çalışmada ise menopozal durum ile menopoz semptomları arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.

Cerrahi menopoz sonrası hormon düzeylerindeki ani düşüş, menopozal semptomların daha sık ve şiddetli görülmesine neden olabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da cerrahi olarak menopoza giren kadınlarda menopozal semptomların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (79, 85, 92, 94). Bu çalışmada ise cerrahi olarak menopoza giren kadınlar ile doğal menopoza giren kadınlar arasında ciddi menopoz semptom sıklığı açısından bir fark bulunamadı. Çalışmamızda menopoza girme şekli ile menopoz semptomları açısından fark görülmemesinin nedenlerinden biri cerrahi menopoz sonrası HRT'nin kullanılması ile hormon seviyelerindeki ani düşüşün etkilerinin görülmemesi olabilir. Cerrahi ya da doğal olarak menopoza giren kadınlarda menopoz semptomları açısından fark bulunamadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (99, 100).

Erken menopoz, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz gibi pek çok kronik hastalığın görülme riskini arttıran bir durumdur. Bunun yanı sıra menopozun erken ve beklenmedik bir zamanda ortaya çıkması, kadınların menopoza karşı olumsuz bir tutum geliştirmelerine ve menopozal semptomları daha yoğun hissetmelerine neden olabilir (14, 91). Çalışmamızda erken menopoz hikayesi olan kadınlar arasında ciddi somatik semptom varlığı 2.6 kat daha fazla bulunmuştur.

Hormon Replasman Tedavisinin endikasyonları, yan etkileri ve uzun vadedeki etkileri hala tartışmalı olmakla birlikte HRT, menopozal dönemde görülen sıcak basması, vajinal kuruluk ve bazı psikolojik şikayetlerin tedavisinde kullanılan etkili yöntemlerden biridir. Çalışma grubunda HRT alan ve almayan kadınlar arasında ciddi menopoz semptom sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır. Sis Çelik ve Pasinlioğlu'nun (85) yaptıkları çalışmada da HRT alanlar ile almayanlar arasında menopoz semptomları açısından bir fark bulunamadığını belirtmişlerdir. Lerner-Geva ve arkadaşları

(92) ile Schwarz ve arkadaşlarının (89) yaptıkları çalışmalarda ise HRT kullanan kadınlarda menopoz semptomlarının daha sık görüldüğü rapor edilmiştir.

Kadınların menopoz hakkında doğru bilgilere sahip olmaları; menopozal dönem ile ilgili gerçekçi beklentilere sahip olmalarına ve menopozal semptomların tedavi seçenekleri arasında daha doğru tercih yapmalarına yardımcı olabilir (101). Kadınlar arasında menopoz bilgi düzeyi ile ilgili yapılan çok sayıda çalışma olmasına rağmen bilgi düzeyi ile menopoz semptomlarının şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çalışma grubunu oluşturanların menopoz hakkındaki bilgi düzeyleri ile menopoz semptomlarının şiddeti arasında bir ilişki yoktur. Kwak ve arkadaşlarının (102) yaptıkları bir çalışma menopoz bilgi düzeyi ile menopoz semptomları şiddeti arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.

Menopoza yönelik tutum ile menopoz semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların çoğunluğunda menopoza yönelik olumsuz tutuma sahip olan kadınlarda menopozal semptomların daha şiddetli olduğu bildirilmektedir (15, 47, 95, 103-105). Ağırlıklı olarak menopoza yönelik olumsuz tutumların menopozal semptomların daha şiddetli ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ancak menopozal semptomların daha şiddetli olması kadınların menopoza yönelik daha olumsuz tutumlar geliştirmelerine de yol açabilir. Çalışma grubundaki kadınlar arasında da literatürle uyumlu olarak menopoza yönelik olumsuz tutumları olanlarda menopoz semptomlarının da daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda ise menopozal tutum ile menopozal semptomların şiddeti arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmektedir (102, 106).

İyi bir sağlık eğitimi ile bireylerin bilgilerinin arttırılması, tutum ve davranışların da değiştirilmesi amaçlanır. Menopozal dönemdeki kadınlara yönelik yapılacak olan sağlık eğitiminde kadınların menopoz hakkındaki bilgilerini arttırmak, menopoz ile ilgili tutumlarını, menopozal semptomları algılayış biçimlerini olumlu yönde değiştirmek amaçlanmaktadır (9). Bu çalışmanın ikinci aşamasında menopoz semptomları ve bu semptomlarla

başetme yollarını içeren bir sağlık eğitiminin kadınların menopoz semptomları, menopoz hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları üzerindeki etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Bu çalışmada müdahale sonrasında kadınlar arasında MRS'nin ürogenital alt boyut semptomları haricindeki diğer alt boyutlardaki menopozal semptomlarının şiddetinde müdahale öncesine göre azalma olduğu saptanmıştır. Ürogenital alt boyutta ise müdahale öncesi ve sonrası arasında bir fark bulunamamıştır. Bu durumun nedenlerinden biri somatik ve psikolojik alt boyutta sorgulanan semptomların (sıcak basması, keyifsizlik hali, sinirlilik vb) ürogenital alt boyutta sorgulanan semptomlara (üriner inkontinans, vajinal kuruluk vb) göre daha subjektif semptomlar olması olabilir. Planlı bir eğitim programı uygulanmasından sonra menopoz semptom şiddetinde azalma olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (5, 107-109). Sağlık eğitimi; kadınların kendi semptomlarını daha gerçekçi değerlendirmelerine, menopozal semptomlarla ilgili gerçekçi hedefler koymalarına ve menopozal semptomları algılayış biçimlerinde değişiklikler olmasına neden olabilir.

Menopozal semptomlar ve bu semptomlarla baş etme yolları hakkındaki bilgi düzeyi kadınların menopozal dönemde sağlık hizmetine ulaşabilmeleri için kritik bir öneme sahiptir. Menopozal semptomların tedavisi için sunulan sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmayan kadınların bu hizmetlere bilinçli bir şekilde ulaşması beklenemez. Bu nedenle menopoz ile ilgili bilgi düzeyinin artırılması amacıyla sağlık eğitimi çalışmalarının yapılması oldukça önemlidir. Yapılan bazı çalışmalarda menopoz ile ilgili sağlık eğitimi verilen kadınlarda menopoz ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (5, 110, 111). Bu çalışmada da müdahale sonrasında kadınların menopoz hakkındaki bilgi düzeylerinde müdahale öncesine göre bir artış olduğu saptanmıştır.

Sağlık eğitimi ve menopoz ile ilgili bilgi düzeyinin artması her zaman tutum değişikliğine neden olmayabilir. Ancak menopozal sürecin işleyişi, nasıl ortaya çıktığı gibi soruların cevabını bilmek kadınların bu dönemde yaşadığı belirsizlik hissinden ve menopoz hakkındaki olumsuz tutumlarından

kurtulmalarına yardımcı olabilir (7, 9). Yapılan bazı çalışmalarda sağlık eğitimi müdahalesi sonrasında kadınların menopoz hakkındaki tutumlarının olumlu bir biçimde değiştiği rapor edilmektedir (5, 108-110, 112). Müdahale sonrasında kadınların MTDÖ'nin PD ve ND alt boyutlarından aldıkları puanlarda olumlu yönde bir artış meydana gelmiştir. Aile ilişkileri ve D alt boyutlarında ise herhangi bir değişiklik olmamıştır. Çalışmanın yapıldığı toplumun kırsalda yaşayan, aile ilişkileri konusunda daha kapalı bir toplum olması bu alt boyutta müdahale sonrası bir değişiklik olmasını zorlaştırmış olabilir. Davranışsal alt boyutta değişimin olmamasının nedenlerinden biri ise tutumun davranışsal ögesinin değiştirilmesinin duygusal ve bilişsel öğelerinin değiştirilmesine göre daha zor olması olabilir.

### **Sınırlılıklar**

Çalışmanın kırsalda ve tek bir ilçe merkezinde yapılmış olması kısıtlılıklardan biridir. Beylikova ilçe merkezinde bulunan bütün evler ve iş yerleri iki kez ziyaret edilmesine rağmen TÜİK 2012 verilerine göre az sayıda kadına ulaşılmıştır. Bu durumun nedenleri arasında daha iyi öğrenim ve iş imkanları için ilçeden şehir merkezine göçün fazla olması olabilir. Çalışma grubunu oluşturan kadınlardan vazomotor semptomları olan kadınların tamamı davet edilmesine rağmen büyük bir kısmı eğitim toplantılarına katılmamıştır. Eğitim toplantılarına katılan kadınların diğer kadınlara göre yeni bilgiler öğrenmeye daha istekli olmaları çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Eğitim toplantılarının kısa süreli olması da müdahalenin etkinliğini azaltmış olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Beylikova ilçe merkezinde yaşayan 40-64 yaş grubu kadınlar üzerinde yapılan bu çalışmada kadınlar menopoz semptomları, menopoz bilgi düzeyleri ve menopoz ile ilgili tutumları açısından değerlendirilmiş olup şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Çalışma grubunda en çok görülen menopoz semptomları fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%11.6), eklem kas rahatsızlıkları (%11.3) ve sinirlilik (%11.3) idi.
2. Kadınlar arasında ciddi menopozal semptom sıklığı %41.9 olarak saptanmıştır. Kadınların %68.1'inde ciddi somatik semptomlar, %74.8'inde ciddi psikolojik semptomlar, %38.1'inde ise ciddi ürogenital semptomlar vardı.
3. Çalışma grubundaki kadınlarda ciddi menopozal semptom sıklığının 40-44 yaş grubunda, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda, premenopozal kadınlarda daha düşük olduğu bulunmuştur.
4. Ciddi somatik semptom sıklığı 40-44 yaş grubunda, ortaokul ve üzerinde öğrenim düzeyine sahip olanlarda, aile gelir durumu iyi olanlarda, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda, obez olmayanlarda, gebelik sayısı 1-3 olanlarda ve premenopozal kadınlarda daha düşük, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı 4 ve üzerinde olanlarda ise daha yüksek bulunmuştur.
5. Ciddi psikolojik semptom sıklığı 40-44 yaş grubunda, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda ve premenopozal kadınlarda daha düşük bulunmuştur.
6. Ciddi ürogenital semptom sıklığı 40-44 yaş grubunda, öğrenim düzeyi ortaokul ve üzerinde olanlarda, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda ve premenopozal kadınlarda daha düşük saptanmıştır.
7. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre ciddi menopozal semptomların kronik hastalık hikayesi olan kadınlarda 2.0 kat, perimenopozal kadınlarda 2.8 kat,

postmenopozal kadınlarda 4.8 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Ciddi somatik semptom sıklığı erken menopoz hikayesi olan kadınlarda 2.6 kat daha fazladır. Ciddi psikolojik semptom sıklığı kronik hastalık hikayesi olan kadınlarda 1.7 kat, perimenopozal kadınlarda 2.0 kat ve postmenopozal kadınlarda 2.3 kat daha fazla görülmüştür. Ciddi ürogenital semptom sıklığı perimenopozal kadınlarda 2.7 kat, postmenopozal kadınlarda 4.3 kat daha fazla görülmektedir.

8. Kadınların menopoz hakkındaki bilgi düzeyleri ile menopoz semptomlarının şiddeti arasında bir ilişki bulunamamıştır.
9. Çalışma grubundaki kadınlar arasında menopoza yönelik olumsuz tutumları olanlarda menopoz semptomlarının daha şiddetli olduğu saptanmıştır.
10. İkinci aşamada yapılan müdahale sonrasında MRS'nin somatik, psikolojik alt boyutlarında ve toplam puanlarda azalma olduğu saptanmıştır. Ürogenital alt boyuttan alınan puanlarda ise müdahale sonrasında bir değişiklik olmamıştır.
11. Müdahale sonrası MBDF'ndan alınan puanlar müdahale öncesine göre daha yüksektir.
12. Müdahale sonrası MTDÖ'nin PD ve ND alt boyutlarından alınan puanlar müdahale öncesine göre daha yüksek bulunmuştur. Aile ilişkileri ve D alt boyutlarında ise müdahale öncesi ve sonrasında alınan puanlar arasında bir fark yoktur.

Menopozal dönemde görülen semptomlar ile baş edebilmek için menopoza yönelik tutumların da dikkate alınması gerekmektedir. Menopozal semptomların algılanan şiddetinin, menopoz ile ilgili bilgi ve tutum düzeyinin olumlu yönde değiştirilebilmesi için sağlık eğitimi düşük maliyetli ama etkili bir yöntemdir. Kadınların menopoza yönelik tutumlarını daha ayrıntılı olarak değerlendirmek için niteliksel bir çalışmanın yapılması, daha kapsamlı ve kanıt düzeyi yüksek çalışmalar ile menopozal semptomlar, bilgi düzeyi ve tutum arasındaki ilişkinin incelenmesi yararlı olabilir.



## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group. Geneva: 1996.
2. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2009;23(1):25-32.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, 2014.
4. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. Health and quality of life outcomes. 2005;3(1):47.
5. Tsao LI, Huang KE. Effectiveness of a perimenopausal health education intervention for mid-life women in northern Taiwan (# MS03-21-LW). Patient education and counseling. 2004;54(3):321-8.
6. İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınevi; 2010. 13-29 .
7. Noroozi E, Dolatabadi NK, Eslami AA, Hassanzadeh A, Davari S. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40–45 years. Journal of education and health promotion. 2013;2:25.
8. Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. Maturitas. 2010;65(1):28-36.

9. Towey M, Bundy C, Cordingley L. Psychological and social interventions in the menopause. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2006;18(4):413-7.
10. Brotto LA, Luria M. Menopause, Aging, and Sexual Response in Woman. *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2008:251-81.
11. Kömürcü N, Yıldız N. Menopozda cinsel yaşam. *Kadın Cinsel Sağlığı*. 2007:173-6.
12. Öktem Ö, Urman B. Reproductive Life Cycle: Folliculogenesis And Menstruation. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*. 9:1-24.
13. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Journal of women's health & gender-based medicine*. 2001;10(9):843-8.
14. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas*. 2010;65(2):161-6.
15. Dasgupta D, Ray S. Attitude toward menopause and aging: a study on postmenopausal women of West Bengal. *Journal of women & aging*. 2013;25(1):66-79.
16. Jacobsen BK, Heuch I, Kvåle G. Age at natural menopause and all-cause mortality: a 37-year follow-up of 19,731 Norwegian women. *American journal of epidemiology*. 2003;157(10):923-9.
17. Yang D, Haines C, Pan P, Zhang Q, Sun Y, Hong S, et al. Menopausal symptoms in mid-life women in southern China. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2008;11(4):329-36.

18. Palacios S, Henderson V, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2010;13(5):419-28.
19. Özdemir O, Çöl M. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara, Turkey. *Maturitas*. 2004;49(3):211-9.
20. Dişçigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Söylemez A, Cetin G. Perception of menopause in a group of women living in Aydın and Muğla, Turkey. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2008;28(4):494-9.
21. Carda SN, Bilge SA, Öztürk TN, Oya G, Ece O, Hamiyet B. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas*. 1998;30(1):37-40.
22. Vehid S, Köksal S, Özdemir İH, Işıloğlu H, Şenocak M. Silivri Bölgesi Kadınlarında Menopoz Ve Özellikleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2001;21(6):493-9.
23. Tokuç B, Kaplan P, Balık G, Gül H. Quality of life among women who were attending to Trakya University Hospital menopause clinic. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*. 2006;3(4):281-7.
24. Yıldırım A. Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2010;38 Suppl 1: 32-40.
25. İnceboz Ü, Demirci H, Özbaşaran F, Çoban A, Nehir S. Factors Affecting the Quality of Life in Climacteric Women in Manisa Region. *Balkan Medical Journal*. 2010;27(2): 111-6.
26. Archer D, Sturdee D, Baber R, De Villiers T, Pines A, Freedman R, et al. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now?

- Climacteric : the journal of the International Menopause Society. 2011;14(5):515-28.
27. Hunter M, Gupta P, Chedraui P, Blümel J, Tserotas K, Aguirre W, et al. The International Menopause Study of Climate, Altitude, Temperature (IMS-CAT) and vasomotor symptoms. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 2012;16(1):8-16.
  28. Green SM, McCabe RE, Soares CN. *The Cognitive Behavioral Workbook for Menopause: A Step-by-Step Program for Overcoming Hot Flashes, Mood Swings, Insomnia, Anxiety, Depression, and Other Symptoms*: New Harbinger Publications; 2012.
  29. Xu H, Thurston RC, Matthews KA, Bryce CL, Hays RD, Kapoor WN, et al. Are hot flashes associated with sleep disturbance during midlife? Results from the STRIDE cohort study. *Maturitas*. 2012;71(1):34-8.
  30. Ulusoy MN, Kukulcu K. Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz İle İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(2).
  31. Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi PL, et al. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. *Menopause*. 2004;11(1):49-56.
  32. Polatti F, Viazzo F, Colleoni R, Nappi RE. Uterine myoma in postmenopause: a comparison between two therapeutic schedules of HRT. *Maturitas*. 2000;37(1):27-32.
  33. Fritel X, Ringa V, Quiboeuf E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and pathophysiological findings. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2012;91(8):901-10.
  34. Waetjen LE, Ye J, Feng W-Y, Johnson WO, Greendale GA, Sampselle CM, et al. Association between menopausal transition stages and

- developing urinary incontinence. *Obstetrics and gynecology*. 2009;114(5):989.
35. Warriner AH, Saag KG. Osteoporosis diagnosis and medical treatment. *Orthopedic Clinics of North America*. 2013;44(2):125-35.
36. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Osteoporoz Risk Faktörlerinin Kemik Mineral Yoğunluğuyla İlişkisi. *Turkish Journal of Osteoporosis/Turk Osteoporoz Dergisi*. 2013;19(3):74-80.
37. Tuncer T. Osteoporoz Patofizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*. 2012;5(3):11-6.
38. Durmuşoğlu F. Postmenopozal Osteoporoz Tedavisi: Kalsiyum ve Vitamin D. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics*. 2009;2(3):74-7.
39. Kayıkçıoğlu M. Kadınlarda iskemik kalp hastalıkları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2010;38(1):41-9.
40. Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M. The 2013 British Menopause Society & Women's Health Concern recommendations on hormone replacement therapy. *Menopause international*. 2013;1754045313489645.
41. Serviks kanseri tarama programı ulusal standartları. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/886-serviks-kanseri-tarama-programi.html> (20.04.2015).
42. Meme kanseri tarama programı ulusal standartları. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/878-meme-kanseri-ve-mamaografi.html> (20.04.2015).

43. Boardman LA. What is new in hormonal management and menopause?: best articles from the past year. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;123(3):661-3.
44. Atalay MA, Durusoy EE, Tüfekç M. Menopozda Hormon Tedavisini Terk Etmeli miyiz? *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*. 2013;10(4):242-9.
45. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5 ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık; 2014.
46. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):67-99.
47. Mackey S, Teo SSH, Dramusic V, Lee HK, Boughton M. Knowledge, Attitudes, and Practices Associated With Menopause: A Multi-ethnic, Qualitative Study in Singapore. *Health care for women international*. 2014;35(5):512-28.
48. Metintas S, Arykan I, Kalyoncu C, Ozalp S. Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. *Rural and remote health*. 2010;10(1230):1-11.
49. Nwagu E, Madu B, Ede E. Development of an Instrument for Measuring Women's Multi-Dimensional Attitudes towards Menopause. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. 2012;2(6):48-58.
50. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care Alma-Ata: 1978. [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) (20.04.2015).
51. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Sayı:10705. Resmi Gazete Tarihi: 12.01.1961.

52. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Sayı:29258. Resmi Gazete Tarihi: 05.02.2015.
53. Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011.
54. Sharma M, Romas JA. Theoretical foundations of health education and health promotion: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
55. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008. 4-22 .
56. Yazar T. Yetişkin eğitiminde hedef kitle. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012;4(7):21-30.
57. Titmus CJ. Lifelong education for adults: An international handbook: Elsevier; 2014. 5-70 .
58. Gökkoca FZU. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001;10(10):371-4.
59. Demirel Ö. Eğitimde program geliştirme. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2004.
60. Hodges B. Assessment and planning in health programs: Jones & Bartlett Learning; 2011.
61. Cottrell R, McKenzie JF. Health Promotion & Education Research Methods: Using the Five Chapter Thesis/Dissertation Model: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
62. Bursa Eskişehir Bilecik Kalkınma Ajansı Bölge Planı. Beylikova. 2012.

63. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. 2012  
[<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>. (20.04.2015)]
64. Neugarten BL, Wood V, Kraines RJ, Loomis B. Women's attitudes toward the menopause. *The Meanings of Age: Selected Papers*. 1996:193.
65. Rakıcıoğlu N. Menopozda Beslenme. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008.
66. Chuni N, Sreeramareddy CT. Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: a cross-sectional survey among midlife Nepalese women. *BMC women's health*. 2011;11(1):30.
67. World Health Organisation. WHO Policy On Non-Recruitment of Smokers or Other Tobacco Users: Frequently Asked Questions. [[http://www.who.int/employment/FAQs\\_smoking\\_English.pdf](http://www.who.int/employment/FAQs_smoking_English.pdf). (20 Mayıs 2015)].
68. Kelishadi R, Gharipour M, Sadri G, Tavasoli A, Amani A. Cardiovascular disease risk factors, metabolic syndrome and obesity in an Iranian population. 2008.
69. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the menopause rating scale (MRS). *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):28.
70. MRS- The Menopause Rating Scale. Population Reference Values [[http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref\\_Values\\_CountrGr.pdf](http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountrGr.pdf). (19 Mayıs 2015)]
71. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayınevi; 2008. 321-31.



72. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenilirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2010. 385-93.
73. The North American Menopause Society (NAMS). Promoting Women's Health at Midlife and Beyond. Ohio [<http://www.menopause.org/for-women>]. (16 Mayıs 2015).
74. Bowles C. Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. *Nursing research*. 1986;35(2):81-5.
75. Akdag B, Sumbuloglu K. Önemlilik Testleri First ed. Ankara: Hatiboglu Yayınevi; 2010. 136-40 .
76. Elsabagh E, Abd Allah E. Menopausal symptoms and the quality of life among pre/post menopausal women from rural area in Zagazig city. *Life Science Journal*. 2012;9(2):283-91.
77. Chedraui P, Pérez-López FR, Hidalgo L, Villacreses D, Domínguez A, Escobar GS, et al. Evaluation of the presence and severity of menopausal symptoms among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Gynecological Endocrinology*. 2014;30(12):918-24.
78. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2007;57(3):271-8.
79. Ayrancı U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC women's health*. 2010;10:1.
80. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Morales B, Martínez MA, Salinas AM, et al. Severe menopausal symptoms in middle-aged

women are associated to female and male factors. Archives of gynecology and obstetrics. 2010;281(5):879-85.

81. Daniel ST, Mengstie MM, Sellakumar GK. Determinants Of Menopausal Symptoms And Attitude Among Middle Aged Women: The Case Of Dangila Town, North West Ethiopia. Innovare Journal of Social Sciences. 2014;2(1):15-20.
82. Abedzadeh-Kalahroudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F, Karimian Z. Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40-60 years in Kashan, Iran. Nurs Midwifery Stud. 2012;1(2):88-93.
83. AlQuaiz J, Siddiqui A, Tayel S, Habib F. Determinants of severity of menopausal symptoms among Saudi women in Riyadh city. Climacteric : the journal of the International Menopause Society. 2014;17(1):71-8.
84. Chim H, Tan BHI, Ang CC, Chew EMD, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. Maturitas. 2002;41(4):275-82.
85. Sis Çelik A, Pasinlioğlu T. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014:16-29.
86. Kaulagekar A. Age of menopause and menopausal symptoms among urban women in Pune, Maharashtra. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2011;61(3):323-6.
87. Im E-O, Ko Y, Chee W. Ethnic Differences in the Clusters of Menopausal Symptoms. Health care for women international. 2014;35(5):549-65.

88. Karaçam Z, Şeker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*. 2007;58(1):75-82.
89. Schwarz S, Völzke H, Alte D, Schwahn C, Grabe HJ, Hoffmann W, et al. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Menopause*. 2007;14(1):123-34.
90. Gallicchio L, Miller SR, Visvanathan K, Lewis LM, Babus J, Zacur H, et al. Cigarette smoking, estrogen levels, and hot flashes in midlife women. *Maturitas*. 2006;53(2):133-43.
91. Sun L, Tan L, Yang F, Luo Y, Li X, Deng H-W, et al. Meta-analysis suggests that smoking is associated with an increased risk of early natural menopause. *Menopause*. 2012;19(2):126-32.
92. Lerner-Geva L, Boyko V, Blumstein T, Benyamini Y. The impact of education, cultural background, and lifestyle on symptoms of the menopausal transition: the Women's Health at Midlife Study. *Journal of women's health*. 2010;19(5):975-85.
93. Thurston RC, Sowers MR, Chang Y, Sternfeld B, Gold EB, Johnston JM, et al. Adiposity and reporting of vasomotor symptoms among midlife women the Study of Women's Health Across the Nation. *American journal of epidemiology*. 2008;167(1):78-85.
94. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause*. 2011;18(7):778-85.
95. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının

menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bil Derg. 2008;22(6):343-9.

96. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40–55 years of age. *American journal of epidemiology*. 2000;152(5):463-73.
97. Pérez-López FR, Fernández-Alonso AM, Pérez-Roncero G, Chedraui P, Monterrosa-Castro Á, Llana P. Assessment of menopause-related symptoms in mid-aged women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas*. 2013;76(2):151-4.
98. Nelson DB, Sammel MD, Patterson F, Lin H, Gracia CR, Freeman EW. Effects of reproductive history on symptoms of menopause: a brief report. *Menopause (New York, NY)*. 2011;18(10):1143-8.
99. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:159-66.
100. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik Belirtiler ve Cinsel Doyum Arası arasındaki ilişki. 2006;44(4):182-8.
101. Naçar M, Baykan Z, Çetinkaya F. Perception and attitudes toward menopause: a study from Kayseri. *Turkish Journal of Public Health*. 2009;6(2):36-45.
102. Kwak EK, Park HS, Kang NM. Menopause Knowledge, Attitude, Symptom and Management among Midlife Employed Women. *Journal of menopausal medicine*. 2014;20(3):118-25.

103. Ghaderi E, Ghazanfarpour M, Kaviani M. Evaluation of menopausal women's attitudes towards menopause in Shiraz. *Pak J Med Sci.* 2010;26:698-703.
104. Shea JL. Chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society.* 2006;9(1):30-9.
105. Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society.* 2012;15(6):552-62.
106. Bell ML. Attitudes toward menopause among Mexican American women. *Health care for women international.* 1995;16(5):425-35.
107. Esposito Sorpreso I, Laprano Vieira L, Longoni Calió C, Abi Haidar M, Baracat E, Soares Jr J. Health education intervention in early and late postmenopausal Brazilian women. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society.* 2012;15(6):573-80.
108. Hunter M, O'Dea I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient education and counseling.* 1999;38(3):249-55.
109. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A Psycho-Educational Program for Improving Women's Attitudes and Coping With Menopause Symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.* 2005;34(2):233-40.
110. Elnaggar SA, Mohammed AH, El-R-Ibraheem SA. Health Education Effect on Knowledge and Attitude of Peri-Menopausal and Menopausal Women toward Menopause at El-Arabin District in Suez Governorate. *Life Science Journal.* 2013;10(4):2838-46.

111. Patel V, Koshy S, Ravindra H. Effectiveness of structured teaching programme on knowledge regarding menopausal symptoms and its management among women. IOSR Journal of Nursing and Health Science. 2014;3(3):22-6.
112. Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum Ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2003.

