

**T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**UTIAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK
VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Halime ABAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

Bu araştırma; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 1111 nolu proje ile desteklenmiştir.

Ankara, 2014

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ KABUL VE ONAY

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Halime ABAY

Yüksek Lisans Tezi

13 Ağustos 2014

Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN



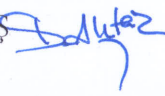
Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN



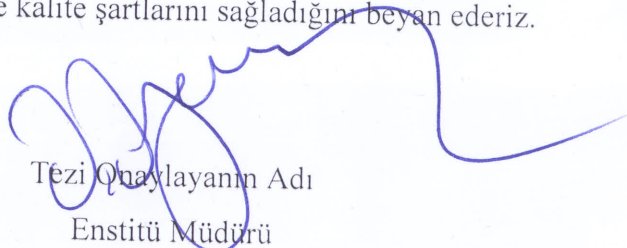
Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN



Yrd. Doç. Dr. Demet AKTAŞ



Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.



Tezi Onaylayanın Adı

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezdeki bütün bilgileri akademik etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih (Gün-Ay-Yıl)

15.08.2014

İmza

Halime ABAY

TEŞEKKÜR

Beni her anlamda özgür bırakan, bilimsel düşünceyi yaşam biçimi olarak algılamamı sağlayan, yüksek lisanstan bu yana her zaman destekleyen ve takdir eden Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN'a,

Tez süresince desteklerini hissettiğim Sayın Hocalarım Doç. Dr. Gül PINAR ve Yrd. Doç. Dr. Ebru EREK KAZAN'a,

Tezde görüşlerine başvurduğum ve değerli katkılarını esirgemeyen Sayın Hocalarım Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN, Yrd. Doç. Dr. Demet AKTAŞ, Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ, Doç. Dr. Ayşe ÇEVİRME, Yrd. Doç. Dr. Fatma COŞAR ÇETİN, Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN'e,

Araştırmanın izni ve uygulanabilmesinde yardımcı olan Etlik Zübeyde Hanım Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Menopoz Polikliniği Sorumlusu Sayın Dr. Berna DİLBAZ'a,

Sevgilerini her zaman hissettiğim, hayatımın her aşamasında beni cesaretlendiren, sabır ve sevgi gösteren sevgili aileme,

Her koşulda yanımda olan, beni sürekli hayata motive eden, asla desteğini ve ilgisini esirgemeyen, hayatımdaki en önemli varlığım, sevgili eşime

İçtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3.Araştırma Soruları	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.Kadın Sağlığı	4
2.2.Menopozun Tanımı ve Sınıflandırılması	4
2.3.Menopozun Tarihçesi	6
2.4.Menopozun Fizyolojisi	7
2.5.Dünyada ve Türkiye’de Menopoz Göstergeleri	8
2.6.Menopozu Etkileyen Faktörler	9
2.7.Menopozun Kültürel Yönü	10
2.8.Menopoz Döneminde Görülen Sağlık Sorunları	11
2.8.1.Vazomotor Değişiklikler	11
2.8.2.Sindirim Sistemi Sorunları	12
2.8.3.Emosyonel ve Psikolojik Sorunlar	13
2.8.4.Uyku Bozuklukları	13
2.8.5.Deri Değişikliği	14
2.8.6.Bilişsel Fonksiyon Değişimleri	14
2.8.7.Üriner Sistem Sorunları	14
2.8.8.Cinsel ve Genital Değişiklikler	15
2.8.9.Kardiyovasküler Hastalıklar	16
2.8.10.Kas ve İskelet Sistemi Sorunları	16
2.8.11.Genital Kanserler ve Meme Kanseri	18
2.9.Menopoz Döneminde Kullanılan Tedavi Yöntemleri	18
2.9.1.Medikal Tedavi	18

2.9.2.Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	20
2.10.Menopozda Hemşirelik Yaklaşımları	21
2.11.Yaşam Kalitesi	23
2.11.1.Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi	24
2.12.Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik Çalışma Süreci	25
2.12.1.Güvenirlik	25
2.12.2.Geçerlik	27
2.12.2.1.Kapsam Geçerliği	28
2.12.2.2.Yapı Geçerliği	29
3. GEREÇ ve YÖNTEM	30
3.1.Araştırmanın Tipi	30
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri	30
3.3.Araştırmanın Evreni	30
3.4.Araştırmanın Örneklemi	32
3.5.Araştırmanın Etik Yönü	32
3.6.Veriler Toplama Araçları	32
3.6.1.Bireysel Bilgi Formu	33
3.6.2.Utman Yaşam Kalitesi Ölçeği	33
3.6.3.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	35
3.7.Araştırmanın Uygulanması	35
3.7.1.Dil ve Kapsam Geçerliği	35
3.7.2.Uygulama Aşaması	36
3.7.3.Yapı Geçerliği	37
3.7.3.1.Doğrulayıcı Faktör Analizi	37
3.7.4.Güvenirlik Aşaması	39
3.7.4.1.Cronbach Alfa İç Tutarlılık Anlamında Güvenirlik Katsayısı	39
3.7.4.2.Eşdeğer Form Güvenirliği	40
3.8.Araştırmanın Bağımsız ve Bağımlı Değişkenleri	40
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları	41
4.BULGULAR	42
4.1.Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular	42
4.2.Sağlık Öyküsüne İlişkin Bulgular	44
4.3.Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular	45

4.4.Menopoza İlişkin Bulgular	46
4.5.Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	48
4.5.1.Bireysel Özelliklere Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	49
4.5.2.Sağlık Öyküsüne Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	64
4.5.3.Menopozal Özelliklere Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	68
5.TARTIŞMA	75
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	91
7.KAYNAKLAR	95
8.EKLER	114
EK A. ÖLÇEK SAHİBİNDEN ALINAN İZİN	114
EK B. ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDEN ALINAN YAZILI İZİN	115
EK C. ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ EĞİTİM PLANLAMA KOORDİNASYON BİRİMİNDEN ALINAN YAZILI İZİN	116
EK D. ETİK İZİN	117
EK E. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	119
EK F. BİREYSEL BİLGİ FORMU	121
EK G. UTIAN QUALITY OF LIFE SCALE	127
EK H. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	128
EK I. UTIAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE VERSİYONU..	132
EK J. GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLARIN LİSTESİ	134
ÖZGEÇMİŞ	136

ÖZET

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Bu araştırma, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek, menopozdaki kadınların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne başvuran 250 kadın oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak; bireysel bilgi formu, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ve eşdeğer form güvenilirliği için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin geçerliğinin değerlendirilmesinde dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği yöntemleri, güvenilirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenilirlik katsayıları hesaplaması ve eşdeğer form güvenilirliği yöntemleri, veri analizinde ise frekans, yüzde, Mann Whitney U Testi ve Bonferroni düzeltilmeli Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır.

Araştırmada Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak hesaplanmış olup, ölçek Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmiştir. Çalışma kapsamında kadınların yaş ortalamasının 54.25 ± 6.17 , %54.8'inin ilköğretim mezunu, %9.6'sının gelir getiren bir işte çalıştığı, %81.2'sinin evli, %81.2'sinin il merkezinde yaşadığı ve %79.6'sının ekonomik durum algısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, kadınların Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği tutum puan ortalaması 75.43 ± 15.64 , meslek/iş, cinsel, sağlık, emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları ise sırasıyla 26.75 ± 4.13 , 9.34 ± 3.16 , 20.43 ± 6.59 , 18.91 ± 5.43 olarak tespit edilmiş olup, menopoz dönemindeki kadınların genel, meslek/iş, cinsel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, kadınların özelliklerine göre Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği tutum puan ortalaması karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi, ekonomik durum algısı, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumu, olumlu menopoz algısı arttıkça, kronik hastalığa sahip olma durumu, ilaç kullanımı, menopoza ilişkin sağlık sorunu yaşama durumu ise azaldıkça yaşam kalitesinin yükseldiği belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Bu kapsamda, Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türk toplumunda menopozal dönemde bulunan kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği, bu dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için menopoz polikliniklerinin yaygınlaştırılmasıyla birlikte, hemşirenin danışmanlık ve eğitim rolünü en iyi şekilde uygulaması gerekliliği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Geçerlik, güvenirlik, menopoz, ölçek, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Validation and Reliability of Utian Quality of Life Scale

This study was conducted descriptive and methodological, in order to determine the quality of life of menopausal women and evaluate the validity and reliability of Utian Quality of Life Scale in Turkish language.

The population of the study was composed of 250 women who applied to Etlik Zübeyde Hanım Women's Health Education and Research Hospital's Menopause Polyclinics. Personal information form and Utian Quality of Life Scale are used for collecting data and SF-36 is used for the reliability of equivalent form in the study. Language validity, content validity, construct validity methods are used to assess the validity of the scale, Cronbach alpha reliability coefficient calculation, equivalent form reliability methods are used to assess reliability of the scale, frequencies, percentages, Mann Whitney U Test and Kruskal-Wallis H Test with Bonferroni correction is used for data analysis.

The Cronbach alpha reliability coefficient of Utian Quality of Life Scale is calculated 0.88 and the scale is considered as a valid and reliable measurement tool for Turkish population. The average age of the study population is 54.25 ± 6.17 , 54.8% of the study population are primary school graduate, 9.6% are working in a wage-earning employment, 81.2% are married, 81.2% are living in city centre and 79.6% describe themselves as middle income people. Additionally, the Utian Quality of Life Scale attitude mean value is 75.43 ± 15.64 , professional/work, sexual, health and emotional quality of life attitudes mean values are 26.75 ± 4.13 , 9.34 ± 3.16 , 20.43 ± 6.59 , 18.91 ± 5.43 respectively. According to these values it is determined that, the general professional/work, sexual, health and emotional quality of life of menopausal women is in medium level. Also when the Utian Quality of Life Scale attitude mean values are compared according to the properties of women; it is found that the quality of life of women is rising with increase of educational status, economical situation perception, regular physical exercise, regular health controls by gynecologists, positive menopause perception and with decrease of having chronic disease, medication use, having menopause related health problems ($p < 0.05$).

In this context, Utian Quality of Life Scale is considered measurement tool for Turkish menopausal women, it is concluded that in order to increase the quality of life of menopausal women disseminate menopause policlinics where they can take education and consultation services and ensure to perform nurses' education and consultancy roles in the best way.

Key Words: Menopause, quality of life, reliability, scale, validation.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
UYKÖ	: Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği
BSO	: Bilateral Salfingo Oferektomi
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DXA	: Dual-energy X-ray Absorptiometry
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
SF-36	: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
KGO	: Kapsam Geçerliği Oranı
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
NNFI	: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index)
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)
NFI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index)
GFI	: İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TAH-BSO	: Total Abdominal Histerektomi-Bilateral Salpingooferektomi
TAH	: Total Abdominal Histerektomi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
KSA	: Kadın Sağlığı Araştırması
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Menopozal dönem şeması	5
Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması	31
Şekil 3.2. UYKÖ'ye ait path diagramı	38

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 3.1. UYKÖ'nün faktör yapısı için uyum indeksleri	37
Tablo 3.2. DFA'ya ait regresyon analizi	39
Tablo 3.3. UYKÖ ve SF-36 toplam puanlarına ilişkin pearson korelasyon değerleri.....	40
Tablo 4.1. Kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı	42
Tablo 4.2. Kadınların bireysel alışkanlıklarının dağılımı	43
Tablo 4.3. Kadınların sağlık öyküsüne ilişkin verilerinin dağılımı	44
Tablo 4.4. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı	45
Tablo 4.5. Kadınların jinekolojik özelliklerinin dağılımı	46
Tablo 4.6. Kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı	46
Tablo 4.7. Kadınların UYKÖ'ye ilişkin tutum puan ortalamalarının dağılımı	48
Tablo 4.8. Kadınların medeni durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	49
Tablo 4.9. Kadınların eğitim durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	50
Tablo 4.10. Kadınların yerleşim yerine göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	52
Tablo 4.11. Kadınların çalışma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	53
Tablo 4.12. Kadınların sosyal güvence durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	54
Tablo 4.13. Kadınların ekonomik durum algısına göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	55
Tablo 4.14. Eşin eğitim durumuna göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	56
Tablo 4.15. Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	58
Tablo 4.16. Ailede bakıma muhtaç birey varlığına göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	59
Tablo 4.17. Kadınların ev işlerinde yardım alma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	60

Tablo 4.18. Kadınların sigara kullanma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	61
Tablo 4.19. Kadınların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	62
Tablo 4.20. Kadınların düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	63
Tablo 4.21. Kadınların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	65
Tablo 4.22. Kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	66
Tablo 4.23. Kadınların jinekolojik operasyon geçirme durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	67
Tablo 4.24. Kadınların menopoza giriş şekline göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	68
Tablo 4.25. Kadınların menopoz döneminde sağlık sorunu yaşama durumuna UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	69
Tablo 4.26. Kadınların menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvuruma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	70
Tablo 4.27. Kadınların HRT kullanma durumuna UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	72
Tablo 4.28. Kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	73
Tablo 4.29. Kadınların menopoz algısına göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı	74

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), over fonksiyonlarının durmasına bağlı östrojen hormon seviyesinin azalması sonucu kadının bir yıl süreyle mensturasyon görmemesini menopoz olarak tanımlamaktadır (1). Dünyada menopoz yaşı 51 olarak kabul edilmektedir (2). Dolayısıyla, kadınların yaşam süreçlerinin üçte birini menopoz ve menopoz sorunlarıyla geçirmesi beklenmektedir (3).

Menopoz, kadının aile ve iş yaşamında, benlik algısında değişimlerin yanı sıra hormonal değişimlerin de olduğu bir dönemdir (4,5). Menopozal dönemde meydana gelen östrojen eksikliğine paralel bu fizyolojik ve psikososyal değişiklikler farklı şiddette ve sürede yaşanmakta olup, beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemde sıcak basması, terleme, uykusuzluk, yorgunluk ve gerginlik gibi erken dönem sağlık sorunlarının yanısıra, osteoporoz, osteoporotik kırıklar, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), ürogenital semptomlar gibi geç dönem sağlık sorunları da görülebilmektedir (6,7,8). Aynı zamanda kadınların yaşlanma ile ilgili endişeleri, çocuk doğurma yeteneklerinin kaybı ve görünümündeki değişiklikler sosyal ve sembolik anlamlarla birleşerek yaşam kalitesini düşürmekte, verimliliğini, iş gücünü, özgüvenini olumsuz yönde etkilemektedir (3,9,10-12).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 2030 yılında 1.2 milyar kadının menopoz ve sonrası dönemde olacağı tahmin edilmektedir (1). Dolayısıyla, birçok kadının menopozal dönem sorunlarıyla karşı karşıya kalacağı ve bu durumun yaşam kalitesini düşüreceği düşünülmektedir (13). Kim ve arkadaşlarının menopoz ve yaşam kalitesi ilişkisini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların %74.8'inin menopozal yakınması olduğu ve bu sorunların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (10).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıkları olarak tanımlamaktadır (14). Ayrıca, yaşam kalitesi subjektif bir kavram olup, bireysel iyilik hali olarak

tanımlanmakta ve bireyin kendi yaşamına yönelik doyum, mutluluk durumu ile ilişkilendirilmektedir (9). Hall ve arkadaşlarının çalışmasında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yaşam süresinin uzamasına ve yaşam kalitesinin düşmesine bağlı sağlık harcamalarının genel sağlık bütçesi üzerindeki etkisinin 2020 yılında %20'nin, 2050 yılında ise %30'un üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (15). Dolayısıyla, yaşam süresindeki artışla menopozda geçirilen süre uzamakta, menopoz dönemine özgü yaşam kalitesi etkilenmekte ve menopozun ülke ekonomisine olan yükü artmaktadır.

Yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden birisi sağlık kavramı olup, menopozda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biridir. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek, sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak hemşirelerin önemli sorumluluklarındandır. Sağlık ekibinin önemli üyesi olan hemşirelerin, bu dönemdeki kadınların yaşam kalitesine ilişkin bilgiye sahip olmaları ve yaşam kalitesini etkileyen risklerinin farkında olmaları, kadınlara menopozal şikayetlerle başedebilmeleri konusunda daha fazla destek olabilmelerini sağlayacaktır. Bu dönemdeki hemşirelik yaklaşımı dikkatli tanılama, destek ve eğitimi içermektedir (16). Hemşireler, menopoz dönemindeki kadının yaşam kalitesini artırmak için kaliteli bakım ve danışmanlık hizmeti sunmalıdır.

Menopoz dönemine özgü yaşam kalitesini belirlemede kullanılan, Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği yapılmış sınırlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Bu bakımdan, menopoza özgü geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğine gereksinim duyulmaktadır (17). İyilik halini menopozal semptomlardan ayırt ederek değerlendirmek amacıyla kullanılan ve yaşam kalitesini çok boyutlu değerlendiren ölçeklerden biri Utian tarafından (2002) geliştirilmiş olan Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği (UYKÖ)'dir (18). Bu kapsamda, çalışma ile UYKÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilerek, ölçeğin menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini ve bakım gereksinimlerini belirlemede hemşirelere rehberlik edecek objektif bir veri kaynağı olarak kullanılabilmesi yönünde katkı sağlaması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, menopoz dönemine özgü yaşam kalitesini duygusal, cinsel, meslek/iş ve sağlık açısından ele alarak dört boyutta değerlendirme imkanı sunan UYK'nn Türkçe geçerliğini ve güvenirliğini incelemek, menopozdaki kadınların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Utian Yaşam Kalitesi leği'nin Türkçe versiyonu Türk popülasyonunda geçerli bir şekilde kullanılır mı?
- Utian Yaşam Kalitesi leği'nin Türkçe versiyonu Türk popülasyonunda güvenilir bir şekilde kullanılır mı?
- Menopoz dönemi yaşam kalitesini olumsuz etkiler mi?
- Menopoz döneminde yaşam kalitesini etkileyen risk faktörleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Sağlığı

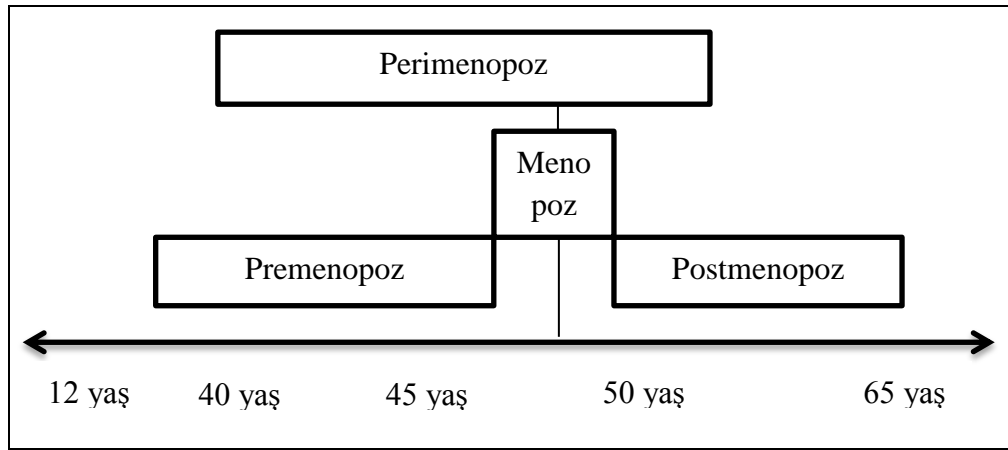
Kadının yaşam sürecinde, intrauterin dönemden başlayarak çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemler yer almakta ve bu dönemlerin her birinde kendine özgü fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşanmaktadır (19). Kadınlar erken yaşam dönemlerinde cinsiyet seçimi, yetersiz emzirme, istismar, ihmal ve bakım eksiklikleri gibi sorunlarla, ergenlik döneminde ise zararlı alışkanlıklar-madde bağımlılığı, yeme bozuklukları ve bu döneme özgü üreme sağlığı sorunları ile karşılaşabilmektedir. Erişkinlik döneminde yaşanan sorunlar arasında istenmeyen gebelikler ve istemli düşükler, gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar, postpartum sorunlar, infertilite, cinsel işlev bozuklukları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, genital mutilasyon, meme kanseri, jinekolojik kanserler ve şiddet bulunmaktadır. Kadınlar perimenopozal dönemde ve yaşlılık döneminde özellikle menopozal sorunlar, yaşlı istismarı, ihmali ve yoksulluk yaşamaktadır (20).

Aynı zamanda, toplumların kadına biçtiği toplumsal cinsiyet rolünden kaynaklanan ve onların sağlığını etkileyen olumsuzluklar, kadınların yaşadıkları sorunlarla başetmelerini zorlaştırmaktadır (21,22). Kadınların eğitim düzeyi, ailede ve toplumdaki yeri, ekonomik özgürlüğü sağlık hizmetlerinden yararlanmasını önemli oranda etkilemektedir (23). Bu bakımdan, kadınların toplum nüfusunun büyük bir çoğunluğunu oluşturması, birey, aile ve toplum sağlığını doğrudan etkilemesi nedeniyle sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi önem taşımaktadır (24).

2.2. Menopozun Tanımı ve Sınıflandırılması

Menopoz; Yunancada ay (men) ve sonlanma (pause) kelimelerinin birleşmesinden oluşmuş olup, “son adet” anlamına gelmektedir. DSÖ, over fonksiyonlarının durmasına bağlı östrojen hormon seviyesinin azalması sonucu kadının bir yıl süreyle mensturasyon görmemesini menopoz olarak tanımlamaktadır (1,25).

Perimenopozal dönem, premenopoz, menopoz ve postmenopoz olmak üzere üç dönemi kapsamaktadır. Premenopozal dönem DSÖ'nün kabul ettiği tanımlamaya göre; östrojen hormonunun azalmaya başlamasıyla ortaya çıkan vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı, emosyonel rahatsızlıklar ve bazı yakınmalar ile karakterize olup, menopoz öncesi bir veya iki yıllık süreyi kapsamaktadır. Postmenopozal dönem; östrojen hormonu eksikliğinin fizyolojik ve psikolojik denge üzerinde sistematik etkiler oluşturmaya başladığı andan, yaşlılık dönemine kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır. Yakınmaların fazla olduğu bu dönem menopoz sonrası altı sekiz yıllık süreyi kapsamaktadır (1,26). Perimenopozal dönem ise; menopoz öncesinde menopozla ilişkili klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren, son menstrual periyodu izleyen bir yıllık süreyi içerisine alan dönemdir (Şekil 2.1) (1).



Şekil 2.1. Menopozal dönem şeması.

Erken menopoz yada prematür menopoz; son menstruasyonun 40 yaşından önce gerçekleşmesi durumudur. Ayrıca, 40 yaşından önce en az dört altı ay süreyle menstruasyonun sonlanması ve bir ay aralarla ölçülen folikül stimulan hormon değerlerinin 40 IU/L'nin üzerinde olması prematür ovaryan yetmezlik sendromu olarak tanımlanmaktadır (1). Menopoz doğal süreçle gelişebileceği gibi cerrahi olarak da ortaya çıkmaktadır. Cerrahi menopoz; doğal menopozdan önce her iki overin, histerektomiyle birlikte ya da sadece Bilateral Salphingo Ooforektomi (BSO) ile çıkarılması sonucu oluşan menopoz olarak tanımlanmaktadır (1,27).

2.3. Menopozun Tarihçesi

Menstruasyonun sonlanması ilk defa 1776 yılında, Fothergill tarafından İngiltere’de “Medical Observation and Inquiries” adlı bir dergide yazılı olarak ele alınmış, hatta çözümüne yönelik girişimler tartışılmıştır (28,29). Gardanne 1816 yılında, Paris’te menopoza çeşitli yönleriyle ele almış ve bu konuya yönelik gözlemlerini bir kitapta toplamıştır. Araştırmacı bir bakıma menstruasyonun kesilmesi anlamına gelen “La Menespausie” deyimini ortaya atan ilk kişidir. Daha sonra ise, Eski Yunanca’dan gelen “men” ve “pause” kelimeleri kadınların bu dönemlerini ifade eden deyim olarak günümüze kadar gelmiştir (29).

1840 yılında Negrier d’Angers, overlerdeki follikül ile menstruasyon kanamasının ilişkisini gözlemiş ve yayınlamıştır. Tilt 1857’de İngiltere’de, ilk defa 500 klimakterik kadını gözlemlemiş, bu kadınların sıkıntılarının ciddiyetini ortaya koymuş ve onların rahat etmeleri için sedatif verilmesini önermiştir. Ayrıca, Tilt bu dönemde kadınların çevreden gelen olumsuz etkilere karşı hassas olduklarını gözlemlemiş ve menopozda atılamayan pis maddeler içeren kanın şikayetlerin sebebi olduğunu savunan teoriye itiraz etmiştir. Asıl nedenin nörolojik değişiklikler olduğunu, bu değişikliğin temelinde ise değişen overin nörolojik fonksiyonunun yattığını ileri sürmüştür (29).

1903 yılında Fraenkal, over fonksiyonlarının bozulması sonucu östrojenin azalmasına bağlı ateş basması, santral sinir sistemi belirtileri, depresyon, halsizlik, vajinal atrofi gibi olayların yaşandığını belirtmiştir. 1923’te Allen ve Doisy, sağlıklı dişi farelerde foliküllerden elde ettikleri ve adına “folikülün” dedikleri sıvının farelere verildiğinde, östrojen meydana getirdiğini göstermiştir. Allen ve Doisy’nin bu buluşundan sonra overlerle ilgili olmayan pek çok menopoz teorisi terk edilmiştir (29).

1932’de östronun kimyasal yapısı bulunmuş ve östrondan östradiol elde edilmeye başlanmıştır. İlk defa 1936 yılında Albright, menopozal dönemde kanda azalan östrojen değerine bağlı olarak gonodotropinlerin yükseldiğini yayınlamıştır. İnholffen ise, bu tarihte etinil östradiolün sentezini yapmıştır. Menopozda Hormon Replasman Tedavisi (HRT) amaçlı konjüge östrojenler önce İngiltere, Almanya ve

Fransa'da kullanılmaya başlanmış, 1942 yılında da ABD'de kullanımına izni verilmiştir (29).

Avrupa'da ilk kez menopoz konusunda bir toplantı Uluslararası Sağlık Vakfı tarafından 1971'de Cenevre'de düzenlenmiştir. Bunun yanında, 1976 yılında menopoz konusundaki ilk uluslararası kongre Fransa'da La Grande Motte'de toplanmıştır. Bu kongrede, menopoz konusunda bütün dünyada klinik araştırmalar yapan 165 kişi bir araya gelip, konuyu sistematik ve uluslararası standarda getirmek için tartışmıştır. 1978'de ise, menopoz konusunda ikinci uluslararası kongre Kudüs'te toplanmıştır. Avrupa Menopoz Derneği, 1990 yılında kurulup ilk toplantısını 1990 yılında Fransa'da yapmıştır (30).

Türkiye'de menopozla ilgili bilimsel araştırmalar 1970'li yıllardan sonra yapılmaya başlanmış ve 1986 yılında Jinekolojik Endokrinoloji Derneği kurulmuştur. Menopoz ve östrojen tedavisi konusunda kapsamlı ilk Türkçe kitap 1973 yılında "Klinikte Menopoz ve Tedavisi" ismiyle yayınlanmıştır. 1992'de "Türk Menopoz ve Osteoporoz Derneği" kurulmuş, ilk kongre I. Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Sempozyumu adıyla 22-24 Eylül 1993 tarihinde yapılmıştır. DSÖ ve Uluslararası Menopoz Topluluğu, 2001 yılında 18 Ekim'i "Dünya Menopoz Günü" olarak ilan etmiştir (29).

2.4. Menopozun Fizyolojisi

Intrauterin hayatın 20. haftasında kadının reproduktif çağa geldiğinde üremek için kullanacağı germ hücreleri overlerde oluşmaktadır. Doğumda iki milyon kadar primordiyal folikül mevcut olup, reproduktif çağa gelene kadar folikül sayısı sürekli azalmaktadır (1,31). Doğumda overlerde var olan primordiyal foliküller, ovulasyon veya foliküler atrezi sonucunda tükenmektedir. 45 yaşına ulaşan kadında, ortalama 5 000 - 20 000 kadar oosit kalmakta ve zamanla foliküller azaldıkça, overden salgılanan steroid hormonlar da azalmaktadır. Foliküllerin sayısının azalmasının yanında, oositlerin gonadotropinlere olan duyarlılıkları da azalmaktadır. Gonadotropinlere duyarlı oositler overlerde tükenirken, geride kalan az sayıdaki oosit gonadotropinlere yanıt verememektedir. Ovulasyonun gerçekleşmemesi sonucunda ise mensturasyon sonlanmakta ve menopoz süreci başlamaktadır (32).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Menopoz Göstergeleri

Toplumlara göre değişmekte olan menopoz yaşı, dünyada 51 olarak kabul edilmektedir (1,2). Menopoz yaşı, endüstrileşmiş toplumlarda 49-51.7 arasında iken, Hindistan, Pakistan, Filipinler, Nijerya gibi toplumlarda 43-48 civarında saptanmıştır (1). 1990 yılında tüm dünyada 50 yaş ve üzeri yaklaşık 467 milyon kadın olduğu tahmin edilmekte ve bu sayının artarak 2030’da 1.2 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Yine 1990 yılında postmenopozal kadınların %40’ı gelişmiş ülkelerde, %60’ı ise gelişmekte olan ülkelere yaşarken, 2030’da gelişmiş ülkelere bu oranın %24’e düşmesi, gelişmekte olan ülkelere ise %76’ya çıkması beklenmektedir. Menopoza giren kadın sayısındaki artış gelişmekte olan ülkelere üreme çağındaki kadın nüfusun fazlalığından dolayı daha hızlıdır (1,2).

Bunun yanında, dünya nüfusu 6.9 milyar olup, bu nüfusun en az yarısını kadınlar oluşturmaktadır (33). Türkiye’de 74 milyon olan nüfusun yarısı kadınlardan oluşmakta ve 2012 yılı nüfus sayımına göre; yaklaşık 37 milyon olan kadın nüfusunun %19.8’i 45-65 yaş grubunda yer almaktadır (34-36). Yani Türkiye’de yaklaşık yedi milyon kişi, menopoza özgü yaşanan sağlık sorunlarından etkilenmektedir.

Ayrıca, 2013 yılında doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlar için yaklaşık 79.2 olarak tahmin edilmektedir (35). Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği, ortalama menopoz yaşını 47 olarak açıklamış olup, bölgesel düzeyde yapılan çalışmalarda ortalama menopoz yaşının 47-50 aralığında değiştiği dikkat çekmektedir (29,37,38). Bu sonuçlar göz önüne alındığında, kadınlar ömrünün üçte birini menopoz ve sonrası dönemde geçirmekte, bu süreçte ise menopoz ve menopoza bağlı sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır (39).

Menopozal dönemde, KVH’ler en sık karşılaşılan mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmakta ve azalan östrojen seviyesi nedeniyle postmenopozal dönemde KVH riskinin arttığı düşünülmektedir (40). Türkiye’de 15-59 yaş arası kadınlarda, iskemik kalp hastalıkları (%18.7) ve serebrovasküler hastalıklar (%9.7) en sık iki ölüm nedenidir (41). Kadınların ortalama yaşam sürelerinin artması, hayatlarının %30-40’ını bu hormonların koruyucu etkisinden yoksun geçirmelerine, dolayısıyla KVH’lere maruz kalma risklerinin artmasına yol açmaktadır (42).

2.6. Menopozu Etkileyen Faktörler

Menopozal dönemdeki kadınlar, fizyolojik değişimlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de etkisi altında kalmaktadır. Beslenmeyi, sigara ve alkol kullanımını kapsayan yaşam biçimi ve hastalıklar bu dönemdeki kadınları etkileyen başlıca faktörlerdir (43).

Kadınların menopoz sürecini sağlıklı ve kaliteli bir şekilde geçirebilmesi için, bu dönemde beslenme biçimi oldukça önem taşımaktadır. Menopoz, özellikle yağ metabolizmasında yarattığı değişikliklerle kolesterol artışına ve ateroskleroza, kalp hastalıklarına, hipertansiyona neden olmaktadır. Bunun yanında, menopozal dönemde aynı miktarda kalori alımına rağmen, vücut ağırlığında artış görülebilmektedir. Ayrıca, östrojen seviyesindeki düşüş kemiklerde kalsiyum ve fosfor emilimini azaltarak osteoporoza zemin hazırlamaktadır (43).

Yaşla birlikte bazal metabolizma hızı azaldığı, obezite, meme, endometrium kanseri ve KVH riski arttığı için, menopozal dönemdeki kadınların doymuş yağ, şeker, tuz alınımının azaltılması, lif miktarını ise arttırması önerilmektedir. Ayrıca, bu dönemde kadınların günlük diyeti vitamin ve mineral içermelidir. Kemik kuvvetini maksimum hale getirmek için 19-49 yaşlar arasında 1000 mg, 50 yaş civarında 1000-1500 mg kalsiyum alınmalıdır. Güneşten uzak yaşayanların kalsiyum emilimini artırmak için günde 400-800 IU D vitamini alması önerilmektedir. Bunun yanında, menopoz döneminde fitoestrogen alımının artırılması sıcak basması, vajinal kuruluk ve diğer menopozal şikayetlerde rahatlama hissettirmektedir. Bu bileşikler, soya fasülyesi ürünlerinde, tüm buğdaygiller ve bazı meyve sebzelerde bulunmaktadır. Ancak, bu maddelerin günlük ne kadar alınacağı konusunda henüz görüş birliği bulunmamaktadır (44).

Aynı zamanda kadınların menopozal dönemde sigara, alkol kullanmamaları, aşırı çay ve kahve tüketmemeleri gerekmektedir. Sigara östrojen seviyesini azaltarak adet düzensizliklerine, erken menopoz, osteoporoza, ciltte yaşlanmaya neden olmaktadır. Ayrıca, sigara içenler kansere, KVH'ye ve kronik akciğer hastalıklarına daha sık yakalanmaktadır. Aşırı çay ve kahve tüketimi ise, bu dönemdeki kadınlarda uyku bozukluklarına neden olmaktadır. Oysa kadınlar çay ve kahve tüketimini

azalttıklarında, sıcak basması ve idrara çıkma sıklıklarının azaldığını ifade etmektedir (44,45).

Bunun yanısıra, sahip olunan hastalıklar ve tedavileri de menopoza etkilemektedir. Örneğin; diyabet veya tiroid hastası olan, kanser veya kanser tedavisi gören, kromozomal bozuklukları olan, virüslerin yol açtığı iltihaplara yakalanan kadınların erken menopoza girme ihtimalleri yüksektir (44,45).

Ayrıca, kadınların yaşam biçimini oluşturan sosyal ilişkileri, hobileri ve egzersiz yapma durumu, onların boş zamanlarını değerlendirerek olumsuz duygulardan uzak durmalarına katkı sağlamaktadır. Kadınların menopozal dönemde, sık yaşadığı işe yaramazlık duygusunun nedeni de sosyal yaşamdan uzak olmalarıdır. Kadınlar sosyal ilişkiler kurarak ve boş zaman etkinliklerine katılarak ile daha verimli vakit, sağlıklı bir menopoz dönemi geçirebilmektedir (46,47).

2.7. Menopozun Kültürel Yönü

Toplumun kültürü ve menopoza bakış açısı, kadınların menopoz dönemini nasıl geçirdiklerini önemli ölçüde etkilemektedir (45). Kadınların en önemli rolünü çocuk doğurmak olarak kabul eden toplumlarda, menopoz bir sonu sembolize etmekte ve fiziksel yeteneklerin, enerjinin, çekiciliğinin kaybı olarak algılanmaktadır (47).

Batı kültüründe, yaşam tecrübesinin kazandırdığı bilgeliğin değeri olmadığı için artan yaşla beraber menopoz dönemindeki kadınlar statü, fonksiyon ve rol kaybının sıkıntısını yaşamaktadır. Dolayısıyla menopoza kayıp olarak değerlendiren kadınlar için depresyon kaçınılmaz hale gelmektedir. Kadınların yaşlanınca statü kazandığı kültürlerde (Hindistan, Uzakdoğu, Güney Pasifik adaları gibi) ise durum tam tersidir ve bu toplumlarda menopozal dönemdeki kadınlar arasında depresyon görülme oranı çok düşüktür (47).

Türk kültüründe, yaşlanmak kadına aile ve toplum içinde statü kazandırmakla birlikte, kadınların yaşamdan kazandıkları bilgelikleri, gençlik değerlerinden daha önde tutulmaktadır. Bu nedenle kadınlar gençlik, enerji, rol ve fonksiyon kaybını rahatlıkla kompanse edebilmekte ve menopozal dönemi olumlu algılamaktadır (48).

2.8. Menopoz Döneminde Görülen Sağlık Sorunları

Menopoz birçok bedensel ve ruhsal değişikliği beraberinde getiren bir dönemdir. Bu değişiklikler arasında;

- Vazomotor ve kardiyovasküler belirtiler (sıcak basmaları, gece terlemeleri, aritmi, ağrı ve çarpıntı),
- Gastrointestinal değişiklikler (kabızlık, spazm, distansiyon, dispepsi),
- Kas ve iskelet sistemi sorunları (osteoporoz, kas ağrısı, eklem ağrısı, hareket esnekliğinde azalma, kemik kırıkları),
- Oftalmik değişiklikler (gözde kuruma),
- Ürogenital organlarda atrofik değişiklikler (vajinal kuruluk, vulvovajinal kaşıntı, dizüri, pollaküri, stres inkontinansı, vajinal akıntı),
- Cilt değişiklikleri (cildin hidrasyonunun azalması ve kırışması, elâstikiyet kaybı) ve
- Nöropsişik belirtiler (unutkanlık, baş ağrısı) bulunmaktadır.

Bu değişiklikler, menopoz döneminin sıkıntı verici biçimde yaşanmasına neden olmaktadır (49,50).

2.8.1. Vazomotor Değişiklikler

Vazomotor semptomlar genel olarak sıcak basması terimi ile aynı anlamda kullanılmakta olup, sıcak basması perimenopozal dönemin en sık rastlanılan ve rahatsız eden semptomudur. Sıcak basması; tekrarlayan, özellikle yüzde kızarmaya neden olan, terleme oluşturan, vücudun üst bölümlerinde ve yüzde yoğun ısı hissi yaratan ve ardından üflüme ile sonlanan bir durumdur. Genellikle 30 saniye ile beş dakika arasında süren sıcak basması, günde bir veya iki ataktan, 50 atağa kadar çıkabilen sıklıkta olabilmekte ve menopozu takip eden 10 yıl boyunca devam edebilmektedir (47).

Sıcak basmasının nedeni tam olarak belirlenememekle birlikte, endojen östrojen hormonunun konsantrasyonundaki değişimin rol oynadığı düşünülmektedir (5). Yağ dokusundaki artışın estradiol seviyesini yükseltmesi ve kadının Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin artışı ile sıcak basması arasında ters bir ilişki olduğu tahmin

edilmektedir. BKİ'nin 27 kg/m² ve üzerinde olmasının, 40-55 yaş arasında olmanın sıcak basmasına zemin hazırladığı bilinmektedir (51).

Sıcak basması ve terleme, kadınlar tarafından en çok yaşam kalitesini azaltan semptomlar olarak ifade edilmekte ve bu semptomların azaltılması için; kadınların serin odada uyuması, pamuklu giysiler giymesi, şikayet esnasında soğuk su ya da meyve suyu içmesi, cildinin nefes almasına izin veren cinsten yatak çarşafı ve kumaş kullanması, hazır yiyecekler tüketmemesi, kafein ve alkol kullanımından kaçınması önerilmektedir. Ayrıca literatürde sıcak basmasını azaltmada, düzenli ve çok yorucu olmayan egzersizlerinde etkili olduğu belirtilmektedir (47).

2.8.2. Sindirim Sistemi Sorunları

Östrojen düzeyindeki değişme doğrudan veya dolaylı olarak diğer hormonları ve metabolizmayı etkilemektedir. Menopozal dönemde değişen metabolizma iştahı artırmakta, yaşlanmayla birlikte metabolik hız ve fiziksel aktivite azalmakta ve bunun sonucu olarak şişmanlık ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, menopozda toplam yağ birikimi artmakta olup, menopoz sonrası kadınlarda özellikle android tip şişmanlık görülmektedir (51).

Menopozal dönemdeki kadınlarda fiziksel aktivite yapma durumu ve varsa hastalıkları göz önünde bulundurularak kilo artışını engellemeye yönelik bir diyet oluşturulmalıdır. Bu dönemde tavuk ve balık eti kırmızı ete tercih edilmeli, kırmızı et tüketildiğinde ise mümkün olduğunca yağsız olmalıdır. Pişirmede ızgara veya haşlama yöntemi tercih edilmelidir. Yemeklerde zeytinyağı kullanılmalı ve etli yemeklere yağ konulmamalıdır. Süt ve yoğurt kalsiyum ihtiyacı için önemli yiyecekler olduğundan günde iki veya üç porsiyon tüketilmeli ancak, bunların yarım yağlı veya yağsız olmaları tercih edilmelidir. Aynı zamanda öğle ve akşam yemeklerinde pişmiş sebze veya salata yenilmesi, salataya az miktarda zeytinyağı ilave edilmesi ve diyetin altı öğünden oluşması önerilmektedir (51).

2.8.3. Emosyonel ve Psikolojik Sorunlar

Fiziksel, ruhsal ve sosyal değişikliklerin yaşandığı menopoz dönemi, orta yaş dönemi ile örtüşmektedir. Orta yaş döneminde, yaşlanmadan kaynaklı eşin ölümü,

ebeveynlerin ölümü ya da bakımı ve emeklilik destek gerektiren değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda, orta yaş döneminde çocuklarının büyüyüp evlenmesi ve evden ayrılmasıyla yıllar sonra kadın evde eşile yalnız kalmaktadır. Bunun sonucunda ise, ailede boş yuva sendromu yaşanmaktadır (52).

Menopoza özgü psikiyatrik bir bozukluk olmasa da, menopozda duygudurum bozukluğu, özellikle de depresyon yaşanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kadınlarda depresyon, postpartum duygudurum bozukluğu ya da premenstruel disforik bozukluk öyküsü bulunması ve sosyal desteğin zayıf olması, bu dönemde psikiyatrik bir bozukluğun ortaya çıkmasında risk faktörüdür (52,53).

Menopozu her şeyden önce doğal bir olay olarak görmek, yakınmalara neden olan belirtilerin psikososyal yönlerini iyice araştırıp, sorunların nereden kaynaklandığını anlamak, sağlık hizmetini ona göre planlamak zorunludur. Hormon yetersizliğinin giderilmesi veya depresif durumların düzeltilmesi için gerekiyorsa ilaç tedavisine de başvurulmalıdır (48).

2.8.4. Uyku Bozuklukları

Uyku, canlıların temel biyolojik işlevlerinden biridir. Menopozal dönemde, östrojen seviyesindeki düşüğe bağlı uyku kalitesinin azalması, sıcak basması ve gece terlemesi şikayetlerinin artması uyku bozukluklarına neden olmaktadır (47).

Kadınların uyku sorunuyla başa çıkmaları için; stresörlerden uzak durmaya çalışması, gündüz uyumaktan kaçınması, süt, yoğurt, bitkisel çaylar gibi sedasyon yaratan yiyecek ve içecekleri uyku öncesi tüketmesi, alkol, kafein, nikotin alımından, akşam yemeğinde acılı, aşırı baharatlı ve sıcak yiyeceklerden uzak durması, akşam sıcak banyo yapmaktan kaçınması, yatak odasını mümkün olduğunca serin tutması, uyku giysilerinin, çarşaf takımlarının pamuklu cinsten seçmesi, yatağın yanında bir şişe soğuk su bulundurması önerilmektedir. Ayrıca, kadınlar gece uykusu bölündüğünde diyaframdan alınan yavaş ve derin nefes egzersizleriyle uykuya dönmenin kolaylaştığı konusunda bilgilendirilmelidir (47).

2.8.5. Deri Değişikliği

Deri östrojen için hedef organ olup, östrojen reseptörlerini barındırmaktadır. Östrojen reseptörlerinin en yoğun rastlandığı yer ise yüz derisidir (54). Yaşlanma ile deride ortaya çıkan belirgin değişimde, menopoz sonrası oluşan östrojen eksikliğinin önemli bir rolü bulunmaktadır. Postmenopozal dönemde kadınların deri kalınlıklarının ve kollojen düzeylerinin her yıl ortalama yüzde bir veya iki oranında azaldığı bilinmektedir (31).

Yaşanılan bu değişiklerden, derinin zarar görmemesi için; cilt tipine uygun nemlendiricilerin ve östrojen içeren kremlerin kullanılması, A, C ve E vitamini içeren yiyecekler tüketilmesi önerilmektedir (31).

2.8.6. Bilişsel Fonksiyon Değişimleri

Son yıllarda bilim adamları, östrojenin beyin morfolojisi ve beyin kimyası üzerine etkilerini gözlemlemekte ve bu etkilerin olumlu olduğunu açıklamaktadır (9,55). En sık kabul gören teorilerden birine göre; östrojen asetiltransferaz enziminin aktivitesini özellikle hipokampus, bazal ön beyin ve frontal kortekste arttırmakta böylece hafıza ve öğrenme fonksiyonlarında olumlu değişikliklere neden olmaktadır (9). Ancak, menopozal dönemde östrojen seviyesinin düşmesi ile birlikte beyinde asetilkolin aktivitesi azalmakta, bellek disfonksiyonları artmakta ve Alzhemier hastalığı ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, postmenopozal dönemde Alzhemier hastalığına daha sık rastlanmaktadır. Menopozun bilişsel fonksiyonlara olumsuz etkisini azaltmak için, östrojen tedavisinin etkili olabileceği düşünülmektedir (9,55).

2.8.7. Üriner Sistem Sorunları

Menopoz sonrası düşük östrojen üretimi sonucu, üretral epitelin orta tabakasında yüzeyel atrofi, üretral mukozada incelme, esneklik kaybı, irritasyon ve üretrit meydana gelmektedir. Bunlara ek olarak, trigon atrofisi ve mesane boynundaki üretral sfinkterin alfa adrenerjik duyarlılığında azalma da görülmektedir. Tüm bunlar menopoz ile beraber stres ve acil inkontinansta artışa neden olmaktadır (56,57).

Üriner inkontinans tedavisinde cerrahi, medikal ve fizyoterapi gibi değişik tedavi şekilleri kullanılmaktadır. Stress inkontinansa yönelik, konservatif tedavi yöntemlerine başvurulmakta ve konservatif tedavi yöntemleri üç grupta toplanmaktadır. Bunlardan birincisi; genel yaşam biçiminde yapılan değişiklikler olup, kilo verilmesi, yüksek efor gerektiren egzersizlerden kaçınması, sigara kullanımının bırakılması, sıvı alımında kısıtlamaya gidilmesi, konstipasyondan kaçınılması gibi önlemlerdir. İkincisi; pelvik ve periüretal kas rehabilitasyonudur. Bu kapsamda, izometrik egzersizler ile levatör ani kası ve üretral çizgili sfinkterin hipertrofisi ve kasılma gücünün arttırmak amaçlanmakta olup, Biofeedback yöntemler, Kegel egzersizleri ve fonksiyonel elektriksel stimülasyon yöntemleri kullanılmaktadır. Belirtilen değişikliklerin oluşması için en az sekiz haftalık ciddi bir çalışma, sonuç alınabilmesi için ise birkaç yıllık çalışma gerekmektedir. Üçüncü konservatif tedavi şekli; ilaç tedavisidir. Vajinal veya oral östrojen kullanımının stress inkontinansa etkili olduğu düşünülmektedir. Fakat, yapılan çalışmalarda östrojen kullanımının maksimal üretral basıncı arttırmasına rağmen inkontinansı azaltması yönünde bir etkisi olmadığı izlenmektedir (5,56).

Postmenopozal dönemin önemli problemlerden bir diğeri ise, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarıdır. Mukozal ve vajinal atrofinin yanında, artan vajinal pH nedeni ile vajinal flora değişmekte, üriner enfeksiyonlar daha sık yaşanmaktadır. Vajinal östrojen kremlerinin kullanımı ile tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarında azalma sağlanabilmektedir (56).

2.8.8. Cinsel ve Genital Değişiklikler

Östrojen, vajen dokusunun kaygan olması ve elastikiyetini devam ettirebilmesi için gerekli olup, seviyesinin azalması ile beraber vajenin rugaları düzleşmekte, esnekliği kaybolmakta ve vajen daralıp kısalmaktadır. Dolayısıyla, menopozal dönemde vajinal atroji ve peteşial kanamaların görülmesiyle cinsel birleşme rahatsız edici ve ağrılı hale dönüşmekte olup, üriner inkontinans cinsel ilişki sıklığının istemli olarak azalmasına neden olmaktadır. Östrojen seviyesinin azalmasının yanı sıra, progesteron ve testesteron düzeylerinin de düşmesiyle cinsel istekte azalma, cinsel uyarılma ve orgazm sorunları ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bireyin cinsiyeti, yaşı, toplumsal ilişkileri, cinsel deneyimlerini geliştirme tarzı,

yaşam koşulları ve kültürel etmenler gibi menopozal dönemdeki cinsel yaşamını etkileyen değişik faktörler bulunmaktadır (41,47,49,55).

Bunun yanında, reproduktif dönemde 4-4.5 olan vajinal pH değeri postmenopozal dönemde 6-8'e ulaşmakta ve "atrofik vajinit" adı verilen tablo meydana gelmektedir (47,49,55).

Aynı zamanda, serviks, endometrium ve tuba uterinalar da atrofiye uğramakta, serviks epitelinin glikojen depolama özelliği azalmaktadır. Uterusta endometrium kalınlığı bir mm'ye kadar incelmekte ve bazen atrofiye bağlı hafif kanamalar görülmektedir (49,55).

2.8.9. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda daha az görülmesine karşın, her iki cinsiyette en sık rastlanan ölüm nedenidir (1,42). Elli yaşın altında, KVH'ye erkeklerde kadınlara göre daha fazla rastlanmasına rağmen, postmenopozal dönemde östrojen seviyesinin azalması sonucu KVH riski her iki cinsiyette de aynı oranda görülebilmektedir. Kadınların doğumda beklenen yaşam sürelerinin uzaması, hayatlarının yaklaşık %30-40'ını östrojenden yoksun geçirmesine, dolayısı ile KVH'ye maruz kalma risklerinin artmasına neden olabilmektedir (58).

Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada alınacak önlemler arasında; ilgili risk faktörlerinin düzeltilmesi ve HRT kullanımı yer almaktadır (59).

2.8.10. Kas ve İskelet Sistemi Sorunları

Kemik hücrelerinde östrojen reseptörleri yer almakta ve östrojenin kemik metabolizmasında yapımını artırıcı etkisi bulunmaktadır. 20-30'lu yaşlarda kadınlar doruk kemik kütlelerine erişmekte olup, bu dönemde kemik yapım ve yıkımı dengededir. Ancak, menopozal dönemde östrojen çekilmesi ile iskeletten kalsiyum geri emilimi başlamaktadır. Kadınlarda menopoz sonrası ilk yedi yılda kemik kayıp hızı %3, sonrasında ise yılda %0.5-1 oranında sabit kalmaktadır (46).

Osteoporoz oluşumundaki en önemli faktörlerden biri beslenmedir. Ca, D vitamini, Cu, Mg, Zn, Al, Br, Mn, florun az alımı, protein, tuz, posa, kafein, alkolün fazla alımı ve sigara kullanımı osteoporoz oluşumunda etkili olmakla birlikte, bebeklik, çocukluk, adölesan, gebelik ve laktasyon dönemlerinde yeterli kalsiyum alınmalıdır (46).

Menopozdan önce yüksek düzeyde kalsiyum alınması kemik yoğunluğunun yüksek olmasını sağlamakta ancak, menopoz sonrası kaybı durduramamaktadır. Menopozdan önce günde 1000 mg kalsiyum alımı önerilirken, emilimin azalması ve idrarla kalsiyum kaybının fazla olması nedeniyle postmenopozal dönemde günde 1500 mg kalsiyum alımı önerilmektedir. Ancak, kalsiyumun yüksek miktarda tek doz olarak alınması hem kalsiyum emiliminin azalmasına hem de kalsiyum atılımının artmasına neden olmaktadır. Kalsiyumun düşük dozlarda ve değişik zamanlarda alınması, ilaç olarak alınması yerine süt veya yoğurt olarak her öğünde tüketilmesi daha yararlı olmaktadır (46,60).

Bunun yanında, D vitamini kemik metabolizması, mineralizasyonu ve kalsiyum biyoyararlılığı için gerekli olduğundan, yetersizliğinde osteoporoz riski artmaktadır. Perimenopozal dönemdeki kadınlarda D vitamini ihtiyacı 400-600-800 IU olup, D vitamini gereksinimini karşılamak için güneş ışınlarından uygun ve düzenli bir şekilde yararlanılmalıdır (46,60).

Osteoporozdan korunmak için; kadınlara uygun şekilde ve yeterli miktarda kalsiyum, D vitamini alımının, fiziksel aktivite yapmanın önemi hakkında danışmanlık verilmelidir. Ayrıca, osteoporoz tanısını onaylamak ve hastalığın ciddiyetini saptamak amacı ile tüm kırık gelişen postmenopozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğu değerlendirmelidir. Menopoza ek olarak bir yada birden fazla risk faktörü olan 65 yaş altındaki ve risk faktörü olsun olmasın 65 yaş üstündeki kadınlara kemik Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) önerilmektedir. Ayrıca, postmenopozal dönemdeki kadınlara düşme ve kırık riskini azaltmak için düzenli ağırlık ve kas germe egzersizleri yapmaları, sigara içmemeleri, alkol alımında kontrollü olmaları tavsiye edilmektedir. Kalça yada vertebra kırığı olan her postmenopozal kadın osteoporoz tedavisine aday olarak değerlendirilmeli, risk faktörü olmayıp, DXA t skorları -2'nin altında olan kadınlarda ve risk faktörü olup,

DXA t skoru -1.5'in altında olanlarda kırık riskini azaltmak için tedaviye başlanması önerilmektedir (61).

2.8.11. Genital Kanserler ve Meme Kanseri

Genital kanserler, çeşitli tarama programları bulunmasına, tedavide ilerlemeler kaydedilmesine rağmen önemli mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmektedir (62). Perimenopozal dönemde sık görülen genital kanserler arasında endometrium yer almaktadır. Endometrium kanseri artan yaşla beraber daha tehlikeli olmaktadır (56,62,63,64).

Meme kanseri de kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, batı ülkelerinde yaşamı boyunca her sekiz dokuz kadından birisi meme kanserine yakalanmaktadır. Meme kanseri daha çok 40 yaşın üzerindeki kadınlarda görülmektedir. Dolayısıyla, menopoza döneminde meme kanserinin görülme sıklığı ve önemi artmaktadır (65).

Kanserlerden korunmada; kanser oluşum öncesi dönemde birincil koruma, klinik bulgular öncesi dönemde ikincil koruma, klinik bulgu sonrası dönemde ise üçüncül koruma söz konusudur. Birincil korumada; etkenin bilinmesi, etkenden uzaklaşma veya dirençli olma, ikincil korumada; erken tanı ve prekanseröz lezyonların invaziv olmadan tedavisi, üçüncül korumada ise; tanısı konulmuş invaziv kanserin uygun tedavisi ve rehabilitasyonu etkin yöntemler olarak kabul edilmektedir (57,62).

2.9. Menopoz Döneminde Kullanılan Tedavi Yöntemleri

Perimenopozal dönemdeki kadınlar için koruyucu tedavi, semptomatik tedavi, hastalıkların tedavisi önem taşımaktadır (66,67). Menopozal semptomların tedavisinde medikal tedavi ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yapılmaktadır (68).

2.9.1. Medikal Tedavi

Menopoz döneminde kullanılan medikal tedavinin başında HRT gelmektedir. HRT, perimenopozal dönemdeki kadınların düşük östrojen ve progesteron seviyelerini normal seviyeye getirerek, bu döneme özgü şikayetlerin ortaya çıkmasını

önlemek, var olanların ise gerilemesini sağlamak amacıyla uygulanan yerine koyma tedavisidir (65). Östrojen ve progesteronun değişik birleşimlerinden oluşan HRT oral, transdermal veya bölgesel (vajinal krem, tablet ile) olarak uygulanabilmektedir. Tedavinin şekli ve süresi kadınların menopoza giriş şekline, geçirdiği hastalıklara ve yaşam öyküsüne bağlı olarak değişmektedir (59).

Dünyadaki kadınların %10'nun HRT aldığı düşünülmekte olup, geçen 20 yıl boyunca HRT'ye başlanmasının nedenleri olarak; menopoza özgü şikayetlerin azaltılması, osteoporozun önlenmesi ve tedavisi, KVH'nin neden olduğu morbidite ve mortalitenin önlenmesi, ürogenital sistemde östrojen eksikliği sonucu oluşan atrofik semptomların giderilmesi ve uzun dönemde Alzheimer hastalığının önlenmesi belirtilmiştir. Ancak, literatürde HRT'nin faydalarını içeren kanıtlar olmasına rağmen, hala cevaplanmamış sorular ve riskler yer almaktadır (58,59). Dolayısıyla HRT kullanımı konusunda çeşitli görüşler mevcuttur.

Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği'nin HRT Konsensus Sonuçları

- Menopozal semptomlar (vazomotor semptomlar ve buna bağlı uyku bozuklukları) ve genitoüriner atrofi için günümüzde halen HRT kadar etkin başka bir seçenek bulunmamaktadır.
- HRT, sadece primer ve sekonder kardiyovasküler koruma amacıyla kullanılmamalıdır. Östrojen tedavisi için ise bu konuda yeterli kanıt yoktur.
- Endometriumun korunması açısından, progesteronun farklı şekillerde kullanımı (3-6 ayda bir, 12-14 gün süreyle progesteron, progesteron içeren rahim içi araç veya progesteronsuz düşük doz estrojen) hakkında yeterli veri yoktur.
- HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri risk artışı, alkol kullanımının, obezite (BKİ>30), 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir.
- Osteoporoz ve buna bağlı kırıkların önlenmesinde HRT'nin etkin olduğu kanıtlanmıştır. Osteoporozun tedavisinde, bifosfonatlar, selektif östrojen reseptör modülatörü ve kalsitoninin kullanımı da uygundur. Ayrıca, premenopozal ve postmenopozal dönemde günlük egzersiz, kalsiyum alımı ve güneş ışığından yararlanmaya özen gösterilmelidir. Bununla birlikte, kemik mineral kaybını değerlendirirken, Türk kadın popülasyonuna dayalı sağlıklı verilerin de elimizde

olmadığı göz önünde tutulmalıdır. Özel durumlar dışında, kemik mineral yoğunluğu ölçümlerinin 2 yıldan sık aralarla yapılmasına gerek yoktur.

- Postmenopozal dönemde HRT kullanım süresi konusunda eldeki verilere göre fikir birliği yoktur. Ancak meme kanseri açısından, 5 yıldan uzun süreli HRT kullanımında, tedaviye devam edip edilmeyeceğine bireysel değerlendirmelerle karar verilmelidir. Tek başına östrojen tedavisi kullanım süresi için günümüz verilerine göre bir kısıtlama yoktur.

- Prematür over yetmezliği (prematür menopoz) ve erken yaşta cerrahi menopoz olguları için HRT uygulamasında, günümüz verilerine göre böyle bir süre kısıtlaması yoktur.

- Günümüzde postmenopozal hormon kullanımında mümkün olan en düşük dozlar (konjuge östrojen için 0,625 mg'dan, mikronize 17- β -estradiol için 1mg'dan, transdermal 17- β -estradiol için 0,05 mg'dan düşük dozlar) tercih edilmelidir. Ülkemizde henüz standarttan düşük doz bulunmamaktadır.

- Postmenopozal kadınların hormon tedavisinde yarar-zarar dengesi ve maliyet daima düşünülmelidir.

- Bu verilerin ışığında, postmenopozal kadında hormon tedavisi uygulamasının, kişiye özgü yapılması önerilmektedir (58).

2.9.2. Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre geleneksel tıp; fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bu hastalıklara tanı koyma, bunları iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın sürdürülmesinde kullanılan farklı kültürlere özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür. Bu yöntemler, bir ülkenin kendi geleneklerinin bir parçası olmayan ve hakim sağlık sistemine entegre olmamış sağlık uygulamaları yelpazesini kapsamakta ise tamamlayıcı tıp uygulamaları olarak adlandırılmaktadır (69). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayınlanma, Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulma aşamasındadır (70).

Menopozal dönemdeki kadınların şikayetlerini azaltmada tamamlayıcı tıp uygulamalarına başvurulmakta olup, hormonal tamamlayıcı tıp uygulamaları

arasında fitoöstrojenler yer almaktadır. Bitkisel östrojenler, yapısal ve fonksiyonel olarak östradiol içeren veya benzer östrojenik aktiviteye sahip bitki bileşenleridir. İsoflavon ve lignan en önemli fitoöstrojenlerdir. İsoflavonlar; soya, nohut gibi baklagillerde ve kırmızı yoncada, Lignanlar ise yağlı tohumlarda yüksek konsantrasyonlarda bulunmaktadır. Özellikle Japon ve Çin diyetlerinde olduğu gibi yüksek isoflavon içeren diyetlerde, menopozun vazomotor belirtilerinde gözle görülür bir azalma olduğu dikkat çekmektedir (66). Bunun yanında, hormon dışı tamamlayıcı tıp uygulamaları arasında yer alan; egzersiz, gevşeme teknikleri ve diyet ile de menopozal şikayetler azaltılabilmektedir (68,71).

2.10. Menopozda Hemşirelik Yaklaşımları

Menopozal dönem, fiziksel ve psikososyal değişikliklerin olduğu ve çoğu zaman sağlığın olumsuz etkilendiği bir dönemdir. Dini inanç ve geleneksel uygulamalar, bilgisizlik, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve bu konuya yeterince önem verilmemesi menopozal dönemde yaşanan sorunlarını daha ciddi hale getirebilmektedir. Bu sorunlar, yalnız kadını değil aile ve toplumu da etkilemektedir. Bu nedenle, menopozal dönem kadınların eğitim, danışmanlık ve tedaviye gereksinim duydukları bir dönemdir (72).

Menopozal dönemde bedensel, hormonal ve psikososyal değişimler geçiren kadının yaşam kalitesini arttırmak ve sağlığını sürdürüp geliştirmek amacıyla multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Sağlık ekibinin profesyonel üyesi olan hemşireler, kadının menopozal döneme özgü sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol almalıdır. Perimenopozal dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, verilen eğitimin menopozal yakınmaları azalttığı, menopozal tutumu olumlu yönde geliştirdiği saptanmıştır (73). Dolayısıyla, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler, menopozal yaş grubundaki kadınlara sürekli eğitimler düzenlemeli ve bu eğitimlerde menopoz dönemin normal bir süreç olduğunu, aşırı yorgunluk ve çevresel problemlerin bu dönemde yaşanan şikayetleri arttırdığını, kilo artışını önleyen fakat besleyici bir diyetin uygulanması gerektiğini, sosyal aktivitelere katılmanın gerilimi azaltarak anksiyetenin giderilmesine yardımcı

olduğunu, menopozun cinsel yaşamının sona erdiği anlamına gelmediğini, sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi için her yıl fiziksel muayenenin gerekli olduğunu vurgulamalıdır (71).

Bu dönemde, sağlık ihtiyaçları kişiye göre farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla, kadınlar menopozal dönemde yaşadıkları sağlık sorunlarının çözümleri ile ilgili bireysel danışmanlığa gereksinim duymaktadır. Bu nedenle hemşireler, menopozal dönemdeki kadınlara yardımcı olabilmek için dönemin özelliklerini, oluşabilecek değişiklikleri ve bu değişiklikler karşısında yapılması gerekenleri çok iyi bilmeli ve gelişmeleri yakından takip etmelidir (73). Aynı zamanda hemşireler, kadınların bu dönemle ilgili bilgilerini arttırarak, sorularını cevaplayarak, iyimser ve kendilerine güvenli tutumlar geliştirmelerine yardımcı olmalıdır (74).

Menopozal dönemdeki kadınların sağlık bakımı için hemşirenin genel hedefleri;

- Kadınların, menopoza ilişkin beklentileri, kültürel değerleri, sosyal destek sistemleri ile ilgili veri toplamak,
- Kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek, bakımı ve danışmanlığı bu verilere göre planlamak,
- Kadının temel gereksinimlerinin karşılanmasında ona ve ailesine sağlık eğitimi ve danışmanlık vermek,
- Kadınların, sağlığı koruyucu ve geliştirici yaşam biçimi davranışlarını kazanma ve uygulamalarında aktif rol almalarını ve kendi sağlıklarına ilişkin karar verme sürecine katılabilmelerini sağlamaktır (73).

Bu kapsamda, menopoz dönemindeki kadınlara sunulması gereken hemşirelik bakım hizmetleri; temel gereksinimleri, günlük yaşam aktivitelerini, hastalıklarına yönelik bağımsızlığı artırıcı, işlevselliği sürdürücü, güvenliği sağlayıcı, tedavi edici ve komplikasyonları önleyici girişimleri içermektedir (73). Pek çok kuramcı tarafından incelenen “Temel İnsan Gereksinimleri” menopoz dönemindeki kadınlar için de vazgeçilmezdir. Menopozal dönemde biyopsikososyal değişiklikler nedeni ile kadının farklı ve özel bakım gereksinimleri ortaya çıkmakta olup, bu gereksinimlere yönelik öncelikler doğrultusunda uygun girişimler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu girişimler arasında; uygun beslenmenin sürdürülmesi, yeterli uyku ve dinlenme,

uygun fiziksel aktivite, cinsel sorunlarla ve vazomotor değişikliklerle baş etme, sosyal destek, gebelikten korunma, stresle başa çıkma, deri değişiklikleri ile baş etme ve estetik, kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi, HRT danışmanlığı yer almaktadır (73,75). Sonuç olarak, yaşamlarının üçte birini menopozal dönemde geçiren kadınlara iyi bir yaşam kalitesi sunmak, hemşirelerin temel hedeflerinden biri olmalıdır (75).

2.11. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıkları olarak tanımlamaktadır (14). Yaşam kalitesi kavramı; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde de tanımlanabilmektedir. Kişinin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, inançlarından, sosyal ilişkilerinden ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen bu kavram, sağlık durumunun ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümü olarak kullanılmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olup, kişinin fiziksel durumunun, psikososyal fonksiyonlar üzerine etkisini değerlendirmektedir. Bu yüzden, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramları birbirleriyle yakın ilişki içerisinde (76).

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine verilen önem insandan insana farklılık göstermektedir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için, sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi bileşenleri (örneğin; değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, kronik hastalığı olan bir birey için bedensel ve psikolojik sağlık durumu gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bileşenleri daha önemli olabilmektedir (76). Yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşirelik bilminde yaşam kalitesine yönelik uğraşlar, hastayı rahatlatmaya yardım etme ve uygun bakım verme temeline dayanmaktadır (47,77).

Günümüzde yaşam kalitesi ölçümleri, hemşirelik araştırma ve uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesinde yaygın olarak kabul görmektedir. Klinik alandaki hemşirelik çalışmalarında yaşam kalitesi hastalık, semptom ve tedavi ile ilişkili olarak bireyin genel durumuna odaklanmıştır (17).

2.11.1. Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi

Menopozal dönemde yaşam kalitesi, kadınların menopozda meydana gelen değişiklikler ve şikâyetler ile ne derece baş edebildiği ve bu geçiş döneminde kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumu ile ilişkili olup, kadının genel sağlık durumunu yakından ilgilendiren temel süreçlerdendir (31).

Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar, yaşamlarının üçte birini menopozal dönemde geçirmekte ve bu dönemde pek çok fizyolojik ve biopsikososyal değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler, istenmeyen ve rahatsız edici bazı akut belirtilerin yanı sıra, uzun dönemde kadının sağlığını, işgücünü, kararlılığını, verimliliğini yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek sonuçları doğurabilmektedir (27,47,78).

Kim ve arkadaşları tarafından menopoz ve yaşam kalitesi ilişkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların %74.8'inin menopozal şikayetleri olduğu ve bu şikayetlerin yaşam kalitesi ölçeğinden alınan ortalama puanı düşürdüğü saptanmıştır (10). Kritz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, aynı yaştaki doğal yolla ve cerrahi yolla menopoza giren kadınların yaşam kaliteleri kıyaslanmış olup, doğal yolla menopoza giren kadınların yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (78). Bununla birlikte, yapılan pek çok çalışma, menopozal dönemki kadınların bu döneme özgü yakınmalarıyla baş edebilmeleri ve yaşam kalitelerini yükseltebilmeleri için eğitim programları ile desteklenmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (47,79).

Yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen genel, hastalığa ya da duruma özgü yaşam kalitesi ölçekleri bulunmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümünde amaç; kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarını ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili ne ölçüde rahatsızlık yaşadıklarını saptanmaktır. Değerlendirmede, örneğin kişinin günde kaç saat uyduğundan ziyade uykusundan

memnun olma derecesi ve uyku paterninde oluşan bozuklukların onu rahatsız etme derecesi önem taşımaktadır (72,80).

Literatürde en sık kullanılan ve kabul gören menopoza özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında;

- Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği
- Greene Climacteric Scale
- Women's Health Questionnaire
- Qualifemme
- Menopause-Specific QoL Questionnaire
- Menopause Rating Scale ve
- Menopause Quality of Life Scale yer almaktadır (80).

Ancak, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan sınırlı sayıda menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır.

2.12. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik Çalışma Süreci

İyi bir ölçme aracında aranan temel nitelikler ölçeğin geçerliği ve güvenilirliğidir. Geçerlik; ölçülmek istenen şeyin ne derece ölçülebilmiş olma derecesidir (81). Bir ölçümün geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu ise güvenirliktir. Güvenirlik; bir ölçme aracında yer alan bütün soruların birbiriyle tutarlılığı, ele alınan sorunu ölçmede homojenliğini ortaya koyan bir kavramdır. Bu bakımdan güvenilirliği ve geçerliği düşük düzeyde olan ölçüm araçlarının kullanılması verilerin doğru değerlendirilmesinde sorun yaşanmasına neden olmaktadır (82).

2.12.1. Güvenirlik

Güvenirlik, aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır. Aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınması, ölçmenin tesadüfi yanılğılardan arınık olması anlamına gelmektedir (81,83).

Ölçeğin güvenilirliği çeşitli yollarla incelenebilmektedir. Ölçeğin güvenilirliği değerlendirmek için; bir ölçek bir kez, bir ölçek iki kez veya iki eşdeğer ölçek bir kez uygulanabilmektedir. Ayrıca, ölçeğin güvenilirliğini belirlemede "iç tutarlık" değerlendirilmektedir. Likert tipteki bir ölçekte iç tutarlığı değerlendirmek için en sık

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmaktadır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı sayısal olarak sıfır ile bir arasında değişmekte olup, sayısal değer bire yaklaştıkça güvenilirlik artmaktadır (81,83).

Bir ölçeğin güvenilirliğinin saptanmasında test-tekrar test ve eşdeğer form güvenilirliği yöntemleri kullanılabilir. Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının tekrarlanan uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar vermesi ve zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (82). Bu yöntemde bir ölçme aracı, aynı denek grubuna aynı koşullarda, hatırlamaları önleyecek kadar uzun ve ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar da kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmaktadır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri (kolerasyon katsayıları) ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (83). Bu yöntemde iki ölçme arasındaki zaman aralığının çok kısa olması, yeniden anımsamayı kolaylaştırıp, güvenilirliğin yapay olarak yüksek çıkmasına, zaman aralığının çok uzun olması ise ölçülen özellikteki bazı değişimler sonucu güvenilirliğin olduğundan düşük çıkmasına neden olabilmektedir. Bu gibi yanılgıları ortadan kaldırmak için iki uygulama arasında iki haftadan az ve dört haftadan uzun zaman bırakılmaması önerilmektedir (82).

Eşdeğer form güvenilirliği yönteminde, aynı davranış kalıplarını temsil edebilecek farklı maddeler örneklenerek iki eşdeğer form oluşturulmaktadır. İki formun eşdeğer olabilmesi için, formların kapsamı, yapısı, zorluk derecesi, talimatları, puanlaması, madde sayısı ve yorumlaması aynı olmalıdır. Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda yada aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanabilmektedir. Formlar arasındaki korelasyon hesaplanmakta ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanmaktadır. Eşdeğer formların uygulamasında, aradaki zamanın artması kararlılığı olumsuz yönde etkileyecekse, formlar deneklerin sıkılmalarını ve yorulmalarını engelleyecek kadar süre verilerek ard arda uygulanmalıdır (82-84).

İç tutarlılık, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünün kanıtlanması önem taşımaktadır (82,85,86).

İç tutarlılığı değerlendirmede, “Kuder Richardson 20, 21” ve “Cronbach’s Alfa Güvenirlik Katsayısı” yöntemleri kullanılmaktadır. Kuder Richardson yöntemi, ölçekteki tüm maddelerin aynı değişkeni ölçtüğü varsayımına dayanmaktadır. Yöntemin uygulamasında, ölçekteki maddelerden alınan cevaplar istenilen özelliği taşıyorsa bir puan, istenilen özelliği taşııyorsa veya boş bırakılmışsa sıfır puan verilerek bir veri seti oluşturulmaktadır. Bu yöntemle, iç tutarlılığa yönelik güvenilirlik kestiriminde bulunmada belirli kriterler dikkate alınarak, Kuder-Richardson 20 veya 21 formüllerinden uygun olanı kullanılmaktadır (83).

Cronbach (1951) tarafından geliştirilen Cronbach’s alfa güvenirlik katsayısı yöntemi ise, maddeler doğru yanlış olacak şekilde puanlanmadığından kullanılması uygun bir iç tutarlılık yöntemidir. Cronbach’s alfa güvenirlik katsayısı, ölçme aracındaki farklı soruların aynı niteliği ölçerken birbirlerini ne kadar tamamladıklarını tespit etmektedir (83).

Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı olduğu varsayılmaktadır. Dolayısıyla, elde edilen değer, ölçeğin homojenliğinin yeterli düzeyde olup olmadığını göstermektedir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0.40’dan düşük olması güvenilir olmadığını, 0.40-0.59 arasında olması düşük güvenirlkte, 0.60-0.79 arasında olması oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arasında olması ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (81).

2.12.2. Geçerlik

Uygun bir yöntemle ölçme aracının güvenirlği saptansa bile, yapılan işlem “Kullanılan ölçüm aracıyla neyi ölçmek istiyoruz?”, “Maddelerimiz, amaç doğrultusunda ölçmek istediğimizi doğru olarak ölçebilir mi?” sorularına cevap verememektedir. Bu nedenle, davranışsal özellikleri özellikle de bilişsel ve duygusal yönü baskın olanları ölçerken kullanılan ölçme aracının, ölçmek istediğimiz özelliğe yönelik ölçme dereceleri araştırılmalıdır. Bu araştırma, ölçme aracının geçerliği ile ilgili olup, şu gerekçeye dayanmaktadır: Doğrudan ölçme yapılabilen somut özelliklerde, amaca hizmet gücü yüksek olan ölçme araçlarıyla çalışılmalıdır. Ölçülmek istenen özellik soyutlaştıkça amaca hizmet gücü sınırlı olan ölçeklerle

çalışma tehlikesi artmaktadır. Ölçümlerin amaca hizmet edebilmesi, ölçme aracının ölçülmek istenen değişkeninin ölçüsü olabilecek ölçümler vermesine bağlıdır (83).

Bu doğrultuda geçerlik; bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru olarak ölçebilme derecesi olarak tanımlanabilmektedir. Geçerlik, bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliği de o amaca bağlı olarak değişmektedir. Bir ölçeğin geçerliği sadece kendisiyle belirlenememekte, ölçeğin kullanım amacına, uygulandığı gruba, uygulama ve puanlama biçimine de bağlıdır (83).

Ölçeğin geçerlik düzeyi onun geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılmaktadır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile +1.00 arasındadır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse ölçek amaca o kadar çok hizmet ediyor demektir. Geçerlik katsayısının düşük bulunması, sadece ölçekten elde edilen değerlerle kriter değerleri arasındaki ilişkinin zayıflığından kaynaklanmamakta, aynı zamanda elde edilen değerlerin güvenilirliklerinin tam olmayışından da kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle geçerlik katsayıları güvenilirlik katsayılarıyla birlikte yorumlanmaktadır (83).

Bir ölçmenin geçerli sayılabılmesinin ilk koşulu güvenilir olmasıdır. Güvenirlik, geçerlik için gerekli koşul olmasına rağmen, yeterli koşul değildir. Fakat güvenirliliğin yüksek olması, aracın geçerliğinin de yüksek olacağı hakkında tam bir bilgi vermemektedir. Ne kadar ölçüm hatası yapıldığını anlamak için ölçüm aracının geçerliğinin saptanmasına gerek vardır. Geçerliğin hesaplanmasında çeşitli yöntemler olup, bunlardan bazıları kapsam geçerliği ve yapı geçerliğidir (83).

2.12.2.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği; ölçeğin bütününün ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır (82). Bu geçerlik yönteminde, ölçme aracının ölçülmek istenen alanı temsil etme durumu, ölçekteki maddelerin ölçeğin hazırlandığı bilim alanında ve ölçek sorusu hazırlamada uzman

bir gruba inceletilmesi ile değerlendirilmektedir. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılmakta ve anlamlı maddelerden oluşan bir bütün elde edilmektedir (82).

2.12.2.2. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini göstermektedir. Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmede, çok değişkenli çok yöntemli matris, doğrulamalı faktör analizi (DFA) ve bilinen grup ile karşılaştırma yöntemleri kullanılmaktadır (82,86,87). Bu yöntemlerin içinde en sık kullanılan DFA'dır. Değişken sayısını azaltmak, değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmak ve çok sayıda değişkeni birkaç başlık altında toplamak DFA'nın temelini oluşturmaktadır (84). Korelasyon katsayılarının düşük olduğu test maddelerinin yeterince güvenilir olmadığına karar verilirse, o madde ölçekten çıkarılabilmektedir. Her madde için elde edilen korelasyon katsayısının yüksek olması, o maddenin ölçülen teorik yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu göstermektedir. Madde seçiminde korelasyon katsayısı 0.25 değerinden büyük olanların alınması ve düşük korelasyona sahip maddelerin ise diğer analiz sonuçlarına bakılmaksızın ölçme aracından çıkarılması önerilmektedir (81).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma UYKÖ'nün Türkçe geçerliğini ve güvenilirliğini incelenmek amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik olarak yürütülmüştür. Araştırmanın akış şeması **Şekil 3.1.**'de sunulmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri

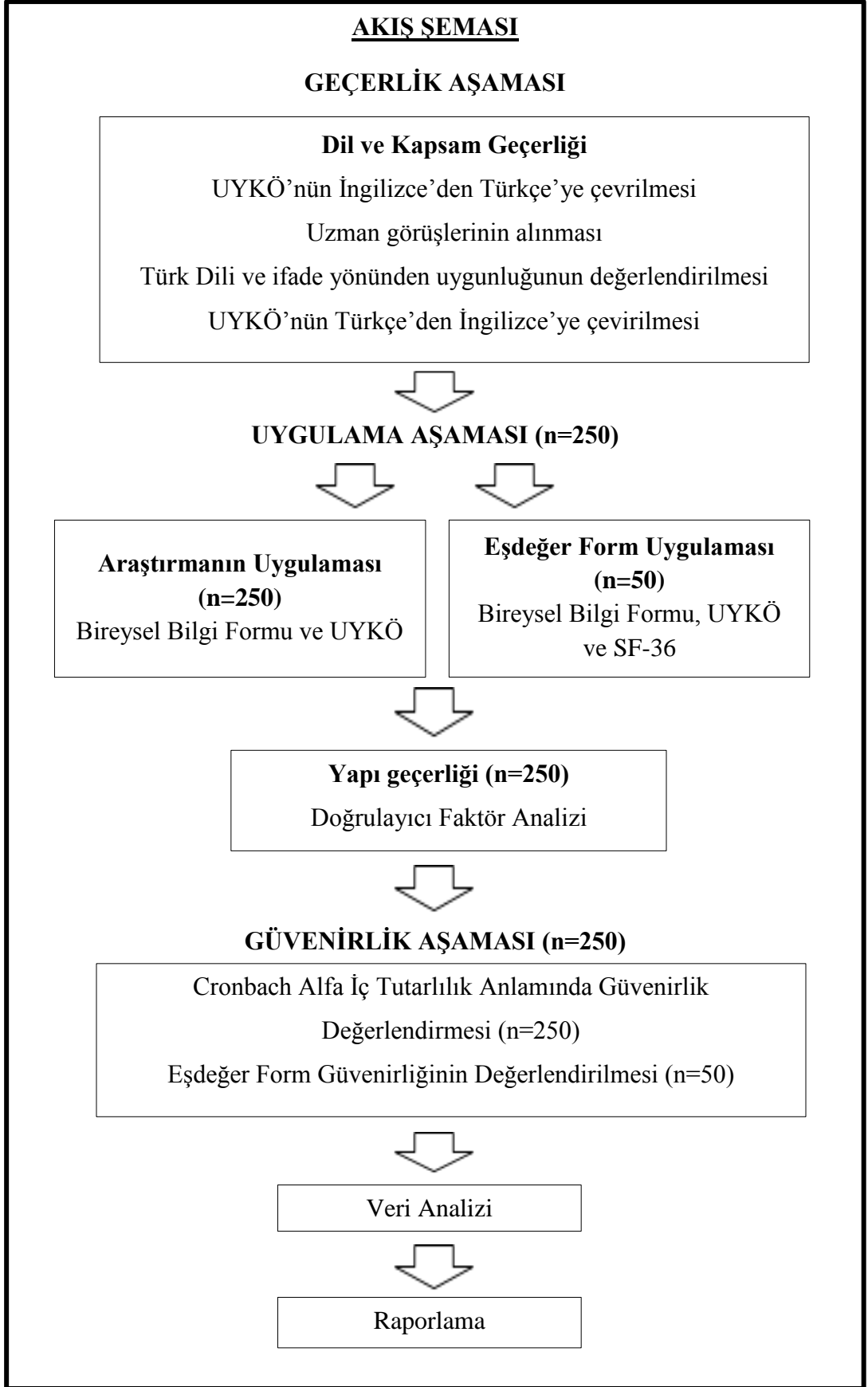
Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Ankara 2. Bölge Genel Sekreterliği Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Menopoz Polikliniği'nde Ekim 2013 – Şubat 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1990 yılında kurulmuş olup, 420 yatak kapasitelidir. Hastane bünyesinde 119 hemşire ve 260 ebe görev yapmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı 10 eğitim görevlisi, 45 uzman doktor, 10 baş asistan çalışmaktadır. Hastanede Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı Menopoz Polikliniği bulunmakta olup, burada ise bir hemşire ve doktor görev yapmaktadır.

Çalışmanın Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılma nedeni; menopoz polikliniğinin olması, bu polikliniğe başvuran hasta sayısının fazla olması, hastane personelinin işbirliğine açık olması, hastane ulaşımının kolay olması, farklı sosyokültürel ve ekonomik düzeydeki hastaların başvurmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Haziran 2012-2013 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Menopoz Polikliniği'ne başvuran 14 224 (ondört bin iki yüz yirmi dört) kadın araştırma evrenini oluşturmaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Literatüre göre; bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek madde sayısının en az beş veya on katı kadar katılımcıya ulaşılması önerilmektedir (88). Bu araştırma, ölçek madde sayısı göz önünde bulundurularak toplam 250 kişi ile tamamlanmıştır. 50 kişi ile eş değer ölçek uygulaması yapılarak, eşdeğer form güvenilirliğine bakılmıştır.

Bu kapsamda araştırmaya;

- Bir yıl süreyle menstruasyon görmeyerek menopoza girmiş,
- Altmış beş yaş altında bulunan,
- İşitsel veya zihinsel bir engeli olmayan,
- İletişime ve işbirliğine açık olan,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanımı için, ölçek sahibinden elektronik ortamda yazılı izin alınmıştır (Ek A). Araştırmanın uygulanabilmesi için Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yasal izin (Ek B), Eğitim Planlama Koordinasyon Birimi'nden (Ek C) ve Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek D). Araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Kadınlara çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla görüşme öncesi araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılmış olup, onamları alınmıştır (Ek E). “Gizlilik ve gizliliğin korunması”, “Özerkliğe saygı” ve “Zarar vermeme/yarar sağlama” etik ilkeleri yerine getirilmiştir (89).

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veri toplamak için bireysel bilgi formu, UYKÖ, eşdeğer form güvenilirliği için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) olmak üzere üç veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.6.1. Bireysel Bilgi Formu

Bireysel bilgi formu, araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanmış olup, toplam 39 soru maddesi içermekle birlikte, üç bölümden oluşmaktadır (Ek F) (5,6,7,8,9,16,17).

Bireysel Özelliklere İlişkin Sorular

Bu bölümde kadının yaşını, eğitim durumunu, gelir getiren bir işte çalışma durumunu, mesleğini, sosyal güvenceye sahip olma durumunu, ekonomik durum algısını, yaşadığı yerleşim yerini, medeni durumunu, eşinin yaşını, eğitim durumunu, çalışma durumunu, mesleğini, evlilik süresini, ailesinde bakıma muhtaç birey varlığını ve ev işlerinde yardım alma durumunu belirlemeye yönelik 15 soru maddesi yer almaktadır.

Genel Tıbbi Öyküye İlişkin Sorular

Bu bölümde kadının BKİ'yi, sigara kullanma alışkanlığını, fiziksel aktivite yapma, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanma durumunu belirlemeye yönelik sekiz soru maddesi yer almaktadır.

Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Sorular

Bu bölümde kadının menarş yaşını, ilk gebelik yaşını, canlı doğum sayısını, menopoz yaşını, menopoza giriş şeklini, menopozal sağlık sorunlarını ve sağlık kuruluşuna başvurma durumunu, HRT kullanma durumunu ve süresini, bilgi alma durumunu ve destek faktörlerini belirlemeye yönelik 16 soru maddesi yer almaktadır.

3.6.2. Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği, Utian tarafından (2002) menopoz dönemindeki yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Ek G). UYKÖ iyilik halini menopozal semptomlardan ayırt ederek yaşam kalitesini değerlendirmektedir (18).

Ölçeğin her soru maddesi beşli likert tipte olup, ifadeler kişiye uygunluğuna göre, birden beşe doğru sıralanmaktadır. Ölçek ifadelerinde “kesinlikle katılmıyorum” ifadesi bir, “katılmıyorum” ifadesi iki, “biraz katılıyorum” ifadesi üç,

“katılıyorum” ifadesi dört, “kesinlikle katılıyorum” ifadesi ise beş puan üzerinden değerlendirilmektedir (18).

Ölçek düz ve ters soru maddelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin 4., 7., 8., 11., 12., 13., 15. ve 16. soru maddeleri düz, 1., 2., 3., 5., 6., 9., 10., 14., 17., 18., 19., 20., 21., 22. ve 23. soru maddeleri ise ters ifadeleri içermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan ise 115’tir. Ölçek ve alt boyut puanının artması yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermekte olup, ölçeğin dört alt boyutu bulunmaktadır (18).

Emosyonel Yaşam Kalitesi

Bu alt boyutta kadınların duygusal ve ruhsal yaşamı değerlendirilmekte olup, 1., 11., 12., 13., 15. ve 20. soru maddeleri yer almaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30’dur (18).

Cinsel Yaşam Kalitesi

Bu alt boyutta kadınların partneriyle yaşadığı cinsel yaşamı değerlendirilmekte olup, 4., 5. ve 14. soru maddesi yer almaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15’tir (18).

Meslek/İş Yaşam Kalitesi

Bu alt boyutta çalışan kadınların mesleki yaşamı, çalışmayanların ise günlük yaşamı değerlendirilmekte olup, 2., 3., 6., 17., 18., 19. ve 23. soru maddesi yer almaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35’tir (18).

Sağlık Yaşam Kalitesi

Bu alt boyutta kadınların fiziksel sağlığı değerlendirilmekte olup, 7., 8., 9., 10., 16., 21. ve 22. soru maddesi yer almaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35’dir (18).

Çalışmamızda, UYKÖ’nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır. Bunun yanında, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Utian’nın

çalışmasında 0.83, Chen ve arkadaşlarının çalışmasında 0.86, Pimenta ve arkadaşlarının çalışmasında ise 0.85 olarak belirlenmiştir (18,90,91).

3.6.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Toplum araştırmalarında, sağlık politikası ve sağlık durumu değerlendirmelerinde kullanılmak için tasarlanan SF-36, hastalığa spesifik anketlerle birlikte kullanılabilir. Bu ölçek herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü bulunmamakla birlikte, genel sağlık kavramlarını içermektedir (92).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiştir (92). SF-36'nın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, ölçek Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Ek H) (93).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 36 soru maddesi içermekte olup, sekiz alt boyuta sahiptir. Ölçeğin fiziksel fonksiyon alt boyutu 10 soru, fiziksel-rol alt boyutu dört soru, vücut ağrısı alt boyutu iki soru, genel sağlık alt boyutu beş soru, canlılık alt boyutu dört soru, sosyal fonksiyon alt boyutu iki soru, emosyonel-rol alt boyutu üç soru, ruh sağlığı alt boyutu beş soru içermektedir. Ayrıca, ikinci soruda geçen yıla göre sağlık durumundaki değişiklikler sorgulanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise 100 olup, puan arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı düşünülmektedir (93).

3.7. Araştırmanın Uygulaması

3.7.1. Dil ve Kapsam Geçerliliği

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin dil geçerliliği aşamasında; ölçek birbirinden bağımsız üç uzman tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilen bu versiyonunun dil, ifade, anlaşılabilirlik, konuyu kapsayıp kapsamadığı yönünde değerlendirilmesi amacıyla yedi uzmanın görüşü alınmış ve kapsam geçerliliği yapılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenen ölçek maddeleri Türk Dili kurallarına uygunluk yönünden iki uzman tarafından değerlendirilmiştir. Türkçe versiyonu hazırlanan UYKÖ'nün Türkçe'den İngilizce'ye

çevirisi birbirinden bağımsız üç uzman tarafından yapılarak ölçeğe son hali verilmiştir (Ek I).

Kapsam Geçerlik İndeksi

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ait kapsam geçerliğinin belirlenmesi amacıyla uzman görüşleri alınmıştır (Ek J). Toplam yedi uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, her bir maddeye ait Kapsam Geçerliği Oranı (KGO) hesaplanmıştır. Ardından, hesaplanan KGO'ların ortalaması alınarak Kapsam Geçerliği İndeksi (KGİ) belirlenmiştir. Bu indeks her bir madde için uzmanların o maddeyi gerekli görüp görmediklerinin belirlenmesinde kullanılmakta olup, maddelerin uygunluk düzeyi için hesaplanmıştır (94).

Uzman sayısının yedi olması nedeniyle, KGO değeri 0.99'dan büyük olan maddelerin kapsam geçerliğinin sağlandığı sonucuna varılmaktadır (94). Uzman görüşleri sonucunda ölçeğin bazı soru maddelerinde gerekli düzeltmeler yapılarak kullanılabilmesi tespit edilmiş olup, yedi uzmanın 23 maddenin uygun olduğu görüşü ile çalışmaya devam edilmiştir. Tüm uzmanlardan uygunluk alınması sonucu KGO ve KGİ değerleri "1" olarak belirlenmiştir.

3.7.2. Uygulama Aşaması

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun anlaşılabilirliğinin ve ölçeği uygularken algıda değişiklik yaşanıp yaşanmadığının değerlendirilmesi amacıyla araştırma kriterlerine uygun 15-20 kadına ulaşılarak, ön uygulama yapılması hedeflenmiştir. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Menopoz Polikliniği'ne başvuran, 18 kadından oluşan bir grup ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucunda, ölçek formunun 11. soru maddesinde yer alan "Ruh halim genellikle depresiftir." ifadesinin tam olarak anlaşılmadığı belirlenmiş olup, bu ifade "Ruh halim genellikle depresiftir/karamsardır." olarak değiştirilmiştir. Elde edilen veriler analize dahil edilmemiştir.

Bu aşamada, araştırma kriterlerine uygun 250 kadına bireysel bilgi formu ve UYKÖ uygulanmıştır. Eşdeğer ölçek uygulaması ise, 50 kadın ile gerçekleştirilerek

kadınlara bireysel bilgi formu ve UYKÖ yanında SF-36 uygulaması yapılmıştır. Veri toplama araçları yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır.

3.7.3. Yapı Geçerliği

3.7.3.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

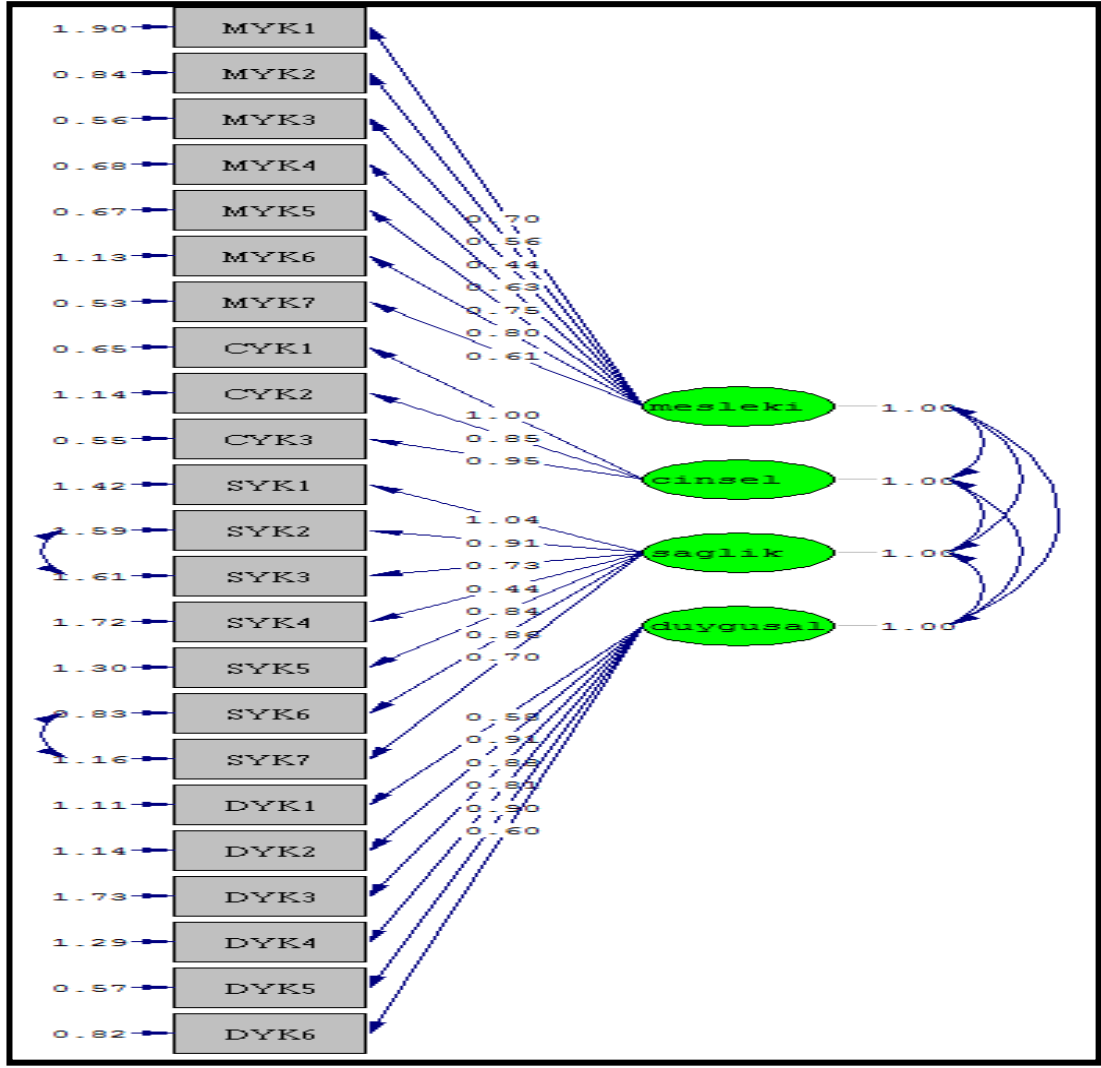
Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde DFA yöntemi kullanılmıştır. DFA, faktöryel bir modelin gerçek verilerle ne derece uyumlu olduğunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır (95). Çalışmada, bu yöntemle ölçeğin dört faktör ve 23 maddelik yapısının Türk kültürüne uygunluğunun ve ölçek modelinin doğrulanmasının değerlendirilmesi için uyum indeksi değerleri hesaplanmıştır (**Tablo 3.1**).

Tablo 3.1. UYKÖ'nün faktör yapısı için uyum indeksleri.

Uyum İndeksi	Değer
χ^2/sd	3.23
Not-Normed Fit Index (NNFI)	0.92
Comparative Fit Index (CFI)	0.93
Normed Fit Index (NFI)	0.90
Goodness of Fit Index (GFI)	0.93

Literatürde, modelin veriye uyumunu tanımlamada kullanılan yollardan biri olan Ki-Kare'nin serbestlik derecesine oranının (χ^2/sd) 5'in altında olması kabul edilebilir bir değer olarak belirtilmektedir (95-98). UYKÖ'nün DFA ile hesaplanan χ^2/sd oranı 3.23 olup, bu değer önerilen faktör modelinin verilerle uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde NNFI, CFI, NFI, GFI değerlerinin 0.90 ve üzerinde olması iyi uyumu gösterdiği belirtilmekle birlikte, DFA sonucunda NNFI değerinin 0.92, CFI değerinin 0.93, NFI değerinin 0.90 ve GFI değerinin 0.93 olarak bulunmuş olması, ölçeğin dört faktörlü yapısının kabul edilebilir olduğuna işaret etmektedir (94-97).

Çalışmamızda, DFA kapsamında UYKÖ'nün 23 madde ve dört faktörden oluşan modele iyi uyum gösterdiği ve path katsayılarının 0.44 ile 1.04 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu değerlerin tamamı 0.30'un üzerinde olup, literatürde 0.30 ve üzerindeki değerlerin kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (96) (**Şekil 3.2**).



Şekil 3.2. UYKÖ'ne ait path diagramı.

Doğrulayıcı faktör analizine ait regresyon analizinde elde edilen regresyon katsayılarının ve t değerlerinin anlamlı olduğu ($p < 0.05$) ve modelin doğrulandığı belirlenmiştir. Ölçeğin birinci alt boyutunu oluşturan emosyonel yaşam kalitesine en çok katkı sağlayan maddenin M11 ($R^2=1.04$), en az katkı sağlayan maddenin M1 ($R^2=0.70$) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin ikinci alt boyutunu oluşturan cinsel yaşam kalitesine en çok katkı sağlayan maddenin M5 ($R^2=0.75$), en az katkı sağlayan maddenin ise M14 ($R^2=0.44$) olduğu tespit edilmiştir. Meslek/iş yaşam kalitesi alt boyutuna en çok katkı sağlayan madde M19 ($R^2=0.91$) iken, söz konusu boyuta en az katkı sağlayan madde M3 ($R^2=0.44$)'tür. Ölçeğin son boyutunu oluşturan sağlık yaşam kalitesine en çok katkı sağlayan madde M8 ($R^2=0.91$), en az katkı sağlayan madde ise M7 ($R^2=0.65$) olarak belirlenmiştir (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. DFA'ya ait regresyon analizi.

Alt Boyutlar	Maddeler	Regresyon değerleri (R ²)	t değerleri
Emosyonel Yaşam Kalitesi	M1	0.70	6.88
	M11	1.04	10.53
	M12	0.91	9.18
	M13	0.73	7.55
	M15	0.84	9.34
	M20	0.88	9.15
Cinsel Yaşam Kalitesi	M4	0.63	9.69
	M5	0.75	11.14
	M14	0.44	4.61
Meslek/İş Yaşam Kalitesi	M2	0.56	8.09
	M3	0.44	7.86
	M6	0.80	9.60
	M17	0.70	8.31
	M18	0.58	7.82
	M19	0.91	11.09
Sağlık Kalitesi Yaşam	M23	0.60	9.04
	M7	0.65	10.48
	M8	1.00	13.86
	M9	0.85	10.30
	M10	0.95	14.11
	M16	0.86	11.10
	M21	0.81	9.63
M22	0.90	13.79	

3.7.4. Güvenirlik Aşaması

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenilirlik değerlendirmesi ve eşdeğer form güvenilirliğinin değerlendirilmesi yöntemleri kullanılmıştır.

3.7.4.1. Cronbach Alfa İç Tutarlılık Anlamında Güvenirlik Katsayısı

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirliğini tespit etmek amacıyla Cronbach Alfa iç tutarlılık anlamında güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Elde edilen istatistiklere göre;

- Emosyonel yaşam kalitesine ait Cronbach alfa değeri 0.78
- Cinsel yaşam kalitesine ait Cronbach alfa değeri 0.76,

- Meslek/iş yaşam kalitesine ait Cronbach alfa değeri 0.75,
- Sağlık yaşam kalitesine ait Cronbach alfa değeri 0.79,
- Ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur.

Literatürde, likert tipteki bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenirlik katsayısının olabildiğince bire yakın olması gerektiği ifade edilmektedir (97). Bu sonuçlara göre, UYKÖ'nün güvenirliğinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

3.7.4.2. Eşdeğer Form Güvenirliği

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ile benzer yapıyı ölçen ve ölçeğin geliştirilme aşamasındaki eşdeğer form güvenirliğinde kullanılan SF-36, eş zamanlı olarak 50 kadına uygulanmıştır. Literatürde, pearson kolerasyon katsayısının 0.70-0.80 veya üzerinde olmasının iki ölçeğin de aynı yapıyı ölçtüğü belirtilmektedir (90). Çalışmamızda, iki ölçekten alınan ortalama yaşam kalitesi tutum puanları arasında anlamlı ve yüksek bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.745$, $p<0.05$) (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. UYKÖ ve SF-36 toplam puanlarına ilişkin pearson korelasyon değerleri.

Kolerasyon	
	SF-36 Toplam Puanı
UYKÖ Toplam Puanı	$r=0.745$ $p=0.000$ $n=50$

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri kadınların sosyodemografik, jinekolojik, obstetrik ve menopozal özellikleri, bağımlı değişkenleri ise kadınların UYKÖ'den ve alt boyutlarından aldıkları puanlardır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin frekans ve yüzdesel

dağılımları verilmiştir. Normallik testi sonucunda, gruplar arasında farklılık incelenirken ikili gruplarda ve normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İki'den fazla gruplarda ise, normal dağılmayan değişkenlerde Bonferroni düzeltmeli Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır.

Gruplar arası farklılık incelenirken $p < 0.05$ olması durumunda gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu kabul edilmiştir.

Ölçeğin geçerliğinin değerlendirilmesinde; dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini tespit etmek amacıyla ise, Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenilirlik katsayıları hesaplanmış ve eşdeğer form güvenilirliği değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma UYKÖ'nün değerlendirdiği niteliklerle, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Menopoz Polikliniği'ne başvuran kadınlarla ve bu kişilerin ölçeği değerlendirirken buldukları bireysel beyanları ile sınırlıdır. Ancak, örnek bir araştırma olması ve karşılaştırmalara imkânlar tanınması açısından önemli bir nitelik arz etmektedir.

4. BULGULAR

4.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların bireysel özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı.

Bireysel Özellikler	n	%
Medeni durumu (n=250)		
Evli	203	81.2
Bekar	47	18.8
Eğitim durumu (n=250)		
Okuryazar ↓	13	5.2
Okuryazar	57	22.8
İlköğretim	137	54.8
Lise	39	15.6
Üniversite ve ↑	4	1.6
Yerleşim yeri (n=250)		
İl merkezi	203	81.2
İlçe merkezi	44	17.6
Bucak/köy	3	1.2
Çalışma durumu (n=250)		
Evet	24	9.6
Hayır	226	90.4
Sosyal güvence durumu (n=250)		
Evet	239	95.6
Hayır	11	4.4
Ekonomik durum algısı (n=250)		
İyi	4	1.6
Orta	199	79.6
Kötü	47	18.8
Ailede bakıma muhtaç birey varlığı (n=250)		
Evet	23	9.2
Hayır	227	90.8
Ev işlerinde yardım alma durumu (n=250)		
Evet	19	7.6
Hayır	231	92.4

Araştırma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalaması 54.25 ± 6.17 (min=39, max=65), eşlerinin yaş ortalaması 56.76 ± 7.31 (min=33, max=80) ve evlilik süresi ortalaması 33 ± 9.90 (min=2, max=54) yıl olarak belirlenmiştir. **Tablo 4.1.**'de kadınların bireysel özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %54.8'i ilköğretim mezunu iken, sadece %9.6'sı gelir getiren bir işte çalışmakta, çalışanların ise %23.8'i memur, %38.1'i işçi ve 38.1'i serbest çalışmaktadır. Aynı zamanda, kadınların %81.6'sı ev hanımı iken, %10.0'ı emeklidir. Kadınların %81.2'sinin evli olduğu, eşlerinin %60.6'sının ilköğretim mezunu olduğu ve sadece %29.1'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, çalışanların ise %25.4'ünün memur, %34.9'unun işçi olduğu saptanmıştır. Bunun yanında, kadınların %81.2'sinin il merkezinde yaşadığı, %4.4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı ve %18.8'inin ekonomik durum algısının kötü olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kadınların %9.2'sinin ailelerinde bakıma muhtaç birey olduğu ve %92.4'ünün ev işlerinde yardım almadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Kadınların bireysel alışkanlıklarının dağılımı.

Alışkanlıklar	n	%
Sigara kullanma durumu (n=250)		
Evet	55	22.0
Hayır	195	78.0
Sigara miktarı/günde (n=55)		
< 10 tane	26	47.2
10-20 tane	22	40.0
>20 tane	1	1.8
Cevapsız	6	11.0
Fiziksel aktivite yapma durumu (haftada 3 kez, ortalama 30 dk) (n=250)		
Evet	56	22.4
Hayır	194	77.6
Fiziksel aktivitenin türü (n=56)		
Yürüyüş	51	91.1
Yüzme	1	1.8
Plates	4	7.1

Tablo 4.2.'de kadınların bireysel alışkanlıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %22.0'nin sigara kullandığı, sigara kullananların ise %40.0'nin günde 10-20 tane kullandıkları belirlenmiştir. Bunun yanında, kadınların sadece %22.4'ünün düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı ve fiziksel aktivite yapanların %91.1'inin yürüyüş yaptıkları saptanmıştır.

4.2. Sağlık Öyküsüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların sağlık öykülerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.3. Kadınların sağlık öyküsüne ilişkin verilerinin dağılımı.

Sağlık Öyküsü	n	%
BKİ (kg/cm²) (n=250)		
Normal (18.50-24.99)	21	8.4
Fazla kilolu (25.00-29.99)	86	34.4
Obez (≥30.00)	143	57.2
Kronik hastalığa sahip olma durumu (n=250)		
Evet	158	63.2
Hayır	92	36.8
Hastalık türleri (n=158)		
Hipertansiyon	84	53.2
Diyabet	70	44.3
Osteoporoz	53	33.5
Tiroid hastalığı	27	17.1
Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	23	14.6
Kalp hastalığı	16	10.1
Sindirim sistemi hastalığı	13	8.2
Solunum sistemi hastalığı	13	8.2
Psikiyatrik hastalıklar	6	3.8
Kan hastalığı	4	2.5
Kanser	3	1.9
Diğer*	10	6.3
Düzenli ilaç kullanma durumu (n=250)		
Evet	152	60.8
Hayır	98	39.2

Tablo 4.3. Kadınların sağlık öyküsüne ilişkin verilerinin dağılımı (devam).

Sağlık Öyküsü	n	%
İlaç türleri (n=152)		
Antidiyabetik	8	5.3
Kalsiyum	7	4.6
Antihipertansif	5	3.3
Tiroid hormonu	3	2.0
Proton pompası inhibitörü	3	2.0
Antikuagülan	1	0.7
Demir	1	0.7
Kemoterapik ajan	1	0.7
Diüretik	1	0.7

*Skalyoz, Sedef, Migren, Kolesterol, Gut, Hepatit-B

Tablo 4.3.'de kadınların sağlık öyküsüne ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; BKİ'ye göre kadınların %34.4'ünün fazla kilolu ve %57.2'sinin obez olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, kadınların %63.2'sinin kronik bir hastalığa sahip olduğu ve bu hastalıklarından en sık görülenlerinin hipertansiyon (%53.2), diyabet (%44.3), osteoporoz (%33.5), tiroid hastalığı (%17.1), kas ve iskelet sistemi hastalıkları (%14.6), kalp hastalığı (%10.1) olduğu saptanmıştır. Bunun yanında, kadınların %60.8'i düzenli olarak ilaç kullanmakta ve kullanılan bu ilaçların %5.3'ünün antidiyabetik, %4.6'sının kalsiyum, %3.3'ünün antihipertansif, %2.0'nın tiroid hormonu, %2.0'nın proton pompası inhibitörü olduğu belirlenmiştir.

4.3. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.4. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı.

Obstetrik Özellikler	n	Mean	Min	Max	SS
Menarş yaşı	250	13	11	20	1.01
İlk gebelik yaşı	233	20	17	40	3.19
Canlı doğum sayısı	232	3	1	11	1.80

Tablo 4.4.'te kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların menarş yaşı ortalamasının 13 ± 1.01 (min=11, max=20), ilk gebelik yaşı ortalamasının 20 ± 3.19 (min=17, max=40) ve canlı doğum sayısı ortalamasının 3 ± 1.80 (min=1, max=11) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Kadınların jinekolojik özelliklerinin dağılımı.

Jinekolojik Özellikler	n	%
Düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumu (n=250)		
Evet	86	34.4
Hayır	164	65.6
Jinekolojik operasyon geçirme durumu (n=250)		
Evet	61	24.4
Hayır	189	75.6

Tablo 4.5.'te kadınların jinekolojik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların sadece %34.4'ünün düzenli olarak kadın doğum uzmanına gittiği ve %24.4'ünün jinekolojik operasyon geçirdiği belirlenmiştir. Bu operasyonların ise Total Abdominal Histerektomi-Bilateral Salpingooferektomi (TAH-BSO) (%67.2), myomektomi (%11.5), polipektomi (%11.5) olduğu saptanmıştır.

4.4. Menopoza İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların menopozal özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.6. Kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı.

Menopozal Özellikler	n	%
Menopoz şekli (n=250)		
Doğal	210	84.0
Cerrahi	40	16.0

Tablo 4.6. Kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı (devam).

Sağlık sorunu yaşama durumu (n=250)		
Evet	157	62.8
Hayır	93	37.2
Sağlık sorunları (n=157)		
Sıcak basması	146	93.0
Gece terlemesi	143	91.1
Uykusuzluk	134	85.4
Yorgunluk	96	61.2
Baş ağrısı	94	59.9
Sinirlilik	93	59.2
Kilo artışı	86	54.8
Depresyon	62	39.5
Osteoporoz	58	36.9
Cinsel isteksizlik	52	33.1
Vajinal kuruluk	50	31.9
Disparonia	49	31.2
Çarpıntı	21	13.4
Deride kuruma	13	8.3
Sağlık kuruluşuna başvurma durumu (n=250)		
Evet	84	33.6
Hayır	166	66.4
HRT kullanma durumu (n=250)		
Evet	24	9.6
Hayır	226	90.4
Bilgi alma durumu (n=250)		
Evet	32	12.8
Hayır	218	87.2
Bilgi kaynağı (n=32)		
Komşu ve akrabalar	2	6.3
Hemşire-ebe	1	3.1
Doktor	26	81.3
Kitle iletişim araçları	3	9.3
Menopoz algısı (n=250)		
Olumlu	136	54.4
Olumsuz	114	45.6
Sosyal destek alma durumu (n=250)		
Evet	10	4.0
Hayır	240	96.0

Tablo 4.6.'da kadınların menopozal özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamında kadınların menopoz yaş ortalaması 45 ± 4.85 (min=30, max=63)'tir.

Tablo incelendiğinde; kadınların %84.0'nın doğal olarak menopoza girdiği belirlenmiştir. Kadınların %62.8'inin menopoz döneminde sağlık sorunu yaşadığı, yaşanan bu sorunların %93.0 oranında sıcak basması, %91.1 oranında gece terlemesi, %85.4 oranında uykusuzluk, %61.2 oranında yorgunluk, %59.9 oranında baş ağrısı, %59.2 oranında sinirlilik, %54.8 oranında kilo artışı olduğu tespit edilmiştir. Ancak, kadınların sadece %33.6'sının menopoz dönemine ait bu sorunlarla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurduğu ve %9.6'sının 35 ± 81.40 (min=2, max=360) ay HRT kullandığı saptanmıştır. Bunun yanında, kadınların sadece %12.8'inin menopozal döneme yönelik bilgi aldığı ve bu bilgiyi %81.3 oranında doktordan, %9.3 oranında kitle iletişim araçlarından, %6.3 oranında komşu ve akrabalarından, %3.1 oranında ise hemşire veya ebeden aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, kadınların %54.4'ünün menopoz algısının olumlu olduğu ve sadece %4.0'ının menopoz döneminde sosyal destek aldığı saptanmıştır.

4.5. Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesine ilişkin tutum puan ortalamaları ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 4.7. Kadınların UYKÖ'ye ilişkin tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	n	\bar{x}	Min	Max	SS
Meslek/iş yaşam kalitesi	250	26.75	15	34	4.13
Cinsel yaşam kalitesi	250	9.34	3	15	3.16
Sağlık yaşam kalitesi	250	20.43	7	35	6.59
Emosyonel yaşam kalitesi	250	18.91	7	30	5.43
Toplam ölçek puanı	250	75.43	37	111	15.64

Tablo 4.7.'de kadınların UYKÖ'ye ilişkin tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; araştırma kapsamında yer alan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 75.43 ± 15.64 (min=37, max=111) olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yer alan kadınların ölçek alt boyutlarından meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 26.75 ± 4.13 (min=15, max=34), cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 9.34 ± 3.16 (min=3, max=15), sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 20.43 ± 6.59 (min=7, max=35) ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 18.91 ± 5.43 (min=7, max=30) olarak belirlenmiştir.

4.5.1. Bireysel Özelliklere Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların bireysel özelliklerine göre yaşam kalitesine ilişkin tutum puan ortalamaları ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 4.8. Kadınların medeni durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evli	203	26.68	4.17	124.70	$z=-0.366$
	Bekar	47	27.06	3.99	128.97	$p=0.714$
Cinsel yaşam kalitesi	Evli	203	9.40	3.38	127.83	$z=1.064$
	Bekar	47	9.06	1.92	115.45	$p=0.287$
Sağlık yaşam kalitesi	Evli	203	20.37	6.58	125.48	$z=-0.009$
	Bekar	47	20.66	6.71	125.59	$p=0.993$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evli	203	19.05	5.58	127.13	$z=-0.742$
	Bekar	47	18.30	4.74	118.46	$p=0.458$
Toplam ölçek puanı	Evli	203	75.51	16.13	125.93	$z=-0.195$
	Bekar	47	75.09	13.42	123.65	$p=0.846$

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

Kadınların medeni durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı **Tablo 4.8.**'de gösterilmektedir.

Tablo incelendiğinde; evli kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 75.51 ± 16.13 , bekar, dul veya boşanmış kadınların toplam ölçek tutum puan

ortalamasının 75.09 ± 13.42 olduğu saptanmıştır. Kadınların medeni durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Aynı zamanda, kadınların medeni durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.9. Kadınların eğitim durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*	İkili Karşılaştırma**
Meslek/iş yaşam kalitesi	Okuryazar ve ↓	70	26.39	3.86	116.49	$x^2=12.459$ p=0.002	1-3 2-3
	İlköğretim	137	26.38	4.17	119.05		
	Lise ve ↑	43	28.53	4.08	160.72		
Cinsel yaşam kalitesi	Okuryazar ve ↓	70	9.19	2.38	118.57	$x^2=4.744$ $p=0.093$	-
	İlköğretim	137	9.13	3.14	122.31		
	Lise ve ↑	43	10.26	4.09	146.93		
Sağlık yaşam kalitesi	Okuryazar ve ↓	70	18.39	5.94	104.05	$x^2=20.977$ p=0.000	1-3 2-3
	İlköğretim	137	20.11	5.92	123.22		
	Lise ve ↑	43	24.77	7.71	167.69		
Emosyonel yaşam kalitesi	Okuryazar ve ↓	70	18.46	4.18	121.17	$x^2=13.153$ p=0.001	1-3 2-3
	İlköğretim	137	18.15	5.07	116.40		
	Lise ve ↑	43	22.05	7.10	161.55		
Toplam ölçek puanı	Okuryazar ve ↓	70	72.41	12.79	113.03	$x^2=14.848$ p=0.001	1-3 2-3
	İlköğretim	137	73.77	14.20	119.91		
	Lise ve ↑	43	85.60	19.94	163.60		

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

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

Tablo 4.9.'da kadınların eğitim durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların eğitim durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). Bu farkın ise, lise ve üzerinde eğitim alan kadınlar ile lise ve altında eğitim alanlar arasında olduğu saptanmıştır. Toplam ölçek tutum puan ortalaması lise ve üzerinde eğitim alan kadınlarda 85.60±19.94 iken, eğitim düzeyi okuryazar ve altı olan kadınlarda 72.41±12.79, ilköğretim düzeyinde eğitim alanlarda 73.77±14.20 olarak tespit edilmiştir.

Kadınların eğitim durumuna göre ölçek alt boyutlarından alınan yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların eğitim durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). Bu farkın, lise ve üzerinde eğitim alan kadınlar ile lise ve altında eğitim alanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması lise ve üzerinde eğitim alan kadınlarda 28.53±4.08 iken, okuryazar ve altında, ilköğretim düzeyinde eğitim alanlarda sırasıyla 26.39±3.86, 26.38±4.17'dir.

Bunun yanında, kadınların eğitim durumu ile sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (**p<0.05**). Bu farkın, lise ve üzerinde eğitim alan kadınlar ile lise ve altında eğitim alanlar arasında olduğu dikkat çekmektedir. Lise ve üzerinde eğitim alan kadınların sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 24.77±7.71 iken, okuryazar ve altında, ilköğretim düzeyinde eğitim alan kadınların sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları sırasıyla 18.39±5.94, 20.11±5.92'dir.

Aynı zamanda, kadınların eğitim durumu ile emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). Bu farkın, lise ve üzerinde eğitim alan kadınlar ile lise ve altında eğitim alanlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının lise ve üzerinde eğitim alan kadınlarda 22.05±7.10, okuryazar ve altında eğitim alanlarda 18.46±4.18, ilköğretim düzeyinde eğitimi alanlarda 18.15±5.07 olduğu saptanmıştır.

Ayrıca, kadınların eğitim durumu ile cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Kadınların yerleşim yerine göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Yerleşim Yeri	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	İl merkezi	203	26.85	4.13	127.27	$z=-0.806$
	İlçe ve köy	47	26.34	4.19	117.86	$p=0.420$
Cinsel yaşam kalitesi	İl merkezi	203	9.39	3.21	127.45	$z=-0.891$
	İlçe ve köy	47	9.11	2.91	117.09	$p=0.373$
Sağlık yaşam kalitesi	İl merkezi	203	20.85	6.60	130.35	$z=-2.207$
	İlçe ve köy	47	18.60	6.28	104.54	$p=0.027$
Emosyonel yaşam kalitesi	İl merkezi	203	18.98	5.49	126.44	$z=-0.426$
	İlçe ve köy	47	18.60	5.18	121.46	$p=0.670$
Toplam ölçek puanı	İl merkezi	203	76.07	15.86	128.66	$z=-1.437$
	İlçe ve köy	47	72.64	14.45	111.84	$p=0.151$

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

Tablo 4.10.'da kadınların yerleşim yerine göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; il merkezinde yaşayan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 76.07 ± 15.86 , ilçe ve köyde yaşayan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 72.64 ± 14.45 olarak belirlenmiştir. Kadınların yerleşim yerleri ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Bunun yanında, kadınların yerleşim yeri ile sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş olup (**$p<0.05$**), sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması il merkezinde yaşayan kadınlarda 20.85 ± 6.60 iken, ilçe ve köyde yaşayan kadınlarda 18.60 ± 6.28 'dir.

Ayrıca, kadınların yerleşim yeri ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Kadınların çalışma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	24	25.96	5.58	119.65	z=-0.418
	Hayır	226	26.84	3.96	126.12	p=0.676
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	24	8.63	4.48	114.08	z=-0.819
	Hayır	226	9.42	2.99	126.71	p=0.413
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	24	21.42	5.93	133.63	z=-0.580
	Hayır	226	20.32	6.66	124.64	p=0.562
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	24	17.38	6.41	102.04	z=-1.674
	Hayır	226	19.07	5.31	127.99	p=0.094
Toplam ölçek puanı	Evet	24	73.38	18.93	112.85	z=-0.901
	Hayır	226	75.65	15.28	126.84	p=0.367

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

Tablo 4.11.'de kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; gelir getiren bir işte çalışan kadınların toplam ölçek puan ortalaması 73.38 ± 18.93 iken, gelir getiren bir işte çalışmayan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 75.65 ± 15.28 olarak belirlenmiştir. Kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumları ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Bunun yanında, kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 4.12. Kadınların sosyal güvence durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Sosyal Güvence Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	239	26.76	4.17	125.90	$z=-0.411$
	Hayır	11	26.55	3.30	116.77	$p=0.681$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	239	9.34	3.17	125.33	$z=-0.178$
	Hayır	11	9.27	3.04	129.27	$p=0.859$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	239	20.60	6.59	127.38	$z=-1.923$
	Hayır	11	16.64	5.64	84.55	$p=0.054$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	239	19.04	5.47	127.29	$z=-1.831$
	Hayır	11	16.00	3.63	86.55	$p=0.067$
Toplam ölçek puanı	Evet	239	75.75	15.71	126.95	$z=-1.482$
	Hayır	11	68.45	12.42	93.91	$p=0.138$

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

Tablo 4.12.'de kadınların sosyal güvence durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; sosyal güvencesi olan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 75.75 ± 15.71 , sosyal güvencesi olmayan kadınların ise toplam ölçek tutum puan ortalamasının 68.45 ± 12.42 olduğu belirlenmiştir. Kadınların sosyal güvence sahip olma durumları ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bunun yanında, kadınların ölçek alt boyutlarından aldıkları yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları incelendiğinde; sosyal güvence durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Kadınların ekonomik durum algısına göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Ekonomik Durum Algısı	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Orta	199	26.94	4.00	127.23	$z=-1.697$
	Kötü	47	25.68	4.53	107.71	$p=0.090$
Cinsel yaşam kalitesi	Orta	199	9.47	3.13	127.23	$z=-1.702$
	Kötü	47	8.55	3.09	107.71	$p=0.089$
Sağlık yaşam kalitesi	Orta	199	20.80	6.34	128.94	$z=-2.469$
	Kötü	47	18.53	6.79	100.48	$p=0.014$
Emosyonel yaşam kalitesi	Orta	199	19.16	5.22	129.12	$z=-2.555$
	Kötü	47	17.47	5.86	99.69	$p=0.011$
Toplam ölçek puanı	Orta	199	76.37	15.02	129.51	$z=-2.724$
	Kötü	47	70.23	16.23	98.07	$p=0.006$

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

Tablo 4.13.'te kadınların ekonomik durum algısına göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; ekonomik durum algısı orta olan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 76.37 ± 15.02 iken, ekonomik durum algısı kötü olan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 70.23 ± 16.23 olup, kadınların ekonomik durum algısı ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (**$p<0.05$**).

Kadınların ekonomik durum algısı ile ölçek alt boyutlarından alınan yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları incelendiğinde; ekonomik durum algısı ile sağlık yaşam kalitesi ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (**$p<0.05$**). Sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması ekonomik durum algısı orta olan kadınlarda 20.80 ± 6.34 iken, ekonomik durum algısı kötü olanlarda 18.53 ± 6.79 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması ekonomik durum algısı orta olan kadınlarda 19.16 ± 5.22 , ekonomik durum algısı kötü olanlarda ise 17.47 ± 5.86 olarak tespit edilmiştir.

Ayrıca, kadınların ekonomik durum algısı ile meslek/iş yaşam kalitesi ve cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Eşin eğitim durumuna göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Eşin Eğitim Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*	İkili Karşılaştırma**
Meslek/iş yaşam kalitesi	Okuryazar ve ↓	24	26.21	4.79	98.02	$x^2=15.700$ p=0.001	1-4
	İlköğretim	123	26.18	4.19	94.51		2-4
	Lise	41	27.22	3.55	106.62		3-4
	Üniversite ve ↑	15	30.07	2.91	157.13		
Cinsel yaşam kalitesi	Okuryazar ve ↓	24	9.00	3.26	92.65	$x^2=13.421$ p=0.004	1-4
	İlköğretim	123	9.02	3.06	95.61		2-4
	Lise	41	9.76	3.47	108.46		3-4
	Üniversite ve ↑	15	12.20	4.57	151.67		
Sağlık yaşam kalitesi	Okuryazar ve ↓	24	18.13	5.52	80.31	$x^2=17.682$ p=0.001	1-4
	İlköğretim	123	19.59	6.18	96.25		2-4
	Lise	41	21.59	6.38	112.89		3-4
	Üniversite ve ↑	15	27.07	7.69	154.07		
Emosyonel yaşam kalitesi	Okuryazar ve ↓	24	18.17	4.61	91.88	$x^2=10.796$ p=0.013	2-4
	İlköğretim	123	18.35	4.95	96.22		
	Lise	41	19.73	6.10	109.35		
	Üniversite ve ↑	15	24.33	7.54	145.47		
Toplam ölçek puanı	Okuryazar ve ↓	24	71.50	13.55	86.73	$x^2=15.166$ p=0.002	1-4
	İlköğretim	123	73.15	14.28	95.84		2-4
	Lise	41	78.29	16.67	110.80		3-4
	Üniversite ve ↑	15	93.67	20.77	152.90		

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

**Mann Whitney U Testi yapılmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.14.'te eşin eğitim durumuna göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; eşin eğitim durumu ile kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). Bu farkın, eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınlar ile eşi üniversite ve altında eğitim alan kadınlar arasında olduğu saptanmıştır. Eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 93.67 ± 20.77 iken, eşi okuryazar ve altı, ilköğretim, lise düzeyinde eğitim alan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması sırasıyla 71.50 ± 13.55 , 73.15 ± 14.28 , 78.29 ± 16.67 'dir.

Eşin eğitim durumuna göre kadınların ölçek alt boyutlarından aldıkları yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları incelendiğinde; eşinin eğitim durumu ile kadınların meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi ve sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). Belirtilen alt boyutlarda farkın, eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınlarda 30.07 ± 2.91 iken, eşi okuryazar ve altında, ilköğretim, lise eğitim alan kadınlarda sırasıyla 26.21 ± 4.79 , 26.18 ± 4.19 , 27.22 ± 3.55 'dir. Eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınların cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 12.20 ± 4.57 iken, eşi okuryazar ve altı, ilköğretim, lise düzeyinde eğitim alan kadınların cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları sırasıyla 9.00 ± 3.26 , 9.02 ± 3.06 , 9.76 ± 3.47 olarak belirlenmiştir. Bunun yanısıra, eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınların sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 18.130 ± 5.52 iken, eşi okuryazar ve altı, ilköğretim, lise düzeyinde eğitim alan kadınların meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması sırasıyla 18.13 ± 5.52 , 19.59 ± 6.18 , 21.59 ± 6.38 'dir.

Ayrıca, çalışmamızda eşin eğitim durumu ile kadınların emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**). Bu farkın ise, eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınlar ile eşi ilköğretim düzeyinde eğitim alan kadınlar arasında olduğu saptanmıştır. Emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması eşi üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınlarda 18.35 ± 4.95 iken, eşi ilköğretim düzeyinde eğitim alan kadınlarda 19.73 ± 6.10 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.15. Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Eşin Çalışma Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	59	27.41	4.23	113.55	$z=-1.800$
	Hayır	144	26.38	4.13	97.27	$p=0.072$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	59	9.85	4.15	112.43	$z=-1.628$
	Hayır	144	9.22	3.00	97.73	$p=0.104$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	59	22.56	6.69	120.25	$z=-2.837$
	Hayır	144	19.48	6.34	94.52	$p=0.005$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	59	20.07	6.53	110.85	$z=-1.376$
	Hayır	144	18.63	5.10	98.38	$p=0.169$
Toplam ölçek puanı	Evet	59	79.88	18.61	114.99	$z=-2.017$
	Hayır	144	73.72	14.70	96.68	$p=0.044$

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

Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı **Tablo 4.15.**'te gösterilmektedir.

Tablo incelendiğinde; eşi gelir getiren bir işte çalışan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 79.88 ± 18.61 , eşi gelir getiren bir işte çalışmayan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 73.72 ± 14.70 olduğu tespit edilmiştir. Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu ile kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (**$p<0.05$**).

Aynı zamanda, eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu ile kadınların sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**$p<0.05$**). Sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması eşi çalışan kadınlarda 22.56 ± 6.69 , eşi çalışmayan kadınlarda ise 19.48 ± 6.34 'tür.

Ayrıca, eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu ile kadınların meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Ailede bakıma muhtaç birey varlığına göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Ailede Bakıma Muhtaç Birey Varlığı	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	23	24.78	4.25	91.98	$z=-2.341$
	Hayır	227	26.95	4.08	128.90	p=0.019
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	23	9.26	3.49	119.83	$z=-0.397$
	Hayır	227	9.35	3.13	126.07	p=0.691
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	23	17.83	6.73	98.54	$z=-1.878$
	Hayır	227	20.69	6.53	128.23	p=0.060
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	23	17.61	6.62	106.26	$z=-1.341$
	Hayır	227	19.04	5.29	127.45	p=0.180
Toplam ölçek puanı	Evet	23	69.48	18.80	98.37	$z=-1.889$
	Hayır	227	76.03	15.20	128.25	p=0.059

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

Tablo 4.16.'da ailede bakıma muhtaç birey varlığına göre kadınların UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; ailesinde bakıma muhtaç birey bulunan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 69.48 ± 18.80 , bulunmayan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 76.03 ± 15.20 olduğu belirlenmiştir. Ailede bakıma muhtaç birey varlığı ile kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Çalışmamızda, ailede bakıma muhtaç birey varlığı ile meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (**p<0.05**). Meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması ailesinde bakıma muhtaç birey bulunan kadınlarda 24.78 ± 4.25 iken, bulunmayanlarda 26.95 ± 4.25 'tir.

Ayrıca, ailede bakıma muhtaç birey varlığı ile cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.17. Kadınların ev işlerinde yardım alma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Ev İşlerinde Yardım Alma Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	19	29.00	3.16	165.37	$z=-2.508$
	Hayır	231	26.57	4.16	122.22	p=0.012
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	19	9.42	3.73	125.71	$z=-0.013$
	Hayır	231	9.33	3.11	125.48	p=0.989
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	19	23.84	8.13	155.89	$z=-1.908$
	Hayır	231	20.15	6.39	123.00	p=0.056
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	19	20.79	7.15	144.74	$z=-1.208$
	Hayır	231	18.75	5.25	123.92	p=0.227
Toplam ölçek puanı	Evet	19	83.05	19.01	153.84	$z=-1.778$
	Hayır	231	74.80	15.20	123.17	p=0.075

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

Tablo 4.17.'de kadınların ev işlerinde yardım alma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; ev işlerinde yardım alan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 83.05 ± 19.01 , almayanların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 74.80 ± 15.20 olduğu ve ev işlerinde yardım alma durumu ile kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir (p>0.05).

Bunun yanında, kadınların ev işlerinde yardım alma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (**p<0.05**). Meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının ev işlerinde yardım alan kadınlarda 29.00 ± 3.16 , almayanlarda ise 26.57 ± 4.16 olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca, ev işlerinde yardım alma durumu ile cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.18. Kadınların sigara kullanma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Sigara Kullanma Durumu	N	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	55	26.53	4.62	123.41	$z=-0.244$
	Hayır	195	26.82	4.00	126.09	$p=0.808$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	55	8.78	3.61	116.25	$z=-1.081$
	Hayır	195	9.50	3.01	128.11	$p=0.280$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	55	21.47	7.27	134.84	$z=-1.085$
	Hayır	195	20.13	6.38	122.87	$p=0.278$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	55	18.09	6.00	115.22	$z=-1.196$
	Hayır	195	19.14	5.25	128.40	$p=0.232$
Toplam ölçek puanı	Evet	55	74.87	17.24	122.39	$z=-0.361$
	Hayır	195	75.58	15.20	126.38	$p=0.718$

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

Tablo 4.18.'de kadınların sigara kullanma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; sigara kullanan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 74.87 ± 17.24 , sigara kullanmayan kadınların ise toplam ölçek tutum puan ortalamasının 75.58 ± 15.20 olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanma durumu ile kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Aynı zamanda, kadınların sigara kullanma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.19. Kadınların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Fiziksel Aktivite Yapma Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	56	28.18	3.50	150.65	$z=-2.964$
	Hayır	194	26.34	4.22	118.24	p=0.003
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	56	9.45	3.55	127.33	$z=-0.216$
	Hayır	194	9.31	3.04	124.97	$p=0.829$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	56	25.43	6.53	177.27	$z=-6.088$
	Hayır	194	18.98	5.88	110.56	p=0.000
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	56	20.21	5.86	140.55	$z=-1.772$
	Hayır	194	18.53	5.25	121.15	$p=0.076$
Toplam ölçek puanı	Evet	56	83.27	16.51	160.01	$z=-4.055$
	Hayır	194	73.16	14.65	115.54	p=0.000

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

Tablo 4.19.'da kadınların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; düzenli olarak fiziksel aktivite yapan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 83.27 ± 16.51 , düzenli olarak fiziksel aktivite yapmayan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 73.16 ± 14.65 olduğu görülmekle birlikte, kadınların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (**$p<0.05$**).

Çalışmamızda, fiziksel aktivite yapma durum ile meslek/iş yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 28.18 ± 3.50 , düzenli fiziksel aktivite yapmayan kadınlarda ise meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 26.34 ± 4.22 olarak belirlenmiştir. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapan kadınlarda meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması düzenli olarak fiziksel aktivite yapmayan kadınlara göre daha yüksek olmakla birlikte, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile

meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması düzenli olarak fiziksel aktivite yapan kadınlarda 25.43 ± 6.53 , düzenli olarak fiziksel aktivite yapmayan kadınlarda 18.98 ± 5.88 olarak tespit edilmiştir. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu ile sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Ayrıca, kadınların düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu ile cinsel yaşam kalitesi ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.20. Kadınların düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Kadın Doğum Uzmanına Gitme Durumu		n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
	Evet	Hayır					
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	86	27.63	4.10	142.08	$z=-2.633$	
	Hayır	164	26.29	4.09	116.81	$p=0.008$	
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	86	9.87	3.19	137.84	$z=-1.967$	
	Hayır	164	9.06	3.11	119.03	$p=0.049$	
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	86	22.13	6.67	143.19	$z=-2.804$	
	Hayır	164	19.54	6.39	116.22	$p=0.005$	
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	86	19.64	5.57	135.07	$z=-1.518$	
	Hayır	164	18.52	5.33	120.48	$p=0.129$	
Toplam ölçek puanı	Evet	86	79.27	15.62	142.43	$z=-2.681$	
	Hayır	164	73.41	15.31	116.62	$p=0.007$	

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

Tablo 4.20.'de kadınların düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; düzenli olarak kadın doğum uzmanına giden kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 79.27 ± 15.62 , düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitmeyen kadınların ise toplam ölçek tutum puan ortalamasının 73.41 ± 15.31 olduğu ve kadınların düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Çalışmamızda, düzenli olarak kadın doğum uzmanına giden kadınlarda meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 27.63 ± 4.10 iken, gitmeyen kadınların 26.29 ± 4.09 olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi arasında fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Aynı zamanda, kadınların düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumu ile cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması, düzenli olarak kadın doğum uzmanına giden kadınlarda 9.87 ± 3.19 , gitmeyen kadınlarda ise 9.06 ± 3.11 olarak belirlenmiştir.

Bunun yanında, kadınların düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumu ile sağlık yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; düzenli olarak kadın doğum uzmanına giden kadınlarda sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 22.13 ± 6.67 iken, düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitmeyen kadınlarda 19.54 ± 6.39 olduğu tespit edilmiştir. Düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumu ile sağlık yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Ayrıca, düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitme durumu ile duygusal yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

4.5.2. Sağlık Öyküsüne Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların sağlık öyküsüne göre yaşam kalitesine ilişkin tutum puan ortalamaları ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 4.21. Kadınların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Kronik Hastalık	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	158	26.66	3.98	123.02	$z=-0.714$
	Hayır	92	26.90	4.40	129.77	$p=0.475$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	158	9.14	2.90	118.80	$z=-1.932$
	Hayır	92	9.68	3.54	137.01	$p=0.053$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	158	19.14	6.31	111.62	$z=-3.983$
	Hayır	92	22.64	6.50	149.34	$p=0.000$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	158	18.27	5.10	116.62	$z=-2.548$
	Hayır	92	20.00	5.81	140.74	$p=0.011$
Toplam ölçek puanı	Evet	158	73.22	14.22	115.16	$z=-2.963$
	Hayır	92	79.23	17.23	143.26	$p=0.003$

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

Tablo 4.21.'de kadınların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kronik hastalığı olan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 73.22 ± 14.22 , kronik hastalığı olmayan kadınların ise toplam ölçek tutum puan ortalaması 79.23 ± 17.23 olarak belirlenmiş ve kadınların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır (**$p<0.05$**).

Bunun yanında, kadınların kronik hastalığa sahip olma durumu ile sağlık yaşam kalitesi ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (**$p<0.05$**). Sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması kronik hastalığı olan kadınlarda 19.14 ± 6.31 iken, kronik hastalığı olmayan kadınlarda 22.64 ± 6.50 olarak tespit edilmiştir. Emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının ise kronik bir hastalığı olmayan kadınlarda 20.00 ± 5.81 , kronik hastalığı olanlarda 18.27 ± 5.10 olduğu saptanmıştır.

Ayrıca, kadınların kronik hastalığa sahip olma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi ve cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.22. Kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Düzenli İlaç Kullanma Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	152	26.57	3.99	121.17	$z=-1.184$
	Hayır	98	27.04	4.35	132.22	$p=0.237$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	152	9.19	2.88	119.93	$z=-1.527$
	Hayır	98	9.57	3.54	134.14	$p=0.127$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	152	19.37	6.38	114.20	$z=-3.081$
	Hayır	98	22.07	6.61	143.03	$p=0.002$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	152	18.38	5.11	118.37	$z=-1.945$
	Hayır	98	19.72	5.82	136.56	$p=0.052$
Toplam ölçek puanı	Evet	152	73.51	14.25	117.05	$z=-2.303$
	Hayır	98	78.41	17.23	138.61	$p=0.021$

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

Tablo 4.22.'de kadınların düzenli ilaç kullanma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; düzenli ilaç kullanan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 73.51 ± 14.25 , kullanmayanların ise 78.41 ± 17.23 olduğu görülmektedir. Kadınların düzenli ilaç kullanma durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (**$p<0.05$**).

Aynı zamanda, kadınların düzenli ilaç kullanma durumu ile sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır (**$p<0.05$**). Sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması düzenli ilaç kullanmayan kadınlarda 22.07 ± 6.61 iken, kullananlarda 19.37 ± 6.38 olarak tespit edilmiştir.

Ayrıca, kadınların düzenli ilaç kullanma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.23. Kadınların jinekolojik operasyon geçirme durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Jinekolojik Operasyon Geçirme Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	61	27.11	4.40	133.26	$z=-0.967$
	Hayır	189	26.63	4.05	122.99	$p=0.333$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	61	8.85	3.45	114.78	$z=-1.340$
	Hayır	189	9.50	3.05	128.96	$p=0.180$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	61	20.51	6.36	126.48	$z=-0.121$
	Hayır	189	20.40	6.68	125.19	$p=0.903$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	61	18.87	5.52	124.44	$z=-0.132$
	Hayır	189	18.92	5.41	125.84	$p=0.895$
Toplam ölçek puanı	Evet	61	75.34	15.68	126.61	$z=-0.139$
	Hayır	189	75.46	15.66	125.14	$p=0.890$

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

Tablo 4.23.'te kadınların jinekolojik operasyon geçirme durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; jinekolojik operasyon geçiren kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 75.34 ± 15.68 , jinekolojik operasyon geçirmeyenlerin ise toplam ölçek tutum puan ortalaması 75.46 ± 15.66 olarak belirlenmiştir. Kadınların jinekolojik operasyon geçirme durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bunun yanında, kadınların jinekolojik operasyon geçirme durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

4.5.3. Menopozal Özelliklere Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların menopozal özelliklerine göre yaşam kalitesine ilişkin tutum puan ortalamaları ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 4.24. Kadınların menopozaya giriş şekline göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Menopozaya Giriş Şekli	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Doğal	210	26.71	4.08	124.54	$z=-0.482$
	Cerrahi	40	26.98	4.43	130.54	$p=0.630$
Cinsel yaşam kalitesi	Doğal	210	9.54	3.02	129.81	$z=-2.171$
	Cerrahi	40	8.28	3.64	102.89	$p=0.030$
Sağlık yaşam kalitesi	Doğal	210	20.65	6.60	128.40	$z=-1.452$
	Cerrahi	40	19.25	6.48	110.30	$p=0.146$
Emosyonel yaşam kalitesi	Doğal	210	19.12	5.35	128.61	$z=-1.563$
	Cerrahi	40	17.80	5.75	109.15	$p=0.118$
Toplam ölçek puanı	Doğal	210	76.02	15.45	128.30	$z=-1.403$
	Cerrahi	40	72.30	16.41	110.80	$p=0.161$

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

Tablo 4.24.'te kadınların menopozaya giriş şekline göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; doğal olarak menopozaya giren kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 76.02 ± 15.45 , cerrahi olarak menopozaya giren kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 72.30 ± 16.41 olduğu görülmekle birlikte, kadınların menopoz şekli ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bunun yanısıra, kadınların menopozaya giriş şekli ile cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (**$p<0.05$**). Cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması doğal olarak menopozaya giren kadınlarda 9.54 ± 3.02 , cerrahi olarak menopozaya girenlerde ise 8.28 ± 3.64 olarak belirlenmiştir.

Ayrıca, kadınların menopoz şekli ile meslek/iş yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.25. Kadınların menopoz döneminde sağlık sorunu yaşama durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	157	26.58	4.15	122.41	$z=-0.880$
	Hayır	93	27.04	4.12	130.71	$p=0.379$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	157	8.62	3.18	109.19	$z=-4.662$
	Hayır	93	10.55	2.72	153.03	$p=0.000$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	157	19.46	6.84	114.69	$z=-3.075$
	Hayır	93	22.05	5.84	143.75	$p=0.002$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	157	17.90	5.21	112.11	$z=-3.810$
	Hayır	93	20.61	5.40	148.10	$p=0.000$
Toplam ölçek puanı	Evet	157	72.57	15.41	111.99	$z=-3.838$
	Hayır	93	80.26	14.88	148.30	$p=0.000$

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

Tablo 4.25.'te kadınların menopoz döneminde sağlık sorunu yaşama durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; menopoz döneminde sağlık sorunu yaşayan kadınların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 72.57 ± 15.41 , sağlık sorunu yaşamayanların toplam ölçek tutum puan ortalamasının 80.26 ± 14.88 olduğu belirlenmiştir. Kadınların menopoz döneminde sağlık sorunu yaşama durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**$p<0.05$**).

Çalışmamızda, kadınların menopoz döneminde sağlık sorunu yaşama durumu ile UYKÖ'nin alt boyutlarından aldığı puanlar incelendiğinde; bu dönemde sağlık sorunu yaşayan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 8.62 ± 3.18 iken, sağlık sorunu yaşamayanlarda cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması

10.55±2.72 olarak tespit edilmiştir. Bunun yanında, sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının, menopoz döneminde sağlık sorunu yaşayan kadınlarda 19.46±6.84, bu dönemde sağlık sorunu yaşamayan kadınlarda ise 22.05±5.84 olduğu saptanmıştır. Emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması menopoz döneminde sağlık sorunu yaşayan kadınlarda 17.90±5.21 iken, bu dönemde sağlık sorunu yaşamayan kadınlarda 20.61±5.40 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda, menopoz döneminde sağlık sorunu yaşama durumu ile cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Ayrıca, kadınların menopoz döneminde sağlık sorunu yaşama durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.26. Kadınların menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Sağlık Kuruluşuna		n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
	Başvuruma	Durumu					
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet		84	26.92	4.00	127.80	$z=-0.359$
	Hayır		166	26.67	4.21	124.34	$p=0.720$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet		84	8.45	3.12	105.26	$z=-3.167$
	Hayır		166	9.79	3.09	135.74	$p=0.002$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet		84	19.88	6.44	118.96	$z=-1.019$
	Hayır		166	20.70	6.67	128.81	$p=0.308$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet		84	17.73	5.14	110.30	$z=-2.368$
	Hayır		166	19.51	5.49	133.19	$p=0.018$
Toplam ölçek puanı	Evet		84	72.98	14.90	114.49	$z=-1.712$
	Hayır		166	76.67	15.90	131.07	$p=0.087$

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

Tablo 4.26.'da kadınların menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvuruma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; toplam ölçek tutum puan ortalaması menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda 72.98 ± 14.90 , sağlık kuruluşuna başvurmayanlarda ise 76.67 ± 15.90 olarak belirlenmiştir. Kadınların menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili sağlık kuruluşuna başvurma durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Kadınların UYKÖ'nün alt boyutlarından aldıkları yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları incelendiğinde; menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurma durumu ile cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda 8.45 ± 3.12 , sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınlarda ise 9.79 ± 3.09 olduğu saptanmıştır.

Bunun yanında, menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurma durumu ile emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması menopoz dönemine ait sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda 17.73 ± 5.14 iken, sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınlarda 19.51 ± 5.49 olarak belirlenmiştir.

Ayrıca, kadınların menopoz dönemi ile ilgili yaşanan sağlık sorunlarında sağlık kuruluşuna başvurma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.27. Kadınların HRT kullanma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	HRT Kullanma Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	24	26.63	4.91	127.90	$z=-0.171$
	Hayır	226	26.77	4.06	125.25	$p=0.864$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	24	8.38	3.31	101.60	$z=-1.713$
	Hayır	226	9.44	3.13	128.04	$p=0.087$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	24	19.25	6.65	110.46	$z=-1.073$
	Hayır	226	20.55	6.59	127.10	$p=0.283$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	24	17.46	5.72	104.04	$z=-1.532$
	Hayır	226	19.06	5.39	127.78	$p=0.126$
Toplam ölçek puanı	Evet	24	71.71	16.12	105.88	$z=-1.399$
	Hayır	226	75.82	15.57	127.58	$p=0.162$

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

Tablo 4.27.'de kadınların HRT kullanma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; toplam ölçek tutum puan ortalaması menopoz döneminde HRT kullanan kadınlarda 71.71 ± 16.12 , HRT kullanmayan kadınlarda 75.82 ± 15.57 olarak belirlenmiştir. Kadınların HRT kullanım durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Aynı zamanda, kadınların HRT kullanma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.28. Kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Bilgi Alma Durumu	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Evet	32	27.50	4.27	139.92	$z=-1.212$
	Hayır	218	26.64	4.11	123.38	$p=0.225$
Cinsel yaşam kalitesi	Evet	32	9.47	3.80	127.45	$z=-0.165$
	Hayır	218	9.32	3.06	125.21	$p=0.869$
Sağlık yaşam kalitesi	Evet	32	22.56	6.95	147.16	$z=-1.816$
	Hayır	218	20.11	6.49	122.32	$p=0.069$
Emosyonel yaşam kalitesi	Evet	32	19.84	6.60	131.78	$z=-0.527$
	Hayır	218	18.77	5.24	124.58	$p=0.598$
Toplam ölçek puanı	Evet	32	79.38	18.15	136.78	$z=-0.945$
	Hayır	218	74.85	15.19	123.84	$p=0.345$

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

Tablo 4.28.'de kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumuna göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; toplam ölçek tutum puan ortalamasının menopoz dönemine yönelik bilgi alan kadınlarda 79.38 ± 18.15 , bu döneme yönelik bilgi almayanlarda ise 74.85 ± 15.19 olduğu belirlenmiştir. Kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Bunun yanısıra, kadınların menopoz dönemine ilişkin bilgi alma durumu ile meslek/iş yaşam kalitesi, cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.29. Kadınların menopoz algısına göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı.

Alt Boyutlar	Menopoz Algısı	n	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Meslek/iş yaşam kalitesi	Olumlu	136	27.13	3.89	131.00	$z=-1.318$
	Olumsuz	114	26.31	4.38	118.94	$p=0.188$
Cinsel yaşam kalitesi	Olumlu	136	10.57	2.80	153.96	$z=-6.840$
	Olumsuz	114	7.87	2.93	91.54	$p=0.000$
Sağlık yaşam kalitesi	Olumlu	136	21.92	6.38	142.00	$z=-3.944$
	Olumsuz	114	18.65	6.42	105.82	$p=0.000$
Emosyonel yaşam kalitesi	Olumlu	136	20.70	5.23	149.56	$z=-5.755$
	Olumsuz	114	16.77	4.88	96.80	$p=0.000$
Toplam ölçek puanı	Olumlu	136	80.32	14.91	147.98	$z=-5.370$
	Olumsuz	114	69.60	14.50	98.68	$p=0.000$

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

Tablo 4.29.'da kadınların menopoz algısına göre UYKÖ tutum puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; toplam ölçek tutum puan ortalaması menopoz algısı olumlu olan kadınlarda 80.32 ± 14.91 , menopoz algısı olumsuz olanlarda ise 69.60 ± 14.50 olarak belirlemiştir. Kadınların menopoz algısı ile toplam ölçek tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (**$p<0.05$**).

Aynı zamanda, kadınların menopoz algısı ile cinsel yaşam kalitesi, sağlık yaşam kalitesi, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (**$p<0.05$**). Cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması menopoz algısı olumlu olan kadınlarda 10.57 ± 2.80 , olumsuz olanlarda ise 7.87 ± 2.93 olarak tespit edilmiştir. Sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması olumlu menopoz algısına sahip kadınların 21.92 ± 6.38 iken, olumsuz menopoz algısına sahip olanlarda 18.65 ± 6.42 'dir. Emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması ise, menopoz algısı olumlu olan kadınlarda 20.70 ± 5.23 , olumsuz olanlarda 16.77 ± 4.88 olarak saptanmıştır. Ayrıca, kadınların menopoz algısı ile meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Araştırma, UYKÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek, menopozdaki kadınların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik olarak yürütülmüştür. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalamasının 54.25 ± 6.17 , %54.8'inin ilköğretim mezunu, %9.6'sının gelir getiren bir işte çalıştığı, %81.2'sinin evli, %81.2'sinin il merkezinde yaşadığı ve %79.6'sının ekonomik durum algısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Modern toplumun önemli gereklerinden biri olan eğitim, üretken ve kaliteli bir yaşamın ön koşuludur (99). Türkiye'de son 20 yılda eğitim düzeyi artmış olsa da, eğitimde toplumsal cinsiyet eşitsizliği devam etmekte olup, kadınların eğitim düzeyi istendik seviyeye ulaşamamıştır (100). Çalışmamızdaki kadınların çoğunluğunun (%54.8) ilköğretim mezunu olması dikkat çeken bir bulgudur (**Bkz. Tablo 4.1**). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011 yılı verilerine göre; Türkiye'de ilköğretim mezunu olan kadın oranı %52.5, bu oran Kadın Sağlığı Araştırması (KSA) (2014) sonuçlarında %50.3 olarak belirlenmiştir (101,102). Bunun yanında, TÜİK 2013 yılı verilerine göre; Orta Anadolu'da ilköğretim mezunu olan kadın oranı %56.2 olup, Ankara Kalkınma Ajansı'na (2011) göre; Ankara'da ilköğretim mezunu kadın oranı %40.9'dur (103,104). Yapılan çalışma sonuçları araştırma bulgumuzla uyum göstermekle birlikte, ülkemizde kadınların eğitim seviyesinin hala istendik düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda, kadınların eğitime eşit olarak erişimlerinin sağlanmasının ve eğitim düzeylerinin artırılmasının toplumda kadının statüsünü yükseltmede önemli olduğu düşünülmektedir.

Kadın istihdamı, bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir. Kadınların çalışması maddi gelir elde etmelerinin yanında, karar alma mekanizmalarına erişimlerinin ve gelecekleriyle ilgili kararlara aktif olarak katılmalarında önem taşımaktadır (105). Araştırmamızda, kadınların sadece %9.6'sının gelir getiren bir işte çalıştığı dikkat çekmektedir (**Bkz. Tablo 4.1**). Literatür incelendiğinde, gelişmiş ülkelerde kadınların işgücüne katılım oranı

%60'lara ulaşırken, Avrupa Birliği ülkelerinde bu oran %58.5, Japonya'da %60.3, ABD'de %62.0'dır (105). Ülkemizde ise, TÜİK 2014 yılı verilerine göre; kadınların %33.1'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır (106). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nda (2008), ülkemizde kadınların %31.0'ının çalıştığı belirtilmekte ve yaş arttıkça çalışma oranının düştüğü vurgulanmaktadır. Aynı çalışmada, kadınların çalışma oranının 35-39 yaş grubunda %35.6, 40-44 yaş grubunda %35.2, 45-49 yaş grubunda ise %32.1 olduğu belirtilmektedir (107). Araştırma sonuçları incelendiğinde, araştırmamızda çalışan kadın yüzdesinin daha düşük olduğu saptanmış olup, bu durumun çalışma kapsamındaki kadınların ileri yaş grubunda bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hanehalkının ekonomik durumu, ailenin genel refah düzeyini ve yaşam standardını belirleyen temel unsurdur (108). Çalışma kapsamında yer alan kadınların %79.6'sının ekonomik gelir algısının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.1**). KSA'da ülkemizde ekonomik gelir algısının %70.2 oranında orta düzeyde olduğu belirtilmektedir (102). Bunun yanında, Ertem'in çalışmasında kadınların %82.5'inin, Bozkurt'un çalışmasında ise kadınların %71.4'ünün ekonomik gelir algısının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (16,109). Çalışma sonuçları araştırmamızın bulgusu ile uyumlu olmakla birlikte, ülkemizde hala ekonomik durum algısının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Tüm dünyada hastalıkların önlenabilir sebepleri arasında, sigara kullanımı ilk sırada yer almakta ve DSÖ tütün kullanımını; dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak tanımlamaktadır. DSÖ 2013 yılı verilerine göre; sigara kullanımına bağlı her yıl yaklaşık altı milyon ölüm meydana gelmektedir (110). Çalışmamızda yaklaşık dört kadından birinin sigara kullanım alışkanlığının bulunduğu, sigara kullanan kadınların ise günde ortalama 10-20 tane sigara kullandığı saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.2**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, TNSA'ya göre; ülkemizde 2003 yılında kadınların sigara kullanım oranı %28.0 iken, 2008'de bu oran %30.0'a yükselmiştir (107). Menopoz dönemindeki kadınlarda yapılan bazı çalışmalarda, sigara kullanım oranının %17.4 ile %23.3 arasında değiştiği belirlenmiştir (8,17,109,111,112). Çalışma bulgumuz yapılan araştırma sonuçları ile uyum göstermekle birlikte, kadınlar arasında sigara kullanım oranının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bakımdan, sigara ile mücadelede ulusal

politikalar geliştirilmesinin ve uygulanmasının etkili olduğu, ülkemizde de 2009 yılında Sağlık Bakanlığı'nın 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun Uygulanması ile ilgili 2009/44 Sayılı Genelgesi kapsamında geliştirilen stratejilerin bu konuda önemli olduğu düşünülmektedir (113).

Düzenli fiziksel aktivite kilo kontrolü, kan basıncının, kan lipitlerinin ve kan şekerinin kontrolü, kas-iskelet sistemi hastalıklarının önlenmesi ve zihinsel sağlığın sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır (114). Sağlık Bakanlığı tarafından, fiziksel aktivitenin haftada en az üç gün, ortalama 30 dakika süreyle yapılması vurgulanmaktadır (115). Çalışmamızda düzenli olarak fiziksel aktivite yapma oranının %22.4 olduğu belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.2**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; bu oranın %12.0 ile %58.9 arasında değişim gösterdiği dikkat çekmektedir (17,8,111,112). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu olup, yaklaşık her dört kadından birinin düzenli fiziksel aktivite yapıyor olması olumlu olarak değerlendirilmektedir.

Günümüzde, DSÖ obeziteyi küresel ölümlere sebep olan bir risk faktörü olarak tanımlamaktadır. Dünyada yaklaşık 300 milyon kadında obezite sorununun bulunduğu tahmin edilmektedir (116). Çalışmamızda, kadınlardaki BKİ DSÖ sınıflandırmasına göre değerlendirildiğinde, kadınların yarısından fazlasının (%57.2) obez olduğu (30.00 kg/cm^2 ve \uparrow) dikkat çekmektedir (**Bkz. Tablo 4.3**). Sağlık Bakanlığı 2010 yılı verilerine göre; ülkemizde kadınlarda obezite sıklığı %41.0 olup, TNSA (2008) verilerine göre ise; kadınların %24.0'ı obezdir (117,107). Yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde; Liu ve Eden'in Çinli kadınlarla yaptıkları çalışmada obezite oranı %2.1, Hafız ve arkadaşlarının Hintli kadınlarla yaptıkları çalışmada %9.4, Lu ve arkadaşlarının Arap kadınlarla yaptıkları çalışmada %28.4, Williams ve arkadaşlarının Amerikalı kadınlarla yaptıkları çalışmada %36.0 olduğu belirlenmiştir (116-120). Yapılan çalışmalar karşılaştırıldığında, ülkemizde obezite oranının yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu bakımdan, obezite ile mücadelede ulusal politikaların önemli olduğu düşünülmektedir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde nüfusun yaşlanmasına ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, hastalık yükü giderek artmakta ve ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan yedisini kronik hastalıklar oluşturmaktadır (121,122). Çalışma kapsamında yer alan kadınların %63.2'sinin bir yada daha fazla kronik hastalığa

sahip olduğu belirlenmiştir. En sık görülen kronik hastalığın ise hipertansiyon (%53.2) olduğu saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.3**). Menopozal dönemdeki kadınlarla yapılan çalışmalar incelendiğinde; Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında en az bir kronik hastalığa sahip olma oranı %42.5 olup, en sık görülen (%43.2) kronik hastalık hipertansiyondur (109). Oğurlu'nun çalışmasında ise kronik hastalık oranının %53.0 ve en sık görülen (%44.3) kronik hastalığın KVH olduğu tespit edilmiştir (123). Aynı zamanda, postmenopozal dönemdeki kadınlarla gerçekleştirilen Timur ve Şahin'in çalışmasında kronik hastalık oranının %45.3, Karaçam ve Şeker'in çalışmasında %50.9 olduğu saptanmıştır (111,112). Çalışma bulgumuz, yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekle birlikte, özellikle postmenopozal dönemdeki kadınların hipertansiyon açısından risk altında olduğunu ortaya koymaktadır. Bu dönemde kardiyovasküler sisteme ilişkin risklerin artmasında, östrojen seviyesindeki azalma, trigliserit ve kolesterol düzeyindeki yükselme sorumlu tutulmaktadır. Dolayısıyla, özellikle kadınlarda erken yaş döneminde itibaren kalp damar sağlığının korunması, menopoza sonrası dönemde ise beslenme, fiziksel aktivite gibi yaşam modifikasyonları ile sağlığın geliştirilmesi önem taşımaktadır.

Literatürde özellikle menopoza sonrası dönemde kronik hastalık risklerinin artmasıyla birlikte, ilaç kullanımının da arttığına vurgu yapılmaktadır (124). Çalışmamızda, kadınların ilaç kullanma oranının yüksek olduğu (%60.8) belirlenmiş olup, kullanılan bu ilaçların %5.3'ü antidiyabetik, %4.6'sı kalsiyum, %3.3'ü antihipertansiftir (**Bkz. Tablo 4.3**). İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası'na göre; düzenli olarak ilaç kullandığını belirten kadınların oranı, erkeklerin oranının iki katı ve 45-65 yaş grubundaki bireylerin düzenli ilaç kullanım oranı %36.1'dir (124). Oğurlu'nun çalışmasında, menopozdaki kadınlar arasında düzenli ilaç kullanım oranının %43.2 olduğu ve kullanılan ilaçların %47.4'ünün antihipertansif grupta yer aldığı belirtilmektedir (123). Çalışmamızda, hipertansiyon tanısı alan kadınların yüzdesi yüksek olmasına rağmen, antihipertansif ilaç kullanan kadınların yüzdesinin düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu nedenle, kadınların hastalık kontrolü ile ilgili bilinç düzeylerinin artırılmasının ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının yaygınlaştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında yer alan kadınların jinekolojik ve obstetrik özelliklerine yönelik veriler incelendiğinde; kadınların menarş yaş ortalamasının 13 ± 1.01 olduğu

belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.4**). DSÖ'ye göre; dünyada menarş yaş ortalamasının 13-16 yaş aralığında değişmektedir (125). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; menarş yaş ortalamasının İngiltere'de 13.3, Avusturya'da 13.3 olduğu tespit edilmiştir (126,127). KSA'da ülkemizde menarş yaş ortalaması 13.0 olarak belirlenmiştir (102). Bunun yanında, ülkemizde değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda menarş yaş ortalamasının 12.4 ile 13.7 arasında değiştiği dikkat çekmektedir (128-131). Çalışma sonucumuz literatür bulgularıyla uyum göstermekle birlikte, ülkemizde kadınların beklenen yaş aralığında menarş yaşadığını ortaya koymaktadır.

Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltmekle birlikte, kadının statüsü iyileştikçe doğurganlık hızının azaldığı bilinmektedir (22). Çalışmamızda kadınların ortalama canlı doğum sayısının 3 ± 1.80 olduğu belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.4**). TNSA (2008) verilerine göre; ülkemizin orta bölgelerinde 40-49 yaş grubundaki kadınlarda ortalama doğum sayısı 3.22'dir (107). TÜİK (2013) verilerine göre ise; ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2.07'dir (132). Araştırma sonucu TÜİK verilerinden yüksek olmakla birlikte, TNSA verileriyle benzerlik göstermektedir. Araştırma bulgusu değerlendirildiğinde, nüfusun yenilenme düzeyinin (2.10) üzerinde bir doğurganlık seviyesine ulaşıldığı dikkat çekmektedir.

Literatürde, 18 yaş altı ve 35 yaş üstü gebeliklerin önemli bir obstetrik risk olduğu belirtilmektedir. Erken gebeliklerde beden henüz hamilelik ve doğum stresini kaldıracak kadar olgunlaşmamakta, ileri yaş gebeliklerde ise yaşla birlikte genetik geçişli hastalıklar artmakta ve obstetrik sorunlar daha sık yaşanmaktadır (116,133). Çalışmamızda, ilk gebelik yaşı ortalaması 20 ± 3.19 olarak saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.4**). Türkiye'de ilk gebelik yaş ortalaması TNSA'ya (2008) göre; 22.3 yaş, KSA'ya göre ise; 21 yaştır (107,102). Bunun yanında, Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran 19.7 olarak belirlenmiştir (134). Araştırma bulgumuz çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir. Çalışmamız kapsamında yer alan kadınların ilk gebelik yaşları göz önünde bulunduruğunda, obstetrik yönden risk altında olmadıkları belirlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü menopozu, bir kadının sekonder bir neden olmaksızın 12 ay süreyle menstruasyon görmemesi olarak kabul etmekte olup, menopozun 40 yaş öncesinde gerçekleşmesini erken menopoz, 50 yaşından sonra gerçekleşmesini

ise geç menopoz olarak tanımlamaktadır (1,2). Çalışmamızda, menopoz yaş ortalaması 45 ± 4.85 olarak belirlenmiştir. Dünyada, ortalama menopoz yaşı 51 olarak kabul edilmekle birlikte, endüstrileşmiş toplumlarda menopoz yaşı 49-51.7 aralığında, Hindistan, Pakistan, Filipinler, Nijerya gibi toplumlarda ise 43-48 yaş aralığında değişiklik göstermektedir (1,38). Bunun yanında, yapılan çalışmalar menopoz yaşının Çinli kadınlarda 49.5, Hintli kadınlarda 48.2, Arap kadınlarda 47.9, Malezyalı kadınlarda 50.7, Yunan kadınlarda 48.6 ve Thailandlı kadınlarda 48.7 olduğunu göstermektedir (117-119,135-138). Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği'ne göre; ülkemizde menopoz yaş ortalaması 47 olarak kabul edilmektedir (58). Bu ortalama, KSA'da 46 olarak saptanmıştır (102). Yapılan diğer çalışmalarda, ülkemizde menopoz yaş ortalamasının 45.0 ile 48.2 arasında değiştiği tespit edilmiştir (17,53,109,111,139). Çalışmamızda menopoz yaş ortalamasının ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu ancak, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizde kadınların daha erken dönemde menopoza girdiği dikkat çekmektedir.

Menopoz doğal ve cerrahi olarak iki şekilde gelişmekte ve cerrahi menopoza giren kadınlarda, östrojen düzeyindeki ani düşüşe bağlı menopozal döneme özgü sağlık sorunları doğal süreçte menopoza giren kadınlara göre daha fazla yaşanabilmektedir (49). Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun (%84.0) doğal süreçte, %16.0'ının ise cerrahi olarak menopoza girdiği saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.6**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; KSA'da ülkemizde kadınların büyük çoğunluğunun (%88.9) doğal, %11.0'ının cerrahi olarak menopoza girdiği belirlenmiştir (102). Bunun yanında, cerrahi olarak menopoza giren kadın oranı Yılmaz'ın çalışmasında %8.1, Özdemir'in çalışmasında %9.7, Aydemir'in çalışmasında %19.1 olarak tespit edilmiştir (129,140,141). Çalışma bulgumuz literatür ile uyum göstermekte olup, menopoz kliniklerinde özellikle cerrahi olarak menopoza giren kadınların fiziksel ve psikolojik yönden desteklenmesinde hemşirenin önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

Menopozal dönemde yaşanan sağlık sorunlarının şiddeti, menopoz şekline etkilenmekle birlikte, ülkelere ve kültürlere göre farklılık gösterebilmektedir (71). Çalışmamızda, menopoz dönemdeki yaklaşık her 10 kadından altısının menopoza bağlı sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Sağlık sorunu yaşayan kadınların ise en sık olarak sıcak basması (%93.0), gece terlemesi (%91.1), uykusuzluk (%85.4),

yorgunluk (%61.2), baş ağrısı (%59.9), osteoporoz (%54.8) ve depresyon (%39.5) yaşadığı saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.6**). Literatür incelendiğinde; KSA'da ülkemizde menopoza dönemdeki kadınların en sık yaşadıkları sağlık sorunlarının sıcak basması/terleme (%66.5), duygusal değişiklik (%55.2), kilo artışı (%34.8) ve osteoporoz (%19.4) olduğu belirtilmektedir (102). Bunun yanı sıra, Oğurlu'nun çalışmasında en sık yaşanan menopoza özgü sağlık sorunlarının sıcak basması-gece terlemesi (%72.7), sinirlilik (%71.2) ve uykusuzluk-yorgunluk (%68.9) olduğu tespit edilmiştir (123). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; Bairy ve arkadaşlarının çalışmasında, en sık yaşanan menopoza özgü sağlık sorunlarının yorgunluk (64.8), unutkanlık (%60.5), sırt ağrısı (%58.8), sıcak basması (%55.1) ve uykusuzluk (%51.7) olduğu dikkat çekmektedir (142). Aynı zamanda, Hafız ve arkadaşlarının çalışmasında menopoza dönemdeki kadınların %34.0 oranında sıcak basması, %30.0 oranında gece terlemesi, %33.7 oranında uykusuzluk, %41.6 oranında yorgunluk ve %37.0 oranında depresyon yaşadığı saptanmıştır (118). Liu ve Eden'in çalışmasında ise, en sık yaşanan menopoza özgü sağlık sorunları unutkanlık (%76.4), cilt kuruluğu (%69.1), eklem kas ağrısı (%68.3) ve yorgunluk (%66.9) olduğu, sıcak basması, gece terlemesinin ise sırasıyla %43.3, %38.7 oranında yaşandığı belirtilmektedir (119). Araştırma bulgumuz, yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermekle birlikte, özellikle kadınların hangi menopoza özgü sağlık sorunlarını daha sık yaşadığı ve yaşanan sorunların yaşam kalitesini ne derecede etkilediğinin bilinmesi, bu döneme özgü sağlık sorunlarıyla başetmede daha etkili çözüm önerilerinin sunulmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda, menopoza dönemdeki kadınların yaşadığı cinsel sorunlar incelendiğinde; yaşanan sorunların vajinal kuruluk (%31.9) disparenia (%31.2), ve cinsel isteksizlik (%33.1) olduğu belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.6**). KSA'da ülkemizde menopoza dönemdeki kadınların %9.5 oranında cinsel isteksizlik, %6.12 oranında vajinal kuruluk ve %4.5 oranında disparenia yaşadığı belirtilmektedir (102). Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Erdem'in çalışmasında menopoza dönemdeki kadınların %36.5'inin dispareniaya bağlı cinsel isteksizlik yaşadığı saptanmıştır (143). Aynı zamanda, cinsel isteksizlik ve vajinal kuruluk şikayetleri sırasıyla Liu ve Eden'in çalışmasında %41.0, %22.1, Chen ve arkadaşlarının çalışmasında %49.3, %45.0, Hafız ve arkadaşlarının çalışmasında %38.8, %32.0, Ceylan'ın çalışmasında ise %36.9, %32.2 oranında bulunmuştur (71,118,135,136). Çalışma bulgumuz

KSA'ya göre yüksek olmakla birlikte, diğer çalışma sonuçlarını ile uyum göstermektedir. Ülkemizde, menopozal dönemle birlikte cinsel yaşamın sona erdiği algısının yerleşmiş olması ve cinsel mitlerin etkisi sonucu, kadınların çoğu bu dönemde yaşanan cinsel sorunlara çare aramamaktadır. Dolayısıyla, hemşirelerin menopoz polikliniğine başvuran her kadını cinsel sorunlar yönünden değerlendirmesi ve kadınlara yaşanan cinsel sorunlarla ilgili bireysel danışmalık sunması önem taşımaktadır.

Çalışmamızda, menopoz dönemindeki her 10 kadından altısının sağlık sorunu yaşamasına rağmen, sadece %33.6'sının sağlık kuruluşuna başvurduğu dikkat çeken bir bulgudur (**Bkz. Tablo 4.6**). Yapılan çalışmalar, Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınlarda menopoz döneminde sağlık kuruluşuna başvurma ve danışmalık alma oranının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (71,144). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kızılırmak'ın çalışmasında, menopoz dönemindeki kadınların büyük çoğunluğunun (%70.8) bu dönemde yaşanan sağlık sorunlarını normal olarak algıladığı için sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirtilmektedir (145). Bunun yanında, Duygu ve Yurdakul'un çalışmasında kadınların sadece %19.7'sinin, Biri ve arkadaşlarının çalışmasında ise %33.0'ının menopozal sağlık sorunları ile ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır (146,147). Çalışma bulgumuz ve araştırma sonuçları ülkemizde menopoz döneminde sağlık kuruluşuna başvurma oranının gelişmiş ülkelere göre daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

Kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi düzeylerinin yeterli olmaması, bu döneme ilişkin korkulara ve yanlış inanışlara bağlı ortaya çıkan sorunların giderilmesini zorlaştırabilmektedir (148). Ancak, çalışmamızda kadınların menopoz dönemine ilişkin bilgi alıp almadıkları sorgulandığında, sadece 10 kadından birinin menopozal döneme yönelik bilgi aldığı belirlenmiştir. Bilgi adığını belirten kadınların büyük çoğunluğu (%81.3) doktor tarafından, çok küçük bir grubu ise (%3.1) hemşire veya ebe tarafından bilgilendirildiğini ifade etmiştir (**Bkz. Tablo 4.6**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma oranının Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında %38.6, Tortumluoğlu'nun çalışmasında %35.0, Bozkurt'un çalışmasında %54.2 olduğu dikkat çekmektedir. Bunun yanında, kadınların bilgi kaynakları incelendiğinde; Yurdakul ve arkadaşlarının çalışmasında bilgi kaynağı olarak çoğunlukla sağlık personelinin

(%71.8), Tortumluoğlu'nun çalışmasında %70.0 oranında doktorun, Bozkurt'un çalışmasında ise çok düşük oranda (%4.6) hemşirenin tercih edildiği belirtilmektedir (8,73,109). Araştırma bulgumuz ile çalışma sonuçları uyum göstermekle birlikte, menopoza dönemindeki kadınların sağlık sorunlarıyla başetmelerinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde aldığı sağlık hizmetinin önemli rolü bulunmaktadır. Aynı zamanda, kadınların bilgi kaynağı olarak sağlık profesyonellerini tercih etmesi sevindirici bulunmuştur. Sağlık profesyonelleri içerisinde özellikle hemşirelerin hastalarla birebir iletişim halinde olması ve hastaların hemşirelere kendilerini daha kolay ifade edebilmesi hemşirelerin danışmanlık rolünün önemini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda, menopoza polikliniklerinde çalışan hemşirelerin telefon ve internet aracılığıyla danışmanlık sunabilmelerinin hizmete erişimi kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda UYKÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak belirlenmiş olup, ölçeğin Türk toplumunda menopoza dönemdeki kadınların yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılabilen, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda, kadınların UYKÖ'den aldıkları toplam tutum puan ortalaması 75.43 ± 15.64 olarak belirlenmekle birlikte, meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 26.75 ± 4.13 , cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 9.34 ± 3.16 , sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 20.43 ± 6.59 ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 18.91 ± 5.43 olarak tespit edilmiştir. Bunun yanında genel, emosyonel, cinsel, sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalamalarının ölçekten ve alt boyutlarından alınabilecek ortalama değerlere yakın olduğu, meslek/iş alanındaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının ise sözkonusu alt boyuttan alınabilecek ortalama değer üzerinde olduğu belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.7**). Bu bulguya göre, çalışmamızda kadınların menopoza dönemindeki genel, emosyonel, cinsel ve sağlık alanlarındaki yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu, mesleki ve günlük işlerine yönelik yaşam kalitesinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yapılan uluslararası araştırmalar incelendiğinde; Chen ve arkadaşlarının çalışmasında Çinli kadınlarda UYKÖ tutum puan ortalaması 82.08 ± 13.12 , meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 23.13 ± 6.14 , cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 10.32 ± 2.89 , sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 25.01 ± 4.97 ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan

ortalaması 23.62 ± 4.21 olarak belirlenmiştir (90). Aynı zamanda, Giannouli ve arkadaşlarının çalışmasında, Yunanlı kadınlarda UYKÖ'ye ait meslek/iş yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 24.90 ± 6.1 , cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 10.00 ± 3.3 , sağlık yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 23.40 ± 5.3 ve emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 21.90 ± 4.3 olarak tespit edilmiştir (149). Araştırma bulgumuz ile çalışma sonuçları karşılaştırıldığında; uluslararası çalışma sonuçlarının araştırma bulgumuzdan daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Bunun yanında, ülkemizde menopoz dönemindeki yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalar incelendiğinde; Bozkurt'un çalışmasında vazomotor yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 12.60 ± 5.4 , fiziksel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 57.10 ± 17.6 , psikososyal yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 25.70 ± 11.8 , cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalaması 11.40 ± 5.9 olup, kadınların ölçek alt boyutlarından aldıkları yaşam kalitesi tutum puan ortalamalarının ölçek alt boyutlarında alınabilecek ortalama değerlerden düşük olduğu tespit edilmiştir (109). Bunun yanında, Sert'in çalışmasında vazomotor yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının 10.90 ± 2.9 , fiziksel yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının 64.60 ± 18.9 , psikososyal yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının 24.80 ± 8.7 , cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının 12.80 ± 3.1 olduğu ve kadınların ölçek alt boyutlarından aldığı tutum puan ortalamalarının ölçek alt boyutlarında alınabilecek ortalama değerlerden düşük olduğu saptanmıştır (150). Aynı zamanda Yurdakul ve arkadaşlarının, Aydın ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınların genel yaşam kalitesi tutum puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (8,151). Çalışma bulgumuzun Bozkurt'un ve Sert'in çalışma sonuçlarından yüksek, Yurdagül'ün ve Aydın'ın çalışma sonuçlarıyla ise uyum gösterdiği belirlenmiş olup, araştırma sonuçları kadınların menopoz döneminde yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi birbirini tamamlayan çok önemli değişkenler olup, her üç değişken de kadınların doğru bilgiye ulaşma durumlarını, sağlık profesyonellerinden ve kurumlarından yararlanma durumlarını etkilediği için menopoz dönemindeki yaşam kalitesini belirlemektedir. Literatürde, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin iyileştiği belirtilmektedir (152-154).

Çalışmamızda, kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu ve eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinde iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe özellikle sağlık alanın ve emosyonel alanda yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.9, Bkz. Tablo 4.14**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Wieder-Huszla ve arkadaşlarının, Zack ve arkadaşlarının, Calvo-Pérez ve Campillo-Artero'nun ve Bal'ın çalışmalarında menopoza dönemindeki kadınların eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte, bu döneme ilişkin sorunlarla daha iyi baştıkları ve yaşam kalitelerinin eğitim düzeyi düşük olan kadınlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (155-158). Ayrıca, Lebrun ve arkadaşlarının çalışmasında, postmenopozal kadınlarda eşin eğitim düzeyinin yaşam kalitesinde etkili olduğunu saptanmıştır (159). Araştırma bulgumuz ile çalışma sonuçları uyum göstermektedir. Çalışmamızda, özellikle kadınların eğitim düzeyi arttıkça sağlık alanındaki yaşam kalitesinin iyileştiği dikkat çekmekte olup, bu durum eğitilmiş kadınların danışmanlık ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişebildiğini ve bu hizmetlerden daha fazla yararlanabildiğini düşündürmektedir.

Çalışan kadınların ekonomik bağımsızlık, aile üyelerine daha az bağımlılık ve sağlık personelinin daha fazla yardım alma olasılıklarından dolayı, bu grupta yaşam kalitesinin daha yüksek olmasını beklenmektedir (160). Ancak çalışmamızda, kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Bkz. Tablo 4.11**). Literatür incelendiğinde, Ceylan ve arkadaşları çalışmayan kadınların çalışanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu, Timur ve Şahin ise çalışan kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu belirttiği dikkat çekmektedir (71,111). Aynı zamanda, Aydemir'in çalışmasında kadınların çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur (5). Araştırma bulgumuz çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermekle birlikte, bu durumun yerleşim yerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. İl merkezinde yaşayan kadınların, sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha kolay olması ve yaşadığı sorunlarla ilgili çözüm arayışı içinde olmaları yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyebilir. Nitekim çalışmamızda, Ankara il merkezinde yaşayan kadınların ilçe ve köyde yaşayanlara göre sağlık alanındaki yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.10**).

Kadınların ekonomik durum algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye incelendiğinde; ekonomik durum algısı orta düzeyde olan kadınların genel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi ekonomik durum algısı kötü olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.13**). Yapılan çalışma sonuçları da, ekonomik gelir düzeyi artışının kadınların yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir (17,71,111,155). Dolayısıyla, araştırma bulgumuz ile çalışma sonuçlarının uyumlu olduğu dikkat çekmektedir.

Menopozal dönemdeki kadının ailesinde bakıma muhtaç birey bulunması, kadının bakım verici rolüne bağlı tükenmişlik sendromu, psikolojik sorunlar, sosyal dışlanma, ekonomik yoksulluk ve fiziksel rahatsızlıklar yaşamasına neden olabilmektedir (161). Bu sorunlar, menopozal dönemde yaşanan sağlık sorunlarıyla birleşince kadınların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Çalışmamızda, ailede bakıma muhtaç birey olması ile meslek/iş alanındaki yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu ve meslek/iş alanındaki yaşam kalitesinin ailesinde bakıma muhtaç birey olanlarda olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.16**). Yapılan çalışmalar, araştırma sonucumuzu desteklemektedir (160,162-164). Ailesinde bakıma muhtaç birey olan menopozal dönemdeki kadınların desteklenmesinin yanı sıra, bu dönemdeki kadınların evde sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması ve hemşirelerin evde sağlık hizmetlerinde aktif rol almasının sağlanması önem taşımaktadır.

Sigara kullanımı kadınlarda morbidite ve mortalite riskini arttırmakla birlikte, özellikle kanser, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi hastalıklarına neden olmakta, dolayısıyla yaşam kalitesi önemli düzeyde düşürmektedir (165,166). Çalışmamızda sigara kullanımı ile genel, emosyonel, cinsel, sağlık ve meslek/iş alanlarındaki yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Bkz. Tablo 4.18**). Benzer şekilde, Bozkurt ve Sevil'in çalışmasında yaşam kalitesi ve sigara kullanımı arasında bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (109). Ancak, Ceylan'ın ve Aydemir'in çalışmalarında sigara kullanan kadınların yaşam kalitesinin sigara kullanmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (5,71). Araştırma bulgumuz, yapılan çalışma sonuçlarından farklı olmakla birlikte, bu durumda pasif sigara içiciliğinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin, sağlığa ilişkin parametrelerin korunması ve kontrol altına alınmasındaki faydasının yanı sıra, pek çok hastalık ve semptomların tedavisinde etkili bir sağlıklı yaşam davranışı olduğu bilinmektedir (71). Çalışmamızda, düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların yapmayanlara göre genel, meslek/iş ve sağlık alanlarındaki yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). (Bkz. Tablo 4.19). Literatür incelendiğinde; Bal'ın, Lindh-Astrand ve arkadaşlarının çalışmalarında düzenli fiziksel aktivite yapmanın postmenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı saptanmıştır (158,167). Çalışma sonucumuz literatür ile uyum göstermekle birlikte, özellikle menopoz dönemindeki kadınların düzenli fiziksel aktivite yapmaya teşvik edilmesiyle ilgili ulusal düzeyde stratejilerin geliştirilmesi ve bu konuda hemşirelerin danışmanlık rolünü aktif olarak kullanması önem taşımaktadır.

Literatürde, kronik hastalıkların komplikasyonlarına ve ilaçların yan etkilerine bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (71). Çalışmamızda, kronik hastalığı bulunan kadınların bulunmayanlara göre genel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, düzenli ilaç kullanan kadınların genel ve sağlık alanındaki yaşam kalitesinin düzenli ilaç kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.21, Tablo 4.22). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Genazzani ve arkadaşlarının İtalya'da, Waidysekera ve arkadaşlarının Sri Lankan'da, Ceylan'ın, Bozkurt ve Sevil'in, Bal'ın, Aydın'ın, Kharbouch ve Şahin'in Türkiye'de yapmış olduğu çalışmalarda, kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (17,71,109,151,152,158,168). Çalışmamızda ulaşılan sonuç, literatür bulgularıyla uyum göstermektedir. Bunun yanısıra, kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımının özellikle sağlık alanındaki yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği göz önünde bulundurulursa, menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı sağlık sorunlarıyla başatmesinde ve bu kadınlara sağlığı geliştirici girişimlerin öğretilmesinde hemşirelerin kilit rol oynadığı düşünülmektedir.

Kadınlar doğal süreçle menopoza girmenin yanın sıra, TAH-BSO operasyonu sonrasında da menopoza girebilmekte olup, cerrahi menopozun doğal menopoza göre cinsel yaşam üzerinde daha fazla yan etkiye neden olduğu bilinmektedir (169).

Çalışmamızda, menopoz şekli ve cinsel alandaki yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve cerrahi olarak menopoza girenlerde cinsel yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının daha düşük olduğu dikkat çeken bir bulgudur (**p<0.05**) (**Bkz. Tablo 4.24**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Bjelic-Radisic ve arkadaşlarının çalışmasında servikal kanser nedeniyle cerrahi olarak menopoza giren kadınların, Carter ve arkadaşlarının çalışmasında ise jinekolojik kanserler nedeniyle cerrahi olarak menopoza giren kadınların cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir (170,171). Araştırma bulgusu ile çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla, jinekolojik operasyon sonrası kadınların bütüncül hemşirelik yaklaşımıyla ele alınması, cinsel sorunlarını rahatlıkla ifade edebilmesini sağlayacak uygun ortamların oluşturulması, cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve hasta eğitimlerinde cinsel sağlığa yönelik konulara daha geniş yer verilmesi cinsel alandaki yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önem taşımaktadır.

Menopozal dönemde kadınlar östrojen eksikliğine ve yaşlanmaya bağlı vazomotor, psişik, kardiyovasküler sorunlar yaşamakta ve bu durumdan yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (172). Çalışmamızda, menopozal dönemde sağlık sorunu yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre genel, cinsel, sağlık, emosyonel alanlardaki yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**) (**Bkz. Tablo 4.25**). Literatür incelendiğinde; Taher ve arkadaşlarının Libya’da, Blümel ve arkadaşlarının Latin Amerika’da yaptıkları çalışmalarda kadınların yüksek oranda menopoza özgü vazomotor semptom yaşadığı ve buna bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (172,173). Bunun yanında, Matthews ve Bromberger tarafından menopozal geçiş yıllarının yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmada; kadınların çoğunda menopoza özgü sağlık sorunları yaşandığı ve yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (4). Araştırma bulgusu ile çalışma sonuçları uyum göstermekte olup, kadınların menopozal dönemde yaşadıkların sağlık sorunları ile başedebilmeleri hakkında sürekli eğitim ve bireysel danışmanlık hizmeti alabilecekleri menopoz polikliniklerinin yaygınlaştırılması, var olanların fonksiyonel hale getirilmesi önemlidir. Menopozal dönemde kadının, yaşanan fiziksel ve psikolojik sıkıntılar karşısında neler yapması gerektiğini bilmesi, etkili baş etme mekanizmalarını kullanabilmesi, sağlıklı bir şekilde yaşamına devam edebilmesi için desteklenmesi önerilmektedir. Hemşireler kadınların menopozal döneme ait sağlık sorunlarını dinleyen, onları başa çıkma yöntemleri hakkında

bilgilendiren, destekleyen, cesaretlendiren ve yönlendiren sağlık profesyonelleridir. Dolayısıyla, menopoz kliniklerde çalışan hemşirelerin konu ile ilgili uzmanlaşmalarının ve daha aktif çalışmalarının sağlanması önemlidir. Aynı zamanda, birinci basamak sağlık kuruluşlarında menopozal dönemdeki kadınların temel gereksinimler yönünden ele alınarak değerlendirilmesi ve menopozal sorunlarla başa çıkmaya yönelik sürekli eğitim programları oluşturularak kadınların bu programlara katılımlarının sağlanması önem arz etmektedir.

Doğu toplumlarında menopoz dönemi, aklın ve bilgeliğin üst derecede yaşandığı bir süreç olarak tanımlanmakla birlikte, kadınlar bu dönemi doğurganlığın sonu olarak gördüğü için menopoza karşı olumlu tutum içerisinde olabilmektedir. Öte yandan, menopoz dönemi batı toplumlarında tedavi edilmesi gereken bir süreç olarak benimsenmektedir. Bunun nedeni ise, batı toplumlarında insan bedeninin enerjisini azaltan, hazzını kaybettiren, fonksiyonlarını yitiren, psikolojisini bozan her durumun hastalık olarak tanımlanmasıdır. Dolayısıyla, menopoz yarattığı fiziksel ve psikolojik etkiler nedeniyle batı toplumlarında tedavi edilmesi gereken ciddi bir hastalık olarak görülmektedir. Aynı zamanda, toplumların gençlik, güzellik ve maddi üretkenliğe ileri derecede önem vermeleri nedeniyle genç kadınların çoğu, erişkinlik döneminden itibaren menopoza kayıp ve sorunlu bir dönem gibi algılamaya başlamakta ve menopoza ilişkin semptomları daha şiddetli yaşamaktadır (139,174,175). Çalışmamızda, kadınların %54.4'ünün menopoz algısının olumlu olduğu saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.6**). Literatür incelendiğinde; Oğurlu ve arkadaşlarının, Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınların yarısından fazlasının (%56.8, %54.0) menopoza normal bir süreç olarak algıladığı belirtilmektedir (123,176). Araştırma bulgumuz, çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bunun yanında çalışmamızda, menopoza yönelik olumlu algısı bulunan kadınların olumsuz algısı bulunanlara göre genel, cinsel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**) (**Bkz. Tablo 4.29**). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Bozkurt'un çalışmasında tüm alt alanlara ait yaşam kalitesi tutum puan ortalamalarının kadınların menopoza algılayış şekline göre etkilendiği bildirilmiştir (109). Aydemir'in, Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmalarında menopoza karşı olumlu tutum sergileyen kadınlarda yaşam kalitesi daha yüksek olarak saptanmıştır (5,176). Ayrıca, Liu ve Eden'in, Peeyananjarassri ve arkadaşlarının çalışmalarında da

menopoz hakkında pozitif tutum ve düşüncesi olan kadınların menopoz semptomlarını daha az yaşadığı bulunmuş olup, bu kadınlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olması beklenmektedir (119,137). Kadınların menopoza ilişkin olumlu tutum geliştirebilmesi için menopozun kadın yaşam sürecinde normal bir dönem olduğu, bu dönemin kadınlarda bazı kayıplara neden olmasının yanısıra kazanımlar da sağladığı yönünde farkındalık geliştirilmesinde hemşirelerin danışmanlık yapması önem taşımaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma UYKÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek, menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlanıp, yürütülmüştür.

Araştırma sonucunda

- Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türk popülasyonu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir (Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı: 0.88).
- Kadınların yaş ortalamasının 54.25 ± 6.17 olduğu, %54.8'inin ilköğretim mezunu olduğu, %9.6'sının gelir getiren bir işte çalıştığı, %81.2'sinin evli olduğu, %81.2'sinin il merkezinde yaşadığı, büyük çoğunluğunun (%95.6) sosyal güvencesinin olduğu, %18.8'inin ekonomik durum algısının kötü olduğu, %9.2'sinin ailesinde bakıma muhtaç birey bulunduğu ve %92.4'ünün ev işlerinde yardım almadığı tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.1**).
- Kadınların %22.0'nin sigara kullandığı, sadece %22.4'ünün düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı, %57.2'sinin obez olduğu, %63.2'sinin kronik bir hastalığı olduğu ve %60.8'inin düzenli olarak ilaç kullandığı saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.2, Bkz. Tablo 4.3**).
- Kadınların menarş yaş ortalaması 13 ± 1.01 , ilk gebelik yaş ortalaması 20 ± 3.19 , ortalama canlı doğum sayısı 3 ± 1.80 ve menopoz yaş ortalaması 45 ± 4.85 olarak belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.4**).
- Kadınların %16.0'nin cerrahi olarak menopoza girdiği, %62.8'inin menopoz döneminde sağlık sorunu yaşadığı, en sık yaşanan sorunlarının ise sıcak basması (%93.0) ve gece terlemesi (%91.1) olduğu, sadece %33.6'sının bu sorunlarla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurduğu ve %9.6'sının HRT kullandığı saptanmıştır (**Bkz. Tablo 4.6**).
- Kadınların %12.8'inin menopozal döneme yönelik bilgi aldığı ve bu bilgiyi sadece %3.1 oranında hemşire veya ebeden aldığı, %54.4'ünün menopoz algısının olumlu olduğu, %4.0'ünün ise bu dönemde sosyal destek aldığı tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.6**).

- Kadınların toplam ölçek tutum puan ortalaması 75.43 ± 15.64 , meslek/iş, cinsel, sağlık, emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları ise sırasıyla 26.75 ± 4.13 , 9.34 ± 3.16 , 20.43 ± 6.59 , 18.91 ± 5.43 olarak belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.7**).

- Kadınların eğitim durumu ile genel, meslek/iş, sağlık, emosyonel yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.9**).

- İl merkezinde yaşayan kadınların, ilçe ve köyde yaşayanlara göre sağlık yaşam kalitesinin daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.10**).

- Ekonomik durum algısı ile genel ve sağlık alanındaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.13**).

- Eşin eğitim durumu yükseldikçe genel, meslek/iş, emosyonel, sağlık ve cinsel alanlardaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamalarının arttığı, eşi çalışan kadınların genel ve sağlık alanındaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.14, Bkz. Tablo 4.15**).

- Ailede bakıma muhtaç birey varlığı ve ev işlerinde yardım alma durumu ile meslek/iş alanındaki yaşam kalitesi tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.16, Bkz. Tablo 4.17**).

- Fiziksel aktivite yapan kadınlarda genel, meslek/iş ve sağlık alanlarındaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları fiziksel aktivite yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.19**).

- Düzenli kadın doğum uzmanına gitme durumu ile genel, meslek/iş cinsel ve sağlık alanlarındaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.20**).

- Kronik hastalığa sahip olma durumu ile genel, sağlık ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında, düzenli ilaç kullanım durumu ile genel ve sağlık alanındaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (**Bkz. Tablo 4.21, Bkz. Tablo 4.22**).

- Kadınların medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Bkz. Tablo 4.8, Bkz. Tablo 4.11, Bkz. Tablo 4.12, Bkz. Tablo 4.18**).

- Cerrahi olarak menopoza giren kadınlarda cinsel alandaki yaşam kalitesi tutum puan ortalaması, menopoz algısı olumsuz olanlarda ve menopoza ilişkin sağlık sorunu yaşayanlarda genel, cinsel, sağlık, emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları, bu sorunlarla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurmayanlarda ise cinsel ve emosyonel alanlardaki yaşam kalitesi tutum puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (**Bkz. Tablo 4.24-4.26, Bkz. Tablo 4.29**).

- Kadınların jinekolojik operasyon geçirme, HRT kullanma ve menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumu ile UYKÖ tutum puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Bkz. Tablo 4.23, Bkz. Tablo 4.27, Bkz. Tablo 4.28**).

Araştırmadan edilen sonuçlar doğrultusunda

- Menopozal dönemdeki kadınlarının yaşam kalitesini değerlendirmek için menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin tercih edilmesi, UYKÖ'nün menopoz hemşireleri ve diğer sağlık personelleri tarafından kullanılması önerilir.

- Menopozal dönemde kadınların rahatlıkla ulaşabilecekleri, sürekli eğitim ve bireysel danışmanlık hizmeti alabilecekleri menopoz polikliniklerin yaygınlaştırılması, bu polikliniklerde telefon ve internet aracılığıyla danışma hizmetinin sunulması önerilir.

- Menopozal dönemdeki kadınlarının özellikleri ve gereksinimleri net olarak saptandıktan sonra, özel eğitim programları ile desteklenmesi önerilir.

- Menopoza ilişkin eğitimlerin çok yaygın olmadığı gerçeği göz önüne alındığında ve örneklem grubundaki kadınların çoğunluğunun ev hanımı olduğu düşünüldüğünde, kitle iletişim araçlarıyla iş birliği yapılması, özellikle de sabah programlarında menopoz konusunda profesyonel kişiler tarafından hazırlanan içeriklere yer verilmesi önerilir.

- Menopoza ilişkin bilgiye her zaman kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayıcı yazılı eğitim kitapçıklarının, broşürlerin, afişlerin hazırlanması ve dağıtılması önerilir.
- Kadınların hoşlandığı ve ilgi duyduğu etkinlikler ve alanlar konusunda cesaretlendirilmesi, böylece menopozu yaşamın doğal bir parçası olarak algılamalarına yardımcı olunması önerilir.
- Menopoz veya jinekoloji polikliniklerine başvuran kadınların, menopoza ilişkin sorunlar yanında, cinsel sorunlar yönünde de değerlendirilmesi önerilir.
- Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, menopoz dönemi hakkında halka yönelik eğitim, kurs veya konferans düzenleyerek, halkın bilinç düzeyinin artırılması, yanlış inanışların ve eksik bilgilerinin giderilmesi önerilir.
- Menopoz hemşirelerinin kurslarla desteklenmesi, kurs sonunda verilen sertifikaların Sağlık Bakanlığı'na onaylı ve tanınır olması, Hemşirelik Yönetmeliği'nde menopoz hemşiresinin rol tanımlarının yapılması önerilir.
- Menopoza yönelik hizmet içi eğitim programların düzenlenmesi ve tüm sağlık personelinin katılımının sağlanması önerilir.
- Hemşirelerin lisans müfredatında perimenopozal döneme daha geniş yer verilmesi, yüksek lisans veya doktora programlarında menopoz hemşireliğinin özel dal programı olarak okutulması önerilir.
- Menopozal dönemdeki kadınların sağlık sorunlarıyla ilgili ülke genelini ve farklı bölgeleri temsil edebilen istatistiksel verileri içeren bilimsel çalışmaların artırılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Research on the Menopause in the 1990s. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf. 07 Temmuz 2014.
2. National Institute on Aging. Health & Aging. <http://www.nia.nih.gov/health/publication/menopause#menopause>. 26 Mayıs 2014.
3. K m rc  N,  sbilen A. Adaptation of women to sexual life during the postmenopausal period. *Turkish Journal of Urology*, 2011, 37(4):326-30.
4. Matthews K, Bromberger J. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med*, 2005,118(12):25-36.
5. Aydemir  . Edirne  l Merkezindeki 40–59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2007.
6. Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause. *Social Sci Med*, 2006, 62(1):93-102.
7. Tokuç B, Kaplan PB, Balık G , Gül H. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 2006, 3(4):281-287.
8. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *F  Sağ Bil Derg*, 2007, 21(5):187-193.
9.  zkan A. Cerrahi Yolla Menopoz Giren Kadınlara Verilen Eğitimin, Menopozal Yakınmaları Algılamasına ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
10. Kim YH, Ha EH, Shin SJ. A study on the menopausal symptoms and quality of life in middle aged women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 2003, 33(5):6001-6004.

11. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2008, 11:159-166.
12. Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(1):35-43.
13. Tıraş MB, Kurdoğlu M. Postmenopozal hormon replasman tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Sted*, 2004, 13(9):332-324.
14. World Health Organization. WHOQOL Measuring Quality of Life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. 07 Temmuz 2014.
15. Hall RR, Jones C. The Value of Life and Rise in Health Spending. <http://www.nber.org/papers/w10737.pdf>. 07 Temmuz 2014.
16. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 7(1):469-483.
17. Kharbouch BS, Şahin HN. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İ Ü F N Hem Dergisi*, 2007, 15(59):82-90.
18. Utian HW, Janata WJ, Kingsberg AS, Schluchter M, Hamilton CJ. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause*, 2002, 9(6):402-410.
19. Ertüngealp E, Seyisoğlu H. *Menopoz ve Osteoporoz*. İstanbul, Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayınları, 2000.
20. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3(1):67-99.
21. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25(4):73-82.

22. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap40.pdf>. 07 Temmuz 2014.
23. Tinker A. Women's health: the unfinished agenda. *Int J Gynaecol Obstet*, 2000, 70(1):149-158.
24. Erbaş N, Bekar M, Gölbaşım Z. 40-60 yaş grubu menopozal dönem kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Klinik Bilimler & Doktor*, 2004, 10(6):612-619.
25. Gezer A, Şentürk L, Ertüngealp E. Menopoz ve Postmenopoz. İçinde: Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç (editörler). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004: 1163- 1180.
26. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, IV. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2000:451-464.
27. Suparp J, Mungkorn V, Sangchai R, Saitivipawee P. Quality of life middle-aged female staff officers in the Royal Thai Navy Base, Bangkok. *J Med Assoc Thai*, 2003, 86(11):1015-1023.
28. Hassa H. Estrojenler santral sinir sistemi ilişkisi ve tedavide kullanımları açısından güncel yaklaşımlar. *TJOD - Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler*, 2005, 2:47-54.
29. Atasü T, Gezer A. Menopoz Tanım ve Terminolojisi, İçinde: Atasü T, Özekici Ü, Hekim N (editörler). *Menopoz – Tedavisi ve Kanseri*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2001:13-27.
30. Akın G. *Her Yönüyle Yaşlılık*. Ankara, Palme Yayıncılık, 2006: 200-206.
31. Atasü T. Yaşlanma ve Menopozun Meydana Gelişi. İçinde: Atasü T (editör). *Menopoz – Tedavisi ve Kanseri*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 47-62.
32. Kadayıfçı O. *Klimakterium Premenopoz – Menopoz – Postmenopoz - Senium İkinci Bahar*. Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.

33. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division Population Estimates and Projections Section. World Population Prospects: The 2012 Revision. <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>. 12 Mayıs 2014.
34. Dünya Bankası. Nüfus. https://www.google.com.tr/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=sp_pop_totl&hl=tr&dl=tr&idim=country:TUR:DEU:IRN#!ctype=1&strail=false&bcs=d&nse_lm=h&met_y=sp_pop_totl&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=region&idim=country:TUR:IRN:DEU&ifdim=region&hl=tr&dl=tr&ind=false. 12 Mayıs 2014.
35. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Kadın. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=238. 07 Temmuz 2014.
36. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Veri Tabanı. http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_il_koy_sehir.RDF&p_kod=1&p_yil=2012&p_dil=1&desformat=html. 12 Mayıs 2014.
37. Vehid S, Aran SN, Köksal S, Işıloğlu H, Şenocak M. The prevalence and the age at the onset of menopause in Turkish women in rural area. *Saudi Med J*, 2006, 27(9):1381-1386.
38. Nelson HD. Menopause. *Lancet*, 2008, 371(9614):760-770.
39. Notelovitz M. Optimizing women's health: adult women's health & medicine. *Climacteric*, 2005, 8(3):205-209.
40. Ortiz P, Harlow S, Sowers M, Nan B, Romaguera J. Age at natural menopause and factors associated with menopause state among Puerto Rican women aged 40-59 years, living in Puerto Rico. *Menopause*, 2006, 13(1):116-124.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet - Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu. <http://www.ergunoksuz.com/pubs/maliyetetkililikTR.pdf>. 07 Temmuz 2014.

42. Karpuz H. Menopoz ve Kardiyovasküler Hastalıklar. İçinde: Atasü T (editör). *Menopoz – Tedavisi ve Kanser*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 265-273.
43. Çelikkanat Ş. 40 Yaş Üstü Kadınların Menopoz ve Osteoporozla İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2012.
44. Akkaya F. Beslenmenin Osteoporozdan Korunma ve Tedavi İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2006.
45. Çağlayan E. Hormon Replasman Tedavisinin Perimenopoz ve Postmenopozal Kadınlarda Psikolojik Semptomlara Etkisi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2004.
46. Görgel E, Çakıroğlu F. *Menopoz Döneminde Kadın*. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2007.
47. Özgür N. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
48. Atasü T, Tekin H. Menopozun Semptomları. İçinde: Atasü T (Editör). *Menopoz – Tedavisi ve Kanser*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001:109-135.
49. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoglu N, Özdel O, Kökten S. Menopoz: klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. *Yeni Symposium*, 2006, 44(4):182-188.
50. Demirgöz M, Şahin N. Menopozal sıcak basması ve alternatif tedavi seçenekleri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2008, 24(3):143-148.
51. Akalın O. Postmenopozal Kadınlarda Vücut Kütle İndekslerine Göre Leptin Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar ve Leptin ile Endotelinin Endometrial Kalınlık Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2006.

52. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002, 3:108-112.
53. Koptagel-İlal G. Menopozun Ruhsal Yönleri. İçinde: Atasü T (Editör). *Menopoz – Tedavisi ve Kanser*, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001:411-427.
54. Bilgin Z. Bilgin O. Menopoz ve Deri. İçinde: Ertüngealp E, Seyisoglu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz*. 1. Baskı. İstanbul, Form Reklam Hizmetleri, 2000: 90-95.
55. Günalp G, Güven S. 60 Yaş Üzerindeki Hastalarda Menopoza Bağlı Sorunlar Ve Tedavisi. Arıoğul S (editör). *Geriatri ve Gerontoloji*, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2006: 447-455.
56. Greendale G. The menopause. *Lancet*, 1999, 353(9152):571-580.
57. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf. 07 Temmuz 2014.
58. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Grubu Kararları. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-sayi-editorunden-66894.html>. 07 Temmuz 2014.
59. Bozdağ G, Yaralı H. Menopozal hormon tedavisine güncel yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004, 35:195-198.
60. Meray J, Peker Ö. *Osteoporozda Tanı ve Tedavi*. Galenos Yayınevi, 2012.
61. Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG. Osteoporoz. İçinde: *Aile Hekimliği'nde Tanı ve Tedavi*, Ungan M, (Çeviri editörü). Osteoporosis, South-Paul J (Ed). Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007:336-347.
62. Çetinkaya M. Kadın genital kanserlerinin tanısı ve önlenmesi. *Klinik Gelişim*, 2005, 18:45-55.

63. American Cancer Society. Cervical Cancer. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003094-pdf.pdf>. 07 Temmuz 2014.
64. Kıymaz Ö. Mamografi Çekimine Gelen Kadınlara Verilen Bilginin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.
65. Sarsılmaz A, Balcı P, Celiloğlu M, Karazincir S, Varer M, Apaydın M. Menopozda hormon replasman tedavisi; mammografik bulgulardaki değişiklikler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2009, 5(1):18-24.
66. Özer Ö. Menopoz ve Fitoöstrojenler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmakognozi Anabilim Dalı. Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.
67. Turgut B, Türkçüoğlu P, Demir T, Kan E, Kumru S. Menopoz sonrası dönemde farklı hormon replasman tedavilerinin gözyaşı fonksiyonlarına etkileri. *Fırat Tıp Dergisi*, 2008,13(2):127-130.
68. Madazlı R, Atasü T. Perimenopozal Döneme Yaklaşım. İçinde: Atasü T (editör). *Menopoz – Tedavisi ve Kanseri*, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001:479-486.
69. World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2002–2005. http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf. 09 Temmuz 2014.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-16077/daire-baskanligi-gorevleri.html>. 09 Temmuz 2014.
71. Ceylan B. 40- 59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2010.

72. Şahin NH. Menopoz ve yaşam kalitesi. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, 9. *Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Özet Kitabı*, 2009, 276-280.
73. Tortumluoğlu G. Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, 1:1-13.
74. Engin E, Dülgerler Ş, Kavlak O, Ertem G. Menopoz sonrasında kendilik algısı, problem çözme becerileri ve umutsuzluk. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 22(1):135-145.
75. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma*, 2005, 20(1):55-63.
76. Işık A, Meriç M. Hayatın kalitesi (quality of life) kavramının felsefik temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. *Ege Akademik Bakış*, 2010, 10(1):421-434.
77. Bellino FL, Wise PM. Human primate models of menopause workshop. *Biol Reprod*, 2003, 68(1):10-18.
78. Kritz-Silverstein D, Von Muhlen DG, Ganiats TG, Barrett-Conner E. Hysterectomy status, estrogen use and quality of life in older women: the Rancho Bernardo study. *Qual Life Res*, 2004, 13(1):55-62.
79. Rattanachaiyanont M, Tanmahasamut P, Angsuwatthana S, Techatraisak K, Inthawiwat S, Leerasiri P. Hormonal replacement therapy in surgical menopause with underlying endometriosis. *J Med Assoc Thai*, 2003, 86(8):702-707.
80. Schneider HPG, MacLennan AH, Feeny D. Assessment of health-related quality of life in menopause and aging. *Climacteric*, 2008, 11(2):93-107.
81. Karasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 9. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2000:292.
82. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlamasa için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003, 5(1):3-14.

83. Gürsakal N. İstatistik. İçinde: Gürsakal N (editör). *Bilgisayar Uygulamalı İstatistik-I*. İstanbul, Alfa Yayınları, 2001:1-68.
84. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Erefe İ (editör). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul, Odak Ofset, 2002:169–188.
85. Çimen S. 15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2003.
86. Erkuş A. *Psikometri Üzerine Yazılar*. 1. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2003:57-72.
87. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30(3):211-216.
88. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber-1: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002, 4(2):9-20.
89. Ulusoy MF, Uçar H. *Araştırma Etiği*. Ankara, 72. Tasarım Ltd. Şti., 2002:27-40.
90. Chen PL, Chao HT, Chou KR, Huang HM, Cheng SY, Utian WH, Liao YM. The Chinese Utian Quality of Life Scale for women around menopause: translation and psychometric testing. *Menopause*, 2012, 19(4):438-447.
91. Pimenta F, Lea I, Maroco J, Rosa B, Utian WH. Adaptation of the Utian Quality of Life Scale to Portuguese using a community sample of Portuguese women in premenopause, perimenopause, and postmenopause. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2013, 20(5):532-539.
92. Rand Health. 36-Item Short Form Survey from the RAND Medical Outcomes Study. http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html. 07 Temmuz 2014.

93. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999, 12(2):102-106.
94. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. 14. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli, 2005, 28-30.
95. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2000, 3(6):49-74.
96. Şimşek ÖF. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş-Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Ankara, Ekinoks Yayınevi, 2007:102-127.
97. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, 2nd ed. NY, Guilford Press, 2005:106-107.
98. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness of fit measures. *Psychol Res*, 2003, 8:23-74.
99. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Kadının Durumu. http://www.kadininstatusu.gov.tr/upload/kadininstatusu.gov.tr/mce/2012/trde_kadinin_durumu_2012_ekim.pdf. 14 Temmuz 2014.
100. Şener Ü, Demirdirek H, Çakın A. Samsun’da Kadının Durumu. http://www.tepav.org.tr/upload/files/1367244923-1.Samsun_da_Kadinin_Durumu.pdf. 14 Temmuz 2014.
101. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Kadın 2012. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=238. 14 Temmuz 2014.

102. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Kadın Sağlığı Araştırması 2014.
http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf. 14 Temmuz 2014.
103. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Veri Tabanı 2013.
http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_duzey1_cinsiyet_yas_egitim_top.RDF&p_kod=2&p_duzey1=TR7&p_xkod=egitim_kod&p_yas=15&p_yil=2013&p_dil=1&desformat=html. 14 Temmuz 2014.
104. Ankara Kalkınma Ajansı. İstatistiklerle Ankara 2011.
<http://www.ankaraka.org.tr/tr/files/yayinlar/istatistiklerle-ankara-2011.pdf>. 14 Temmuz 2014.
105. Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu. Her Alandaki Kadın İstihdamının Artırılması ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu 2013. http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_raporu_2014_1.pdf. 14 Temmuz 2014.
106. Türkiye İstatistik Kurumu. İşgücü İstatistikleri.
http://tuikapp.tuik.gov.tr/Dagitim_uyg/?kn=72&locale=tr. 14 Temmuz 2014.
107. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf. 14 Temmuz 2014.
108. Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği. Türkiye’de Hanehalkı: İşgücü, Gelir, Harcama ve Yoksulluk Açısından Analizi.
http://www.tusiad.org.tr/__rsc/shared/file/2008-03-21-TurkiyedeHanehalkiRaporuOzetBulgular1.pdf. 14 Temmuz 2014.
109. Bozkurt ÖD. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.

110. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf. 07 Temmuz 2014.
111. Timur S. Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.
112. Karaçam Z, Şeker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*, 2007, 58(1):75-82.
113. Resmi Gazete. Genelge. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090716-9.htm>. 07 Ağustos 2014.
114. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Fiziksel Aktivite Sağlık İçin Neden Önemlidir? <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=117>. 14 Temmuz 2014.
115. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. <http://thsk.saglik.gov.tr/fiziksel-aktivite/725-yeti%C5%9Fkinlerde-fiziksel-aktivite.html>. 07 Ağustos 2014.
116. World Health Organization. Obesity and Overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. 07 Temmuz 2014.
117. Lu J, Liu J, Eden J. The experience of menopausal symptoms by Arabic women in Sydney. *Climacteric*, 2007, 10(1):72-79.
118. Hafız I, Liu J, Eden J. A quantitative analysis of the menopause experience of Indian women living in Sydney. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2007, 47(4):329-334.
119. Liu J, Eden J. Experience and attitudes toward menopause in Chinese women living in Sydney - A cross sectional survey. *Maturitas*, 2007, 58(4):359-365.

120. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RW. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on Health-related quality of life. *Maturitas*, 2009, 62(2):153-159.
121. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, et al. *Türkiye’de Sağlığa Bakış*. Ankara, Bölük Ofset Matbaacılık, 2007:45–71.
122. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. *Türkiye hastalık yükü çalışması 2004*. Ankara, Aydoğdu Ofset Matbaacılık, 2006:2–12.
123. Oğurlu N. Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2008.
124. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. Ülkemizin “İlaç Kullanım Davranışları” Belirlendi. <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/news/790/ulkemizin-ilac-kullanim-davranislari-belirlendi>. 14 Temmuz 2014.
125. Morabia A, Costanza CM, the World Health Organization Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. International variability in ages at menarche, first livebirth, and menopause. *Am J Epidemiol*, 1998, 148:1195-1205.
126. Whalley L, Fox H, Starr J, Diary I. Age at natural menopause and cognition. *Maturitas*, 2004, 49(2):148-156.
127. Fistonc I, Srecko C, Marina F, Ivan S. Menopause in Croatia. Sociodemographic characteristics, women’s attitudes and source of information, compliance with HRT. *Maturitas*, 2004, 47:91-98.
128. Tekgül N, Saltık D, Şen Y, Kurt S. 15-49 yaş kadınlarda ortalama menarş yaşı. *Sted*, 2005, 14(4):76-79.
129. Özdemir O. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 50-65 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz ve İlişkili Özellikler. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2001.

130. Kılınçer A. Samsun İl Merkezindeki 45-65 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Dönemin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2000.
131. Vehid S, Aran SN, Köksal S, Özdemir İH, Işıloğlu H, Şenocak M. Silivri bölgesi kadınlarında menopoz ve özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2001, 21(6):493-499.
132. Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum İstatistikleri, 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048>. 14 Temmuz 2014.
133. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>. 14 Temmuz 2014.
134. Kılıç E, Ceyhan O, Özer A. Niğde Doğumevi'nde doğum yapan kadınların aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışları. *Firat Tıp Dergisi*, 2009, 14(4):237-241.
135. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wu ZL. Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gynecological Endocrinology*, 2007, 23(3):166-172.
136. Liu J, Eden JA. The menopausal experience of Greek women living in Sydney. *Menopause*, 2008, 15(3):476-481.
137. Peeyananjarassri K, Cheewadhanaraks S, Hubbard M, Zoa Manga R, Manocha R, Eden J. Menopausal symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand. *Climacteric*, 2006, 9(1):23-29.
138. Syed Alwi SA, Lee PY, Awi I, Malik PS, Md Haizal MN. The menopausal experience among indigenous women of Sarawak, Malaysia. *Climacteric*, 2009, 12(6): 548-556.
139. Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık davranışları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6(3):77-90.

140. Yılmaz IP. Alanya İlçesinde Yaşayan Türk ve Alman Menopoza Girmiş Kadınlarda Menopozun Algılanması ve Menopoza İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2012.
141. Müderris İİ, Batukan C, Ekinci E, Çetinkaya F. Kayseri'de menopoz yaşı ve etkileyen faktörler. *Türk Fertilite Dergisi*, 2005, 13:158-164.
142. Bairy L, Adiga S, Bhat P, Bhat R. Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2009, 49(1):106-109.
143. Erdem Ö. Menapoz Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Baş Etme Yolları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
144. Atasü T. *Menopoz – Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.
145. Kızılırmak A. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Nedeniyle Sağlık Kuruluşlarından Yararlanan Durumu. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2003.
146. Altunbay D, Yurdakul M. Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve başetme yöntemleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2009, 25(2):43-60.
147. Biri A, Bakar C, Maral I, Karabacak O, Bumin MA. Women with and without menopause over age of 40 in Turkey: consequences and treatment options. *Maturitas*, 2005, 50(3):167-176.
148. Biri A, Bakar C, Maral I, Bumin MA, Güner H. 40 yaş ve üzeri kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgileri, menopozla ilgili yakınmaları ve hormon replasman tedavisi kullanma durumları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2004, 14(2):75-83.

149. Giannouli P, Zervas I, Spiropoulou A, Creatsa M, Augoulea A, Kazani A, Panoulis K, Aravantinos L, Lambrinouadaki E. Validation of Utian quality of life scale in Greek population. 9th European Congress on Menopause and Andropause, Athens, 2010, *Maturitas*:1–82.
150. Sert G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
151. Aydın P, Günay T, Baydur H, Şimşek H. İzmir’de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2012, 10(3):88-93.
152. Genezzani A, Nicolucci A, Campagnoli C, Crosignani P, Nappi C, Serra G, et al. Assessment of the QoL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas*, 2002, 42(4):267-280.
153. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Research*, 2003, 12(4):405-412.
154. Amore A, Di Donato P, Papalani A, Berti A, Palareti A, Ferrari G, Chirico C, De Aloysio D. Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. *Maturitas*, 2004, 48(2):115-124.
155. Wieder-Huszla S , Szkup M, Jurczak A, Samochowiec ASJ, Stanisławska M, Rotter I, Karakiewicz B, Grochans E. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2014, 11:6692-6708.
156. Zack MM. Health-related quality of life-United States, 2006 and 2010. *MMWR Surveill. Summ*, 2013, 62(3):105–111.
157. Calvo-Pérez A. Campillo-Artero C. Quality of life of menopausal women in the island of Majorca: A population based study. *Gynecol. Endocrinol*, 2013, 29:556–558.

158. Bal MD, Sahin NH. The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 2011, 18:1309–1316.
159. Lebrun C, Schow Y, Jong F, Polls H, Grobbee D, Lamberts S. Relations between body composition, functional and hormonal parameters and quality of life in healthy postmenopausal women. *Maturitas*, 2006;55: 82-92.
160. Bal DM. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Menopozal Yakınma ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
161. Karataş Z. Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral Ve Manevi Değerlerinin Başaçıkmadaki Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Rize: Rize Üniversitesi, 2011.
162. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, Salamone L, Stellato R. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol*, 2000, 152(5):463-473.
163. Nosek M, Kennedy HP, Beyene Y, Taylor D, Gilliss C, Lee K. The effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause. *J Midwifery Womens Health*, 2010, 55(4):328-334.
164. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 2009, 62(2):160-65.
165. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Smoking Among Adults-United States, 2007. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5745a2.htm>. 14 Temmuz 2014.
166. Heikkinen H, Jallinoja P, Saarni SI, Patja K. The impact of smoking on health-related and overall quality of life: A general population survey in Finland. *Nicotine & Tobacco Research*, 2008,10:1199–1207.

167. Lindh-Astrand L, Nedstrand E, Wyon Y, Hammar M. Vasomotor symptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy. *Maturitas*, 2004, 48(2):97-105.
168. Waidyasekera H, Wijewardena K, Lindmark G, Naessen T. Menopausal symptoms and quality of life during the menopausal transition in Sri Lankan women. *Menopause*, 2009, 16(1):164-170.
169. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 2005, 8:109-115.
170. Bjelic-Radisic V, Jensen PT, Vlastic KK, Waldenstrom AC, Singer S, Chie W, Nordin A, Greimel E. Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *Eur J Cancer*. 2012, 48(16):3009-3018.
171. Carter J, Stabile C, Gunn A, Sonoda Y. The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *J Sex Med*, 2013, 10(1):21-34.
172. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2011, 18(7):778-785.
173. Taher YA, Emhemed HM, Tawati AM. Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric*, 2013;16:179–184.
174. Kıroğlu FG. Menopoz Döneminin Kadının Sosyal İlişkilerine Olan Etkileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2005.
175. Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarda menopoz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, 1(1):1-11.

176. Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*, 2012, 15:552–562.

8. EKLER

EK A. ÖLÇEK SAHİBİNDEN İZİN ALINMASI

Outlook.com | Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Şuraya taşı Kategoriler

Filtreyle ara

Klasörler

Gelen kutusu 112

Gereksiz

Taslaklar

Gönderilmiş

Silinmiş

Arama Sonuçları

Yeni klasör

From: sena Atay <ataykaplan@yahoo.com>
Reply-To: sena Atay <ataykaplan@yahoo.com>
Date: Monday, December 31, 2012 3:31 AM
To: Wulf Utian <wulf@utianllc.com>
Subject: Quality of Life Score

Dear Dr. Wulf H Utian

I will begin a study about Quality of Life in postmenopause women in Ankara in Turkey. And I want to use your "The Utian Quality of Life Score (UQOL)" in my study with "Reliability and Validity Study in Turkey".

Would you give me permission to be used your this questionnaire?

Thanks

Good Luck for your new studies.

With my best regards.

Assist. Prof. Dr. Sena KAPLAN

Yıldırım Beyazıt University
Faculty of Health Sciences,
Department of Nursing,
Ankara TURKEY 06010
Tel: +90 312 3230130
e-mail: ataykaplan@yahoo.com

Outlook.com | Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Şuraya taşı Kategoriler

Filtreyle ara

Klasörler

Gelen kutusu 112

Gereksiz

Taslaklar

Gönderilmiş

Silinmiş

Arama Sonuçları

Yeni klasör

From: Wulf Utian <wulf@utianllc.com>
To: sena Atay <ataykaplan@yahoo.com>
Sent: Monday, December 31, 2012 1:31 PM
Subject: Re: Quality of Life Score

Dear Professor Kaplan

It is a pleasure to allow you to utilize the UQOL in your study.

Please do not hesitate to contact me if I can be of any help. Also, keep me posted on the progress of your study.

With best wishes for a successful 2013

Sincerely

Wulf Utian

WULF H. UTIAN LLC
WOMEN'S HEALTH CONSULTANCY AND ADVISORY SERVICES

WULF H. UTIAN, M.D., PH.D., D.S.(Nes), FRCOG, FRCOG, FICS
Consultant, Gynecology and Women's Health, The Cleveland Clinic
Chair Scientific Board, RSI Inc.
Professor Emeritus, Case Western Reserve University

**EK B. ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM ve
ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDEN ALINAN YAZILI İZİN**

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 2.BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hastane Yöneticiliği

16 Ocak 2014

SAYI : 90057706-900/PERSONEL
KONU :Anket Uygulaması Hk.

16 Ocak 2014

00296

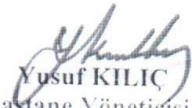
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

İlgi: 08.01.2014 tarih ve 90 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araştırma Görevlisi Halime AKBAY'ın tez çalışmasının uygulamasını Hastanemizde yapabilmesine ilişkin gerekli iznin verilmesi istenmektedir.

Adı geçen öğrencinizin bahse konu tez çalışmasının uygulamasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini, bilgilerinize arz ederim.


Yusuf KILIC
Hastane Yöneticisi a.
İdari ve Mali Hizmetler Müdürü

**EK C. ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM ve
ARAŞTIRMA HASTANESİ EĞİTİM PLANLAMA KOORDİNASYON
BİRİMİNDEN ALINAN YAZILI İZİN**



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**



169

8. Araştırma görevlisi Halime Abay tarafından sunulan "Menopoz Dönemine Özel Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın hastaların telefon bilgilerinin alınmaması, anket formlarının birebir çalışmayı yapan kişi tarafından doldurulması, anket formlarının üzerinde kişisel bilgilerin yazılmaması şartlarıyla kabulüne,
9. Dr. Enes Bil tarafından sunulan "Hirsutizm Tedavisinde Düşük Doz Siproteron Asetat (Siproteron Asetat 2 mg + Estradiol 0.035 mg) ile Yüksek Doz Siproteron Asetat (Siproteron Asetat 100 mg ve Siproteron Asetat 2 mg + Estradiol 0.035 mg Kombinasyonu) Etkinliklerinin Karşılaştırılması" konulu uzmanlık tezinin iptaline, "Polikistik Over Sendromlu Hastaların Metabolik Açıdan Karşılaştırılması" konulu uzmanlık tezinin kabulüne ve tez danışmanı olarak Doç. Dr. Berna Dilbaz'ın görevlendirilmesine,
10. Op. Dr. Neslihan Yerebasmas tarafından sunulan "Perinatoloji Kliniğinde 2012-2013 Yılları Arasında Gebelik+ İntarhepatik Kolestaz Tanısı İle Yatan Hastaların Maternal ve Fetal Sonuçlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın kabulüne,

Doç. Dr. İsmail DÖLEN
Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Berna Dilbaz
Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Ömer KANDEMİR
Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Gökhan TULUNAY
Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Nihal DEMİREL
Eğitim Görevlisi

Op. Dr. Leyla MOLEAM AHMUTOĞLU

Yeni Etilik Caddesi 55, Etilik 06010 Ankara, Tel: (312) 567 40 00, Faks: (312) 323 81 91 E-mail: etlikdogumevi@ttmail.com
www.ezh.gov.tr

EK D. ETİK İZİN



T.C.
TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ


SAYI : 99950669/1213
KONU : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

16/12/2013

SAYIN ARŞ.GÖRV. HALİME ABAY

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 13.12.2013 tarih ve 28 sayılı toplantısında sunulan “Utian Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması” başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş ve etik ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Konu hakkında bilgilerinizi rica eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.


Prof. Dr. Şenol DANE
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ADRES:

Çamlıca Mah. Anadolu Bulvarı No: 16/ A Gimat /ANKARA Tel: 0 312 397 72 60 Faks: 0 312 397 72 26
Web adresi: www.turgutozal.edu.tr - e-mail: bilgi@turgutozal.edu.tr


EK D. ETİK İZİN (devam)



TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

SAYIN ARŞ. GÖRV. HALİME ABAY


Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 13 Aralık 2013 tarih ve 28 sayılı toplantısında sunulan “Utian Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması” başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş ve etik ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.


Prof. Dr. Şenol DANE
Başkan

Prof. Dr. N. Cenap DENER


Prof. Dr. Ali AKÇAY

Doç. Dr. Bülent BOZKURT


Doç. Dr. Esra GÜNDÜZ
Başkan Yardımcısı


Doç. Dr. Murat ULAŞ

Doç. Dr. Özlem EVLİYAOĞLU

Doç. Dr. Bünyamin MUSLU

Doç. Dr. Ayşe Esra YILMAZ


Doç. Dr. Nurhayat BAYAZIT


Yrd. Doç. Dr. Mehmet KAYA


Farm. Dr. Ayşe GÜREL
Raportör


Yrd. Doç. Dr. Mehmet NAMUSLU

Avukat Meltem BAĞCI


Yasin GÜR SOY

EK E. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, menopoz dönemine özgü yaşam kalitesini duygusal, cinsel, mesleki ve sağlık açısından ele alarak dört boyutta değerlendirme imkanı sunan Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe geçerliliğini ve güvenilirliğini tanımlayıcı ve metodolojik olarak değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada 65 yaşın altında ve menopoza girmiş olduğunuz, Etlik Zübeyde Hanım Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Menopoz Polikliniği'ne başvurduğunuz, iletişim engelinizin bulunmadığı ve araştırma için uygun bulunduğunuz belirlenmiştir. Bu çalışmada araştırmacı tarafından sizinle veri toplama formları doldurulacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle, size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma kapsamındaki bütün eğitimler ve verilen materyaller için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0312 324 15 55 numaralı telefondan Halime Abay'a başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları

ayrıntlarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-Soyadı: Halime ABAY

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adresi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel: 0312 324 15 55

Tarih ve İmza:

EK F. BİREYSEL BİLGİ FORMU

I. Bireysel Özelliklere İlişkin Sorular

1. Yaşınızı belirtiniz.

.....

2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlköğretim
4. Lise
5. Üniversite ve üzeri

3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

4. Mesleğinizi belirtiniz.

1. Ev hanımı
2. Memur
3. İşçi
4. Serbest meslek
5. Emekli
6. Diğer (.....)

5. Sosyal güvenceniz var mıdır?

1. Evet
2. Hayır

6. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Gelirim giderimden fazla
2. Gelirim giderime denk
3. Gelirim giderimden eksik

7. En uzun süre yaşadığınız yerleşim bölgesini belirtiniz.

1. İl merkezi
2. İlçe merkezi
3. Bucak/köy
4. Yurtdışı

8. Medeni durumunuzu belirtiniz.

1. Evli
3. Eşimden ayrıldım (Cevabınız “Eşimden ayrıldım” ise 14. soruya geçiniz.)
4. Eşim vefat etti (Cevabınız “Eşim vefat etti” ise 14. soruya geçiniz.)
2. Hiç evlenmedim (Cevabınız “Hiç evlenmedim” ise 14. soruya geçiniz.)
3. Diğer (.....)

9. Eşiniz yaşını belirtiniz.

.....

10. Eşiniz eğitim durumu belirtiniz.

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlköğretim
4. Lise
5. Üniversite ve üzeri

11. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1. Evet
2. Hayır

12. Eşinizin mesleğini belirtiniz.

1. Memur
2. İşçi
3. Serbest meslek
4. Emekli
5. Diğer (.....)

13. Evlilik sürenizi belirtiniz.

..... ay

14. Ailenizde bakımınıza muhtaç birey var mıdır?

1. Evet
2. Hayır

15. Ev işlerinde yardım alır mısınız?

1. Evet
2. Hayır

II. Genel Tıbbi Öyküye İlişkin Sorular

16.

Boyunuz:	Kilonuz:	BKİ:
..... cm kgkg/cm ²
		<u>DSÖ'ün BKİ sınıflandırması:</u> Zayıf: <18.50 Normal: 18.50-24.99 Fazla kilolu: 25.00-29.99 Şişman (Obez): ≥30.00

17. Sigara kullanma alışkanlığınız var mıdır?

1. Evet
2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 19. soruya geçiniz.)

18. Günde kaç tane sigara içersiniz?

1. 10 taneden az
2. 10-20 tane
3. 20 taneden fazla

19. Düzenli olarak (haftada en az 3 kez, ortalama 30 dk) spor yapar mısınız?

1. Evet
2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 21. soruya geçiniz.)

20. Ne tür spor yaparsınız?

1. Yürüyüş
2. Yüzme
3. Diğer (.....)

21. Hekim tarafından tanı konmuş sürekli hastalığınız var mıdır?

1. Evet
2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 23. soruya geçiniz.)

22. Sürekli olan hastalığınızı belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Var	Hastalıklar
	1. Şeker hastalığı
	2. Kalp hastalığı
	3. Yüksek tansiyon
	4. Kemik erimesi
	5. Tiroid hastalığı (guatr, hipertiroidi, hipotiroidi, graves hastalığı vb.)
	6. Kan hastalığı (anemi, lösemi, lenfoma vb.)
	7. Sindirim sistemi hastalığı (kabızlık, gastrit, reflü vb.)
	8. Solunum sistemi hastalığı (astım, KOAH vb.)
	9. Psikiyatrik hastalık (panik atak, depresyon vb.)
	10. Kas-iskelet sistemi hastalığı (romatizma, kireçlenme vb.)
	11. Kanser
	12. Diğer (.....)

23. Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mıdır?

1. Evet (Belirtiniz)
2. Hayır

III. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Sorular

24. İlk adet yaşınızı belirtiniz.

.....

25. İlk gebelik yaşınızı belirtiniz.

.....

26. Canlı doğum sayınızı belirtiniz.

.....

27. Menopoz yaşınızı belirtiniz.

.....

28. Menopoz şeklinizi belirtiniz.

1. Doğal
2. Cerrahi

29. Menopoz döneminde yaşadığınız sağlık sorunları var mıdır?

1. Evet
2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 32. soruya geçiniz.)

30. Menopoz döneminde yaşadığınız sağlık sorunlarınızı belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Var	Sorunlar
	1. Sıcak basması
	2. Gece terlemesi
	3. Uykusuzluk
	4. Yorgunluk
	5. Baş ağrısı
	6. Sinirlilik
	7. Depresyon
	8. Kemik erimesi
	9. Kilo artışı
	10. Çarpıntı
	11. Deride kuruma
	12. Cinsel isteksizlik
	13. Ağrılı cinsel ilişki
	14. Vajinal kuruluk
	15. Diğer (.....)

31. Menopoz dönemine ait sağlık sorunlarınızla ilgili sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

32. Menopoz döneminde hormon tedavisi kullanıyor musunuz / kullandınız mı?

1. Evet
2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 34. soruya geçiniz.)
3. Hatırlamıyorum (Cevabınız “Hatırlamıyorum” ise 34. soruya geçiniz.)

33. Menopoz döneminde hormon tedavisi kullanım sürenizi belirtiniz.

..... ay

- 34. Düzenli olarak kadın doğum uzmanına gider misiniz?**
1. Evet
 2. Hayır
- 35. Menopoz dönemine yönelik bilgi aldınız mı?**
1. Evet
 2. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 37. soruya geçiniz.)
- 36. Menopoz dönemine yönelik bilgiyi kimden/nereden aldınız?**
1. Komşu ve akrabalar
 2. Hemşire-ebe
 3. Doktor
 4. Kitle iletişim araçları (televizyon, radyo, gazete, internet vb.)
- 37. Menopoz dönemini nasıl algılıyorsunuz?**
1. Olumlu
 2. Olumsuz
- 38. Menopoz döneminde aileniz ve yakınlarınız tarafından destek aldınız mı?**
1. Evet
 2. Hayır (Anketimiz bitmiştir, ölçeğe geçebilirsiniz).
- 39. Ne tür destek aldınız?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Maddi/ekonomik destek
 2. Sosyal destek
 3. Psikolojik destek
 4. Diğer (.....)

EK G. UTIAN QUALITY OF LIFE SCALE

Please rate the degree to which you agree with the following statements, as they apply to you within the past month. Be sure to answer every question! Please circle your answer using the following 5-point scale:								
1	2	3	4	5				
Not true of me	Moderately true of me			Very true of me				
1.	I am able to control things in my life that are important to me.			1	2	3	4	5
2.	I feel challenged by my work.			1	2	3	4	5
3.	I believe my work benefits society.			1	2	3	4	5
4.	I am not content with my sexual life.			1	2	3	4	5
5.	I am content with my romantic life.			1	2	3	4	5
6.	I have gotten a lot of personal recognition my community or at my job.			1	2	3	4	5
7.	I am unhappy with my appearance.			1	2	3	4	5
8.	My diet is not nutritionally sound.			1	2	3	4	5
9.	I feel in control of my eating behavior.			1	2	3	4	5
10.	Routinely, I engage in active exercise three or more times each week.			1	2	3	4	5
11.	My mood is generally depressed.			1	2	3	4	5
12.	I frequently experience anxiety.			1	2	3	4	5
13.	Most things that happen to me are out of my control.			1	2	3	4	5
14.	I am content with the frequency of my sexual interactions with a partner.			1	2	3	4	5
15.	I currently experience physical discomfort or pain during sexual activity.			1	2	3	4	5
16.	I believe I have no control over my physical health.			1	2	3	4	5
17.	I am proud of my occupational accomplishments.			1	2	3	4	5
18.	I consider my life stimulating.			1	2	3	4	5
19.	I continue to set new personal goals for myself.			1	2	3	4	5
20.	I expect that good things will happen in my life.			1	2	3	4	5
21.	I feel physically well.			1	2	3	4	5
22.	I feel physically fit.			1	2	3	4	5
23.	I continue to set new professional goals for myself.			1	2	3	4	5

EK H. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu form size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Lütfen seçenekleri dikkatli bir şekilde okuyup, **son 1 ay içinde** size en uygun olanını veya en yakın olanını işaretleyiniz.

1-Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel Çok iyi iyi Bazen Fena değil Kötü

2-Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

Çok daha iyi Daha iyi Hemen hemen aynı

Daha kötü Çok daha kötü

3-Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şimdilerde sağlığınıza, sizi bu faaliyetler açısından kısıtlıyor mu?

Kısıtlıyorsa ne kadar?

a-Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin, ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

b-Orta zorlukta faaliyetler, örneğin, masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

c-Çarşı-pazar torbalarını taşımak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

d-Birkaç merdiven çıkmak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

e-Bir kat merdiven çıkmak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

f-Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

g-Bir kilometreden fazla yürümek

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

h-Birkaç yüz metre yürümek

Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

i-Yüz metre yürümek

- Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

j-Yıkanmak veya giyinmek

- Evet oldukça kısıtlıyor Evet biraz kısıtlıyor Hayır hiç kısıtlamıyor

4-Son 1 ay içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle, aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

a-İş veya iş dışı uğraşlarınıza ayırdığınız zamanı kısmak zorunda kalmak

- Evet Hayır

b-Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler v.b. gibi)

- Evet Hayır

c-Yapabildiğiniz iş türünde veya diğer faaliyetlerde kısıtlanmak

- Evet Hayır

d-İş veya diğer uğraşları yapmakta zorlanmak

- Evet Hayır

5-Son 1 ay içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal sorunlarınız nedeniyle (üzüntülü veya kaygılı olmak gibi), aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

a-İş veya iş dışı uğraşlarınıza ayırdığınız zamanı kısmak zorunda kalmak

- Evet Hayır

b-Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler v.b. gibi)

- Evet Hayır

c-İş veya diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak

- Evet Hayır

6-Son 1 ay içerisinde bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla veya diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

- Hiç Biraz Orta derecede Epeyce Çok fazla

7-Son 1 ay içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

- Hiç Çok hafif Hafif
Orta hafiflikte Aşırı derecede Çok aşırı derecede

8-Son 1 ay içerisinde ağrı, normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı Biraz Orta derecede Epeyce Çok fazla

9-Aşağıdaki sorular son 1 ay içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir.

Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı veriniz. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.....

a-Kendinizi hayat dolu hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

b-Çok sınırlı bir kişi oldunuz mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

c-Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

d-Sakin ve huzurlu hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

e-Çok enerjiniz oldu mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

f-Mutsuz ve kederli oldunuz mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

g-Kendinizi bitkin hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

h-Mutlu ve sevinçli oldunuz mu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

i-Yorgun hissettiniz mi?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça Bazen Nadiren Hiç

10-Son 1 ayın ne kadarında bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti v.b. gibi) engel oldu?

Her zaman Çoğu zaman Oldukça
Bazen Nadiren Hiçbir zaman

11-Aşağıdaki ifadelerden her biri sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

a-Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Bilmiyorum

Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

b-Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Bilmiyorum

Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

c-Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Bilmiyorum

Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

d-Sağlığım mükemmeldir.

Kesinlikle doğru Çoğunlukla doğru Bilmiyorum

Çoğunlukla yanlış Kesinlikle yanlış

EK I. UTIAN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE VERSİYONU

Değerli katılımcı;

Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği ile menopozal dönemdeki yaşam kaliteniz değerlendirilmekte olup, aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi lütfen son bir ayınızı düşünerek belirtiniz. Aşağıdaki ifadeleri size uygunluğuna göre, 1'den 5'e doğru sıralayınız. Eğer aşağıdaki ifadelere **kesinlikle katılmıyorsanız 1'i, katılmıyorsanız 2'yi, biraz katılıyorsunuz 3'ü, katılıyorsunuz 4'ü, kesinlikle katılıyorsunuz 5'i** işaretleyiniz. Her soruyu yanıtladığınıza emin olunuz.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Hayatımda benim için önemli olan şeyleri kontrol edebiliyorum.	1	2	3	4	5
2.	Günlük işlerimi yaparken zorlanıyorum.	1	2	3	4	5
3.	Yaptığım iş/diğer etkinliklerimin topluma faydası olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
4.	Cinsel hayatımdan memnun değilim.	1	2	3	4	5
5.	Partnerimle/eşimle yaşadığım duygusal hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5
6.	İş ve ev hayatımda takdir ediliyorum.	1	2	3	4	5
7.	Dış görünüşümden memnun değilim.	1	2	3	4	5
8.	Beslenme düzenim besin içeriği yönünden sağlıklı değil.	1	2	3	4	5
9.	Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığına sahibim.	1	2	3	4	5
10.	Düzenli olarak haftada en az 3 kez egzersiz yapıyorum.	1	2	3	4	5
11.	Ruh halim genellikle depresiftir/karamsardır.	1	2	3	4	5
12.	Sık sık endişe yaşıyorum.	1	2	3	4	5

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
13.	Başıma gelen olayların çoğunu kontrol edemiyorum.	1	2	3	4	5
14.	Eşimle yaşadığım cinsel ilişki sıklığından memnunum.	1	2	3	4	5
15.	Bugünlerde cinsel ilişki sırasında acı ve bedensel rahatsızlık yaşıyorum.	1	2	3	4	5
16.	Fiziksel sağlığımı kontrol edemiyorum.	1	2	3	4	5
17.	İş başarılarımla /diğer etkinliklerimin başarılarıyla gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
18.	Hayatımın yeni şeyler yapmak için beni teşvik ettiğine inanıyorum.	1	2	3	4	5
19.	Kendime sürekli yeni hedefler koyuyorum.	1	2	3	4	5
20.	Hayatımda iyi şeylerin olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
21.	Fiziksel olarak kendimi sağlıklı hissediyorum.	1	2	3	4	5
22.	Fiziksel olarak kendimi formda hissediyorum.	1	2	3	4	5
23.	Kendime sürekli yeni hedefler koyuyorum.	1	2	3	4	5

EK J. GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLARIN LİSTESİ

(Unvan ve Soyadı Dizilişinde)

Doç. Dr. Ayşe ÇEVİRME	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokul Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Gül PINAR	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Bölüm Başkanı
Yrd. Doç. Dr. Demet AKTAŞ	Turgut Özal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Yrd. Doç. Dr. Fatma COŞAR ÇETİN	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Bölüm Başkanı
Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. İbrahim TÜZER	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü
Okutman Ceyda O'KEEFE	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu
Ecz. Adem ABAY	T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı

Çevirmen Mehmet NALBANTOĞLU	Dünya Dilleri Tercüme Merkezi
Çevirmen Aytuğ ŞEHİRALİ	Dünya Dilleri Tercüme Merkezi
Çevirmen H. Hakan TAŞELİ	Dünya Dilleri Tercüme Merkezi
Işıl İlkem ERYİĞİT	İngilizce Öğretmeni
Fazilet TAŞPINAR	Türk Dili ve Edebiyatı Öğretmeni

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Halime ABAY
Doğum tarihi	: 16.02.1988
Doğum yeri	: Tekirdağ
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0312 324 15 55
Faks	: 0312 324 15 05
E-mail	: halime_colak@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: 75 (ÜDS puanı)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Hacettepe Lisans ve Lisansüstü Mezunlar Derneği	