

MENOPOZAL DÖNEM YAŞAM KALİTESİNİ NASIL ETKİLİYOR?

HOW AFFECTS MENOPAUSE TO THE QUALITY OF LIFE?

*Halime Abay¹

Sena Kaplan²

ÖZET

Bu araştırma, menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Çalışmanın evrenini Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinin menopoz polikliniğine başvuran kadınlar oluşturmaktadır. Ekim 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun kadınlar (250) çalışmaya alınmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür bilgilerine dayanarak oluşturulan Bireysel Bilgi Formu ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U Testleri ve Bonferroni Düzeltmeli varyans analizi kullanılmıştır.

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 54,25±6,17 olarak belirlenmiştir. Kadınların Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 75,43±15,64, meslek/iş, cinsel, sağlık, emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi puan ortalamaları ise sırasıyla 26,75±4,13; 9,34±3,16; 20,43±6,59; 18,91±5,43 olarak tespit edilmiş olup, kadınların yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Kadınların ve eşinin eğitim düzeyi, kadınların ekonomik durum algısı, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, olumlu menopoz algısı arttıkça, kronik hastalığa sahip olma durumu, ilaç kullanımı, menopoza ilişkin sağlık sorunu yaşama durumu ise azaldıkça yaşam kalitesinin yükseldiği belirlenmiştir (p<0,05). Bunu yanı sıra, cerrahi olarak menopoza girenlerde cinsel yaşam kalitesinin, sağlık kuruluşuna başvurmamalarda cinsel ve emosyonel yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (p<0,05).

¹ Arş.Gör., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, e-posta: halime_colak@hotmail.com

² Yrd.Doç.Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, e-posta: ataykaplan@yahoo.com

Sonuç olarak, menopozal dönem yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için menopoz polikliniklerinin yaygınlaştırılmasıyla birlikte, hemşireler danışmanlık ve eğitim rolünü en iyi şekilde uygulamalıdır.

Anahtar sözcükler: Menopoz, yaşam kalitesi, hemşirelik, kadın

ABSTRACT

This descriptive and cross-sectional study was performed to evaluate the quality of life of menopausal women and affecting factors.

The study population consisted of women who applied to an education and research hospital's menopause clinics in Ankara. Women (250) were included in the study according to inclusion criteria, between October 2013 and February 2014. The Individual Information Form which was developed by researchers according to the literature and Utian Quality of Life Scale were used to collect data. Descriptive statistics, Mann Whitney U Test and Kruskal-Wallis H Test with Bonferroni correction were used for data analysis.

The average age of the study population is 54.25±6.17. The Utian Quality of Life Scale attitude mean value is 75.43±15.64, professional/work, sexual, health and emotional quality of life scores are 26.75±4.13, 9.34±3.16, 20.43±6.59, 18.91±5.43 respectively and women's quality of life is defined as moderate level. It is found that, women's quality of life levels rise with increase of educational status of couples, economical situation perception, regular physical exercise, positive menopause perception and with decrease of having chronic disease, medication use, having menopause related health problems (p<0.05). Additionally, decrease in sexual quality of life for surgically menopausal women and decrease in sexual and emotional quality of life for women who do not apply to healthcare services (p<0.05).

Consequently, menopausal period affects quality of life negatively. In order to increase menopausal women's quality of life, the number of menopause polyclinics should be increased and nurses' education and consultancy roles should be performed in best way.

Key words: Menopause, quality of life, nursing, women

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), over fonksiyonlarının durmasına bağlı östrojen hormon seviyesinin azalması sonucu kadının bir yıl süreyle menstruasyon görmemesini menopoz olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 1996). Toplumlarımıza göre değişmekte olan menopoz yaşı dünyada 51, Türkiye'de ise 47 olarak kabul edilmektedir

(National Institute on Aging, 2013; Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği, 2003; World Health Organization, 1996). Dolayısıyla, kadınların yaşam süreçlerinin üçte birini menopoz ve sorunlarıyla geçirmesi beklenmektedir.

Menopoz kadının aile ve iş yaşamında, benlik algısında değişimlerin yanı sıra hormonal değişimlerin de olduğu bir dönemdir. Menopozal dönemde meydana gelen östrojen eksikliğine paralel bu fizyolojik ve psikososyal değişimler farklı şiddette ve sürede yaşanmakta olup, beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemde sıcak basması, terleme, uykusuzluk, yorgunluk ve gerginlik gibi erken dönem sağlık sorunlarının yanı sıra, osteoporoz, osteoporotik kırıklar, kardiyovasküler hastalıklar, ürogenital semptomlar gibi geç dönem sağlık sorunları da görülebilmektedir (Daan ve Fauser, 2015; Miranda vd., 2014; Tokuç vd., 2006; Yurdakul vd., 2007). Aynı zamanda kadınların yaşlanma ile ilgili endişeleri, doğurganlık yeteneklerinin kaybı, beden imajındaki değişiklikler, yaşanan sağlık sorunları sosyal ve sembolik anlamlarla birleşerek yaşam kalitesini düşürmektedir (Bener ve Falah, 2014). Yapılan çalışmalarda menopozal dönemin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Chen vd., 2012; Ertem, 2010; Erkin vd., 2014).

DSÖ yaşam kalitesini; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıkları olarak tanımlamaktadır. Ayrıca, yaşam kalitesi subjektif bir kavram olup, bireysel iyilik hali olarak belirtilmekte ve bireyin kendi yaşamına yönelik doyum, mutluluk durumu ile ilişkilendirilmektedir. Yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden birisi sağlık kavramı olup, menopozda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki önemli hedeflerdendir (World Health Organization, 1997).

Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek, sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak hemşirelerin önemli sorumluluklarından biridir. Hemşirelerin, bu dönemdeki kadınların yaşam kalitesine ilişkin bilgiye sahip olmaları ve yaşam kalitesini etkileyen risklerin farkında olmaları, kadınlara menopozal şikayetlerle baş edebilmeleri konusunda daha fazla destek olabilmelerini sağlayacaktır. Bu dönemdeki hemşirelik yaklaşımı dikkatli tanılama, destek ve eğitimi içermektedir (Ertem, 2010). Hemşireler, menopoz dönemindeki kadının yaşam kalitesini artırmak için kaliteli bakım ve danışmanlık hizmeti sunmalıdır.

Bu araştırma, menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın menopozal dönemdeki kadınlara sunulan hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında rehber olması beklenmektedir.

MATERYAL VE YÖNTEM

Çalışma Ekim 2013 – Şubat 2014 tarihleri arasında Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinin menopoz polikliniğine başvuran menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri incelenmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmaya, Ekim 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında hastanenin menopoz polikliniğine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, doğal veya cerrahi olarak menopoza girmiş, psikolojik veya mental tanı konmuş bir hastalığı olmayan, altmış beş yaş altında bulunan kadınlar (250) dahil edilmiştir.

Çalışmada verilerin toplanmasında Bireysel Bilgi Formu (BBF) ve Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği (UYKÖ) kullanılmıştır (Utian vd, 2002). Araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek (Ertem, 2010; Kharbouch ve Şahin, 2007; Tokuç vd., 2006; Yurdakul vd., 2007) hazırlanan BBF;(1) bireysel özellikler (yaş, eğitim ve çalışma durumu, ekonomik durum algısı, yerleşim yeri, medeni durumu, eşinin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, evlilik süresi), (2) genel tıbbi öykü (Beden Kitle İndeksi (BKİ), sigara kullanma, fiziksel aktivite yapma, kronik hastalığa sahip olma ve düzenli ilaç kullanma durumu), (3) obstetrik ve jinekolojik özellikler (menarş ve ilk gebelik yaşı, canlı doğum sayısı, menopoz yaşı, menopoz şekli, menopozal sağlık sorunları yaşama durumu, yaşanan sorunlarla ilgili sağlık kuruluşuna başvurma ve bilgi alma durumu, sosyal destek faktörleri) olmak üzere üç bölümden oluşmakta ve toplam 39 soru maddesi içermektedir.

BBF'de yer alan bazı soruların sınıflandırılmasında; BKİ 18.50 kg/m² ve altında olanlar "zayıf", 18.50-24.99 kg/m² aralığında olanlar "normal", 25.00-29.99 kg/m² aralığında olanlar fazla kilolu, 30.00 kg/m² ve üzerinde olanlar ise "obez" olarak sınıflandırılmıştır (World Health Organization, 2000). Haftada en az 3 kez ve en az 30 dakika yürüyüş, yüzme veya plates yapılması durumu "fiziksel aktivite var" olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 2010). Bir yıl süreyle menstruasyon görmeyen kadınlar doğal olarak menopoza girmiş kabul edilirken; Total Abdominal Histerektomi-Bilateral Salpingooferektomi (TAH-BSO) operasyonu sonrası menopoza

girenler cerrahi olarak menopoza girmiş kabul edilmiştir (World Health Organization, 1996).

UYKÖ menopozun yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla Utian tarafından geliştirilmiştir (Utian vd., 2002). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Abay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Abay, 2014). Çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur. Ölçek beşli likert tipte olup, emosyonel yaşam kalitesi (1., 11., 12., 13., 15., 20. soru maddeleri; min=6 max=30 puan), cinsel yaşam kalitesi (4., 5., 14. soru maddeleri; min=3 max=15 puan), meslek/iş yaşam kalitesi (2., 3., 6., 17., 18., 19., 23. soru maddeleri; min=7 max=35 puan) ve sağlık yaşam kalitesi (7., 8., 9., 10., 16., 21., 22. soru maddeleri; min=7 max=35 puan) olmak üzere dört alt boyuta sahiptir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan ise 115'tir. Ölçek ve alt boyut puanının artması yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermektedir (Utian vd., 2002).

Araştırmanın yürütülebilmesi için hastane yönetiminden ve eğitim planlama koordinasyon biriminden gerekli izinler ve Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 13/12/2013 tarihli ve 99950669 sayılı etik izin alınmıştır. Aynı zamanda çalışmanın konusu ve amacı hakkında kadınlar bilgilendirilmiş, kadınların yazılı onamları alınmış ve veri toplama aşamasında Helsinki Bildirgesi'ndeki kurallara uygun olarak davranılmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından IBM SPSS (versiyon 20.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma) gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testleri ve Bonferroni düzeltmeli Kruskal Wallis H Test kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyinin $p=0.05$ olduğu ve gruplar arasındaki farklılığın $p<0.05$ olması durumunda anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 54.25 ± 6.17 (min=39, max=65) olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki kadınların yaklaşık yarısı (%54.8) ilköğretim mezunu, büyük çoğunluğu evli (%81.2) ve il merkezinde (%81.2) yaşamaktadır. Kadınların %18.8'inin ekonomik durum algısının kötü olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda, yaklaşık dört kadından birinin sigara kullandığı

(%22.0) ve düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı (%22.4) saptanmıştır. BKİ'ye göre kadınların %34.4'ünün fazla kilolu ve %57.2'sinin obez olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların yarısından fazlasının kronik bir hastalığa sahip olduğu (%63.2) ve düzenli olarak ilaç kullandığı (%60.8) tespit edilmiştir.

Araştırmada kadınların menarş yaşı ortalaması 13 ± 1.01 (min=11, max=20), ilk gebelik yaşı ortalaması 20 ± 3.19 (min=17, max=40) ve canlı doğum sayısı ortalaması 3 ± 1.80 (min=1, max=11) olarak bulunmuştur. Çalışma kapsamına alınan erken, geç, doğal ve cerrahi olarak menopoza giren kadınların menopoz yaşı ortalaması 45 ± 4.85 (min=30, max=63) olarak belirlenmiştir. Bunun yanında yaklaşık dört kadından birinin (%24.4) jinekolojik operasyon geçirdiği ve sadece %34.4'ünün düzenli olarak kadın doğum uzmanına gittiği saptanmıştır.

Çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%84.0) doğal olarak menopoza girdiği, yarıdan fazlasının (%62.8) menopoz döneminde sağlık sorunu yaşadığı ve en sık yaşanan sağlık sorunlarının sıcak basması (%93.0), gece terlemesi (%91.1), uykusuzluk (%85.4) olduğu saptanmıştır. Ancak kadınların sadece %33.6'sının bu sorunlarla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra kadınların sadece %12.8'inin bu döneme yönelik bilgi aldığı ve çok düşük oranda (%3.1) hemşire veya ebenin bilgi kaynağı olarak görüldüğü belirlenmiştir. Kadınların yarısının (%54.4) menopozu olumlu olarak algıladığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Menopozal Özelliklerinin Dağılımı

Menopozal Özellikler	n	%
Menopoz şekli (n=250)		
Doğal	210	84.0
Cerrahi	40	16.0
Sağlık sorunu yaşama durumu (n=250)		
Evet	157	62.8
Hayır	93	37.2
Sağlık sorunları (n=157)*		
Sıcak basması	146	93.0
Gece terlemesi	143	91.1
Uykusuzluk	134	85.4
Yorgunluk	96	61.2
Baş ağrısı	94	59.9
Sinirlilik	93	59.2
Kilo artışı	86	54.8
Depresyon	62	39.5
Osteoporoz	58	36.9
Cinsel isteksizlik	52	33.1
Vajinal kuruluk	50	31.9
Disparonia	49	31.2
Çarpıntı	21	13.4
Deride kuruma	13	8.3
Sağlık kuruluşuna başvurma durumu (n=250)		
Evet	84	33.6
Hayır	166	66.4
Bilgi alma durumu (n=250)		
Evet	32	12.8
Hayır	218	87.2
Bilgi kaynağı (n=32)		
Komşu ve akrabalar	2	6.3
Hemşire-ebe	1	3.1
Doktor	26	81.3
Kitle iletişim araçları	3	9.3
Menopoz algısı (n=250)		
Olumlu	136	54.4
Olumsuz	114	45.6

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 2. Kadınların UYKÖ'ye İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyutlar	n	\bar{x}	SS
Meslek/iş yaşam kalitesi	250	26.75	4.13
Cinsel yaşam kalitesi	250	9.34	3.16
Sağlık yaşam kalitesi	250	20.43	6.59
Emosyonel yaşam kalitesi	250	18.91	5.43
Toplam ölçek puanı	250	75.43	15.64

Çalışmada kadınların toplam ölçek puan ortalaması 75.43 ± 15.64 (min=37, max=111) olarak belirlenmiştir. Kadınların ölçek alt boyutlarından meslek/iş, cinsel, sağlık ve emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları ise sırasıyla 26.75 ± 4.13 (min=15, max=34), 9.34 ± 3.16 (min=3, max=15), 20.43 ± 6.59 (min=7, max=35) ve 18.91 ± 5.43 (min=7, max=30) olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların Bireysel Özelliklerine Göre UYKÖ'ye ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Toplam ölççek puan ortalaması			UYKÖ alt boyutlarından alınan puan ortalaması			Emosyonel yaşam kalitesi								
	\bar{x}	SS	Analiz	\bar{x}	SS	Analiz	\bar{x}	SS	Analiz						
Eğitim durumu (n=250)															
Okuryazar ve ↓	72.41	12.79	** $\chi^2=14.848$ p=0.001	26.39	3.86	** $\chi^2=12.459$ p=0.002	9.19	2.38	** $\chi^2=4.744$ p=0.093	18.39	5.94	** $\chi^2=20.977$ p=0.000	18.46	4.18	** $\chi^2=13.153$ p=0.001
İlköğretim	73.77	14.20		26.38	4.17		9.13	3.14		20.11	5.92		18.15	5.07	
Lise ve ↑	85.60	19.94		28.53	4.08		10.26	4.09		24.77	7.71		22.05	7.10	
Eşin eğitim durumu (n=203)															
Okuryazar ve ↓	71.50	13.55		26.21	4.79		9.00	3.26		18.13	5.52		18.17	4.61	
İlköğretim	73.15	14.28	** $\chi^2=15.166$ p=0.002	26.18	4.19	** $\chi^2=15.700$ p=0.001	9.02	3.06	** $\chi^2=13.421$ p=0.004	19.59	6.18	** $\chi^2=17.682$ p=0.001	18.35	4.95	** $\chi^2=10.796$ p=0.013
Lise	78.29	16.67		27.22	3.55		9.76	3.47		21.59	6.38		19.73	6.10	
Üniversite ve ↑	93.67	20.77		30.07	2.91		12.20	4.57		27.07	7.69		24.33	7.54	
Ekonomik durum algısı (n=246)															
Orta	76.37	15.02	*z=-2.724 p=0.006	26.94	4.00	*z=-1.697 p=0.090	9.47	3.13	*z=-1.702 p=0.089	20.80	6.34	*z=-2.469 p=0.014	19.16	5.22	*z=-2.555 p=0.011
Kötü	70.23	16.23		25.68	4.53		8.55	3.09		18.53	6.79		17.47	5.86	
Fiziksel aktivite yapma durumu (n=250)															
Evet	83.27	16.51	*z=-4.055 p=0.000	28.18	3.50	*z=-2.964 p=0.003	9.45	3.55	*z=-0.216 p=0.829	25.43	6.53	*z=-6.088 p=0.000	20.21	5.86	*z=-1.772 p=0.076
Hayır	73.16	14.65		26.34	4.22		9.31	3.04		18.98	5.88		18.53	5.25	
Kronik hastalığa sahip olma durumu (n=250)															
Evet	73.22	14.22	*z=-2.963 p=0.003	26.66	3.98	*z=-0.714 p=0.475	9.14	2.90	*z=-1.932 p=0.053	19.14	6.31	*z=-3.983 p=0.000	18.27	5.10	*z=-2.548 p=0.011
Hayır	79.23	17.23		26.90	4.40		9.68	3.54		22.64	6.50		20.00	5.81	
Düzenli ilaç kullanımı durumu (n=250)															
Evet	73.51	14.25	*z=-2.303 p=0.021	26.57	3.99	*z=-1.184 p=0.237	9.19	2.88	*z=-1.527 p=0.127	19.37	6.38	*z=-3.081 p=0.002	18.38	5.11	*z=-2.548 p=0.011
Hayır	78.41	17.23		27.04	4.35		9.57	3.54		22.07	6.61		19.72	5.82	

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (p<0.05).

**Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır (p<0.05).

Araştırma kapsamında yer alan kadınların eğitim durumu ile genel, meslek/iş, sağlık, emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Toplam ölçek puan ortalaması lise ve üzerinde eğitim alan kadınlarda 85.60 ± 19.94 iken, eğitim düzeyi okuryazar ve altı olan kadınlarda 72.41 ± 12.79 , ilköğretim düzeyinde eğitim alanlarda 73.77 ± 14.20 olarak tespit edilmiştir. Eşin eğitim durumu yükseldikçe genel, meslek/iş, emosyonel, sağlık ve cinsel alanlardaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınların toplam ölçek puan ortalaması 93.67 ± 20.77 iken, eşi okuryazar ve altı, ilköğretim, lise düzeyinde eğitim alan kadınların toplam ölçek puan ortalaması sırasıyla 71.50 ± 13.55 , 73.15 ± 14.28 , 78.29 ± 16.67 'dir. Ekonomik durum algısı ile genel ve sağlık alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu ($p<0.05$) ve toplam ölçek puan ortalamasının ekonomik durum algısı orta olan kadınlarda 76.37 ± 15.02 , kötü olanlarda ise 70.23 ± 16.23 olduğu saptanmıştır. Bunun yanında toplam ölçek puan ortalaması fiziksel aktivite yapan kadınlarda 83.27 ± 16.51 , yapmayanlarda ise 73.16 ± 14.65 olup, fiziksel aktivite yapma durumu ile genel, meslek/iş ve sağlık yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kronik hastalığa sahip olma durumu ile genel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş ($p<0.05$) ve toplam ölçek puan ortalaması kronik hastalığı olanlarda 73.22 ± 14.22 , olmayanlarda 79.23 ± 17.23 olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda düzenli ilaç kullanan kadınların toplam ölçek puan ortalaması 73.51 ± 14.25 iken, kullanmayanların 78.41 ± 17.23 'tür. Düzenli ilaç kullanımı ile genel ve sağlık yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Kadınların Menopozal Özelliklerine Göre UYKÖ'ye ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Toplam ölçek puan ortalaması			UYKÖ alt boyutlarından alınan puan ortalaması											
	\bar{x}	SS	Analiz	Meslek/iş yaşam kalitesi	Cinsel yaşam kalitesi	Sağlık yaşam kalitesi	Emosyonel yaşam kalitesi								
Menopoza giriş şekli (n=250)															
Doğal	76.02	15.45	*Z=-1.403 p=0.161	26.71	4.08	*Z=-0.482 p=0.630	9.54	3.02	*Z=-2.171 p=0.030	20.65	6.60	*Z=-1.452 p=0.146	19.12	5.35	*Z=-1.563 p=0.118
Cerrahi	72.30	16.41		26.98	4.43		8.28	3.64		19.25	6.48		17.80	5.75	
Sağlık sorunu yaşama durumu (n=250)															
Evet	72.57	15.41	*Z=-3.838 p=0.000	26.58	4.15	*Z=-0.880 p=0.379	8.62	3.18	*Z=-4.662 p=0.000	19.46	6.84	*Z=-3.075 p=0.002	17.90	5.21	*Z=-3.810 p=0.000
Hayır	80.26	14.88		27.04	4.12		10.55	2.72		22.05	5.84		20.61	5.40	
Sağlık kuruluşuna başvurma durumu (n=250)															
Evet	72.98	14.90	*Z=-1.712 p=0.087	26.92	4.00	*Z=-0.359 p=0.720	8.45	3.12	*Z=-3.167 p=0.002	19.88	6.44	*Z=-1.019 p=0.308	17.73	5.14	*Z=-2.368 p=0.018
Hayır	76.67	15.90		26.67	4.21		9.79	3.09		20.70	6.67		19.51	5.49	
Menopoz algısı (n=250)															
Olumlu	80.32	14.91	*Z=-5.370 p=0.000	27.13	3.89	*Z=-1.318 p=0.188	10.57	2.80	*Z=-6.840 p=0.000	21.92	6.38	*Z=-3.944 p=0.000	20.70	5.23	*Z=-5.755 p=0.000
Olumsuz	69.60	14.50		26.31	4.38		7.87	2.93		18.65	6.42		16.77	4.88	

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (p<0.05).

Çalışmamızda doğal olarak menopoza giren kadınlarda cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması 9.54 ± 3.02 , cerrahi olarak menopoza girenlerde ise 8.28 ± 3.64 'tür ve menopoz şekli ile cinsel yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Menopoza ilişkin sağlık sorunu yaşayanlarda toplam ölçek puan ortalaması 72.57 ± 15.41 iken, sağlık sorunu yaşamayanlarda 80.26 ± 14.88 olarak belirlenmiştir. Menopoza ilişkin sağlık sorunu yaşama durumu ile genel, cinsel, sağlık, emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sorunlarla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurmamış olanlarda ise cinsel ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük olarak tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Çalışmada toplam ölçek puan ortalaması menopoz algısı olumlu olan kadınlarda 80.32 ± 14.91 , olumsuz olanlarda ise 69.60 ± 14.50 'dir. Aynı zamanda menopoz algısı ile genel, cinsel, sağlık, emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4).

Tartışma

DSÖ menopoza, bir kadının sekonder bir neden olmaksızın 12 ay süreyle menstruasyon görmemesi olarak kabul etmekte olup, menopozun 40 yaş öncesinde gerçekleşmesini erken menopoz, 50 yaşından sonra gerçekleşmesini ise geç menopoz olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 1996). Çalışmamızda, ortalama menopoz yaşı 45 ± 4.85 olarak belirlenmiştir. Ortalama menopoz yaşı dünyada, 51 olarak kabul edilmekle birlikte, Avrupa ve Amerika'da $48.6-51.7$ aralığında, Asya ve Afrika ülkelerinde ise $43.0-50.7$ aralığında değişiklik göstermektedir (Chen vd., 2012; Hafız vd., 2007; Liu ve Eden, 2008; Lu vd., 2007; National Institute on Aging, 2013; Nelson, 2008; Peeyananjarassri vd., 2006; World Health Organization, 1996). Türkiye'de ise 47 olarak kabul edilen ortalama menopoz yaşı yapılan araştırmalarda $45.0-48.2$ aralığında değişmektedir (Bozkurt, 2004; Kadın Sağlığı Araştırması, 2014; Kharbouch ve Şahin, 2007; Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği, 2003; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013). Çalışmamızda elde edilen ortalama menopoz yaşının ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında ise düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Menopozal dönemde yaşanan sağlık sorunlarının şiddeti, menopoz şekline etkilenmekle birlikte, ülkelere ve kültürlere göre

farklılık gösterebilmektedir (Ceylan, 2010).Çalışmamızda, menopoz dönemindeki yaklaşık her on kadından altısının menopoza bağlı sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir.Sağlık sorunu yaşayan kadınların ise en sık olarak sıcak basması, gece terlemesi, uykusuzluk, yorgunluk, baş ağrısı, osteoporoz ve depresyon yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1).Türkiye’de ve farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınların bu dönemde en sık yaşadıkları sağlık sorunları sıcak basması, gece terlemesi, uykusuzluk, yorgunluk, duygusal değişiklik, sırt ağrısı, kilo artışı ve osteoporoz olarak belirtilmektedir (Bairy vd., 2009; Hafız vd., 2007; Kadın Sağlığı Araştırması, 2014; Oğurlu, 2008). Bunun yanında çalışmamızda menopozal dönemde yaşanan cinsel sorunların vajinal kuruluk, disparonia ve cinsel isteksizlik olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda da cinsel isteksizlik ve vajinal kuruluk şikayetleri en sık yaşanan cinsel sorunlar olarak belirlenmiştir (Ceylan, 2010; Chen vd., 2012; Hafız vd., 2007; Liu ve Eden, 2008).Araştırma bulgumuz yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermekle birlikte, kadınların sık yaşadığı sağlık sorunlarının bilinmesi, bu sorunlarla baş etmede daha etkili çözüm önerilerinin sunulmasını sağlayabilir.

Menopozal dönemde yaşanan bu sağlık sorunlarının sıklığı ve şiddeti üzerinde menopoza erken veya geç girmenin ve menopoz şeklinin etkisi olduğu bilinmektedir. Özellikle cerrahi menopoza giren kadınlarda östrojen düzeyindeki ani düşüğe bağlı ve erken dönemde menopoza giren kadınlarda menopozal döneme özgü sağlık sorunları daha şiddetli yaşanabilmektedir (Önder, 2014; Varma, vd., 2006). Çalışmamızda kadınların %16.0’ının cerrahi olarak menopoza girdiği saptanmıştır (Tablo 1). Yapılan çalışmalarda bu yüzde %8.1-%19.1 aralığında belirtilmektedir (Kadın Sağlığı Araştırması, 2014; Müderris vd., 2005; Yılmaz, 2012). Varma’nın çalışmasında cerrahi menopoza giren kadınların doğal menopoza giren kadınlara göre cinsel yaşamlarında daha fazla sorun yaşadıkları ve bu alanda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir(Varma, 2005). Çalışmamızda, cerrahi olarak menopoza girenlerde cinsel yaşam kalitesi puan ortalamasının daha düşük olduğu dikkat çeken bir bulgudur ($p<0.05$) (Tablo 4). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; jinekolojik kanserler nedeniyle cerrahi olarak menopoza giren kadınların cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir (Bjelic-Radisic vd., 2012; Carter vd., 2013). Araştırma bulgusu ile çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla, jinekolojik operasyon sonrası kadınların bütüncül hemşirelik

yaklaşımıyla ele alınması, cinsel sorunlarını rahatlıkla ifade edebilmesini sağlayacak uygun ortamların oluşturulması, cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve hasta eğitimlerinde cinsel sağlığa yönelik konulara daha geniş yer verilmesi cinsel yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önem taşımaktadır.

Kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi düzeylerinin yeterli olmaması, bu döneme ilişkin korkulara ve yanlış inanışlara bağlı ortaya çıkan sorunların giderilmesini zorlaştırabilmektedir (Biri vd., 2004). Ancak, çalışmamızda sadece 10 kadından birinin menopozal döneme yönelik bilgi aldığı belirlenmiştir (Tablo 1). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma oranının %35.0-%54.2 aralığında değiştiği görülmektedir (Bozkurt, 2004; Tortumluoğlu, 2004a; Yurdakul vd., 2007). Kadınların menopozal döneme yönelik bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı dikkat çekmektedir. Çalışmamızda bilgi aldığını belirten kadınların büyük çoğunluğu (%81.3) doktor tarafından, çok küçük bir grubu ise (%3.1) hemşire veya ebe tarafından bilgilendirildiğini ifade etmiştir (Tablo 1). Çalışmalarda bilgi kaynaklarının sağlık personeli (%71.8), doktor (%70) ve düşük oranda (%4.6) hemşire olduğu belirtilmektedir (Bozkurt, 2004; Tortumluoğlu, 2004a; Yurdakul vd., 2007). Araştırma bulgumuz çalışma sonuçlarıyla uyum göstermekte olup, hemşirelerin menopozal dönemdeki kadınlara yönelik danışmanlık ve eğitim rollerini aktif kullanmalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda, kadınların UYKÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 75.43 ± 15.64 , meslek/iş, cinsel, sağlık ve emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları ise sırasıyla 26.75 ± 4.13 , 9.34 ± 3.16 , 20.43 ± 6.59 , 18.91 ± 5.43 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). Çalışmamızda kadınların menopoz dönemindeki genel, emosyonel, cinsel ve sağlık alanlarındaki yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu, mesleki ve günlük işlerine yönelik yaşam kalitesinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Türkiye'de UYKÖ kullanılarak menopoza özgü yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalar bulunmamakta olup, uluslararası araştırmalar incelendiğinde; yaş ortalaması 51.8, çoğunluğu evli ve doğum yapmış olan Çinli kadınlarda toplam ölçek puan ortalaması 82.08 ± 13.12 ; yaş ortalaması 52.5, doğum sayısı üçün üzerinde ve yarısından fazlası (%57.5) postmenopozal dönemde olan Sırbistanlı kadınlarda toplam ölçek puan ortalaması 80.53 ± 13.58 olarak belirlenmiştir (Chen vd., 2012; Dotlic vd., 2015). Bunun yanında ölçek alt boyutlarından alınan meslek/iş, cinsel, sağlık ve emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları sırasıyla Chen ve

diğerlerinin çalışmasında 23.13 ± 6.14 , 10.32 ± 2.89 , 25.01 ± 4.97 ve 23.62 ± 4.21 , Doltic ve diğerlerinin çalışmasında 25.11 ± 5.53 , 10.12 ± 3.18 , 23.56 ± 4.66 ve 21.75 ± 5.01 , Giannouli ve diğerlerinin çalışmasında 24.90 ± 6.1 , 10.00 ± 3.3 , 23.40 ± 5.3 , 21.90 ± 4.3 olarak saptanmıştır (Chen vd., 2012; Doltic vd., 2015; Giannouli vd., 2010). Çinli ve Sırbistanlı kadınlarda genel yaşam kalitesi, çalışmamızdaki kadınların genel yaşam kalitesinden daha yüksek bulunmuş olup, ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamaları benzerlik göstermektedir.

Eğitim düzeyi ve ekonomik durum birbirini tamamlayan önemli değişkenlerdir. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetlerine erişim artmakta ve yaşam kalitesi yükselmektedir (Uğurlu, 2011). Çalışmamızda, kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinde iyileşme olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Bal ve Şahin, 2011; Calvo-Pérez, 2013; Wieder-Huszla vd., 2014; Zack, 2013;). Ayrıca, Lebrun ve diğerlerinin çalışmasında, postmenopozal kadınlarda eşin eğitim düzeyinin yaşam kalitesinde etkili olduğunu saptanmıştır (Lebrun vd., 2006). Araştırma bulgumuz ile çalışma sonuçları uyum göstermekte olup, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte kadınların bu döneme ilişkin sorunlarla daha iyi baş edebildikleri düşünülmektedir. Bunun yanında kadınların ekonomik durum algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; ekonomik durum algısı orta düzeyde olan kadınların genel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi ekonomik durum algısı kötü olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 3). Yapılan çalışma sonuçları, ekonomik gelir düzeyi artışının kadınların yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir (Ceylan, 2010; Kharbouch ve Şahin, 2007; Wieder-Huszla vd., 2014).

Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin, sağlığa ilişkin parametrelerin korunması ve kontrol altına alınmasındaki faydasının yanı sıra, pek çok hastalık ve semptomların tedavisinde etkili bir sağlıklı yaşam davranışı olduğu bilinmektedir (Ceylan, 2010). Çalışmamızda, düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların yapmayanlara göre genel, meslek/iş ve sağlık alanlarındaki yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 3). Literatür incelendiğinde; düzenli fiziksel aktivite yapmanın postmenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı saptanmıştır (Bal ve Sahin, 2011; Lindh-Astrand vd., 2004). Çalışma sonucumuz literatür ile

uyum göstermekle birlikte, özellikle menopoz dönemindeki kadınların düzenli fiziksel aktivite yapmaya teşvik edilmesiyle ilgili ulusal düzeyde stratejilerin geliştirilmesi ve bu konuda hemşirelerin danışmanlık rolünü aktif olarak kullanması önem taşımaktadır.

Kronik hastalıkların komplikasyonlarına ve ilaçların yan etkilerine bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (Ceylan, 2010). Çalışmamızda, kronik hastalığı bulunan kadınların bulunmayanlara göre genel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, düzenli ilaç kullanan kadınların genel ve sağlık alanındaki yaşam kalitesinin düzenli ilaç kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3). İtalya'da, Sri Lanka'da ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Aydın vd., 2012; Bal ve Şahin, 2011; Bozkurt, 2004; Ceylan, 2010; Kharbouch ve Şahin, 2007; Waidyasekera vd., 2009). Çalışmamızda ulaşılan sonuç, literatür bulgularıyla uyumludur. Kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımının özellikle sağlık yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği göz önünde bulundurulursa, menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı sağlık sorunlarıyla başetmesinde ve bu kadınlara sağlığı geliştirici girişimlerin öğretilmesinde hemşirelerin kilit rol oynadığı düşünülmektedir.

Menopozal dönemde kadınlar östrojen eksikliğine ve yaşlanmaya bağlı vazomotor, psişik, kardiyovasküler sorunlar yaşamakta ve bu durumdan yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Blümel vd., 2011; Taher vd., 2013). Çalışmamızda, menopozal dönemde sağlık sorunu yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre genel, cinsel, sağlık, emosyonel alanlardaki yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4). Ancak kadınların sadece %33.6'sı sağlık kuruluşuna başvurduğu (Tablo 1) ve sağlık kuruluşuna başvurmayanlarda emosyonel ve cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4). Libya'da ve Latin Amerika'da yapılan çalışmalarda kadınların yüksek oranda menopoza özgü vazomotor semptom yaşadığı ve buna bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Blümel vd., 2011; Taher vd., 2013). Menopozal geçiş yıllarının yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada da, kadınların çoğunda menopoza özgü sağlık sorunları yaşandığı ve yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (Chen vd., 2012). Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınlarda menopoz döneminde sağlık kuruluşuna başvurma ve

danışmanlık alma oranının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Ceylan, 2010). Ancak Türkiye’de ise menopoza dönemindeki kadınların büyük çoğunluğunun menopoza sağlık sorunları ile ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurmadığı çalışmalarla ortaya konmuştur (Altunbay ve Yurdakul, 2009; Biri vd., 2005; Kızıllırmak, 2003). Çalışma bulgumuz araştırma sonuçları ile uyum göstermekle birlikte, Türkiye’de menopoza döneminde sağlık kuruluşuna başvurma oranının gelişmiş ülkelere göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Doğu toplumlarında menopoza dönemi, aklın ve bilgeliğin üst derecede yaşandığı bir süreç olarak tanımlanmakta olup, kadınlar bu dönemi doğurganlığın sonu olarak görmekte ve menopoza karşı olumlu tutum sergilemektedir. Öte yandan, batı toplumlarında insan bedeninin enerjisini azaltan, hazzını kaybettiren, fonksiyonlarını yitiren, psikolojisini bozan her durum hastalık olarak nitelendirilmekte ve menopoza yarattığı fiziksel ve psikolojik etkiler nedeniyle tedavi edilmesi gereken ciddi bir hastalık olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra, toplumların gençlik, güzellik ve maddi üretkenliğe ileri derecede önem vermeleri nedeniyle genç kadınların çoğu, erişkinlik döneminden itibaren menopoza kayıp ve sorunlu bir dönem gibi algılamaya başlamakta ve menopoza ilişkin semptomları daha şiddetli yaşamaktadır (Kıroğlu, 2005; Tortumluoğlu, 2004b). Çalışmamızda, kadınların yarısından fazlasının (%54) menopoza algısının olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Oğurlu ve diğerlerinin (%56.8), Yanikkerem ve diğerlerinin (%54.0) çalışmalarında kadınların yarısından fazlasının menopoza normal bir süreç olarak algıladığı belirtilmektedir (Oğurlu, 2008; Yanikkerem vd., 2012). Aynı zamanda çalışmamızda menopoza algısı olumlu olanların genel, cinsel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi puan ortalamaları menopoza algısı olumsuz olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4). Bozkurt’un çalışmasında tüm alt alanlara ait yaşam kalitesi puan ortalamalarının kadınların menopoza algılayış şekline etkilendiği bildirilmekte ve yapılan diğer çalışmalarda menopoza karşı olumlu tutum sergileyen kadınlarda yaşam kalitesi daha yüksek olarak saptanmıştır (Bozkurt, 2004; Peeyananjarassri vd., 2006; Yanikkerem vd., 2012). Araştırma bulgumuz çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Menopoza dönemin kadın yaşamında normal bir süreç olduğu ve kazanımlar sağladığına ilişkin farkındalık geliştirilmelidir. Hemşirelerin bu konuda danışmanlık hizmeti sunmalarının kadınların menopoza ilişkin olumlu tutum geliştirebilmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma UYKÖ'nün değerlendirdiği niteliklerle, Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinin menopoza polikliniğine başvuran kadınlarla ve bu kadınların bireysel beyanları ile sınırlıdır. Bunun yanı sıra çalışmada menopoza döneminin erken ve geç menopoza olarak sınıflandırılmaması ve kronik hastalığı bulunan ve düzenli ilaç kullanan kadınların çalışmaya dahil edilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, çalışmamızda yaşam kalitesinin menopoza dönemden olumsuz etkilendiği ve kadınların yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Kadınların ve eşinin eğitim düzeyi, kadınların ekonomik durum algısı, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, olumlu menopoza algısı arttıkça, kronik hastalığa sahip olma durumu, ilaç kullanımı, menopoza ilişkin sağlık sorunu yaşama durumu azaldıkça yaşam kalitesinin yükseldiği belirlenmiştir. Bunun yanında, cerrahi olarak menopoza girenlerde cinsel yaşam kalitesinin, sağlık kuruluşuna başvurmamalarda ise cinsel ve emosyonel yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir.

Araştırmadan edilen sonuçlar doğrultusunda, menopoza polikliniklerinin yaygınlaştırılması, menopoza dönemdeki kadınlarının özel eğitim programları ile desteklenmesi, menopoza ilişkin afişlerin, yazılı eğitim kitapçıklarının, broşürlerin dağıtılması, kitle iletişim araçlarıyla iş birliği yapılması, hemşirelerin menopoza ile ilgili halkın bilinç düzeyini arttırmaya, yanlış inanışları, eksik bilgileri giderilmeye yönelik eğitimler yürütmesi, kadınların menopoza yaşamın doğal bir parçası olarak algılamalarına yardımcı olması, kadınları menopoza ilişkin sorunlar yanında cinsel sorunlar yönünde de değerlendirmesi ve menopoza yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir. Bunun yanında, menopoza dönemdeki kadınların yaşam kalitesi ve sağlık sorunlarıyla ilgili Türkiye genelini ve farklı bölgeleri temsil edebilen araştırmaların artırılması önerilmektedir.

Notlar

Bu araştırma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (YBU) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak yürütülmüş olup, YBU Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 1111 nolu proje ile desteklenmiştir.

KAYNAKÇA

- Abay H. (2014). Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Altunbay, D. ve Yurdakul, M. (2009). Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve başetme yöntemleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 25, 43-60.
- Aydın, P., Günay, T., Baydur, H. ve Şimşek, H. (2012). İzmir'de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tıp Araştırmaları Dergisi, 10, 88-93.
- Bairy, L., Adiga, S., Bhat, P. and Bhat, R. (2009). Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 49, 106-109.
- Bal, M.D. ve Şahin, N.H. (2011). The effects of personality traits on quality of life. Menopause, 18, 1309-1316.
- Bener, A. and Falah, A. (2014). A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. J Midlife Health, 5, 126-134.
- Biri, A., Bakar, C., Maral, I., Bumin, M.A. ve Güner, H. (2004). 40 yaş ve üzeri kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgileri, menopozla ilgili yakınmaları ve hormon replasman tedavisi kullanma durumları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 14, 75-83.
- Biri, A., Bakar, C., Maral, I., Karabacak, O. and Bumin, M.A. (2005). Women with and without menopause over age of 40 in Turkey: consequences and treatment options. Maturitas, 50, 167-176.
- Bjelic-Radistic, V., Jensen, P.T., Vlastic, K.K., et al. (2012). Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. Eur J Cancer, 48, 3009-3018.
- Blümel, J.E., Chedraui, P., Baron, G., et al. (2011). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. Menopause, 18, 778-785.
- Bozkurt, Ö.D. (2004). Klimakterium dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Calvo-Pérez, A. and Campillo-Artero, C. (2013). Quality of life of menopausal women in the island of Majorca: A population based study. Gynecol. Endocrinol, 29, 556-558.

- Carter, J., Stabile, C., Gunn, A. and Sonoda, Y. (2013). The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *J Sex Med*, 10, 21-34.
- Ceylan, B. (2010). 40-59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Chen, P.L., Chao, H.T., Chou KR, et al. (2012). The Chinese Utian Quality of Life Scale for women around menopause: translation and psychometric testing. *Menopause*, 19, 438-447.
- Daan, N.M. and Fauser, B.C. (2015). Menopause prediction and potential implications. *Maturitas*, 82, 257-265.
- Dotlic, J., Gazibara, T., Rancic, B., et al. (2015). Translation and validation of the Utian Quality of Life Scale in Serbian peri-and postmenopausal women. *Menopause*, 22, 1-9.
- Erkin, Ö., Ardahan, M. ve Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 1095-1113.
- Ertem, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7, 469-483.
- Giannouli, P., Zervas, I., Spiropoulou, A., et al. (2010). Validation of Utian Quality of Life Scale in Greek population. 9th European Congress on Menopause and Andropause, 2010, *Maturitas*, s. 1-82, Athens.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri.(2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi: 27.04.2015
- Hafız, I., Liu, J. and Eden, J. (2007). A quantitative analysis of the menopause experience of Indian women living in Sydney. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 47, 329-334.
- Kharbouch, B.S. ve Şahin, H.N. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İ Ü F N Hem Dergisi*, 15, 82-90.
- Kıroğlu, F.G. (2005). Menopoz döneminin kadının sosyal ilişkilerine olan etkileri. Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kızılırmak, A. (2003). Menopoz dönemindeki kadınların menopoz nedeniyle sağlık kuruluşlarından yararlanan durumu. Yüksek Lisans

- Tezi (Basılmamış), Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Lebrun, C., Schow, Y., Jong, F., Polls, H., Grobbee, D. and Lamberts, S. (2006). Relations between body composition, functional and hormonal parameters and quality of life in healthy postmenopausal women. *Maturitas*, 55, 82-92.
- Lindh-Astrand, L., Nedstrand, E., Wyon, Y. and Hammar, M. (2004). Vasomotor symptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy. *Maturitas*, 48, 97-105.
- Liu, J. and Eden, J.A. (2008). The menopausal experience of Greek women living in Sydney. *Menopause*, 15, 476-481.
- Lu, J., Liu, J. and Eden, J. (2007). The experience of menopausal symptoms by Arabic women in Sydney. *Climacteric*, 10, 72-79.
- Miranda, J.S., Ferreira Mde, L., Corrente, J.E. (2014). Quality of life of postmenopausal women attended at Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*, 67, 803-809.
- Müderriş, İ.İ., Batukan, C., Ekinci, E. ve Çetinkaya, F. (2005). Kayseri'de menopoş yaşı ve etkileyen faktörler. *Türk Fertilité Dergisi*, 13, 158-164.
- National Institute on Aging. (2013). Health & Aging. http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/menopause_2.pdf. Accessed: 26.05.2014.
- Nelson, H.D. (2008). Menopause. *Lancet*, 371, 760-770.
- Oğurlu, N. (2008). Kadınların menopoşal yakınmaları ve başetme yöntemlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Önder M. (2014). Erken menopoş ve normal menopoş: stres belirtileri, stresle başaçıkma, evlilik uyumu ve cinsiyet rolleri açısından bir karşılaştırma. Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Peeyananjarassri, K., Cheewadhanaraks, S., Hubbard, M., Zoa Manga, R., Manocha, R. and Eden, J. (2006). Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand. *Climacteric*, 9, 23-29.
- Taher, Y.A., Emhemed, H.M., Tawati, A.M. (2013). Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric*, 16, 179-184.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). Kadın Sağlığı Araştırması 2014. http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf. Erişim Tarihi: 14.07.2014.
- Tokuç, B., Kaplan, P.B., Balık, G.Ö. ve Gül, H. (2006). Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 3, 281-287.
- Tortumluoğlu, G. (2004a). Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1, 1-13.
- Tortumluoğlu, G. (2004b). Asyalı ve Türk kadınlarda menopoz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1, 1-11.
- Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. (2003). Hormon replasman tedavisi konsensus grubu kararları. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-sayi-editorunden-66894.html>. Erişim Tarihi: 07.07.2014.
- Uğurlu Z. (2011).Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Doktora Tezi (Basılmamış). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Utian, H.W., Janata, W.J., Kingsberg, A.S., Schluchter, M. and Hamilton, C.J. (2002).The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause*, 9, 402-410.
- Varma, G.S., Karadağ, F., Oğuzhanoğlu, N., Özdel, O. ve Kökten, S. (2006). Menopoz: klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. *Yeni Symposium*, 44, 182-188.
- Varma, G.S., Oğuzhanoğlu, N.K., Karadağ, F., Özdel, O. ve Amuk, T. (2005). Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 8, 109-115.
- Waidyasekera, H., Wijewardena, K., Lindmark, G. and Naessen, T. (2009). Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women. *Menopause*, 16, 164-170.
- Wieder-Huszla, S., Szkup, M., Jurczak, A., et al. (2014). Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of

postmenopausal women. *Int J Environ Res Public Health*, 11, 6692-6708.

World Health Organization. (1996). Research on the Menopause in the 1990s. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf. Accessed: 07.07.2014.

World Health Organization. (1997). WHOQOL measuring quality of life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Accessed: 07.07.2014.

World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. report of a WHO consultation. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_\(part1\).pdf?ua=1&ua=1](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_(part1).pdf?ua=1&ua=1) Accessed: 04.03.2015.

World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf Accessed: 04.03.2015.

Yanikkerem, E., Koltan, S.O., Tamay, A.G. ve Dikayak, S. (2012). Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 15, 552–562.

Yılmaz, I.P. (2012). Alanya ilçesinde yaşayan Türk ve Alman menopoza girmiş kadınlarda menopozun algılanması ve menopoza ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Yurdakul, M., Eker, A. ve Kaya, D. (2007). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *FÜ Sağ Bil Derg*, 21, 187-193.

Zack, M.M. (2013). Health-related quality of life-United States, 2006 and 2010. *MMWR Surveill Summ*, 62, 105–111.

