

GİRİŞ

Kadınlar, toplumun yaşadığı genel sorunların yanı sıra kadın olmalarından dolayı cinsiyete bağlı olarak da sosyal olumsuzluklar ve sağlık yükleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Kadının gebelik, doğum, lohusalık, emzirme gibi fizyolojik görevleri nedeniyle üreme sağlığı yükü erkeğe göre üç kat daha fazladır (1-5). Kadınların üreme potansiyelinin sona erdiği süreç olarak ifade edilen menopoz ve menopoz sonrası dönem de kadına bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan ek yük getiren özel sağlık durumlarından sadece biridir (6-9).

Menopoz, evrensel biyolojik bir olgu olmakla birlikte bu sürece giren orta yaş dönemindeki kadın, bir kısmı over fonksiyonlarının kesilmesi, bir kısmı da yaşlanma sürecine bağlı olarak çeşitli değişiklikler yaşamaktadır. Bunların arasında, kendi kendine kontrol altına alınabilen ve hayatı tehdit etmeyen bir dizi şikayetlerin yanı sıra, uzun dönemde yaşam kalitesini düşürebilecek, ciddi morbidite ve mortalite nedeni olabilecek patolojik değişiklikler de vardır (10-14).

Osteoporoz, postmenopozal kadınlarda oluşan patolojik kemik kırıklarının en önemli nedenidir ve özellikle gelişmiş ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Tahminlere göre bu ülkelerde 80 milyon osteoporozlu kişi yaşamakta ve her üç postmenopozal dönemdeki kadından birinde osteoporoz varlığı bildirilmektedir (15-18). Postmenopozal dönemde östrojen eksikliği sonucu kadında, kilo alımı ile obesiteye eğilim ve serum lipid düzeylerinde artışlar gözlenmektedir. Bu durumun çeşitli kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü oluşturduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (19-22).

Menopozlu kadın sayısı ilerleyen yaşla birlikte ve özellikle 45 yaşından sonra hızla artmaktadır. Bundan birkaç yüzyıl önce kadınların ortalama yaşam süresi 35-45 yaş civarındaydı (23). Bugün, tıp ve teknoloji alanında,

halk sağlığında ve insanların refah düzeyinde kaydedilen gelişmelere paralel olarak gelişmiş ũlkelerde kadının doğumda beklenen yaşam sũresi 80 yaşa (10), ũlkemizde ise 71 yaşa kadar uzamıştır (24).

Doğumda beklenen yaşam sũresindeki artışa paralel olarak, yaşamlarının önemli bir kısmını postmenopozal dönemde geçiren kadınların sayısı da her geçen gũn artmaktadır. Geçmişte klimakterik döneme bile giremeden ölen kadınlar, bugün ömürlerinin yaklaşık 1/3'ünü postmenopozal dönemde geçirmektedirler (10-12,14, 25-29). 1990 yılında dünyada 50 yaş ve üzerinde 467 milyon kadın bulunmaktayken, bu sayının 2030 yılında 1 milyar 200 milyonun üzerinde olacağı ve menopozdan etkilen kadın sayısının da giderek artacağı tahmin edilmektedir (10, 25-33).

Dünya Sağlık Örgütüne göre; 1990'da postmenopozal kadınların %40'ı gelişmiş ũlkelerde, %60'ı gelişmekte olan ũlkelerdeyken, 2030'larda kadın sayısındaki artışa paralel olarak gelişmiş ũlkelerde bu oran %24'e inerken, gelişmekte olan ũlkelerde %76'ya çıkması beklenmektedir. Sadece in'in bu toplamın %23'ünü oluşturacağı tahmin edilmektedir (10) Tüm bu bilgilerin ışığında, postmenopozal dönemdeki kadınların bu süreçlerindeki sağlık ve sosyal sorunları ile meydana gelebilecek olası hastalık yükleri ũlkemiz gibi gelişmekte olan ũlkeler için oldukça büyük önem kazanmaktadır.

Menopozun Tanımı ve Tarihçesi:

Menopoz kelimesi (Menopause) eski yunanca kökenli bir kelime olup menos = ay ve pausos = sona ermek, kesilmek sözcüklerinin köklerinin birleştirilmesinden türetilmiştir ve "aylık adet periyodunun sona ermesi" anlamını taşımaktadır (34-39). Menopozla ilgili ilk yazılı bilgilere M.Ö. 322 yılında Aristoté'nun Historia Animalium adlı eserinde rastlanmaktadır. Aristoté bu eserinde 50 yaş civarında adet görmenin bittiğini belirtmektedir. Dönemin diğer önemli isimlerinden Hipokrat'ın da bu bilgileri doğrular nitelikteki yazılı eserleri bulunmaktadır (40).

Orta çağ döneminde menopoz; ahlaki, psikolojik ve fizyolojik tanımlamalarda bir “eksiklik” olarak ifade edilmiştir. 18. ve 19. yüzyıllara ait tıbbi kanıtlar incelendiğinde menopozun kadını, duygusal olarak kararsız ve fizyolojik olarak hassas bir konuma soktuğu gözlenmektedir (41-43). Klinik anlamda menopoz ilk kez 1816'da Fransız jinekolog De Gardenné tarafından "La Menespausie" diye adlandırılmış ve Fransız Hastalığı olarak kabul edilmiştir (44). Bu dönemde kadının fiziksel ve mental durumu menopoza bağlanmış ancak yapılan açıklamaların çoğu, bilimsel verilerden yoksun yanlış açıklamalar olarak değerlendirilmiştir. Bu yaklaşımı ifade eden 1887 yılına ait bir açıklamada “çalışma yeteneklerini kaybeden overlerin uyarıcı hale geçtiği” hipotezi kabul görmektedir: Abdominal ganglionlar yardımıyla beyine ulaşan uyarı, beyinde düzensizliklere yol açmakta ve bu durum, kadının ileri derecede sınırlı olmasına ve karakterinde bir takım değişikliklere neden olmaktadır (41,45).

Alman cerrah Paul Bruns (1882), el bileği kırıklarının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü gözlemlemiş ve bunu o zamanlar moda olan uzun etek boylarına bağlı düşmelere bağlamıştır. Ressam James McNeal Whistler (1872), annesinin portresinde osteoporozun yaygın bir bulgusu olan ve dönemin zengin beyaz yaşlı kadınlarına özgü olduğu düşünülen kifozu ölümsüzleştirmiştir (Resim1). Menopozlu kadınlarda izlenen bu tespitler, 19 yy. hekimlerini overle ilgili menopoz sonrası hastalıkların insidansındaki artışı açıklamaya yönelik çalışmalara yöneltmiştir (41,42).



Cinsiyet endokrinolojisi teorisi, 20 yy. başlarında gelişmeye başlamış ve menopoza hormonal fonksiyon terimleri ile yeni bir açıklama getirmiştir. Hormonlar kadınlığın ve erkekliğin tanımlayıcı özelliği olarak kabul edilmiştir (41,46). Robert Wilson, 1960'lı yıllarda menopozun bir hormon eksikliği olarak tanımlanması ve pratikte kabul görmesi bakımından anahtar kişi olarak görülmektedir. Wilson, kadınların menopoz sonrası fizyolojik ve psikolojik olarak risk altındaki durumlarını incelemiş ve menopozda hormon tedavisi kullanımının gerekliliğini savunmuştur (41,47,48).

Bugün modern anlamda menopoz, kadın yaşamının cinsel olgunluk döneminin sonları ile yaşlılık dönemi başlangıcı arasındaki klimakteriumda son menstruasyonun görüldüğü bir nokta olarak kabul edilmektedir (49). Menopoz, overlerin foliküler aktivitesinin kaybı sonucu, üretkenliğini kaybeden kadının sağlığının kişisel, sosyal, biyolojik ve kültürel faktörlerle birlikte etkilendiği karmaşık bir geçiş dönemidir (50-53). Dünya Sağlık Örgütü menopoza "ovaryen foliküler aktivitenin kaybindan sonra mensturasyonun kalıcı olarak sona ermesi" olarak tanımlanmaktadır(10).

Menopozun laboratuvar destekli tanısında perimenopozal dönemdeki, Folikül Stimüle edici Hormon (FSH) değerleri referans alınmaktadır. Bu dönemde FSH sıklıkla 40mIU/ml veya üstünde bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda FSH'ın 50mIU/ml veya üstündeki değerler referans değerleri olarak kabul edilmektedir (54). FSH'nin 100 mIU/ml'nin üstündeki değerleri hemen daima foliküler tükenmeyi göstermektedir. FSH kastrasyon düzeyi kabul edilen 40 mIU/ml'ye çıktığında ise, serum östradiol konsantrasyonu 20 pikogram/ml'nin altına düşmektedir. Kabaca 4 seri laboratuvar ölçümünde FSH > 40 mIU/ml tespit edildiğinde menopozun laboratuvar destekli tanısı olarak kabul edilmektedir (55, 56).

Menopoza Geçiş Biçimleri:

Dünya Sağlık Örgütüünün (DSÖ) tanımlamasına göre menopoz dönemine kadınlar iki yolla ulaşmaktadırlar (10):

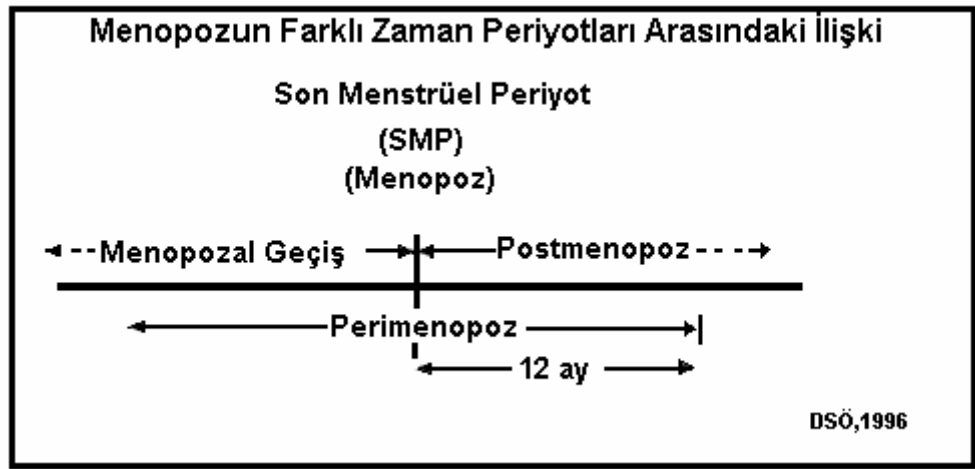
1. Doğal Menopoz: Patolojik ya da fizyolojik bir neden olmaksızın ardışık 12 ay boyunca amenorenin gözlenmesi olarak kabul edilmektedir.
2. İndüklenmiş Menopoz: Menstrasyonun, her iki overin cerrahi olarak çıkarılması (histerektomili / histerektomisiz) ya da overyan fonksiyonların iatrojenik olarak (kemoterapi veya radyasyon tedavisi vb.) gibi nedenlerle sonlanmasını ifade etmektedir.

Menopozal Dönemler:

1. Perimenopoz: Menopozdan hemen önceki dönem ve menopozdan sonraki bir yılı içermektedir, yaklaşmakta olan menopozun endokrinolojik, biyolojik ve klinik özelliklerinin ortaya çıktığı dönemdir.
2. Menopozal Geçiş: Son menstrasyondan önceki dönem olup, bu dönemde siklus düzensizliğinde artış belirginleşmektedir.
3. Premenopoz: Menopozdan önceki bir ya da iki yıl için ya da menopozdan önceki menstrasyon periyotlarının görüldüğü tüm üretken çağı ifade etmek için kullanılır.
4. Postmenopoz: Son menstrasyon periyodundan sonraki kısımdır, menopoza indüklenmiş ya da doğal olarak girilmesinden bağımsız bir kavram olarak tanımlanır.

5. Prematür Menopoz: İdeal olarak referans alınan toplumdaki ortalama yaştan en az iki SD önceki yaşlarda girilen menopozdur. Pratikte doğal menopoz yaşının görülebilir tahminleri olmadığından, gelişmekte olan ülkelerde 40 yaş sıklıkla sanal bir eşik değer olarak tanımlanmakta ve bu yaştan önce menopoza girenler “prematür menopoz” olarak kabul edilmektedir.

Şekil 1. Menopozun Farklı Zaman Periyotları Arasındaki İlişkisi (DSÖ)



Menopoza Girme Yaşı:

Menopoz, genel olarak 40-60 yaşları arasında görülmektedir. Ortalama menopoz yaşı gelişmiş ülkelerde 51 yaş civarındadır (10,12,14,57-60). Gelişmekte olan ülkelerde ise menopoza girme yaşı 43-48 yaş arasında değişmektedir (10). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Türk kadınının menopoza girme yaşının 46-49 yaş arasında olduğu belirtilmektedir (26,29,37,61-63). Türkiye Menopoz Derneği tarafından 2002 yılında ülkemiz genelindeki merkezler tarafından elde edilen verilere göre, menopoz yaşı 46,7 olarak tespit edilmiştir (64,65). Tablo 1. de menopoz yaşının tespiti ile ilgili ülkemizde yapılmış çalışmalar, Tablo 2. de ise diğer ülkelerde yapılmış çalışmalar yer almaktadır.

Tablo 1. Menopoz Yaşı İle İlgili Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Çalışmanın Yazarı ve Tarihi	Çalışmanın Yapıldığı Bölge	Çalışmanın yapıldığı alan	Menopoz Yaşı
Batioğlu ve ark, 1990 ⁶⁶	Ankara	Poliklinik	47.7
Kilciler, 1992 ⁶⁷	Konya	Toplum	46.5
Oskay, 1995 ⁶⁸	İstanbul	Toplum	48.5
Hotun, 1996 ⁶⁹	İstanbul	Toplum	46.7
Yardımcı ve ark, 1996 ⁷⁰	Samsun	Poliklinik	46.3
Reis, 1996 ⁷¹	Erzurum	Toplum	45.3
Şenol ve ark, 1996 ⁶³	Kayseri	Poliklinik	45.9
Maral ve ark, 1998 ⁷²	Ankara	Toplum	46.7
Ertem, 1998 ⁴⁰	İzmir	Poliklinik	48.8
Ersoy, 1998 ⁷³	Ankara	Poliklinik	47.2
Carda ve ark, 1998 ⁷⁴	Ankara	Toplum	47.8
Yıldırım ve ark, 1999 ⁷⁵	Kayseri	Poliklinik	46.7
Ergöl, 1999 ⁷⁶	Ankara	Toplum	46.3
Alıtkan ve ark, 1999 ⁷⁷	Çorum	Toplum	48.5
Kabukçu, 2000 ⁷⁸	Adana	Poliklinik	46.5
Akman ve ark, 2000 ⁴⁹	Cerrahpaşa	Poliklinik	47.6
Çöl ve ark, 2001 ⁷⁹	Ankara	Toplum	45.8
Vehid ve ark, 2001 ⁸⁰	Silivri	Toplum	47.4
Özdemir, 2001 ⁸¹	Ankara	Toplum	47.0
Şanlıoğlu, 2001 ⁸²	Kastamonu	Toplum	48.0
Bayraktar ve ark, 2002 ⁸³	Ankara	Poliklinik	47.5
Dağdelen, 2003 ⁸⁴	Kocaeli	Poliklinik	45.4
Arslan ve ark, 2004 ⁸⁵	İstanbul	Poliklinik	44.9
Biri ve ark, 2004 ⁸⁶	Ankara	Toplum	45.8
Müderriş ve ark, 2005 ⁸⁷	Kayseri	Poliklinik	46.3
Saka ve ark, 2005 ⁸⁸	Diyarbakır	Toplum	45.6

Tablo 2. Menopoz Yaşı İle İlgili Diğer Ülkelerin Çalışmaları

Çalışmanın Yazarı ve Tarihi	Çalışmanın Yapıldığı Ülke	Menopoz Yaşı
Okonufua et al, 1990 ⁸⁹	Nijerya	48.0
Chompootweep et al, 1993 ¹¹	Tayland	49.5
Kwawukume et al, 1993 ⁹⁰	Gana	48.1
Luoto et al, 1994 ⁹¹	Finlandiya	51.0
Ismael et al, 1994 ⁹²	Malezya	50.7
Vega et al, 1994 ⁹³	Arjantin	47.1
Avis et al, 1995 ⁹⁴	ABD (Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması)	51.3
Cassou et al, 1996 ⁹⁵	Fransa	51.0
Garrido-Latorre et al, 1996 ⁹⁶	Meksika	46.5
Stadberg et al, 1997 ⁹⁷	İsveç	48.7
Bromberger et al, 1997 ⁹⁸	ABD (Pittsburgh)	Beyazlar, 51.2 Siyahlar, 49.3
Kato et al, 1998 ⁹⁹	ABD (New York)	51.3
Wulf et al, 1998 ¹⁰⁰	ABD (Kuzey)	49.0
Walsh et al, 1998 ¹⁰¹	Avustralya	50.4
Rizk et al, 1998 ¹⁰²	Arap Emirlikleri	48.0
Nagata et al, 1998 ¹⁰³	Japonya	51.2
te Velde et al, 1998 ¹⁰⁴	Hollanda	51.0
Hidayet et al, 1999 ¹⁰⁵	Mısır	46.7
Berg J et al, 1999 ¹⁰⁶	Filipinler	44.0
Kazerooni et al, 2000 ¹⁰⁷	İran	47.8
Amigoni et al, 2000 ¹⁰⁸	İtalya	50.2
Gold et al, 2001 ⁵⁸	ABD (SWAN Çalışması)	51.4
Kroke et al, 2001 ¹⁰⁹	Almanya	49.0
Borissova et al, 2001 ¹¹⁰	Bulgaristan	51.2
Fuh et al, 2001 ¹¹¹	Tayvan	50.3
Malacara et al, 2002 ¹¹²	Meksika	48.0
Jansen et al, 2002 ¹¹³	Belçika	49.4
Greer et al, 2003 ¹¹⁴	Suudi Arabistan	48.9
Palmer et al, 2003 ¹¹⁵	ABD (Siyah Kadınlar)	49.6
Worda et al, 2004 ¹¹⁶	Avusturya	49.2
Castelo-Branco et al, 2004 ¹¹⁷	Bolivya (Movima)	42.3
Mohammad et al, 2004 ¹¹⁸	İran	50.4
Blanck et al, 2004 ¹¹⁹	ABD (Michigan)	51.2
Loh et al, 2005 ¹²⁰	Singapur	49.0
Kriplani et al, 2005 ¹²¹	Hindistan (Kuzey)	46.7
Sierra et al, 2005 ¹²²	Ekvator	47.6
Hovi et al, 2005 ¹²³	Estonya	49.8

Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler:

Menopoz yaşıyla ilgili çeşitli kültür ve toplumlarda farklılıklar görülmektedir. Menopoz yaşının genetik, sosyal faktörler, beslenme ve çevresel nedenler gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, doğal menopoz yaşını etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi sınıflamaktadır (10):

1. Coğrafya ve Irk, Genetik:

Avrupa ve Amerika'da menopoz medyan yaşı 50 olarak kabul edilirken diğer bölgelere ait geniş çaplı araştırma yoktur. Ancak yapılan bazı yerel çalışmalara göre, bu bölgelerde ve gelişmekte olan ülkelerde menopoza daha erken girildiğine ilişkin bilgiler mevcuttur (Tablo 2). Bu durumun daha çok beslenme farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Coğrafi dağılımlara göre Afrikalılar, Afrikalı Amerikalılar ve Meksikalı İspanyollar, beyaz tenlilere göre daha erken yaşta menopoza girmektedirler (58).

Trudy çalışmasında, Musevi kadınların menopoza girme yaşının daha ileri yaşta olmaya eğilimli olduğunu, Katolik kadınların Musevi kadınlara göre daha erken menopoza girdiklerini ve Protestan kadınların menopoz yaşının Musevi kadınlardan farklı olmadığını belirtmektedir (99, 124).

Genetik faktörlerin kadının menopoza girme yaşı ya da kadının erken menopoza girme eğilimi ile ilgili olası etkileri olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Rizk ve Asselt, yaptıkları çalışmalarında anne ve kız kardeşlerin menopoza girme yaşları ile kadının menopoza girme yaşı arasında genetik olarak ilişki olabileceğini öne sürmektedirler (102,24,125).

2. Uzun Sürede Eğilim:

Geçtiğimiz 100 yıl içerisinde menopoz yaşının artma olasılığı kuvvetle iddia edilmiştir fakat Avrupa’da kalıcı bir değişikliğin oluştuğunu gösterecek güvenilir kanıt yoktur. Bununla birlikte zaman içerisinde dalgalanmalar olduğunu gösteren kanıtlar vardır (10).

3. Menarş Yaşı:

Menarşa geç girenlerin menopoza erken girdiği ya da erken girenlerin daha geç girdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Şenol ve arkadaşlarının çalışmasında 14 yaş üstü menarş olan kadınların erken menopoza girme eğiliminde oldukları belirtilmiştir (63). Ancak ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (60,121). Menstrasyon siklus süresi ve menopoza girme yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde, siklusu düzenli ve daha uzun olan kadınların menopoza daha geç girdikleri saptanmıştır (30,124,126).

4. Medeni Durum ve İş:

Pek çok çalışma, hiç evlenmemiş ve/veya çalışan kadınların menopozdaki medyan yaşlarının daha erken olduğunu göstermektedir. Fransa’da yapılan bir çalışmada, daha ağır şartlarda çalışan kadınların menopoza erken girdiğine dair bir kanıt tespit edilememiştir. Aynı çalışmada hiç evlenmemiş ya da hiç doğum yapmamış kadınların, en az bir veya daha fazla doğum yapmış kadından daha erken menopoza girdiği saptanmıştır (95). Mısır’da yapılan bir çalışmada çalışan kadınların, ev hanımlarından daha erken menopoza girdiği, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (105). Aynı çalışmada evli, dul ve boşanmış kadınların menopoz yaşları ile pozitif bir ilişkisi olduğu, bekar kadınların diğerlerinden daha erken menopoza girdikleri belirlenmiştir. Bu durum sosyal ve psikolojik sıkıntıların gonadal fonksiyonları etkilemesi ile de açıklanmaktadır (98, 105).

5. Doğurganlık:

Pek çok çalışmada, fazla doğum sayısının sosyoekonomik durumu yüksek kadınlarda menopoza geciktirdiği ve sosyoekonomik durumu düşük kadınların menopoza girme yaşını ise etkilemediği iddia edilmektedir. Doğum yapmamış kadınların en az bir çocuğu olan kadınlara göre daha erken menopoza girdiğini belirten çalışmalar da mevcuttur (95,102,115). Gebelik süresince harcanmayan oositlerin menopoz yaşının ertelenmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (124).

6. Oral Kontraseptif (OKS) Kullanımı:

Kombine OKS kullanımına bağlı olarak ovulasyonun baskılanması sonucu menopoz yaşının gecikebileceği ile ilgili spekülasyon çalışmaları mevcuttur. Böyle bir ilişki klinik, sosyal ve hatta biyolojik anlamda çok önemli sonuçlar doğurabilecek olmasına rağmen bu ilişkiyi değerlendiren kapsamlı çalışmalar yoktur (58,60). Hidayet ve arkadaşları çalışmalarında, sürekli oral kontraseptif kullanan kadınların çok farklı olmamakla birlikte daha geç menopoza girdiklerini saptamışlardır (105).

Vehid ve arkadaşlarının çalışmasında ise OKS kullanımı ile menopoz yaşı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (80). Yine de bazı çalışmalar menopoz öncesi hiç OKS kullanmamış bir kadının, OKS kullanmış olan kadınlara göre daha erken yaşta menopoza girdiğini ifade etmektedir (96,115,124,127).

7. Sigara Kullanımı:

Pek çok araştırmacı sigara içenlerin içmeyenlere göre, daha erken menopoza girdiğini göstermişlerdir (58,95,98,99,128-130). Sigara, ovaryen foliküllerin tükenmesini hızlandırarak menopoza erken girmeyi kolaylaştırmaktadır (115).

Sigara ile ilgili olası bir mekanizmanın da, tütündeki polisiklik aromatik hidrokarbonların primordiyal oositleri tahrip etmesi sonucu yapısı bozulan foliküldeki östrojen seviyesinin düşmesi olduğu düşünülmektedir (131). Sigaranın yanında alkol kullanımının da erken menopoza neden olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (60,128).

8. Hava ve Rakım:

İklimin menopoz üzerine etkileri ile ilgili sınırlı çalışma mevcuttur. Soğuk iklimlerde yaşayanların, daha erken menopoza girdiğini belirten çalışmalar mevcuttur (71). Yine bazı çalışmalar 2000-3000 m. gibi yüksek rakımlarda yaşayan kadınların 1000 m. altındaki rakımlarda yaşayanlara göre 1-1,5 yıl daha erken menopoza girdikleri sonucuna varmıştır.

Lima'da (Peru) yaşayan kadınlarda yapılan bir çalışmada, deniz seviyesinde ortalama menopoz yaşı 47.1 iken yüksek rakımda yaşayanlarda 46.1 olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda, yükseklerde yaşamanın doğal menopoz yaşını etkilediği düşünülmektedir (132).

9. Sosyoekonomik Faktörler:

Kadınların eğitim, evlilik durumu, sosyal sınıfları, köy ya da kente yaşamaları gibi sosyal faktörlerin menopoz yaşı üzerine etkilerinden söz ediliyorsa da kanıtlanmış değildir. Menarş yaşındaki varyasyonların büyük kısmının sosyoekonomik faktörlere özellikle de beslenme farklılıklarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Düşük VKİ (Vücut Kitle İndeksi) değerleri olan kadınların menopoza daha erken girdiğini belirten çalışmalar da mevcuttur (58,60,115). Kırsal alanda yaşayanların kentsel alanda yaşayanlara göre daha erken menopoza girdiği düşünülmektedir (67,118). Düşük gelir düzeyi ve düşük eğitim seviyesinin kadının erken menopoza girmesi ile ilgili olduğunu belirten çalışmalar da vardır (58,60,91,95,115,126,127).

Menopozun Dünyadaki Yeri ve Önemi:

M.Ö. 1000 yıllarında kadın ömrünün 28 yıl olduğu bilinmektedir. Günümüzde ise kadının doğumda beklenen yaşam süresi gelişmiş ülkelerde 80 yaşa kadar ulaşmaktadır. Kadınların çoğu 45-55 yaşları arasında menopoza girmektedirler ve geçmişte klimakterik döneme bile girmeden ölen kadınlar, günümüzde ömürlerinin büyük bir kısmını postmenopozal dönemde geçirmektedirler (10,51).

Gelişmiş ülkelerde uygulanan etkin aile planlaması programı sonucu dünya genelinde artan nüfusun büyük kısmı gelişmekte olan ülkelerde yer almaktadır. DSÖ'ye göre, 2030'larda postmenopozal kadınların sadece Çin'deki nüfusa oranının %17'lere çıkacağı, gelişmiş ülkelerin tümünde ise bu oranın %23'lerde kalacağı tahmin edilmektedir. 1990-2030 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde 50 yaş üstü kadın sayısının yıllık ortalama büyüme hızının %2'den %3,5'a ulaşacağı, gelişmiş ülkelerde ise bu büyüme hızının %1.5'dan %1'e düşeceği tahmin edilmektedir (10,51).

Menopoz ve Mortalite:

Menopozda steroid hormonların tükenmiş olması, kadınlarda yaşamın geri kalan kısmında nedene-özel morbidite ve mortaliteyi etkileyebilmektedir. Osteoporoz, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve malign neoplazmlar kadını postmenopozal dönemde en çok etkileyen hastalıklardır (10-15,58,118,121).

Gelişmiş ülkelerde kadınların tüm yaş gruplarındaki yaşa özel kardiyovasküler mortalite hızları, aynı yaş grubundaki erkeklere göre daha düşüktür. Ancak menopoz sonrası bu avantaj azalmakta ve 75 yaşında erkeklerin düzeyini yakalamaktadır (10,12,19,31). Menopoz, kadınlarda, kanser mortalite hızı bakımından yararlı bir etki göstermektedir. Özellikle endometrium ve meme kanseri ömür riski postmenopozal dönemde oldukça azalmaktadır (31,58,99,133).

Menopoza Farklı Bakış Açıları:

Menopoz orta yaşta olan tüm kadınlarda meydana gelen normal fizyolojik bir olaydır. Ancak bu döneme özgü başlangıç belirtileri her toplumun sosyokültürel, politik ve ekonomik yapısının yanı sıra bireylerin sağlık hizmetlerine erişilebilirliğini de içeren pek çok faktöre bağlı olarak farklılıklar göstermektedir (10,31,50,81).

Üremenin kişisel verimlilik ve başarının kanıtı olarak düşünüldüğü toplumlarda menopoz, "üremenin sonu, yaşlanmanın başlangıcı" olarak algılanırken, diğer yandan kadının yaşam düzenini ve hayat anlayışını tehdit eden "parsiyel bir ölüm" olarak kabul görmektedir (81,94). En önemli rolünü çocuk doğurmak olarak gören kadınlar için menopoz bir sonu temsil ederken, bazı kadınlar için ise fiziksel yeteneklerin, enerjinin ve çekiciliğin kaybı olarak algılanmaktadır. Yaşlanma ve doğurganlık yeteneklerinin kaybedilme psikolojisinin yanı sıra, cinsel yönden kadınlık rolünün azalacağı ya da kaybolacağı endişesi, kadınların kendilerini başka sosyal açılardan kanıtlayamadıkları toplumlarda belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır (31,50,94).

Batı toplumlarında menopoz, sıklıkla kadın yaşamının olumsuz bir bölümü olarak benimsenmekte ve konu ile ilgili çalışmalarda "kadının iyilik hali kaybı, eksiklik sendromu" gibi ifadeler kullanılmaktadır. Yaşlılıkla beraber statü ve rol kaybı sıkıntısı, doğu toplumlarında benimsenen ve yaşamsal deneyimlerin kazandırdığı "bilgelik ve danışılan kişi" rolünü arka plana düşürmektedir (50).

Yaşlılıkla birlikte kadının statü kazandığı Hindistan ve Güney Pasifik ülkelerinde ise menopoz olumlu olarak algılanmaktadır. Daha önceleri "konuşulmayan ıstırap" olarak tanımlanan menopozun, daha sonraki yıllarda yapılan araştırmalarla, sosyokültürel şartlarda değerlendirilecek karmaşık, olağanüstü bir olay olduğunun savunulduğu görülmektedir (37,84).

Tayvanlı kadınlarda menopoz için “leod cha pai-lom cha ma” deyimini kullanılmaktadır. Adetlerin sona ermesi ile “kanama gidecek, rüzgar esecek” anlamına gelen bu deyim ile menopozdaki kadının iyilik hali, duygu durumu, ve davranışları ile ilgili değişim rüzgarı ifade edilmektedir (111).

Çeşitli araştırma sonuçlarına göre bu olumsuz görüşlerin yanında menopoz, kimi kadınlarda adet sıkıntılarının bittiği, gebelik korkusunun olmadığı “olumlu bir dönem” olarak da algılanmaktadır. Evlilik ve doğurganlık çağı boyunca kendini eşine ve çocuklarına adanmış olan kadın postmenopozal dönemde kendine zaman ayırmakta ve istediği sosyal etkinliklere, spor ve aktivitelere katılabilmektedir (81,94).

Psikoanalitik yazarlar, menopozu tipik olarak, orta yaş kadının yaşam düzenini ve anlayışını tehdit eden kritik bir olay olarak yorumlamakta ve menopozu kadın hayatındaki en olumsuz durum olarak ele almaktadırlar (94).

Feminist tarihçilere göre menopoz; over ve uterus kaynaklı üreme sisteminin karmaşık ve kararsız bir süreci olarak kabul edilir. Bu dönem, kadının fizyolojisini, duygularını ve mental durumunu kontrol etmekte ve kadının sosyal yönünü belirlemektedir (42). Feminist akademisyenlerin menopoz ile ilgilenme nedenleri, menopozun tıbbi yönetiminin kadınlar üzerindeki korkunç maddi etkileri ile birlikte menopozun kadınların erkekler karşısındaki konumunu olumsuz yönde desteklemesidir (41).

MENOPOZ DÖNEMİNDE GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

A) Erken Dönemde Görülen Değişiklikler:

1. Somatik Semptomlar:

a. Vazomotor Semptomlar:

Vazomotor semptomların etyolojisi hakkında birçok teoriler ileri sürülmekle birlikte henüz kesin bir sonuca varılmamıştır. Ancak önemli bir gerçek, bu semptomların östrojen tedavisine süratle cevap vermesidir (53,65). Sıcak basmaları ve gece terlemeleri, menopozun karakteristik ve belirleyici vazomotor semptomlarıdır (10,26,81). Sıcak basması, sırt veya boyundan başlayarak yukarı yüze ya da aşağı omuz ve göğse yayılan ısı hissidir ve ardından genellikle yüz kızarması ve terleme olmasının yanında, çarpıntı, halsizlik, yorgunluk hissedilebilir (10,40,53,55,81).

Çeşitli sosyodemografik ve kültürel faktörlerin etkisiyle vazomotor semptomların sıklığında farklılık görülmekle birlikte (120), 45 yaş ve üstü postmenopozal dönemdeki kadınların %75'i bu semptomları yaşamaktadır (92,134). Sıcak basması devamlı değildir, tüm atağın süresi bir anlık olabileceği gibi 10 dakika kadar da sürebilir ve ortalama 4 dakikadır. Frekansı saatte 1-2 kez ile haftada 1-2 kez arasında değişir (73,84). Sıcak basmalarına kalabalık, sıcak ortamlar, alkol, sıcak içecekler, baharatlı yiyecekler ve sigara uyarıcı etki yapmaktadır (73,76,135).

b. Uykusuzluk:

Östrojen hormonu eksikliği beyine etki ederek doğrudan uykuyu olumsuz etkiler, uykusuzluğun ortaya çıkmasına veya uyku kalitesinin azalmasına neden olur. Uyku bozuklukları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uykuya dalmama, erken uyanma) uzun süre devam ettiğinde gerginlik, sinirlilik, yorgunluk, halsizlik, unutkanlık, yorgun uyanma ve konsantrasyon bozukluklarına yol açabilmektedir (10,62,81).

2. Psikolojik Semptomlar:

Psikolojik semptomlar genellikle adetler kesilmeden 2-3 yıl önce başlamakta ve kadınların %30-40'ında antidepresanlar ve transkilizanların gereksiz kullanımına yol açacak düzeyde olabilmektedir. Bu bulguların doğrudan östrojen azlığına mı yoksa bu yaş grubunun ortak sorunları olan sosyal streslere mi bağlı olduğu halen tartışmalıdır. Birçok kadın için menopoz, kültürel ve sosyopsikolojik etkileri de beraberinde getirir. Kişi kendini daha telaşlı hissedip duygularda dalgalanma yaşayabilir. Diğer semptomlar ise tahammülsüzlük, konsantrasyon eksikliği, sinirlilik, baş ağrıları, ağlama nöbetleri, cinsel isteksizlik, yorgunluk, unutkanlık ve depresyondur (10,71,76,84,136,137).

Yapılan çalışmalarda, menopozal dönemlerle psikolojik semptomların ilişkisi araştırılmış ve kesin bulgular ortaya konamamakla birlikte, psikolojik semptomların menopozal bir semptom olduğuna dair ciddi şüpheler uyanmıştır. Genel kanı; sosyokültürel ve sosyodemografik özellikler ile birlikte menopoza olan olumsuz tutumların, psikolojik problemler için tetik görevi yaptığı ve mevcut psikolojik sıkıntının kaynağının çok yönlü olduğudur (10,134,137).

3. Ürogenital Semptomlar:

a. Üriner problemler:

Üretra ve mesanenin düzgün çalışabilmeleri için östrojene ihtiyaç vardır. Menopozdaki östrojen eksikliği bu organlarda zamanla anatomik, sitolojik, bakteriolojik ve fizyolojik bir çok değişikliğe neden olmaktadır. Sonuç olarak sık idrara gitme, idrar yaparken yanma, gülerken veya öksürürken idrar kaçırma, idrar yolu enfeksiyonu gibi üriner problemler ortaya çıkar (26,31,34,53,65). Üriner inkontinansın prevalansı postmenopozal dönemde %10-59'a kadar ulaşabilmektedir. Yaşlılıkta önem kazanan bu problemlerin bazısında östrojen tedavisi yararlı olabilmektedir (30,84).

b. Vajinal kuruluk:

Vajen dokusu kaygan kalabilmek ve elastikiyetini devam ettirebilmek için östrojene ihtiyaç duymaktadır. Östrojenin menopozda düşmesi ile beraber vajinal atrofi (incelme ve elastikiyetin kaybı) oluşmaya başlar. Bu durum genellikle vajinal kuruluğa sebep olur ve cinsel birleşme rahatsız edici ağrılı hale dönüşür (30,37,39). Gerek genital atrofiye bağlı vajende kuruluk ve ağrılı ilişki, gerekse depresyona bağlı olarak gelişen libido azalması ile menopozda cinsel hayata olan ilgi de azalır. Bunlara ek olarak vajinal yanma, kaşıntı, akıntı ve bazen de kanama olabilir (63,67).

B) Geç Dönemde Görülen Değişiklikler:

1. Kas- İskelet Sistemi Problemleri:

Osteoporoz, kemik dokusunun mikro yapısının bozulmasıyla beraber giden kemik kitlesindeki azalma olarak tanımlanmaktadır. Normal bir kemik üzerinde kırığa neden olmayacak şiddetteki bir travma ile kemiğin kırılması, bu kemiğin osteoporotik olduğunu gösterir (16,19,65). Postmenopozal osteoporozda genellikle ileri safhalara kadar bulgu yoktur, bu nedenle tüm dünyada "sessiz epidemi" olarak adlandırılır (49,84).

Osteoporoz ve en önemli komplikasyonu olan kırık, tüm dünyada morbidite, mortalite ve ciddi ekonomik kayıp nedenidir. Avrupa, Japonya ve ABD'de %30'u postmenopozal kadınlar olmak üzere yaklaşık 75 milyon kişi osteoporoz ve komplikasyonlarından etkilenmektedir. ABD'de yılda yaklaşık 1.3 milyon kişide osteoporotik kırıklar meydana gelmekte ve toplam 10.000 milyon dolar maliyete yol açmaktadır. Dünya toplumunun yaşının artması ile osteoporoz daha büyük bir halk sağlığı sorunu olacaktır. Özellikle kalça kırığı olan hastaların %12-20'si bir yıl içinde ölmektedir ve ilerleyen yaşla birlikte mortalite hızı artmaktadır (10,17,81). Osteoporoz ile kalça kırığı prevalansı ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Afrika'da nadir, Hindistan'da sık ve Avrupa ile Kuzey Amerika'da yaygın bir şekilde görülmektedir (10,18,19).

Osteoporoz akut hastane bakımı, çalışmadan geri kalınan gün sayısı, ilaç maliyeti ve kronik bakım harcamaları göz önüne alındığında İngiltere'de her yıl 500 milyon pound, ABD'de 7 milyar dolar harcanmasına neden olmaktadır. Menopozun tedavisi konusundaki çalışmalar bu nedenle son yıllarda artmış ve koruyucu hekimlik önem kazanmaya başlamıştır (10,17,99).

Osteoporozda postmenopozal dönemdeki ilk 5 yılda kemik kaybı çok hızlı olup daha sonra yavaşlar. Bu dönemde tedaviye ne kadar erken başlanırsa o kadar çok kemik kitlesi korunabilir. Mevcut tedavi yaklaşımların arasında osteoporozun en iyi tedavisi, koruyucu (profilaktik) tedavidir. Düzenli egzersizler, kalsiyum ve vitamin D bakımından dengeli bir beslenme, osteoporozun önlenmesi açısından önemli faktörlerdir.

Kontrollü klinik çalışmalar, östrojenin, kemik metabolizması üzerinde uyarıcı etki göstererek kemik yıkılımını önlediğini ve patolojik kırık riskini azalttığını kanıtlanmıştır. Östrojen ayrıca, osteoporozu ilerlemiş kadınlarda kemik yoğunluğunu sabitlemek için kullanılmaktadır (18,65). Gonadların dışında östrojen yapımı da en çok vücut yağ dokularında gerçekleştiğinden fazla kilolu postmenopozal kadınlarda yağ dokusundan olan üretim, bireyi osteoporozdan korumaktadır (45,65,138).

Günümüzde ortalama yaşam süresinde artış nedeniyle postmenopozal dönem daha da uzamıştır. Yaşam kalitesinin ve standartlarının yükselmesi için postmenopozal hastaların osteoporoz ve buna bağlı kemik kırıklarından korunması çok önemlidir (53,61,65).

2. Kardiyovasküler Sistem Problemleri:

Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada kadın ve erkeklerdeki en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Erkeklerde 35 yaş üzerinde, kadınlarda da 65 yaş üzerinde en sık ölüm nedenidir. Gelişmiş ülkelerde 55-64 yaş grubu kadınlarda mortalite hızları kanserlerden az da olsa fazladır (10,81).

Kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların mortalite oranları erkeklere göre daha düşüktür, fakat ileri yaşa göre orta yaşta büyük fark vardır. Doğurganlık dönemindeki kadınlar aynı yaş grubundaki erkeklere oranla 2.5-4.5 kat daha az kalp-damar hastalığına yakalanma riski taşıdıkları halde menopoz sonrası dönemde bu risk eşit düzeye gelmektedir (19). Menopozda over fonksiyonlarının kesilmesi, LDL kolesterolde artış ve HDL kolesterolde azalma ile ilişkilidir. Bu değişiklikler kardiyovasküler sistem ile ilgili hastalık riskini artırmaktadır (10,53,65,81).

Kişilerin 10 yıl süreyle izlendiği Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) taraması (1990-2000) sonucuna göre ülkemizde kan kolesterol ortalama düzeyleri kadınlarda, kırklı yaşların sonlarına doğru erkeklere kıyasla düşük olması beklenirken aynı düzeylerde seyretmiş ve bu değerler daha sonra menopozla birlikte 50 yaş sonrası erkeklerdeki düzeyin 15-20 mg/dl üstünde gözlenmiştir (84,139).

Postmenopozal östrojen eksikliği lipid değişiklikleriyle sonuçlanır ve bu da düşük yoğunluktaki lipoprotein (LDL) düzeyinin artmasına, yüksek yoğunluktaki lipoprotein (HDL) düzeyinin azalmasına neden olur. Sonuçta toplam serum kolesterolünde düzenli bir artış meydana gelerek kadınlarda atheroskleroz gelişimi, myokard enfarktüsü (MI), emboli, tromboz ve felç riskini artırmaktadır. Menopozda kardiyovasküler hastalıklar, eksilen östrojen hormonu ile açıklansa da bunun yanı sıra obezite, Diabetes Mellitus (DM), hareketsizlik gibi durumlar da kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturmaktadır (27,34,45,52,76).

3. Meme kanseri:

Meme kanseri Japonya hariç tüm gelişmiş ülkelerde kadınlarda en sık görülen malign hastalıktır. Meme kanseri, kadınlardaki tüm kanserlerin %19'unu oluşturmaktadır ve 1985'de tüm dünyada insidansı, 720,000 vaka/yıldır. Dünya genelinde, özellikle de Asya gibi meme kanseri görülme hızının düşük olduğu bölgelerde insidansda artış vardır. Bu artışın devam etmesi sonucunda 2000 yılında insidansın 1 milyon vaka/yıl'a ulaştığı gözlenmiştir (10,81).

1950'lerden bu yana erken yaşta cerrahi ooferektominin meme kanseri riskini azalttığı yönünde veriler mevcuttur. İlk adetin erken yaşta görülmesi, menopoz yaşının geç olması, hiç doğum yapmamış olma, ilk full-term gebeliğin 30 yaş üzerinde olması meme kanseri için risk faktörleridir. Postmenopozal kadınlarda obesite de meme kanseri riskini artırmaktadır (10,35,53.81).

4. Menopoz ve Depresyon:

Menopoz dönemindeki ani, dramatik östrojen azalması ile çeşitli depresif semptomların dolaylı ilişkisi vardır. Östrojen azalmasıyla ortaya çıkan uykusuzluk ve bunun yol açtığı ruhsal belirtiler depresif belirtilerle benzeşmektedir (53). Menopozda hormon eksikliğine bağlı oluşan cinsel işlev bozukluğu, aynı zamanda anksiyete; benlik saygısında azalma ve eş ile ilişkilerde bozulmaya yol açabilir (110,137).

Beden algılamasındaki değişiklikler ve önemli bir doyum kaynağı kaybı depresyon gelişmesinde rol oynayabilir (53). Ancak menopoz tek başına depresif semptomların major sebebi olarak kabul edilmemelidir. Yetersiz sosyal destek, kötü evlilik, stres dolu yaşam, pozitif ilişkilerden mahrumiyet menopoz döneminde depresyona neden olan psikolojik semptomları arttırmaktadır (49,65,137).

MENOPOZ TEDAVİSİ

Klimakteryum ve postmenopozal dönemdeki kadının tedavisinde temel prensip, eksik olan hormonun verilmesidir. İlk seçenek olarak östrojen tercih edilmelidir. Etkinlik çerçevesinin genişliği yanında elde edilme kolaylığı ve maliyetinin ucuzluğu, üstünlükleri arasında sayılmaktadır. Bunun yanında östrojenin kontrendike olduğu hallerde menopozun getireceği değişimleri engellemek üzere başka ilaçlar kullanılabilir. Bu bilgiler dahilinde klimakteryum tedavisini iki ana grup altında toplamak mümkündür (53,65):

1. Hormon Tedavisi
2. Diğer Tedavi Yöntemleri

1. Hormon Tedavisi (HRT):

Klimakteryum, over yetmezliğine bağlı östrojen hormonundaki azalma sonucu meydana gelen endokrinolojik bir olaydır. Bu nedenle ortaya çıkan birçok majör ve minör semptomların tedavisi için uygulanacak en ideal yöntemin östrojen verilmesi olduğu kabul edilmektedir. 1960'lı yıllarda Robert Wilson, kadınların menopoz sonrası fizyolojik ve psikolojik olarak risk altındaki durumlarını incelemiş ve menopozda hormon tedavisi kullanımının gerekliliğini savunmuştur (41,47,48,65).

Doğal yaşlanma ile birlikte menopoza bağlı olarak ortaya çıkan yakınmaların tedavi gereksinimi doğurduğu gözlenmektedir. Bu nedenle, her kadın yaşlanma süreci içinde ortaya çıkacak olan östrojen eksikliği ve buna bağlı olarak ortaya çıkan yakınmalar hakkında bilgilendirilmelidir. Her kadın HRT'nin yararlı etkileri (postmenopozal dönem komplikasyonlarının önlenmesi) konusunda aydınlatılmalı ve HRT'nin kontrendikasyonları, istenmeyen etkileri ve riskleri konusunda önceden bilgilendirilmelidir (53,65).

HRT Kullanım Alanları:

HRT'nin kullanım alanları arasında vazomotor semptomların azaltılması, psikolojik rahatsızlıkların düzenlenmesi, uykuya geçiş süresini kısaltarak uykunun REM fazının sayı ve süresinin artırılması, genito-üriner sisteme ait atrofik semptomların düzelmesi, uzun dönemde osteoporozun önlenmesi yer almaktadır. Östrojen kaybını izleyen üç ile beş yıllık dönemde hızlı kemik kaybı mevcuttur. Menopozun ilk iki yılında ve en az beş yıl HRT kullanılması osteoporozun önlenmesinde ve kırık insidanslarının azalmasında çok etkili bulunmuştur (53,81,140). Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların önlenmesi gibi olası diğer faydaları günümüzde HRT'nin kullanım amaçlarının dışında tutulmaktadır (61,65).

HRT'nin Riskleri ve Kontrendikasyonları:

Bazı uzun dönem koruyucu tedavilerin endometrium ve meme kanseri risk artışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (10). Beş yıl süreli kullanımlarda meme kanseri oluşma riskinde hiçbir risk saptanmamışken, sekiz yıl ve daha fazla kullanımlarda yaklaşık %20-30 arasında risk artışı olduğu belirtilmektedir (53,81). Postmenopozal dönemde progesteronla birlikte kullanılmayan Östrojenler, kullanım süresine göre farklılıklar göstermekle birlikte, endometrial hiperplazi riskini %20-30 oranında ve endometrium kanseri riskini ise 2.8-8 kat artırmaktadır (44,81,97,140).

Oral östrojen replasman tedavisi safra taşı görülme riskini 2-2.5 kat artırmaktadır. Yeni geçirilmiş tromboembolik atağın akut dönemlerinde veya nedeni belli olmayan ve tekrarlayan atak geçirenlerde östrojen replasmanı kontrendikedir (10,81).

Östrojene bağımlı neoplazi varlığı veya şüphesi, aktif karaciğer hastalığı, gebelik varlığı veya şüphesi, yeni geçirilmiş MI, tanısız genital kanamalarda da HT kontrendikedir (37,52,68,69,76)

2. Diğer Tedavi Yöntemleri:

Kalsitonin; tiroidin parafoliküler veya C hücrelerinde sentezlenen bir peptid hormondur. Esas rolü kemik mineral metabolizmasını düzenlemektir. Kemikte osteoklastların maturasyonunu bloke ederek sayı ve aktivitelerini azaltır; santral analjezik etkisi ile ileri yaştaki kadınlarda ağrıların giderilmesini ve egzersiz toleransının artışı sağlar. Postmenopozal dönemde vertebra kırıklarında 2/3 oranında azalma sağladığı belirtilmektedir.

Bifosfonatlar; kemik yapısını etkileyen non-hormonal antirezorptif ilaçlardır. Kemikte hem formasyonu hem de rezorpsiyonu inhibe ederek, osteoklastik aktiviteyi engellerler.

Vitamin D; bir sterol hormon olup, barsakta kalsiyum emilimini artırarak, kemikte de parathormonun etkilerini doğrudan ve dolaylı olarak engelleyerek etki gösterir.

Kalsiyum; kemik metabolizmasında en önemli element olup, antirezorptif ajanlardandır.

Florid; formasyon stimülasyonu yaparak osteoblast proliferasyonunu hızlandırarak etki göstermektedir (27,53,64,81).

Araştırma Bölgesinin Tanıtılması:

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine birinci basamakta uygulama olanağı yaratmak, bölge halkına nitelikli sağlık hizmeti sunmak ve halk sağlığı ile ilgili saha araştırmalarını yürütmek amacı ile Nilüfer Belediyesi ve Uludağ Üniversitesi arasında 30 Ekim 2001'de imzalanan on yıllık bir protokolle Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi (NHSEAB) kurulmuştur.

Nilüfer Halk Sağlığı ve Eğitim Araştırma Merkezleri (HSEAM), Nilüfer Belediyesi sınırları içinde belirlenen bir alanda, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın sorumluluğunda, Nilüfer Belediyesi'nin desteğinde birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş merkezlerdir. İhsaniye, Fethiye, Alaaddinbey ve Ertuğrul ve 2005 yılında açılan Kültür olmak üzere 5 merkez bulunmaktadır. Merkezlerde öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunulmakta, bu hizmet sunumu sırasında Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin kırsal hekimlik uygulamalarına ortam sağlanmaktadır. Ayrıca bölgede tıbbi bilimsel araştırmalar düzenlenip yürütülmektedir.

Bölgede 1 Şubat – 5 Nisan 2002 tarihleri arasında Fethiye, Ertuğrul ve Alaaddinbey Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkez'lerinde nüfus tespit çalışmaları yapılmış ve kişisel bilgiler Ev halkı Tespit Fişleri (ETF)'ne işlenmiş, toplanan tüm bilgiler bilgisayar ortamına kaydedilmiştir. Yeni açılan Kültür Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi'nin nüfus tespit çalışmaları tez sırasında devam etmektedir (141).

Tezin Amaçları:

- NHSEAB'nde yaşayan 40-60 yaş arasındaki kadınların;
 - Menopoza girme yaşını saptamak,
 - Menopoza girme yaşını etkileyen faktörleri belirlemek,
 - Menopozla ilgili bilgi ve düşüncelerini değerlendirmek,
 - “Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği” ile bu döneme ait yakınmalarını tespit etmek,
- Elde edilen verileri dünyada ve Türkiye'de yapılmış çalışma sonuçları ile karşılaştırmak,
- Kadınların bu döneme ilişkin sorunlarına yönelik çözüm önerilerinde bulunmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, 01 Haziran – 30 Eylül 2005 tarihleri arasında NHSEAB yapılan kesitsel tipte tanımlayıcı bir epidemiyolojik çalışmadır. Araştırma öncesi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş, araştırmanın yürütülmesi için gerekli izin alınmıştır (142).

Araştırmanın verileri, NHSEAB sınırları içerisinde yer alan üç Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi (Fethiye HSEAM: Fethiye, Işıktepe, Ahmet Yesevi, Balat; Alaaddinbey HSEAM: Alaaddinbey, Ürünlü, Demirci; Özlüce HSEAM: Ertuğrul, Özlüce, Minareli Çavuş)'ne bağlı 10 mahalleden toplanmıştır(141):

Araştırma evrenini NHSEAB'de yaşayan 40 – 60 yaş arası toplam 2533 kadın oluşturmuştur. Araştırma örneği, tüm evrenin % 40'ına karşılık gelen 1013 kişidir. Araştırmaya alınan kişiler, Nilüfer Halk Sağlığı ve Eğitim Araştırma Bölgesi 2004 Yılı Çalışma Raporu ve bölge verileri ile ETF'nin kayıtlı olduğu Sağlık Ocakları Bilgi Sistemi (SOBSİS) programından mahalle ağırlıkları ve yaş gruplarına göre tabakalandırılarak, sistematik örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir.

Önce mahallelerin 40 – 60 yaş arası kadın nüfusu ağırlıklarına göre tabakalandırılmıştır. Daha sonra yaş gruplarına göre tabakalandırılarak rasgele sayılar tablosu yardımıyla belirlenen sayıda örnek seçilmiştir. Her grup için %10 oranında yedek seçilmiştir. Hazırlanan anket formları, yarısı kentsel yarısı kırsal bölgede olmak koşuluyla 50 kadında pilot çalışma olarak uygulanmış ve gözlemlenen aksaklıklar düzeltilmiştir.

Araştırmada, örneğe seçilen her kadın için iki adet anket formu (Form A ve Form B) ev ziyaretleri yapılarak doldurulmuştur. Form A, yüz yüze görüşme yöntemi ile kişilerin sorulara verdiği cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Form B'de yer alan Menopoz Semptomlarını Değerlendirme

Ölçeğini ise kadınlarının kendi başlarına yanıtlamaları istenmiştir. Ancak okur - yazar olmayan kadınlara sorular tek tek okunarak cevaplar alınmıştır. İlk ziyarette evde bulunamayan kadına iki kez daha gidilmiştir. Üç kez gidilmesine rağmen evde bulunamayan kadınların yerine yedek listeden kadınlar belirlenmiştir.

Form A, kadının sosyodemografik bilgilerini, menopoza girme yaşını ve bunu etkileyen etmenler ile menopoz ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik değişkenleri içeren 24 sorudan oluşmaktadır:

Anketin uygulandığı mahalle, kadının yaşı, doğum yeri, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu, çalışma durumu, kadının algıladığı ekonomik durumu, medeni durumu, ilk evlenme yaşı, sigara kullanma durumu, doğum kontrol hapi kullanma durumu, ilk adet görme yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam yaşayan çocuk sayısı, toplam gebelik sayısı, son gebelik yaşı, kadının annesinin menopoza girme yaşı, menopozun tanımı, menopoz ile ilgili bilgilerin edinme kaynağı, adet durumu, menopoza girme şekli, menopoza girme yaşı, kaç yıldır menopozda olduğu, menopoz öncesi ve sonrası doktora gidip gitmediği ve menopoz ile ilgili hormon replasman tedavisi kullanma durumu sorgulanmıştır.

Anketin uygulandığı mahalle, kişilerin ev adreslerinin bağlı olduğu mahalle ve bu mahallenin bağlı olduğu Eğitim ve Araştırma Bölgesi olarak kodlanmıştır. Kadının doğum yeri Bursa'da doğanlar ve Bursa dışında doğanlar olarak iki alt sınıfta gruplandırılmıştır (143). Kadınların öğrenim durumu için en son mezun oldukları okul sorgulanmış, hiç okula gitmeyip de kurs yardımı ile okuma yazma öğrenenler ya da ilkokula başlamış ancak mezun olmamış olanlar "okur - yazar" olarak, okuma yazma bilmeyen ya da ancak eski dilde okuma yazma bilenler "okur - yazar değil" olarak değerlendirilmiştir.

Kadının çalışma durumu veya çalıştığı işteki durumu için "çalışıyor" ve "çalışmıyor" sınıflaması yapılmış, çalışmama kriteri olarak Devlet İstatistik

Enstitüsü'nün gelir ve tüketim ile ilgili değişkenleri tanımlamada kullandığı sınıflama (ev hanımı, işsiz, öğrenci, çalışamaz derecede özür, yaşlı veya hasta, ailevi ve kişisel nedenler, emekli, gelir sahibi) kabul edilmiş (144), çalışan kadınların durumu için ayrıntılı değerlendirmeye gidilmemiştir.

Kadının ekonomik durumu için, kadınların kendilerinin ve eşlerinin çalışma durumlarının ayrıntılı olarak sorgulanmaması ve kişilerin, kira, faiz geliri vb. ek gelirlerini söylemek istememeleri nedeniyle sadece kadının kendisinin “iyi, orta (ne iyi ne kötü) ve kötü” olarak algıladığı ekonomik duruma göre sınıflama kabul edilmiştir. Kadının medeni durumu; hiç evlenmemiş (bekar), evli (resmi nikahlı, imam nikahlı, resmi ve imam nikahlı), eşi ölmüş (dul), boşanmış ve ayrı yaşıyor olarak değerlendirilmiştir.

Kadının sigara kullanma durumu (58,145) ve doğum kontrol hapı kullanma durumu “hiç kullanmadım”, “kullanıp bıraktım” ve “halen kullanıyorum” olarak değerlendirilmiştir. “Kullanıp bıraktım” diyenlerin ayrıntılı sorgulamasında ise sigara ya da doğum kontrol hapını kaç yıl kullanıp bıraktığı, “halen kullanıyorum” diyenlerin ise kaç yıldır sigara ya da doğum kontrol hapını kullanıyor oldukları sorgulanmıştır.

Kadınların annelerinin menopoza girme yaşı sorgulanmış; annesinden ayrı yaşamış, erken yaşta annesini kaybetmiş vb. nedenlerle annesinin menopoza girme yaşını hatırlayamayanlar için “bilmiyorum” seçeneği eklenmiştir. Kadınların menopozun klasik tanımı olarak kabul edilen “kadının adet kesilmesi” tanımını bilip bilmedikleri sorgulanmış, menopoza girme yaşını hatırlayamayanlar için “bilmiyorum” seçeneği, menopozun “klasik tanımı” dışında farklı görüş ve düşünceler için açık uçlu “diğer” seçeneği ilave edilmiştir. Kadınların menopozla ilgili bilgileri edinme durumları; menopoza girme yaşını hatırlayamayanlar için “bilmiyorum” seçeneği, menopozun “klasik tanımı” dışında farklı görüş ve düşünceler için açık uçlu “diğer” seçeneği ile değerlendirilmiştir. Menopozla ilgili bilgi edinme durumları için birden fazla seçeneği ifade edebilecekleri belirtilmiştir.

Kadınların adet (Menstruasyon) durumları DSÖ'nün menopoza raporunda ön gördüğü 4 ayrı şekilde sınıflandırılmıştır (10):

1. Her ay düzenli olarak görüyorum,
2. Adet görüyorum, ama son 1 yıldır düzensiz olarak,
3. Son 1 yıldır hiç adet görmedim,
4. Bir yıldan fazla adet görmüyorum.

Bu sorgulamaya verilen yanıtlar doğrultusunda araştırmacı tarafından adet durumlarına göre kadınlar, iki dönem halinde gruplandırılmışlardır: “her ay düzenli olarak görüyorum” ve “adet görüyorum, ama son 1 yıldır düzensiz olarak” diyen kadınlar “**premenopozal dönem**” olarak, “son 1 yıldır hiç adet görmedim” ve “bir yıldan fazla adet görmüyorum” şeklinde cevap veren kadınlar ise “**postmenopozal dönem**” olarak değerlendirilmişlerdir.

Premenopozal dönem olarak kabul edilen kadınlar için adet durumu ile ilgili sorgulamaları bittikten sonra Form B'ye geçmeleri istenmiştir. Postmenopozal dönemde olan kadınlar için Form A ile ilgili değerlendirmeye, kadının menopoza girme şeklinin sorgulanması ile devam edilmiştir: Menopoza girme şekilleri “doğal olarak”, “ameliyat ile” ve “diğer: ilaçlar, ışın (X-Ray) ile” olarak sınıflandırılmıştır.

Form A'da son olarak, kadının kaç yaşında menopoza girdiği, menopoza öncesi ve sonrası doktora gidip gitmediği, menopoza ile ilgili Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanma durumu sorgulanmıştır. Kadının HRT kullanma durumu “hiç kullanmadım”, “kullanıp bıraktım” ve “halen kullanıyorum” olarak değerlendirilmiştir. “Kullanıp bıraktım” diyenlerin ayrıntılı sorgulanmasında ise HRT kaç yıl kullanıp bıraktığı, “halen kullanıyorum” diyenlerin ise kaç yıldır HRT'yi kullanıyor oldukları sorgulanmıştır. Form A'ya cevaplandıran kadınlardan Form B'yi doldurmaları istenmiştir.

Form B, geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmış, Türkçe'ye çevrilmiş menopozal döneme ilişkin psikolojik, somatik ve ürogenital semptomlara ait 11 sorudan oluşan Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğini içermektedir.

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği:

Orijinal adı Menopause Rating Scale olan menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği ilk olarak 1992 yılında Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Almanca olarak geliştirilmiştir (146,147). Ölçeğin İngilizce'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği 1996 yılında, Schneider, Heinemann ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (147).

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan Likert tipi ölçekte, her bir madde için; 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli seçenekleri bulunmaktadır. Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan "0" iken en fazla puan "44"dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan şikayetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (147,148). Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır (Form B):

1. Somatik şikayetler alt boyutu (1, 2, 3 ve 11 numaralı maddeler):

- Sıcak basması (terleme nöbetleri),
- Kalp rahatsızlıkları (normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi),
- Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma),
- Eklem ve kas rahatsızlıkları (eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)

2. Psikolojik şikayetler alt boyutu (4, 5, 6 ve 7 numaralı maddeler):

- Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik),
- Sinirlilik (sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi),
- Endişe (içsel huzursuzluk, panik hissi),
- Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık),

3. Ürogenital şikayetler alt boyutu (8,9 ve 10 numaralı maddeler):

- Cinsel sorunlar (cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik),
- İdrar sorunları (idrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçıрма),
- Vajinada (haznede) kuruluk (vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma).

Türkçe güvenilirlik çalışmaları sırasında ölçeğin tüm maddelerine verilen yanıtlardaki tutarlılığın ve madde homojenliğinin incelendiği Chronbach's alpha güvenilirlik katsayısı 0.84'dür. Alt gruplar için ise Chronbach's alpha değeri somatik semptomlar için 0.65, psikolojik semptomlar için 0.79 ve ürogenital semptomlar için 0.72 olduğu belirlenmiştir (149).

Test - tekrar test güvenilirliğini hesaplamaya yönelik 11 maddeden oluşan ölçek için hesaplanan Pearson katsayılarında edilen en düşük değer $r=0.59$, en yüksek değer $r= 0.87$ olarak belirlenmiş ve maddelerin hepsinin kolerasyon katsayıları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Ölçekte r değeri 0.20'nin altında değer bulunmadığı için ölçek maddelerinden hiçbiri çıkarılmamıştır.

Çalışmada Pearson momentler çarpımı korelasyon kat sayısı ölçeğın alt grupları için de ayrı ayrı hesaplanmış ve güvenirlığın bir ölçüsü olarak değeriendirilmiştir. Alt gruplara ait güvenirlık katsayıları somatik şikayetler için $r=0.89$, psikolojik şikayetler için $r=0.91$ ve ürogenital şikayetler için $r=0.81$ 'dir ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Araştırma verileri SPSS (Version 13.0) istatistik programı ile bilgisayarda değeriendirilmiştir. Verilerin analizleri sırasında ki kare, eğimli ki kare, Student's t testi, Pearson korelasyon, lojistik regresyon ile istatistiksel analizleri yapılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir.

Anket formları (Form A/B), Ek: 1'de verilmiştir.

BULGULAR

Araştırma evrenini Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yaşayan 40 - 60 yaş arası toplam 2533 kadın oluşturmaktadır. Araştırma örneği için, tüm evrenin % 40'ına karşılık gelen toplam 1013 kadın ile görüşülmüştür. Araştırmaya alınan 40 - 60 yaş arası kadın nüfusun bağlı oldukları HSEAM'ye göre örneğe çıkma durumu Tablo 3. de sunulmaktadır.

Tablo 3. Araştırmaya Alınan 40 - 60 Yaş Arası Kadın Nüfusun Örneğe Çıkma Durumu İle Bağlı Oldukları HSEAM Dağılımı

Merkez Adı	Örneğe çıkmayan nüfus		Örneğe çıkan nüfus		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fethiye HSEAM	1014	66,7	676	66,7	1690	66,7
Alaaddinbey HSEAM	221	14,5	147	14,5	368	14,5
Özlüce HSEAM	285	18,8	190	18,8	475	18,8
Toplam	1520	100,0	1013	100,0	2533	100,0
$\chi^2 = 0,00$; SD=2; p > 0,05						

* Bölge SOBSİS kayıtları

Araştırmaya alınan 40 - 60 yaş arası kadın nüfusun yaş gruplarına göre örneğe çıkma durumu Tablo 4. de sunulmaktadır.

Tablo 4. Araştırmaya Alınan 40 - 60 Yaş Arası Kadın Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Örneğe Çıkma Durumu

Yaş Grubu	Örneğe çıkmayan nüfus		Örneğe çıkan nüfus		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
40-44	515	33,9	343	33,9	858	33,9
45-49	419	27,6	279	27,5	698	27,6
50-54	343	22,5	228	22,5	571	22,5
55-60	243	16,0	163	16,1	406	16,0
Toplam	1520	100,0	1013	100,0	2533	100,0
$\chi^2 = 0,01$; SD=2; p > 0,05						

* NHSEAB 2004 Yılı Çalışma Raporu

Araştırmaya alınan kadınların bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 5. de gösterilmektedir.

Tablo 5. Kadınların Bazı Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı	%
Yaş grubu		
40-44	343	33,9
45-49	279	27,5
50-54	228	22,5
55-60	163	16,1
Kadınların yaş ortalaması	48,2 ± 5,9	
Doğum Yeri		
Bursa	428	42,3
Bursa Dışı	585	57,7
Öğrenim Durumu		
Okur - yazar değil	140	13,8
Okur - yazar	67	6,6
İlkokul	573	56,6
Ortaokul / İlköğretim	127	12,5
Lise / Meslek Lisesi	92	9,1
Yüksek Okul / Üniversite	14	1,4
Sosyal Güvence Durumu		
Sosyal Güvencesi Yok	173	17,1
SSK	592	58,4
Bağ – Kur	123	12,1
Emekli Sandığı	101	10,0
Devlet Memuru	17	1,7
Yeşil Kart	7	0,7
Medeni Durum		
Bekar	13	1,3
Evli	883	87,2
Dul	98	9,7
Boşanmış	8	0,8
Ayrı yaşıyor	11	1,0
Ekonomik Durumu		
Kötü	59	5,8
Orta (Ne iyi ne kötü)	902	89,0
İyi	52	5,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	57	5,6
Çalışmıyorum	956	94,4
TOPLAM	1013	100,0

Kadınların yaş ortalaması 48,2 ± 5,9 olup medyan yaşı ise 48'dir. Yaş grupları içerisinde 40-44 yaş grubu % 33,9 (n=343) ile en fazla, 55-60 yaş grubu % 16,1 (n=163) ile en düşük oranı oluşturmaktadır. Kadınların % 42,3'ü (n=428) Bursa doğumlu, %57,7'si (n=585) Bursa dışı (başka il ya da

Bulgaristan göçmeni) doğumludur. Öğrenim durumlarına göre kadınlar % 56,6 (n=573) ile en fazla ilkokul mezunudur. Okuma-yazma bilmeyen kadınların oranı ise % 13,8'dir (n=140).

Kadınların %17,1'i (n=173) her hangi bir sosyal güvence kurumuna bağlı değildir. Sosyal güvence kurumuna bağlı olanlar arasında ilk sırada % 58,4 (n=592) ile SSK'lılar yer almaktadır. Medeni durumlarına göre kadınların %87,2'si (n= 883) evli, %9,7'si (n=98) dul ya da eşi ölmüş, %1,3'ü (n=13) hiç evlenmemiş ya da bekar, %1,8'i (n=19) ise eşinden boşanmış ya da ayrı yaşıyor olarak tespit edilmiştir.

Kendi algıladıklarına göre; kadınların % 89,0'unun (n=902) ekonomik durumu orta (ne iyi ne kötü), %5,8'inin (n=59) kötü, %5,2'sinin (n=52) ise iyi olarak saptanmıştır. Kadınların sadece %5,6'sı (n=57) çalışmakta, %94,4'ü (n=956) ise çalışmamaktadır.

Kadınların doğurganlık çağı ile ilgili bazı özellikleri Tablo 6.da gösterilmiştir.

Kadınların %31,7'si (n=317) 18 yaş altında evlendiklerini belirtmiştir. Kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması $19,0 \pm 3,1$ 'dir. Kadınların %84,6'sı (n=857) ilk adetini 12-15 yaşları arasında, %12,6'si (n=131) 16 yaş ve üstünde görmüştür. Kadınların ilk adet yaşı ortalaması $13,9 \pm 1,4$ 'dir.

Kadınların %97,2'si (n=985) en az bir kere gebe kalmıştır. Hiç evlenmemiş kadın sayısı n=13 (%1,3), ve evli olup gebe kalamayan kadın sayısı ise n=15 (%1,5)'tir. Kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması $20,5 \pm 3,3$ ve son gebelik yaşı ortalaması $29,3 \pm 5,3$ 'dir. Kadınların %96,9'u (n=982) çocuk sahibidir. Gebe kalan kadınlardan 3'ü (%0,3) çocuk sahibi olamamıştır. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması $2,9 \pm 1,4$ 'dür.

Tablo 6. Kadınların Doğurganlık Çağı İle İlgili Bazı Özellikleri

	Sayı	%
İlk evlenme yaşı*		
18 yaş altı	317	31,7
18 yaş ve üstü	683	68,3
Toplam	1000	100,0
İlk evlenme yaşı ortalaması	19,0 ± 3,1	
İlk adet yaşı		
11 yaş ve altı	25	2,5
12-15 yaş	857	84,6
16 yaş ve üstü	131	12,9
Toplam	1013	100,0
İlk adet yaşı ortalaması	13,9 ± 1,4	
İlk gebelik yaşı		
18 yaş altı	148	15,0
18-29 yaş	812	82,5
29 yaş üstü	25	2,5
Toplam	985	100,0
İlk gebelik yaşı ortalaması	20,5 ± 3,3	
Son gebelik yaşı		
20 yaş ve altı	28	2,8
21-34 yaş	779	79,1
35 yaş ve üstü	178	18,1
Toplam	985	100,0
Son gebelik yaşı ortalaması	29,3 ± 5,3	
Toplam çocuk sayısı		
1	48	4,9
2	415	42,3
3	295	30,0
4 ve üstü	224	22,8
Toplam	982	100,0
Çocuk sayısı ortalaması	2,9 ± 1,4	

*Evlenmiş olan kadınlar

Kadınların sigara ve doğurganlık çağında oral kontraseptif (OKS) kullanma durumları Tablo 7.de gösterilmiştir.

Kadınların %84,6'sı (n=857) daha önce sigara kullanmadıklarını, %11'i (n=111) ise sigarayı halen kullandıklarını belirtmiştir. Kadınların %78,3'ü

(n=793) hiç OKS kullanmadıklarını, %21'i (n=213) ise OKS'yi daha önce kullanıp bıraktıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 7. Kadınların Sigara ve OKS Kullanma Durumları

	Sayı	%
Sigara kullanma durumları		
Hiç kullanmadım	857	84,6
Daha önce kullanıp bıraktım	45	4,4
Halen kullanıyorum	111	11,0
OKS kullanma durumları		
Hiç kullanmadım	793	78,3
Daha önce kullanıp bıraktım	213	21,0
Halen kullanıyorum	7	0,7
Toplam	1013	100,0

Kadınların menopoz ile ilgili bilgi durumları, bilgi edinme kaynakları ve annelerinin menopoza girme yaşı Tablo 8.de gösterilmiştir.

Menopozun “adetten kesilme” tanımını bilen kadınlar %99'u (n=1003) oluşturmaktadır. Menopozun tanımını bilen kadınlardan, menopozla ilgili bilgi edinme kaynakları arasında en fazla %55,6 (n=558) ile komşu ve arkadaşlar gelmektedir. Bunu %36,3 (n=364) ile medya ve %30,1 (n=302) ile anne ve abla, %15,4 (n=154) ile hekim ve %10,0 (n=100) ile ebe-hemşireden bilgi edinme takip etmektedir.

Kadınların %76,7'si (n=777) annelerinin menopoza girme yaşını hatırlamış, %23,3'ü (n=236) ise hatırlayamamıştır. Annesinin menopoza girme yaşını hatırlayan kadınların annelerinin menopoza girme yaşı ortalaması $46,4 \pm 5,8$; medyan yaşı ise 48'dir. Kadınların anneleri en fazla %34,5 (n=268) ile 45-49 yaş arasında menopoza girmiştir. Annelerin %12,5'i (n=97) ise 40 yaşından önce yani erken menopoza girmişlerdir.

Tablo 8. Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Durumları, Bilgi Edinme Kaynakları ve Annelerinin Menopoza Girme Yaşı

	Sayı	%
Menopoz tanımı		
Kadının adetten kesilmesi	1003	99,0
Menopoz ile ilgili her hangi bir bilgim yok	10	1,0
Toplam	1013	100,0
Menopoz ile ilgili bilgi edinme kaynakları^{***}		
Komşu – arkadaş	558	55,6
Medya (Radyo – TV)	364	36,3
Anne – Abla	302	30,1
Hekim	154	15,4
Ebe – hemşire	100	10,0
Annenin menopoza girme yaşını bilme durumu		
Biliyorum	777	76,7
Bilmiyorum	236	23,3
Toplam	1013	100,0
Annenin menopoza girme yaşı^{***}		
40 yaş altı	97	12,5
40-44 yaş	120	15,4
45-49 yaş	268	34,5
50-54 yaş	234	30,1
55 yaş ve üstü	58	7,5
Toplam	777	100,0
Annenin menopoza girme yaşı ortalaması	46,4 ± 5,8	

*Menopoz tanımını bilen kadınlar.

**Birden fazla seçenek yanıtlanabilmiştir.

***Annelerinin menopoza girme yaşını bilen kadın sayısı 777'dir.

Kadınların adet görme durumları ve menopoza girme durumlarına göre girdikleri dönemleri Tablo 9.da gösterilmiştir.

Kadınların %41,2 (n=412)'si bir yıldan fazla adet görmemektedir. Bunu %32,5 (n=329) ile her ay düzenli adet görenler, %23,4 (n=237) ile son 1 yıldır düzensiz olarak adet görenler ve %3,0 (n=30) ile son 1 yıldır hiç adet görmeyenler izlemektedir. Halen adet gören (düzenli ya da düzensiz olarak)

kadınlar “premenopozal dönem”, son bir yıldır ya da bir yıldan fazla süredir adet görmeyen kadınlar ise “postmenopozal dönem” olarak sınıflandırılmıştır.

Bu sınıflamaya göre kadınların %55,8'i (n=565) premenopozal dönemde, %44,2'si (n=448) ise postmenopozal dönemde yer almaktadırlar.

Tablo 9. Kadınların Adet Görme Durumları ve Menopoza Girme Durumlarına Göre Girdikleri Dönemler

	Sayı	%
Adet durumu		
Her ay düzenli olarak görüyorum	329	32,5
Adet görüyorum, ama son 1 yıldır düzensiz olarak	236	23,3
Son 1 yıldır hiç adet görmedim	30	3,0
Bir yıldan fazla adet görmüyorum	418	41,2
Menopozal dönem		
Premenopozal dönem	565	55,8
Postmenopozal dönem	448	44,2
Toplam	1013	100,0

Postmenopozal dönemde bulunan kadınların kaç yıldır menopoza oldukları, menopoza girme şekilleri, menopoza girme yaşları, menopoz öncesi ve sonrası doktora gitme durumları ve bu dönemde menopoz ile ilgili Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanma durumları Tablo 10.da sunulmaktadır.

Kadınların %51,3'ü (n=230) 5 - 14 yıldır postmenopozal dönemde yer almaktadır. Semptomlara HRT tedavisinin en fazla yanıt verdiği dönem olan 5 yıl ve altı dönemde bulunan kadınlar %35,5'dir (n=159). Menopozun kronik döneme ait sorunlarının ağırlık kazandığı 15 yıl ve üstü dönemde bulunan kadınların oranı %13,2'dir (n=59). Kadınların postmenopozal dönemdeki ortalama süreleri ise $7,7 \pm 5,7$ yıldır. Kadınların %81,7'si (n=366) doğal olarak, %17,6'sı (n=79) ameliyat ile, %0,7'si (n=3) ise diğer yöntemler (KT, X-Ray) ile menopoza girmiştir. Kadınların %61,6'sı (n=276) menopoza 40-49 yaş arasında, %26,3'ü (n=118) 50 yaş ve üstünde menopoza girmiştir. DSÖ

tarafından (10) erken menopoz olarak tanımlanan 40 yaş altı menopoza giren kadınların oranı ise %12,1'dir (n=154).

Tablo 10. Postmenopozal Dönemde Bulunan Kadınların Bazı Özellikleri

	Sayı	%
Postmenopozal dönem süresi		
5 yıl altı	159	35,5
5-14 yıl	230	51,3
15 ve üstü yıl	59	13,2
Postmenopozal ortalama süre (yıl)	7,7 ± 5,7	
Menopoza girme şekli		
Doğal olarak	366	81,7
Ameliyat ile	79	17,6
Diğer (İlaçlar (KT), Işın (X- Ray))	3	0,7
Menopoza girme yaşı		
40 yaş altı	54	12,1
40-49 yaş	276	61,6
50 yaş ve üstü	118	26,3
Menopoza doğal girenlerin yaş ortalaması	46,7 ± 4,8	
Menopoza ameliyat ile girenlerin yaş ortalaması	42,3 ± 6,3	
Menopoza diğer yolla girenlerin yaş ortalaması	44,3 ± 5,5	
Menopoz öncesi doktora gitme durumu		
Evet	192	42,9
Hayır	256	57,1
Menopoz sonrası doktora gitme durumu		
Evet	111	24,8
Hayır	337	75,2
HRT kullanma durumları		
Hiç kullanmadım	398	88,8
Daha önce kullanıp bıraktım	33	7,4
Halen kullanıyorum	17	3,8
Toplam	448	100,0

Tüm kadınların menopoza girme yaşı ortalaması $45,9 \pm 5,3$ 'dür. Doğal olarak menopoza giren kadınların yaş ortalaması $46,7 \pm 4,8$; ameliyat ile menopoza girenlerin yaş ortalaması $42,3 \pm 6,3$; diğer yollar ile menopoza girenlerin yaş ortalaması ise $44,3 \pm 5,5$ 'dir.

Postmenopozal dönemdeki kadınların %42,9'u (n=192) şikayetleri nedeni ile menopoz öncesi doktora gitmiş, %57,1'i (n=256) ise doktora başvurmamıştır. Menopoz sonrası doktora giden kadınların oranı %24,8 (n=111), doktora gitmeyen kadınların oranı ise %75,2'dir (n=337). Postmenopozal dönemdeki kadınların %88,8'si (n=398) bu dönemde HRT'yi hiç kullanmadıklarını, %7,4'ü (n=33) daha önce kullanıp bıraktıklarını, %3,8'i (n=17) ise HRT'yi halen kullandıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmadaki tüm kadınlara uygulanan (premenopozal ya da postmenopozal dönem) Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği'ne göre kadınların somatik, psikolojik ve ürogenital yakınmalarına verdikleri yanıtlar Tablo 11'de gösterilmiştir.

Kadınların tüm mevcut şikayetleri içerisinde en fazla %82,8 (n=839) ile fiziksel ve zihinsel yorgunluk gelmektedir. Bunu %78,4 (n=784) ile sinirlilik ve %76,4 (n=774) ile keyifsizlik takip etmektedir. Kadınlar en az %35,8 (n= 363) ile idrar yolu sorunlarından şikayet etmekte ve bunu %37,1 (n=376) ile vajinal kuruluk izlemektedir.

Ölçeğin Skorlaması: Her bir kadının tüm şikayetleri için işaret koydukları hanelere karşılık gelen değerler toplanmış ve kadının ölçekteki toplam puanı hesaplanmıştır. Buna göre tüm kadınların ölçeğe verdikleri yanıtlara karşılık gelen toplam puanların ortalaması $13,4 \pm 6,8$ 'dir. Bu sonuç ile bölgedeki kadınların orta düzeyde menopozal semptomları yaşadıkları değerlendirilebilir.

Ölçeğin kendi içindeki her bir alt grubu için de ortalama puanlar hesaplanmıştır:

- Somatik Puan: $5,3 \pm 3,1$;
- Psikolojik Puan: $4,3 \pm 2,6$;
- Ürogenital Puan: $3,8 \pm 2,7$ 'dir.

Tablo 11. Kadınların Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği'ne Göre Somatik, Psikolojik ve Ürogenital Yakınmaları

	Hiç yok		Hafif		Orta		Şiddetli		Çok şiddetli	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Somatik										
Sıcak basması	306	30,2	174	17,2	270	26,7	221	21,8	42	4,1
Kalp rahatsızlığı	414	40,9	289	28,5	282	27,8	28	2,8	-	0,0
Uyku sorunları	370	36,5	168	16,6	345	34,1	118	11,6	12	1,2
Eklem kas sorunu	250	24,7	131	12,9	429	42,3	169	16,7	34	3,4
Psikolojik										
Keyifsizlik hali	239	23,6	275	27,1	386	38,1	98	9,7	15	1,5
Sinirlilik	219	21,6	182	18,0	344	34,0	221	21,8	47	4,6
Endişe	390	38,5	194	19,2	296	29,2	120	11,8	13	1,3
Yorgunluk*	174	17,2	185	18,3	433	42,7	186	18,4	35	3,5
Ürogenital										
Cinsel sorunlar	532	52,5	210	20,7	175	17,3	83	8,2	13	1,3
İdrar sorunları	637	62,9	140	13,8	178	17,6	49	4,8	9	0,9
Vajinada kuruluk	650	64,2	161	15,9	168	16,6	28	2,8	6	0,6

*Fiziksel / zihinsel

Kadınların somatik şikayetleri arasında en fazla %75,3 (n=763) ile eklem ve kas rahatsızlıkları en az ise %59,1 (n=599) ile kalp rahatsızlıkları gelmektedir. Yakınmanın derecesine göre (şiddetli, çok şiddetli) ise kadınlar en fazla % 25,9 (n=263) ile sıcak basmalarından, en az ise %2,8 (n=28) ile kalp rahatsızlıklarından şikayet etmektedirler.

Kadınların psikolojik şikayetleri arasında en fazla %78,4 (n=794) ile sinirlilik, en az %61,5 (n=623) endişe görülmektedir. Yakınmanın derecesine göre (şiddetli, çok şiddetli) ise kadınlar en fazla %26,4 (n=268) ile sinirli olmaktan, en az ise %11,2 (n=113) ile keyifsizlikten şikayet etmektedirler.

Kadınların ürogenital şikayetleri arasında en fazla %47,5 (n=481) ile cinsel sorunlar, en az %35,8 (n=363) ile vajinal kuruluk görülmektedir. Yakınmanın derecesine göre (şiddetli, çok şiddetli) ise kadınlar en fazla %9,5 (n=96) ile cinsel sorunlardan, en az ise %3,4 (n=34) ile vajinal kuruluktan şikayet etmektedirler.

İstatistiksel Analizler:

Kadınların bazı demografik özellikleri ile içinde buldukları dönemin (pre/postmenopozal) ilişkisi Tablo 12. de gösterilmektedir.

Tablo 12. Kadınların Bazı Demografik Özellikleri ile Premenopozal Dönem ve Postmenopozal Dönem Arasındaki İlişkinin Durumu

Mahalle	Premenopozal dönem		Postmenopozal dönem		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fethiye Mah.	384	56,8	292	43,2	676	100,0
Alaaddinbey Mah.	83	56,5	64	43,5	147	100,0
Özlüce Mah.	98	51,6	92	48,4	190	100,0
$\chi^2 = 1,67; p > 0,05$						
Doğum yeri						
Bursa	235	54,9	193	45,1	428	100,0
Bursa dışı	330	56,4	255	43,6	585	100,0
$\chi^2 = 0,23; p > 0,05$						
Öğrenim Durumu						
< 5 yıl	80	38,6	127	61,4	207	100,0
≥ 5 yıl	485	60,2	321	39,8	806	100,0
$\chi^2 = 30,94; p < 0,05$						
Sosyal güvence						
Yok	104	60,1	69	39,9	173	100,0
Var	461	54,9	379	45,1	840	100,0
$\chi^2 = 1,59; p > 0,05$						
Medeni durum						
Hiç evlenmemiş	7	53,8	6	46,2	13	100,0
Evli / diğer*	558	55,8	442	44,2	1000	100,0
$\chi^2 = 0,02; p > 0,05$						
Ekonomik durum						
Kötü	37	62,7	22	37,3	59	100,0
Orta ve iyi	528	55,3	426	44,7	954	100,0
$\chi^2 = 1,22; p > 0,05$						
Çalışma durumu						
Çalışıyor	35	61,4	22	38,6	57	100,0
Çalışmıyor	530	55,4	426	44,6	956	100,0
$\chi^2 = 0,78; p > 0,05$						
Toplam**	565	55,8	448	44,2	1013	100,0

*Dul, ayrı yaşıyor ve boşanmış kadınlar

** Satır %'si alınmıştır.

Kadının bulunduğu mahalle (Fethiye mah, Alaaddinbey mah, Özlüce mah), doğum yeri (Bursa ve Bursa dışı), sosyal güvence durumu (sosyal güvence var/yok), medeni durumu (hiç evlenmemiş/evli, dul ve ayrı yaşıyor, boşanmış), ekonomik durumu (kötü/orta ve iyi) ve çalışma durumu (çalışıyor/çalışmıyor) ile menopoza girip girmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadınların menopoza girme durumları ile öğrenim durumları (ilkokul altı/ilkokul ve üstü) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların ilk evlenme yaşı, ilk adet yaşı, ilk gebelik yaşı ve son gebelik yaşı ortalamaları ile toplam çocuk sayısının ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 13.de gösterilmiştir.

Tablo 13. Kadınların Bazı Doğurganlık Özellikleri ile Premenopozal Dönem ve Postmenopozal Dönem Arasındaki İlişkinin Durumu

	Premenopozal dönem		Postmenopozal dönem		t	p
İlk evlenme yaşı	n=558	19,3 ± 3,2	n=442	18,6 ± 2,9	3,3	<0,05
İlk adet yaşı	n=565	13,8 ± 1,4	n=448	14,0 ± 1,5	-1,3	>0,05
İlk gebelik yaşı	n=554	20,7 ± 3,3	n=431	20,3 ± 3,2	1,8	>0,05
Son gebelik yaşı	n=554	29,0 ± 5,1	n=431	29,7 ± 5,5	-2,2	<0,05
Toplam çocuk sayısı	n=552	2,8 ± 1,2	n=430	3,1 ± 1,6	-2,2	<0,05
Annenin menopoz yaşı	n=449	46,9 ± 5,8	n=328	45,8 ± 5,8	2,5	<0,05

Premenopozal dönemdeki kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması ile annelerinin menopoza girme yaşı ortalaması postmenopozal dönemdeki kadınlara göre daha yüksektir. Postmenopozal dönemdeki kadınların toplam çocuk sayısı ortalaması ile son gebelik yaşı ortalaması premenopozal dönemdeki kadınlardan daha yüksektir. Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların ilk adet yaşı ve ilk gebelik yaşı arasında benzerlik bulunmuştur.

Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların mevcut somatik şikayetleri arasındaki ilişki Tablo 14.de gösterilmiştir.

Tablo 14. Premenopozal ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Mevcut Somatik Şikayetleri Arasındaki İlişki

Somatik şikayetler	Premenopozal dönem		Postmenopozal dönem		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sıcak basması						
Yok	211	37,3	95	21,2	306	30,2
Var	354	62,7	353	78,8	707	69,8
$\chi^2 = 30,87; p < 0,05$						
Kalp rahatsızlığı						
Yok	239	42,3	175	39,1	414	40,9
Var	326	57,7	273	60,9	599	59,1
$\chi^2 = 1,08; p > 0,05$						
Uyku sorunları						
Yok	239	42,3	131	29,2	370	36,5
Var	326	57,7	317	70,8	643	63,5
$\chi^2 = 18,38; p < 0,05$						
Eklem kas rahatsızlığı						
Yok	157	27,8	93	20,8	250	24,7
Var	408	72,2	355	79,2	763	75,3
$\chi^2 = 6,64; p < 0,05$						
TOPLAM	565	100,0	448	100,0	1013	100,0

*Sütun %'si alınmıştır.

Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların mevcut somatik şikayetleri içerisinde sıcak basması, uyku sorunu ve eklem kas rahatsızlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0,05$), kalp rahatsızlıkları ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların mevcut psikolojik şikayetleri arasındaki ilişki Tablo 15.de gösterilmiştir

Tablo 15. Premenopozal ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Mevcut Psikolojik Şikayetleri Arasındaki İlişki

Psikolojik Şikayetler	Premenopozal dönem		Postmenopozal dönem		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Keyifsizlik hali						
Yok	147	26,0	92	20,5	239	23,6
Var	418	74,0	356	79,5	774	76,4
$\chi^2 = 4,16; p < 0,05$						
Sinirlilik						
Yok	136	24,1	83	18,5	219	21,6
Var	429	75,9	365	81,5	794	78,4
$\chi^2 = 4,53; p < 0,05$						
Endişe						
Yok	224	39,6	166	37,1	390	38,5
Var	341	60,4	282	62,9	623	61,5
$\chi^2 = 0,70; p > 0,05$						
Fiziksel / zihinsel yorgunluk						
Yok	112	19,8	62	13,8	174	17,2
Var	453	80,2	386	86,2	839	82,8
$\chi^2 = 6,28; p < 0,05$						
TOPLAM	565	100,0	448	100,0	1013	100,0

* Sütun %'si alınmıştır.

Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların mevcut psikolojik şikayetleri içerisinde keyifsizlik, sinirlilik ve fiziksel / zihinsel yorgunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0,05$), endişe ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların mevcut ürogenital şikayetleri arasındaki ilişki Tablo 16.da gösterilmiştir

Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların mevcut ürogenital şikayetleri içerisinde cinsel sorunlar ve vajinada kuruluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0,05$), idrar sorunları ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 16. Premenopozal ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Mevcut Ürogenital Şikayetleri Arasındaki İlişki

Ürogenital Şikayetler	Premenopozal dönem		Postmenopozal dönem		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel sorunlar						
Yok	329	58,2	203	45,3	532	52,5
Var	236	41,8	245	54,7	481	47,5
$\chi^2 = 16,72; p < 0,05$						
İdrar sorunları						
Yok	366	64,8	271	60,5	637	62,9
Var	199	35,2	177	39,5	376	37,1
$\chi^2 = 1,96; p > 0,05$						
Vajinada kuruluk						
Yok	390	69,0	260	58,0	650	64,2
Var	175	31,0	188	42,0	363	35,8
$\chi^2 = 13,12; p < 0,05$						
TOPLAM	565	100,0	448	100,0	1013	100,0

*Sütun %'si alınmıştır.

Menopozlu kadınların menopoz öncesi ve sonrası doktora başvurma durumları ve HRT kullanma durumları ile öğrenim durumları arasındaki ilişki Tablo 17. de gösterilmiştir.

Tablo 17. Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Öğrenim Durumları ile Hekime Başvuru ve HRT İlişkisi

Doktora Gitme	Öğrenim Durumu				Toplam	
	< 5 Yıl		≥ 5 Yıl		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Menopoz Öncesi						
Hayır	81	63,8	175	54,5	256	57,1
Evet	46	36,2	146	45,5	192	42,9
$\chi^2 = 3,18; p > 0,05$						
Menopoz Sonrası						
Hayır	102	80,3	235	73,2	337	75,2
Evet	25	19,7	86	26,8	111	24,8
$\chi^2 = 2,46; p > 0,05$						
HRT Kullanma						
Hayır	118	92,9	280	87,2	398	88,8
Evet	9	7,1	41	12,8	50	11,2
$\chi^2 = 2,96; p > 0,05$						
Toplam	127	100,0	321	100,0	448	100,0

Menopozal dönemdeki kadınların öğrenim durumları (ilkokul altı/ilkokul ve üstü) ile menopoz öncesi ve sonrası doktora baş vurma durumları ile HRT kullanma durumları (hiç kullanmamış / kullanıp bırakmış ya da kullanıyor) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Doğal olarak menopoza giren kadınların menopoza girme yaşları ile bazı demografik bilgileri arasındaki ilişki Tablo 18.de gösterilmiştir.

Tablo 18. Kadınların Menopoza Girme Yaşları ile Bazı Demografik Bilgileri Arasındaki İlişki

Yaş Grupları	< 45 Yaş		45-49 Yaş		> 49 Yaş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim Durumu								
< 5 yıl	33	32,0	28	27,2	42	40,8	103	100,0
≥ 5 yıl	67	25,5	128	48,6	68	25,9	263	100,0
$\chi^2 = 14,66; p < 0,05$								
Sosyal güvence								
Yok	15	25,0	21	35,0	24	40,0	60	100,0
Var	85	27,8	135	44,1	86	28,1	306	100,0
$\chi^2 = 3,48; p > 0,05$								
Medeni durum								
Hiç evlenmemiş	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6	100,0
Evli / diğer*	97	26,9	155	43,1	108	30,0	360	100,0
$\chi^2 = 2,13; p > 0,05$								
Ekonomik durum								
Kötü	8	47,1	5	29,4	4	23,5	17	100,0
Orta ve iyi	92	26,4	151	43,3	106	30,3	349	100,0
$\chi^2 = 1,22; p > 0,05$								
Çalışma durumu								
Çalışıyor	3	16,7	10	55,6	5	27,7	18	100,0
Çalışmıyor	97	27,9	146	42,0	105	30,1	348	100,0
$\chi^2 = 0,78; p > 0,05$								
Toplam**	100	100,0	156	100,0	110	100,0	366***	100,0

*Dul, ayrı yaşıyor ve boşanmış kadınlar

**Satır %'si alınmıştır.

***Yalnız doğal olarak menopoza giren kadınlar

Kadınların menopoza girme yaşları ile sosyal güvence durumu (sosyal güvence var/yok), medeni durumu (hiç evlenmemiş/evli, dul, ayrı yaşıyor ve boşanmış), ekonomik durumu (kötü/orta ve iyi) ve çalışma durumu (çalışıyor/çalışmıyor) ile menopoza girip girmemesi arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadınların menopoza girme yaşları ile öğrenim durumları (ilkokul altı/ilkokul ve üstü) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Menopoza girme yaş grupları içerisinde 49 yaş üstü grubu çıkartıldığında aradaki anlamlı fark ortadan kalkmaktadır.

Doğal olarak menopoza giren kadınların menopoza girme yaşları ile bazı doğurganlık özellikleri arasındaki ilişki Tablo 19.da gösterilmiştir.

Tablo 19. Kadınların Menopoza Girme Yaşları ile Bazı Doğurganlık Özellikleri Arasındaki İlişki

Yaş Grupları	< 45 Yaş		45-49 Yaş		> 49 Yaş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk evlenme yaşı								
< 18 yaş	35	27,8	42	33,3	49	38,9	126	100,0
≥ 18 yaş	62	26,5	113	48,3	59	25,2	234	100,0
$\chi^2 = 9,41; p < 0,05$								
Toplam*	97	26,9	155	43,1	108	30,0	360	100,0
İlk adet yaşı								
< 14 yaş	46	30,1	69	45,1	38	24,8	153	100,0
≥ 14 yaş	54	25,4	87	40,8	72	33,8	213	100,0
$\chi^2 = 3,48; p > 0,05$								
İlk gebelik yaşı								
< 20 yaş	41	24,4	70	41,7	57	33,9	168	100,0
≥ 20 yaş	59	29,8	86	43,4	53	26,8	198	100,0
$\chi^2 = 2,58; p > 0,05$								
Son gebelik yaşı								
< 35 yaş	17	25,4	27	40,3	23	34,3	67	100,0
≥ 35 yaş	83	27,8	129	43,1	87	29,1	299	100,0
$\chi^2 = 0,71; p > 0,05$								
Toplam çocuk sayısı								
< 1 çocuk	4	30,8	6	46,2	3	23,0	13	100,0
≥ 1 çocuk	96	27,2	150	42,5	107	30,3	353	100,0
$\chi^2 = 0,78; p > 0,05$								
Toplam**	100	100,0	156	100,0	110	100,0	366***	100,0

*6 kadın hiç evlenmemiştir.

**Satır %'si alınmıştır.

***Yalnız doğal olarak menopoza giren kadınlar

Kadınların menopoza girme yaşları ilk adet yaşı (14 yaş ve üstü/14 yaş altı), ilk gebelik yaşı (20 yaş ve üstü/20 yaş altı), son gebelik yaşı (35 yaş

ve üstü/35 yaş altı), çocuk sahibi olup olmama durumu (çocuk yok/1 ve üstü çocuk) gibi bazı doğurganlık özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadınların menopoza girme yaşları ile ilk evlenme yaşı (18 yaş ve üstü /18 yaş altı) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Menopoza girme yaş grupları içerisinde 49 yaş üstü grubu çıkartıldığında aradaki anlamlı fark ortadan kalkmaktadır.

Doğal olarak menopoza giren kadınların menopoza girme yaşları ile annelerinin menopoza girme yaşları arasındaki ilişki Tablo 20.de gösterilmiştir.

Tablo 20. Kadınların Menopoza Girme Yaşları ile Annelerinin Menopoza Girme Yaşları Arasındaki İlişki

Yaş Grupları	< 45 Yaş		45-49 Yaş		> 49 Yaş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Annenin menopoz yaşı								
< 45 Yaş	35	40,2	35	40,2	17	19,6	87	100,0
45-49 Yaş	24	27,6	49	56,3	14	16,1	87	100,0
> 49 Yaş	20	22,7	32	36,4	36	40,9	88	100,0
Toplam*	79	30,2	116	44,3	67	25,6	262**	100,0
$\chi^2 = 21,53; p < 0,05$								

*Satır %'si alınmıştır.

**Menopozdaki kadınların 262'si annesinin menopoz yaşını hatırlamıştır.

Kadınların menopoza girme yaşları ile annelerinin menopoza girme yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Menopoza girme yaş grupları içerisinde 49 yaş üstü grubu çıkartıldığında aradaki anlamlı fark ortadan kalkmaktadır. Doğal olarak menopoza giren ve annelerinin menopoz yaşını bilen kadınların menopoza girme yaşları ile annelerinin menopoza girme yaşları arasındaki ilişkide zayıf düzeyde olumlu ve anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,225$ iki yönlü $p=0,01$).

Doğal olarak menopoza giren kadınların menopoza girme yaşları ile sigara ve OKS kullanma durumları arasındaki ilişki Tablo 21.de gösterilmiştir.

Tablo 21. Kadınların Menopoza Girme Yaşları ile Sigara ve OKS Kullanma Durumları Arasındaki İlişki

Yaş Grupları	< 45 Yaş		45-49 Yaş		> 50 Yaş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara kullanma								
Hiç kullanmadım	87	26,5	142	43,3	99	30,2	328	100,0
Kullandım, kullanıyorum	13	34,3	14	36,8	11	28,9	38	100,0
$\chi^2 = 1,08; p > 0,05$								
OKS kullanma								
Hiç kullanmadım	77	27,0	123	43,2	85	29,8	285	100,0
Kullandım, kullanıyorum	23	28,4	33	40,7	25	30,9	81	100,0
$\chi^2 = 0,15; p > 0,05$								
Toplam*	100	27,3	156	42,6	110	30,1	366**	100,0

*Satır %'si alınmıştır

**Yalnız doğal olarak menopoza giren kadınlar

Kadınların menopoza girme yaşları ile sigara ve OKS kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Kadınların doğal menopoza girme durumları ile bazı demografik özellikleri arasındaki ilişkide “yaş” etkisinin eklenerek karşılaştırıldığı lojistik regresyon analizi Tablo 22. de gösterilmiştir.

Tablo 22. Kadınların Menopoza Girme Durumları ile Bazı Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişken	OR	%95 GA	p
Öğrenim	1,14	0,72-1,80	> 0,05
Sosyal güvence	0,93	0,58-1,49	> 0,05
Medeni durum	2,81	0,44-17,83	> 0,05
Ekonomik durum	1,33	0,62-2,86	> 0,05
Çalışma durumu	0,44	0,20-0,93	< 0,05

Bu modelde kadının öğrenim durumu (ilkokul altı/ilkokul ve üstü), sosyal güvence durumu (sosyal güvence var/yok), medeni durumu (hiç evlenmemiş/evli, dul, ayrı yaşıyor ve boşanmış) ve ekonomik durumu

(kötü/orta ve iyi) ile menopoza girme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışma durumuna (çalışıyor/çalışmıyor) bakıldığında çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre menopozlu olma durumunun 0,44 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Kadınların menopoza girme durumları ile bazı doğurganlık özellikleri arasındaki ilişkide “yaş” etkisinin eklenerek karşılaştırıldığı lojistik regresyon analizi Tablo 23. de gösterilmiştir.

Tablo 23. Kadınların Menopoza Girme Durumları ile Bazı Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Değişken	OR	%95 GA	p
İlk evlenme yaşı	0,52	0,32-0,86	< 0,05
İlk adet yaşı	0,94	0,66-1,34	> 0,05
İlk gebelik yaşı	0,66	0,42-1,04	> 0,05
Son gebelik yaşı	0,64	0,40-1,02	> 0,05
Toplam çocuk sayısı	1,15	0,32-4,19	> 0,05
Annenin menopoz yaşı	1,30	0,90-1,88	> 0,05

Bu modelde kadının ilk adet yaşı (14 yaş ve üstü/14 yaş altı), ilk gebelik yaşı (20 yaş ve üstü/20 yaş altı) son gebelik yaşı (35 yaş ve üstü/35 yaş altı), çocuk sahibi olup olmama durumu (çocuk yok/1 ve üstü çocuk) ve annesinin erken menopoza girmesi (40 yaş ve üstü/40 yaş altı) ile menopoza girme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kadınların ilk evlenme yaşı (18 yaş ve üstü/18 yaş altı) incelendiğinde ise ilk evlenme yaşı 18 yaş ve üstü olan kadınların, 18 yaş altı kadınlara göre, menopozlu olma durumunun 0,52 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Kadınların menopoza girme durumları ile sigara ve OKS kullanma durumları arasındaki ilişkide “yaş” etkisinin eklenerek karşılaştırıldığı lojistik regresyon analizi Tablo 24. de gösterilmiştir.

Tablo 24. Kadınların Menopoza Girme Durumları İle Sigara ve OKS Kullanma Durumları Arasındaki İlişki

Değişken	OR	%95 GA	p
Sigara kullanma	1,22	0,74-2,00	> 0,05
OKS kullanma	1,01	0,67-1,53	> 0,05

Bu modelde kadının sigara kullanma (hiç kullanmamış / kullanıp bırakmış ya da kullanıyor) ve OKS kullanma durumu (hiç kullanmamış / kullanıp bırakmış ya da kullanıyor) ile menopoza girme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kadınların menopoza girme durumları ile mevcut şikayetleri arasındaki ilişkide “yaş” etkisinin eklenerek karşılaştırıldığı lojistik regresyon analizi Tablo 25. de gösterilmiştir.

Tablo 25. Kadınların Menopoza Girme Durumları ile Mevcut Şikayetleri Arasındaki İlişki

Değişken	OR	%95 GA	p
Sıcak basması	1,25	0,79-1,98	> 0,05
Kalp rahatsızlığı	0,77	0,50-1,55	> 0,05
Uyku sorunu	1,41	0,91-2,17	> 0,05
Keyifsizlik	0,90	0,55-1,49	> 0,05
Sinirlilik	1,76	1,04-2,98	< 0,05
Endişe	0,86	0,55-1,33	> 0,05
Fiziksel yorgunluk	0,85	0,50-1,47	> 0,05
Cinsel sorunlar	1,42	0,97-2,09	> 0,05
İdrar sorunları	0,92	0,62-1,36	> 0,05
Vajinal kuruluk	1,48	0,99-2,21	> 0,05
Eklem kas rahatsızlıkları	1,03	0,66-1,63	> 0,05

Bu modelde kadınların menopoza girme durumları ile mevcut şikayetleri arasındaki ilişkide sadece sinirlilik ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kadınlarda menopozlu olma durumunda sinirlilik 1,76 kat daha fazla görülmektedir.

Postmenopozal dönemdeki kadınların HRT kullanma durumları ile mevcut şikayetleri arasındaki ilişkide “yaş” etkisinin eklenerek karşılaştırıldığı lojistik regresyon analizi Tablo 26. da gösterilmiştir.

Tablo 26. Postmenopozal Dönemdeki Kadınların HRT Kullanma Durumları ile Mevcut Şikayetleri Arasındaki İlişki

Değişken	OR	%95 GA	p
Sıcak basması	1,78	0,82-0,93	> 0,05
Kalp rahatsızlığı	0,60	0,75-4,26	> 0,05
Uyku sorunu	1,00	0,29-1,32	> 0,05
Keyifsizlik	0,72	0,45-2,21	> 0,05
Sinirlilik	0,86	0,30-1,71	> 0,05
Endişe	1,24	0,34-2,16	> 0,05
Fiziksel yorgunluk	1,09	0,56-2,75	> 0,05
Cinsel sorunlar	1,34	0,67-2,66	> 0,05
İdrar sorunları	0,96	0,49-1,86	> 0,05
Vajinal kuruluk	1,11	0,56-2,21	> 0,05
Eklem kas rahatsızlıkları	0,83	0,38-1,80	> 0,05

Bu modelde postmenopozal dönemdeki kadınların HRT kullanma durumları (hiç kullanmamış / kullanıp bırakmış ya da kullanıyor) ile mevcut şikayetleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Bu araştırma Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yaşayan 40-60 yaş arasındaki kadınların menopoza girme yaşını saptamak, menopoza girme yaşını etkileyen faktörleri belirlemek, menopozla ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek ve "Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği" ile bu döneme ait yakınmalarını tespit etmek amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

Doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınlar yaşamlarının yaklaşık 1/3'ünü postmenopozal dönemde geçirmektedirler. Gelişmiş ülkelerde kadının doğumda beklenen yaşam süresi 80 yaşa (10), ülkemizde ise 71 yaşa kadar uzamıştır (24). Ülkemizde menopoz yaşını belirlemeye yönelik yapılmış kapsamlı bir saha araştırması yoktur. Araştırmaların çoğu Kadın Doğum Kliniklerine bağlı Menopoz Polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapılmıştır (Tablo 1).

Yapılan kesitsel çalışmalarda ise Türk kadınının menopoza girme yaşının 46-49 yaş arasında olduğu belirtilmektedir (26,29,37,61-63). Türkiye Menopoz Derneği tarafından 2002 yılında ülkemiz genelindeki merkezler tarafından elde edilen verilere göre, menopoz yaşı 46,7 olarak tespit edilmiştir (64,65). Dünyada ise gelişmiş ülkelerde ortalama menopoz yaşı 51 yaş civarında, gelişmekte olan ülkelerde ise 43-48 yaş arasında değişmektedir (10,12,14,57-60). Bu çalışmada kadınların menopoza doğal olarak girme yaşı $46,7 \pm 4,8$ saptanmış olup Türkiye ve gelişmekte olan ülkeler ile benzerlik göstermektedir.

Sosyodemografik Özellikler:

Araştırmada yer alan kadınların yaş ortalaması $48,2 \pm 5,9$ 'dir. Kadınların %57,7'si Bursa dışı doğumludur. Bursa genelinde ise nüfusun %43,0'ı Bursa dışı doğumludur (150). Nilüfer ilçesi sınırları içerisinde yer alan

Büyük Organize Sanayi Bölgesi nedeniyle Nilüfer ve NHSEAB Bursa'nın diğer ilçelerine göre daha çok göç almaktadır.

Araştırmadaki kadınların öğrenim durumları içerisinde en fazla %57,7 ile ilkokul mezunu kadınlar yer almaktadır. İlkokul mezunu kadınlar NHSEAB'nde %44,5 (141), Bursa genelinde (150) ise %40,3'dür. Okuma yazma bilmeyenlerin oranı araştırmada %13,8, aynı yaş grubunda yapılmış olan Ergöl'ün çalışmasında (76) %26,8, Şanlıoğlu'nun 45-60 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada (82) %48,1 Özdemir'in 50-65 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada (81) ise %40,9 bulunmuştur. Bölgemiz göç alan bir bölge olmasına rağmen okuryazar olmayan kadınların oranı diğer çalışmalara göre daha iyidir. Burada bölgemizde koordinatörlük tarafından geçtiğimiz yıllarda açılmış olan Okuma-Yazma kurslarının katkısı olmuş olabilir.

Okuryazar olan ve olmayan kadınlar ile Bursa doğumlu olan ve olmayan kadınların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=13,79$; $p<0,05$). Okuma yazma bilmeyen kadınların çoğunu Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan göçle gelen kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların menopoza girme durumları ile öğrenim durumları (ilkokul altı/ilkokul ve üstü) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların %17,1'inin sağlıkla ilgili her hangi bir sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olmayan kadınların oranı NHSEAB'nde %26,0, Türkiye genelinde ise %12,1'dir. Kadınların menopoza girme durumları ile sosyal güvence durumları (sosyal güvence var / yok) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmada sosyal güvence kurumuna bağlı olanlar arasında ilk sırada % 58,4 ile SSK'lılar gelmektedir. En çok yararlanan sağlıkla ilgili sosyal güvence kurumu NHSEAB'nde %54,7 ile SSK'dır. Ülkemizde de yine ilk sırada %49,9 ile SSK'lılar yer almaktadır. SSK'lıların araştırma sonuçları

ve NHSEAB'nde ülke geneline göre daha fazla olması bu bölgede yer alan organize sanayi bölgesinin işçi nüfusundan kaynaklanıyor olabilir. Araştırma sonucunda sosyal güvencesi olmayanların (%17,1) bölge verilerinden (%26,0) daha az olması, çalışmanın 40-60 yaş arası kadın nüfusta yapılmış olması ile açıklanabilir.

Medeni durumlarına göre kadınların %87,2'si evli, %9,7'si dul ya da eşi ölmüş, %1,3'ü hiç evlenmemiş, %1,8'i ise eşinden boşanmış ya da ayrı yaşıyor olarak tespit edilmiştir. Kadınların menopoza girme durumları ile medeni durumları (hiç evlenmemiş / evli, dul, ayrı yaşıyor ve boşanmış) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hiç evlenmemişlerin oranı, aynı yaş grubunda yapılmış olan Ergöl'ün çalışmasında %17,1, Şanlıoğlu'nun çalışmasında %19,4, Özdemir'in 50-65 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada (81) ise %1,1 bulunmuştur. Ergöl ve Şanlıoğlu'nun çalışmasında oranın bu kadar yüksek olması bu gruba eşi ölmüş, boşanmış ya da ayrı yaşayan kadınların da eklenmiş olmasından kaynaklanmıştır. Bizim verilerimiz Özdemir'in verileri ile uyumludur. Kadının hiç evlenmemiş olmasının menopoza girme yaşına etkisi ile ilgisi olduğunu öne süren çalışmaların yapılmış olması (95,98,105) bu konu ile ilgili bu veriyi değerli kılmaktadır.

Kadınlar kendi algıladıkları ekonomik durumlarına göre % 89,0 ile orta, %5,8 ile kötü ve %5,2 ile iyi ekonomik durumlu olarak saptanmıştır. Ekonomik niteliklerin analizinde iş gücü, istihdam ve işsizlik oranı gibi parametreleri kullanmak daha doğrudur. Ancak bizim çalışmamızda kadınların sadece %5,6'sı çalışmakta, %94,4'ü ise çalışmamakta yani ev hanımıdır. Bu nedenle ekonomik durum ile ilgili ileri bir sorgulamaya gidilmemiştir. Kadınların algıladıkları ekonomik durum (kötü / orta ve iyi) ile menopoza girme durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Özdemir'in çalışmasında çalışan kadınların oranı %2,5'dir. Ancak bu çalışma 50-65 yaş arasında yapılmış olmasından dolayı çalışan kadınların oranının daha düşük olması beklenen bir durumdur. Dağdelen'in çalışmasında bulunan oran (%6,7) bizim çalışmamızla uyumludur. Kadınların çalışma durumu (çalışıyor / çalışmıyor) ile menopoza girme durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kadınların Bazı Doğurganlık Özellikleri:

- **İlk Evlenme Yaşı:**

Kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması $19,0 \pm 3,1$ 'dir. Postmenopozal dönemdeki kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması premenopozal dönemdeki kadınlarinkinden daha düşüktür ($t=3,3$; $p<0,05$). Sarı'nın bölgede 15 yaş ve üstü kadınlarda yaptığı çalışmasında (151) kadınların ortalama ilk evlenme yaşları $19,6 \pm 3,6$ yıl bulunmuştur. Kadınların ortalama ilk evlenme yaşları Aydın'ın çalışmasında (152) $19,7 \pm 2,9$ yıl, İrgil'in 15 - 44 yaş evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmasında (153) Mudanya'da 19,8 yıl, Gemlik'te 19,1 yıl, Dağdelen'in çalışmasında $20,7 \pm 0,4$ yıl, Özdemir'in çalışmasında ise $17,7 \pm 3,5$ yıl olarak saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre, 25-49 yaş grubunda ortanca ilk evlenme yaşı 20 yıldır (154). Çalışmamızda bulunan sonuç bu değerlere yakındır.

Eğitim seviyesinin artmasına paralel olarak kadınların ilk evlenme yaşları ortalaması da giderek artmaktadır ($\chi^2_{\text{eğim}}=50,29$; $p<0,05$). Arada orta düzeyde olumlu ve oldukça anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,339$; iki yönlü $p=0,000$). Gelişmiş ülkelerde ilk evlenme yaşı 25 yaşa kadar çıkarken, gelişmekte olan ülkelerde 21 yıldır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada (155) 25 iken bazı Sahraaltı Afrika ülkelerinde ortalama ilk evlenme yaşı, 16 yıla kadar düşmektedir (152).

- **İlk Adet Yaşı:**

Kadınların %84,6'sı ilk adetini 12-15 yaşları arasında, %12,9'u 16 yaş ve üstünde, %2,5'i ise 12 yaşın altında görmüştür. Kadınların ilk adet yaşı ortalaması $13,9 \pm 1,4$ 'dür. Postmenopozal dönemdeki ve premenopozal dönemdeki kadınların ilk adet yaşı ortalamaları birbirine benzerdir (Tablo.13), aralarında anlamlı bir fark yoktur ($t = -1,3$; $p > 0,05$). Menarş yaşı ile menopoza girme yaşı arasında ilişkinin olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (63). Menarşa geç girenlerin menopoza erken girdiği ya da erken girenlerin daha geç girdiğine dair çeşitli görüşler mevcuttur. Ancak ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (60,121). Şenol'un çalışmasında 14 yaş üstü menarş olan kadınların erken menopoza girme eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Menstrasyon siklus süresi ve menopoza girme yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde, siklusu düzenli ve daha uzun olan kadınların menopoza daha geç girdikleri saptanmıştır (30,124,126). İlk adet yaşı ortalaması Özdemir'in çalışmasında $12,4 \pm 1,4$, Trabzon'da 13,5, Kayseri'de 13,5, İstanbul'da ise 13,1 yıl; Hollanda'da 13,8, Tayland'da 15,6, A.B.D'de 12,9 olarak saptanmıştır (81,105,155).

- **Gebelik Durumu:**

Doğumla sonuçlanan gebeliklerin kadınların menopoza geç girmesine neden olduğu iddia edilmektedir (10). Doğum yapmamış kadınların en az bir çocuğu olan kadınlara göre daha erken menopoza girdiğini belirten çeşitli çalışmalar mevcuttur (95,102,115). Çalışmamızdaki kadınların %97,2'si gebe kalmıştır. Gebe kalmamış kadınların %1,3'ü hiç evlenmemiş, %1,5'i ise evli olup gebe kalamayan kadınlardır. Kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması $20,5 \pm 3,3$ ve son gebelik yaşı ortalaması $29,3 \pm 5,3$ 'dir. Eğitim seviyesinin artmasına paralel olarak ilk gebelik yaşı da artmaktadır ($\chi^2_{\text{eğim}} = 23,91$; $p < 0,05$). Arada zayıf düzeyde olumlu ve oldukça anlamlı bir korelasyon vardır ($r = 0,236$; iki yönlü $p = 0,000$). Kadınların gebe kalamama nedenleri ile ilgili ayrıntılı bir sorgulama yapılmamıştır.

Özdemir'in çalışmasında gebe kalamayan kadınların oranı %1,6; ilk gebelik yaşı ortalaması ise $19,7 \pm 3,5$ olarak saptanmıştır. Bu veriler bizim çalışmamızla uyumludur. Kadınların %96,9'u çocuk sahibidir. Gebe kalan kadınların %0,3'ünde gebelik istemsiz düşüklükler ile sonlanmış ve kadınlar çocuk sahibi olamamıştır. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması $2,9 \pm 1,4$ 'tür. Premenopozal dönemdeki kadınların ortalama çocuk sayısı postmenopozal dönemdeki kadınlarınkinden daha düşüktür ($t = -2,2$; $p < 0,05$). Dağdelen'in çalışmasında ortalama çocuk sayısı $3,1 \pm 0,1$ 'dir. Sarı'nın çalışmasında 15 - 49 yaş evli kadın grubunda kadınların ortalama çocuk sayısı $2,0 \pm 1,1$ 'dir. Kadınların yaş grubunun daha genç ve daha eğitilmiş olması nedeniyle bu fark normal düşünülmektedir.

Kadınların Sigara Kullanma Durumları:

Kadınların %84,6'sı daha önce sigara kullanmadıklarını, %4,4'ü daha önce kullanıp bıraktıklarını ve %11,0'ı sigarayı halen kullandıklarını belirtmiştir. Sigara, DSÖ'nün menopoza yaşına etki eden faktörler arasında etkisini kesin olarak kabul ettiği tek etkidir (10). Sigara ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışma vardır (58,95,98,99,128-130). Sigaranın içerisindeki hidrokarbonlar, yumurtaların yapısını bozmakta bu nedenle kadınlar daha erken yaşta menopoza girmektedirler (115,131).

Çalışmada sigara içen ya da sigarayı bırakmış kadınlar ile sigara hiç içmemiş kadınlar arasında yapılan analizde sigara içenlerin daha fazla menopozda oldukları gözlenmiştir ($p < 0,05$).

Sigara kullanma oranı Ergöl'ün çalışmasında %15,9, Dağdelen'in çalışmasında %22,7, Özdemir'in çalışmasında ise %17,2 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda sigara içme durumuna sigara içmiş ve bırakmış kadınlar da eklenmiştir. Bu durumda bizim çalışmamızdaki %15,4'lük oran benzerdir.

Kadınların OKS Kullanma Durumları:

Kadınların %78,3'ü OKS'yi hiç kullanmadıklarını, %21,0'ı daha önce kullanıp bıraktıklarını, %0,7'si ise halen kullandıklarını ifade etmişlerdir. Kombine OKS kullanımına bağlı olarak adet döneminin baskılanması sonucu menopoz yaşının gecikebileceği ile ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. Ancak bu ilişkiyi kesin olarak ortaya koyan kapsamlı çalışmalar yoktur (58,60). Hidayet'in çalışmasında (105), sürekli oral kontraseptif kullanan kadınların çok farklı olmamakla birlikte daha geç menopoza girdiklerini saptanmış, Vehid'in çalışmasında (80) ise OKS kullanımı ile menopoz yaşı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Diğer bazı çalışmalar menopoz öncesi hiç OKS kullanmamış bir kadının, OKS kullanmış olan kadınlara göre daha erken yaşta menopoza girdiğini ifade etmektedir (96,115,124,127). Hollanda'da OKS kullanımının menopoz yaşını belirlemede önemli bir faktör olduğu belirtilirken, Bangkok'ta yapılan çalışmada ilişki saptanmadığı gözlenmiştir (11,155). Geçmişte OKS kullanımı Özdemir'in çalışmasında %25,3 bulunmuştur ve bizim çalışmamızla uyumludur (81). OKS'nin uzun süreli ve sürekli kullanımına ilişkin geriye dönük bilgi edinmedeki güçlük nedeniyle bulgularda anlamlı bir ilişki ortaya konamamış olabilir.

Kadınların Menopozla İlgili Bilgi Durumları ve Bilgi Kaynakları:

Menopoz tanımını bilen kadınlar %99'u oluşturmaktadır. Kadınların sadece %1'i menopozu hiç duymadıklarını ve bu konu ile ilgili hiçbir bilgisi olmadığını belirtmiştir. Bu kadınların çoğu, ileri yaşlarda olup okuryazar olmayan kadınlardır. Menopozun tanımını bilen kadınlardan, menopozla ilgili bilgi edinme kaynakları arasında en fazla %55,6 ile komşu ve arkadaşlar gelmektedir. Bunu %36,3 ile medya ve %30,1 ile anne ve abla, %15,4 ile hekim ve %10,0 ile ebe-hemşireden bilgi edinme takip etmektedir.

Kadınların menopozla ilgili bilgi edinme kaynaklarından medyayı ve hekimi tercih edenleri arasında öğrenim durumlarına (ilkokul altı/ ilkököl ve üstü) göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). İlkokul ve üstünde öğrenim görenler menopozla ilgili daha sağlıklı bilgi edinme yollarını tercih etmektedirler. Ancak bu çalışmada da görüldüğü gibi, günümüzde konu ile ilgili bilgiler yaşanmış tecrübeler ve kulaktan dolma bilgiler ile daha çok komşu ve arkadaşlardan öğrenilmektedir. Bu sonuçlar, toplumumuzda menopoz ile ilgili düşüncelerin hala bir kadın için “dile getirilmesi zor (mahrem)” konular arasında yer aldığını göstermektedir.

Tayvanlı kadınlarda yapılan bir çalışmada (156) menopozla ilgili bilgi edinme kaynakları arasında en fazla %43,0 ile gazete ve medya gelmekte bunu %22,0 ile arkadaşlar, %18,0 ile sağlık personeli ve %8,0 ile aile takip etmektedir. Bizim çalışmamızda sağlık personelinde (hekim-hemşire) bilgi edinme oranı (%25,4) daha fazladır. Bu durum bölgenin Eğitim ve Araştırma Bölgesi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Özdemir'in çalışmasında menopozla ilgili bilgi edinme kaynakları arasında en fazla % 79,7 ile arkadaş ve yakın çevre yer almakta, bunu %28,9 ile hekim, %15,8 ile hemşire ve %10,3 ile medya takip etmektedir. Medyanın bu çalışmada en sonlarda yer alması çalışmanın 2001'de yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Görsel ve işitsel basında menopozla ilgili bilgiler her geçen gün artmaktadır.

Anne menopoz yaşı:

Kadınların %76,7'si annelerinin menopoza girme yaşını hatırlamış, %23,3'ü ise hatırlayamamıştır. Annesinin menopoza girme yaşını hatırlayan kadınların annelerinin menopoza girme yaşı ortalaması $46,4 \pm 5,8$; medyan yaşı ise 48,0'dır. Kadınların anneleri en fazla %34,5 ile 45-49 yaş arasında menopoza girmiştir. Annelerin %12,5'i ise 40 yaşından önce yani erken menopoza girmişlerdir. Postmenopozal dönemdeki kadınların anneleri premenopozal dönemdeki kadınların annelerine göre daha erken yaşta menopoza girmişlerdir ($t=2,5$; $p<0,05$).

Kadınların menopoza girme yaşları ile annelerinin menopoza girme yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Arada zayıf düzeyde olumlu ve anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,225$; iki yönlü $p=0,01$). Özdemir'in çalışmasında kadınların menopoza girme yaşı olan $47,0 \pm 4,2$; annelerinin menopoza girme yaşı ortalaması olan $41,7 \pm 4,9$ 'dan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dağdelen'in çalışmasında ise annenin menopoza girme yaşı ($45,9 \pm 0,6$) ile kadının ($45,4 \pm 0,5$) menopoza girme yaşı arasında benzerlik belirtilmiştir. Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir çalışmada kadının menopoz yaşı ile annesinin menopoz yaşı arasında olumlu bir ilişki olduğu belirtilmiştir (102).

Kadınların Adet Durumları:

Kadınların %41,2'si bir yıldan fazla süredir adet görmemektedir. Bunu %32,5 ile her ay düzenli adet görenler, %23,3 ile son 1 yıldır düzensiz olarak adet görenler ve %3,0 ile son 1 yıldır hiç adet görmeyenler izlemektedir. Halen adet gören (düzenli ya da düzensiz olarak) kadınlar "premenopozal dönem", son bir yıldır ya da bir yıldan fazla süredir adet görmeyen kadınlar ise "postmenopozal dönem" olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamaya göre kadınların %55,8'i premenopozal dönemde, %44,2'si ise postmenopozal dönemde yer almaktadırlar.

Kadınların %81,7'si doğal olarak, %17,6'sı ameliyat ile, %0,7'si ise diğer yöntemler (KT, X Ray) ile menopoza girmişlerdir. Menopoza girme yaşı ortalaması tüm kadınlarda $45,9 \pm 5,3$ 'dür. Doğal olarak menopoza giren kadınlarda $46,7 \pm 4,8$; ameliyat ile menopoza girenlerde $42,3 \pm 6,3$; diğer yöntemler ile menopoza girenlerde ise $44,3 \pm 5,5$ 'dir. Ülkemizde menopoz yaşı ile ilgili kapsamlı bir çalışma yoktur. Ancak yapılan çalışmalarda kadınların genel olarak 46 - 49 yaşları arasında menopoza girmekte oldukları saptanmıştır (Tablo1).

Postmenopozal Kadınların Hekime Başvuru Durumu:

Postmenopozal dönemdeki kadınların %42,9'u şikayetleri nedeni ile menopoz öncesi, %24,8 ise menopoz sonrası doktora başvurmuştur (Tablo 10). Menopozlu kadınların öğrenim durumları (ilkokul altı/ ilkokul ve üstü) ile menopoz öncesi ve sonrası doktora başvurmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Özdemir'in çalışmasında postmenopozal dönemdeki kadınların menopoz öncesi doktora başvurma oranı %45,5'dir. Menopoz öncesi doktora başvuru durumu ile ilgili bu oran bizim çalışmamızın sonucuna (%42,9) benzerlik göstermektedir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada (70), postmenopozal dönemdeki kadınların menopoz öncesi doktora başvurma oranı %29,6, Tayland'da yapılan iki ayrı çalışmada ise sırası ile %40,9 ve %41,0 olarak bildirilmiştir (13,81).

Postmenopozal Kadınların HRT Kullanma Durumu:

Postmenopozal dönemdeki kadınların %88,8'si bu dönemde HRT'yi hiç kullanmadıklarını, %7,4'ü daha önce kullanıp bıraktıklarını, %3,8'i ise HRT'yi halen kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların postmenopozal dönemde öğrenim durumları (ilkokul altı/ ilkokul ve üstü) ile HRT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Özdemir'in çalışmasında HRT'yi hiç kullanmayan kadınların oranı %66,9'dur. Bu oranın bizim bulgumuzdan daha düşük olmasının nedeni, perimenopozal dönemdeki kadınların da HRT kullanımının eklenmiş olması olabilir.

HRT'yi hiç kullanmayanların oranı İskoçya'da %83,5, Birleşik Arap Emirlikleri'nde %80,5, İsveç'teki %49,0 ve A.B.D'deki ise %42,0'dır. İsveç ve A.B.D'de HRT kullanım oranı bizdeki bulgulardan çok daha yüksektir. Kuzey Tayland'da yapılan bir çalışmada kadınlarda HRT kullanımının az olduğu ve mevcut şikayetlerine yönelik kendi ürettikleri geleneksel bir ilacı kullandıkları belirtilmiştir (157).

Menopoz Yaşına Etki Eden Faktörler:

Menopoz yaşına etki edebileceği düşünülen faktörlere yaşın etkisinin de eklendiği lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre kadının çalışma durumu ve ilk evlenme yaşının etkisi saptanmıştır. Çalışma durumuna (çalışıyor/çalışmıyor) bakıldığında çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre menopozlu olma durumunun 0,44 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir (Tablo 22). Çalışan kadınların stres ve iş yaşamındaki çeşitli psikolojik faktörlerin de etkisi ile daha erken menopoza girdiği iddia edilmektedir. Fransa'da yapılan bir çalışmada, daha ağır şartlarda çalışan kadınların menopoza erken girdiğine dair bir kanıt tespit edilememiştir (95). Mısır'da yapılan bir çalışmada ise çalışan kadınların, ev hanımlarından daha erken menopoza girdiği, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (105).

Kadınların ilk evlenme yaşı (18 yaş ve üstü/18 yaş altı) incelendiğinde ise ilk evlenme yaşı 18 yaş ve üstü olan kadınların, 18 yaş altı kadınlara göre menopozlu olma durumunun 0,52 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir (Tablo 23). Kadınların ilk evlenme yaşı ile ilgili yapılmış çok fazla çalışma yoktur. Ancak geç evlenme yaşı, geç doğurganlık nedeni olabilmekte bu da bazı çalışmalara göre, daha erken menopoza girmeye neden olabilmektedir.

Dağdelen'in çalışmasında evlilik yaşı 19 ve altında olan kadınların 20 yaş ve üstünde olan kadınlara göre 1 yıl daha erken menopoza girdikleri ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Özdemir'in çalışmasında ise, evlilik yaşı 21-24 yaş arasında olan kadınların diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre biraz daha fazla oranda erken menopoza girdikleri gözlenmesine rağmen aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Yapılan araştırmalarda ilk evlilik ve gebeliği 20'li yaşlarda olan kadınların daha erken menopoza girme yönünde bir eğilimi olduğu belirlenmiştir (81).

Fransa'daki çalışmada medeni durumu bekar olan ya da hiç doğum yapmamış kadının, en az bir ve daha fazla doğum yapmış kadından daha erken menopoza girdiği saptanmıştır (95). Mısır'daki çalışmada evli, dul ve boşanmış kadınların menopoz yaşları ile olumlu bir ilişki olduğu, bekar kadınların diğerlerinden daha erken menopoza girdikleri belirlenmiştir. Bu durum sosyal ve psikolojik sıkıntıların gonodal fonksiyonları etkilemesi ile de açıklanmaktadır (98, 105). Bizim çalışmamızda kadınların medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumları ile menopozlu olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 18,19).

Menopozal Semptomlar:

Ölçeğin toplam skorlaması Avrupa'da $8,8 \pm 7,1$; Kuzey Amerika'da $9,1 \pm 7,6$; Latin Amerika'da $10,8 \pm 8,8$; Asya'da $7,2 \pm 6,0$ olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızın sonuçları ($13,4 \pm 6,8$), tüm bölgelerden daha yüksek olmakla beraber Latin Amerika toplumuna daha çok benzemektedir.

Çalışmada kadınların tüm mevcut şikayetleri içerisinde en fazla %82,8 ile fiziksel ve zihinsel yorgunluk gelmektedir. Bunu %78,4 ile sinirlilik ve %76,4 ile keyifsizlik takip etmektedir. Kadınların menopozal döneme ilişkin en az şikayeti %35,8 ile idrar yolu sorunları olup, bunu %37,1 ile vajinal kuruluk izlemektedir. Ergöl'ün çalışmasında kadınların mevcut şikayetleri arasında en fazla %73,7 ile huzursuzluk ve sinirlilik gelmektedir. Bunu %71,2 ile unutkanlık ve %67,3 ile sıcak basması takip etmektedir. Hotun'un çalışmasında da yine ilk sırada %74,5 ile sinirlilik-gerginlik gelmekte bunu yine %72,9 ile sıcak basması ve %71,3 ile uykusuzluk-yorgunluk izlemektedir. Şanlıoğlu, 45-60 yaş kadınlarda yaptığı çalışmada yine %81,4 ile sinirlilik ve huzursuzluk saptamıştır. Bu sonuçlar ülkemiz şartlarında yapılan toplum çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadınların ürogenital şikayetlerinin %33,5 olduğu, Özdemir'in çalışmasında ise bu şikayetlerin %7,1 ve %47,5 arasında değiştiği

gözlenmiştir. Östrojen eksikliğine bağlı inkontinans ve vajinal kuruluk gibi şikayetlerin daha geç dönemlerde ortaya çıkması nedeniyle kadınlardaki mevcut ürogenital şikayetler, vazomotor şikayetlere göre daha az görülmektedir. Dünyada yapılan çalışmalarda peri/postmenopozal dönemdeki kadınların %20-50'sinde ürogenital şikayetlerin gözlenebileceği ifade edilmektedir (134).

Menopozal semptomlar arasında ülkeler arası oldukça büyük farklılıklar görülmektedir. Özellikle vazomotor semptomların Batı ülkelerinde ve Afrikalı Amerikalılarda, Asya ülkelerine göre daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (120). Malezya'da kadınlarda deri kuruluğu (%44,2) ve sıcak basması (%43,2); Bolivya'da %51,0 ile libido kaybı ve %45,0 ile sıcak basması; Kore'de eklem ağrıları; Birleşik Arap Emirlikleri'nde sıcak basması (%45,0) ve idrar yolu şikayetleri (%30,5); Singapur'da kas ve eklem ağrıları (%52,6); Tayvan'da uykusuzluk (%42,0); ilk sırada gelen menopozal şikayetlerdir. Kuzey Taylandlı kadınlarda menopozal semptomlar batı ülkelerine göre daha az görülmektedir (157).

Kadınların pre/postmenopozal dönemde görülen şikayetleri arasında sadece sinirlilikle istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Kadınlarda menopozlu olma durumunda sinirlilik 1,76 kat daha fazla görülmektedir (Tablo 25). Çalışmada yer alan kadınlarda menopoz nedeniyle gözlenen en önemli yakınmanın sinirlilik olması önemli bir bulgudur. Doğurganlık döneminin sona ermesi ile birlikte kendini evine ve çocuklarına adayan kadınların kendilerine zaman ayıramamaları, bu yakınmanın derecesinin artmasına katkıda bulunuyor olabilir.

Postmenopozal dönemdeki kadınların HRT kullanma durumları (hiç kullanmamış / kullanıp bırakmış ya da kullanıyor) ile menopozal döneme ilişkin mevcut şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 26).

Sonuç ve Öneriler:

Menopoz yaşını etkileyen ya da etkileme eğilimi gösterdiği düşünülen faktörlerin bilinmesi sonucu, önlenebilir faktörlere gerekli müdahaleler yapılabilir ve kadınların erken yaşlarda menopoza girmelerinin önüne geçilerek kadın sağlığı korunmaya çalışılabilir. Bu durumda özellikle menopozun başlangıç döneminde, kadının yaşam kalitesini etkileyen psikosomatik şikayetlerin düzeltilmesi ile kendini en az düzeyde verimli ve mutsuz hisseden kadın için menopoz dönemi, yeni bir başlangıç ve mutlu bir dönem haline getirilebilir.

Postmenopozal dönemde; özellikle 10-15 yıl gibi daha uzun dönemde; ortaya çıkması olası ciddi mortalite ve morbidite nedeni olabilecek rahatsızlıklardan özellikle osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkların koruyucu tedavisi mutlaka desteklenmektedir. Bu hastalıkların uzun zaman dilimindeki tedavilerinin maliyeti oldukça fazladır. Postmenopozal döneme ilişkin sedanter yaşantının önüne geçilmesi, basit egzersiz ve diyet programları ile kolaylıkla sağlanabilir. Bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde menopozun osteoporoz gibi maliyeti arttıran komplikasyonlarının gelişme oranının en aza indirilmesi ülke ekonomisi için göz ardı edilemeyecek bir gerçektir.

Ülkemizde ve gelişmekte olan pek çok ülkede kadınların menopozal döneme ilişkin bilgi birikimleri oldukça azdır. Toplumun genelinde olduğu gibi kadınların sağlıkla ilgili hizmeti aldıkları ilk yer birinci basamak sağlık merkezleridir. Burada birinci basamak hizmeti veren kurum ve kuruluşlara “eğitim” gibi önemli bir görev düşmektedir. Hizmet içi eğitimlerle sağlık ekibine, menopoz ve menopozda sağlıklı yaşam biçimleri, koruyucu sağlık davranışları, tedavi seçenekleri gibi konularda yeni ve geçerli bilgiler kazandırılabilir. Sağlık personelinin önderliğinde, sadece menopozdaki kadınlara değil, her kadının menopozu yaşayacağı düşünüülerek tüm kadınlara yönelik eğitim programları planlanıp, uygulanabilir.

Kadınlara yönelik planlanan eğitim programları; menopozun ne olduğu ve bu dönemde kadınları nelerin beklediği, bu dönemde fertilité olasılıkları ve modern kontrasepsiyon yöntemleri, menopozda ciddi morbidite ve mortalite nedeni olan osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklar ve komplikasyonları, bunlardan korunmaya yönelik sigaranın bırakılması, egzersiz, dengeli beslenme gibi sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri, bu yaş grubu kadınların belirli aralıklarla, düzenli bir şekilde yaptırmaları gereken sağlık kontrollerinin önemi gibi konuları içermelidir.

Hekime başvuru oranlarını ve sağlık personeli ile karşılaşmalarını sağlayacak olanakları artırarak; menopozda tedavi seçenekleri, ve bu tedavilerin olumlu-olumsuz yönleri, yararları, yan etkileri ve riskleri konularında bilgi kazandırılıp, tedavi alıp almama kararını kendisinin verebileceği bir ortam sağlanabilir. Kadınların başvurabilecekleri menopoz üniteleri yaygınlaştırılabilir.

Kadınların menopoz ile bilgilendirilmesinde konu ile ilgili hazırlanan sağlık programlarının TV, radyo gibi bireylere sözel ve görsel hitap edebilme yeteneğine sahip kaynakların kullanımının arttırılması da uygun olacaktır.

Ülkemizde kadınların doğal menopoza girme yaşı ve bunu etkileyen faktörler ile ilgili kapsamlı toplum çalışmaları yoktur. Oysa uygun sağlık politikalarının geliştirilebilmesi, kadına yönelik hizmet verimliliğinin arttırılabilmesi için menopoz ve menopozun yarattığı problemlere ilişkin daha fazla veriye ihtiyaç vardır. Tez sırasında da karşılaşıldığı gibi, geriye dönük yapılan çalışmalarda bilgi toplamadaki zorlukların yaratmış olduğu temel sıkıntılar nedeniyle konu ile ilgili yapılacak halk sağlığı çalışmalarının ileri dönük olarak planlanması daha uygun olacaktır.

EK:1 ANKET FORMU

NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BÖLGESİNDE YAŞAYAN 40-60 YAŞ ARASI KADINLARDA MENOPOZA GİRME YAŞI VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLER

FORM: A

1. Yaşınız: :.....(yıl)
2. Doğum yeriniz:
3. Öğrenim durumunuz:
 - Okur - yazar değil
 - Okur - yazar İlkokul Ortaokul / İlköğretim
 - Lise / Meslek Lisesi Yüksek Okul / Üniversite
4. Sosyal güvence durumunuz:
 - Sosyal Güvencesi Yok SSK Bağ – Kur
 - Emekli Sandığı Devlet Memuru
 - Yeşil Kart Özel Diğer:
5. Çalışma durumunuz:
 - Çalışıyorum Çalışmıyorum
6. Size göre ailenizin ekonomik durumu:
 - İyi Orta (Ne iyi ne kötü) Kötü
7. Medeni durumunuz:
 - Bekar (9. soruya geçiniz) Evli
 - Dul Boşanmış Ayrı yaşıyor
8. İlk evlenme yaşı: (yaş)
9. Sigara kullanma durumunuz:
 - Sigara hiç kullanmadım
 - Daha önce kullanıp bıraktım (..... yıl içtim)
 - Sigara kullanıyorum (..... yıldır)
10. Doğum kontrol hapı (OKS) kullanma durumunuz:
 - Doğum kontrol hapı hiç kullanmadım
 - Daha önce kullanıp bıraktım (..... yıl kullandım)
 - Doğum kontrol hapı kullanıyorum (..... yıldır)

11. İlk adet görme yaşıınız:
- Hiç adet görmedim (Çalışmayı sonlandırınız)
 - Adet gördüm (yaş)
12. İlk gebelik yaşıınız: (yaş)
- Hiç gebe kalmadım (16. soruya geçiniz)
13. Toplam yaşayan çocuk sayınız:
- Çocuğum yok
 - Toplam yaşayan çocuk sayım
14. Toplam gebelik sayınız:
15. Son gebelik yaşıınız: (yaş)
16. Annenizin menopoza girme yaşı: (yaş)
- Bilmiyorum
17. Size göre menopoz ne demek?
- Menopoz ile ilgili her hangi bir bilgim yok
 - Kadının adetten kesilmesi
 - Diğer:.....
18. Menopoz ile ilgili bilgileri nasıl edindiniz?
- Menopoz ile ilgili her hangi bir bilgim yok
 - Medya (Radyo – TV) Komşu – arkadaş Anne – Abla
 - Ebe – hemşire Hekim Diğer
19. Adet (Mensturasyon) durumunuz :
- Her ay düzenli olarak görüyorum (Form B'ye geçiniz)
 - Adet görüyorum, ama son 1 yıldır düzensiz olarak (Form B'ye geçiniz)
 - Son 1 yıldır hiç adet görmedim
 - Bir yıldan fazla adet görmüyorum (.....yıldır)
20. Menopoza (Adetten kesilme) nasıl girdiniz?
- Doğal olarak Ameliyat ile
 - Diğer (İlaçlar, Işın (X- Ray) ile)
21. Kaç yaşında menopoza girdiniz?
22. Menopoz öncesi doktora gittiniz mi?
- Evet Hayır

23. Menopoz sonrası doktora gittiniz mi?

Evet

Hayır

24. Menopoz ile ilgili Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanma durumunuz:

Hormon Replasman Tedavisi hiç kullanmadım

Hormon Replasman Tedavisini kullanıp bıraktım (..... yıldır)

Hormon Replasman Tedavisi kullanıyorum (..... yıldır)

(Düzenli Düzensiz)

FORM: B

KAYNAKLAR

- 1) Progress in Reproductive Health Research No. 42, Part: 1, 1997
http://www.who.int/reproductivehealth/hrp/progress/42/news42_1.en.html (06.09.2005)
- 2) Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender Throughout the Life Cycle, Technical Support Services System: Occasional Paper Series No: 1, June 1998.
- 3) Dr. Fathallah M, Issues In Reproductive Health: Health and Being A Woman
<http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/issues.htm> (06.09.2005)
- 4) Aslan D, Akın A. Geçmişten Bugüne Türkiye’de Kadın Sağlığı, Yeni Türkiye Dergisi, Mayıs – Haziran 2001; yıl 7. sayı 39: 524.
- 5) State of World Population, 2000 Report, Lives Together, Worlds Apart: Men And Women In A Time of Change, Chapter 2: Gender and Health
<http://www.unfpa.org/swp/2000/english/ch02.html>
(06.09.2005 tarihli erişim)
- 6) Şatıroğlu H. Türkiye’de Kadın Sağlığı, Yeni Türkiye Dergisi, Mayıs – Haziran 2001; yıl 7. sayı 39: 535
- 7) King D.E, Hunter M.H, Harris J.R, Dealing with the Psychological and Spiritual Aspects of Menopause Finding Hope in the Midlife, The Haworth Pastoral Press, An Imprint of The Haworth Press, Inc. New York, 2005.
- 8) Şahinoğlu S, Örs Y. Kadın Sağlığında Tıbbi Etik Sorunlar, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003: 224.
- 9) Bulut A. Türkiye’de Kadınlar, Çocuklar ve Gençlerin Sağlığı, Yeni Türkiye’de Üreme Sağlığının Geliştirilmesi İçin Gereksinimler, Yeni Türkiye Dergisi. Mayıs – Haziran 2001; yıl 7. sayı 39: 459.

- 10) Report of a WHO Scientific Group, Research on the Menopause in The 1990s, WHO Technical Report Series 866, World Health Organization, Geneva, 1996.
- 11) Chompootweep S, Tankeyoon M, Yamarat K, Poomsuwan P, Dusitsin N. The Menopausal Age and Climacteric Complaints In Thai Women in Bangkok, *Maturitas* 17 (1993) 63-71. 17.
- 12) Wheeler J.M, A Multivariate Look At The Menopause, *Journal of Clinic Epidemiology*, Vol. 42, No: 11, 1029-1030, 1989.
- 13) Punyahotra S, Dennerstein L, Lehert P. Menopausal Experiences of Thai Women. Part. 1: Symptoms and their correlates, *Maturitas* 26 (1997), 1-7.
- 14) Hammond C.B, Climacteric, In: Scott J.R, Disoio P.J, Hammond C.B, Spellacy W.N (Eds), *Danforths Obstetric and Gynecology*, Lippincott Co, 7th. Ed, Philedalphia, p: 771-789, 1994.
- 15) Waller J. Logics and logistics of community intervention against osteoporosis: an evidence basis. *J Med Syst* 1: 33-47, 1997.
- 16) Report of a WHO Scientific Group, Prevention and Management of Osteoporosis, WHO Technical Report Series 921, World Health Organization, Geneva, 2003.
- 17) Collins A, Landgren B.M. Psychosocial Factors Associated With The Use of Hormonal Replacement Therapy in A Longitudinal Follow-Up of Swedish Women, *Maturitas* 28 1-9, 1997.
- 18) Michaelsson K, Bergstrom R, Holmberg L, et al. A high dietary calcium intake is needed for a positive effect on bone density in Swedish postmenopausal women. *Osteoporos Int* 7(2): 155-61, 1997.
- 19) Peters H.W, Westendorp I.C.D, Hak A.E, Grobbee D.E, Stehouwer C.D.A. Menopausal Status and Risk Factors for Cardiovascular Diseases, *Journal of Internal Medicine*, 246: 521-528, 1999.
- 20) Demirovic j, Sprafka J.M, Folsom A.R, Laitenen D, Blackburn H. Menopause and Serum Cholesterol: Differances between Black and Whites, The Minesota Heart Survey, *American Journal of Epidemiology*, 136: 155-164, 1992.

- 21) Van Brestejn E.C, Korevaar J.C, Huijbregst P.C, Schouten E.G, Burema J, Kok F.J. Perimenopausal Increase in Serum Cholesterol: A 10 Years Longitudinal Study, Am Journal of Epidemiology, 137: 383-392, 1993.
- 22) Davis C.E, Pajak A, Rywik S et al. Natural Menopause and Cardiovascular Diseases Risk Factors. Am Journal of Epidemiology, 4: 445-448, 1994
- 23) Pasini W, Menopause and Quality of Life, Schweiz Rundsch Medical Practice, Aug 13; 86 (33): 1264-7, 1997.
- 24) http://www.die.gov.tr/yillik/04_Demografi.pdf
- 25) Wasaha S, Angeiopoulos F.M, What Every Woman Should Know About Menopause, American Journal of Nursing, Vol: 96, No: 1, p: 25-31, 1996.
- 26) Ertüngealp E, Seyisoğlu H, Klimakterium ve Menopoz, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi, s: 1319-51, Ankara, 1996.
- 27) Ünver M, Menopoz, Kadın Hastalıkları, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Palme Yayınevi, Bölüm: 17, s: 229-321, Ankara, 1996.
- 28) Woods N.F, Menopause-Challenges for Future Research Experimental Gerontology, May-Aug, 29 (3-4):237-43, 1994.
- 29) Bağbozan G, Menopoz ve Fizyolojik Değişiklikler, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, cilt:3, sayı 3, s:84-87, Mart-1994.
- 30) Wango E.O, Research on the Menopause, Progress in Reproductive Health Research No. 40 (1), 1996.
- 31) Kaufert P. A, The Social and Cultural Context of Menopause, Maturitas, 23 p: 169-180, 1996.
- 32) Olazabal J.C, Garcia P.R, Montero L.J, Garzia J.F, Sendin P.P, Holdago MA, Models of Intervention In Menopause: Proposal of a Holistic or Integral Model, Menopause , Fall; 6(3): 264-72, 1999.
- 33) Velde E.R, Dorland M, Broekmans F.J, Age at Menopause as a Marker of Reproductive Ageing, Maturitas, Oct 12; 30 (2): 119-25, 1998.

- 34) Cengiz SD, Menopozda Semptomlar ve İzlemleri, 1. Uluslararası ve 4. Ulusal Menopoz Kongresi Kitabı, Antalya s: 26, 1997.
- 35) Ertegüenalp E, Menopoz ve Osteoporoz, Günümüzde Hipokrat Aylık Siyasi Meslek Dergisi, Yıl: 1, Sayı: 3, s: 19-20, 1992.
- 36) Le Boeuf FJ, Carter SG, Discomforts of the Perimenopause, Journal of Obstetric Gynecological And Neonatal Nursing, 25 (2): 173-180, 1996.
- 37) Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset, Ankara, 2. Baskı, s: 440-448, 1997.
- 38) Stuenkel CA, Menopause and Estrogen Replacement Therapy, The Psychiatry Clinics of North America, 12 (1) March: 133-148, 1989.
- 39) Şirin A, Kadın ve Menopoz 1. Baskı, s: 1-82, İzmir, 1995.
- 40) Ertem GK, Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarında Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
- 41) Murtagh MJ, Hepworth J. Menopause as a Long-Term Risk to Health: Implications of General Practitioner Accounts of Prevention for Women's Choice and Decision-Making. Sociology of Health & Illness Vol. 25 No. 2, 2003, p: 185-207
- 42) Rosenberg S.C, Disorderly Conduct: Visions of Gender in Victorian America, New York: Knopf, 1985.
- 43) Formanek R, (ed), The Meaning of Menopause: Historical, Medical and Clinical Perspective, Hillsdale, N.J: The Analytic Press, 1990.
- 44) Hassa H, Postmenopozal Dönemde Östrojen, Progesteron Destek Tedavisi ve Androjenlerin Tedavideki Yerleri ile Nonhormonal Tedavi Yöntemleri, s:1 - 20, Eskişehir, 2000.
- 45) Speroff L, Glass RH, Kase NG, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility Fifth Edition , Williams & Williams, 1994.
- 46) Oudshoorn N, Beyond the Natural Body: an Archaeology of Sex Hormones, New York: Routledge, 1994.

- 47) Utian W, The Menopause in Perspective: from Potions to Patches, Annals the New York Academy of Science: Multidisciplinary Perspective on Menopause, 592, 1-7, 1990.
- 48) Bush TL, Feminine forever Revisited: Menopausal Hormone Therapy in the 1990s, Journal of Women's Health, 1,1, 1-4, 1992.
- 49) Akman ve Ark, Menopoz ve Osteoporoz, Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayını, Ed: Ertegunalp E, Seyisoğlu H, s: 1-462, 2000.
- 50) Dennerstein L, Well-being Symptoms and the Menopausal Transition, Maturitas 23, 147-157, 1996.
- 51) Report of a WHO Scientific Group, Research on the Menopause in The 1990s, WHO Technical Report Series 670, World Health Organization, Geneva, 1981.
- 52) Hammond CB, Management of Menopause, American Journal of Physician, April; 55 (5): 1667-74, 1997.
- 53) Hassa H. Klinikte Menopoz "Değerlendirme ve Yönetim" Gestet Basım Tanıtım Hizmetleri ve Tic. Ltd. Şti. 1996.
- 54) Relative Influence of Menopausal Status, Age and Body Mass Index on Blood Pressure, American Heart Association Inc, Hypertension, 29:976-979, 1997.
- 55) Durmaz C. Ç, Cerrahi Menopozdaki Hastalarda Kullanılan Çeşitli Östrojen Formlarının İnsulin Sensitivitesi Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005
- 56) The Writing Group for the PEPI Trial, Effects of estrogen or estrogen / progestin regimens on heart disease risk faktors in postmenopausal women: The postmenopausal Estrogen / Progestin Interventions (PEPI) Trial, JAMA, 273: 199-208, 1995.
- 57) Menopause Practice: A Clinician's Guide, The North American Menopause Society Professional Education Committee.
<http://www.menopause.org/edumaterials/> (10.09.2005 tarihli erişim)

- 58) Gold B.E, et al, Factors Associated with Age at Natural Menopause in A Multiethnic Sample of Midlife Woman, American Journal of Epidemiology, 153:9, 865-874, 2001.
- 59) Morabia A, Costanza M.C, International Variability in Ages at Menarche, First Livebirth and Menopause, American Journal of Epidemiology, 148:12, 1195-1205.
- 60) Cooper G.S, Baird D.D, Daerden F.R, Measures of Menopausal Status in Relation to Demographic, Reproductive and Behavioral Characteristics in a Population-based Study of Women Aged 35-49 Years, American Journal of Epidemiology, 153: 12, 1159-1165.
- 61) Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği "Hormon Replasman Tedavisi" Konsensus Grubu Kararları, 2002.
<http://www.menopauseosteoporosis.org/> (10.09.2005 tarihli erişim)
- 62) Başer M, Taşçı S, Aykut M, Öztürk Y, Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Özet Bildiri Kitabı, s:358-361
- 63) Şenol V, Özdemir A, Çetinkaya A, Öztürk Y, Kadınların Menopoza Girme Yaşını Etkileyen Faktörler Bakımından Değerlendirilmesi, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Özet Bildiri Kitabı, s: 362-364, İstanbul, 1996.
- 64) Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitabevi; 2004; p: 1163-1180.
- 65) Yanmaz A.P, Cerrahi Menopoz Hastalarında Transdermal ve İntranazal Östrojen Tedavilerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2005.
- 66) Batioğlu S, Songül S, Keleş G, Durmuş Z, Ortalama Menopoz Yaşı, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi, Kadın Doğum Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 4: 19-22, 1990.
- 67) Kilciler Z. Menopozun Kadınların Fizyolojik ve Psikolojik Fonksiyonları ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1992

- 68) Oskay Ü, Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995.
- 69) Hotun N, Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1996.
- 70) Yardımcı E, Yardımcı O, Tümerdem Y, Menopoz ve Postmenopozda Sağlık Sorunları, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(1): 47-51, 1996.
- 71) Reis N, Erzurum İlindeki Kadınların Doğal Menopoz Yaşı ve Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 1996.
- 72) Maral I, Yıldırım U, Özkan S, Aycan S, Ankara Gölbaşı Bölgesinde Menopoz Yaşı ve Bu Yaşı Etkileyen Faktörler, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, S: 372, Adana, 1998.
- 73) Ersoy T, Menopoz ve Kültür, Öteki Yayınevi, Ankara, 1998
- 74) Carda N.S, Bilge Ş.A, Öztürk T.N, Oya G, Ece O, Hamiyet B, The Menopausal Age, Related Factors and Climacteric Symptoms in Turkish Women, Maturitas, 30: 37–40, 1998.
- 75) Yıldırım U, Maral I, Özkan S, Bumin M.A, Ankara Gölbaşı Bölgesinde Menopozdaki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlişkili Olan Yakınmaları, Sağlık ve Toplum, 9(2) : 22-25, 1999.
- 76) Ergöl, Ş, Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Bakımlarına İlişkin Bilgi, Uygulama ve Tutumları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1999.
- 77) Alıktan G, Menopoza İlişkin Belirti Tarama Listesinin Kırsal Kesim İçin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1999.
- 78) Kabukçu N, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Sağlık Sorunlarının Tanımlanması ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi,

- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2000.
- 79) Çöl M, Genç Y, Ocaktan ME, Bor Minerali Bölgesi Bigadiç İskele Bölgesinde 50 Yaş Üstü Kadınlarda Doğurganlık ve Genel Sağlık Durumuyla İlgili Özellikler, 7. Halk Sağlığı Günleri, Program ve bildiri özetleri s: 47, 2001.
- 80) Vehid S, Köksal S, Aran S, Kaypmaz A, Ortalama Doğal Menopoz Yaşına Etkisi Olan Bazı Faktörler, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 64 (1-2): 39-45, 2001.
- 81) Özdemir O, Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 50-65 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz Ve İlişkili Özellikler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001.
- 82) Şanlıoğlu S, Kastamonu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 45-60 Yaş Grubu Kadınların Menopoz İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.
- 83) Bayraktar R, Uçanok Z, Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürler Arası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi, Aile ve Toplum Eğitim ve Kültür Araştırma Dergisi, s: 5-12, 2002.
- 84) Dağdelen S. Ç, Doğal Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Kocaeli Üniversitesi, Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2003.
- 85) Arslan H, Gürkan Ö.C, Yiğit E.F, Ekşi Z, Menopoz Dönemindeki Kadınların Cinsel Yaşamlarının Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum, Sayı: 4, s: 67-74, 2004.
- 86) 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 Ankara, Turkey, Maturitas, 50: 167–176, 2005.
- 87) Müderris İ, Batukan C, Ekinci E.I, Çetinkaya F, Kayseri’de Menopoz Yaşı ve Etkileyen Faktörler, Türk Fertilité Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 2, 2005.

- 88) Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palanci Y, Toksöz P, Diyarbakır İl Merkezinde Lise ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemine Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları, Dicle Tıp Dergisi, Cilt:32, Sayı:2, s: 77-83, 2005.
- 89) Okonufua FE, Lawal A, Bangbose JK, Features of Menopause and Age in Nigerian Women, Internal J Gynecological Obstetrics 31 (4): 341-345, 1990.
- 90) Kwawukume EY, Ghosh TS, Wilson JB, Menopausal age of Ghanaian women, Int J Gynaecol Obstet, 40(2): 151-5, 1993.
- 91) Luoto R, Kaprio J, Uutela A, Age at Natural Menopause And Sociodemographic Status in Finland, American Journal of Epidemiology, 139 (1): 64-76, 1994.
- 92) Ismael N.N, A Study on the Menopause in Malaysia, Maturitas, 19: 205-9, 1994.
- 93) Vega EM, Egea MA, Mautalen C.A, Maturitas, Influence of the Menopausal Age on the Severity of Osteoporosis in Women with Vertebral Fractures, Buenos Aires, Argentina, Maturitas, 19 (2) : 117-24, 1994.
- 94) Avis NE, McKinlay SM, The Massachusetts Women's Health Study: An Epidemiologic Investigation of the Menopause, J Am Med Womens Assoc, 50 (2): 45-9, 63, 1995.
- 95) Cassou B, Derriennic F, Monfort C, Dell'accio, Touranchet A, Risk Factors of Early Menopause in Two Generations of Gainfully Employed French Women, Maturitas, 26: 165-174, 1997.
- 96) Garrido-Latorre et al, Age of Natural Menopause among Women in Mexico-City, Int J Gynaecol Obstet, 53 (2): 159-66, 1996.
- 97) Stadberg E, Mattsson L, Milsom I, The Prevalence And Severity of Climacteric Symptoms and the Use of Different Treatment Regimens in Swedish Population, The Federation of Scandinavian Societes Obs & Gyn, 76 (5), 442-8, 1997.

- 98) Bromberger et al, Prospective Study of the Determinants of Age at Menopause, *American Journal of Epidemiology*, 145 (2): 124-133, 1997.
- 99) Kato et al, Prospective Study of Factors Influencing the Onset of Natural Menopausal Age, *J Clin Epidemiol*, 51 (12):1271-6, 1998.
- 100) Wulf H.U, Boggs P, The North American Menopause Society 1998 Menopause Survey Part 1: Postmenopausal Women's Perceptions About Menopause and Midlife, *The Journal of The North American Menopause Society*, Vol. 6, 2, pp:122-128, 1998.
- 101) Walsh R.J, The Age of the Menopause of Australian Women, *Med J Aust* 2 (5): 181-2, 215, 1998.
- 102) Rizk D.E.E et al, The Age and Symptomatology of Natural Menopause among United Arab Emirates, *Maturitas*, 29: 197-202, 1998.
- 103) Nagata C, Takatsuka N, Inaba S, Kawakami N, Shimizu H, Association of Diet and Other Lifestyle with Onset of Menopause in Japanese Women *Maturitas*, 29: 105–113, 1998.
- 104) Te Velde E.R, Dorland M, Broekmans F.J, Age at Menopause As A Marker of Reproductive Ageing, *Maturitas*, 30: 119–125, 1998.
- 105) Hidayet et al, Correlates of Age at Natural Menopause, *East Mediterr Health J*, 5 (2): 307-19, 1999.
- 106) Berg J.A, The Perimenopausal Transition of Filipino American Midlife Women: Biopsychosociocultural Dimensions, *Nursing research*, Vol 48, No 2, 71-77, 1999.
- 107) Kazerooni T, Talei AR, Sadeghi-Hassanabadi A, Arasteh MM, Saalabian J, Reproductive Behaviour in Women in Shiraz, Islamic Republic of Iran, *East Mediterr Health J*, 6 2-3): 517-21, 2000.
- 108) Amigoni S, Morelli P, Chatenoud L, Parazzini F, Cross-Sectional Study of Determinants of Menopausal Age and Hormone Replacement Therapy Use in Italian Women, *Climacteric*, 3 (1): 25-32 2000.

- 109) Kroke A, Schulz M, Hoffmann K, Bergmann M.M, Boeing H, Assignment to Menopausal Status and Estimation of Age at Menopause for Women with Missing or Invalid Data-A Probabilistic Approach with Weighting Factors In A Large-Scale Epidemiological Study, Germany, *Maturitas* 40: 39-46, 2001.
- 110) Borissova A.M, Kovatcheva R, Shinkov A, Vukov M, A Study of the Psychological Status and Sexuality in Middle-Aged Bulgarian Women: Significance of the Hormone Replacement Therapy (HRT) *Maturitas* 39: 177-183, 2001.
- 111) Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Juang KD, Chiu LM, The Kinmen Women-Health Investigation (KIWI): A Menopausal Study of A Population Aged 40–54, *Maturitas* 39: 117- 124, 2001.
- 112) Malacara J.M, de Cetina T.C Bassol S, Gonza'lez N, Cacique L, Vera-Rami'rez M.L, Nava L.E, Symptoms at Pre- And Postmenopause in Rural and Urban Women from Three States of Mexico, *Maturitas* 43: 11-19, 2002.
- 113) Jansen S.C, Temme E.H.M, Schouten E.G, Lifetime Estrogen Exposure Versus Age at Menopause as Mortality Predictor, Leuven, Belgium, *Maturitas* 43 : 105-112, 2002.
- 114) Greer W, Sandridge A.L, Chehabeddine R.S, The Frequency Distribution of Age at Natural Menopause among Saudi Arabian Women, *Maturitas*, 46: 263-72, 2003.
- 115) Palmer JR, Rosenberg L, Wise L.A, Horton N.J, Adams-Campbell L.L, Onset Of Natural Menopause in African American Women, *American Journal of Public Health*, Vol: 93, No: 2, 299-306, 2003.
- 116) Worda C, Walch K, Sator M, Eppel W, Tempfer C.B, Schneeberger C, Huber J.C, Hefler L.A, The Influence of Nos3 Polymorphisms on Age at Menarche and Natural Menopause, *Maturitas* 49: 157–162, 2004.
- 117) Castelo-Branco et al, Menopausal Transition in Movima Women, A Bolivian Native-American, *Maturitas* xxx: 1-4, 2004.

- 118) Mohammad et al, Age at Natural Menopause in Iran, *Maturitas*: 49, 321-326, 2004.
- 119) Blanck H.M. Marcus M, Tolbert P.E, Schuch C, Rubin C, Henderson A.K, Zhang R.H, Hertzberg V.S, Time to Menopause in Relation to PBBs, PCBs, and Smoking *Maturitas*: 49, 97–106, 2004.
- 120) Loh et al, The Age of Menopause and the Menopause Transition in A Multiracial Population: A Nation-Wide Singapore Study, *Maturitas xxx*: 1-11, 2005.
- 121) Kriplani A, Kaberi B, An Overview of Age of Onset of Menopause in Northern India, *Maturitas xxx*: 1-5, 2005.
- 122) Sierra B, Hidalgo L.A, Chedraib P.A, Measuring Climacteric Symptoms in an Ecuadorian Population with the Greene Climacteric Scale, *Maturitas* 51: 236–245, 2005.
- 123) Hovia S.L, Veerusb P, Karrod H, Topoa P, Hemminkia E, Women's Views of the Climacteric at the Time of Low Menopausal Hormone Use, Estonia 1998, *Maturitas* 51: 413–425, 2005.
- 124) Trudy L, Bush P.D, Prospective Study of Factors Influencing the Onset Natural Menopause, *J Clin Epidemiol*, 51: 1271-6, 1998.
- 125) van Asselt K.M, Kok H.S, Pearson P.L, Dubas J.S, Peeters P.H, te Velde E.R, van Noord P.A, Heritability of Menopausal Age in Mothers and Daughters, *Fertil Steril*, 82 (5): 1348-51, 2004.
- 126) Tonkeelar I, te Velde E.R, Looman C.W.N, Menstrual Cycle Length Preceding Menopause in Relation to Age at Menopause, *Maturitas*, 29: 115-123, 1998.
- 127) Stanford JL, Harge P, Brinton L.A, Factors Influencing the Age at Natural Menopause, *J Chronic Dis*, 40: 995-1002, 1987.
- 128) Brett K.M, Cooper G.S, Associations with Menopause and Menopausal Transition in A Nationally Representative US Sample, *Maturitas*, 45: 89-97, 2003.
- 129) Midgette A.S, Baron J.A, Cigarette Smoking and the Risk of Natural Menopause, *Epidemiology*, 1: 474-80, 1990.

- 130) Cooper G.S, Sandler D.P, Bohlig M, Active and Passive Smoking and Age at Natural Menopause, *Epidemiology*, 10: 771-3, 1999.
- 131) Matikainen T, Perez GI, Jurisicova A, Pru JK, Schlezinger JJ, Ryu HY, Laine J, Sakai T, Korsmeyer SJ, Casper RF, Sherr DH, Tilly JL, Aromatic Hydrocarbon Receptor-Driven Bax Gene Expression is Required for Premature Ovarian Failure Caused by Biohazardous Environmental Chemicals, *Nat Genet.*, 28, (4): 355-60, 2001.
- 132) Gonzales G.F, Villena A, Age at Menopause in Central Andean Peruvian Women, *Menopause, The Journal of North American Menopause Society* , 4 (1): 32-38, 1997.
- 133) Cooper G.S, Sandler D.P, Age At Natural Menopause And Mortality, *Ann Epidemiology*, 8 (4): 229-35, 1998.
- 134) Berterö C, What Do Women Think About Menopause? A Qualitative Study of Women's Expectations, Apprehensions and Knowledge About Climacteric Period, *Int Nursing Review*, 50: 109-118, 2003.
- 135) Maartens et al, Climacteric Complaints in the Community, *Family Practice Int Journal*, Vol: 18, No: 2, 189-194, 2001.
- 136) Stoppe G. Critical Appraisal of Effects of Estrogen Replacement Therapy on Symptoms of Depressed Mood, *Arch Women Ment Health*, 5 (2) 39-4, 2002.
- 137) Çağlayan E.K, Hormon Replasman Tedavisinin Perimenopoz ve Postmenopozal Kadınlarda Psikolojik Semptomlara Etkisi, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul, Kasım 2004.
- 138) Cummings SR, Black DM, Nevitt MC, et al. Bone density at various sites for prediction at hip fractures cannel, 341:72-78, 1993.
- 139) Onat A, Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Riski, *Yüzyıl Dönümünde Türk Erişkinlerinde Koroner Risk Haritası Ve Koroner Kalp Hastalığı*, Ed: Onat A, 17-25, 2001.
- 140) Nachtigall LE, Nachtigall MJ. Menopausal Changes, Quality of Life and Hormone Therapy, *Clinical Obstetrics and Gynecology* Vol. 47, Number 2, p: 485-488.

- 141) Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi 2004 Yılı Çalışma Raporu. Nilüfer, Bursa: 31 Aralık 2004.
- 142) Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu Kararı. 21.06.2005 tarih ve 2005-14 / 36 nolu karar
- 143) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Ankara: Ekim 2004.
- 144) T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü'nün Gelir ve Tüketim ile İlgili Değişkenlerin Tanımları,
<http://www.die.gov.tr/sozluk/12qttt.htm> (07.10. 2005 tarihli erişim).
- 145) Ferris B.G, Epidemiology Standardization Project (American Thoracic Society), Am Rev Respir Dis, 118:1-120, 1978.
- 146) Schneider H.P.G, Behre H.M, In Hormone Replacement Therapy and Quality of Life, The Parthenon Publishing Group, Newyork, pp:35-43, 2002.
- 147) Schneider H.P.G, Heineman L.A.J, Thiele K, The Menopause Rating Scale (MRS), Culturel and Linguistic Translation in to English, Public Health: The Menopause Rating Scale (MRS), 10.1072/L305326, 2002.
- 148) Schneider H.P.G, Heineman L.A, Rsemeier H.P, Potthoff P, Behre H.M, The Menopause Rating Scale (MRS), Reliability of Scores of Menopausal Complaints, Climacteric, 3(1):59-64, March 2000,
- 149) Gürkan Ö.C, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği, Hemşirelik Forumu, Haziran 2005.
- 150) Genel Nüfus Sayımı (2000), Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri, Bursa İli, T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü.
- 151) Sarı H, Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde Yaşayan 15 Yaş ve Üstü Kadınların Statüsü, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini İle İlgili Görüşleri, Uzmanlık Tezi, Bursa 2005.
- 152) Aydın N, Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 15 – 49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma

- Durumları, Doğurganlık Özellikleri ve Bunları Etkileyen Etmenler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bursa; 2004
- 153) İrgil E, Mudanya ve Gemlik İlçe Merkezlerinde 15 – 44 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Etmenler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bursa; 1992
- 154) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Ankara: Ekim 2004.
- 155) van Noord P.A, Dubas J.S, Dorland M, Boersma H, Velde E, Age at Natural Menopause in A Population-Based Screening Cohort: The Role of Menarche, Fecundity, and Lifestyle Factors, Fertil Steril; 68(1):95-102, Jul, 1997.
- 156) Pan H.A, Wu M.H, Hsu C.C, Yao B.L, Huang K.E, The Perception of Menopause among Women in Taiwan, Maturitas 41, 269-274, 2002.
- 157) Chariwatkul S et al, Perceptions About Menopause and the Health Practises Among Women in Northeast Thailand, Nursing and Health Sciences 4; 113-121, 2002.

TEŐEKKÜR

Tezime katkıları ve göstermiŐ olduğu iten sabrı nedeniyle danıŐman hocam Prof. Dr. Necla Tuğay Aytekin'e; istatistiksel analizler sırasında yardımlarından dolayı Doç. Dr. Kayıhan Pala'ya ve diğer öğretim üyelerine, asistan arkadaşlarıma, bölgede ve bölümde çalışan tüm personele, biricik eŐime, kedime ve her iki aileme desteklerinden dolayı en içten teŐekkürlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

15.12.1976 yılında Kars'ta doğdum. İlkokul öğrenimimi Konya, ortaokul ve liseyi İzmir'de tamamladıktan sonra, 1999 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2001 yılına kadar İzmir'de çeşitli özel polikliniklerde çalıştıktan sonra 27.11.2001'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak uzmanlık eğitimime başladım.