

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

ALANYA İLÇESİNDE YAŞAYAN TÜRK VE ALMAN MENOPOZA GİRMİŞ
KADINLARDA MENOPOZUN ALGILANMASI VE MENOPOZA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ

Pınar IRMAK YILMAZ

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2012

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**ALANYA İLÇESİNDE YAŞAYAN TÜRK VE ALMAN MENOPOZA GİRMİŞ
KADINLARDA MENOPOZUN ALGILANMASI VE MENOPOZA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ**

Pınar IRMAK YILMAZ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim
Birimi Tarafından desteklenmiştir.
(Proje No: 2011.02.0122.013)

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

Antalya, 2012

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Y¼ksekokulu



ye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Y¼ksekokulu



ye : Prof. Dr. M.Ziya FIRAT
Akdeniz Üniversitesi
Ziraat Fak¼ltesi



ye : Doç. Dr. Kamile KUKULU
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Y¼ksekokulu



ye : Doç. Dr. Hicran BEKTAş
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Y¼ksekokulu



ONAY:

Bu tez, Enstit¼ Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun gr¼lm¼ř ve Enstit¼ Yönetim Kurulu'nun .../.../2012 tarih vesayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.İsmail ÜSTÜNEL
Enstit¼ M¼d¼r¼

ÖZET

Bu çalışmada, Türk ve Alman kadınların; menopoz algısı, menopoza ilişkin görüşleri, yaşadıkları menopozal semptomları ve menopoza ilişkin Türk ve Alman kültürleri arasındaki farklılığın belirlenmesine ilişkin veri sağlanması amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma kapsamına Alanya ilçe merkezinde ikamet eden Türk ve Alman kadınlar alınmıştır. Araştırma verileri 15 Şubat 2012 – 15 Nisan 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma kar topu yöntemiyle ulaşılan 160 Türk, 160 Alman kadın ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu, Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu ve Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 20.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, Kikare Testi, Kruskal Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi, Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan Türk kadınların ortalama menopoz yaşı 47 ± 4.22 ve Alman kadınların ortalama menopoza girme yaşı 47 ± 5.58 'dir. Türk ve Alman kadınların menopoza girme yaşı, menopoz süresi ve menopoza girme şekli arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Türk kadınların %67,5'i, Alman kadınların %72,5'i menopozu olumlu algılamaktadır. Türk ve Alman kadınların menopozu algılama arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Türk ve Alman kadınlar arasında somatik ($p<0.05$), psikolojik ($p<0.05$), ürogenital ($p<0.05$) alt ölçek ve toplam ($p<0.05$) ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Türk ve Alman kadınlarda menopoz algılamasının MSDÖ ve alt grup puanları açısından; Türk kadınlarda MSDÖ somatik alt ölçek puanı, psikolojik alt ölçek puanı, ürogenital alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Alman kadınlarda da MSDÖ somatik alt ölçek puanı, psikolojik alt ölçek puanı ve toplam ölçek puanında anlamlı fark vardır ($p<0.05$) fakat ürogenital alt ölçek puanı açısından fark yoktur ($p>0.05$).

Türk ve Alman kadınların yarısından fazlası menopozu olumlu algılamaktadırlar. Türk kadınları “Menopozda sosyal gelişme vardır.”, “Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır.”, “Menopozda kadın gebe kalmaktan kurtulur.” ve “Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir.” görüşlerinden dolayı menopozu olumlu olarak algılamışlardır ve Alman kadınlarla aralarında fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Türk kadınların yaşı arttıkça ürogenital semptomlar artmaktadır. Alman kadınların yaşı arttıkça; somatik, ürogenital ve toplam olarak yaşanan semptomlarda artış saptanmıştır. Türk kadınların menopoza girme yaşı azaldıkça yaşanan somatik, psikolojik ve toplam olarak semptomlarda artış saptanmıştır. Alman kadınların menopoza girme yaşı azaldıkça yaşadıkları somatik semptomlarda artış olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alman Kadınlar, Menopoz, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği, Menopoz Semptomları, Menopozun Algılanması, Transkültürel Hemşirelik, Türk Kadınlar

ABSTRACT

This study was carried out in design of descriptive and determined the statistical differences between Turkish and German women's perception of menopause, views on menopause, their menopausal symptoms and Turkish and German women's cultures.

The study was carried out on Turkish and German women who are currently residing in the town center of Alanya. The data was collected between February 15th, 2012 and April 15th, 2012. Study was carried out with 160 Turkish and 160 German women, and the snowball sampling method was used. Study used Socio-Demographic Data Descriptive Survey Form, Related the Perception of Menopause Views Form and Menopause Rating Scale (MRS).

The data obtained in this study, were assessed using SPSS 20.0 statistical package. Evaluation of the data count, percentage, Chi-square test, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U test and Spearman correlation analysis were used.

In this study, the mean age of menopause for Turkish women was 47 ± 4.22 and for German women was 47 ± 5.58 . Statistically significant differences were found between Turkish and German women's menopause age, menopause duration and type of menopause ($p < 0.05$). 67.5 % of Turkish women and 72.5% of German women perceived menopause positively. There was no statistically significant difference between German and Turkish women's perception of menopause ($p > 0.05$). There were significant differences between Turkish and German women's somatic ($p < 0.05$), psychological ($p < 0.05$), urogenital ($p < 0.05$). Subscales and total ($p < 0.05$) scale scores. There was significant differences between the perception of menopause and Turkish women's whole MRS Subscales and total scale scores ($p < 0.05$); German women also had significant differences between the perception of menopause and MRS somatic, psychological subscales and total scale scores ($p < 0.05$) but there was not a difference between urogenital subscale score ($p > 0.05$).

More than half of Turkish and German women have positive perceptions about menopause. Turkish women have positive perceptions because of the view "Gaining community respectability", "Being more respected in society and family", "Losing the risk of becoming pregnant" and "Being able top pray without delay"; and these views were different in German women.

As the age of Turkish women increases, urogenital symptoms increases and as the age of German women increases, somatic, psychological and total symptoms increases. With decreased menopause age of Turkish women, the total symptoms increases and with decreased menopause age of German women, the somatic symptoms increases.

Key Words: German Women, Menopause, Menopause Rating Scale, Menopause Symptoms, Menopause Perception, Transcultural Nursing, Turkish Women

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, beni sabırlı, titiz ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli danışman hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN'a,

Örnekleme katılan tüm Alman ve Türk kadınlara,

Anketimin Almanca çevirisinde yardımını esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu Almanca Bölümü Öğretim Görevlisi Sayın Salih ÖZENİCİ'ye,

Araştırmamın istatistiksel analizinde katkısı ve yardımı olan Sayın Araş. Gör. Anıl AKTAŞ SAMUR'a,

Araştırmamızda yardımını esirgemeyen Öğr. Gör. Gülşen AK SÖZER'e

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni her zaman manevi olarak destekleyen ve yardımcı olan arkadaşım Nazife BAKIR'a,

Her zaman ve her konuda benden desteğini ve ilgisini esirgemeyen, sevgili Hüseyin VURAL'a,

Hayatım boyunca eğitimim ve her türlü konuda benden asla desteğini esirgemeyen, beni koşulsuz seven, beni sürekli hayata motive eden, her koşulda yanımda olan, hayatımdaki en önemli varlıklarım ANNEM, BABAM ve KARDEŞİM'e sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	
2.1. Menopoz	4
2.2. Menopozal Dönem Evreleri	5
2.3. Menopozal Geçişte İzlenen Hormonal Değişiklikler ve Belirtiler	6
2.3.1. Erken Dönem Belirti ve Bulguları	8
2.3.1.1. Vazomotor Semptomlar	8
2.3.1.2. Psikolojik Değişiklikler	9
2.3.1.3. Uyku Bozuklukları	10
2.3.2. Geç Dönem Belirti ve Bulguları	10
2.3.2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar	10
2.3.2.2. Osteoporoz	11
2.3.2.3. Deri Değişiklikleri	12
2.3.2.4. Obezite	12
2.3.2.5. Menopozda Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri	13
2.4. Menopozda Hormon Replasman Tedavisi	14
2.5. Kültürler Arası Hemşirelik (Transkültürel Hemşirelik)	16
2.6. Kültürün Menopoz Semptomlarına Etkisi	18
2.7. Kültürler Arası Menopozu Algılama	19

2.8.	Menopoz ve Hemşirelik Bakımı	21
2.9.	Hemşirelik Uygulamaları	23
2.10.	Hemşirelik Bakımı Değerlendirmesi	27
GEREÇ VE YÖNTEM		
3.1.	Araştırmanın Şekli	28
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4.	Araştırmanın Kapsamına Alınma Kriteri	28
3.5.	Araştırmanın Etiği	28
3.6.	Araştırmanın Ön Uygulaması	29
3.7.	Araştırmanın Verilerinin Toplanması	31
3.8.	Araştırmanın Verilerinin Değerlendirilmesi	31
3.9.	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	31
3.10.	Araştırmanın Sınırlılıkları	31
BULGULAR		
4.1.	Türk ve Alman Kadınların Bazı Tanıtıcı Özellikleri	33
4.2.	Türk ve Alman Kadınların Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşleri	40
4.3.	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)'ne İlişkin Bulgular	47
TARTIŞMA		
5.1.	Türk ve Alman Kadınların Bazı Tanıtıcı Özellikleri	66
5.2.	Türk ve Alman Kadınların Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşleri	68
5.3.	Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	71
SONUÇLAR		
75		
ÖNERİLER		
77		
KAYNAKLAR		
78		
ÖZGEÇMİŞ		
92		
EKLER		
93		
EK 1. Alanya İlçe Kaymakamlığı'ndan Yazılı İzin		
EK 2. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Onay Formu		
EK 3. Türkçe Aydınlatılmış Onam Formu		
EK 4. Türkçe Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu		

- EK 5.** Türkçe Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu
- EK 6.** Türkçe Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
- EK 7.** Almanca Aydınlatılmış Onam Formu
- EK 8.** Almanca Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu
- EK 9.** Almanca Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu
- EK 10.** Almanca Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
- EK 11.** MSDÖ H.P.G.Schneider E-posta İzin Yazısı
- EK 12.** MSDÖ Can Gürkan E-posta İzin Yazısı

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MRS	: Menopause Rating Scale
MSDÖ	: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
REM	: Rapid Eye Moment (Hızlı Göz Hareketleri)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
ERT	: Östrojen Replasman Tedavisi
HERS	: Heart Estrojen Replasman Study (Kalp ve Estrojen Replasman Tedavisi Çalışması)
WHI	: Women Health Initiative (Kadın Sağlığı İnisiyatifi Çalışması)
NIH	: National Institutes of Health (Ulusal Sağlık Enstitüleri)
TAH+BSO	: Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salpingo-ooforektomi

ŒEKİLLER DİZİNİ

Œekil

Sayfa No

4.1. Türk ve Alman Kadınların Menopozal Semptomları YaŒama
Œiddetine Göre Dağılımı

64

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa No
3.1. MSD Ölçeğinin Chronbach's Alpha İç Tutarlılık Katsayıları	30

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa No
4.1. Araştırmaya Katılan Türk ve Alman Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	33
4.2. Araştırmaya Katılan Türk ve Alman Kadınların Menopoza İlişkin Verilerinin Dağılımı	37
4.3. Türk ve Alman Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Kaynaklarının ve Menopozal Sıkıntıları Kiminle Payştığına İlişkin Verilerinin Dağılımı	39
4.4. Türk ve Alman Kadınların Menopozda Kadınların Sosyal Statüsü ve Olgunlaşmaya İlişkin Görüşlerin Dağılımı	40
4.5. Türk ve Alman Kadınların Menopozda Rahatsızlıkların Arttığı ve Kayıpların Yaşandığına İlişkin Görüşlerin Dağılımı	41
4.6. Türk ve Alman Kadınların Menopozda Üreme Sağlığına İlişkin Görüşlerin Dağılımı	42
4.7. Türk ve Alman Kadınların Menopozu Hastalık Olarak Algılayıp Algılamadıklarına İlişkin Görüşlerin Dağılımı	43
4.8. Türk ve Alman Kadınların Kadınlık Rolüne İlişkin Görüşlerin Dağılımı	44
4.9. Türk ve Alman Menopozu Olumlu ve Olumsuz Algılayan Kadınların Görüşlerinin Arasındaki Farklılık	45
4.10. Türk ve Alman Kadınlarda MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	47
4.11. Türk Kadınların Çalışma Durumu ve Aylık Gelirine Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	48
4.12. Türk ve Alman Kadınların Eşle Birlikte Olma Süresine göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	49
4.13. Alman Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumuna ve Türk ve Alman Kadınlarda Çocuk Sayısına Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	51

4.14. Alman Kadınlarda Sürekli İlaç Kullanma ve Kronik Hastalık Öyküsü Olma Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	52
4.15. Türk ve Alman Kadınların Sigara İçme Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	53
4.16. Türk Kadınların Alkol Kullanma ve Günde İçilen Sigara Sayısına Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	54
4.17. Türk ve Alman Kadınların Menopoza Girme Yaşına Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	55
4.18. Türk Ve Alman Kadınların Menopoza Girme Süresine Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	56
4.19. Türk Kadınların Menopoza Girme Tipine ve Alman Kadınların Menopoz Tedavisi Alma Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	57
4.20. Alman Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Alma ve Hemşireden Bilgi Alma Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	58
4.21. Türk ve Alman Kadınların Menopoza İlişkin Alternatif Tedaviye Başvurma Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	59
4.22. Türk ve Alman Kadınların Evlilik Hayatından Memnuniyet Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	60
4.23. Türk ve Alman Kadınların Menopozu Algılama Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı	61
4.24. Menopozu Olumlu ve Olumsuz Algılayan Türk ve Alman Kadınların Yaşlarına İlişkin Veriler	62
4.25. Türk ve Alman Kadınlarda MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanları İle Bazı Değişkenler Arasındaki İlişkinin Dağılımları	63

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Menopoz, belli bir yaşam döneminde kadınlarda bir yıldan uzun süren menstrüel kanamanın yokluğu ile tanımlanan tıbbi bir terimdir (1). Son yıllarda hayat kalitesindeki artış ile tüm dünyada kadınların ortalama yaşam süresi uzamış ve 60 yaşını geçen kadınların sayısı her geçen gün artmaktadır. Gelişmiş ülkelerin çoğunda kadınlar hayatlarının üçte birini menopoz döneminde geçirmektedir (2). Bu durum beraberinde bu döneme ait sağlık sorunlarıyla daha fazla karşı karşıya kalmayı ve mücadele etmeyi getirmiştir. Gelişmiş ülkelerde postmenopozal kadınlar toplumun %15'inden fazlasını oluştururken, dünyanın daha az gelişmiş bölgelerinde bu oran %5-8'dir. Her yıl 47 milyon yeni vaka ile 2030 yılına kadar menopozal ve postmenopozal kadınların sayısının 1,2 milyarı geçmesi beklenmekte ve bu kadınların %76'sı gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olacağı öngörülmektedir (3, 4).

Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2011 verilerine göre; doğumda beklenen yaşam süresi ülkemizde de diğer ülkelere paralel olarak artmakta ve bu süre kadınlar için yaklaşık 71 yıldır. Ayrıca Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçlarına göre ülkemizde 50 yaş ve üzeri kadın oranı % 20.4'tür (5). Bu nedenle menopozla ilişkili spesifik problemler büyük önem kazanmaktadır (6-9).

Avrupa'daki menopoz yaş ortalaması 50.1 ile 52.8 yaşları arasında değişmektedir, Kuzey Amerika'da 50.5 ile 54, Latin Amerika'da 43.8 ile 53 ve Asya'da 42.1 ile 49.5 yaşları arasındadır (10). Türkiye'de doğal menopoza girme yaşı net olarak bilinmemektedir. Ancak, Türkiye Menopoz Derneği tarafından 2002 yılında ülkemiz genelindeki merkezler tarafından elde edilen verilere göre, menopoz yaşı 46.7 olarak tespit edilmiştir (11, 12). Benzer olarak, Özdemir ve Çöl'ün (2004) Ankara'da yaptığı çalışmada menopoza girme yaşı ortalaması 47, Saka ve arkadaşlarının (2005) Diyarbakır'da yaptığı çalışmada 45.6 olarak tespit edilmiştir (4, 6). Yaşlar birbirine yakın olmakla birlikte, coğrafik, ekonomik ve kültürel değişikliklere bağlı farklılıklar ortaya çıkmaktadır (6-8, 13).

Menopoz döneminde, östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak kadınlarda hormonal, fiziksel ve duygusal değişimler meydana gelmektedir. Meydana gelen bu değişimler kısa ve uzun süreli sorunlar olarak gruplandırılmaktadır. Kısa süreli sorunlar, vazomotor, atrofik ve psikolojik değişiklikler, uzun süreli sorunlar ise kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozdur. Kısa süreli sorunlardan olan vazomotor değişiklikler, ciltte ısı artışı ve vazodilatasyon ile başlayan menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve en rahatsız eden semptomdur (14, 15).

Vazomotor semptomların sıklığı farklı coğrafik bölgelerde çeşitlilik göstermektedir. Yapılmış yaygın epidemiyolojik çalışmalarda vazomotor semptomların prevalansı Avrupa'da %74, Kuzey Amerika'da %36-50, Latin Amerika ve Asya'da %22-63 olarak saptanmıştır (10). Pan ve arkadaşları Tayvanlı kadınların sadece %38'inin sıcak basması, %18'inin de gece terlemesinden yakındığını belirlemişlerdir (16). Woods'ın çalışmasında belirttiğine göre ise ABD, Hollanda, Avustralya, Japonya gibi gelişmiş ülkelerdeki menopoza dönemindeki kadınların %75'inde sıcak basması, %41'inde sinirlilik, %40'ında yorgunluk, %39'unda terleme, %38'inde baş ağrısı, %32'sinde uykusuzluk ve %30'unda depresyon şikayetleri saptanmıştır (17). Türkiye'de Erdem'in yaptığı çalışmada ise; kadınların %80'i sıcak basmasından yakınmaktadır (18). Kowalcek ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada postmenopozal Alman kadınların %87.7'si, Papua Yeni Gine'li kadınların %79.6'sı problemler yaşadıklarını tanımlamıştır. Postmenopozal Alman kadınları en çok etkileyen semptom sıcak basmasıdır, takiben ajitasyon, uyku rahatsızlıkları, depresyon, kas ve eklem rahatsızlıkları, vajinal kuruluk, kardiyak rahatsızlıklar, ürolojik ve seksüel problemler yaşanmaktadır, Papua Yeni Gine'li kadınlarda ise yaşanan en sık semptom vajinal kuruluk olarak saptanmıştır.

Menopozun algılanması, menopozal tutum ve menopozal yakınmalar üzerinde; eğitim, yaşanan coğrafi bölge, gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özelliklerden etkilenmektedir (19, 20). Yapılan çalışmalar menopozun algılanması, menopozal tutum ve bu dönemde görülen yakınmalar açısından hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir (15, 19, 21). Uzak doğu ülkelerinde yaşayan kadınların Batı ülkelerine göre menopozu olumlu bir olay olarak algılamaktadırlar (16). Tortumluoğlu'nun belirttiğine göre; Ballinger (1990) özellikle Hintli kadınların, toplumsal ilişkilerde bazı özgürlükler tanıdığı, aile ve toplum içinde konumunu olumlu yönde değiştirdiği için menopozu bir ödül olarak algıladığını belirtmiştir (19). Bu nedenle, Hintli kadınlar menopozu beklemekte, menopoz olduktan sonra olumlu bir döneme girmiş olmaktan dolayı mutlu olmakta ve vazomotor değişikliklerin etkisini hissetmemektedirler. Orta doğulu kadınlar için menopoz pozitif anlamda deneyimdir; çünkü bu sayede kadınlar birçok yeni özgürlükler elde etmekte, üreme mecburiyetinden kurtulmakta ve kendilerini dinlendirme fırsatı elde etmektedirler (15, 22). Siyahi kadınlar, menopozu hayatın bir geçiş dönemi olarak görmekte, medikal tedaviye ihtiyaç duymamakta ve hormon replasman tedavisine çok daha az eğilim göstermektedirler (23). Bayraktar ve Uçanok'un belirttiğine göre; Kuzey Avrupalı ve Yunanlı kadınların ise, menopozal dönemle ilgili şikâyetlerinin fazla olduğu ve vazomotor değişimlerin etkisini yoğun hissettikleri belirtilmektedir (21). Japonya'da yapılmış bir çalışmada; kadınların birçoğu menopozda kadınlık rollerinin ve statüsünün değişmediğine inanmasa da yaşlanmanın başladığının işareti, kendini yaşlı ve sağlıksız olarak gördüğü belirtilmiştir (24).

Türk kadınları menopozal dönemi hem Asyalı hem de geneli Müslüman olan ülkelerin kadınlarından daha olumsuz ve menopozal yakınmaları daha sık yaşamaktadırlar (19). Menopozal yakınmaları sıklıkla yaşayan Türk kadınlarında yapılan çalışmalarda menopozal döneme yönelik genel olarak olumsuz tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Türk kadının menopozu olumsuz algılamasının nedenleri arasında annelik rolünün kaybı, evlilik ilişkisinin ve kadınlık cazibesinin kaybı, vücut postüründeki değişiklikler, fiziksel güç kaybı ve cinsel yaşamın sonu biçimindeki algılama sayılabilir (25, 26).

Küreselleşme ile sınırların yok olduğu günümüzde hemşireler, farklı kültürel özelliklere sahip bireylere bakım vermektedirler. Bu nedenle hemşirelerin, farklı kültürel özelliklerin menopozu nasıl etkilediği konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Hastanın kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır (27). Hemşirelerin etkili bakım sunmada, yalnızca mesleki bilgi ve uygulamalar değil, entellektüel ve analitik becerilere de sahip olmaları gerekmektedir. Nitelikli bireysel bakım, bireyin bir bütün olarak kültürü, inançları, adetleri ve değerleri ile ilgili faktörlerin göz önüne alınması ile verilebilir. Kültürel olarak yeterli bakımın verilebilmesi için de hemşirelerin istek, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir. Ancak, Türkiye’de menopozla ilgili farklı kültürlerin karşılaştırıldığı araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmada ulaşılabilecek bilgilerin farklı kültürden gelen menopozla girmiş kadınlara bakım veren hemşirelere ve diğer sağlık bakım üyelerine önemli veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

Alanya Alman nüfusun yoğun yaşadığı yerleşim alanlarından birisidir. Hemşireler farklı kültürden gelenlere de bakım vermek durumunda olmaları nedeniyle kültürel farklılıklara duyarlı olmak zorundadır. Etkili bakım sunmada, yalnızca mesleki bilgi ve uygulamaları yeterli değildir, entellektüel ve analitik becerilere de sahip olmaları gerekmektedir. Nitelikli bireysel bakım, bireyin bir bütün olarak kültürü, inançları, adetleri ve değerleri ile ilgili faktörlerin göz önüne alınması ile verilebilir. Kültürel olarak yeterli bakımın verilebilmesi için de hemşirelerin kültürel istek, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Türk ve Alman kadınların;

- menopoz algısı,
- menopozla ilişkin görüşleri,
- yaşadıkları menopozal semptomları ve
- Türk ve Alman kültürleri arasındaki farklılığın belirlenmesine ilişkin veri sağlanması amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1.Menopoz

Kadınların 50 yaş civarında adetten kesildikleri ilk olarak M.Ö. 322'de Aristo'nun 'Historia Animalium' kitabında kaydedilmiş, tarihi süreç içerisinde bu döneme "kritik zamanlar - kadınların cehennemi - gizli hastalık - zehrin vücuttan atılamaması" gibi adlar verilmiştir. Menopoz terimi ilk olarak Fransız Hekim Gardanne tarafından 1821 yılında kullanılmıştır. Yunanca kökenli 'menos=ay' ve 'pausos=kesilme' kelimelerinden türetilmiştir. Bazen 'klimakterik' kelimesi menopoz yerine kullanılmaktadır. Ancak, bu terim sadece kadınlara özel değildir. Klimakterik kelimesi erkeklerde ve kadınlardaki orta yaştan yaşlılığa geçişteki biyolojik değişiklikleri ifade etmektedir (1, 33).

Premenopozal dönemde yaşanan overlerde FSH ve LH ile uyarılmaya karşı duyarlılık giderek azalır. Ovulasyon aralıktır ve gonadal hormonlar değişmeye başlar. Menstrüel kanamanın süresi ve karakteri değişir ve fertilité belirgin ölçüde azalır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1996 yılında en son adetten sonraki bir yılı perimenopoz olarak tanımlamıştır. Perimenopozun erken ve geç olmak üzere iki evresi tanımlanmıştır. Erken evre perimenopozda yedi günden daha uzun aralarla olan düzensiz sikluslar ortaya çıkmaktadır. Geç perimenopozda ise arada amenorenin olduğu iki ve üzeri sikluslar görülmektedir (33).

Menopoz kadın yaşamının üreme dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan bir geçiş dönemidir. Menopozal dönem sadece kadını etkileyen bazı fizyolojik değişikliklerin olduğu bir dönem değil aynı zamanda yakınmalar ve hastalık süreci ile aile ve toplumu da önemli ölçüde etkileyen sorunlu bir dönemdir (1). Menopoz döneminde yaşanan sorunların şiddeti sosyokültürel faktörlerin yanı sıra, kadının menopoz ve yaşlanmaya karşı tutumu, eş ve çocukların desteği ve geçmiş yaşam deneyimlerinden etkilenebilmektedir (21, 35). Bu dönemde östrojenin çekilmesine bağlı olarak kadının vücudunda endokrin ve somatik değişiklikler olmakta ve bu değişimler hemen her sistemi ilgilendiren yakınmalara neden olmaktadır. Bu yakınmalar perimenopozal dönemde görülen siklus bozuklukları, vazomotor şikayetler, kas-iskelet sistemi şikayetleri, ürogenital, emosyonel değişiklikler ve saç, deri, tırnak yapısında değişiklikler olarak sıralanabilir. Postmenopozal dönemde ise osteoporoz, kalp hastalıkları, meme ve genital sistem kanserleri kadın sağlığını tehdit etmektedir (36 - 38). Bazı kadınların menstrüel periyotları birkaç yıl içinde aşamalı olarak biterken bazı kadınlarda ise aniden biter. Bazılarının da periyot frekansları önceleri sık olurken bu periyot aralıkları zamanla azalır. Bunların hepsi normaldir.

Menopozun sınıflaması;

- **Doğal/Spontan Menopoz** – periyotlar kendiliğinden biter (39).

Foliküllerin tükenmesi ile ortaya çıkan, fizyolojik menopozdur. Patolojik ya da fizyolojik bir neden olmaksızın ardışık 12 ay boyunca amenorenin gözlenmesi olarak kabul edilmektedir (1).

- **Cerrahi Menopoz**– overlerin cerrahi olarak alınmasıdır aniden gelişir (39).

Cerrahi menopoz, herhangi bir tıbbi endikasyon sonucunda ameliyat ile overlerin alımı sonrası gelişen menopozdur. Bu tür cerrahi operasyonlarda genellikle uterus ve overler birlikte çıkarılır (TAH+BSO). Cerrahi menopozda; menopoz semptomları normal menopoza göre daha şiddetlidir. Çünkü normal menopozda yumurtalıkların tükenmesi yavaş yavaş olup vücut belli bir şekilde duruma adapte olurken, cerrahi menopozda bu süreç ani olarak gerçekleşir (1, 8, 40 - 43).

- **Prematür Menopoz**– herhangi bir nedenden dolayı 40 yaşından önce menopozun görülmesi (39).

40 yaşa kadar meydana gelen menopoz prematür menopoz olarak adlandırılırken, erken menopoz 40 – 44 yaş arası dönemi içine almaktadır. Prematür menopoz kadınların %4'ünü kapsarken, prematür ve erken menopozun her ikisi kadınların % 10'unu etkilemektedir (8, 44).

- **İndüklenmiş Menopoz**– menopozun kemoterapi ya da radyoterapi gibi dış faktörlerle ortaya çıkmasıdır (39).

Radyoterapi ve kemoterapi ile kanser tedavisi görenlerde overler etkilenir ve erken menopoz görülür. Yumurtalıkların gördüğü zararın derecesini kanserin tipi, tedavinin süresi, kullanılan ilaçların tipi ve dozu, radyasyon tedavisinin uygulandığı bölge belirler. Overler veya üreme organlarının bulunduğu pelvik bölgeye uygulanan tedavi overleri kalıcı olarak etkileyebilir. Düşük dozda yapılan ve kısa süreli olan tedavilerde geçici menopoz görülebilir. Meme kanseri tedavisinde kullanılan tamoksifen östrojen reseptörlerine bağlanarak östrojenin etkisini engeller ve östrojen eksikliği erken menopoza yol açar (8, 40, 41).

2.2.Menopozal Dönem Evreleri

Premenopozal Dönem: Menopozdan önceki bir ya da iki yıl için ya da menopozdan önceki mensturasyon periyotlarının görüldüğü tüm üretken çağı ifade etmek için kullanılır, östrojen hormonunun azalmaya başlamasıyla ortaya çıkan ilk semptomların görüldüğü andan, menopoza kadar geçen süreye premenopozal dönem denir ve bu dönem 2-6 yıllık süreyi kapsar. Bu fazda menstural siklus bozulmuş, fertilité azalmış, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi yakınmalar görülmeye başlamıştır (8, 9, 42, 45, 46).

Menopozal Dönem: Bir yıl süre ile menstruasyon olmayan kadınlarda menopozun başladığı kabul edilir (1, 46). Menopozun fizyolojik tanımı, “40 yaşından sonra, folikül stimulan hormon (FSH) düzeyindeki yükselme nedeniyle

ortaya çıkan over yetersizliği sonucu menstruasyon kanamalarının sürekli olarak kesilmesi” şeklindedir. Menopozal dönemde overiyal foliküllerdeki azalma ile birlikte östrojen üretiminde azalır, foliküllerin tamamen tükenmesi ile östrojen hormonu salgısı durur ve sonuçta menopoz ortaya çıkar (45).

Perimenopozal Dönem: Menopoz öncesinde, yaklaşılan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrüel periyodu izleyen bir yıllık süreyi de içerisine alan dönemdir (1, 8, 42, 45, 46).

Postmenopozal Dönem: Östrojen hormonunun eksikliğinin, bedenin fizyolojik ve psikolojik dengesi üzerine sistematik etkiler oluşturmaya başladığı andan, yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi kapsayan ve yakınmaların fazla olduğu döneme postmenopozal dönem denir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilité ortadan kalkmıştır (1, 8, 42, 45, 46).

2.3. Menopozal Geçişte İzlenen Hormonal Değişiklikler ve Belirtiler

Düzenli ovulatuvar sikluslardan menopoz durumuna geçiş, kadında belli bir süreci gerektirir. Buna bağlı olarak da bir seri hormonal ve klinik değişiklikler meydana gelir. Overlerde, içlerinde oogonia içeren folliküllerden intrauterin hayatta 6-7 milyon adet bulunmaktadır. Ancak, sayıları azalır ve doğumda 1-2 milyona, pubertede ise 300-400 bine iner. Overiyal folliküller, hem erkek hem de kadın hormonları üretir. Progesteron için tek kaynak, ovulasyon sonrası üretildiği yer olan overlerdir (48, 50).

Menopozda ovaryumdaki foliküllerin sayısı ve gonadotropinlere cevabı azalmıştır. Dolayısıyla ovaryumdan östrojen ve progesteron salgılanması azalmıştır. Bu hormonların eksikliği nedeniyle, her iki hormonun hipotalamus ve hipofiz üzerine oluşturdukları negatif feedback etkide kalktığından plazmada gonadotropin miktarı (FSH ve LH) artmıştır (51). Temel olarak, hipotalamus-hipofiz-gonad eksenindeki değişimler, perimenopoza ilişkin menstrüel düzensizlikten sorumludur. Overler yaşlandıkça overin epitel hücrelerinde steroid yapımında azalma başlar. Östrojen üretiminin azalması hipotalamustaki negatif feedback mekanizmayı etkiler ve sonuçta zaman içinde önce FSH daha sonra da LH yükselir. FSH yükselmesine bağlı foliküler faz kısalmış, daha sonra overlerde FSH’a direnç artar ve foliküler faz uzar. Östrojen düzeyinin düşmesiyle LH piki ve dolayısıyla ovulasyon olamaz. Anovulatuvar sikluslar artar, oligomenore gelişir veya düzensiz kanamalar ortaya çıkar (disfonksiyonel uterus kanamaları). Östrojenin daha da düşmesi ile menstrüasyon kesilir ve postmenopozal dönem başlar (50). Östrojen, menopozdan sonrada bir miktar bulunur. Bunun kaynağı adrenal androjenlerin aromatisasyonu ile östrojene dönüşümüdür. Plazma östrojeninin yavaşça azalması östrojene bağımlı dokuları korur (51).

Gonadal yetmezliğin bir sonucu olarak, ovaryan östrojen ve progesteron üretimi ile FSH ve LH sekresyonu arasındaki ilişki menopoz öncesi dönemde değişmektedir (52). Yaş ilerledikçe FSH’ın yanı sıra LH seviyelerinde de artış

baslar ve 3 yıl içinde 3 kat artar (50). Menopoz döneminde 40 IU/L'nin üzerine çıkan serum FSH ve LH değerleri menopozdan 1-3 yıl sonra en yüksek seviyelerine ulaşır. LH'daki artışın FSH düzeylerindeki artıştan (10-20 kat) daha az olmasının nedeni LH'nin yarılanma ömrünün (30 dakika) FSH'tan kısa olması (4 saat) ve LH'nin çok daha hızlı yıkılmasıdır. FSH ve LH değerleri daha sonra yavaş yavaş azalarak yaşlılıkta en alt düzeylere inerler. Yarılanma ömrü daha uzun olan FSH, hem LH'dan sonra azalmaya başlar, hem de ölçümlerde LH'dan hafifçe yüksek bulunur. Östrojen replasman tedavisi LH ve FSH düzeylerini belirgin biçimde düşürmekle beraber, genellikle premenopozal seviyelere indiremez. FSH ve LH'nin normal değerlere düşmemesi ovaryumdan sentezlenen inhibin B'nin yokluğundan kaynaklanmaktadır (50, 52).

Over fonksiyonlarının bozulmasıyla beraber, östrojen eksikliğine bağlı semptomlar hemen ortaya çıkar. Östrojenin estradiol ve estron olmak üzere iki tipi vardır. Menopoza kadar overlerden salgılanan estradiol kadınlarda baskın olan östrojendir. Estradiol seviyesi 30 yaş civarında 450-550 pmol/L ile pik yapar. Daha sonra kan seviyesi gittikçe azalır ve menopozdan sonra yaklaşık 80 pmol/L'ye düşer (48). Menopozda kadınların yaklaşık olarak % 70-80'inde östrojen yetmezliği semptom ve bulguları ortaya çıkmaktadır, bu semptomlar sıcak basması, gece terlemeleri ve vajinal atrofidir. Hafıza kaybı, alınganlık ve depresyon gibi psikolojik semptomlar da bulunmaktadır. Bununla birlikte; psikososyal stresin artmasıyla menopozal semptomların seviyesindeki artışın arasında da bağlantı vardır. Semptomlar her ne kadar menopozdan hemen önce veya sonraki ilk bir yılda daha belirgin olsa da zamanı ve sıklığı değişebilmektedir (8, 15, 53).

Menopozu incelerken, kadın bedeninde östrojen hormonunun azalmasıyla oluşan vazomotor belirtilerin, cinsel yaşamdaki değişimlerin, osteoporoz belirtilerinin ve yakınmaların kültürel yaşama göre biçimlendiği ortaya çıkmıştır. Yaşanılan semptomlar sadece hormon seviyesindeki düşüşle alakalı olmayıp yaşanılan bölgenin coğrafi, iklimsel ve kültürel özelliklerinden de etkilenmektedir (54).

Menopoz dönemi boyunca bazı kadınlarda belirgin değişiklikler ortaya çıkarken, bazı kadınlarda daha hafif değişiklikler görülebilir. Erken dönemde over fonksiyonlarının bozulmasıyla birlikte östrojen eksikliği semptomları hemen ortaya çıkar. Bu semptomlar kadınların yaklaşık % 70-80'inde izlenmektedir (55). Buna karşılık, kadında morbidite ve mortaliteye neden olan patolojiler geç dönemde ortaya çıkmaktadır (55-57).

Menopozal geçiş belirtileri erken ve geç dönem belirtiler olarak ikiye ayrılarak incelenmektedir.

2.3.1. Erken Dönem Belirti ve Bulguları

2.3.1.1. Vazomotor Semptomlar

Menopoz dönemindeki rahatsızlıklarının en yaygın olanıdır. Menopozda vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon şeklindeki değişiklikleri ortaya çıkmakta ve bunun sonucunda, kadınlar "sıcak basması" yaşamaktadır (1, 58).

- **Sıcak Basması**

Menopozda vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon şeklindeki değişiklikleri kadınlar "sıcak basması" ve "gece terlemesi" şeklinde yaşarlar (59, 60). Sıcak basması menopoz döneminde olan kadınların % 80'inde görülür. Sıcak basmasının fizyopatolojisi araştırmacılar arasında hala tartışılmaktadır, ama en geçerli teori, hipotalamusun menopoz, ooferektomi, radyoterapi ve kemoterapi gibi hormon düzeylerinin düzensiz yükselip düşmesine sebep olan durumlarda vücut ısısını düzenlemeye çalışmasından kaynaklanmaktadır (61).

Ateş basması olarak da bilinen durum, menopozal döneme doğru en sık görülen yakınmalardan biridir. Ani, yoğun ve rahatsız edici sıcaklık hissi şeklinde ortaya çıkar, sıklıkla terleme eşlik eder. Tipik olarak en fazla yüz, boyun ve göğüs bölgeleri etkilenmekle birlikte, diğer bölgeler de bazen etkilenmektedir (39, 62). Ataklar zaman zaman veya sık sık olabilir. Genellikle 3-5 dakika sürmesine rağmen, bazen bir saate kadar uzayabilir, beraberinde palpasyon, zonklama hissi, baş ağrısı, bulantı, anksiyete de olabilmektedir. Sıcak basmalarına yüz, boyun ve üst göğüs bölgesinde ve memelerde lekeler şeklinde eritem eşlik edebilmektedir. Perimenopozal kadınların yaklaşık %75'i menopozal sıcak basmasından yakınmaktadır. Uyku sırasında oluşan ateş basmaları günde 10 hatta 50 atak olabileceği gibi, yılda 5 atak şeklinde de olabilmektedir (8, 62, 63). Hafif sıcak basması günlük aktiviteyi etkilemez, kısa sürer ve tahammül edilebilir. Orta derecedeki sıcak basması günlük aktiviteleri engelleyecek derecede yoğun bir ısı hissine ve aşırı rahatsızlığa neden olur. Sıcak basması gün boyu sık aralarla ortaya çıkar ve aylarca hatta yıllarca sürebilir. Yaşam tarzı ve diğer faktörler de sıcak basmasında sıklığının ve şiddetinin potansiyel riski belirleyicilerindedir. Sigara içme, obezite ve genetik özellikleri önemli faktörler arasındadır (64). Ayrıca kalabalık ve sıcak odalar, alkol, sıcak içecekler, baharatlı yiyecekler sıcak basmasını tetikleyebilmektedir (1). Cochran ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada; sigara içen ve hiç içmeyen kadınlar karşılaştırıldığında, içenlerin androstenedion ve androjen östrojen oranının yüksek olduğu ve progesteron hormonunun düşük olduğuna ilişkin bulgular saptanmıştır (129). Bazı kadınlarda genetik çeşitlilik sex hormonlarının metabolizmasında etkilidir, bu da sıcak basmasına yatkınlığı etkileyebilmektedir (65).

Dünya'da yapılmış çalışmalara baktığımızda; Asya'da yapılan çalışmada ortaya çıkan sonuçlar, bu kıtada kadınların klimakterik semptomları ciddi sorun olarak görüp yaşamasının oranlarının batıya göre çok düşük olduğunu göstermektedir (21). Pan ve arkadaşları (2002) Tayvanlı kadınların sadece %38'inin sıcak basması, %18'inin de gece terlemesinden yakındığını

belirlemişlerdir. Japon kadınların menopozdan yakınmalarının oranları Amerikalı ve Kanadalı kadınlara oranla çok daha azdır. Yapılan çalışmalarda Japon kadınlarının %65'ini menopozu önemsemediği ortaya çıkartılmıştır. Ayrıca Japon dilinde 'sıcak basması' sözcüğüne karşılık gelen bir kelime bulunmamaktadır. Bangaldeş'te 40-55 yaşları arasında 30 kadın arasında yapılan çalışmada Müslüman kadınların Hindulara göre özellikle sıcak basmasını daha çok yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bu farklılıkların diyet, kıyafet ve dini ritüellere dayandığı düşünülmektedir (67). Sıcak basması en çok siyah kadınları takiben beyaz ırktaki ve Asyalı kadınlarda görülür (54). Kowalcek ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada Alman kadınların en sık yaşadığı semptomun sıcak basması, Papua Yeni Gine'li Kadınların ise vajinal kuruluk olarak saptanmıştır.

Ülkemizde ise; Güney'in Ankara'da yaptığı (2006) araştırmaya katılan kadınların %25.4'ü ateş basması ve terlemeden şikâyetçidir. Tortumluoğlu ve Erci'nin (2004) Erzurum'da yaptığı çalışma grubundaki kadınların % 78.2'sinde, Işık ve Vural'ın (2001) Ankara'da yaptıkları çalışmada ise %82.0'sinde sıcak basması-gece terlemesi yaşandığı tespit edilmiştir.

2.3.1.2 Psikolojik Değişiklikler

Sağsöz ve arkadaşlarının belirttiğine göre; yapılmış epidemiyolojik çalışmalar, menopozal geçiş dönemindeki kadınların %8 ile %47'sinde depresif semptomlar yaşandığını göstermektedir (69). Menopozun öncülük ettiği depresyonda hormonal değişiklikler neden olmaktadır (70). Yangın ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmaya katılan kadınlarda %29,3'ünün depresyonda olduğu saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda ise; depresyon, anksiyete, irritabilite, yorgunluk, uykusuzluk, unutkanlık ve libidoda azalma gibi bulgularla bu periyotta karşı karşıya kalındığı belirtilmiştir (39, 72).

Menopoz bir gelişim krizi olmakla beraber, tek başına bir psikiyatrik hastalık sebebi değildir. Bu dönemde östrojen azlığına bağlı çeşitli belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır. Psikolojik belirtiler fizyolojik sebepler yanında, bireysel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü faktörlerle de ilişkilidir. Bu döneme ilişkin kaydedilen başlıca emosyonel ve psikolojik semptomlar arasında anksiyete, huzursuzluk, duygu ve mizaç değişiklikleri, yorgunluk, gerginlik, depresyon, umutsuzluk, problem çözme becerilerinde yavaşlama ya da değişiklik, cinsel işlev bozukluğu, libido azalması, uykusuzluk, sersemlik, baş ağrısı, düşük benlik saygısı ve kendilik algısında değişiklik oluşması sayılabilir. Bütün bu değişikliklerin yanı sıra çabuk kızma, olaylara karşı aşırı hassasiyet, hafıza zayıflaması, yorgunluk, uykusuzluk gibi belirtiler de emosyonel değişiklikler arasında yer almaktadır. Bazen mani, melankoli ve depresyon gibi psikolojik bozukluklarda görülebilir (9, 13, 39, 45, 72). Postmenopozal kadınlarda da uzamış depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların görülme oranı yüksektir ve bu hastalıkların ve tedavilerinde kullanılan ilaçlar libido ve orgazm bozukluklarına neden olabilmektedir (73).

Menopozu, yaşlılığın ilk basamağı, fiziksel güç, enerji, cazibe ve doğurganlığın kaybı olarak algılayan kadınlar için menopoz bir sonu ifade

etmektedir. Yaşlılıkla birlikte kadınların statü kazandığı kültürlerde, menopozdaki kadınlarda depresyon daha az görülmektedir. Türk kültüründe kadının klimakterik dönem sıkıntılarını telafi edebileceği seçenekleri vardır. Birçok kadın menopozu bir kurtuluş olarak algılar. Onlar için menopoz, gebelik korkusundan, menstürasyon şikayetlerinden, kontrasepsiyon sıkıntısından kurtuluştur. Bu nedenlerle birçok kadın menopozu sorunsuz geçirebilmektedir (45).

2.3.1.3 Uyku bozuklukları

Menopozal dönemde görülen uyku güçlüğü, gece terlemesi ve sıcak basmasından sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir. Sıcak basmaları menopozal dönemdeki kadınların %75'inde görülmektedir. Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku güçlüğü prevalansı ise %14 ile %53 arasında değişmektedir (74-78). Timur ve Şahin'in (2009) Malatya'da menopozal dönemdeki 887 kadın üzerinde yaptığı çalışmada uyku güçlüğü prevalansını % 54 olarak bulmuşlardır. Postmenopozda total uyku zamanı, uyku derinliği ve Rapid Eye Moment (REM) uykusunda azalma, gece uyanıklığında artma olur. Genel olarak kabul edilen postmenopozal uyku bozukluğu sex steroidleri ile ilişkilidir. Ayrıca uykuya direk etkisi olan sıcak basmaları, kardiyak ritim ve stres reaktivitesi ile de yakından ilişkilidir (80).

Östrojen, uykuya geçişi kolaylaştıran ve uykunun hızlı göz hareketleri anlamına gelen REM fazını hem sayı hem de süre olarak arttıran bir hormondur. Dolayısıyla postmenopozal kadınlarda uykuya geçiş süresi uzadığı gibi, uyku esnasında alınması gereken REM fazı süresi kısalmakta ve kadın kendini yorgun hissederek uyanmaktadır (81).

Östrojen ve progesteronun serumda düşük olmasının, üst hava yollarındaki dilatatör kas motor aktivitesini azaltarak uyku apnesinde rolü olduğu düşünülmektedir. Uyku apnesinin en belirgin özelliklerinden biri horlamadır. Bu nedenle postmenopozal kadınlarda horlama daha fazla görülmektedir (82). Malatya'da yapılan bir çalışmada kadınların % 40'ının horlama yakınmasının olduğu saptanmıştır (79). Kripke ve arkadaşlarının (2001) 98705 postmenopozal kadın üzerinde yaptığı çalışmada da kadınların % 57'sinin horlama yakınması olduğunu saptanmıştır (83).

2.3.2. Geç Dönem Belirtileri

2.3.2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda daha az görülmesine karşın, her iki cinsiyette de en sık görülen ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Menopozda kadınlar artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle karşı karşıyadır. Koroner hastalık sonucu oluşan belirtiler östrojenin azalması sonucunda menopozdaki kadında değişik şekilde ortaya çıkar. Bu belirtiler iskeminin oluşturduğu belirtilerdir. Aritmi, ağrı, çarpıntı şeklinde ortaya çıkar. Menopoz öncesi kadınlarda, aynı yaştaki erkeklere oranla 2.5-4.5 kat daha az kardiyovasküler hastalık riskine sahip olmakla birlikte, 55 yaşını aşmış bir kadında koroner damar hastalığı görülme sıklığı, 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artış göstermektedir (84). Menopoz boyunca lipit ve kan değişikliklerinin yani

kolesterol ve trigliserid düzeylerinin artma eğiliminde olması ve koagülasyon sisteminin daha az etkili olması kardiyovasküler hastalıkların görülmesinde riskleri artırmaktadır (63, 85). Kadınlarda ortalama Yüksek Dansiteli Lipoprotein (HDL) Kolesterol seviyesi 55-60 mg/dl olup, erkeklerden ortalama 10 mg/dl daha yüksektir. Bu fark menopozal yıllar boyunca da devam etmektedir. Total Kolesterol ve Düşük Dansiteli Lipoprotein (LDL) seviyeleri premenopozal kadınlarda erkeklerden daha düşüktür ve yaşlanmayla kademeli olarak artar, menopozla birlikte hızla yükselir. Menopozdan sonra 60 yaş dolaylarında aterosklerik lipid seviyeleri erkektekinden yüksek hale geldiğinde kadınlardaki koroner hastalık riski ikiye katlanır. Bu değişiklikler diyetteki değişikliklerle azaltılabilmektedir. Menopozdaki bu lipid değişiklikleri östrojen tedavisiyle geri döndürülebilmektedir (84).

Menopozal dönemde kadınlarda östrojen azalmasına bağlı olarak damar sertliği ve kalp krizi riski %60 oranında artar. Kadınlarda klimakterik dönem öncesi düşük seyreden kardiyovasküler problemler klimakterik dönem sonrası artarak erkeklerle aynı hıza erişmektedir. Aşırı kilo, sigara kullanımı, dengesiz beslenme, sedanter bir yaşam, kan basıncı düzeyinde yükselme, genetik faktörler, alkol tüketimi, kolesterol düzeyi artması kalp hastalıkları için risk faktörleridir. Postmenopozal kadınlar, lipid mekanizmasındaki değişiklikler nedeniyle kalp-damar hastalıklarına yakalanma riski altındadırlar. Ayrıca postmenopozal dönem kadınların koroner kalp hastalıklarından ölme nedenleri arasında önemli bir yer almaktadır (45).

2.3.2.2. Osteoporoz

Osteoporoz, düşük kemik mineral yoğunluğu ve düşük kemik kalitesiyle karakterize sıkça görülen bir iskelet rahatsızlığıdır ve kemik esnekliğinin azalmasıyla, travmatik kırık risklerin artmasıyla sonuçlanır. Menopozal osteoporoz (tip I osteoporoz olarak da adlandırılır) osteoklastik aktivitenin artmasından kaynaklanır ve öncelikle trabeküler kemiği etkiler. Menopozal osteoporoz; kalsiyumun emilimini sağlayan östrojen ve propesteronun azalmasından kaynaklanmaktadır. Azalan östrojen seviyesi kemik emilimini inhibe ederek, kemik hücrelerinin yenilenme döngüsünü bozar (86). Amerika'da 10 milyon yani kadınların % 80'inde ayrıca 50 yaşın üstündeki kadınların % 50'den fazlasında osteoporoz vardır. Osteoporoz düşmelerden kaynaklı kırıklarda öncü sebeplerdendir (87).

Menopozal osteoporozun gelişmesindeki risk faktörlerini şöyle sıralanabilir:

- Geç menarş (12-13 yaş), erken menopoz (45 yaştan önce) ve hiç doğum yapmamış olmak,
- Yaşam boyunca diyetinde yetersiz kalsiyum, fosfor ve vitamin D alımı,
- Sedanter bir yaşam tarzı, özellikle egzersiz yapmamak,
- Osteoporoz ya da kemik kırıkları,
- Yetişkinliğinde kemik kırığı hikayesi,
- Aşırı kafein ya da alkol alımı, sigara içmek,

- Glukokortikosteroid, heparin, kolestramin, GnRH, methotrexate alımı, tiroid hormonunun artması,
- Beyaz ya da Asya (Sarı) ırkından olmak,
- Romatoid artrit hikayesi,
- Kemik yoğunluğunu düşürücü yatkınlık, küçük vücut iskeleti/zayıflık (88).

Trafik kazalarından sonra en önemli kırık nedeni, postmenopozal osteoporozla bağlı gelişen travmaların neden olduğu kırıklardır (89). Türkiye'nin de dahil bulunduğu Avrupa Vertebra Osteoporoz Çalışma Grubu'nun (EVOS) 19 Avrupa ülkesinde yaptığı çalışmasında, ülkemizde her 100 postmenopozal dönemdeki kadından sekizinde vertebra kırıklarının ortaya çıktığı, bu oranın İtalya ve İngiltere ile benzerlik gösterdiği belirtilmektedir (90). Postmenopozal osteoporozla bağlı olarak ortaya çıkan kırıklar sonucu, kadınlar uzun süre tıbbi tedaviye maruz kalmaktadır. Bu durum; kadınlarda fiziksel fonksiyonlarında azalmaya, immobiliteye, sosyal izolasyona ve depresyona yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (91). Dünder ve arkadaşlarının (2003) osteoporozu olan kadınların yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmada; osteoporozun kadınlarda yaşam kalitesinin fiziksel alan skorlarında düşüklüğe sebep olduğu belirtilmektedir.

2.3.2.3. Deri Değişiklikleri

Deri, yaşlanma ile oluşan değişikliklerin gözle görülebildiği en önemli organdır. Kronolojik yaşlanma, foto yaşlanma, çevresel faktörler ve hormonal yaşlanmanın sinerjistik etkisi ile derinin kalitesi bozulur. Menopoz döneminde östrojen kaybı ile oluşan hormonal yaşlanma ortaya çıkmaktadır (92). Menopozdan sonra derinin tabakalarında değişiklikler olur. Keratin tabakası azalır, epidermis incilir, interpapillar çıkıntılar ve dermoepidermal bileşke düzleşir. İnsan derisinde dokuz tip kollajen bulunur, bunların %80'i tip I ve %15'i tip III'tür (93). Derinin kollajen içeriğinin (tip I ve tip III kollajen) %30'u menopoza girişten sonraki ilk 5 yıl içinde kaybolmaktadır. Hidrofilik glikozaminoglikanların azalması derinin su içeriğini direkt azaltmakta ve deri turgorunu etkilemektedir. Bu durumla birlikte derinin kollajen içeriğinin, elastisitesinin ve kalınlığının azalması postmenopozal dönemde kadınlarda görülen ve istenmeyen yüz derisi sarkıklığının nedenidir (94). Kollajenin östrojen ile bağlantılı azalmasının önemi deri ile sınırlı kalmamaktadır. Menopozal dönemde görülen dermatolojik problemler fizyolojik değişikliklerin sonucu oluşan problemler ve menopozal dönemde görülme oranlarında artış olan, ancak bu durumun sebebinin tam olarak açıklanamadığı dermatolojik problemler (vulvovajinal problemler, vajinit gibi...) şeklinde ayrılabilir (95).

2.3.2.4. Obezite

Menopozda kadınlarda kilo alma ve obezite riski artmaktadır, kilo alma yaşın ilerlemesiyle metabolizma hızının düşmesi ve özel cinsiyet hormonlarının seviyesinin değişmesiyle ilişkilidir (96). Östrojen, postmenopozal kilo almayla ilişkili primer hormondur (97). Östrojen insülin direncini tetikler; bu yüzden

düşük östrojen seviyesi vücudun insülini daha çok kullanmasını yani organların kan glikozunu alması hızlanır, böylece iştahın artması ve kilo alma tetiklenir (98).

Menopoz boyunca ve sonrasında kilo alımını etkileyen ek faktörler şunlardır (99);

- Erken menarş, ilk doğumun geç yaşta olması, az sayıda doğum yapma, hamilelik boyunca çok kilo alma, kısa süreli emzirme.
- Yaşlanma, düşük bazal metabolizma oranı ve sempatik sinir sistemi aktivitesi ve büyüme hormon seviyesinin düşmesi.
- Yaşam tarzı (örneğin; fiziksel aktivite azlığı, yağ içeriği, yüksek diyet, karbonhidratlar, proteinler ...).
- Genetik yatkınlık.
- Çocukluk ve adölesan döneminde sağlıklı kilo aralığında olmamak.

Menopozdaki kadınlarda, glütofemoral bölgeye yağ depolanmasına neden olan östrojen hormonunun azalmasıyla daha sıklıkla vücudun karın bölgesinde yağ depolanmaktadır (100). Menopoz ve postmenopozal dönemdeki kadınların kilo alması ise osteoartrit, romatoid artrit, gut hastalığı ve yaygın eklem ağrısı ve ciddi sıcak basmaları ile ilişkilidir (101, 102). Obezite sıcak basması riskini artırır çünkü yağ vücut sıcaklığının yalıtımını kısıtlamaktadır. Orta yaşlı normal kiloda ve obez kadınlar karşılaştırıldığında, obezlerin estrojen, estrone, progesteron ve sex hormon düzeyleri düşük, testosteron ve FSH düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (103).

2.3.2.5. Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri

Androjen (testosteron) ve östrojen kadın seksüalitesinde primer hormonlardır. Bu hormonlar menopoz boyunca azalır ve seksüel aktivitede birçok semptomlara neden olabilir. Bunlar; vajinal mukoza epitelyumunun zayıflaması, vajinal duvar kaslarında atrofi, üriner inkontinans ve enfeksiyonlar, disparoni ve vajinal kuruluksur (104).

Östrojen azalması genital organlarda kan akımı ve vazokonjesyonu azaltır. İlerleyici iskemi deri ve müköz membranlarda incelme, deri altı yağ dokusu kaybı ve introitusta daralmaya neden olur. Östrojenin azalmasına bağlı olarak, sinir hücresi gelişimi, proliferasyonu, ileti zamanı ve sinir dokusu boyunca akış hızı düşer. Postmenopozal kadında periferik sinir etkilenmesinin klinik karşılığı, hissizlik, kaşıntı, giysi intoleransı, iki nokta ayırt etme eşiğinin artması, parestezi, klitoral reaksiyon duyusunun kaybı ve orgazm kapasitesinin düşmesidir. Yavaşlamış veya azalmış klitoral reaksiyon zamanı, vajen ve bartholin bezi salgılarının azalması veya yokluğu, vajinal derinliğin azalması ve ağırlı uterin kontraksiyonlar gibi nedenler disparoniye yol açar. Menopozal ve postmenopozal kadın, sıklıkla menopoza bağlı fizyopatolojik değişiklikler veya daha az sıklıkla depresyon ya da evlilik problemleri yüzünden seksüel istekte azalma, yetersiz ve geç uyarılma, orgazma ulaşmada güçlük, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, disparoni, cinsel ilişki sıklığında azalma ve seksüel aktivitede üriner inkontinans gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Menopozda seksüel

disfonksiyonun bağımsız sebepleri çok açık değildir, kadınların seksle ilgili en belirgin yakınmaları ise vajinal kuruluk, azalmış cinsel istek, ilişki esnasında rahatsızlık ya da ağrı ve orgazma ulaşmada zorluktur. Persistan disparoni uyarılma ve orgazm sorunlarına, bu da seksüel ilişki motivasyonu ve evlilik ilişkilerinde bozulmalara neden olabilmektedir (105, 106).

Menopoz dönemindeki kadınlar arasında seksüel kaygılar oldukça sıktır. Menopoza bağlı seksüel disfonksiyon sıklığı belirgin bir biçimde önemsenmektedir. Çünkü kadınlar seksüaliteyi kişisel ve utandırıcı bir durum olarak görmektedir, bu yüzden de seksüel yaşantı hakkında bilgi edinmede isteksiz olabilmektedirler (107). Ayrıca psikososyal ve sağlık faktörleri de menopoz döneminde kadının seksüel yaşamını ve tatminkârlığını etkiler. Bunlar; partner mevcudiyeti, ilişkilerdeki sorunlar, çatışmalar anksiyete ya da stres düzeyi, uyku kalitesi, sosyal, kültürel ve bölgesel tutum ve inançlar, diyabet, hipertansiyon ya da depresyon gibi hastalıklar, tedaviler ya da kemoterapi, histerektomi ya da ooferektomi gibi cerrahi prosedürleri içermektedir (108).

2.4. Menopozda Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Menopoz dönemindeki yakınmaların kontrol altına alınmasında östrojen takviye tedavisi tıbbi tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Östrojen tedavisine hasta ile birlikte, yarar ve zararları değerlendirildikten sonra karar verilmelidir. Kadınların çoğu için östrojen tedavisinin yararları, zararlarından daha fazladır. Ancak son araştırma raporları, beş yıldan daha uzun süre HRT tedavisi olan kadınlar arasında meme kanseri insidansında artma olduğunu göstermektedir. Bu yüzden HRT'nin dikkatli kullanılması ve bu riskin kadına açıklanması önem taşımaktadır. Sadece osteoporoz yönünden riskte olan kadınlara hormon tedavisi önerilmektedir (33). Kullanılan östrojen dozu, östrojen yoksunluk belirtilerini giderecek ve osteoporozu önleyecek en düşük miktar olmalıdır. Bu gün 0,625 mg konjuge östrojenin, osteoporozu karşı yeterli korunmayı sağladığı bilinmektedir. Osteoporozdan en iyi korunma, östrojenle birlikte günlük diyetle 1500 mg. kalsiyumun ve egzersizlerin eklenmesi ile sağlanmaktadır (1).

Estrojenin kullanılmaması gereken durumlar şunlardır (1);

- 1-Bilinen veya şüphelenilen meme ve uterus kanserleri.
- 2-Teşhis edilmemiş anormal uterus kanamaları.
- 3-Önceki veya mevcut tromboembolizm veya aktif tromboflebit.
- 4-Akut karaciğer veya serebrovasküler hastalık.
- 5-Kombine risk faktörleri; şişmanlık, varis, yüksek tansiyon ve aşırı sigara içme gibi.

30 yıla yakın gözlemsel araştırmaların hormon replasman tedavisini (HRT) (östrojen ve progesteron) ve östrojen replasman tedavisinin (ERT) menopozdaki kadınların kardiyovasküler sisteme yararlı olduğu önerilerine rağmen, son zamandaki randomize, placebo kontrollü klinik denemeler bu avantajları doğrulamaktadır. Araştırmacılar şimdi son zamanlarda ise dışardan alınan HRT ya da ERT' nin postmenopozal dönemdeki kadınlara zararlarının da bileceğini iletmektedir (110). HRT halen kardiyovasküler hastalık riski olan kadınlar için

değil, menopozal semptomları tedavi etme sürecinde tavsiye edilmektedir (111). Postmenopozal dönemdeki HRT kullanan kadınlarda HRT' nin kardiyovasküler hastalıkları ya da meme kanserini arttırmasıyla bir bağıntısı olmamasına rağmen, felç, emboli, bacaklarda varis ve anormal mamografi bulguları yönünden risk arttırmaktadır (111, 112). HRT ya da ERT'nin kullanıldığı ilk yıllarda komplikasyon görülme riskleri artmaktadır (110).

HRT'nin epidermis ve dermis üzerine olan faydalı etkileri östrojene bağlanmaktadır (95). Östrojenin epidermisteki etkileri; atrofinin azalması, stratum korneumun su tutma kapasitesinin artması ve bariyer fonksiyonunun artması şeklindedir. Dermisteki etkileri ise; kalınlık artışı, hyalüronik asit turnover artışı, hidrofilik glikozaminoglikanların artışı, dermis su içeriğinin artması, tip III kollajen miktarında artış, elastik fibrillerin yapısında düzelme, kapiller kan akışını artırabilmesi şeklindedir (113). Östrojen tedavisine kollajen içeriğinin verdiği cevap, başlangıçtaki kollajen miktarı ile kuvvetli bağlantı gösterir. Derinin eksik olan kollajen içeriği artar fakat menopoz öncesi düzeye ulaşamaz (114). Bu yüzden deri yaşlanmasından korunmada maksimal etkinin alınabilmesi için östrojenlerin erken dönemde başlanması gerekmektedir. Ayrıca, östrojenin kıl folikülünün anagen dönemini uzatarak, kıl folikül ömrünü uzattığı da gösterilmiştir (94, 114).

Hormon replasman tedavisinin menopozdaki kadınların seksüel fonksiyonlarına çeşitli etkileri vardır. Oral alınan östrojen testosteron seviyesini düşürür dolayısıyla seksüel fonksiyon düşmektedir. Östrojen bazı kadınlarda da seksüel fonksiyonu artırır çünkü estrojen eksikliği semptomlarını (örneğin; vajinal kuruluk, disparanoya) azaltmaktadır (17).

Bazı hastalıkların önlenmesinde HRT'nin rolünün değerlendirilmesi için tasarlanan Ulusal Sağlık Enstitüleri'nin (NIH) sponsorluğunu yaptığı Kadın Sağlığı İnisiyatifi (WHI) çalışması 1993-1998 yılları arasında 161.809 postmenopozal kadın üzerinde yapılmıştır ve hormonların menopoz tedavisindeki uygun kullanımı konusunda önemli katkılarda bulunmuştur. Sonuçlara göre HRT kullanımı kardiyovasküler hastalık ve meme kanseri riskini arttırdığı HRT'nin kardiyovasküler hastalıklardan koruyucu olmadığı, kırıklar ve kolorektal kansere ilişkin faydaları olduğu ancak oluşturduğu risklerin faydalara ait kanıtlardan ağır bastığı sonuç olarak bildirilmiştir (115). Bu nedenle; WHI çalışması esas alınarak HRT kullanımı konusundaki yaklaşım şöyle sıralanabilir (115) :

1. HRT / ERT menopozal semptomlar açısından önemli ve etkili bir tedavidir. HRT/ERT menopozal semptomların tedavisindeki kullanımı ayrı ayrı her kadına ilişkin tedavi hedefleri ve risklerine uygun olacak en kısa süre ile sınırlandırılmalı ve hastalar periyodik olarak değerlendirilmelidir. Tedavi hedeflerinin ve risklerinin her biri zaman içinde değiştiğinden, uzun süreli tedaviler uygulanması düşünüldüğünde bu yeniden değerlendirmeler özellikle önem taşımaktadır.

2. HRT / ERT, postmenopozal osteoporozu önlemek için önemli bir seçenek olmaya devam eden etkili bir koruyucu önlemdir. Hem vazomotor semptomların tedavisi hem de osteoporozun önlenmesi için endike olan başka hiçbir tedavi bulunmamaktadır. HRT / ERT'nin, menopozal semptomları bulunmayan kadınlarda postmenopozal osteoporozun önlenmesi için kullanımı, yalnızca anlamlı düzeyde risk altında bulunan kadınlarda düşünülmelidir ve östrojen içermeyen ilaçlar dikkatli bir şekilde göz önünde bulundurulmalıdır.

3. Tedavi kişiye özel ve vaka bazlı olarak reçetelenmelidir. Tedavinin kişiye özel hale getirilmesi, her hastanın kendine özgü fayda ve risk profilinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirmektedir ve her hastanın bilinçli şekilde karar verebilmesi için bilgilendirilmesini de içermelidir. HRT / ERT koroner kalp hastalığının önlenmesi için reçetelenmemelidir.

4. Koroner kalp hastalığı, meme kanserine ve venöz tromboemboliye ilişkin olarak WHI tarafından ortaya konan mutlak riskler artmış olmakla birlikte genel olarak düşüktür.

5. Aksi yönde veri mevcut olmadığından, kullanılan östrojen ya da progesterin, uygulama şekli ve rejim ne olursa olsun, postmenopozal HRT / ERT ürünleri reçetelenirken WHI çalışmasında tespit edilmiş olan riskler göz önünde bulundurulmalıdır.

6. WHI çalışmasından elde edilen sonuçlar, HRT / ERT 'nin rolünün açığa kavuşturulmasında ve risklerin ölçülmesinde yardımcı olacaktır. HRT / ERT'nin primer endikasyonları çalışmada bitiş noktası olmadığından HRT / ERT'nin genel fayda/risk profili yalnızca WHI çalışmasına dayandırılmamalıdır.

Başka bir çalışmada; ileriye yönelik olarak yapılan, ilaç verilmeyen kontrol grupları olan ve hem kullanıcının hem de sonuçları analiz edenin yapılan tedavi tipinden haberi olmadığı "çift kör" çalışmalar daha değerli olarak görülmektedir. Buna en iyi örneği Kalp ve Estrojen Replasman Tedavisi Çalışması (HERS) oluşturmaktadır. Daha önceleri yapılan gözlem çalışmaları kalp hastalığı olan kadınlarda estrojen tedavisinin iyi etkilerini bildirmişti. Oysa 2763 kadında yapılan HERS çalışması beklenenin aksine sonuçlar vermiştir. Bu kadınlarda 1380 tanesine estrojen + progesteron içeren menopoz tedavisi verilmiş 1383 tanesine ise görünüşü benzeyen ama içinde ilaç olarak etken madde bulunmayan tedavi verilerek 4 yıl sonundaki sonuçlar karşılaştırılmıştır. Kan yağlarına iyi etkileri olmasına rağmen bu tedavinin kalp hastalıklarını önlemediği ve pıhtılaşmaya bağlı sorunları artırdığı bildirilmiştir. Bu bulgular nedeniyle, prospektif, kontrollü ve çift kör yeni çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (16, 17, 118).

2.5. Kültürler Arası Hemşirelik (Transkültürel Hemşirelik)

Kültür, bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır. Kültür yaşamın dokusudur ve her insan bir kültüre sahiptir.

Kültür, doğanın yarattıklarına karşılık insanın yarattığı her şeydir (134). Kültür kavramı, geniş kullanımı ve uygulanabilirliği nedeniyle sağlık bakımı verenler tarafından birçok şekilde tanımlanmıştır. Kültür genellikle, bireyler ve grupların değer, inanç ve davranışlarını belirleyen önemli bir sosyal faktör olarak anlaşılmaktadır. Hemşirelik, sürekli olarak gelişen, değişen durumlara uyum sağlayabilen bir meslektir. Sosyal kurallar ve beklentilerdeki değişimler, yeni tıbbi tedavilerin keşfi, teknik sistemlerdeki gelişmeler çağdaş hemşirelik uygulamalarının şekillenmesinde yardımcı olmuştur. Dünya’da toplumların giderek çok kültürlü yapıya dönüşmesi ve kültüre özgü yeterli bakımın verilmesi gerekliliği hemşireliği önemli derecede etkilemiştir (135).

Kültürel açıdan yeterli bakım konusunda, Amerikan Akademisi Hemşire Uzmanlar Komitesi (The American Academy of Nursing’s Expert Panel on Culturally Competent Care) kültürel olarak uygun bakım için önerilerde bulunmuş ve kültürel olarak uygun bakımı tanımlamışlardır. Buna göre kültürel olarak uygun bakım; kültür, ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, iletişim becerilerinde öz etkililiği başarma, kültürel değerlendirme ve belli kültürlerin sağlık uygulamalarıyla ilgili bilgi kazanmayla ilgili konularda duyarlılıktır (135). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) Etik Kodu’nda ise, hemşireliğe gereksinimin evrensel olduğunu, hemşireliğin özünde; insan yaşamına ve insan haklarına ulus, dil, din, cins, inanç, yaş, politik görüş ve sosyal statü farkı gözetmeksizin değer ve saygı olduğunu belirtir (134).

Transkültürel açıdan hemşireliğin dört anahtar kavramı vardır. Bunlar;

* Hemşirelik bireylere anlamlı, uygun, kültürel değerlere ve yaşam biçimine saygılı, insana yakışır bir hizmet sunmayı amaçlayan transkültürel hizmet veren bir meslektir.

* Birey kültürel bir varlıktır, kültürel geçmişinden ayrı olarak düşünülemez.

* Birey çevresiyle bir bütündür ve çevre kültürün ayrılmaz bir parçasıdır. Genellikle de fiziksel, ekolojik, sosyo-politik ve/veya kültürel varlık olarak sürekli etkileşim halindedir.

* Sağlık, kültürden kültüre değişen bir kavramdır (134).

Son yıllarda, hemşirelerin etkin bir bakım vermelerinde, bireylerin kültürel yapısını bilerek sunulan hizmetin önemi anlaşılmış ve bu yönde girişimler artırılmıştır. Hemşire değer yargıları kendisininkinden çok farklı olan insanlarla ilgilenmek durumunda kalabilir. Bu nedenle hemşire kendi önyargılarından sıyrılabilmeli ve her kültürdeki insana hizmet verebilmelidir. Bu doğrultusunda bakım sunabilmek için hemşire kültürel uygulamalara yönelik temel ilkeleri bilmelidir. Bunlar;

- 1- Kültürün önemi üzerinde düşünülmesi,
- 2- Kültürel farklılıklara değer verilmeli,
- 3- Bireylerin davranışlarındaki kültürel etkiler anlaşılmalı,
- 4- Kültürel farklılığa sahip bireylere empatik yaklaşılmalı,
- 5- Bireylerin kültürlerine saygı gösterilmeli,

- 6- Bireylere karşı kültürel konularda sabırlı olunmalı,
- 7- Bireylerin davranışları iyice analiz edilmeli,
- 8- Kültürel bilgi birikimi oluşturulmalı,
- 9-Kültürel farklılıklara yönelik uyum hizmeti sağlanmalıdır (27, 136).

Hemşirelik temelde kültürel bir olgudur. Hastanın kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (27). Hemşirelerin etkili bakım sunmada, yalnızca mesleki bilgi ve uygulamaları yeterli değildir, entellektüel ve analitik becerilere de sahip olmaları gerekmektedir. Nitelikli bireysel bakım, bireyin bir bütün olarak kültürü, inançları, adetleri ve değerleri ile ilgili faktörlerin göz önüne alınması ile verilebilir. Kültürel olarak yeterli bakımın verilebilmesi için de hemşirelerin kültürel istek, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir (27, 136).

2.6. Kültürün Menopoz Semptomlarına Etkisi

Menopozal semptomların şiddeti geleneksel kültürlerde geniş ölçüde değişiklik gösterir. Asyalı kadınlar arasında sıcak basması gibi fiziksel semptomlar çok nadirdir. Bu durum diyetlerindeki yüksek oranda bulunan fitoöstrojene bağlanmaktadır. Geleneksel Asyalı kadınlar menopozal semptomlardan daha az yakınır çünkü yaşlanınca fiziksel olarak aktif olurlar ve menopozal semptomlardan yakınmak veya semptomları belirlemek için çok meşgul olduklarını bildirmişlerdir. Menopozdan şikayetçi olmak onlar için lüks sayılır (15). Pan ve arkadaşları Tayvanlı kadınların sadece %38'inin sıcak basması, %18'inin de gece terlemesinden yakındığını belirlemişlerdir (16). Woods'ın çalışmasında belirttiğine göre ise ABD, Hollanda, Avustralya, Japonya gibi gelişmiş ülkelerdeki menopoz dönemindeki kadınların %75'inde sıcak basması, %41'inde sinirlilik, %40'ında yorgunluk, %39'unda terleme, %38'inde baş ağrısı, %32'sinde uykusuzluk ve %30'unda depresyon şikayetleri saptanmıştır (17).

Sosyal statünün yaşla birlikte arttığı toplumlarda ya da kültürlerde kadınların menopozal döneme ilişkin olumsuz belirtileri daha az yaşadıkları görülmüştür. Bunun yanı sıra, menopoza ilişkin kültürler arası çalışmalar Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınların menopoza ilişkin daha fazla şikayetleri olduğunu ve bu nedenle sağlık kuruluşlarına daha çok başvurduklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca, beyaz, orta sınıftan gelen ve Avrupa kökenli Amerikalı kadınların diğerlerine göre özellikle hormon tedavisini içeren tedaviye daha fazla başvurdukları ve genel olarak Batılı kadınların Batılı olmayanlara göre daha fazla hormon tedavisi aldıkları görülmektedir (44).

Sıcak basması, gece terlemeleri ve vajinal semptomlar modern kadınlarda daha sıklıkta görülür çünkü bu kadınlar bu sıkıntıların menopozla ilişkili olduğunun farkındadır. Modern kadınlar menopoz habercisi olan bu sıkıntıları tanımak için sağlık bakımı verenlerden, literatürden, medyadan ve daha birçok kaynaktan eğitim almaktadır (15). OlaOlorun ve Lawoyin'in Birleşik Milletlerde yapılan 48 farklı çalışmanın derlemesinde menopozla en çok ilişkilendirilen semptomların vazomotor semptomlar ve vajinal kuruluk olduğu rapor edilmiştir

(67). Başka bir çalışmada; İsveçli kadınların sıklıkla rastlanan menopozal sıkıntıların farkında olmasına rağmen, menopozal semptomları koruyucu ya da hafifletici olabilen öz bakım stratejilerine yönelik bilgileri eksik olduğu ortaya çıkarılmıştır (119). Nappi ve Nijland'ın (2008) yaptığı çalışmada Alman kadınların %44'ü sıcak basması, %43'ü uykusuzluk yaşadığı tespit edilmiştir (120). Kowalcek ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada postmenopozal Alman kadınların %87.7'si, Papua Yeni Gine'li kadınların %79.6'sı problemler yaşadıklarını tanımlamıştır. Postmenopozal Alman kadınları en çok etkileyen semptom sıcak basmasıdır, takiben ajitasyon, uyku rahatsızlıkları, depresyon, kas ve eklem rahatsızlıkları, vajinal kuruluk, kardiyak rahatsızlıklar, ürolojik ve seksüel problemler yaşanmaktadır. Papua Yeni Gine'li kadınlarda ise yaşanan en sık semptom vajinal kuruluk olarak saptanmıştır.

Menopozu tabu olarak gören kültürlerde daha şiddetli semptomlar yaşanır. Örneğin, Afrikalı kadınlar menopozal semptomlar için bakım veren birisine gitmek için kaygılıdır çünkü menopoz kişiye özeldir ve gizli yaşanır. Kadınlar kendilerinde bazı şeylerin kötü olduğunu hissedebilir çünkü diğerlerinin de aynı deneyimleri yaşadığından haberdar değildir (15).

Göçmen kadınlarda; semptomların seviyesi baş etme becerisiyle, yaşam standartlarıyla, eğitim ve sosyoekonomik statüsü ile ilişkilidir. Yeni bir çevreye giren kadın, o çevrenin sıkça yaşanan semptomlarını, kültürel sağlık inançlarını benimsemeye de eğilimlidir (54). Yapılan bir çalışmada (121) Avustralya toplumunda yaşayan Yunan kadınların çoklu stresörlerle baş etmesi menopozal semptomları şiddetlendirdiği tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise yaşlanma korkuları ve menopoz, göç etmiş işçi Koreli kadınların enerjisini azaltmaktadır ve onlar sadece eşlerinin emekliliği ya da ölümü, çocuklarını büyüyüp özgürleşmesi ve finansal ve sağlık kaygıları gibi konularla baş etmekle değil, aynı zamanda göç ile ilgili dil problemleri, sağlık bakımı almada iletişim sorunları ve ailesiz olarak yaşamak gibi konularla da baş etmek zorundadırlar (122). Ayrıca eğitim seviyesi ve sosyoekonomik statü de menopozal sıkıntıyı artırmaktadır (123). Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada Kaliforniya'da yaşayan orta yaşlı iyi eğitilmiş, iyi işe ve kültüre sahip Filipinli kadınların, Amerikalı kadınlardan daha az menopoz sıkıntısı yaşamakta olduğu bulunmuştur (124). Başka bir çalışmada ise; Birleşik devletlere göç etmiş menopozdaki Rus kadınlar ise daha fazla depresyon yaşadıkları belirtilmiştir (125).

2.7. Kültürler Arası Menopozu Algılama

Dünya'nın farklı yerlerinde yaşayan menopoza girmiş kadınların menopozu yaşama konusunda farklı deneyimleri vardır. Menopozun anlamı ve menopozu karşı tutumlar toplumdaki farklılıklarla göstermektedir. Sosyo-kültürel faktörlerin ve etkenlerin menopoz döneminin karşılanmasında ve yaşanmasında etkili olduğu bilinmektedir. Buna bağlı olarak kadınların bazıları içine girdikleri bu yeni dönemi hoşgörüle karşılarken bazıları sıkıntı içinde yaşamaktadır. Menopozun sembolik anlamları ve deneyimleri, kültürel ve sosyal içeriklidir. Kadınların menopozla ilişkili inançları ve uygulamaları, semptomların stres ve yönetimini etkilemesine rağmen, deneyimlerin kişisel algılanmasında

geniş bir çeşitlilik vardır. Amerikalı Latin kadınlar menopoza “cambio de vida” olarak tanımlar bunun anlamı gitmek zorunda olduğun bir şeydir, doğal bir durumdur ve müdahale gerektirmez. İrlandalı kadınlara göre menopoz, can sıkıcı fakat beklenmediktir. Kadınların evlilik ilişkilerinin kalitesi menopoz algısını etkilemektedir (15).

Menopozal dönem üzerinde; gelenek-görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler önemli bir etkiye sahiptir. Hayatlarında en önemli rolünün çocuk doğurmak olarak kabul eden kadınlar için menopoz bir “son”u sembolize etmektedir. Bazı kadınlar için ise menopoz fiziksel yeteneklerin, enerjinin ve çekiciliğinin kaybı olarak algılanmaktadır. Batı kültüründe yaşam tecrübesinin kazandırdığı bilgeliğin değeri olmadığı için yaşlılar, statü, fonksiyon ve rol kaybının sıkıntısını yaşamaktadırlar (19). Kadınların statü kazandığı kültürlerde (örneğin Hindistan, Uzakdoğu, Güney Pasifik adaları gibi) durum tam tersidir ve bu toplumlarda menopozdaki kadınlar arasında depresyon görülmemektedir. Menopoza kayıp olarak değerlendiren kadınlar için ise depresyon kaçınılmaz denmektedir. Çin gibi geleneksel kültürlerde menopoz, yaşamın karakteristik bir bölümü olarak kabul edilir (15). Çince menopoza karşılık gelen bir kelime bulunmamaktadır. Güney Doğu Asya’da Çin’in dağlık bölgelerinde yaşayan Hmonglar da menopoza olumlu algılamakta ve olumlu bir deneyim olarak açıklamaktadır. Geniş bir ailede yaşlı bir birey olmak onların statüsünün arttığını gösterir. Duygusal değişiklikler ve semptomlar da yaşamadıklarını bildirmişlerdir (126). Kowalcek ve arkadaşlarının yaptığı (2005) çalışmada Alman kadınların %65’i menopozun olumlu yanları olduğunu düşünmektedir, bunların %84.6’sı menstruasyon olmamasını olumlu bir durum olarak belirtmiştir. Diğer olumlu yönlerini ise doğum kontrol yöntemi kullanmak zorunda kalmamak, duygu durum değişikliklerinin olmaması, fiziksel refahın kısıtlanmaması ve özgür hissetme olarak belirtmişlerdir.

Arapların ve Müslümanların yoğun olduğu Asya ülkelerinde kadınlar menopoza sosyal özgürlüğün başlangıcı olarak algılamaktadırlar. Menopozun bu kadınlar için farklı bir önemli yönü de menstruasyonlu iken yerine getiremedikleri ibadetlerini rahatça, kesintisiz yerine getirebilme düşüncesinin olmasıdır. Yine doğum kontrol yöntemlerini uygun bulmayıp çok sayıda çocuk doğuran bu kadınlar için menopoz farklı bir kurtuluş yoludur (19).

Türk toplumunda anne olan kadın geline göre, çocuğunu evlendiren kadın da anaya göre aile içinde daha yüksek statüye sahiptir. Eski Türkler tecrübeli ve bilgili kadınlar için “uz hatun” demekteydiler. Toplumumuzda tecrübe ve bilgeliğin gençlik ve kadınlık değerlerinden üstün tutulmaktadır. Kadınlığın kaybedilmesi ögesinin getirdiği kayıp duygusu erkeklik mertebesine çıkma ile de dengelenmektedir. Bunda Türk ve İslam kültürünün etkisi vardır (127).

“Adetten kesilmiş kadının kestiği etin yenmesi/helal olması”, “Adetten kesilmiş kadının erkekle aynı yere/sofraya oturabilmesi” gibi menopoza ilişkilendirilmiş, İç ve Doğu Anadolu kırsal bölgelerimizde günümüzde de

geçerliliğini korumaya devam eden toplumsal normlar mevcuttur (127). Yine de Türk ailesinin batı kültürüyle yoğun bir etkileşim ve sosyo-kültürel değişim içinde olduğu ve genel olarak kadının ailedeki statüsünün de değişmekte olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Kişilerin sahip olduğu sosyo-kültürel normlar hakkında varsayımlar ve genellemelerden kaçınarak her kadının algılama ve düşünce sistemi bireysel olarak değerlendirilmelidir (127)

Türk halkında menopoz periyoduyla beraber seksüel yaşamın sonsuza kadar biteceğine dair yersiz bir düşünce hâkimdir (19). Menopoz Türk toplumunda evlilik ilişkisinin ve kadınlık cazibesinin kaybı ve cinsel yaşamın sonu biçiminde algılandığı için menopozda cinsel ilişki sıklığı doğal olarak azalmaktadır. Yangın ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada, kadınların % 52,7'si menopoz öncesinde haftada 2-3 kez seksüel aktivitede bulunurken, bu sıklık menopoz sonrası bu oran azalmaktadır. Ayrıca kadınların %5,3'ünün hiç seksüel aktiviteye girmediği ve kadınların % 65'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir (71).

Farklı kültür ve etnik kökendeki kadınlar arasında menopozun anlamı ve yaşanan semptomların konusunda farklılıklar bulunmaktadır. Menopoz hakkındaki bazı farklı görüşler şunlardır (109);

- Fertilitenin kaybıyla sonuçlanan, medikal bir müdahale içermeyen, doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür.
- Hayatın fizyolojik rahatlığının daha az önemsendiği, dinî etkinliklerin peşine düşüldüğü aşamasıdır.
- Aile içinde ve sosyal hayatta daha çok güç ve özgürlük vardır.
- Kadının statüsünün arttığı ve yeni fırsatlarının olduğu pozitif bir durumdur.
- Medikal ve korkutucu olmayan geleneksel çareleri vardır.
- Tedavi gerektiren medikal durumlar vardır.
- Tahmin edilemeyen, utandırıcı zarar verici semptomlarını gizlemekle, kontrol altına almak arasında ilişki kurmaktır.
- Kişinin güvenliğini tehlikeye sokar.
- Fiziksel olarak yaşlanma ve genç görünümünün sona ermesine bağlı olarak düşük özbenliğe neden olmaktadır.

2.8. Menopoz ve Hemşirelik Bakımı

Menopozda sağlık bakımının planlanmasında ilk basamak durum saptamasıdır. Sağlık hikayesi fizik muayenesi ve laboratuvar testleri klimakteriyumdaki bir kadında patolojik bir durumun ortaya çıkarılması için yapılması gereken temel işlemlerdir. Kadının orta yaş dönemini nasıl algıladığı, onu etkileyen kültürel özellikleri, cinselliğine ilişkin düşünceleri, menopoza ilişkin bilgisi, fiziksel ve emosyonel değişiklikler değerlendirilir.

Dorothea E. Orem'e göre, bireyin benlik kavramı, iletişimi ve kültürü ile şekillenen temel insan gereksinimleri karşılanmadığında, bireyin sağlık durumu olumsuz etkilenmektedir. Bu doğrultuda sağlığın korunması ve sürdürülmesinde anahtar rol oynayan hemşirelik, yaşamın her döneminde olduğu gibi

klimakteryum dönemindeki kadına da bütünsel (holistik) bir anlayışla yaklaşmalıdır (44).

Bu bilgilerin ışığında sağlık bakımı kadın ile beraber planlanır. Menopozdaki bir kadın için hemşirenin genel hedefleri şöyle sıralanabilir (1):

- Kadın menopoz ile ilgili fiziksel ve emosyonel değişiklikleri açıklayabilecek.
- Menopoza ilişkin belirtiler kadının günlük yaşamını etkilemeyecek.
- Kadında osteoropoz gelişmeyecek veya minimal düzeyde etkilenecek.
- Kadın ve ailesi klimakterik olaylarla etkili bir şekilde baş edebilecek.
- Kadın ve ailesi klimakteriyumu, gelişimsel yaşam dönemlerinden biri olarak görebilecek.
- Kadın menopoz ve tedavisi ile ilgili değişiklikleri rapor edebilecek.
- Kadın sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilecek.
- Kadın bakım planını uygulayabilecek.

Hemşireler kadının bu dönemi nasıl algıladığını, onu etkileyen sosyo-kültürel özelliklerini, aile yaşantısını, cinselliğe ilişkin düşüncelerini, klimakterik döneme ilişkin bilgisini, fiziksel ve emosyonel değişikliklerini değerlendirerek, verecekleri sağlık hizmeti ile olası risklere karşı kadın sağlığını koruyup geliştirebilirler. Kadınların bu dönemdeki sağlık sorunlarını ve baş etme yöntemlerinin saptanması bakımın planlanması ve yönlendirilmesinde etkili olacaktır (47).

Menopozal dönemde kadının tıbbi tedavi yanında, sistematik ve kapsamlı bir sağlık bakımı ve danışmanlığa gereksinimi vardır. Gelişmiş ülkelerde, kadınların klimakterik dönem ve bu döneme ait bakım, tedavi ve danışmanlık hizmetini yürüten menopoz merkezleri faaliyet göstermektedir. Ülkemizde de 1990'lı yılların başlarında menopoz klinikleri açılmıştır. Bu kliniklerin çalışmaları daha çok medikal yaklaşım çerçevesinde, menopoz şikayetleri ile başvuran kadınlara tanı ve tedavi uygulamakla sınırlıdır (48).

Menopozdaki kadının değerlendirmesi için sorular (15):

- Menopoza giriyor olmak hakkında nasıl hissediyorsunuz?
- Sağlıklı kalmak için ne yaparsınız?
- Ana dilinizi kullanmak ister misiniz, kullanıyorsanız diliniz nedir?
- Ana dilinizde okumak ister misiniz? En iyi yazılı, görsel veya el işi materyallerle mi öğrenirsiniz?
- Sizin için önemli olduğunu düşündüğünüz menopoza ilişkin kültürel uygulamalar var mıdır?
- Menopoz hakkında kimden tavsiye/bilgi aldınız? Aldığınız bilgi neydi? Bu tavsiyelere uydunuz mu? Geleneksel ya da dini tedaviye başvurduunuz mu?
- Menopozal semptomların üstesinden nasıl geldiniz?
- Menopozal semptomlarınızı azaltan tercih ettiğiniz yiyecekler var mı?
- Kendinizi daha iyi hissettirecek bitkiler kullandınız mı?

- Daha iyi hissetmenize yardım edecek spiritüel uygulamalarınız var mı?

Menopozdaki Kadına Konulabilecek Bazı Hemşirelik Tanıları (128, 151);

- Menopoz ve Menopozla Baş Etme Yolları İle İlgili Bilgi Eksikliği / Riski
- Östrojen Düzeyinde Değişme İle İlgili Ağrı / Riski
- Osteoporozis ve Kalp Rahatsızlıklarına Bağlı Travma Riski
- Perimenopozal Dönem Süresince Oluşan Fiziksel ve Emosyonel Değişimler İle İlgili Benlik Saygısında Düşme Riski
- Cinsel İlişkide Ağrıya Bağlı Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik / Riski
- Menopozda Sıcak Basmasına Bağlı Anksiyete / Riski
- Östrojen Seviyesinde Düşüşe Bağlı Cinsel Disfonksiyon / Riski
- Perimenopozal Süreçteki Fiziksel ve Emosyonel Değişikliklere Bağlı Durumsal Düşük Benlik Saygısı / Riski
- Vazomotor Semptomlara Bağlı Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık / Riski

2.9. Hemşirelik Uygulamaları

• Vazomotor Semptomlarla Baş Etme

Hemşire olarak, sıcak basmasının potansiyel risk faktörleri bilinmeli ve hastaların kişisel karakter özellikleri ve eğitim gereksinimleri belirlenerek kadınların bu konudaki eksikliklerinin giderilmesi sağlanır. Hastalar sağlıklı bir yaşam stili oluşturmaları konusunda cesaretlendirilmelidir (diyet düzeni, alkol kullanımı, kilo verme, sigara kullanma, stres, aerobik gibi). Erken menopozdaki kişilere de bilgi verilmesi sağlanmalıdır (129). Gece uyurken oda sıcaklığının normal (18 derece civarında) olmasında gece olabilecek ateş basmalarının önlenmesinde yardımcı olur. E vitamininin alınması ve düzenli egzersizde bu şikayetlerin azalmasında faydalı olmaktadır (45).

• Psikolojik Sorunlara Yaklaşımlar

Menopoza bağlı olarak psikososyal sorunlar yaşayan kadınların hemşirelik bakım hizmetleri kadınların temel gereksinimleri, günlük yaşam aktiviteleri ve kadın fizik ve ruh sağlığı ile birlikte hastalıklarına yönelik hemşirelik uygulama standartlarına uygun olarak bağımsızlığı artırıcı, işlevselliği sürdürücü, güvenliği sağlayıcı, tedavi edici ve komplikasyonları önleyici girişimleri içermektedir. Bu gün menopoz olumsuz etkileri önlenmeye ve tedavi edilmeye çalışılan dönemsel bir kriz durumu gibi kabul edilmektedir. Bireyler kriz durumu yaşarken problem çözme becerilerinde yetersizlik hissedebilirler. Kadınların geleceğe umutla bakabilmesi ve yaşam kalitesi açısından bu dönemde kendilerini nasıl algıladıkları ve problem çözme becerilerinin ne durumda olduğunun bilinmesi hemşireler açısından önemlidir (13).

- **Cinsel Yaşam**

Kadınlar bu dönemde görülecek olan genital atrofi, kayganlığın azalması konularında bilgilendirilmelidirler. Menopozdan sonra cinsel yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürebileceği kadınlara ve eşlerine anlatılmalıdır. Menopozdaki kadının cinsel işlevini sürdürmesinde bireysel özellikler, eşin tepkisi, cinsel aktivite düzeyi, yaşlanma süreci ve kadının yaşadığı toplumun kültürel yapısı etkilidir. Hemşirenin bu durumda görevleri, kadınları bilgilendirme, destekleme, tarafsız dinleme ve cinsel sorunlarla başa çıkmada cesaretlendirme ve yönlendirmedir. Kadınlar seksüalitenin fiziksel ve ruhsal sağlığın önemli bir parçası olduğu konusunda desteklenmeli ve yaşam kalitesinde önemli bir rol olduğu açıklanmalıdır. Menopoz ve yaşlanmaya fiziksel uyum sağlama konusunda, eğitilmelidir. Meenopozdan sonra cinselliğin hormonal değişimlerden çok fazla etkilenmeyeceği, cinsel yaşamın devam edebileceği konusunda eşler aydınlatılmalıdır. Kadınların cinsel istekdeki azalmalarının tanımlanmasının detaylandırılması gerekmektedir. Disparoniye önlemede vajinal kuruluşun giderilmesi için suda eriyen sıvı yağların (Hindistan cevizi yağı gibi) kullanılması, vazelin gibi suda erimeyen yağların kullanılmaması önerilir (1, 45, 130).

- **Üriner Sistem Değişikliklerine Yönelik Yaklaşımlar**

Menopozda üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık, üretranın alt kısmında meydana gelen atrofi ve sistosele bağlı olarak artar. Bu enfeksiyonun önlenmesi için sıvı alımı artırılmalıdır. Kadın günde en az 8 bardak su içmesi için bilgilendirilmelidir. Bol sıvı alımı idrar konsantrasyonunu azaltarak bakteri gelişmesini önler. Bunun yanında barsak enfeksiyonlarında düzenler. Genelde enfeksiyon üretra ve mesanede sınırlıdır. Nadiren böbrekleri de etkileyebilir. Üşüme, kusma ve kosta vertebral açıda hassasiyet böbreklerinde etkilendiğini gösteren ciddi enfeksiyon belirtileridir. Kadına genital hijyen uygulamaları ve Kegel egzersizi öğretilmelidir (1, 45).

Kegel egzersizleri üreme organı çerçevesindeki kasların tonusunu güçlendirir. Düzenli yapıldığında uterus prolapsusunu ve stres inkontinansı önler. Ancak egzersiz bırakılırsa şikayetler tekrar geri döner. Kegel egzersizleri pelvik taban kas egzersizleridir ve gevşeyen pelvik kas tonusunun tekrar kazanılmasını sağlar (1).

Kegel egzersizleri:

A- İdrar akımını durduran kaslar pubokoksikal kaslardır. Kegel egzersizleri bu kaslar ile yapılır. Eğer kadın idrar yaparken idrarını durdurabiliyorsa kasların gücü iyi demektir.

B- Kadın puba koksikal kasların yerini saptadıktan sonra egzersizler aşağıdaki gibi yapılır.

1. Yavaş: Kaslar sıkılır, üç sayıncaya kadar tutulur, sonra gevşetilir.

2. Hızlı: Kaslar mümkün olduğu kadar hızlı olarak kasılır ve gevşetilir.

3. İçe çekme-dışa itme: Vajinada varolduğu düşünülen suyu yukarı doğru emer gibi pelvik taban sıkılarak yukarı çekilir, sonra bu suyu itmeye çalışır gibi aşağı doğru ıkmır.

- **Cilt Değişikliklerine Yönelik Yaklaşımlar**

Sağlıklı beslenme, bol su içilmesi, düzenli fizik egzersiz yapılması ve sigaranın bırakılması gibi olumlu davranış biçimlerinin geliştirilmesi semptomların etkisini hafifletmektedir. Kozmetik endüstrisi de saç boyaları, cilt bakım ürünleri ve makyaj malzemelerinden geniş bir ürün yelpazesi sunarak kadınlara bu konuda destek sağlamaktadır. HRT'nin de kollagenini ve cilt kalınlığını artırarak kırışıklıkları önlediği savunulmaktadır. Bu dönemde görülen cilt değişiklikleri bir fonksiyon bozukluğu veya hastalık olmamasına rağmen gençliğin ve kadınsı cazibenin kaybı olarak algılanabilir, kadının benlik saygısını ve özgüvenini zedeleyebilir. Kadının bu değişikliklerle başa çıkmasında asıl önemli faktör "olumlu beden imajı" geliştirmesidir (127).

- **Osteoporoz**

Menopozda osteoporoz hakkında bilgili olmalı ve hastaların eğitim ihtiyacını karşılayabilmelidir. Postmenopozal kadını değerlendirerek onun için risk faktörü olabilecek durumları tartışmalıdır. 65 yaşın üstündeki kadınları kemik mineral yoğunluğu (BMD) testi için cesaretlendirmelidir. Kadın hastalara kemik kaybını önlemek için kalsiyum ve vitamin D desteğinin gerekliliği konusunda eğitim verilmelidir (86). Osteoporozu önlemede de egzersizlerin yararı vardır. Son bilgiler günde 30-60 dakikalık yürüme ve merdiven çıkma egzersizlerinin, kemik kaybını geciktirdiğine ve kemik yoğunluğunu artırdığına işaret etmektedir. Hemşire egzersiz programının planlanmasında kadına yardım etmelidir (1).

Osteoporozdan korunmada beslenmenin önemi büyüktür. Özellikle menopozdan sonra kalsiyum ve D vitamininden zengin beslenmeye ek olarak C ve K vitamini içeren, hayvansal protein, tuz ve posa yönünden fakir besinler tercih edilmelidir. Kalsiyum ihtiyacının, kalsiyum preparatları yerine besin yoluyla karşılanması önerilmektedir (131). Literatürde; kalsiyum ihtiyacını besinlerle karşılayan kadınların, kalsiyum preparatları kullanan kadınlara göre kemik mineral yoğunluğu düzeylerinin daha yüksek bulunduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda uzun süreyle kalsiyum preparatlarının kullanılması, böbrek taşı oluşumuna, düşük de olsa konstipasyon ve distansiyona neden olmaktadır (131, 132).

Osteoporozdan korunmak için seçilen aktivite; kadının fiziksel ve sosyal yapısına uygun, kardiyovasküler sistemi fazla yormayacak şekilde olmalıdır (132). Seçilen fiziksel aktivite aynı zamanda, kaslarda çekilme etkisi yaratarak kemikler üzerinde mekanik stres oluşturmalı ve yerçekimine karşı yapılan egzersizler seçilmelidir. Bu dönemde tempolu yürüme, merdiven inme ve çıkma, dans etme gibi aktiviteler önerilmektedir (89). Menopozdaki kadınlara haftada 4-5 kere 45-60 dakika düzenli yürüyüş ve sevdikleri bir spor aktivitesinde bulunmaları önerilmelidir. Aynı zamanda, vücut postürünü antifleksiyona getiren egzersizlerin yapılması önerilmemektedir. Bu hareketlerin yapılması esnasında lomber vertebranın ön bölgesine olan basınç artmakta ve çökme kırıkları gelişebilmektedir (132).

- **Beslenme**

Menopozda östrojen yetersizliğine bağlı metabolik hız yavaşlar ve kilo almaya eğilim artar. Ayrıca kolesterol düzeyinde de artış olur. Bu nedenle karbonhidratlı ve yağlı besinlerden kaçınılmalı, yemeklerde sıvı yağlar özellikle zeytinyağı tercih edilmelidir. Meyve ve sebze yönünden ağırlıklı beslenme vücut direncini artırması yönünden önemlidir (1). Beslenmeye yönelik olumsuz uygulamalar, dengesiz yeme alışkanlıkları ölüm oranlarını, kalp hastalıklarını, arterioskleroz ve osteoporoz gibi hastalık oranlarını artırmaktadır. Kadınlara beslenirken tüm besin gruplarından tüketme, aşırı şeker, tuz, yağ ve kolesterolden uzak durma, istenen kiloyu sürdürmeleri ve bunların önemi anlatılmalıdır. Menopoz dönemi yakınmalarında alınan besinlerin önemli etkisi olduğu ve yakınmaların giderilmesinde önemli bir etkiye sahip olan östrojen ve progesteronların doğal beslenme yoluyla da alınabileceği açıklanmalıdır. Menopozda östrojen yetmezliğine bağlı kalsiyum absorpsiyonu bozulacağından, kalsiyum ve D vitamini yönünden zengin gıdalara gereksinim vardır. Kadınlara osteoporoza karşı protein, kalsiyum, fosfor ve D vitamini tüketiminin önemi anlatılmalı ve önerilmelidir. Menopozda giren her kadının kalsiyum dengesi konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Kalsiyum ihtiyacı menopoz öncesi 1000 mg iken menopoz sonrası 1500 mg'a çıkar. Sıcak basmalarını ve halsizliği önlediğinden besinlerle ve tablet olarak E vitamini verilmelidir. Ayrıca meyve ve sebze yönünden ağırlıklı beslenmeleri önerilir. Aşırı alkol, tütün tüketiminin azaltılması veya sonlandırılması osteoporoz riskini azaltma açısından önemlidir (1, 45).

En iyi kalsiyum kaynakları süt ve süt ürünleridir. Yoğurt laktöz eksikliğinin olduğu durumlarda iyi tolere edilebileceği için tercih edilmelidir. Ancak, postmenopozal dönemde yağsız yoğurt tüketilmesi önerilmektedir. Ispanak ve brokoli gibi yeşil lifli sebzeler, yüksek kalsiyum içermekte olup kalori oranları da oldukça düşüktür. Turunçgiller, kivi gibi meyveler orta derecede, et, tavuk, tahıllar, tahin helvası gibi besinler ise düşük de olsa kalsiyum içermektedir (89, 133). Uzakdoğu kültüründe sık tüketilen soya ve ürünleri, kalsiyum içeriğinin yanı sıra, proteinden zengin ve kolesterolden düşüktür. Bu besinlerde bulunan isoflavonlar, östrojen reseptörlerine bağlanarak östrojen etkisi oluştururlar. Bu nedenle postmenopoz dönemdeki kadınlarda tüketilmesi önerilmektedir (89).

2.10. Hemşirelik Bakımı Değerlendirmesi

Kadın ve ailesi klimakteryum dönemini yaşamın bir evresi olarak algıladığı, fiziksel ve emosyonel sorunlarla başa çıkmayı öğrendiği, sağlık bakımına aktif olarak katıldığı, osteoporozun gelişmesinin önlendiği ya da çok aza indirildiği, cinsel yaşam ile ilgili sorunlarını çözümlayebildiği ve planlanan egzersizlerini uygulayabildiği ölçüde, bakım hedefine ulaşmış olacaktır (44).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma Alanya ilçesinde yaşayan Türk ve Alman menopoza girmiş kadınlarda menopozun algılanması ve menopoza ilişkin görüşlerini ortaya çıkarmak amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Alanya ilçe merkezinde ikamet eden Türk ve Alman kadınlar üzerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri 15 Şubat 2012 – 15 Nisan 2012 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Alanya ilçe merkezinde yaşayan Türk ve Alman menopoza girmiş kadınlar oluşturmuştur. Alanya’da, 31.12.2009 tarihi itibarı ile 44 ayrı ülkeden 23.045 gerçek kişi taşınmaz edinmiştir. Alanya’dan mülk edinen yabancı uyruklular içinde 4.655 kişi ile Almanlar birinci, 4.226 kişi ile Danimarkalılar ikinci, 3.181 kişi ile İrlandalılar üçüncü sırada gelmektedir (138). Alanya’da ikamet eden Alman kadınların kesin sayısına kayıtlardan ulaşılamadığı için öncelikle Alman kadınlarına anket uygulanmıştır Olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm Alman kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu doğrultuda önce 160 Alman kadına ulaşılmıştır. Alman kadınlara ulaşmada onların Alanya’da üye oldukları derneklerle, dergilerle, yardımlaşma vakıflarıyla irtibata geçilmiş, geleneksel olarak yapılan eğlence, kermes vb. sosyal toplantılarda bağlantı kurulmuştur. Ayrıca bir arada oturdukları site yöneticilerinden de yardım alınmıştır. Ulaşılabilen Alman kadınlardan sonra 160 Türk kadına anket uygulanmıştır. Türk kadınlara Alanya İlçesi’ndeki Halk Eğitim Merkezlerinde, kermeslerde ve el işi kurslarında ulaşılmıştır. Araştırma 320 kadınla yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Kapsamına Alınma Kriterleri

Türk ve Alman en az bir yıldır menopozda olan, Alanya ilçe merkezinde yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya yapabilmek için Alanya İlçe Kaymakamlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (EK 1). Araştırmada kullanılan 'Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğini oluşturan H.P.G.Schneider (139) ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini yapan Can Gürkan'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK 2). Araştırmanın amacı araştırmaya katılacak olan kadınlara açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Alman kadınlarla görüşme sırasında Almanca bilen bir kişi aracılığıyla sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca Türk ve Alman kadınlara yazılı açıklama anket formunun ilk sayfasında Türkçe ve Almanca Aydınlatılmış Onam Formunda yer almıştır (EK 3, EK 7). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerini toplamak amacıyla aşağıdaki gereçler kullanılmıştır.

1. Türkçe Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu (EK 4)
2. Almanca Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu (EK 8)
3. Türkçe Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu (EK 5)
4. Almanca Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu (EK 9)
5. Türkçe Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (EK 6)
6. Almanca Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (EK 10)

• Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu

Araştırmacı tarafından literatüre (20, 45, 109, 141-43) dayanarak hazırlanan 32 soru katılımcıların tanıtıcı özelliklerinden oluşmaktadır. Tanıtıcı özelliklerde; kadınların yaşları, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, çalışıyorsa mesleği, ailenin aylık toplam geliri, medeni durumu, eş ile birlikte olma süresi, evlilik hayatından memnuniyet durumu, çocuğunun olması, var ise sayısı, kronik hastalık öyküsü, var ise kronik hastalık öyküsü, sürekli ilaç kullanma durumu, kullanıyor ise ne amaçla kullandığı, sigara ve alkol kullanma durumu ve sıklığı, menopoza girme yaşı, menopoz süresi, boyu, kilosu, vücut kitle indeksi, menopoza girme sebebi, menopoz tedavisi alıp almadığı, aldıysa kaç yıl süreyle aldığı, menopoz sürecine ilişkin bilgi alma durumu, menopozal şikayetleri en çok kiminle paylaştığı, menopozal şikayetleri gidermede alternatif yöntemlere başvurma durumu, başvurduysa ne kullandığı ile ilgili sorular bulunmaktadır.

• Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu

Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu; araştırmacı tarafından literatüre (20, 45, 109, 141- 143) dayanarak hazırlanmıştır. Formda; menopoza ilişkin görüşler bir bütün olarak verilmiştir. Fakat bulguların analizi sırasında menopoza ilişkin görüşlerin içeriğine göre beş alt başlıkta toplanmıştır. Bunlar; sosyal statü ve olgunlaşmaya ilişkin, rahatsızlıkların arttığı ve kayıplar

yaşandığına ilişkin, menopozda üreme sağlığına ilişkin, menopozu hastalık olarak algılayıp algılamadıklarına ve kadınlık rolüne ilişkin görüşlerdir.

- **Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği**

Orijinal adı Menopause Rating Scale olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ilk olarak 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir (144-146). Ölçeğin İngilizce'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği 1996 yılında, Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (145). Can Gürkan (2005) tarafından Türk popülasyonuna uygulanmak üzere geçerlik ve güvenilirlik yapılmıştır (140). Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte, her bir madde için; 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 0 iken en fazla puan 44'dür.

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar 1- Somatik şikayetler alt boyutu (1,2,3,11. maddeler), 2- Psikolojik şikayetler alt boyutu (4,5,6,7. maddeler), 3- Ürogenital şikayetler alt boyutudur (8,9,10. maddeler). Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir. Kişilerin, bireysel olarak beş dakikada cevaplandırabilecekleri bu ölçek, menopoz şikayetlerinin sayısal değerlendirilmesi için klinik uygulamalarda kullanılabilir (144, 145).

Çizelge 3.1. MSD Ölçeğinin Chronbach Alfa İç Tutarlık Katsayıları

MSDÖ	Madde Sayısı	Alınabilecek alt ve üst değerler	Chronbach's Alpha İç Tutarlık Kat Sayıları			
			(Gürkan, 2005) Türk kadınlar	(Schneider ve ark., 2002) Alman Kadınlar	(Araştırma Sonuçları) Türk Kadınlar	(Araştırma Sonuçları) Alman Kadınlar
<i>Somatik Şikayetler</i>	4	0-16	0.65	0.64	0.57	0.70
<i>Psikolojik Şikayetler</i>	4	0-16	0.79	0.86	0.75	0.86
<i>Ürogenital Şikayetler</i>	3	0-12	0.72	0.63	0.67	0.70
<i>Toplam Menopozal Şikayetler</i>	11	0-44	0.84	0.84	0.78	0.83

Çizelge 3.1'de MSDÖ Chronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları karşılaştırılmıştır. Türk kadınlarda Gürkan'ın araştırmasında Toplam menopozal şikayetler katsayısı 0.84, bizim araştırmamızda 0.78; Alman kadınlar için Schneider ve arkadaşlarının araştırmasında 0.84, bizim araştırmamızda 0.83 olarak saptanmıştır.

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, örneklem özelliklerine uygun olan 10 Alman ve 10 Türk kadına yapılmıştır. Ön uygulamaya alınanlar örnekleme alınmamıştır. Ön uygulama sonucunda medeni durumuyla ilgili soru anket formuna eklenmiştir.

3.7. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanmasında “Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Dair Soru Formu”, “Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu” ve “Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler her iki kültürde de yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Soruların yanıtlanması yaklaşık olarak 15 dakika almıştır.

Verileri toplama aşamasında Alman kadınlara soru formu verilmeden önce Alanya’da bir hastanenin turizm bölümünde çevirmen olarak çalışan, Almanya’da doğup büyümüş, iyi derecede Almanca bilen bir kişi bilgi vermiştir. Türk kadınlara ise toplu olarak katılan kurslar, kermesler vb. sırasında ulaşılmıştır. Anket uygulama sürecinde beş Alman kadın, 10 Türk kadın anket çalışmasına katılmak istememiştir.

3.8. Araştırmanın Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 20.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, Kikare Testi, Kruskal Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi, Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. MSDÖ Chronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; toplam MSDÖ puan ortalaması ve alt ölçeklerinin puan ortalamasıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; kadınların yaşları, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, çalışıyorsa mesleği, ailenin aylık toplam geliri, medeni durumu, eş ile birlikte olma süresi, evlilik hayatından memnuniyet durumu, çocuğunun olması, var ise sayısı, kronik hastalık öyküsü, var ise kronik hastalık öyküsü, sürekli ilaç kullanma durumu, kullanıyor ise ne amaçla kullandığı, sigara ve alkol kullanma durumu ve sıklığı, menopoza girme yaşı, menopoz süresi, boyu, kilosu, vücut kitle indeksi, menopoza girme sebebi, menopoz tedavisi alıp almadığı, aldıysa kaç yıl süreyle aldığı, menopoz sürecine ilişkin bilgi alma durumu, menopozal şikayetleri en çok kiminle paylaştığı, menopozal şikayetleri gidermede alternatif yöntemlere başvurma durumu, başvurduysa ne kullandığı, menopoz algısı ve menopoza ilişkin görüşlerini içermektedir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

-Verilerin toplanması aşamasında gözlem yapılamamış, kadınların kendi ifadesine bağlı kalmıştır.

-Çalışmanın örneklemini yalnızca Alanya'da ikamet edenlerden ulaşılabilenler oluşturmaktadır. Alman kadınların ikametinde kesin verilere ulaşamamıştır.

-Örnekleme katılan kadınların gelişigüzel olarak seçilmiştir.

-Kadınların yetiştikleri ülkelerdeki eğitim sisteminin (zorunlu eğitim süresi) ve ekonomik düzeylerinin farklı olmasıdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan Türk ve Alman kadınların; menopoz algısı, menopoza ilişkin görüşleri, yaşadıkları menopozal semptomları ve Türk ve Alman kültürleri arasındaki farklılığın belirlenmesine ilişkin veri sağlanması amacıyla yapılmış olan araştırmadan elde edilen veriler verilmiştir.

4.1. Türk ve Alman Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Türk ve Alman Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	TÜRK Kadınlar		ALMAN Kadınlar		X^2	<i>p</i>
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş					42.185	0.000
45 yaş ve alt	10	6.3	3	1.8		
46-50 Yaş	30	18.8	21	13.1		
51-55 Yaş	48	30.0	14	8.8		
56-60 Yaş	26	16.3	26	16.3		
61-65 Yaş	22	13.8	39	24.4		
66 Yaş ve Üzeri	24	15.0	57	35.6		
Toplam	130	100.0	139	100.0		
Eğitim Durumu					94.451	0.000
İlkokul	51	31.9	1	0.7		
Ortaokul	32	20.0	3	2.0		
Lise	55	34.4	93	62.0		
Lisans	22	13.8	53	35.3		
Toplam	160	100.0	150	100.0		
Eş Eğitim Durumu					71.321	0.000
İlkokul	33	20.9	0	0.0		
Ortaokul	32	19.6	3	0.7		
Lise	61	38.6	78	55.3		
Lisans	22	20.9	53	44.0		
Toplam	158	100.0	141	100.0		
Aylık Gelir (TL)					86.018	0.000
450 - 1000	28	18.5	2	2.2		
1001 - 2000	70	46.4	20	22.0		
2001 - 3000	52	34.4	28	30.8		
3001 ve üzeri	1	0.7	41	45.0		
Toplam	151	100.0	91	100.0		
Çalışma Durumu					18.099	0.000
Evet	13	8.1	21	13.1		
Hayır	95	59.4	57	35.6		
Emekli	52	32.5	82	51.3		
Toplam	160	100.0	160	100.0		

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Türk ve Alman Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

TANITICI ÖZELLİKLER	TÜRK Kadınlar		ALMAN Kadınlar		X^2	<i>p</i>
	Sayı	%	Sayı	%		
Medeni Durum					6.039	0.014
Evli	148	93.1	135	84.4		
Bekar	11	6.9	25	15.6		
Toplam	159	100.0	160	100.0		
Eşle Birlikte Yaşama Süresi (Yıl)					47.652	0.000
20 yıl ve altı	9	6.1	20	15.0		
21 – 30 yıl	83	56.0	37	27.8		
31 – 40 yıl	46	31.1	30	22.6		
41 – 53 yıl	10	6.8	46	34.6		
Toplam	148	100.0	133	100.0		
Evlilik Hayatından Memnun Olma Durumu					20.971	0.000
Çok memnunum	45	30.4	78	54.5		
Memnunum	85	57.4	52	36.4		
Memnun değilim	13	8.8	5	3.5		
Hiç memnun değilim	5	3.4	8	5.6		
Toplam	148	100.0	143	100.0		
Çocuğa Sahip Olma durumu					29.488	0.000
Evet	160	100.0	133	83.1		
Hayır	0	0.0	27	16.9		
Toplam	160	100.0	160	100.0		
Çocuk Sayısı					5.053	0.409
1	26	16.3	20	15.4		
2	70	43.8	67	51.5		
3	51	31.8	39	30.0		
4 ve üzeri	13	8.1	4	3.1		
Toplam	160	100.0	130	100.0		
Kronik Hastalık Öyküsü					6.084	0.014
Evet	85	53.1	63	39.4		
Hayır	75	46.9	97	60.6		
Toplam	160	100.0	160	100.0		

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Türk ve Alman Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

TANITICI ÖZELLİKLER	TÜRK Kadınlar		ALMAN Kadınlar		χ^2	<i>p</i>
	Sayı	%	Sayı	%		
Sürekli İlaç Kullanma					1.517	0.218
Evet	90	56.3	79	49.4		
Hayır	70	43.7	81	50.6		
Toplam	160	100.0	160	100.0		
Sigara İçme Durumu					6.361	0.012
Evet	53	33.1	33	20.6		
Hayır	107	66.9	127	79.4		
Toplam	160	100.0	160	100.0		
Sigara İçme Sıklığı (Adet)					6.280	0.280
5 ve altı	8	15.1	8	26.7		
10	23	43.4	11	36.6		
15	12	22.6	3	10.0		
20 ve üzeri	10	18.9	8	26.7		
Toplam	53	100.0	30	100.0		
Alkol Kullanma Durumu					24.067	0.000
Evet	21	13.1	59	36.9		
Hayır	139	86.9	101	63.1		
Toplam	160	100.0	160	100.0		
Vücut Kitle İndeksi (kg/m²)					8.351	0.039
< 18.5 Zayıf	5	3.1	2	1.3		
18.5-24.9 Normal	43	26.9	35	22.9		
25-29.9 Kilolu	85	53.1	70	45.7		
≥30 Şişman	27	16.9	40	30.1		
Toplam	160	100.0	153	100.0		

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan Türk ve Alman kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tabloda belirtildiği üzere; araştırmaya katılan Türk kadınların yaşı ortalama 56 ± 7.33 , Alman kadınların ise 62 ± 7.85 ’tir. Türk kadınların % 31.9’u

ilkokul mezunu, Alman kadınların % 0.7'si ilkokul mezunudur. Alman kadınların % 62.0'ı lise mezunu, Türk kadınların % 34.4'ü lise mezunudur. Türk kadınların eşlerinin % 38.6'sı lise mezunu iken, Alman kadınların % 55.3'ü lise mezunudur. Türk kadınların % 46.4'ünün aylık geliri 1001-2000 TL; Alman kadınların % 22.0'nın aylık geliri 1001-2000 TL'dir. Türk kadınların %0,7'sinin aylık geliri 3001 TL ve üzerinde; Alman kadınların % 45.1'inin aylık geliri 3001 TL ve üzerindedir. Türk kadınların % 59.4'ü çalışmazken; Alman kadınların % 35.6'sı çalışmamaktadır. Türk kadınların % 32.5'i emekliyken; Alman kadınların % 51.3'ü emeklidir. Türk kadınların %93.1'i evliyken, Alman kadınların 84.4'ü evlidir. Türk kadınların % 56.1' i 21-30 yıldır eşiyile birlikte yaşarken; Alman kadınların %27.8'i 21-30 yıldır eşiyile birlikte yaşamaktadır. Türk kadınların % 57.4'ü evlilik hayatından memnun iken, Alman kadınların ise %36.4'ü evlilik hayatından memnundur. Türk ve Alman kadınlarda yaşa göre evlilik memnuniyeti açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.744).

Araştırmamıza göre; Türk kadınların tamamının en az 1 çocuğa sahipken, Alman kadınların %16.9'unun çocuğu yoktur. Araştırmaya katılan Türk kadınların %53.1'inin, Alman kadınların ise 39.4'ünün kronik hastalığı bulunmaktadır. Belirtilen kronik hastalıklar arasında hipertansiyon, diyabet, hipotiroidi, astım, romatizma gibi hastalıklar bulunmaktadır. Türk kadınların %56.3'ü, Alman kadınların %49.4'ü sürekli ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçlar sahip olunan kronik hastalıklarla alakalıdır. Türk kadınların % 66.9'u sigara içmezken, Alman kadınların 79.4'ü sigara içmemektedir. Türk kadınların % 43.4'ü günde 10 adet sigara içmektedir, Alman kadınların ise %36.7'si günde 10 adet sigara içmektedir. Türk kadınların %86.9'u alkol kullanmazken, Alman kadınların % 63.1'i alkol kullanmamaktadır. Alkol içen kadınların büyük çoğunluğu (%93.9) nadiren kullandığını belirtmiştir. Türk kadınların % 53.1'inin beden kitle indeksi 25-29.9 arasında, Alman kadınların % 45.8'inin beden kitle indeksi 25-29.9 arasındadır.

İstatistiksel analiz sonucunda; Türk ve Alman kadınların eğitim durumu (p=0.000), eşinin eğitim durumu (p=0.000), yaşı (p=0.000), aylık geliri (p=0.000), çalışma durumu (p=0.000), eşle birlikte yaşama süresi (p=0.000), evlilik hayatından memnun olma durumu (p=0.000), çocuğa sahip olma durumu (p=0.000) ve alkol kullanma durumu (p=0.000) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Türk ve Alman Kadınların Menopoza İlişkin Verilerinin Dağılımı

	<i>TÜRK KADINLAR</i>		<i>ALMAN KADINLAR</i>		<i>X²</i>	<i>p</i>
	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>		
Menopoz Yaşı					8.607	0.035
40 yaş ve altı	13	8.1	18	11.3		
41-45	52	32.4	36	22.5		
46-50	79	49.5	75	46.8		
51 yaş ve üzeri	16	10.0	31	19.4		
Toplam	160	100.0	160	100.0		
Menopoz Süresi (Yıl)					10.769	0.013
1-4	78	48.7	76	57.1		
5-8	63	39.4	52	39.1		
9-13	19	11.9	5	3.8		
Toplam	160	100.0	133	100.0		
Menopoz Tipi					9.335	0.002
Doğal	147	91.9	128	80.0		
Cerrahi	13	8.1	32	20.0		
Toplam	160	100.0	160	100.0		
HRT Alma					2.664	0.103
Evet	36	23.1	50	31.3		
Hayır	120	76.9	110	68.7		
Toplam	156	100.0	160	100.0		
HRT Kullanma Süresi					4.246	0.246
1 yıl	4	11.4	1	2.4		
2 yıl	17	48.6	19	45.3		
3 yıl	10	28.6	19	45.2		
4 yıl ve üzeri	4	11.4	3	7.1		
Toplam	35	100.0	42	100.0		
Menopoz Yakınmalarını Gidermede Alternatif Tedaviye Başvurma Durumu					0.838	0.360
Evet	35	21.9	42	26.3		
Hayır	125	78.1	118	73.7		
Toplam	160	100.0	160	100.0		
Menopoz Sürecini Algılama					0.952	0.329
Olumlu	108	67.5	116	72.5		
Olumsuz	52	32.5	44	27.5		
Toplam	160	100.0	160	100.0		
Menopoza İlişkin Bilgi Alma					1.452	0.228
Evet	121	76.6	113	70.6		
Hayır	37	23.4	47	29.4		
Toplam	158	100.0	160	100.0		

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan Türk ve Alman kadınların menopoza ilişkin verilerinin dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan Türk kadınların ortalama menopoz yaşı 47±4.22, Alman kadınların ortalama menopoza yaşı ise 47±5.58’dir. Türk ve Alman kadınların menopoz yaşı, menopoz süresi ve menopoza girme şekli arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; p=0.035, p=0.013, p=0.002). Araştırmamıza katılan Türk kadınların %48.8’i 1-4 yıldır menopoza girmiştir, Alman kadınların ise %57.1’i 1-4 yıldır menopoza girmiştir. Türk kadınların %91.9’u doğal yoldan menopoza girmiştir, Alman kadınların ise %80.0’ı doğal yoldan menopoza girmiştir. Türk kadınların %8.1’i cerrahi olarak menopoza girmişken, Almanların %20.0’si cerrahi olarak menopoza girmiştir. Türk kadınların %23.1’i, Alman kadınların %31.3’ hormon replasman tedavisi aldıklarını belirtmişlerdir. Türk kadınların % 67.5’i menopozu olumlu algılarken, Alman kadınların %72.5’i olumlu algılamaktadır. Türk ve Alman kadınların menopozu algılama arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.329). Türk kadınların %21.9’u, Alman kadınların %26.3’ menopozal yakınmaları gidermede alternatif tedaviye başvurmuştur. Kadınlar yoga, akupunktur, ada ayı, biberiye ayı, örek otu, dere otu, maydonoz suyu gibi alternatif tedavilere başvurduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Türk ve Alman Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Kaynaklarının ve Menopozal Sıkıntıları Kiminle Payıştığına İlişkin Verilerinin Dağılımı

	TÜRK KADINLAR		ALMAN KADINLAR	
	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Menopoza İlişkin Bilgi Kaynakları				
Doktor	106	85.5	109	85.8
Komşu-Akraba	53	42.7	33	26.0
Hemşire	40	32.3	31	24.4
Televizyon	20	16.1	18	14.2
İnternet	20	16.1	46	36.2
Medya	19	15.3	13	10.2
Eğitim	6	4.8	14	11.0
Dergiler	6	4.8	19	15.0
Menopoza İlişkin Sıkıntıları Kiminle Payıştığı				
Doktor	105	66.9	88	60.7
Arkadaş	103	65.6	50	34.5
Eş	74	47.1	84	57.9
Çocuklar	60	38.2	19	13.1
Hemşire	31	19.7	25	17.2

Tablo 4.3'te araştırmaya katılan Türk ve Alman kadınların menopoza ilişkin bilgi kaynaklarının ve menopozal sıkıntıları kiminle payıştığına ilişkin verilerinin dağılımı verilmiştir.

Türk kadınların %76.6'sı, Alman kadınların %70.6'sı menopoza ilişkin bilgi almıştır. Menopoza ilişkin bilgi alan Türk kadınların bilgiyi çoğunlukla doktordan (%85.5), sonra komşu ve akrabadan (%42.7), en az olarak ise dergilerden aldığı saptanmıştır, Alman kadınların da benzer şekilde, bilgiyi en çok doktordan (%85.8), sonra internetten (36.2), en az ise medyadan (%10.2) bilgi aldığı saptanmıştır. Menopoza ilişkin sıkıntılarını Türk kadınlar en çok doktor (%66.9) ve arkadaşlarıyla (%65.6) paylaşıırken, Alman kadınların ise doktor (%60.7) ve eşiyle (%57.9) paylaşmaktadır.

4.2. Türk ve Alman Kadınların Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi

Tablo 4.4. Türk ve Alman Kadınların Menopozda Kadınların Sosyal Statüsü ve Olgunlaşmaya İlişkin Görüşlerin Dağılımı

Görüşler		Olumlu				Olumsuz			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Menopoz doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür	Türk	81	75.0	27	25.0	7	13.5	45	86.5
	Alman	81	69.8	35	30.2	14	31.8	30	68.2
Menopozda sosyal gelişme vardır	Türk	60	55.6	48	44.4	0	0.0	52	100.0
	Alman	35	30.2	81	69.8	10	22.7	34	77.3
Menopozda iş ya da görevlerde hoşgörü vardır	Türk	41	38.0	67	62.0	7	13.5	45	86.5
	Alman	45	38.8	71	61.2	12	27.3	32	72.7
Menopoz daha güvende ve daha olgun hissettirir	Türk	58	53.7	50	46.3	14	29.5	38	73.1
	Alman	47	40.5	69	59.5	13	29.5	31	70.5
Menopozda hayat daha kolay ve sakindir	Türk	52	48.1	56	51.9	15	28.8	37	71.2
	Alman	43	37.1	73	62.9	8	18.2	36	81.8
Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır	Türk	45	41.7	63	58.3	12	23.1	40	76.9
	Alman	25	21.6	91	78.4	13	29.5	31	70.5
Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir	Türk	64	59.3	44	40.7	22	42.3	30	57.7
	Alman	33	28.4	83	71.6	15	34.1	29	65.9

Tablo 4.4'te Türk ve Alman kadınların menopozda kadınların sosyal statüsü ve olgunlaşmaya ilişkin görüşlerin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların menopoza ilişkin görüşlere verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında; menopozu olumlu algılayan Türk kadınlarından %75'i "Menopozu doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür" görüşüne evet demiştir; benzer şekilde, menopozu olumlu algılayan Alman kadınlarından %69.8'i de aynı görüşe evet demiştir. Menopozu olumsuz algılayan Türk kadınlarından hiçbiri "Menopozda sosyal gelişme vardır" görüşüne evet demezken; menopozu olumsuz algılayan Alman kadınlarından %22.7'si evet demiştir.

Tablo 4.5. Türk ve Alman Kadınların Menopozda Rahatsızlıkların Arttığı ve Kayıpların Yaşandığına İlişkin Görüşlerin Dağılımı

Görüşler		Olumlu				Olumsuz			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Menopozda tahmin edilemeyen, utandırıcı, zarar verici semptomlar vardır	Türk	19	17.6	89	82.4	29	55.8	23	44.2
	Alman	26	22.4	90	77.6	22	50.0	22	50.0
Menopoz, çalışma kapasitesini azaltır	Türk	16	14.8	92	85.2	34	65.4	18	34.6
	Alman	24	20.7	92	79.3	30	68.2	14	31.8
Menopozda hayat daha mutsuz hale gelir	Türk	16	14.8	92	85.2	33	63.5	19	36.5
	Alman	14	12.1	102	87.9	12	27.3	32	72.7
Menopozda fiziksel çekiçilik kaybolmuştur	Türk	22	20.4	86	79.6	21	40.4	31	59.6
	Alman	25	21.6	91	78.4	12	27.3	32	72.7
Menopozda vücutta değişiklikler olur	Türk	38	35.2	70	64.8	36	69	16	30.8
	Alman	49	42.2	67	57.8	20	45.5	24	54.5
Menopoz yaşlanmanın önemli bir işaretidir	Türk	24	22.2	84	77.8	36	69.2	16	30.8
	Alman	33	28.4	83	71.6	25	56.8	19	43.2

Tablo 4.5'te Türk ve Alman kadınların menopozda rahatsızlıkların arttığı ve, kayıplar yaşandığına ilişkin görüşlerin dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan menopoza ilişkin olumsuz algısı olan Türk (%55.8) ve Alman (%50.0) kadınların yarısından fazlası "Menopozda tahmin edilemeyen, utandırıcı, zarar verici semptomlar vardır" demiştir. Aynı şekilde menopozu olumsuz algılayan Türk (%65.4) ve Alman (%68.2) kadınların çoğunluğu menopozun çalışma kapasitesini düşürdüğünü düşünmektedir. Menopozu olumsuz olarak algılayan her iki kültürdeki kadınlar yüksek oranda (sırasıyla; %69.2, %56.8) menopozu yaşlanmanın önemli bir işareti olarak görmektedir.

Tablo 4.6. Türk ve Alman Kadınların Menopozda Üreme Sağlığına İlişkin Görüşlerin Dağılımı

Görüşler		Olumlu				Olumsuz			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Menopozda adet dönemi ağrı ve sıkıntılardan kurtuluş yaşanır	Türk	68	63.0	40	37.0	12	23.1	40	76.9
	Alman	66	56.9	50	43.1	15	34.1	29	65.9
Menopozda kadın gebe kalmaktan kurtulmuştur	Türk	75	69.4	33	30.6	13	25.0	39	75.0
	Alman	44	37.9	72	62.1	17	38.6	27	61.4
Menopozda aile planlama yöntemi kullanmak zorunluluğu ortadan kalkar	Türk	53	49.1	55	50.9	16	30.8	36	69.2
	Alman	42	36.2	74	63.8	13	29.5	31	70.5
Menopozda doğurganlık kaybolur	Türk	41	38.0	67	62.0	37	71.2	15	28.8
	Alman	35	30.2	81	69.8	23	52.3	21	47.7
Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur	Türk	42	38.9	66	61.1	5	9.6	47	90.4
	Alman	36	31.0	80	69.0	21	47.7	23	52.3
Menopozda cinsel ilgide azalma yaşanır	Türk	21	19.4	87	80.6	35	67.3	17	32.7
	Alman	35	30.2	81	69.8	18	40.9	26	59.1
Menopozda cinsel ilişkide ağrı yaşanır	Türk	10	9.3	98	90.7	25	48.1	27	51.9
	Alman	21	18.1	95	8.9	11	25.0	33	75.0
Menopozda seksüel ilişki daha zevk vericidir	Türk	44	40.7	64	59.3	5	9.6	47	90.4
	Alman	58	50.0	58	50.0	5	11.4	39	88.6

Tablo 4.6’da kadınların menopozda cinsellikle ilgili görüşlere verdiklere cevaplar verilmiştir; menopozu olumsuz algılayan Türk kadınlarından %90.4’ü, Alman kadınların da %88.6’sı “Menopozda seksüel ilişki daha zevk vericidir” görüşüne hayır demiştir. Menopozu olumsuz algılayan Türk kadınlarından %9.6’sı “Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur” görüşünü onaylarken; olumsuz algılayan Alman kadınlardan %47.7’si onaylamıştır. “Menopozda cinsel ilişkide ağrı yaşanır” ifadesine menopozu olumlu algılayan Türk kadınlarından %90.7’si katılmamıştır; menopozu olumlu algılayan Alman kadınlardan %8.9’u katılmamıştır.

Tablo 4.7. Türk ve Alman Kadınların Menopozu Hastalık Olarak Algılayıp Algılamadıklarına İlişkin Görüşlerin Dağılımı

<i>Görüşler</i>		Olumlu				Olumsuz			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Menopozda tıbbi, korkutucu olmayan, geleneksel çareler vardır	Türk	48	44.4	60	55.6	9	17.3	43	82.7
	Alman	52	44.8	64	55.2	21	47.7	23	52.3
Menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar vardır	Türk	34	31.5	74	68.5	31	59.6	21	40.4
	Alman	28	24.1	88	75.9	13	29.5	31	70.5

Tablo 4.7’de Türk ve Alman kadınların menopozu hastalık olarak algılayıp algılamadıklarına ilişkin görüşleri verilmiştir.

Araştırmamıza katılan menopozu olumsuz olarak algılayan Türk kadınların %17.3’ü “Menopozda tıbbi, korkutucu olmayan, geleneksel çareler vardır” derken, olumsuz algılayan Alman kadınların % 47.7’si bu görüşe katılmaktadır. Menopozu olumlu olarak algılayan Türk ve Alman kadınların “Menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar vardır” görüşüne katılmamıştır.

Tablo 4.8. Türk ve Alman Kadınların Kadınlık Rolüne İlişkin Görüşlerin Dağılımı

Görüşler		Olumlu				Olumsuz			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Menopozda kadınlık kaybolmuştur	Türk	27	25.0	81	75.0	23	44.2	29	55.8
	Alman	38	32.8	78	67.2	18	40.9	26	59.1
Menopoz, bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır	Türk	26	24.1	82	75.9	34	65.4	18	34.6
	Alman	34	29.3	82	70.7	28	63.6	16	36.4
Menopoz ailesel problemleri artırır	Türk	12	11.1	96	88.9	25	48.1	27	51.9
	Alman	14	12.1	102	87.9	8	18.2	36	81.8

Tablo 4.8’de Türk ve Alman kadınların kadınlık rolüne ilişkin algılamasının dağılımı verilmiştir.

Araştırmamıza katılan Türk (%65.4) ve Alman (%63.6) kadınlar yüksek oranda menopozu bir kadın için hoş olmayan bir yaşantı olduğu görüşündedir ve bu görüşü olumsuz olarak algılamaktadırlar. Aynı zamanda; her iki kültürdeki kadınlar “Menopozda kadınlık kaybolmuştur” ve “Menopoz ailesel problemleri artırır.” görüşlerini de olumsuz olarak algılamaktadırlar.

Tablo 4.9. Türk ve Alman Menopozu Olumlu ve Olumsuz Algılayan Kadınların Görüşlerinin Arasındaki Farklılıkların Dağılımı

	Türk Kadınlar		Alman Kadınlar		Test sonucu X ² P
	Evet Sayı %	Hayır Sayı %	Evet Sayı %	Hayır Sayı %	
<u>Olumlu algılayan kadınlar</u>					
Menopozda sosyal gelişme vardır	60 55.6	48 44.4	35 30.2	81 69.8	4.754 0.000
Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır	45 41.7	63 58.3	25 21.6	91 78.4	10.533 0.001
Menopozda kadın gebe kalmaktan kurtulur	75 69.4	33 30.6	44 37.9	72 62.1	22.304 0.000
Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir	64 59.3	44 40.7	33 28.4	83 71.6	21.625 0.000
<u>Olumsuz algılayan kadınlar</u>					
Menopoz doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür	7 13.5	45 86.5	14 31.8	30 68.2	4.699 0.030
Menopozda sosyal gelişme vardır	0 0.0	52 100.0	10 22.7	34 77.3	13.192 0.000
Menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar vardır	31 59.6	21 40.4	13 29.5	31 70.5	8.680 0.003
Menopozda tıbbi, korkutucu olmayan, geleneksel çareler vardır	9 17.3	43 82.7	21 47.7	23 52.3	10.265 0.001
Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur	26 27.1	47 90.4	21 47.7	70 72.9	17.530 0.000
Menopozda hayat mutsuz hale gelir	33 63.5	19 36.5	12 27.3	32 72.7	12.534 0.000
Menopoz ailesel problemleri artırır	25 48.1	27 51.9	8 18.2	36 81.8	9.442 0.002
Vücutta değişiklikler olur	56 58.3	16 30.8	20 45.5	24 54.5	5.543 0.019
Menopozda cinsel ilgide azalma yaşanır	35 67.3	17 32.7	53 55.2	26 59.1	6.717 0.010
Menopozda cinsel ilişkide ağrı yaşanır	25 48.1	27 51.9	11 25.0	60 62.5	5.415 0.020

Tablo 4.9’da Türk ve Alman kadınları, olumlu ve olumsuz algılama durumundaki görüşlerine göre incelenmiştir.

Olumlu algılan Türk ve Alman kadınlarda, “Menopozda sosyal gelişme vardır” ve “Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir” görüşüne katılma bakımında aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.000$, $p=0.000$). Olumsuz algılayan Türk ve Alman kadınlarda ise; “Menopozda sosyal gelişme vardır”, “Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur” ve “Menopozda hayat mutsuz hale gelir” görüşlerinde anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.000$).

4.3. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)'nin İncelenmesi

Tablo 4.10. Türk ve Alman Kadınlarda MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı

		Min-Max	Ortanca	Ortalama	SS
Türk Kadınlar	Somatik	0.00-16.00	6.00	6.2125	3.23384
	Psikolojik	0.00-16.00	6.00	5.8750	3.29045
	Ürogenital	0.00-12.00	3.00	3.4812	2.48004
	Toplam	4.00-44.00	15.00	15.5687	7.28712
Alman Kadınlar	Somatik	0.00-16.00	4.50	5.1000	3.61896
	Psikolojik	0.00-16.00	3.00	4.3750	3.89606
	Ürogenital	0.00-7.00	2.00	2.6063	2.42652
	Toplam	0.00-36.00	11.00	12.0813	7.79612

Tablo 4.10'da Türk ve Alman kadınlarda MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir.

Türk kadınlarının toplam MSDÖ puan ortalaması 15.56 ± 7.28 , Alman kadınlarının ise 12.08 ± 7.79 olduğu saptanmıştır. Türk kadınların MSDÖ somatik alt ölçek puan ortalaması 6.21 ± 3.23 , psikolojik alt ölçek puan ortalaması 5.87 ± 3.29 , ürogenital alt ölçek ortalaması 3.48 ± 2.48 ; Alman kadınların ise, MSDÖ somatik alt ölçek puan ortalaması 5.10 ± 4.37 , psikolojik alt ölçek puan ortalaması 4.37 ± 3.89 , ürogenital alt ölçek ortalaması 2.60 ± 2.42 olarak saptanmıştır. Türk kadınların MSDÖ alt ölçekleri ve toplam puanı ortalaması, Alman kadınlardan fazladır. Türk ve Alman kadınlar arasında somatik ($p=0.001$), psikolojik ($p=0.000$), ürogenital ($p=0.001$) alt ölçek ve toplam ($p=0.000$) ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 4.11. Türk Kadınların Çalışma Durumu ve Aylık Gelirine Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160)

Türk Kadınlar Çalışma Durumu *	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		Ortan ca	Min-Max
		Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max		
Çalışıyor	13	5.00	2.00-7.00	4.00	1.00-12.00	4.00	0.00-8.00	11.00	5.00-23.00
Çalışmıyor	95	7.00	0.00-16.00	6.00	0.00-16.00	3.00	0.00-8.00	15.00	4.00-30.00
Emekli	52	5.00	0.00-16.00	6.00	0.00-16.00	3.50	0.00-12.00	15.00	4.00-44.00
		P=0.010		P=0.625		P=0.128		P=0.422	
		KW=9.126		KW=0.942		KW=4.118		KW=1.727	
Aylık Gelir (TL)*	N	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max
450-1000	28	8.00	2.00-12.00	5.00	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	13.50	6.00-25.00
1001 - 2000	70	5.00	0.00-16.00	5.00	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	15.00	4.00-27.00
2001 - 3000	52	6.00	0.00-10.00	4.50	0.00-10.00	4.00	0.00-9.00	13.50	4.00-27.00
		P=0.003		P=0.263		P=0.004		P=0.634	
		KW=11.949		KW=2.673		KW=11.206		KW=0.913	

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.11’de Türk kadınların çalışma durumu ve aylık gelirine göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir.

Türk kadınların çalışma durumu ile MSDÖ somatik alt ölçek puanı arasında fark vardır ($p=0.010$). İki grubun karşılaştırılması analizi yapıldığında; çalışmak ve çalışmamak durumunda Türk kadınların MSDÖ somatik alt ölçek puanı ile anlamlı farklılık ($p=0.016$); Alman kadınların ise MSDÖ toplam puanında fark saptanmıştır ($p=0.038$). Aynı zamanda, çalışmamış olmak ve emekli olmak durumunda da Türk kadınların MSDÖ somatik alt ölçek puanı ile arasında fark vardır ($p=0.027$), fakat Alman kadınlarda MSDÖ ürogenital alt ölçek puanında ($p=0.003$) farklılık saptanmıştır.

Araştırmada Türk kadınlarının aylık geliri ile MSDÖ toplam puanı arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p=0.634$). Ancak Türk kadınlarının aylık gelir durumu ile MSDÖ somatik ve ürogenital alt ölçek puanı arasında fark bulunmuştur. Bu fark 450 – 1000TL ve 1001 – 2000TL aylık geliri olan Türk kadınların MSDÖ somatik ve ürogenital alt ölçek puanında farklılık bulunmuştur ($p=0.001$, $p=0.016$). Benzer şekilde 450 – 1000TL ve 2001 – 3000TL aylık geliri olan Türk kadınların MSDÖ somatik ve ürogenital alt ölçek puanında farklılık bulunmuştur ($p=0.002$, $p=0.001$).

Tablo 4.12. Türk ve Alman Kadınların Eşle Birlikte Olma Süresine göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=148, N=133)

Eşle Birlikte Olma Süresi*	Türk Kadınlar	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
			SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROJENİTAL		Ortanca	Min-Max
			Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max		
20 yıl ve altı	9	4.00	3.00-9.00	3.00	0.00-12.00	2.00	0.00-4.00	9.00	6.00-18.00	
21 – 30 Yıl	83	6.00	2.00-16.00	6.00	0.00-16.00	4.00	0.00-12.00	14.00	4.00-44.00	
31 - 40 Yıl	46	4.50	0.00-15.00	5.00	0.00-11.00	4.00	0.00-7.00	14.50	4.00-27.00	
41 - 53 Yıl	10	7.50	3.00-16.00	7.00	1.00-16.00	0.50	0.00-7.00	21.00	4.00-27.00	
			P=0.048		P=0.015		P=0.007		P=0.039	
			KW=7.897		KW=10.436		KW=12.250		KW=8.367	
Alman Kadınlar										
20 yıl ve altı	20	3.00	0.00-9.00	5.00	0.00-12.00	2.00	0.00-6.00	12.50	0.00-18.00	
21 – 30 Yıl	37	5.00	1.00-16.00	4.00	0.00-16.00	3.00	0.00-7.00	12.00	2.00-30.00	
31 - 40 Yıl	30	4.00	0.00-11.00	1.00	0.00-11.00	1.50	0.00-7.00	8.00	1.00-27.00	
41 - 53 Yıl	46	4.00	0.00-16.00	2.50	1.00-16.00	2.50	0.00-7.00	8.00	1.00-27.00	
			P=0.018		P=0.040		P=0.715		P=0.211	
			KW=10.122		KW=8.297		KW=1.358		KW=4.510	

* Kruskal Wallis Testi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Tablo 4.12’de belirtildiği gibi; Türk kadınlarda eşle birlikte olma süresi ile MSDÖ somatik, psikolojik, ürogenital alt ölçek puanı ve toplam puanı ile arasında farklılık vardır ($p=0.048$, $p=0.015$, $p=0.007$, $p=0.039$). Alman kadınlarda MSDÖ toplam puanı ile arasında farklılık saptanamamıştır ($p=0.211$), fakat MSDÖ somatik ve psikolojik alt ölçek puanı arasında fark saptanmıştır ($p=0.018$, $p=0.040$).

İki grup arasında istatistiksel analiz sonucunda; eş ile birliktelik süresi 20 yıl ve altı ve 21 – 30 yıl olan Türk kadınların MSDÖ ürogenital, psikolojik alt ölçek puanı ve toplam puanı ile arasında farklılık vardır ($p=0.014$, $p=0.017$, $p=0.023$). Aynı yaş grupları arasında Alman kadınların ise MSDÖ somatik alt ölçek puanı arasında fark bulunmuştur ($p=0.003$). 20 yıl ve altı ve 31 – 40 yıl ile gruplanmış eşle birliktelik süresi olan Türk ve Alman kadınların MSDÖ ürogenital alt ölçek puanı ile anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.001$, $p=0.032$).

Tablo 4.13. Alman Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumuna ve Türk ve Alman Kadınlarda Çocuk Sayısına Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160, N=160, N=130)

		<i>MSDÖ ALT GRUP PUANLARI</i>						<i>MSDÖ TOPLAM PUAN</i>	
Alman Kadınlar Çocuk Sahibi Olma Durumu*		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL			
	N	Orta nca	Min-Max	Ortanc a	Min-Max	Ortanc a	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Evet	133	5.00	0.00-16.00	3.00	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	11.00	0.00-30.00
Hayır	27	4.00	0.00-16.00	5.00	0.00-16.00	1.00	0.00-7.00	12.00	0.00-36.00
		P=0.996		P=0.035		P=0.709		P=0.268	
		MWU=1794.50		MWU=1337.50		MWU=1715.00		MWU=1552.50	
Türk Kadınlar Çocuk Sayısı*		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanc a	Min-Max	Ortanca	Min-Max
1	26	6.50	3.00-15.00	6.00	2.00-12.00	3.00	0.00-8.00	13.00	9.00-27.00
2	70	6.00	0.00-16.00	6.00	0.00-16.00	4.00	0.00-8.00	16.00	4.00-30.00
3	51	5.00	0.00-16.00	9.00	0.00-16.00	3.00	0.00-12.00	11.00	4.00-44.00
4 ve üzeri	13	7.00	5.00-12.00	5.00	0.00-11.00	6.00	0.00-8.00	21.00	6.00-27.00
		P=0.073		P=0.006		P=0.288		P=0.016	
		KW=6.969		KW=12.293		KW=3.769		KW=10.320	
Alman Kadınlar Çocuk Sayısı**		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
1	20	4.00	0.00-8.00	3.00	0.00-9.00	1.00	0.00-4.00	11.00	0.00-17.00
2	67	5.00	0.00-16.00	3.00	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	12.00	0.00-30.00
3	39	4.00	1.00-16.00	3.00	0.00-11.00	3.00	0.00-7.00	11.00	2.00-27.00
4 ve üzeri	4	7.00	5.00-12.00	9.50	7.00-11.00	3.50	2.00-8.00	21.00	17.00-24.00
		P=0.164		P=0.055		P=0.044		P=0.057	
		KW=5.116		KW=7.588		KW=8.115		KW=7.527	

* Mann Whitney U Testi

** Kruskall Wallis

Tablo 4.13'te Alman kadınların çocuğunun olma durumu ile MSDÖ toplam puanında farklılık saptandığı belirtilmiştir ($p=0.268$), fakat MSDÖ psikolojik alt ölçek puanında fark vardır ($p=0.035$). Türk kadınların çocuk sayısı MSDÖ psikolojik alt ölçek puanı ve toplam puanında farklılık vardır ($p=0.006$, $p=0.016$). Alman kadınların ise; MSDÖ Ürogenital alt ölçek puanında fark vardır ($p=0.044$). Çocuk sayısı 1 ve 4 ve üzerinde olan gruptaki Türk kadınların MSDÖ psikolojik alt ölçek puanı ve toplam puanında farklılık bulunmuştur ($p=0.022$, $p=0.012$), diğer taraftan aynı grupta çocuk sahibi olan Alman kadınların MSDÖ ürogenital alt ölçek puanında fark vardır ($p=0.023$).

Tablo 4.14. Alman Kadınların Sürekli İlaç Kullanma ve Kronik Hastalık Öyküsüne Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160)

Alman Kadınlar	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		Ortan ca	Min-Max
Sürekli İlaç Kullanma*		Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max
Evet	79	5.00	0.00-16.00	4.00	0.00-16.00	3.00	0.00-7.00	11.00	2.00-36.00
Hayır	81	4.00	0.00-12.00	3.00	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	11.00	0.00-27.00
		P=0.000		P=0.221		P=0.009		P=0.004	
		MWU=2183.50		MWU=2844.50		MWU=2445.00		MWU=2350.00	
Alman Kadınlar	N	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		Ortan ca	Min-Max
Kronik Hastalık Öyküsü*		Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max
Evet	63	6.00	0.00-16.00	5.00	0.00-16.00	4.00	0.00-7.00	16.00	0.00-36.00
Hayır	97	4.00	0.00-16.00	3.00	0.00-16.00	1.00	0.00-7.00	11.00	0.00-27.00
		P=0.001		P=0.012		P=0.000		P=0.000	
		MWU=2071.00		MWU=2344.00		MWU=1718.00		MWU=1823.50	

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.14'te Alman kadınların sürekli ilaç kullanma durumuna göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı verilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; Alman kadınların kronik hastalık öyküsü olma durumu ile MSDÖ somatik alt grup ölçek puanı, psikolojik alt grup ölçek puanı, ürogenital alt grup ölçek puanı ve toplam puanı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.012$, $p=0.000$, $p=0.000$). Kronik hastalığı olma durumu Alman kadınların MSD ölçeğinden aldıkları puanda artmaya sebep olmuştur. Türk kadınlarda ise istatistiksel fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan, Alman kadınların sürekli ilaç kullanması ile MSDÖ somatik, ürogenital alt ölçek puanı ve toplam puanında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.000, p=0.009, p=0.004). Sürekli ilaç kullanan Alman kadınların MSDÖ somatik, psikolojik ve ürogenital alt ölçek puanı kullanmayanlara göre yüksektir.

Tablo 4.15. Türk ve Alman Kadınların Sigara İçme Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160, N=160)

Sigara İçme*	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		Ortan ca	Min-Max
Türk Kadınlar		Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max
Evet	53	5.00	0.00-15.00	6.00	0.00-11.00	4.00	0.00-9.00	15.00	4.00-27.00
Hayır	107	6.00	0.00-16.00	6.00	0.00-16.00	3.00	0.00-12.00	14.00	4.00-44.00
		P=0.010		P=0.781		P=0.043		P=0.544	
		MWU=2133.00		MWU=2759.00		MWU=2282.50		MWU=2668.50	
Alman Kadınlar		Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max
Evet	33	4.00	0.00-9.00	5.00	0.00-10.00	2.00	0.00-7.00	11.00	0.00-26.00
Hayır	127	5.00	0.00-16.00	3.00	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	11.00	0.00-36.00
		P=0.008		P=0.587		P=0.599		P=0.110	
		MWU=1474.00		MWU=1968.00		MWU=1973.00		MWU=1717.00	

* Mann Whitney U

Tablo 4.15'te Türk ve Alman kadınların sigara içme durumuna göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; Türk ve Alman kadınlarda sigara içme durumu ile MSDÖ toplam puanında anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla; p=0.544, p=0.110). Türk kadınların MSDÖ somatik ve ürogenital alt ölçek puanında farklılık bulunurken (sırasıyla; p=0.010, p=0.043), Alman kadınların sadece MSDÖ somatik alt ölçek puanında farklılık saptanmıştır (p=0.008). Sigara içmeyen Türk ve Alman kadınların MSDÖ somatik alt ölçek puanı, içenlere göre yüksektir.

Tablo 4.16. Türk Kadınların Alkol Kullanma ve Günde İçilen Sigara Sayısına Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=53)

Türk Kadınlar Alkol kullanma*	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROJENİTAL		Ortanca	Min-Max
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max		
Evet	21	4.00	2.00-7.00	4.00	2.00-9.00	2.00	0.00-9.00	9.00	7.00-13.00
Hayır	139	7.00	0.00-16.00	6.00	0.00-16.00	3.00	0.00-12.00	15.00	4.00-44.00
		P=0.000		P=0.077		P=0.963		P=0.014	
		MWU=732.00		MWU=1111.00		MWU=1450.50		MWU=976.00	
Günde içilen Sigara Sayısı**	N	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
5 ve altı	8	7.00	1.00-8.00	6.00	3.00-9.00	6.00	1.00-8.00	18.00	8.00-23.00
10	23	6.00	2.00-15.00	8.00	1.00-11.00	6.00	1.00-9.00	18.00	5.00-27.00
15	12	3.00	2.00-7.00	4.00	3.00-6.00	4.00	2.00-6.00	10.00	8.00-19.00
20 ve üzeri	10	3.00	0.00-9.00	4.00	0.00-8.00	2.00	0.00-6.00	9.00	4.00-20.00
		P=0.005		P=0.001		P=0.017		P=0.006	
		KW=12.661		KW=15.701		KW=10.200		KW=12.418	

* Mann Whitney U Testi

** Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.16'da Türk kadınların alkol kullanma ve günde içilen sigara sayısına göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı verilmiştir. Alkol kullanma durumunda; Türk kadınların MSDÖ somatik alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılık saptanmıştır (sırasıyla; p=0.000, p=0.014). Alkol kullanmayan Türk kadınların tüm MSDÖ alt ölçek puanları ve MSDÖ toplam puanı içenlere göre yüksektir.

Sigara içen Türk kadınların istatistiksel analizinde; günde içilen sigara sayısı ile tüm MSDÖ alt ölçek puanları ve MSDÖ toplam puanı arasında fark vardır (sırasıyla; p=0.005, p=0.001, p=0.017, p=0.006). 10 adet ve 20 adet ve üzeri sayıda sigara içen kadınların MSDÖ somatik alt ölçek puanı, MSDÖ psikolojik alt ölçek puanı, MSDÖ ürogenital alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılık saptanmıştır (sırasıyla; p=0.031, p=0.007, p=0.007, p=0.009). 15 adet ve 20 adet ve üzeri sayıda sigara içen kadınların ise sadece MSDÖ ürogenital alt ölçek puanında farklılık saptanmıştır (p=0.030). 20 ve üzeri sayıda sigara içen kadınların tüm MSDÖ alt ölçek puanları ve MSDÖ toplam puanı daha az sayıda sigara içenlere göre düşüktür.

Tablo 4.17. Türk ve Alman Kadınların Menopoza Girme Yaşına Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160, N=160)

Menopoz a Girme Yaşı*	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		Ortan ca	Min-Max
Türk Kadınlar		Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max
40 Yaş ve Altı	13	7.00	2.00-10.00	9.00	3.00-16.00	2.00	0.00-8.00	17.00	8.00-25.00
41-45 Yaş	52	8.00	0.00-16.00	8.00	0.00-16.00	5.00	0.00-12.00	21.50	4.00-44.00
46-50 Yaş	79	5.00	1.00-16.00	4.00	0.00-12.00	3.00	0.00-9.00	12.00	4.00-30.00
51 Yaş ve Üzeri	16	6.00	0.00-00	7.00	0.00-11.00	2.50	0.00-4.00	14.00	4.00-25.00
		P=0.001 KW=16.278		P=0.000 KW=27.451		P=0.009 KW=11.672		P=0.000 KW=22.121	
Alman Kadınlar		Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max
40 yaş ve Altı	18	6.00	4.00-16.00	3.00	0.00-16.00	2.50	0.00-8.00	12.00	3.00-34.00
41-45 Yaş	36	6.00	2.00-16.00	2.50	0.00-14.00	2.50	0.00-12.00	12.00	3.00-34.00
46-50 Yaş	75	4.00	0.00-16.00	4.00	0.00-12.00	2.00	0.00-9.00	12.00	0.00-30.00
51 Yaş ve Üzeri	31	5.00	0.00-12.00	3.00	0.00-12.00	2.00	0.00-4.00	11.00	0.00-27.00
		P=0.000 KW=17.876		P=0.909 KW=0.542		P=0.076 KW=6.883		P=0.429 KW=2.769	

* Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.17'de Türk ve Alman kadınların menopoza girme yaşına göre msdö alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir. Türk kadınların menopoza girme yaşı ile tüm MSDÖ alt ölçek puanları ve toplam puanında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (sırasıyla; p=0.001, p=0.000, p=0.009, p=0.000). Alman kadınların ise; sadece MSDÖ somatik alt ölçek puanında anlamlı fark vardır (p=0.000). Yapılan iki grup arasındaki analizler sonucunda; menopoza 41-45 ve 46-50 yaşlarında giren Türk kadınların MSDÖ somatik, psikolojik, ürogenital alt ölçek puanı ve toplam puanında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (sırasıyla; p=0.000, p=0.002, p=0.000, p=0.000). Aynı yaş grubundaki Alman kadınların ise sadece MSDÖ somatik alt ölçek puanında farklılık tespit edilmiştir (p=0.000).

Tablo 4.18. Türk ve Alman Kadınların Menopoza Girme Süresine Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160, N=103)

Menopoza Girme Süresi*	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN		
	SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROJENİTAL				
	N	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Türk Kadınlar									
1-4 yıl	78	5.00	0.00-16.00	4.00	0.00-12.00	4.00	0.00-8.00	11.50	4.00-30.00
5-8 yıl	63	7.00	0.00-16.00	7.00	0.00-16.00	4.00	0.00-8.00	19.00	4.00-27.00
9-13 yıl	19	6.00	0.00-16.00	7.00	2.00-16.00	3.00	0.00-12.00	18.00	5.00-44.00
		P=0.015 KW=8.344		P=0.001 KW=13.078		P=0.012 KW=8.897		P=0.001 KW=14.373	
Alman Kadınlar									
1-4 yıl	76	3.00	0.00-16.00	3.00	0.00-14.00	1.50	0.00-7.00	8.50	0.00-34.00
5-8 yıl	52	7.00	1.00-16.00	6.00	0.00-16.00	4.00	0.00-7.00	16.00	36.00-32.00
9-13 yıl	5	8.00	7.00-9.00	5.00	5.00-8.00	6.00	2.00-7.00	19.00	18.00-22.00
		P=0.000 KW=30.534		P=0.001 KW=13.647		P=0.000 KW=17.311		P=0.000 KW=31.119	

* Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.18'de Türk ve Alman kadınların menopoza girme süresine göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı verilmiştir. Türk kadınlarda menopoza girme süresi ile tüm MSDÖ alt ölçek puanları arasında fark vardır (sırasıyla; $p=0.015$, $p=0.001$, $p=0.012$, $p=0.001$); benzer şekilde, Alman kadınlarda da menopoza girme süresi ile tüm MSDÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı fark vardır (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.001$, $p=0.000$, $p=0.000$). Menopoza girme süresi 1-4 yıl ile 5-8 yıl olan Türk kadınları karşılaştırdığımızda MSDÖ somatik, psikolojik, ürogenital alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılıklar bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.006$, $p=0.001$, $p=0.005$, $p=0.001$). Benzer şekilde Alman kadınların da bu süre aralıklarında menopozda olması MSDÖ somatik, psikolojik, ürogenital alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında anlamlı farklılıklar yaratmıştır (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.001$, $p=0.000$, $p=0.000$).

Tablo 4.19. Türk Kadınların Menopoz Tipine ve Alman Kadınlarda Menopoz Tedavisi Alma Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160, N=160)

Türk Kadınlar		MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROJENİTAL		Ortanca	Min-Max
Menopoz Tipi*	N	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max		
Doğal	147	6.00	0.00-16.00	6.00	0.00-16.00	3.00	0.00-12.00	14.00	4.00-44.00
Cerrahi	13	8.00	0.00-10.00	9.00	3.00-16.00	5.00	0.00-7.00	24.00	5.00-27.00
		P=0.277		P=0.008		P=0.521		P=0.050	
		MWU=782.50		MWU=534.00		MWU=853.50		MWU=641.50	
Alman Kadınlar									
Menopoz Tedavisi Alma*	N	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Evet	50	4.00	0.00-16.00	4.00	0.00-16.00	3.00	0.00-7.00	12.00	0.00-30.00
Hayır	110	5.00	0.00-16.00	3.00	0.00-16.00	3.00	0.00-7.00	11.00	0.00-36.00
		P=0.533		P=0.158		P=0.003		P=0.169	
		MWU=2581.50		MWU=2370.00		MWU=1959.50		MWU=2377.00	

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.19’da Türk kadınların menopoz tipine ve Alman kadınlarda menopoz tedavisi alma durumuna göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir. Türk kadınlarda menopoza girme şekli ile MSDÖ psikolojik alt ölçek puanı ve toplam puanında farklılık saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.008$, $p=0.050$). Tabloda belirtildiği gibi, cerrahi menopoza giren kadınların tüm MSDÖ alt ölçek ortanca puanları ve MSDÖ toplam ortanca puanı yüksektir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; Alman kadınların menopoz tedavisi alma durumu ile MSDÖ toplam puanında farklılık saptanmamıştır ($p=0.169$) fakat MSDÖ ürogenital alt ölçek puanında fark vardır ($p=0.003$).

Tablo 4.20. Alman Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Alma ve Hemşireden Bilgi Alma Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160, N=127)

Alman Kadınlar Menopoza ilişkin bilgi alma*	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		Ortanc a	Min-Max
		Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max		
Evet	113	5.00	1.00-16.00	4.00	0.00-16.00	3.00	0.00-7.00	12.00	2.00-34.00
Hayır	47	3.00	0.00-16.00	2.00	0.00-16.00	0.00	0.00-7.00	7.00	0.00-36.00
		P=0.099		P=0.004		P=0.000		P=0.002	
		MWU=2217.00		MWU=1895.00		MWU=1527.50		MWU=1849.00	
Hemşireden bilgi alma*	N	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortanc a	Min-Max
Evet	31	7.00	0.00-12.00	6.00	0.00-12.00	6.00	0.00-7.00	16.00	0.00-27.00
Hayır	96	4.00	0.00-16.00	3.00	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	11.00	0.00-34.00
		P=0.032		P=0.013		P=0.000		P=0.000	
		MWU=1108.00		MWU=1050.50		MWU=765.50		MWU=846.00	

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.20’de Alman kadınların menopoza ilişkin bilgi alma ve hemşireden bilgi alma durumuna göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı verilmiştir. Alman kadınlarda menopoz dönemine ilişkin bilgi alma ile MSDÖ psikolojik, ürogenital alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılıklar saptanmıştır (sırasıyla; p=0.004, p=0.000, p=0.002). Alman kadınların hemşireden bilgi alma durumuna ile tüm MSDÖ alt ölçek puanları ile toplam puanı arasında fark vardır (sırasıyla; p=0.032, p=0.013, p=0.000, p=0.000).

Tablo 4.21. Türk ve Alman Kadınların Menopoza İlişkin Alternatif Tedaviye Başvurma Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160, N=160)

Alternatif tedaviye başvurma *	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		Ortanca	Min-Max
Türk Kadınlar		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Evet	35	4.00	2.00-16.00	3.00	0.00-16.00	2.00	0.00-16.00	10.00	5.00-44.00
Hayır	125	7.00	0.00-16.00	6.00	0.00-16.00	3.00	0.00-8.00	16.00	4.00-36.00
		P=0.021		P=0.001		P=0.156		P=0.003	
		MWU=1629.50		MWU=1403.50		MWU=1846.50		MWU=1477.00	
Alman Kadınlar		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Evet	42	3.50	0.00-11.00	3.00	0.00-12.00	3.00	0.00-7.00	12.00	2.00-25.00
Hayır	118	5.00	0.00-16.00	4.00	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	11.00	0.00-36.00
		P=0.165		P=0.422		P=0.003		P=0.963	
		MWU=2122.00		MWU=2273.00		MWU=1713.00		MWU=2466.00	

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.21'de Türk ve Alman Kadınların menopoza ilişkin alternatif tedaviye başvurma durumuna göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı verilmiştir. Menopozal şikayetleri gidermede alternatif tedaviye başvurma durumu Türk kadınlarda MSDÖ somatik, psikolojik alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılık oluştururken (sırasıyla; $p=0.021$, $p=0.001$, $p=0.003$), Alman kadınlarda MSDÖ ürogenital alt ölçek puanında farklılık oluşturmuştur ($p=0.003$). Türk kadınlarında oluşan farklılık menopoz döneminde alternatif tedaviye başvurmeyen kadınların MSD ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Alman kadınlarda ürogenital alt ölçek ortanca puanının kullanmayanlarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.22. Türk ve Alman Kadınların Evlilik Hayatından Memnuniyet Durumuna Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=148, N=143)

Evlilik Hayatından Memnuniyet *	MSD ALT GRUP PUANLARI							MSD TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL			
Türk Kadınlar	N	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Çok memnunum	45	5.00	2.00-16.00	4.00	0.00-16.00	2.00	0.00-9.00	12.00	4.00-30.00
Memnunum	85	6.00	0.00-15.00	7.00	0.00-11.00	4.00	0.00-8.00	17.00	4.00-27.00
Memnun değilim	13	7.00	3.00-8.00	6.00	1.00-9.00	6.00	3.00-6.00	19.00	7.00-23.00
Hiç memnun değilim	5	8.00	8.00-16.00	7.00	7.00-11.00	7.00	0.00-7.00	22.00	22.00-27.00
		P=0.007 KW=12.074		P=0.000 KW=22.525		P=0.000 KW=21.961		P=0.000 KW=22.066	
Alman Kadınlar	N	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Çok memnunum	78	4.00	0.00-16.00	2.00	0.00-16.00	1.00	0.00-7.00	9.00	0.00-30.00
Memnunum	52	5.00	0.00-16.00	5.50	0.00-16.00	2.00	0.00-7.00	14.00	0.00-36.00
Memnun değilim	5	4.00	3.00-8.00	7.00	5.00-16.00	3.00	3.00-7.00	17.00	11.00-27.00
Hiç memnun değilim	8	8.00	5.00-16.00	7.00	0.00-11.00	3.50	0.00-7.00	22.00	5.00-27.00
		P=0.004 KW=13.228		P=0.000 KW=18.031		P=0.153 KW=5.274		P=0.001 KW=16.375	

* Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.22’de Türk ve Alman kadınların evlilik hayatından memnuniyet durumuna göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir.

Türk kadınlarda evlilik hayatından memnuniyet durumu ile tüm MSDÖ alt ölçek puanlarında ve toplam puanda fark vardır (sırasıyla; $p=0.007$, $p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.000$), Alman kadınlarda ise MSDÖ somatik, psikolojik alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında fark vardır (sırasıyla; $p=0.004$, $p=0.000$, $p=0.001$). Türk kadınlarda; evlilik hayatından çok memnun ve memnun olma durumu MSDÖ somatik, psikolojik, ürogenital alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılık oluşturmuştur (sırasıyla; $p=0.023$, $p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.000$), Alman kadınlarda ise MSDÖ psikolojik alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılık oluşturmuştur (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.003$). Türk kadınlarda evlilik hayatından memnun olma ve hiç memnun olmama durumu ile MSDÖ

somatik alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılık vardır ($p=0.016$, $p=0.039$), Alman kadınlarda da MSDÖ somatik alt ölçek puanı açısından farklılık tespit edilmiştir ($p=0.024$).

Tablo 4.23. Türk ve Alman Kadınların Menopozu Algılama Göre MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=160, N=160)

Menopoz algısı*	N	MSDÖ ALT GRUP PUANLARI						MSDÖ TOPLAM PUAN	
		SOMATİK		PSİKOLOJİK		ÜROGENİTAL		Ortan ca	Min-Max
Türk Kadınlar									
Olumlu	108	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max	Ortan ca	Min-Max
		5.00	0.00-15.00	4.00	0.00-12.00	3.00	0.00-9.00	11.00	4.00-27.00
Olumsuz	52	8.00	3.00-16.00	9.00	3.00-16.00	5.00	0.00-12.00	23.00	6.00-44.00
		P=0.000		P=0.000		P=0.000		P=0.000	
		MWU=1121.00		MWU=899.50		MWU=1764.00		MWU=884.50	
Alman Kadınlar									
Olumlu	116	4.00	0.00-12.00	2.00	0.00-12.00	2.00	0.00-7.00	11.50	0.00-26.00
Olumsuz	44	8.00	2.00-16.00	7.00	2.00-16.00	4.00	0.00-7.00	17.00	4.00-36.00
		P=0.000		P=0.000		P=0.185		P=0.000	
		MWU=1173.50		MWU=1197.50		MWU=2211.00		MWU=1145.00	

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.23'te Türk ve Alman kadınların menopozu algılama göre MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının dağılımı verilmiştir. Türk ve Alman kadınlarda menopoz algılamasının MSDÖ ve alt grup puanları açısından; Türk kadınlarda MSDÖ somatik, psikolojik, ürogenital alt ölçek puanı ve toplam puanında anlamlı fark vardır (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.000$), Alman kadınlarda da MSDÖ somatik, psikolojik alt ölçek puanı ve toplam puanında anlamlı fark vardır (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.000$, $p=0.000$) fakat ürogenital alt ölçek puanı açısından fark yoktur ($p=0.185$).

Tablo 4.24. Menopozu Olumlu ve Olumsuz Algılayan Türk ve Alman Kadınların Yaşlarına İlişkin Veriler

	Olumlu Algılayan	N	Min-Max	Ortanca	Ortalama	SS
Y	Türk	108	42-55	70	56.01	7.09
A	Kadınlar					
Ş	Alman	116	45-63	75	61.71	7.67
	Kadınlar					
	Olumsuz algılayan					
Y	Türk	52	39-68	54	55.54	7.86
A	Kadınlar					
Ş	Alman	44	39-72	65	62.18	8.39
	Kadınlar					

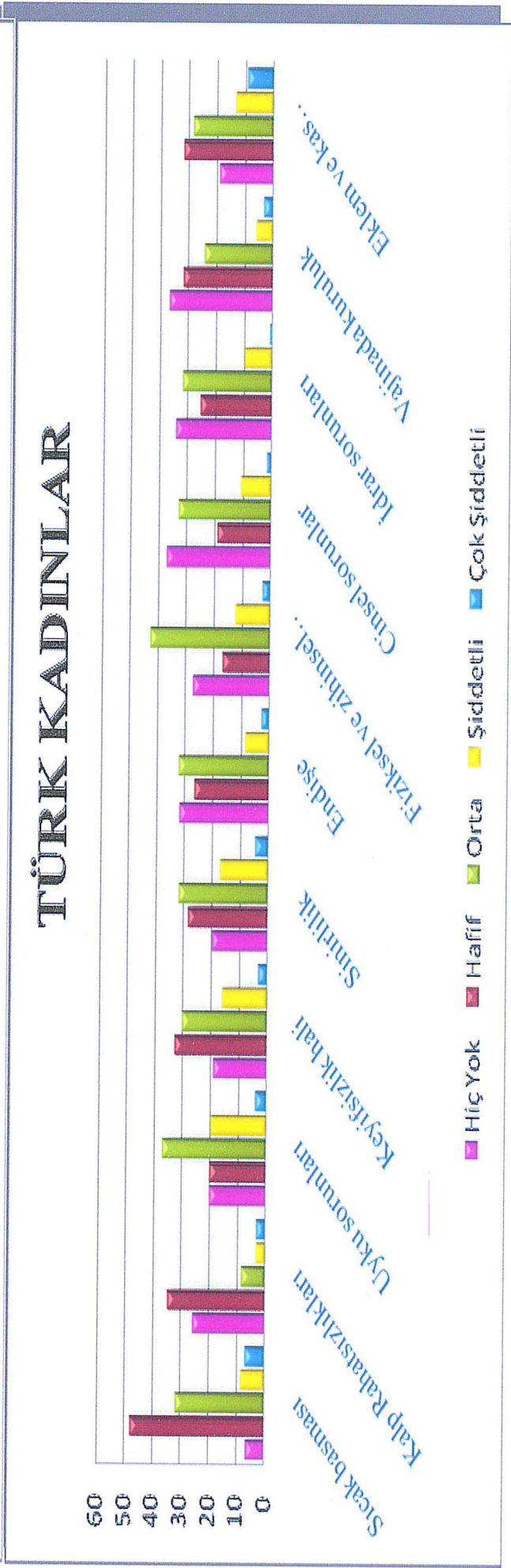
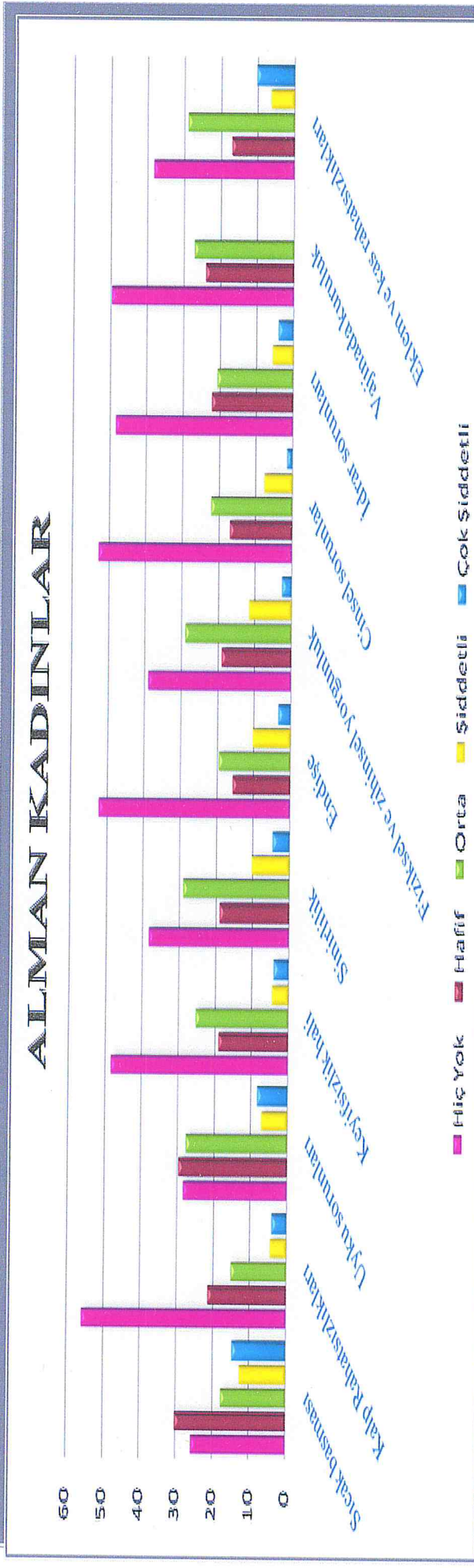
Tablo 4.24'te menopozu olumlu ve olumsuz algılayan Türk ve Alman kadınların yaşlarına ilişkin veriler incelenmiştir. Menopozu olumlu algılayan kadınlarda Alman kadınların yaşı daha fazladır. Türk ve Alman kadınlarda olumlu veya olumsuz algılama açısından yaş bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.929$).

Tablo 4.25. Türk ve Alman Kadınlarda MSDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Puanları İle Bazı Değişkenler Arasındaki İlişkinin Dağılımları

			MSDÖ ALT GRUP PUANLARI			MSDÖ TOPLAM PUAN
			SOMATİK	PSİKOLOJİK	ÜROGENİTAL	
Yaş	Türk kadınlar	r	0.082	0.152	0.158	0.155
		p	0.302	0.055	0.047	0.050
	Alman kadınlar	r	0.284	0.044	0.166	0.221
		p	0.000	0.581	0.030	0.005
Menopoz Yaşı	Türk kadınlar	r	-0.194	-0.336	-0.153	-0.273
		p	0.014	0.000	0.053	0.000
	Alman kadınlar	r	-0.170	0.064	-0.079	-0.068
		p	0.032	0.423	0.323	0.396
Günde İçilen Sigara Sayısı	Türk kadınlar	r	-0.414	-0.435	-0.427	-0.443
		p	0.002	0.001	0.001	0.001
	Alman kadınlar	r	-0.325	-0.017	-0.054	-0.173
		p	0.080	0.931	0.776	0.360

Tablo 4.25'te Türk ve Alman kadınlarda MSDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanları ile bazı değişkenler arasındaki ilişkinin dağılımları incelenmiştir. Araştırmamıza katılan Türk kadınlarda yaş ile MSDÖ ürogenital alt ölçek puanı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p=0.047$; $r=0.158$), Türk kadınların yaşı arttıkça ürogenital semptomlar artmaktadır. Alman kadınlarda ise MSDÖ ($p=0.000$, $r=0.284$), ($p=0.030$, $r=0.166$) ve MSDÖ (0.005 , $r=0.221$) ölçek puanları arasında pozitif anlamda ilişki saptanmıştır, Alman kadınların yaşı arttıkça; somatik, ürogenital ve toplam olarak yaşanan semptomlarda artış saptanmıştır. Türk kadınlarda menopoza girme yaşı ile MSDÖ somatik ($p=0.014$, $r=-0.194$), psikolojik ($p=0.000$, $r=-0.336$) alt ölçek ve MSDÖ toplam ($p=0.000$, $r=-0.273$) ölçek puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır, Türk kadınların menopoza girme yaşı azaldıkça yaşanan somatik, psikolojik ve toplam olarak semptomlarda artış saptanmıştır. Alman kadınlarda ise sadece MSDÖ somatik ($p=0.032$, $r=-0.170$) alt ölçek puanı ile negatif yönde ilişki saptanmıştır, Alman kadınların menopoza girme yaşı azaldıkça yaşadıkları somatik semptomlarda artış olduğu saptanmıştır. Günde içilen sigara sayısı ile Türk kadınların MSDÖ tüm alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.002$, $r=-0.414$; $p=0.001$, $r=-0.435$; $p=0.001$, $r=-0.427$; $p=0.001$, $r=-0.443$). Alman kadınlarda ise bir günde içilen sigara sayısı ile MSDÖ arasında ilişki saptanamamıştır. Türk kadınların sigara içme sayısı azaldıkça yaşanan menopozal semptomlarda artış olduğu saptanmıştır.

4.6. Türk ve Alman Kadınların Menopozal Semptomları Yaşama Şiddetine Göre Dağılımı



Şekil 4.1'de Türk ve Alman kadınların yaşadıkları menopozal semptomları şiddetlerine göre değerlendirilmiştir; Türk kadınların %47.5'i, Alman kadınların %30.0'ı sıcak basmasını hafif şiddette yaşadıkları saptanmıştır. Türk kadınların %34.4'ü kalp rahatsızlıklarını hafif şiddette yaşadıklarını belirtirken, Alman kadınların %55.6'sı hiç yaşamadıklarını belirtmiştir. Türk kadınların %36.9'sı uyku rahatsızlıklarını orta şiddette yaşarken, Alman kadınların %29.4'ü hafif şiddette olarak belirtmiştir. Türk kadınların %32.5'i menopozda keyifsizlik halini orta şiddette yaşarken, Alman kadınların %48.1'i hiç yaşamadığını belirtmiştir. Türk kadınların %31.3'ü menopozal dönemde orta şiddetli sinirlilik yaşarken, Alman kadınların %38.1'i hiç yaşamadığını, %28.8'i orta şiddetli yaşadıklarını belirtmişlerdir. Türk kadınların %31.3'ü menopozal dönemde endişelenme durumunu hiç yaşamadığını fakat %31.9'u orta şiddette yaşadığını belirtmiştir. Alman kadınların %51.9'u menopozal dönemde endişelenme durumunu hiç yaşamamıştır. Menopozal dönemde fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşama oranlarına baktığımızda; Türk kadınların %42.5'i orta şiddette, Alman kadınların %38.8'i hiç yaşamadığını, %28.8'i ise orta şiddette yaşadığını belirtmiştir.

Türk kadınların %36.9'u menopoz döneminde cinsel sorunlar yaşamamaktadır fakat %32.5'i orta şiddette cinsel sorunlar yaşamaktadır. Alman kadınlarda cinsel sorun yaşamama oranı %52.5'tir. Türk kadınların %33.8'i hiç idrar sorunu yaşamadığını, %31.3'ü ise orta şiddette yaşadığını belirtmiştir. Alman kadınların ise %48.1'i idrar sorunlarını hiç yaşamazken, %21.9'u hafif düzeyde yaşamaktadır. Türk kadınların %31.3'ü hafif düzeyde, %23.8'i orta şiddette vajinada kuruluk yaşadığını belirtirken, %36.3'ü hiç yaşamadığını belirtmiştir. Alman kadınların %26.9'u orta şiddette vajinal kuruluk yaşarken %49.4'ü hiç yaşamamaktadır ayrıca hiçbir kadın şiddetli ve çok şiddetli olarak vajinal kuruluk yaşamadığını belirtmiştir. Eklem ve kas rahatsızlıklarında Türk kadınların % 31.3'ü hafif şiddette, Alman kadınların ise %28.8'inin orta şiddette yaşadıkları saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu bölümde Türk ve Alman kadınların menopoza algılaması ve menopoza ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular üç bölümde tartışılmıştır. İlk bölümde demografik veriler, İkinci bölümde menopozun algılanması ve üçüncü bölümde ise Türk ve Alman kadınlarda ortaya çıkan menopozal semptomların etkileri yer almaktadır. Her bir bölümde kültürel özellikleri ve farklılıkları ortaya çıkarmak amaçlı yapılmış olan bu araştırmanın sonuçları yapılmış başka araştırmalarla tartışılmıştır.

5.1. Türk ve Alman Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmamıza katılan Türk kadınların %93.1'i evli, Alman kadınların 84.4'ü evlidir. Türk kadınların % 56.1' i 21-30 yıldır eşiyle birlikte yaşarken; Alman kadınların %27.8'i 21-30 yıldır eşiyle birlikte yaşamaktadır. Türk kadınların % 57.4'ü evlilik hayatından memnunken, Alman kadınların %36.4'ü evlilik hayatından memnundur. Türk kadınların hepsinin en az 1 çocuğu vardır. Alman kadınların %16,9'unun çocuğu yoktur. Türk kadınların % 66,9'u, Alman kadınların 79.4'ü ise sigara kullanmamaktadırlar. Sigara kullanan Türk kadınlarının % 43,4'ü günde 10 adet sigara içmekte, Türk kadınların %86.9'u alkol kullanmazken, Alman kadınların % 63.1'i alkol kullanmamaktadır. Tortumluoğlu'nun (2003) yaptığı çalışmada da kadınların %41.7'sinin evlilik hayatlarından memnun olduğu, % 90.4'ünün sigara kullanmadığı, %95.5'inin çocuğunun olduğu, %79.5'inin evli olduğu saptanmıştır (45). Bu çalışma ile benzer sonuçlar bulunmuştur. Genazzani ve arkadaşlarının (2006) Avrupada yaptığı menopoz çalışmasına göre; Almanların %28'i ilkokul mezunu, %71 'i eşi veya partner ile birlikte yaşadığı ve %11'inin çocuğu olmadığı saptanmıştır (34).

Türk kadınların %66,9'u Alman kadınların 79.4'ü sigara kullanmamaktadırlar. Sigara kullanan Türk kadınların % 43,4'ü günde 10 adet sigara içmektedir; Türk kadınların %86.9'u, Alman kadınların % 63.1'i alkol kullanmamaktadır. Özgür'ün çalışmasında kadınların %84,6'sı daha önce sigara kullanmadıklarını, %4,4'ü daha önce kullanıp bıraktıklarını ve %11,0'ı sigarayı halen kullandıklarını belirtmiştir (44). Türk kadınların % 53.1'inin beden kitle indeksi 25-29.9 arasındayken, Alman kadınların % 45.8'inin beden kitle indeksi 25-29.9 arasındadır. Saka ve arkadaşlarının yaptığı (2005) araştırmadaki kadınların % 42.9'unun beden kitle indeksi 25-29.9 arasında olduğu tespit edilmiştir (4). Bu çalışma ile Türk kadınların sonuçları açısından paralellik bulunmaktadır.

Türk kadınların %76.6'sı, Alman kadınların %70.6'sı menopoza ilişkin bilgi almıştır. Menopoza ilişkin bilgi alan Türk kadınların çoğunlukla doktordan (%85.5), sonra komşu ve akrabadan (%42.7), en az olarak ise dergilerden aldığı saptanmıştır; Alman kadınların da benzer şekilde en çok doktordan (%85.8), sonra internette (36.2), en az ise medyadan (%10.2) bilgi aldığı saptanmıştır. Özgür'ün çalışmasında bilgi edinme kaynakları arasında en fazla %55.6 ile komşu ve arkadaşlar gelmektedir. Bunu %36.3 ile medya ve %30.1 ile anne ve abla, %15.4 ile hekim ve %10.0 ile ebe-hemşireden bilgi edinme takip etmektedir (44). Tayvanlı kadınlarda yapılan bir çalışmada menopozla ilgili bilgi edinme kaynakları arasında en fazla %43.0 ile gazete ve medya gelmekte bunu %22.0 ile arkadaşlar, %18.0 ile sağlık personeli ve %8.0 ile aile takip etmektedir (16). Özdemir'in çalışmasında menopozla ilgili bilgi edinme kaynakları arasında en fazla %79.7 ile arkadaş ve yakın çevre yer almakta, bunu %28.9 ile hekim, %15.8 ile hemşire ve %10.3 ile medya takip etmektedir (3). Bizim araştırmamızla oldukça farklı sonuçlar saptanmıştır, Alanya'daki Türk ve Alman kadınların sağlık kuruluşlarına daha kolay ulaşım doktordan bilgi edinmesi ve daha doğru bilgi edinebilmesi kadınların menopoz algısını olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Araştırmamıza katılan Türk kadınların ortalama menopoz yaşı 47 ± 4.22 , Alman kadınların ortalama menopoz yaşı 47 ± 5.58 'dir. Türkiye Menopoz Derneği tarafından 2002 yılında ülkemiz genelindeki merkezler tarafından elde edilen verilere göre, menopoz yaşı 46.7 olarak tespit edilmiştir (11, 12). Güney'in Ankara'da yaptığı (2006) çalışmaya katılan kadınların doğal menopoz yaş ortalaması 47.53 ± 3.35 olarak tespit edilmiştir (8). Çöl ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı (2001) çalışmada ortalama menopoz yaşı 47.0, Şanlıoğlu'nun Kastamonu'da yaptığı (2001) çalışmada 48.0, Saka ve arkadaşlarının Diyarbakır'da yaptığı (2005) çalışmada 45.6 olarak saptanmıştır (148, 4). Konu ile ilgili Dünyada yapılmış çalışmalarda ise; Kazerooni ve arkadaşlarının (2000) İran'da yaptığı çalışmada ortalama menopoz yaşı 47.8, Amigoni ve arkadaşlarının (2000) İtalya'da yaptığı çalışmada 50.2, Gold ve arkadaşlarının (2001) ABD'de yaptığı çalışmada 51.4, Kroke ve arkadaşlarının (2001) Almanya'da yaptığı çalışmada 49.0, Hovia ve arkadaşlarının (2005) Estonya'da yaptığı çalışmada 49.8, Kowalcek ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada Alman kadınlarda 49.4 iken, Papua Yeni Gine'li kadınların ise 47.2 olarak tespit edilmiştir (7, 28, 29, 31, 32, 30). Literatüre baktığımızda, bizim araştırmamızla uyumlu veriler elde edildiğini tespit edilmiştir.

Araştırmamızda Türk kadınların %23.1'i, Alman kadınların %31.3'ü hormon replasman tedavisi aldıklarını belirtmişlerdir. Türk kadınların 2 yıl süreli hormon replasman tedavisi alma oranı en fazladır (%48.6), Alman kadınların ise 2 ve 3 yıl süreli hormon replasman tedavisi alma oranı en fazladır (%45.2). Geçtiğimiz 10 yıl içinde postmenopozal kadınlar hormon replasman tedavisi alma ile ilişkili durumlarla karşı karşıya kalmışlardır. 1998 yılında yapılan HERS (Hormon and Estrogen/Progestin Replacement Study) ve uzantısı olan 2002 yılında yapılan HERS II çalışması ve özellikle de 2002 yılında yapılan WHI (Women's Health Initiative) çalışmalarında uzun süreli günlük 0.625 mg konjuge estrogen (CEE) ve 2.5 mg medroksiprogesteron asetat (MPA) kullanmanın kardiyovasküler

hastalıklara karşı korumadığını ve meme kanseri riskini artırdığı ortaya çıkarılmıştır. WHI çalışması erken zamanda kesilmiştir ve hormon tedavisinin sonuçlarının medyada paylaşılmasıyla beklenmedik bir şekilde hekimlerde ve kadınlarda korkuya sebep olmuştur. Buna ek olarak sürekli kullanılan CEE/MPA kombinasyonu için sağlık çalışanlarına ve kadınlara rehber hazırlanması önerilmiştir (2). Strothmann ve Schneider (2003)'ün Avrupa'daki kadınların hormon tedavisine bakış açılarını değerlendirmek amaçlı yaptığı çalışmaya katılan kadınların %16'sı hormon replasman tedavisi kullanmakta, %16'sının eskiden kullandığını ve %68'i de hiçbir hormon tedavisi ürün kullanmadığını belirtmiştir. Hormon replasman tedavisinin yararlarından en sık söylenen sıcak basması (%22), sonra yaşam kalitesini artırması (%17) ve osteoporozdan koruma (%16) olarak belirtilmiştir (2). Sis'in Erzurumda yaptığı çalışmada (2010) kadınların % 10.3'ünün hormon tedavisi aldığı ve bunların % 63'ünün bu tedaviyi 1-3 ay süre kullandığı bulunmuştur(147). Bizim araştırmamızla kıyaslandığında; Alanya'da yaşayan kadınların hormon replasman tedavisi alma oranı ve süresi daha yüksek bulunmuştur. Erenus arkadaşlarının (2010) çalışmasında da kadınların WHI çalışmasından etkilendiği ve hormon replasman tedavisine başlamada yıllara göre bir düşüş olduğu saptanmıştır. WHI çalışmasından sonra tedavi alan kadınların sayısında %41 oranında düşüş olmuştur (118). Kowalcek ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada premenopozal Alman kadınların %57.6'sı hormon replasman tedavisi almaktadır, kadınların çoğu (%86) hormon tedavisini; hormon eksikliğini kompanse etmek, depresyondan kurtulmak ve yaşlanmayı önlemek için aldıklarını belirtmişlerdir. Papua Yeni Gine'li kadınların ise %19'u hormon replasman tedavisi almıştır, bunların %75'inin hormon tedavisi almaktaki amacı özelle vücut fonksiyonlarına yardımcı olmasını istemeleridir (30). Bizim araştırmamıza katılan Alman kadınların daha düşük oranda hormon replasman tedavisi aldıkları saptanmıştır. Alman kadınlardaki bu azalma Women's Health Initiative (WHI) çalışmasından kadınların etkilensliğinin bir göstergesi olabilir.

5.2. Türk ve Alman Kadınların Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşlerinin Tartışılması

Araştırmamıza katılan Türk kadınların % 67.5'i menopozu olumlu algıladıkları, Alman kadınların %72.5'i olumlu algılamaktadır. Türk ve Alman kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (P=0.329). Kowalcek ve arkadaşlarının yaptığı (2005) çalışmada ise, postmenopozal Alman kadınların %65'i menopozun olumlu yanları olduğu görüşündedir. Yalnız araştırma sonuçlarımızla Alman kadınlar ile yapılan çalışma sonucu ile paralellik bulunurken, Türk kadınlarla yapılan çalışmalarda farklılık bulunmaktadır (20, 25, 26, 19).

Kowalcek ve arkadaşlarının yaptığı (2005) çalışmada kadınların %84.6'sı menüstrasyon olmamasını olumlu bir durum olarak belirtmiştir. Diğer olumlu yönlerini ise doğum kontrol yöntemi kullanmak zorunda kalmamak, duygu durum değişikliklerinin olmaması, fiziksel refahın kısıtlanmaması ve özgür hissetme olarak belirtmişlerdir. Postmenopozal Papua Yeni Gine'li kadınların %56.1'inin menopozu olumlu görüşleri vardır. Bunların %78.6'sı olumlu görmesinin sebebini menüstrasyon olmaması olarak belirtmişlerdir. Bununla birlikte; daha fazla çocuk

sahibi olmayacak olmayı ve hijyenik ped alma ihtiyacı olmamasını da menopozun olumlu yanları olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada postmenopozal Alman kadınların %53.6'sı menopoza olumsuz algılanmaktadır, bunun başlıca sebeplerini sıcak basması (%33.3) ve kiloda artış (%38.8) olması olarak belirtmişlerdir. Ayrıca fiziksel iyiliğin sınırlanması, daha fazla çocuk sahibi olamama, kadın gibi hissetmeme, cilt problemleri, saç dökülmesi, depresyon, yaşlanma ve yaşamın en son dönemi gibi görüşlerin olumsuz olarak algılanmasının sebepleri olarak belirtmişlerdir. Sis'in araştırmasında kadınların %41,8'i üretkenliğin bitmesi, %60.8'i yaşlandığını hissetme gibi olumsuz görüşleri onaylamıştır. Yangın ve arkadaşlarının yaptığı (2010) çalışmada menopoza olumlu olarak algılayan kadınların (%42.3) olumlu algılama nedeni olarak "Doğal bir olay olarak karşılanması" (%89), "Gebe kalmaktan kurtuluş olarak görülmesi" (%44.1), "Adet döneminin ağrı ve sıkıntılarından kurtuluş (%39.4)", "Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmak zorunda olunmaması" (%29.9), "İbadetlerin aksatılmadan yapılabilmesi (%10.2)", "Sorun yaşamadığım için" (%6.3), "Aile ve toplumda saygınlık kazandırması" (%1.6) gibi görüşleri belirttikleri saptanmıştır (20). Bilgin (2004)'in belirttiğine göre, Alice Rossi'nin 1992 yılında ABD'de yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre, birçok kadın menopoza dönemi çok mutlu yaşamaktadır. Rossi'nin araştırmasının sonucunda kadınların %23'ü adet kanamasının kesilmesinin ardından herhangi bir tepki göstermemişlerdir. Kalan % 13.6'sı ise olumsuz tepkiler vermişlerdir. Kadınların % 62'lik kısmı ise, bu yeni dönemi son derece olumlu karşılamışlardır. Bütün bu verilerin sonucunda Rossi; kadınların yaşlanmaktan korkmadığını ve yaşlanmayı kabul ettiğini savunmakta, menopozun artık kadınlar için travmatik bir dönem olmadığına dikkat çekmektedir. Bu dönemin yüzde yüz sorunsuz geçtiğini söylemek mümkün olmasa da, menopoza yüklenen anlamlarda bir iyileşme olduğu gözden kaçmamaktadır (149).

Araştırmamıza katılan Türk kadınların %60.0'ı "Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır" görüşüne katılmaktadır ve menopoza olumlu olarak algılayan Türk kadınların %41.7'si bu görüşü onayladığı saptanmıştır. Diğer taraftan, Alman kadınların %40'ı aynı görüşe katılmış ve menopoza olumlu olarak algılayan Alman kadınların %78.4'ü bu görüşe katılmamıştır. Aralarında istatistiksel olarak fark saptanmıştır (p=0.001). Yangın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu görüş ayrılığı Türk ve Alman kadınlar arasındaki kültürel farklılığı ortaya koymaktadır. Yaşlandıkça kadınların sosyal statüsünün arttığı Doğu ve Asya ülkelerinde menopoza olumlu olarak algılanmaktadır, yaşlanmakla beraber toplumda bir üst seviyeye taşındıklarını hissetmek onları daha mutlu kılmaktadır. Batı kültüründe yaşam tecrübesinin kazandırdığı bilgeliğin değeri olmadığı için yaşlılar, statü, fonksiyon ve rol kaybının sıkıntısını yaşamaktadırlar (19). Türk kültüründe kadının yaşı arttıkça toplumdaki saygınlığı artmaktadır. Bu araştırma bulgumuzla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızdaki Türk kadınların %64.2'si "Menopozda ibadetler aksatılmadan yapılabilir" görüşüne katılmaktadır ve menopoza olumlu olarak algılayanların %53.3'ü bunu onaylamıştır. Müslüman kadınların menstruasyon

dönemlerinde, -temizleninceye kadar- cinsî ilişkide bulunmaları Kur'an-ı Kerim'de (Bakara, 2/222) yasaklanmış; namaz, oruç ve Kabe'yi tavaf da bu yasak kapsamına alınmıştır. Müslümanlığın etkisiyle ibadetleri kesintisiz olarak gerçekleştirilebilmek Türk kadınların menopoza olumlu algılamasında etkindir. Bu görüşte Alman kadınlarla Türk kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.000$). Tortumluoğlu'nun (2004) belirttiğine göre; Arapların ve Müslümanların yoğun olduğu Asya ülkelerinde kadınlar menopoza sosyal özgürlüğün başlangıcı olarak algılamaktadırlar (19). Menopozun bu kadınlar için farklı bir önemli yönü de menstruasyonlu iken yerine getiremedikleri ibadetlerini rahatça, kesintisiz yerine getirebilme düşüncesinin olmasıdır. Yine doğum kontrol yöntemlerini uygun bulmayıp çok sayıda çocuk doğuran bu kadınlar için menopoz farklı bir kurtuluş yoludur. Diğer taraftan doğu kültüründeki kadınların doğurganlık yeteneğinin kaybolması kadının statüsünü ve toplumdaki saygınlığını düşürmektedir. Bununla paralel olarak araştırmamıza katılan Türk kadınların %71.2'si menopozda doğurganlığın kaybolmasını olumsuz olarak algılamaktadır. Alman kadınların ise %52.3'ü doğurganlığın kaybolmasını olumsuz olarak algılamışlardır. Bu sonuçlar Türk ve Alman kadınlar arasındaki kültürel farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamıza katılan Türk kadınların %61.3'ü menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar olduğu görüşüne katılmıştır. Alman kadınlarla bu görüşe katılma bakımından arasında farklılık saptanmıştır ($p=0.004$); Alman kadınların %38.7'si bu görüşe katılmıştır. Bizim araştırmamızla paralel olarak Ayrancı ve arkadaşlarının (2010) Eskişehir'de yaptığı araştırmada kadınların %51.3'ü "Bu dönemde tedavi için doktora danışmak gerekli değildir" görüşüne katılmamıştır (143). Tayvan'lı kadınlar ise menopoza doğal bir olay olarak görmekte ve beklenen bir dönem olarak görmektedir (16). Araştırmamızda menopozun tedavi gerektiren tıbbi bir durum olarak görülmesi olumsuz algılanan görüşlerden birisi olmasına karşılık, menopozun doğal bir süreç olarak beklendiği farklı kültürlerde ise olumlu algılama sebeplerinden birisidir.

Araştırmamızdaki "Menopoz ailesel problemleri artırır" görüşüne Türk kadınların %62.7'si, Alman kadınların ise %37.3'ü katılmaktadır. Türk kadınların %48.1'i bu görüşü olumsuz olarak algılamaktadır. Sis'in araştırmasında (2010); menopoz dönemindeki kadınlarda yaşanan somatik şikâyetler kadınların doğrudan evlilik ilişkilerinin, psikolojik şikâyetler kadınlarda olumsuz duygular yaratarak yine evlilik ilişkilerini ve cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği ve ürogenital değişikliklerin kadının cinsel yaşamının niteliğini bozuyor olabilir. Ayrıca araştırmamızda, menopozal semptomların artmasının evlilik uyumunun azalmasına neden olduğu tespit edilmiştir (147).

5.3. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)'nin Tartışılması

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; günde içilen sigara sayısı ile Türk kadınların MSDÖ tüm alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.002$, $r=-0.414$; $p=0.001$, $r=-0.435$; $p=0.001$, $r=-0.427$; $p=0.001$, $r=-0.443$). Alman kadınlarda ise bir günde içilen sigara sayısı ile MSDÖ arasında ilişki saptanamamıştır. Türk kadınların sigara içme sayısı azaldıkça yaşanan menopozal semptomlarda artış olduğu saptanmıştır. Özgür'ün çalışmasında ise sigara içen ya da sigarayı bırakmış kadınlar ile sigara hiç içmemiş kadınlar arasında yapılan analizde sigara içenlerin daha fazla menopozda oldukları gözlenmiştir ($p<0,05$) (44). Bu araştırma bulgularıyla Özgür'ün çalışmasının sonuçları çelişmektedir.

Türk ve Alman kadınlarda MSD ölçeğinin alt grup ve toplam puanlarını karşılaştırdığımızda; Türk kadınlarının MSDÖ toplam puan ortalaması 15.56 ± 7.28 , Alman kadınlarının ise 12.08 ± 7.79 olduğu saptanmıştır. MSD ölçeğinin toplamından alınabilecek en yüksek puan 44'dür (140). Sis'in araştırmasına katılan kadınların MSDÖ toplam puan ortalaması 22.67 ± 8.06 olarak saptanmıştır (147). Türk kadınların MSDÖ somatik alt ölçek puan ortalaması 6.21 ± 3.23 , psikolojik alt ölçek puan ortalaması 5.87 ± 3.29 , ürogenital alt ölçek ortalaması 3.48 ± 2.48 ; Alman kadınların ise, MSDÖ somatik alt ölçek puan ortalaması 5.10 ± 4.37 , psikolojik alt ölçek puan ortalaması 4.37 ± 3.89 , ürogenital alt ölçek ortalaması 2.60 ± 2.42 olarak saptanmıştır. Polonya'da (2011) yapılmış bir çalışmada kadınların MSDÖ psikolojik alt ölçek puan ortalaması 4.8 ± 3.4 , somatik alt ölçek puan ortalaması 4.9 ± 3.0 , ürogenital alt ölçek puan ortalaması 2.5 ± 2.4 olarak saptanmıştır (5). Özgür çalışmasında katılımcıların MSDÖ somatik alt ölçek puan ortalamasını 6.02 ± 3.28 , psikolojik alt ölçek puan ortalamasını 6.87 ± 3.89 , ürogenital alt ölçek puan ortalamasını 2.43 ± 2.18 ve MSDÖ toplam puan ortalamasını 15.32 ± 8.14 olarak saptamış, kadınların menopozal yakınmaları orta ya da orta düzeye yakın şiddette yaşadıklarını tespit etmiştir (44). Bu bulgular araştırmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Türk kadınların MSDÖ alt ölçekleri ve toplam puanı ortalaması, Alman kadınlardan fazladır. Türk ve Alman kadınlar arasında somatik ($p=0.001$), psikolojik ($p=0.000$), ürogenital ($p=0.001$) alt ölçek ve toplam ($p=0.000$) ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, Alman kadınların çalışma durumu ile MSDÖ toplam puanı arasında fark saptanamamıştır ($p>0.05$). Araştırmamızla paralel Sis'in çalışmasında da fark bulunamamıştır (147). Türk kadınların ise, çalışma durumu ile MSDÖ somatik alt ölçek puanı arasında fark vardır ($p=0.010$). Özgür'ün çalışmasında, MSDÖ toplam ve somatik, ürogenital alt ölçek puan ortalamaları ile kadınların çalışma durumları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (44).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; Alman kadınların kronik hastalık öyküsü olma durumu ile MSDÖ somatik alt grup ölçek puanı, psikolojik alt grup ölçek puanı, ürogenital alt grup ölçek puanı ve toplam puanı arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.012$, $p=0.000$, $p=0.000$). Kronik

hastalığı olma durumu Alman kadınların MSD ölçeğinden aldıkları puanda artmaya sebep olmuştur. Türk kadınlarda ise istatistiksel fark saptanamamıştır ($p>0.05$). Özgür'ün çalışmasında; MSDÖ alt grup ve toplam puan ortalamalarının kronik hastalığın varlığına göre dağılımı incelendiğinde; istatistiksel olarak psikolojik alt grubunda anlamlılık ($p<0.05$) elde edilirken, somatik ve ürogenital alt gruplarında ise ileri derecede anlamlılık ($p<0.0001$) bulunmuştur (44). Özgür'ün çalışması araştırmamıza katılan Alman kadınlarla benzer sonuçlar içermektedir. Kronik hastalığın olması Alman kadınlarda menopozal şikayetlerin artmasına sebep olmaktadır.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Türk kadınların menopoza girme yaşı ile tüm MSDÖ alt ölçek puanları ve toplam puanında anlamlı farklılıklar bulunurken, Alman kadınların ise; sadece MSDÖ somatik alt ölçek puanında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Türk kadınların menopoza girme yaşı küçüldükçe Alman kadınlardan semptomları daha yoğun olarak yaşadıkları saptanmaktadır. Bu durum Türk kadınlarda doğurganlığı kaybetme olumsuz bir durum olarak algılanması açısından kültürel farklılığı yansıttığı düşünülmektedir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; Alman kadınların menopozda hormon tedavisi alma durumu ile MSDÖ toplam puanında farklılık bulunmazken ($P=0.169$), MSDÖ ürogenital alt ölçek puanında farklılık bulunmuştur ($p=0.003$). Türk kadınlarda ise MSDÖ toplam puanında ve alt ölçek puanlarında farklılık saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç HRT kullanan kadın sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Türk kadınları ile yapılan çalışmalarda da farklılık bulunmamıştır (18, 49, 147). Bu araştırma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Menopozal şikayetleri gidermede alternatif tedaviye başvurma durumu Türk kadınlarda MSDÖ somatik alt ölçek puanı, MSDÖ psikolojik alt ölçek puanı ve MSDÖ toplam puanında farklılık oluştururken (sırasıyla; $p=0.021$, $p=0.001$, $p=0.003$), Alman kadınlarda MSDÖ ürogenital alt ölçek puanında farklılık oluşturmuştur ($p=0.003$). Türk kadınlarında oluşan farklılık menopoz döneminde alternatif tedaviye başvurmeyen kadınların MSD ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Alman kadınlarda ürogenital alt ölçek oranca puanının kullanmayanlarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Alternatif tedaviye başvuran kadınların menopozal semptomları daha az şiddetli geçirdiğini söyleyebiliriz.

Türk ve Alman kadınların yaşadıkları menopozal semptomları şiddetlerine göre değerlendirdiğimizde; Türk kadınların %47.5'i, Alman kadınların %30.0'ı sıcak basmasını hafif şiddette yaşadıkları saptanmıştır. Türk kadınların %34.4'ü kalp rahatsızlıklarını hafif şiddette yaşadıklarını belirtirken, Alman kadınların %55.6'sı hiç yaşamadıklarını belirtmiştir. Türk kadınların %36.9'sı uyku rahatsızlıklarını orta şiddette yaşarken, Alman kadınların %29.4'ü hafif şiddette olarak belirtmiştir. Türk kadınların %32.5'i menopozda keyifsizlik halini orta şiddette yaşarken, Alman kadınların %48.1'i hiç yaşamadığını belirtmiştir. Türk kadınların %31.3'ü menopozal dönemde orta şiddetli sinirlilik yaşarken, Alman kadınların %38.1'i hiç yaşamadığını, %28.8'i orta şiddetli yaşadıklarını belirtmişlerdir. Türk kadınların %31.3'ü menopozal dönemde endişelenme

durumunu hiç yaşamadığını fakat %31.9'u orta şiddette yaşadığını belirtmiştir. Alman kadınların %51.9'u menopozal dönemde endişelenme durumunu hiç yaşamamıştır. Menopozal dönemde fiziksel ve zihinsel yorgunluk yaşama oranlarına baktığımızda; Türk kadınların %42.5'i orta şiddette, Alman kadınların %38.8'i hiç yaşamadığını, %28.8'i ise orta şiddette yaşadığını belirtmiştir. Türk kadınların %36.9'u menopoz döneminde cinsel sorunlar yaşamamaktadır fakat %32.5'i orta şiddette cinsel sorunlar yaşamaktadır. Alman kadınlarda cinsel sorun yaşamama oranı %52.5'tir. Türk kadınların %33.8'i hiç idrar sorunu yaşamadığını, %31.3'ü ise orta şiddette yaşadığını belirtmiştir. Alman kadınların ise %48.1'i idrar sorunlarını hiç yaşamazken, %21.9'u hafif düzeyde yaşamaktadır. Türk kadınların %31.3'ü hafif düzeyde, %23.8'i orta şiddette vajinada kuruluk yaşadığını belirtirken, %36.3'ü hiç yaşamadığını belirtmiştir. Alman kadınların %26.9'u orta şiddette vajinal kuruluk yaşarken %49.4'ü hiç yaşamamaktadır ayrıca hiçbir kadın şiddetli ve çok şiddetli olarak vajinal kuruluk yaşamadığını belirtmiştir. Eklem ve kas rahatsızlıklarında Türk kadınların %31.3'ü hafif şiddette, Alman kadınların ise %28.8'inin orta şiddette yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmamızla benzer şekilde, Sis'in çalışmasındaki kadınların %38'inin sıcak basması, terleme semptomunu çok şiddetli düzeyde, %25.9'unun kalp rahatsızlıkları semptomunu hafif düzeyde yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %25.5'inin uyku sorunları, %40.3'ünün keyifsizlik, %29.3'ünün sinirlilik, %31.6'sının da endişe semptomunu orta düzeyde yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %34.2'sinin fiziksel ve zihinsel yorgunluk semptomunu çok şiddetli düzeyde yaşadığı bulunmuştur. Kadınların %24.3'ünün cinsel sorunları, %32.3'ünün idrar sorunlarını ve %27.8'inin de vajinada kuruluk semptomunu orta düzeyde yaşadığı belirlenmiştir. Eklem ve kas rahatsızlıkları semptomunu ise %28.9'unun şiddetli düzeyde yaşadığı bulunmuştur (147). Engindenizi'in çalışmasındaki kadınların tüm mevcut şikayetleri içerisinde en fazla %82,8 ile fiziksel ve zihinsel yorgunluk gelmektedir, bunu %78,4 ile sinirlilik ve %76,4 ile keyifsizlik takip etmektedir. Kadınların menopozal döneme ilişkin en az şikayeti %33,8 ile idrar yolu sorunları olup, bunu %37,1 ile vajinal kuruluk izlediği saptanmıştır (12). Şanlıoğlu, 45-60 yaş kadınlarda yaptığı çalışmasında %81,4 ile sinirlilik ve huzursuzluk yaşadığı saptanmıştır (148). Pan ve arkadaşları Tayvanlı kadınların sadece %38'inin sıcak basması, %18'inin de gece terlemesinden yakındığını belirtmişlerdir (16). Woods'ın çalışmasında belirttiğine göre ise ABD, Hollanda, Avustralya, Japonya gibi gelişmiş ülkelerdeki menopoz dönemindeki kadınların %75'inde sıcak basması, %41'inde sinirlilik, %40'ında yorgunluk, %39'unda terleme, %38'inde baş ağrısı, %32'sinde uykusuzluk ve %30'unda depresyon şikayetleri saptanmıştır (17). Kowalcek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada postmenopozal Alman kadınların %87.7'si, Papua Yeni Gine'li kadınların %79.6'sı problemler yaşadıklarını tanımlamıştır. Postmenopozal Alman kadınları en çok etkileyen semptom sıcak basmasıdır, takiben ajitasyon, uyku rahatsızlıkları, depresyon, kas ve eklem rahatsızlıkları, vajinal kuruluk, kardiyak rahatsızlıklar, ürolojik ve seksüel problemler yaşanmaktadır, Papua Yeni Gine'li kadınlarda ise yaşanan en sık semptom vajinal kuruluk olarak saptanmıştır (30). Genazzani ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada Alman kadınların en çok yaşadığı semptom sıcak basması (%67) ve sonra uykusuzluk (%59) gelmektedir, en az yaşanan semptom ise vajinal kuruluktur (%19) (34). Alman

kadınların en az olarak vajinal kuruluk yaşaması, vajinal lubrikant kullanabilme ile ilişkili olabilir. Cinselliğin tabu olduğu ülkelerde ise vajinal kuruluğun daha fazla yaşanması kültürel farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Alman kadınların %49.4'ü, Türk kadınların ise %36.3'ü vajinal kuruluk olmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde Alman kadınların %52.5'i, Türk kadınların ise %36.9'u cinsel sorunlar yaşamadığını belirtmiştir. Bu sonuç ise Alman kadınların Türk kadınlara göre cinsel sorunlarda daha fazla tıbbi yardım almasından kaynaklanabilmektedir.

SONUÇLAR

Türk ve Alman kadınların; menopoz algısı, menopoza ilişkin görüşleri, yaşadıkları menopozal semptomları ve Türk ve Alman kültürleri arasındaki farklılığın belirlenmesi amacıyla yapılmış bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

Araştırmaya katılan Türk ve Alman kadınların eğitim durumu, aylık geliri, çocuk sahibi olma durumu, beden kitle indeksinde ve sigara kullanma durumunda farklılık bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan Türk ve Alman kadınların ortalama menopoz yaşı 47 olarak saptanmıştır. Türk ve Alman kadınların menopoza girme yaşı, menopoz süresi ve menopoza girme şekli arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Menopoza ilişkin sıkıntılarını Türk kadınlar en çok doktor ve arkadaşlarıyla paylaşırken, Alman kadınların ise doktor ve eşiyile paylaşmaktadır. Menopoza ilişkin bilgi alan Türk kadınların çoğunlukla doktordan, sonra komşu ve akrabadan, en az olarak ise dergilerden aldığı saptanmıştır, Alman kadınların da benzer şekilde en çok doktordan, sonra internetten, en az ise medyadan bilgi aldığı saptanmıştır.

Türk ve Alman kadınların yarıdan fazlası menopozu olumlu algılamaktadırlar. Türk kadınları "Menopozda sosyal gelişme vardır", "Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır", "Menopozda kadın gebe kalmaktan kurtulur" ve "Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir" görüşlerinden dolayı olumlu olarak algılamışlardır ve Alman kadınlarla aralarında fark saptanmıştır.

Türk kadınları "Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur", "Menopozda hayat mutsuz hale gelir", "Menopoz ailesel problemleri artırır", "Vücutta değişiklikler olur" ve "Menopozda cinsel ilişkide ağrı yaşanır"; Alman kadınları ise "Menopoz doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür", "Menopozda sosyal gelişme vardır", "Menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar vardır", "Menopozda cinsel ilgide azalma yaşanır" ve "Menopozda tıbbi, korkutucu olmayan, geleneksel çareler vardır" görüşlerini olumsuz olarak algıladıkları saptanmıştır.

Türk ve Alman kadınlar arasında MSDÖ toplam ölçek puanı ile somatik, psikolojik, ürogenital alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Türk kadınların menopoza girme yaşı ile tüm MSDÖ alt ölçek puanları ve toplam puanında anlamlı farklılıklar bulunurken, Alman kadınların ise; sadece MSDÖ somatik alt ölçek puanında anlamlı fark vardır.

Menopozal şikayetleri gidermede alternatif tedaviye başvurma durumu Türk kadınlarda MSDÖ somatik ve psikolojik alt ölçek puanı ve toplam puanında farklılık oluştururken, Alman kadınlarda MSDÖ ürogenital alt ölçek puanında farklılık oluşturmuştur.

Türk kadınlarda evlilik hayatından memnuniyet durumu ile tüm MSDÖ alt ölçek puanlarında ve toplam puanda fark vardır, Alman kadınlarda ise MSDÖ somatik ve psikolojik alt ölçek puanı ve toplam puanında fark vardır.

Türk ve Alman kadınlarda menopoz algılamasının MSDÖ ve alt grup puanları açısından: Türk kadınlarda MSDÖ somatik alt ölçek puanı, psikolojik alt ölçek puanı, ürogenital alt ölçek puanı ve toplam puanında anlamlı fark vardır, Alman kadınlarda da MSDÖ somatik alt ölçek puanı, psikolojik alt ölçek puanı ve toplam puanında anlamlı fark varken, ürogenital alt ölçek puanı açısından fark yoktur.

Türk kadınların yaşı arttıkça ürogenital semptomlar artmaktadır. Alman kadınların yaşı arttıkça; somatik, ürogenital ve toplam olarak yaşanan semptomlarda artış saptanmıştır. Türk kadınların menopoza girme yaşı azaldıkça yaşanan somatik, psikolojik ve toplam olarak semptomlarda artış saptanmıştır. Alman kadınların menopoza girme yaşı azaldıkça yaşadıkları somatik semptomlarda artış olduğu saptanmıştır. Türk kadınların günde sigara içme sayısı azaldıkça yaşanan menopozal semptomlarda artış olduğu saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan Türk kadınlarının en şiddetli yaşadığı menopozal şikayet eklem ve kas ağrısı iken; Alman kadınlarda ise sıcak basmasıdır.

ÖNERİLER

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

1. Eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde kadınların bireysel ve sosyokültürel özelliklerinin dikkate alınması,

2. Kadınların menopoz ile bilgilendirilmesinde sağlık programlarının TV, radyo gibi bireylere sözel ve görsel hitap edebilme yeteneğine sahip kaynakların kullanımının artırılması,

3. Menopozal dönemdeki kadınların yaşadıkları sorunlar, kültürlerarası farklılıkların ve sorunlara yönelik girişimlerin hizmet içi eğitim programlarıyla hemşirelere anlatılarak öneminin kavratılması,

4. Menopoz kadınlara yönelik eğitim programlarının daha geniş bir alanda ve multidisipliner olarak yapılması,

5. Hemşirelerin hizmet verdikleri kadınların, kültürünü tanımak için daha duyarlı olmaları ve bunu da hizmetlerine etkili bir biçimde yansıtması önerilir,

6. Menopoz dönemini yaşayan kadınların ve eşlerinin konuyla ilgili bilgi sahibi olması ve güçlendirilmesi,

7. Menopozal semptomların şiddetini ve olumsuz etkilerini azaltmaya ve bunlarla baş etmeye yönelik kültürel farklılıklarında göz önünde bulundurularak eğitimlerin yapılması ve kadınların bu konuda desteklenmesi,

8. Menopozal dönemde kültürel farklılıkları göz önünde bulundurularak farklı çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Taşkın, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 7. Baskı
2. Shah, M. G., Maibach, H. I. (2001). Estrogen and skin, an overview, *Am J Clin Dermatol*, 2(3):143-50.
3. Özdemir, O. (2001) Park sağlık ocağı bölgesinde 50-65 yaş arası kadınlarda menopoz ve ilişkili özellikler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
4. Saka, G., Ceylan, A., Ertem, M., Palanci, Y., Toksöz, P. (2005). Diyarbakır il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt:32, Sayı:2,77-83.
5. www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3714&sayfa=giris&metod=IlgiliGosterge (Erişim Tarihi:04.04.2012)
6. Krajewska-Ferishah, K., Krajewska-Kulak, E., Terlikowski, S., Wiktor, H. (2011) Quality life women menopause period, analysis of quality of life women in menopause period in Poland. *Prog Health Sci*, 1: 2.
7. Kazerooni, T., Talei, A. R., Sadeghi-Hassanabadi, A., Aresteh, M. M., Saalbıan, J. (2000). Reproductive behaviour in woman in shiraz islamic republic of iran, *East Mediterr Health*. 517-521.
8. Güney, N. (2006) Park sağlık ocağı bölgesinde 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz yaşı ve perimenopozal semptomların tespiti. *Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
9. Kadayıfçı, O. (2006) Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, *Senium, İkinci Bahar*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 26-32.
10. Palacios, S., Henderson, V. W., Siseles, N., Tan, D., Villaseca, P. (2010) Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric* , 13:419-428.
11. Çiçek, M., Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A. (2004) Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi. 1163-1180.

12. Yanmaz, A. P. (2005). Cerrahi menopoz hastalarında transdermal ve intranasal östrojen tedavilerinin etkinliklerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi.
13. Engindeniz, F. T. (2005) Nilüfer halk sağlığı eğitim ve araştırma bölgesinde yaşayan 40 - 60 yaş arası kadınlarda menopoza girme yaşı ve bunu etkileyen etmenler. Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
14. Oğurlu, N. (2008) Kadınların menopozal yakınmaları ve başetme yöntemlerinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.
15. Hall, L., Callister, C. L., Berry, J., Matsumura, G. (2007). Meanings of menopause: cultural influences on perception and management of menopause. *Journal of Holistic Nursing*, Volume 25 Numbe,. June 106-118. <http://jhn.sagepub.com> (Erişim Tarihi: 13.03.2012).
16. Pan, H. A, Wu, M. H., Hsu, C. C., Yao, B. L., & Huang, K. E. (2002). The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas*, (41):269–274.
17. Woods, N. F., Mitchell, E. S., Smith-Di Julio, K. (2010). Sexual desire during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the seattle midlife women's health study, *Journal of Women's Health*, 19(2):209-218.
18. Erdem, Ö. (2006). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve basetme yolları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
19. Tortumluoğlu, G. (2004). Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz, *İnsan Bilimleri Dergisi*. www.InsanBilimleri.com. Erişim tarihi:05.03.12.
20. Yangın, H. B., Kukulu, K., Sözer, G. A. (2010) The perception of menopause among Turkish women. *Journal of Women & Aging*, (22):290–305.
21. Bayraktar, R., Uçanok, Z. (2002) Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, Nisan-Haziran, 5 (2):5-13.
22. Mahadeen, A. I., Halabi, J. O., Callister, L. C. (2008). Menopause: A qualitative study of jordanian women's perceptions. *International Nursing Review*, 55(4):427-433.

23. Henderson, K. D., Bernstein, L., Henderson, B., Kolonel, L., Pike, M. C. (2008). Predictors of the timing of natural menopause in the multiethnic cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 167(11):1287-1294.
24. Chirawatkul, S., Patanasri, K., Koochaiyasit, C. (2002). Perceptions about menopause and health practises among women in Northeast Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 4.113-121.
25. Ergöl, Ş. (2001). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi. *Kadın Cinsel Sağlığı*, 360-36.
26. Tortumluoğlu, G., Erci, B. (2004). The effectiveness of planned health education given to climacteric women on menopausal symptoms, menopausal attitude and health behaviors. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. ISSN:1303-5134. <http://www.insanbilimleri.com> (ErişimTarihi:27.05.2012).
27. Tortumluoğlu, G., Bayat, M., Sevig, Ü. (2005). Bireylerin "Giger ve Davidhizar'ın Transkültürel Değerlendirme Modeli" ile sağlık açısından değerlendirilmesi. 3.Uluslararası -10.Ulusal 61 Hemşirelik Kongre Özet Kitabı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, 7-10 Eylül, s,141.
28. Amigoni, S., Morelli, P., Chatenoud, L., Parazzini, F. (2000) Cross-Sectional study of determinants of menopausal age and hormone replacement therapy use in Italian women. *Climacteric*, 3 (1): 25-32.
29. Gold, B. E., et al. (2001) Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife woman. *American Journal of Epidemiology*, 153:9, 865-874.
30. Kowalcek, I., Rottebi, D., Banza, C., Diedricha, K. (2005) Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas* 51:227-235.
31. Kroke, A., Schulz, M., Hoffmann, K., Bergmann, M. M., Boeing, H. (2001) Assignment to menopausal status and estimation of age at menopause for women with missing or invalid data-a probabilistic approach with weighting factors in a large-scale epidemiological study, Germany. *Maturitas* 40: 39-46.
32. Hovia, S.L, Veerusb, P., Karrod, H., Topoa, P., Hemminkia, E. (2005) Women's views of the climacteric at the time of low menopausal hormone use. Estonia, *Maturitas* 51: 413-425.

33. Brotto, L. A., Luria, M. (2008). Menopause, aging, and sexual response in woman. In: Rowland DL, Incrocci L, Eds. Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 251-281.
34. Genazzani, A. R., Schneider, H.P.G., Panay, N., Nijland E.A. (2006) Menopause, the european menopause survey, women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy, gynecological endocrinology, 22(7): 369-375.
35. Karanisaoğlu, H. (2000). Klimakterik Dönem, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Birmat Matbaacılık, İstanbul, (2):204-212.
36. Turfanda, A., Topuz, S. (2004). Menopoz, Jinekoloji, Temel ve Klinik Bilimler, Nobel Tıp Kitabevleri.
37. Speroff, L., Fritz, A. (2007). Klinik Jinekoloji ve Endokrinoloji, VII. Baskı (çev. Erk, A., Günalp, S.) Güneş Tıp Kitabevleri.
38. Özkan, S. (2008). Klimakterium ve Menopoz (içinde) Şirin A(Ed), Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık Ltd.Şti, İstanbul, 234-259.
39. Andrews, G., Studd, J. (2005). Women's sexual health the menopause, Elsevier, 16 (3):451-481.
40. Gezer, A., Şentürk, L. M., Ertüngealp, E. (2006) Klimakteriyum (içinde) Çiçek, M. N., Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, Öncü basımevi, 1523-1548.
41. Yücesoy, İ., Çakıroğlu, Y. (2007), Menopoz ve Postmenopoz (içinde) Çiçek, M.N., Mungan, M.T. (ed). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Ankara, Öncü Basımevi, Güneş Tıp Kitabevleri, 943-963.
42. Özkan, A. (2006). Cerrahi yolla menopoza giren kadınlara verilen eğitimin, menopozal yakınmaları algılamasına ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
43. Varma, G. S., Oğuzhanoglu N. K, Karadağ, F., Özdel, O., Amuk, T. (2005). Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri, 8:109-115.
44. Özgür, N. (2007). Klimakterium dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

45. Tortumluoğlu, G. (2003) klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum.
46. WHO (1996) Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series 866. Geneva: World Health Organization.
47. Altunbay, D., Yurdakul, M. (2009). Klimakterik dönemindeki kadınların menopozal yakınmaları ve başatme yöntemleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 25(2): 43-60.
48. Ertüngealp, E., Oral, E. (2000). Yaşlanmanın biyolojisi ve endokrinolojik değişimler. ın Ertüngealp e, Seyisoğlu, Eds. Menopoz ve Osteoporoz, İstanbul, Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayınları, 11-22.
49. Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz, Ü. (2008) Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Fırat Üniversitesi, Sağ Bil Derg, 22(6): 343- 349.
50. Sarı, G. (2008). Sigara kullanan ve hormon replasman tedavisi alan postmenopozal kadınlarda lipid profili, paraoksonaz 1, apoA-1 ve apoB düzeyleri. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya ve Klinik Biyokimyaya Bölümü (Uzmanlık Tezi), İstanbul.
51. Üzümlü, G. (2001). Kontrol Sistemleri, Sindirim ve Boşaltım Fizyolojisi. Yiğit, R. (Edit). Üreme Sistemi Fizyolojisi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, (1):67-110.
52. Saletu, B. (2002). Hormone replacement therapy and vigilance double - blind, placebocontrolled eeg - mapping studies with an estrogen - progestogen combination (climodien, lafamme) versus estrogen alone in menopausal syndrome patient. Maturitas (The European Menopause Journal), (43):165-181.
53. Lee, S. (2003). Short-Term use of estradiol for depression in perimenopausal and postmenopausal women: a preliminary report. The American Journal of Psychiatry. 160(8):1519-22.
54. Lawton, B. A., Rose, S. B., Cormack, D. M., Stanley, J., Dowell, A. C. (2008). The menopause symptom profile of maori and non-maori women in New Zealand. Climacteric, 11(6): 467-474.
55. Thunell, L., Stadbrg, E., Milsom, I., Mattsson, L.A. (2004) A longitudinal population study of climacteric symptoms and their treatment in a random sample of swedish women. Climacteric, 7(4): 357-365.

56. Uslu, H. (2004) Postmenopozal raloksifen hcı kullanımının serum kemik mineral yoğunluğu skorlarına etkisi. Zeynep Kamil Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.
57. Bartlik, B., Goldstein, M. Z. (2000). Practical geriatrics: maintaining sexual health after menopause, *Psychiatr Serv*; 51(6): 751-753.
58. Karacan Ertem, G., Şirin, A.(2000). Menopoz polikliniğine başvuran kadınların menopoza ilişkin yakınmalarına verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. I. Uluslar arası VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı, Antalya,Türkiye, 29 Ekim- 2 Kasım: 256-259.
59. Erel, C. T. (2004). Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir? *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 6:53-57.
60. Şen, Y. Ç. (2005). Menopoz kadınında uyku kalitesinin saptanması ve uyku kalitesini bozan etkenlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
61. Ensrud, K. E., Stone, K. L., Blackwell, T. L., Sawaya, G. F., Tagliaferri, M., Diem, S. J., Grady, D. (2009). Frequency and severity of hot flashes and sleep disturbance in postmenopausal women with hot flashes. *Menopause*, 16(2): 286-292.
62. Aytekin, S. (2002). Menopozal dönemde görülen deri belirtileri. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*, 12(3):222-4.
63. Kass-Annese, B. (1999). Management of the perimenopausal and post menopausal woman: a total wellness program. *Lippincott*, (9):9-300.
64. Joffe, H., Soares, C. N., Thurston, R. C., White, D. P., Cohen, L. S., Hall, J. E. (2009). Depression is associated with worse objectively and subjectively measured sleep, but not more frequent awakenings, in women with vasomotor symptoms. *Menopause*, 16(4):671-679.
65. Schilling, C., Gallicchio, L., Miller, S. R., Langenberg, P., Zacur, H., Flaws, J. A. (2007). Genetic polymorphisms, hormone levels, and hot flashes in midlife women. *Maturitas*, 57(2):120-131.
66. Görgel, E. B., Çakıroğlu, F. P. (2007). Menopoz Döneminde Kadın, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, (1):6.
67. OlaOlorun, F. M., Lawoyin, T. O. (2009). Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause, The Journal of The North American Menopause Society by The North American Menopause Society*, Vol.16, No. 4, pp. 822-830.

68. Işık, G., Vural, G. (2001). Menopoz Polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1(1):39-48.
69. Sağsöz, N., Oguztürk, O., Bayram, M., et al. (2001). Anxiety and depression before and after the menopause. *Arch Gynecol Obstet*, 264:199-202.
70. Gallicchio, L., Schilling, C., Miller, S. R., Zacur, H., Flaws, J. A. (2007). Correlates of depressiven symptoms amongwomen undergoing the menopausal transition. *J Psychosom Res*, (63):263-8.
71. Yangın, H. B., Sözer, G. A., Şengün, N., Kukulu, K. (2008). The relationship between depression and sexual function in menopause period, *Maturitas*, 61:233-237.
72. Bezircioğlu, Y., Gülseren, L., Oniz, A., et al. (2004). Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15:199-207.
73. Evlice, Y. E., Tamam, L., Karataş, G. (2002) Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (3):108-112.
74. Cheng, M. H., Hsu, C. Y., Wang, S. J. W., Lee, S. J., Wang, P. H., Fuh, J. L (2008). The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause*, 15(5).
75. Chung, K. F., Tang, M. I. (2006). Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged hong kong chinese women. *Maturitas*, 53: 396-404.
76. Kravit, H. M., Ganz, P. A., Bromberger, J., Powel, L. H., Tyrreell, K. S., Meyer, M. M. (2003). Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*, 10(1): 19-28.
77. Lai, J. N., Chen, C. M., Chen, P. C., Wang, J. D. (2006). Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in taiwan: assessment using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Climacteric*, 9: 119-12.
78. Shin, C., Lee, S., Lee, T., Shin, K., Yı, H., Kimm, K. (2005). Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged korean women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59: 395-402.
79. Timur, S., Şahin Hotun N. (2009). Effects of sleep disturbance on the quality of life of turkish menopausal women: A Population-Based Study. *Maturitas*, 64: 177-181.

80. Zyhlarz, G. S. (2003). Insomnia related to postmenopausal syndrome and hormone replacement therapy: sleep laboratory studies on baseline differences between patients and controls and double-blind, placebo-controlled investigations on the effects of a novel estrogen-progestogen combination (climodien, lafamme) versus estrogen alone. *J Sleep Res*, 12(3):239-54.
81. Paul, K. N., Turek, F. W., Kryger, M. H. (2008). Influence of sex on sleep regulatory mechanisms. *J Womens Health*, 17(7): 1201-1208.
82. Timur, S., Şahin Hotun N. (2010) Menopoz ve uyku. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3, Sayı:, 361-67.
83. Kripke, D. F, Brunner, R., Freeman, R., Hendrix, S.L., Jackson, R.D., Masaki, K., Carter, R. A. (2001). Sleep complaints of postmenopausal women. *Clinical Journal Of Women's Health*, 1(5): 244-252.
84. Güngör, L. (2003). Elazığ Yenimahalle Eğitim Ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 45 Yaş Ve Üstü Kadınların Menopoz Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ.
85. Archer, D. F. (2009). Premature menopause increases cardiovascular risk. *Climacteric*, 12.(Suppl. 1): 26-31.
86. Cheever, K. H. (2008). Management of patients with musculoskeletal disorders. In S. C. Smeltzer, B. G. Bare, J. L. Hinkle, & K. H. Cheever (Eds.). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, (12):2052-2079.
87. Nathan, L., Judd, H. L. (2007). Menopause & Postmenopause, In A. H. DeCherney, L. Nathan, T. M. Goodwin, & N. Laufer (Eds.), *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics and Gynecology*, New York, McGraw-Hill, (10): 961-964.
88. Sweet, M. G., Sweet, J. M., Jeremiah, M. P., Galazka, S. S. (2009). Diagnosis and treatment of osteoporosis. *American Family Physician*, 79(3):193-200.
89. Gökçe, Y., Akarırnak, Ü., Akyüz, G., Arasil, T., Ataman, Ş., Bilgici, A., Cantürk, F., Dinçer, G., Eskiurt, N., Gündüz, H. ve Güven, Z. (2001). Osteoporoz. *Modern Tıp Seminerleri Dizisi*, Ed. Gökçe Y, Güneş Kitapevi Yayınları, Ankara.
90. Dilşen, G. (2002). Osteoporozun Epidemiyolojisi. *Osteoporoz, Epsilon Matbaacılık, İstanbul*, 11-23.
91. Dündar, P., Oral, A., Eser, E., Dinç, G., Gülümser, G. (2003). Kadınlarda Osteoporoz ve Yaşam Kalitesi *Sağlık ve Toplum*, 13(4):47-57.

92. Brincat, M. P. (2000). Hormone replacement therapy and the skin. *Maturitas*, May, 29;35(2):107-17.
93. Sauerbronn, A. V., Fonseca, A. M., Bagnoli, V. R., Saldiva, P. H., Pinotti, J. A. (2000). The effects of systemic hormonal replacement therapy on the skin of postmenopausal women. *Int J Gynaecol Obstet*, 68(1):35-41.
94. Raine-Fenning, N. J., Brincat, M. P., Muscat-Baron, Y. (2003). Skin aging and menopause: implications for treatment. *Am J Clin Dermatol*, 4(6):371-8.
95. Wines, N., Willstead, E. (2001). Menopause and the skin. *Australas J Dermatol*, 42(3):149-8.
96. Begum, P., Richardson, C. E., Carmichael, A. R. (2009). Obesity in post menopausal women with a family history of breast cancer: prevalence and risk awareness. *International Seminars in Surgical Oncology*, 6(1).
97. Aubertin-Leheudre, M., Lord, C., Khalil, A., Dionne, I. J. (2008). Isoflavones and clinical cardiovascular risk factors in obese postmenopausal women: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Journal of Women's Health*, 17(8):1363-1369.
98. Gunter, M. J., Hoover, D. R., Yu, H., Wassertheil-Smoller, S., Rohan, T. E., Manson, J. E., Strickler, H. D. (2009). Insulin, insulin-like growth factor-1, and risk of breast cancer in postmenopausal women. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(1):48-60.
99. Szmuilowicz, E. D., Stuenkel, C. A., Seely, E. W. (2009). Influence of menopause on diabetes and diabetes risk. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(10):553-558.
100. Roussel, M., Garnier, S., Lemoine, S., Gaubert, I., Charbonnier, L., Auneau, G., & Mauriège, P. (2009). Influence of a walking program on the metabolic risk profile of obese postmenopausal women. *Menopause, The Journal of the North American Menopause Society*, 16(3):566-575.
101. Faria, A., Gabriel, R., Abrantes, J., Brás, R., & Moreira, H. (2009). Triceps-surae musculotendinous stiffness: relative differences between obese and non-obese postmenopausal women. *Clinical Biomechanics*, 24(10):866-871.
102. Reame, N. K. (2008). Adiposity and hot flashes: One more tree in the forest. *Menopause (New York, N.Y.)*, 15(3): 408-409.

103. Thurston, R. C., Sowers, M. R., Sternfeld, B., Gold, E. B., Bromberger, J., Chang, Y., Matthews, K. A. (2009). Gains in body fat and vasomotor symptom reporting over the menopausal transition: the study of women's health across the nation. *American Journal of Epidemiology*, 170(6):766-774.
104. Huang, A., Yaffe, K., Vittinghoff, E., Kuppermann, M., Addis, I., Hanes, V., Grady, D. (2008). The effect of ultralow-dose transdermal estradiol on sexual function in postmenopausal women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(3):265.e1-265.e7.
105. Bayram, G. O., Şahin, N. O. (2008). Hysterectomy's psychosexual effects in Turkish Women, *Sex Disability*, 149-158.
106. Reiter, S. (2009). Sexual dysfunction and vaginal atrophy in menopausal women: an approach to effective communication and management. *Women's Health Care: A Practical Journal for Nurse Practitioner*, 8(9): 22, 25-27, 32-33.
107. Pitkin, J. (2009). Sexuality and the menopause, *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 23(1): 33-52.
108. Furniss, K. K. (2010). Assessment and Management of Female Physiologic Processes. In S. C. Smeltzer, B. G. Bare, J. L. Hinkle, & K. H. Cheever (Eds.), *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, (12):1414-1417.
109. Im, E. O. (2009). Ethnic differences in symptoms experienced during the menopausal transition. *Health Care for Women International*, 30(4):339-355.
110. Canonico, M., Scarabin, P. Y. (2009). Hormone therapy and risk of venous thromboembolism among postmenopausal women. *Climacteric*, 12(Suppl 1):76-80.
111. Gussak, L. S., Babu, L. (2009). Menopause. In F. J. Domino (Ed.), *The 5-minute Clinical Consult 2010*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. (18):834-835.
112. Lobo, R. A. (2009). The risk of stroke in postmenopausal women receiving hormonal therapy. *Climacteric*, 12 (1): 81-85.
113. Wolff, E.F., Narayan, D., Taylor, H. S. (2005). Long-term effects of hormone therapy on skin rigidity and wrinkles. *Fertil Steril*, August, 84(2):285-8.
114. Brincat, M. P. (2004). Oestrogens and the Skin. *Journal of Cosmetic Dermatology*. 3:4-19.

115. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, Risk and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. (2002). *JAMA*, 288:321-333.
116. Hulley, S., Grady, D., Bush, T. (1998) Randomized Trial Of Estrogen Plus Progestin For Secondary Prevention Of Coronary Heart Disease In Postmenopausal Women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA*, 280:605-613.
117. Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., (2002) Risks And Benefits Of Estrogen Plus Progestin In Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 288:321-333.
118. Erenus, M., Uygur, M., Yörük, P., Durmuşoğlu, F. (2007) The Impact Of The Women's Health Initiative Study On The Initiation And Continuation Of Hormone Therapy In A Tertiary Menopause Unit In Turkey. *Marmara Medical Journal*, 20(2);104-109
119. Bertero, C. (2003). What do women think about menopause: A qualitative study of women's expectations, apprehension and knowledge about the climacteric period. *International Nursing Review*, 50(2), 109-118.
120. Nappi, R. E., Nijland E. A. (2008) Women's Perception of Sexuality Around The Menopause: Outcomes of A European Telephone Survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137 :10-1.
121. Komesaroff, P., Kafanelis, B., Black, C., Cable, V., Sudhir, K., Daly, J. (2002). Experiences at Menopause of Women in a non-English-speaking Community: A Qualitative Study, *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 5, 78-86.
122. Im, E. O., Meleis, A. I. (2000). Meaning of Menopause to Korean Immigrant Women. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 84-102.
123. Adler, S. R., Fosket, J. R., Kagawa-Singer, M., McGraw, S. A., Wong-Kim, E., Gold, E., et al. (2000). Conceptualizing Menopause and Midlife: Chinese American and Chinese Women in the United States. *Maturitas*, 35, 11-23.
124. Berg, J. M., Lipson, J. (1999). Information sources, menopause beliefs and health complaints of midlife Filipinas. *Health Care for Women International*, 20, 81-92.

125. Miller, A. M., Sorokin, O., Wilbur, J., Chandler, P. J. (2004). Demographic characteristics, menopausal status, and depression in midlife immigrant women. *Women's Health Issues*, 14, 227-234.
126. Astbury-Ward, E. M. (2003). Menopause, sexuality and culture: is there a universal experience? *Sexual and Relationship Therapy*, 18:4.
127. www.sagmer.erciyes.edu.tr/gdb/dosyalar/~menopoz%20Arzu.doc (Erişim Tarihi:09.03.2012).
128. Lowdermilk, D. L., Perry S. E. (2007) *Maternity and Women's Health Care*. Mosby Elsevier, Chapter 7, 9th, 166-168.
129. Cochran, C. J., Gallicchio, L., Miller, S. R., Zacur, H., Şaws, J. A. (2008). Cigarette Smoking, Androgen Levels, And Hot Flushes In Midlife Women. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5):1037-1044.
130. Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., Osis, M. J., Conde, D. M., Sousa, M. H., Costa-Paiva, L. (2008). Sexuality in Brazilian Women Aged 40 to 65 Years With 11 Years or More of Formal Education: Associated Factors. *Menopause*, 15(2): 264-269.
131. Saraçoğlu, F. (2000). Osteoporoz ve Tedavi Yöntemleri. Osteoporoz, Epsilon Matbaacılık, İstanbul, 93-101.
132. Ertüngealp, H. (2000). Menopoz ve Osteoporozun Tarihçesi, Menopoz ve Osteoporoz. Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği, From Reklam Hizmetleri, İstanbul. 1-7.
133. Curry, L., Hogstel, M. (2002). "Osteoporosis", *American of Journal Nursing*. 102(1): 26-33.
134. Bekar, M. (2001). Kültürlerarası (Transkültürel) Hemşirelik, Toplum ve Hekim, 16(2):136-141.
135. İz, F. B., Temel, A. B. (2009). Hemşirelikte Kültürel Yeterlik. Aile Toplum ve Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. Nisan - Mayıs - Haziran, 51-58.
136. Şahin, N. H., Bayram, G. O., Avcı, D. (2009). Kültüre Duyarlı Yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 6(1):2-7.
137. Dillaway, H., Byrnes, M., Miller, S., Rehan, S. (2008). Talking "among us": How Women From Different Racial-Ethnic Groups Define and Discuss Menopause, *Health Care for Women International*. 29(7): 766-781.

138. Akbaş, A. (2010). Yabancıların Türkiye’de Taşınmaz Ediniminin Emlak Piyasası Üzerine Etkilerinin İncelenmesi: Alanya Örneği, Karadeniz Teknik Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü Harita Mühendisliği Anabilim Dalı, Trabzon, Yüksek Lisans Tezi.
139. Scheneider, H. P. G., Heinemann, L. A. J., Rosemeier, H. P., Potthoff, P., Behre, H. M. (2000) The Menopause Rating Scale (MRS) Reliability of Scores of Menopausal Complaints. *Climacteric*, March, 3(1):59-64.
140. Can Gürkan, Ö. (2005). Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu*, s:30-35.
141. Leon, P., Chedraui, P., Hidalgo, L., Ortiz, F. (2007). Perceptions and Attitudes Toward The Menopause Among Middle Aged Women From Guayaquil. Ecuador, *Maturitas*, 57:233-238.
142. Strayer, D. A., Caple, C. (2010). Menopause, Influence of Culture and Ethnicity evidence-based Care Sheet. *Cinahl Information Systems*, August 6.
143. Ayrancı, Ü., Orsal Ö., Orsal Ö., Arslan, G., Emeksiz D. F. (2010). Menopause status and attitudes in a turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Women’s Health*, 10:1-14. Erişim Adresi: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/10/1>.
144. Scheneider, H. P. G., Behre, H. M (2002). In hormone replacement therapy and quality of life. The Parthenon Publishing Group, Newyork, 35-43.
145. Scheneider, H. P. G., Heinemann, L. A. J., Thiele, K. (2002). The Menopause Rating Scale (MRS). Cultural and Linguistic Translation in to English. *Public Health: The Menopause Rating Scale (MRS)*. 10.1072/L0305326.
146. Schneider, H. P. G, Hauser, G. A., Huber, I. C., Keller, P. J., Lauritzen, C., (1994) Evaluation of climacteric symptoms (Menopause Rating Scale). *Zentralbl Gynakol*;116:16-23. [Abstract]
147. Sis, A. (2010). Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınlıklarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
148. Şanlıoğlu, S. (2001) Kastamonu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 45-60 Yaş Grubu Kadınların Menopoz İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
149. Bilgin, O. (2004). Menopoz Hakkında Herşey. Boyut Yayıncılık, İstanbul.

150. http://www.diyamet.gov.tr/kuran/meal.asp?page_id=34, Bakara: 2/222.
(Erişim Tarihi :10.06.2012).
- 151.Erdemir, F. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

Pınar Irmak Yılmaz, 1988 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Ankara'da tamamladı. 2006 yılında Başkent Üniversitesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü' nü burslu olarak kazandı, 2010 yılında mezun oldu. 2010 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programını kazandı. 2010 yılından itibaren Alanya Başkent Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Yoğum Bakım Ünitesinde hemşire olarak çalıştı.

EKLER

ALANYA KAYMAKAMLIĞI'NA

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda Yüksek Lisans Öğrencisiyim. "Alanya İlçesi'nde Yaşayan Türk ve Alman Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması ve Menopoza İlişkin Görüşleri" başlıklı yüksek lisans tezimi Alanya İlçemizde 05.09.2011 ile 01.06.2012 tarihleri arasında yapmak istiyorum.

Gereğini takdirlerinize arz ederim. 30.05.2011

[Signature]
Fırat Arınak Yılmaz

Alanya Başkent Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi
Yüksek Hemşiresi

EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜNE

30 Mayıs 2011

13106

KAYMAKAM

Alanya İlçe Emniyet Müdürlüğü Evrak Kalemi
Havale Edildiği Tarih
30 Mayıs 2011
Havale Edildiği Yer
Emniyet
İlçe Emniyet Müdürlüğü

T.C.
ALANYA KAYMAKAMLIĞI
İlçe Emniyet Müdürlüğü
Saray Polis Merkezi Amirliği

EK: I-II: Anket Formu "Alanya İlçesi'nde Yaşayan Türk ve Alman Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması ve Menopoza İlişkin Görüşleri"

EK III: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

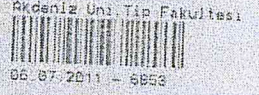
Konu ile ilgili çalışmalarında Sakınca yoktur Uygundur

T.C.
ALANYA KAYMAKAMLIĞI
İLÇE EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜ
CUMHURİYET POLİS MERKEZİ AMİRLİĞİ



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

EK 2.



Sayı : B.30.2.AKD.0.20.05.05/24
Konu : Öneri

Sayın Yrd.Doç.Dr. Hatice BALCI YANGIN
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi

Yürütücülüğünü yaptığınız "Alanya İlçesi'nde Türk ve Alman Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması ve Menopoza İlişkin Görüşleri" adlı çalışmanın yapılmasında aşağıdaki öneriler ışığında etik açısından sakınca olmadığına karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Gülay ÖZBİLİM
Dekan Yardımcısı

Öneriler:

- 1) Araştırma Başlığının tüm belgelerde "Alanya İlçe'sinde Yaşayan Türk ve Alman Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması ve Menopoza İlişkin Görüşleri" olarak düzeltilmesi.
- 2) Aydınlatılmış Onam Formu'nun Almanca versiyonunun dosyaya eklenmesi.

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

Alanya İlçesi'nde Yaşayan Türk ve Alman Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması ve Menopoza İlişkin Görüşleri

Sayın Katılımcı;

Adım Pınar Irmak, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Alanya ilçe merkezinde yaşayan farklı kültürlerdeki menopoza girmiş kadınlarda menopozun algılanması ve menopoza ilişkin sağlık yaşam biçimlerinin belirlenmesi amaçlı olarak bu çalışmayı yapmaktayım. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için bir soru formu hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 15-20 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz, menopoz dönemindeki farklı kültürlerdeki kadınlara daha etkin destek sağlamada katkıda bulunacağına inanıyorum. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

Katıldığınız için çok teşekkür ederim.

Katılımcının imzası

Pınar Irmak

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

EK 4.

Alanya İlçesi'nde Yaşayan Farklı Kültürlerdeki Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması

Anket Soruları

- 1- Yaşınız
- 2- Eğitim durumunuz nedir?
- 3- Eşinizin eğitim durumunuz nedir?.....
- 4- Çalışıyor musunuz ? 1-Evet 2-Hayır 3- Emekli
- 5- Evetse mesleğiniz.....
- 6- Ailenizin toplam aylık geliri.....(TL)
- 7- Eşiniz ile birlikte olma süreniz(yıl).....
- 8- Çocuğunuz var mı ?
 1. Evet
 2. Hayır (10. soruya geçiniz)
- 9- Var ise çocuk sayınız
- 10- Kronik hastalık öykünüz var mı?
 1. Evet
 2. Hayır (12. soruya geçiniz)
- 11- Evetse ne tür bir kronik hastalığınız var.....
- 12- Sürekli kullandığınız ilaç var mı?
 1. Evet
 2. Hayır (14. soruya geçiniz)
- 13- Evet ise ne amaçla kullanıyorsunuz?
- 14- Sigara içiyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır (16. soruya geçiniz)
- 15- Günde kaç adet/paket içiyorsunuz.....
- 16- Alkol kullanıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır (18. soruya geçiniz)
- 17- Ne sıklıkla içiyorsunuz?
 1. Her Gün
 2. Gün aşırı
 3. Nadiren
 4. Diğer(Açıklayınız).....
- 18- Menopoza girme yaşınız.....
- 19- Menopoz süreniz.....
- 20- Boyunuz?.....cm
- 21- Kilonuz?.....kg

22- **BKİ:.....(kg/m2)**

23- **Menopoza girme sebebiniz?**

1. Doğal 2. Cerrahi

24- **Menopoz tedavisi (hormon tedavisi)aldınız mı?**

1. Evet 2. Hayır

25- **Kaç yıl süre ile aldınız/alıyorsunuz.....**

26- **Menopoz dönemine ilişkin bilgi aldınız mı ?**

1. Evet 2. Hayır

27-**Kimden bilgi aldınız ? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)**

1. Ebe-Hemşire
2. Doktor
3. Komşu ve akrabalar
4. Medya
5. Eğitim
6. TV
7. İnternet
8. Dergiler
9. Diğer(açıklayınız).....

28- **Menopozal şikayetlerinizi en çok kiminle paylaştınız?**

1. Arkadaşınız
2. Eş
3. Doktor
4. Hemşire
5. Çocuklarınız
6. Diğer(açıklayınız).....

29- **Menopozal şikayetlerinizi gidermede bitkisel (alternatif) yöntemlere başvurduunuz mu?**

1. Evet 2. Hayır

30- **Ne tür bitkisel yöntemler kullandınız?.....**

31- **Medeni Durumunuz nedir?**

1. Evli 2. Bekar

32- **Evlilik hayatınızdan memnun musunuz?**

1. Çok memnunum
2. Memnunum
3. Memnun değilim
4. Hiç memnun değilim

33- **Menopoz sürecini nasıl algılıyorsunuz ?**

1. Olumlu(İyi)
2. Olumsuz(Kötü)

Menopozun Algılanmasına İlişkin Görüşler Formu

EK 5.

34- Menopozla ilişkin aşağıdaki ifadelerden yaşadıklarınızı işaretleyiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

1.Menopoz doğal ve sakin bir yaşam döngüsüdür.		2.Menopozda kadınlık kaybolmuştur.	
3.Menopozda sosyal gelişme vardır.		4.Menopozda tedavi gerektiren tıbbi durumlar vardır.	
5.Menopozda seksüel ilişki daha zevk vericidir.		6.Menopozda tahmin edilemeyen, utandırıcı zarar verici semptomlar vardır.	
7.Menopozda iş ya da görevlerde hoşgörü vardır.		8.Menopoz, bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır.	
9.Menopozda tıbbi, korkutucu olmayan, geleneksel çareler vardır.		10.Menopoz, çalışma kapasitesini azaltır.	
11.Menopozda daha fazla cinsel ilişki ihtiyacı yoktur.		12.Menopozda hayat daha mutsuz hale gelir.	
13.Menopozda hayat daha kolay ve sakindir.		14.Menopozda fiziksel çekicilik kaybolmuştur.	
15.Menopoz daha güvende ve daha olgun hissettirir.		16.Menopoz ailesel problemleri artırır.	
17.Menopoz aile ve toplumda saygınlık kazandırır.		18.Menopozda vücutta değişiklikler olur.	
19.Menopozda aile planlama yöntemi kullanmak zorunluluğu ortadan kalkar.		20.Menopozda cinsel ilgide azalma yaşanır.	
21.Menopozda adet dönemi ağrı ve sıkıntılardan kurtuluş yaşanır.		22.Menopozda cinsel ilişkide ağrı yaşanır.	
23.Menopozda kadın gebe kalmaktan kurtulmuştur.		24.Menopozda doğurganlık kaybolur	
25.Menopozda ibadetler aksatmadan yapılabilir.		26.Menopoz yaşlanmanın önemli bir işaretidir.	
27.Diğer.....			

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği(MRS)(Türkçe–Almanca versiyonları)

Sevgili Hanımlar, menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikayetinizin olmadığı yakınmalar için “hiç yok” seçeneğini işaretleyiniz.

Yakınmalar	Hiç Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
1. Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
2. Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3. Uyku sorunları (Uykuya dalmada, erken uyanma)					
4. Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5. Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6. Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi)					
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8. Cinsel sorunlar (Cinsel istekte azalma, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9. İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10. Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı ve romatizmal şikayetler)					

Sehr Geehrte/r Teilnehmer/in;

Mein Name ist Pınar Irmak, ich mache meinen Magister an der Abteilung für Frauenkrankheiten und Entbindung des Instituts der Gesundheitswissenschaften der Universität Akdeniz. Es handelt sich in dieser Studie um die Feststellung der Wahrnehmungen und Auswirkungen auf die Lebensweise im Bezug auf die Wechseljahre bei den Frauen mit verschiedenen Abstammungshintergründen, die sich im Zentrum des Stadtbezirks Alanya aufhalten und in die Wechseljahre gekommen sind. Zu diesem Zweck wurde ein Umfragebogen erstellt, um Ihre diesebezüglichen Meinungen festzustellen. Dieser Umfragebogen wird Sie 15-20 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Ich glaube fest daran, dass Ihre aufrechten und vollständigen Nennungen dazu beitragen werden, dass die Frauen mit verschiedenen Abstammungshintergründen, die sich in den Wechseljahren befinden, diesbezüglich mehr Unterstützung finden. Die zusammengestellten Daten werden nur für diese Studie benutzt werden. Voraussetzung der Teilnahme an dieser Studie ist, dass die Beantwortung der Determinanten auf Freiwilligkeit beruht. Um die Geheimhaltung der Personalien der Teilnehmer zu gewährleisten, werden die Namen der Beteiligten nicht gefragt. Auf Wunsch können Sie die Beantwortungen der Determinanten dann abrechnen, wenn Sie möchten. Vielen Dank für Ihre Teilnahme

Pınar Irmak Yılmaz

Poll Nummer:

Poll Fragen

- 1- Alter
- 2- Bildungsstand Jahr
- 3- Der Bildungsstand des Partners ?.....
- 4- Arbeiten Sie noch?
 - 1- Ja
 - 2- Nein
 - 3- Rentner
- 5- Wenn ja, was ist Ihr Beruf?.....,
- 6- Gesamteinkommen Ihrer Familie..... €
- 7- Seit wievielen Jahren sind Sie mit Ihrem Partner zusammen?
- 8- Haben Sie Kinder?
 1. Ja
 2. Nein (Wenn ja, überspringen Sie bitte die neunte Frage)
- 9- Wenn ja, die Anzahl Ihrer Kinder.
- 10- Haben Sie einen chronischen Krankheits hintergrund?
 1. Ja
 2. Nein (Wenn nein, dann überspringen sie die elfte Frage bitte)
- 11- Wenn ja, unter was für einer chronischen Krankheiten leiden Sie?.....
- 12- Gibt es eine Medikamente, die Sie regelmässig einnehmen?
 1. Ja
 2. Nein (Wenn nein, dann überspringen sie die dreizehnte Frage bitte)
- 13- Wenn ja, zu welchem Zweck nehmen Sie diese Medikamente?
- 14- Rauchen Sie?
 1. Ja
 2. Nein (Wenn nein, dann überspringen sie die fünfzehnte Frage bitte)
- 15- Wie viele Zigaretten oder Schachtel rauchen Sie pro tag?
- 16- Benutzen Sie Alkohol?
 1. Ja
 2. Nein (Wenn nein, dann überspringen sie die achtzehn Frage bitte)
- 17- Wie oft nehmen Sie Alkohol zu sich?
 5. Jeden tag
 6. Jeden zweiten Tag
 7. Selten
 8. Weiteres (bitte erklären Sie).....
- 18- In welchem Lebensalter sind Sie in die Wechseljahre gekommen?
- 19- Dauer ihrer Wechseljahre
- 20- Ihre Grösse?.....cm
- 21- Ihr Gewicht?.....kg
- 22- BKI:.....(kg/m²)

- 23- **Grund ihrer Wechseljahre- wie ist bei Ihnen die Wechseljahre zustande gekommen?**
1. Auf natürliche Weise
 2. Durch chirurgischen Eingriff
- 24- **Wurden Sie diesbezüglich ärztlich behandelt? (Hormonbehandlung)**
1. Ja
 2. Nein
- 25- **Wie lange erhalten Sie schon diese Behandlung/ haben Sie diese Behandlung erhalten?**
- 26- **Haben Sie sich über Wechseljahrephase informieren lassen?**
1. Ja
 2. Nein
- 27- **Von wem oder durch was haben Sie sich darüber informieren lassen?**
10. Hebamme- krankenschwester
 11. Arzt
 12. Nachbarn und Verwandte
 13. Medien
 14. Ich habe mich diesbezüglich bilden lassen
 15. Tv oder Fernseher
 16. Über internet
 17. Zeitschriften
 18. Weiteres (erklären Sie bitte).....
- 28- **Mit wem haben Sie ihre Beschwerden zu Wechseljahren ammeisten geteilt?**
1. Freund
 2. Partner
 3. Arzt
 4. Krankenschwester
 5. Kinder
 6. Weiteres, erklären Sie bitte.....
- 29- **Haben Sie alternative behandlungsmethoden angewendet, um ihre Beschwerden über Wechseljahre zu beseitigen?**
1. Ja
 2. Nein
- 30- **Welche alternative Behandlungsmethoden haben Sie benutzt?**
- 31- **Familienstand?** 1. Verheiratet 2. Single
- 32- **Sind Sie mit Ihrem Eheleben zufrieden?**
1. Sehr zufrieden
 2. Zufrieden
 3. Unzufrieden.
 4. Überhaupt gar nicht zufrieden
- 33- **Wie wahrnehmen Sie Ihre Wechseljahrephase?**
1. Positiv
 2. Negativ

34- Kreuzen Sie bitte folgende Determinanten im Bezug auf Erlebnisse und Wahrnehmungen in den Wechseljahren

1. Die Wechseljahre sind ein natürlicher und ruhiger Lebenszyklus		2. Weiblichkeit geht in der Menopause verloren	
3. Es gibt in den Wechseljahren eine soziale Entwicklung		4. In der Menopause treten artzliche Falle auf, wo eine Behandlung vonnöten	
5. Der Geschlechtsverkehr in den Wechseljahren ist noch genussvoller		6. Es gibt in den Wechseljahren unvorhersehbare und peinliche und sowie schadhliche Symptomen	
7. Während der Wechseljahre wird man bei der Arbeit toleriert		8. Die Wechseljahre sind für eine Frau ein unangenehmes Erlebnis	
9. In den Wechseljahren gibt es traditionelle artzliche Behandlungsmethoden, vor denen man keine Angst haben sollte		10. In den Wechseljahren lässt die Arbeitskapazität der Frau nach	
11. In den Wechseljahren gibt es keinen höheren Wunsch nach Sex		12. Das Leben wird in den Wechseljahren noch schwieriger	
13. In den Wechseljahren ist das Leben noch ruhiger und leichter		14. In den Wechseljahren geht die physische Anziehungskraft verloren	
15. In den Wechseljahren fühlt man sich noch reifer und noch selbstsicherer		16. In den Wechseljahren vermehren sich familiäre Problemen	
17. Während der Menopause hat Würde man in der Familie und der Gesellschaft.		18. In den Wechseljahren kommen es am Körper zu Veränderungen	
19. In den Wechseljahren besteht keine Notwendigkeit mehr für die Verwaltung der Familienplanung		20. In den Wechseljahren lässt der Wunsch nach Geschlechtsverkehr nach	
21. Die Person ist in den Wechseljahren von den Beschwerden und Probleme über Periode befreit		22. In den Wechseljahren spürt man Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	
23. In den Wechseljahren befreit sich von der Angst vor der Schwangerschaft		24. In den Wechseljahren geht die Fruchtbarkeit verloren.	
25. Während der Wechseljahre können Gottesdienste ununterbrochen durchgeführt werden		26. Die Wechseljahre sind ein wichtiges Kennzeichen fürs Altern	
27. Andere.....			

Menopause Rating Scale (MRS)

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit?
 Kreuzen Sie bitte jede Beschwerde an und wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

Beschwerden:

	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
	-----	-----	-----	-----	-----
	Punktwert = 0	1	2	3	4
1. Wallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herztolpern, Herzbeklemmungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Körperliche und geistige Erschöpfung (allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung, Konzentrationsschwäche, Vergeßlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Hamabgang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mail - pinar.irmak@windowslive.com - Mozilla Firefox

Değış Düzen Görünüm Geçmiş Yeri İmleri Arşiv Yazdır

http://du109w.dbl109.mail.live.com/ds/out.aspx?mail/bbcode.aspx?m=193395460h-337732609&id=1&ler=1&mid=0266032-61f6-11e1-bd7d-002159be23dc&v=1

En çok ziyaret edilenler K. Akın Haberler 2) Backslash Ceeleir

Hotmail - pinar.irmak@windowslive.com

Re: Menopause Rating Scale study permission 28.02.2012

Bununla ilgili istediğinizi görmek için, lütfen tıklayın ya da tıklayın.

Prof. Dr. HPG Schneider
Klinik FMAR BGM, Prof. Dr. HPG Schneider

Dear Pinar İrmak ,

Thank you for your request relating to the Menopause Rating Scale .
Please go ahead and use it for your purposes ,

We would be interested to learn about the results you will have achieved
with your interrogation on the Menopause.

Should you have any further requests, don't hesitate to contact us again.

Kind regards ,

Hermann P. G. Schneider , FRCOG

Am 20.02.12 09:43 schrieb "PINAR IRMAK" unter <pinar.irmak@windowslive.com>:

Dear Sir,

I am Pinar İrmak, I am living in Antalya, Turkey. I am Master degree Student of Gynecology and Obstetrics Nursing. My thesis is related to Menopausal women. My thesis' subject is that Turkish and German menopausal women who are living in Antalya (district of Antalya), perception of menopause and the opinions related to menopause. There are many German people living in Antalya. I want to find as a result of the differences between the two cultures in menopausal women. I ask for permission to use Menopause Rating Scale on my thesis. I try to find your original article and studies. I need your support and advice. Thank you for your interest in advance.

Yours faithfully
Pinar İrmak
pinar.irmak@windowslive.com

Yeni Yazdır Tümünü Yazdır İlet Sil Geçmiş Silgi İmleri Topu Kategoriler

günlük.com forumları ve arkadaşları

Bağla

