

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

MENOPOZ SEMPTOMLARININ
YAŞLANMA ANKSİYETESİ İLE
İLİŞKİSİ

Dr. Ümit ŞİMŞEK

AİLE HEKİMLİĞİ TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/2025

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Ümit ŞİMŞEK tarafından hazırlanan “Menopoz Semptomlarının Yaşlanma Anksiyetesi ile İlişkisi” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

Bu tez çalışması, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür Yağan

Dekan V.

I. TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca mesleki, akademik ve insani anlamda bana büyük katkılar sunan; bilgi ve tecrübelerini her aşamada benimle paylaşarak yoluma ışık tutan, kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK' a,

Asistanlığım boyunca yine hem mesleki hem insani olarak bana katkıda bulunan ve gelişmemi sağlayan çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK' a,

Bugünlere gelmemde katkıları sonsuz olan sevgili annem ve babama, hayat arkadaşım, ne zaman ihtiyacım olsa yanımda olan desteğini esirgemeyen sevgili eşim Esmâ'ya ve dünya harikası çocuklarım Ebrar ve Osman Emir'e desteklerinden ötürü çok teşekkür ediyorum.

II. İÇİNDEKİLER

1. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	VI
V. KISALTMALAR	VIII
VI. TABLO LİSTESİ	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. MENOPOZ VE TARİHİ	4
2.2. KLİMAKTERİYUM.....	5
2.1.1. Klimakteriyum Evreleri	5
2.3. Menopozun Sınıflandırılması	6
2.3.1. Başlama zamanı	6
2.3.2. Meydana gelme şekli	7
2.4. Menopoz tanısı.....	7
2.6. Menopoz Yaşı.....	8
2.7. Menopoz Belirtileri	9
2.7.1. Menstrual Düzensizlik	9
2.7.2. Vazomotor Belirtiler	10
2.7.3. Uyku Bozuklukları.....	11
2.7.4. Psikolojik semptomlar	11
2.7.5. Ürogenital Sorunlar.....	12
2.7.6. Saç ve deri değişiklikleri.....	12
2.7.8. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri.....	12
2.7.9. Kas iskelet sistemi değişiklikleri	13
2.7.10. Kognitif değişiklikler	14
2.7.11 Cinsel problemler.....	14
2.7.12 Migren.....	14
2.8. Menopozda Tedavi Yaklaşımları	15
2.8.1. Hormon Replasman Tedavisi.....	15
2.8.2. Hormon replasman tedavisi dışı alternatif tedaviler	17

2.9. Yaşlanma	18
2.10. Yaşlanmanın Sınıflandırılması	19
2.10.1. Kronolojik Yaşlanma	19
2.10.2. Biyolojik Yaşlanma	19
2.10.3. Psikolojik Yaşlanma	20
2.10.4. Sosyolojik Yaşlanma	20
2.10.5. Toplumsal Yaşlanma	20
2.10.6. İç Etmenlere Bağlı Yaşlanma	21
2.10.7 Dış Etmenlere Bağlı Yaşlanma	21
2.11. Yaşlanma Anksiyetesi.....	21
2.12. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Yaşlanma Kaygısı	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi	24
3.2. Araştırmanın Evreni	24
3.3. İşlem.....	25
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu	25
3.4.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği	26
3.4.3. Yaşlanmaya Yönelik Anksiyete Ölçeği	26
3.5. İstatistiksel analiz	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	49
7. KAYNAKLAR.....	50
8. EKLER	57
Ek-1: Etik kurul izin.....	57
Ek-2: İl Sağlık Müdürlüğü İzin.....	58
Ek-3: Sosyodemografik Veri Formu	59
Ek-4: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği(MSDÖ)	60
Ek-5: Yaşlanmaya Yönelik Anksiyete Ölçeği(YYAÖ).....	61

III. ÖZET

Amaç: Bu araştırma, menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı fiziksel, psikolojik ve ürogenital semptomların, yaşlanma anksiyetesi ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada, menopoz semptomlarının şiddeti ile yaşlanmaya dair kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin yönü ve bu ilişkiyi etkileyen sosyodemografik, obstetrik ve sağlıkla ilgili faktörler incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel ve tanımlayıcı araştırma, 27.01.2025 ile 31.06.2025 tarihleri arasında Çorum Uğurludağ Aile Sağlığı Merkezine başvuran, 45-64 yaş arası, menopoz döneminde bulunan, okuryazar 240 kadınla yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik bilgi formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Yaşlanmaya Yönelik Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Veriler SPSS 30 programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların çoğu ilkokul mezunu ve çalışmamakta olup, %91,25'i doğal yollarla menopoza girmiştir. En sık bildirilen menopoz semptomları psikolojik ve somatik şikayetlerken ürogenital şikayetler daha az bildirilmiştir. Çalışan, düşük eğitim düzeyine sahip ve eşi emekli olan kadınlarda semptom puanları daha yüksektir. Menopoz semptomları ile yaşlanmaya dair anksiyetesi alt boyutları arasında anlamlı ancak yönü değişen ilişkiler saptanmıştır. Menopoza bağlı somatik ve psikolojik şikayetler, yaşlanmaya bağlı psikolojik endişelerle pozitif ilişkilidir.

Buna karşılık, kayıp korkusu ve fiziksel görünümle ilgili kaygılarla negatif ilişki gözlenmiştir. Ürogenital semptomlarla yaşlanma kaygısı arasında ise zayıf ters yönlü ilişkiler bulunmuştur.

Sonuçlar: Bu çalışma, menopoz dönemindeki semptomların sadece biyolojik değişimlerden değil; eğitim durumu, çalışma hayatı, beden algısı, sosyal destek, bilgi düzeyi ve sağlık durumu gibi birçok faktörden etkilendiğini göstermiştir. Menopoz semptomları, kadınların yaşlanma sürecine yönelik kaygıları hem olumlu hem olumsuz yönde etkileyebilmekte; özellikle psikolojik semptomlar yaşlanma anksiyetesinin en güçlü bulgusu olarak öne çıkmaktadır. Kırsal bölgelerde cinsel sağlık konularının daha az ifade edilmesi, ürogenital semptomların düşük bildirilmesine neden olabilir. Bu çalışma kadınların bu süreci sağlıklı yönetebilmeleri için sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikososyal yönlerden de desteklenmeleri gerektiğini ve kadın sağlığına yönelik bütüncül yaklaşımların geliştirilmesinin zorunluluğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Menopoz semptomları, Yaşlanma anksiyetesi, Kadın sağlığı, Psikosomatik şikayetler

IV. ABSTRACT

Objective: This study aims to evaluate the relationship between physical, psychological, and urogenital symptoms experienced by women during menopause and aging anxiety. The study investigates the direction of the relationship between the severity of menopausal symptoms and the level of aging-related anxiety, as well as the sociodemographic, obstetric, and health-related factors influencing this relationship.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted between January 27 and June 31, 2025, with 240 literate women aged 45–64 who applied to the Uğurludağ Family Health Center in Çorum and were in the menopausal period. Data were collected through face-to-face interviews using a Sociodemographic Information Form, the Menopause Rating Scale, and the Anxiety about Aging Scale. The data were analyzed using SPSS version 30.

Results: The majority of participants were primary school graduates and unemployed, with 91.25% having entered menopause naturally. The most frequently reported menopausal symptoms were psychological and somatic complaints, while urogenital complaints were reported less frequently. Women who were employed, had a low level of education, and whose spouses were retired had higher symptom scores. Significant but directionally variable relationships were found between menopausal symptoms and the subdimensions of aging anxiety. Somatic and psychological complaints related to menopause were positively associated

with psychological concerns about aging. In contrast, negative associations were observed with fear of loss and concerns about physical appearance. Weak inverse relationships were found between urogenital symptoms and aging anxiety.

Conclusion: The study reveals that menopausal symptoms are influenced not only by biological changes but also by various factors such as educational background, employment status, body image, social support, knowledge level, and general health condition. Menopausal symptoms can affect women's aging-related concerns both positively and negatively, with psychological symptoms emerging as the strongest indicators of aging anxiety. The underreporting of urogenital symptoms in rural areas may result from limited expression of sexual health issues.

The findings highlight the necessity of supporting women not only physiologically but also psychosocially during the menopausal period, and underscore the importance of developing holistic approaches in women's healthcare.

Keywords: Menopausal symptoms, Aging anxiety, Women's health, Psychosomatic complaints

V. KISALTMALAR

FSH	: Folikül Uyarıcı Hormon
LH	: Luteinize Edici Hormon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
MSDÖ	: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği
YYAÖ	: Yaşlanmaya Yönelik Anksiyete Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların yaş, antropometrik ve doğurganlık özellikleri	29
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	30
Tablo 3. Katılımcıların menopoza ilişkin bilgileri	31
Tablo 4. Katılımcıların MSDÖ ve YYAÖ puanlarının ilişkisi	32
Tablo 5. Katılımcıların menopozal semptomları değerlendirme ölçeği (MSDÖ) ve alt boyut puanları.....	32
Tablo 6. Katılımcıların yaşlanmaya yönelik anksiyete ölçeği (YYAÖ) ve alt boyut puanları.....	33
Tablo 7. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre MSDÖ Somatik Şikayetler ve Psikolojik Şikayetler alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 8. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre MSDÖ toplam puanı ve Ürogenital Şikayetler alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 9. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre YYAÖ Yaşlı Korkusu ve Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu alt boyut puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 10. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre YYAÖ Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı ve Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler alt boyut puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 11. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre YYAÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	38
Tablo 12. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre MSDÖ Somatik Şikayetler ve Psikolojik Şikayetler alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 13. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre MSDÖ toplam puanı ve Ürogenital Şikayetler alt boyut puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 14. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre YYAÖ Yaşlı Korkusu ve Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu alt boyut puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 15. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre YYAÖ Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı ve Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler alt boyut puanlarının karşılaştırılması	42
Tablo 16. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre YYAÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	44

II. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Örnekleme Akış Şeması.....	28
-------------------------------------	----



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Menopoz, bir yıl menstrual kanama olmaması durumudur.(1) Farklı ırk, coğrafya ve genetik farklılıklar nedeniyle kadınların çoğu 45 ile 55 yaşları arasında menopoza girer.(2) Menopoza girerken hormon seviyelerinde dalgalanmalar olur ve sonuç olarak östrojen ve progesteron düşer. Östrojen ve progesteronun düşmesine bağlı Folikül Uyarıcı Hormon(FSH) da artış olur.(3)

Kadınların önemli bir çoğunluğu menopoz sürecinde sıcak basması ve gece terlemeleri gibi vazomotor semptomları yaşamaktadır. Ancak bu dönemde, çoğu zaman gözle fark edilemeyen ve bu nedenle yeterince dikkat çekmeyen, pek çok organ ve sistem üzerinde etkili olabilen çeşitli belirtiler de ortaya çıkabilmektedir. Menopoz kas iskelet, kardiyovasküler, psikolojik, ürogenital gibi birçok organ ve sistemi etkilemektedir.

Kadınların daha uzun yaşamasıyla birlikte, menopozda geçirdikleri süre de uzamakta ve bu dönemi hayatlarının yaklaşık %40'ına denk gelmektedir.(4) Menopoz yaşı, kadının doğurganlığının azaldığını ve genel sağlık durumunu yansıtan önemli bir göstergedir. (5)

Yaşlanma; zamanla meydana gelen biyolojik, zihinsel ve sosyal değişiklikleri içeren, yaşamın doğal bir sürecidir. Bu süreçte kişinin beden gücünde azalma, düşünme ve öğrenme gibi zihinsel işlevlerde yavaşlama, ayrıca toplum içindeki görev ve sorumluluklarında değişim gibi birçok yönlü etkiler görülebilir. Her birey bu süreci farklı şekilde yaşar. Toplumun yaşlılığa bakışı, kişinin kendi algısı ve yaşlanmaya yüklediği anlam, bu sürece verilen tepkileri büyük ölçüde etkiler.(6)

Yaşlanma korkusu, bireylerin yaşlanma sürecine dair taşıdıkları endişelerin bir yansımasıdır. Yaşlanma kaygısı yaşayan kişiler; dış görünüşlerinin değişmesinden, muhtaç olmaktan, emeklilik sonrası faydalı

olamamaktan, hareket kabiliyetinin kısıtlanmasında ya da kronik hastalıkların ortaya çıkmasından dolayı kaygı duyabilirler.(7) Yaşlı kişiler, yaşlanma süreciyle birlikte varoluşa dair düşünceler, ölüm korkusu, sevdiklerini kaybetme, başkalarına muhtaç olma, sosyal ilişkilerdeki değişiklikler, yalnızlık, bakım ihtiyacı ve maddi sıkıntılar gibi nedenlerle endişe ve kaygı hissedebilirler.(8)

Menopoz dönemiyle birlikte yaşlanmaya dair kaygılar artış gösterebilir. Özellikle sıcak basması, terleme, uyku düzensizlikleri, ciltte incelme, kilo alma ve kemik erimesi gibi belirtiler, kişinin vücudunun kontrolünü kaybettiği düşüncesi oluşturabilir. Bu fiziksel değişimler, kadının aynaya baktığında kendisini eskisi gibi hissetmemesine ve görünümünde belirgin farklar algılamasına neden olabilir. Sonuç olarak, benlik algısı ve özsaygı olumsuz yönde etkilenebilir. Aynı zamanda adet kanamalarının bitmesi ve doğurganlık döneminin sona ermesi, kadınlarda yaşlanmaya dair düşünceleri tetikleyebilir ve buna bağlı olarak kaygı yaratabilir.

Bu çalışmada menopoz semptomlarının, yaşlanma anksiyetesi ile nasıl ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin hangi faktörlerden etkilendiğini anlamayı hedeflemektedir. Menopoz, yalnızca biyolojik bir geçiş süreci değil, aynı zamanda kadının psikolojik ve sosyal yaşamını da derinden etkileyen bir dönemdir. Bu bağlamda araştırma, menopoz semptomlarının bireyde yaşlanma sürecine dair kaygı, korku ve belirsizlik duygularını nasıl etkilediğini inceleyerek, bu dönemde kadınların psikolojik destek ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını daha iyi anlamayı hedeflemektedir. Benzer şekilde, yaşlanma anksiyetesi de menopoz semptomlarının daha ağır ve zorlayıcı yaşanmasına neden olabilir; ancak bu anksiyete zamanında fark edilip etkili bir şekilde tedavi edilirse, menopozun diğer semptomları da daha hafif ve yönetilebilir hale gelebilir. Elde edilecek veriler hem bireysel hem de toplumsal düzeyde uygulanabilecek destekleyici müdahale stratejilerine yön verecek nitelikte olup, kadın sağlığına yönelik bütüncül yaklaşımların geliştirilmesine katkı sunacaktır.

Araştırmadaki cevap aradığımız sorular;

1)Menopoz semptomları (sıcak basması, terleme, uyku bozukluğu, psikiyatrik bulgular) ile yaşlanmayla ilişkili anksiyete düzeyleri arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?

2)Bu ilişki, semptomların türü, şiddeti ve süresi gibi faktörlerden nasıl etkilenmektedir?

3)Sosyodemografik faktörler, (yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum) menopoz semptomlarının yaşlanma anksiyetesi arasındaki ilişkiyi nasıl etkiler?



2.GENEL BİLGİLER

2.1. MENOPOZ VE TARİHİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) menopoza yumurtalıkların işlevini yitirip, adet görmenin kalıcı olarak sona erdiği dönem olarak tanımlar.(9) Sağlıkla ilgili bir sorun olmaksızın adet kanamasının bir yıl boyunca görülmemesi doğal menopoz olarak kabul edilir. Cerrahi menopoz, bir hastalık nedeniyle yumurtalıkların cerrahi olarak alınması sonucu ortaya çıkan bir durumdur.(10)

Menopoz terimi, Eski Yunan dili kökenli olup, "menos" (ay) ve "pausos" (sona ermek, kesilmek) kelimelerinin birleşiminden oluşturulmuştur. Menopoz ile ilgili ilk yazılı kayıtlara milattan önce 322 de Aristo'nun Historia Animalium eserinde geçmektedir. Aristo, kadınlarda adet döngüsünün sona ermesinin genellikle 50 yaş civarında gerçekleştiğini ifade etmiştir.(11).

Kadın hayatı genellikle çocukluk, ergenlik, doğurganlık, menopoz ve yaşlılık olmak üzere beş ana aşamada değerlendirilir. Bu dönemler fiziksel, psikolojik ve hormonlar açısından belirgin değişiklikler gösterir. Çocukluk dönemi, fiziksel gelişimin hızla tamamlandığı bir dönem iken, ergenlik dönemi vücutta birçok değişikliğin başladığı, kimlik gelişiminin şekillendiği ve cinsel olgunlaşmanın görüldüğü bir süreçtir. Cinsel olgunluk dönemi, kadının en verimli dönemi olup, üreme kapasitesinin en yüksek olduğu evredir. Menopoz dönemi, doğurganlığın sona erdiği ve hormonal değişikliklerin başladığı, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin en fazla yaşandığı dönemi ifade eder. Yaşlılık dönemi ise bedensel işlevlerin yavaşladığı ve yaşamın evrildiği bir süreçtir. Her bir dönemin kendine ait farklı özellikleri ve etkileri bulursa da, özellikle ergenlik ile menopoz dönemi, kadının yaşamında fiziksel, duygusal ve toplumsal anlamda en büyük değişimleri ve etkileri barındıran dönemlerdir.(10)

Menopoz, kadınlarda son adet kanamasının görüldüğü ve doğurganlığın sona erdiği, yaşlılık öncesi bir geçiş dönemidir. İntrauterin 20. haftadan itibaren başlayan yumurtalık rezervlerinin azalması, üreme dönemi boyunca devam eder ve menopozla son bulur. Foliküllerin tükenmesiyle ovulasyon sona erer ve doğurganlık kaybolur.(12).

Menopoz öncesindeki birkaç yılda, hipofiz bezi, yumurtalıklardaki az sayıda folikülü uyarmak amacıyla FSH salınımını artırır. Yumurtalıkların FSH' a karşı gösterdiği direnç nedeniyle, her adet döngüsünde ovülasyon gerçekleşmeyebilir. Bu durum, östrojen ve progesteron seviyelerinde dalgalanmalara yol açar ve menstrual döngülerde düzensizlikler görülebilir. Hormonlardaki bu değişiklikler, menopozun erken dönem belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilir(13)

2.2. KLİMAKTERİYUM

"Yaş dönümü" ismiyle bilinen klimakteriyum, kadının üreme yeteneğinin ve hormo üretiminin azalmaya başladığı bir süreçtir. Genellikle 45-55 yaş arası başlayıp kabaca 20 yıl sürebilir. Bu dönemin en önemli durumu menopoz girmektir.. Klimakteriyum ile menopoz terimleri sıklıkla birbirini yerine kullanılabilmektedir. Klimakteriyum, menopoz dahil olmak üzere üreme kapasitesinin sona erdiği geniş bir dönemken, menopoz bu dönemdeki son adet kanamasının görüldüğü spesifik bir evredir.(14)

2.1.1. Klimakteriyum Evreleri

Genellikle 45 yaşlarında başlayıp, ileri yaş evresi olarak kabul gören 65 yaşa kadarki dönemi ifade eder. Bu süreç premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır. (15)

Premenopoz Evresi

DSÖ' nün tanımına göre menopozdan evvelki 2-6 yıllık süre olarak tanımlanmıştır. Adet döngüsünün düzensizleşmeye başladığı, hormonal değişimlerin görüldüğü menopoz öncesi dönemdir. Yumurtalık fonksiyonları azalmaya başlar.(16) Bu süreçte sıcak basmaları gibi vazomotor belirtiler, halsizlik, baş ağrısı ve duygusal dalgalanmalar gibi şikâyetler ortaya çıkmaya başlar.(17)

Perimenopoz

Perimenopozal dönem, adet kanamasının tamamen sona ermesinden evvelki dönemi ve bunu izleyen birinci yılı kapsayan bir evredir.(18) Fiziksel ve hormonal dönüşümlerin ortaya çıktığı, adet düzensizliklerinin sık görüldüğü bir süreçtir. Pek çok kadın bu süreçte kanama düzensizlikleri nedeniyle sağlık uzmanına başvurur.

Menopoz Evresi

Kadının bir yıl süreyle menstruasyon yaşamaması durumunda, menopoz döneminin başladığı kabul edilir.(14)

Postmenopoz Evresi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre postmenopoz dönemi, perimenopozal evrenin sona ermesini takiben başlayan ve genellikle yaşlılık başlangıcı kabul edilen 65 yaşına kadar süren yaklaşık 6–8 yıllık bir süreci kapsamaktadır.(19) Bu evrede yumurtalık işlevleri tamamen sona ermiş, doğurganlık ise kalıcı olarak ortadan kalkmıştır. (17)

2.3. Menopozun Sınıflandırılması

Menopoz, başlama yaşı ve meydana gelme şekline göre iki farklı grupta değerlendirilebilir.

2.3.1. Başlama zamanı

Erken Menopoz: Adet döngüsünün 40 yaştan evvel sona ermesi durumudur. Tıbbi literatürde bu durum 'prematür menopoz' olarak tanımlanır ve toplumda görülme sıklığı yaklaşık %4'tür.(20) Prematür over yetmezlik sonucu gelişebileceği gibi cerrahi veya medikal ardından da gelişebilir. Prematür over yetmezliği en sık nedeni bilinmeyen olarak görülse de bağışıklık sistemi hastalıkları, metabolik bozukluklar ve enfeksiyonlar da bu duruma yol açabilir. Her iki overin cerrahi olarak alınması (bilateral ooforektomi), radyoterapi ya da benzer tıbbi işlemler sonrasında meydana gelen menopoz, erken menopoz örnekleri arasındadır.(21)

Normal menoz: Adet dngsünün ortalama olarak 45 ila 54 yaşları arasında sona ermesi durumudur.

Geç menoz: Kadının 55 yaşını aşmasına rağmen menstruasyonun devam etmesine denir.(20)

2.3.2. Meydana gelme şekli

Doğal Menoz: Overlerdeki folikül rezervinin azalmasıyla kendiliğinden gelişen bir durumdur.(14) Over rezervi tamamen bitmez, ancak üreme için yeterli ve işlevsel folikül kalmaz.

Cerrahi menoz: Cerrahi menoz, tıbbi bir gereklilik nedeniyle gerçekleştirilen operasyonla yumurtalıkların alınmasının ardından ortaya çıkan menoz durumudur. Bu tür cerrahilerde çoğu zaman rahim ve yumurtalıklar birlikte çıkarılır. Cerrahi olarak gelişen menozda, belirtiler genellikle doğal menozla kıyasla daha yoğun yaşanır. Bunun nedeni, doğal menoz sürecinde yumurtalık rezervinin zamanla azalmasıyla vücudun bu değişime kademeli olarak uyum sağlamasıdır. Oysa cerrahi menozda hormonal değişim ani olduğundan, vücut adaptasyon sürecini yaşayamaz.

Bununla birlikte, radyoterapi veya kemoterapi sonrası da menoz gelişebilir. Radyasyonun yumurtalık fonksiyonlarını durdurması genellikle kalıcıdır. Ancak kemoterapiye bağlı yumurtalık yetmezlikleri, kullanılan ilaca göre değişkenlik göstermekle birlikte, çoğu vakada yaklaşık iki yıl içinde geri dönebilmektedir.(22)

2.4. Menoz tanı

Menoz, herhangi bir belirgin fizyolojik ya da patolojik neden bulunmaksızın ve tıbbi bir müdahale olmadan, kadının aralıksız 12 ay boyunca adet görmemesi durumunda tanımlanır.(23)

Menoz tanısının laboratuvar testleriyle doğrulanmasında, perimenozal dönemdeki FSH düzeyleri önemli bir göstergedir. Bu süreçte, FSH genellikle 40 mIU/ml veya daha yüksek değerlere ulaşır. FSH'nin 100 mIU/ml'nin üzerinde olması, foliküler rezervin tükendiğini gösterir. Ardışık laboratuvar testlerinde FSH seviyesinin 40 mIU/ml'nin üzerinde olduğ u tespit edilirse, menozun laboratuvar desteğiyle tanısı konmuş olur.(24)

2.5. Patofizyolojisi

Menopoz, yaşla birlikte kadınlarda primer yumurtalık foliküllerinin sayısının hızla azalması ve FSH seviyelerinin bu değişikliğe uyum sağlayacak kadar yetersiz kalmasıyla gelişen doğal bir süreçtir. Bu dönemde, Luteinize Edici Hormon (LH) dalgalanmaları gözlenmez ve yumurtlama durur; bu da östrojen üretiminin azalmasına ve adet döngüsünün sona ermesine yol açar. LH ve FSH üretimi inhibe edilmez, bu hormonlar menopoz sonrasında yıllarca yüksek seviyelerde kalır. Ayrıca, böbreküstü bezlerinden salınan testosteronun dönüşümüyle, düşük miktarlarda östrojen üretimi devam edebilir; bu nedenle bazı kişilerde adetlerin kesilmesinin dışında menopozla ilişkili semptomlar hafif olabilir.(25)

Kadınların %80'inden fazlası menopoz semptomlarını yaşasa da, menopoz süreci ve belirtilerine ilişkin kişisel deneyimler arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Menopozun fizyolojik süreçlerinde etkili olabilecek birçok faktör vardır. Bunlar arasında beslenme alışkanlıkları, sigara kullanımı, etnik köken, mevcut sağlık sorunları, fiziksel aktivite, sosyoekonomik durum, vücut kitle indeksi ve genel jinekolojik sağlık sayılabilir.(26)

2.6. Menopoz Yaşı

Küresel ölçekte menopoz yaşı ortalama olarak 51 civarındadır ve çoğunlukla 45 ile 55 yaşları arasında gerçekleşir. Gelişmekte olan toplumlarda menopozun başlangıç yaşı, gelişmiş ülkelere göre daha düşük olma eğilimindedir. Gelişmiş ülkelerde menopoz yaşı 49,3 ile 51,4 arasında değişirken, gelişmekte olan ülkelerde bu aralık 43,5 ile 49,4 arasında seyretmektedir. Örneğin, Ürdün'de ortalama menopoz yaşı 50, Türkiye 47, Mısır'da ise 48'dir. (27)

Son yüz yıl içinde menarş yaşında belirgin bir düşme gözlemlenirken, menopoz yaşı çok az bir değişiklik göstermiştir. Radyasyon, sitotoksik ilaç kullanımı ve sigara içimi gibi faktörler dışında, menopoz yaşı neredeyse sabit kalmıştır. (28)

Menopoza giriş yaşı, erken veya geç olmasında çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Çalışan ve sigara içenlerde genellikle daha erken menopoz süreci başlarken, cinsel aktif olan, fazla gebelik yaşayan, bekâr veya boşanmış

kadınlarda menopoz daha geç başlayabilir. (29). Menopoz semptomları, yaş, maddi durum, eğitim seviyesi, çocuk sayısı, kişinin kendini sağlıklı görmesi gibi faktörlerle ilişkilidir.(30)

2.7. Menopoz Belirtileri

Menopoz, olgunluk dönemindeki kadınların deneyimlediği bir durumdur. Menopoz sürecindeki belirtiler ve bunların şiddeti, kişiden kişiye değişebilir. Östrojen hormon seviyesindeki azalma, östrojen reseptörünün bulunduğu dokularda çeşitli değişimlere yol açarak farklı semptomların ortaya çıkmasına neden olur. Menopozun erken dönemlerinde, adet döngüsünde düzensizlikler, vazomotor belirtiler, duygusal değişiklikler ve uyku problemleri sıkça görülür. Postmenopozal dönemde ise ürogenital atrofi, kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporoz gibi sağlık sorunları daha yaygın hale gelir.(13)

Kadınlarda menopoz dönemiyle ilgili yaşanan yakınmalar, kadının eğitim seviyesi, yaşı, mesleği, ekonomik bağımsızlığı, gelir durumu, evlilik ilişkisi, medeni hali, değişik alanlara ilgi duyması, aile boyutu, bu sürece ait bilgi edinme şekli, görev değişimleri ve çevrenin kadına bakış açısı gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir.(31)

Amerika Birleşik Devletleri, Japonya, Hollanda ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde menopoz dönemindeki kadınların %75'inde ateş basmaları, %41'inde huzursuzluk, %40'ında bitkinlik, %39'unda aşırı terleme, %38'inde baş ağrıları, %32'sinde uyku problemleri ve %30'unda depresif belirtiler gibi şikayetler görülmüştür. (32)

2.7.1. Menstrual Düzensizlik

Menopozun görülen en genel bulgusu menstrüasyon düzensizliğidir. Perimenopoz dönemindeki kadınlarda hormon seviyelerindeki değişiklikler nedeniyle normal dışı kanamalar sık görülür. Bu dönemde adet düzensizlikleri, iki siklus arasında lekelenmeler, fazla ve uzun süren adet kanamaları ya da siklus atlamaları en yaygın belirtilerdendir.(13)

2.7.2. Vazomotor Belirtiler

Vazomotor belirtiler arasında sıcak basması, yüzde kızarma ve gece terlemeleri yer almaktadır. Perimenopozal dönemde ortaya çıkan bu semptomların görülme sıklığı %60'ın üstündedir.(15)

Doğal menopoz geçiren kadınlarda sıcak basması şikayetlerinin genellikle 6 ay ile 5 yıl arasında azalma göstermesi beklenirken, nadiren de olsa bu süre 15 yıla kadar uzayabilir. Cerrahi menopoz yaşayan kadınlarda ise bu süre genellikle daha uzun olmaktadır. Sıcak basmaları, son adet döneminden sonraki ilk yıl içinde daha sık görülmekle birlikte, menopozun herhangi bir aşamasında da ortaya çıkabilir. Bu yakınmalar anlık olabileceği gibi bazen dakikalarca da sürebilir.

Sıcak basması yaşayan kadınların yaklaşık %30'unun tıbbi tedaviye başvurduğu bilinmektedir. Terleme genellikle yüz, boyun ve göğüs bölgesinde daha belirgin hale gelir. Vücut ısısında 1-2 santigrat derece kadar geçici bir artış meydana gelir ve bu durum kalp hızında da bir yükselmeye yol açabilir. Özellikle gece saatlerinde artan belirtiler, kadınların uyku düzenini olumsuz etkileyebilir. Bu uykusuzluk, sinirlilik, gerginlik, hafıza zayıflığı ve konsantrasyon güçlüğü gibi sorunların gelişmesine neden olabilir.(33)

Sıcak basması ve terleme genellikle stresle ilişkilendirilirken, vücut sıcaklığı, sıcak yiyip içmek, alkol veya duygusal durumlar bu belirtileri tetikleyebilir. Hormon replasman tedavisi vazomotor belirtileri hafifletse de, meme kanseri görülme sıklığını yükselttiği tespit edilmiştir. HRT' nin yan etkileri nedeniyle birçok kadın bitkisel tedavileri tercih etmektedir.(34)

Sıcak basmalarına ek olarak vazomotor belirtiler arasında uyku sorunları, baş ağrısı, vertigo, tinnitus, gözde siyah nokta uçuşması, el ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, titreme ve dikkat toplama güçlüğü yer almaktadır.(35)

Nelson'nun yürüttüğü sistematik incelemede, 10 çalışmadan 9'unda plasebo ile karşılaştırıldığında oral östrojenin, 11 çalışmada ise transdermal östrojenin sıcak basmalarının sıklığı, şiddeti veya her ikisinde iyileşme sağladığı bildirilmiştir.(36)

Literatürde, hafif egzersizlerin ve soya içeren gıdaların, sıcak basması ve terleme gibi vazomotor belirtiler üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir.(37)

Bitkilerle yapılan bir araştırmada ise, karayılan otu ve kırmızı yoncanın menopoza semptomlarını hafiflettiği ortaya konmuştur.(38) E vitamininin meme kanseri riskini azaltabileceği ve ateş basmalarını hafifletmeye yardımcı olabileceği görülmüştür.(39)

Yapılan bir çalışmada, 17 veri tabanı incelenmiş ve akupunkturun menopoza belirtilerini genel olarak azaltmada etkili olmadığı, ancak özellikle sıcak basmalarını hafiflettiği sonucuna ulaşılmıştır.(40)

Sempatik sinir sistemi uyarımını azaltmaya yönelik gevşeme tekniklerinin uygulanması, sıcak basması gibi semptomların azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür. Derin nefes alma, gevşeme tekniklerinin en basit temelidir. Araştırmalarda diyafram solunumunun gevşeme tekniklerinin benzer yanıtlar verdiği saptanmıştır. (41)

2.7.3. Uyku Bozuklukları

Kadınlarda uyku sorunları prevalansı %14-53 arasındadır. Menopoz döneminde uyku problemleri yaygın olsa da, bu sorunların kesin nedenleri tam olarak belirlenmemektedir.(42)

Perimenopozal dönemde, FSH seviyelerinin artması, inhibin B ve östrodiol düzeylerinin düşmesi gibi hormonal değişiklikler uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, vazomotor semptomların varlığı gece uykularının kesilmesine neden olabilir.(43)

Çeşitli araştırmalarda, yoganın menopoza semptomları üzerinde, özellikle sıcak basması ve uykusuzluk gibi sorunlar üzerinde olumlu etkiler sağladığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca, uyku düzeninin iyileştiği ve vazomotor semptomların azaldığı gözlemlenmiştir.(44)

2.7.4. Psikolojik semptomlar

Menopoz dönemindeki hormonal değişimlerin santral sinir sistemi yoluyla bazı psikolojik değişimlere neden olarak duygusal hali ve tutumları etkileyebileceği varsayılmaktadır. alışmalar, kadınlarda duygu durumundaki dalgalanmaların en çok östrojen seviyelerinin hızlı değiştiği doğum sonrası,

menopoz öncesi ve sonrası zamanlarında görüldüğünü göstermektedir. Bu süreçte ortaya çıkabilecek şikayetler arasında; kendini kötü, üzgün hissetme, ruh hali dalgalanmaları, anksiyete ve panik bulguları, genel verimlilikte azalma, hafıza zayıflığı, odaklanma sorunları ve unutkanlık sayılabilir.(45)

2.7.5. Ürogenital Sorunlar

Menopoz süreciyle birlikte, östrojen ve diğer hormonların seviyelerinin düşmesi sonucu, genitoüriner semptomlar da dahil olmak üzere birçok belirti daha sık gözlemlenmektedir.(46)

Vajen dokusunun kaygan kalabilmesi ve esnekliğini koruyabilmesi için östrojen hormonuna ihtiyaç vardır. Postmenopozal dönemde vajinal atrofi gelişir. Vajinal atrofi, vajinal ıslanma azlığına ve ağrılı cinsel ilişkiye yol açar. Vajinal atrofi ve bazı kadınlarda görülen menopoz sonrası depresif belirtiler kadınlarda cinsel haz kaybına, dolayısıyla cinsel yaşamın negatif etkilenmesine neden olabilir.(47)

Menopozda östrojen seviyelerinin azalması, üriner yollar ve mesanede organik, bakteri florası, ph değişikliği gibi değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler sonucunda üriner inkontinans, idrarda yanma, sızlama, enfeksiyon gibi durumlar gelişebilir.(48)

2.7.6. Saç ve deri değişiklikleri

Deri, kıl folikülleri ve ter bezleri östrojen reseptörlerine sahiptir. Östrojenin düşmesi ve yaşlanma ile birlikte derimizde çeşitli farklılıklar meydana gelir. Epidermis kalınlığı azalır, cilt esnekliği azalır ve kıl foliküllerinin sayısı azalır. Ter ve Yağ bezleri azalmasıyla beraber cilt kurur, esnekliğini kaybeder, deri daha hassas hale gelir ve yaralar daha geç iyileşir. Östrojen düzeylerindeki azalma ve adrenokortikal aktivitenin artmasıyla erkek tipi, yüz ve karın göğüs kısmında kalın tüylerin çıkma olasılığı artar. Aksillar ve genital kıllarda ise azalma gözlemlenir.(49)

2.7.8. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri

Kadınlar, üreme çağları boyunca östrojenin koruyucu etkisi sayesinde kardiyovasküler hastalıklardan daha az etkilenirler. Menopoz döneminde,

kadınlarda östrojen seviyesinin düşmesiyle birlikte kardiyovasküler hastalıklar %60 artış gösterir. Kadınlarda, koroner kalp hastalığı oranı erkeklerden yaklaşık 10 sene daha geride kalırken, 70 yaş üzerinde bu oranlar eşitlenir.(50)

2.7.9. Kas iskelet sistemi değişiklikleri

Osteoporoz kemik yoğunluğunun azalması, kemik dokusunun mikroskobik yapısındaki bozulmalar ve kırık riskinin artışıyla karakterize, çoklu faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan çok görülen bir hastalıktır. Osteoporoz, menopoza sonrası osteoporoz ve yaşlanmaya bağlı osteoporoz olarak ikiye ayrılır. Yaşlanmaya bağlı osteoporoz, 65 yaş üzerinde kadın ve erkek de görülürken, menopoza sonrası osteoporoz, 65 yaştan önce, overlerin ürettiği hormonların azalmasıyla ilişkilidir.(51)

Yaşla birlikte, her iki cinsiyette de kas ve iskelet sistemi yapılarında düzensizlikler ve dokuların miktar ile kalitesinde azalmalar gözlemlenir. Özellikle kadınlarda menopoza sonrası bu kayıpların artması, hipogonadizmle ilişkili bir durumdur. Östrojen, diğer androjenler gibi farklı dokular üzerinde anabolik etkiler göstererek kemik dokusunu da etkiler. Menopozla birlikte östrojen kaybı nedeniyle kemik, kas, tendon gibi kas ve iskelet sistemi bileşenlerinde kayıplar yaşanır. Kemik mineral yoğunluğu düşer, kaslarda kasılma yeteneği azalır, tendonlarda yapısal bozulmalar oluşur ve bu durum, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. (52)

Kadınlar, menopoza sonrası yirmi yılda içerisinde kemik kütlelerinin yaklaşık dörtte üçünü kaybeder. Kemik kaybı 20 yıl kadar uzayabilmekle birlikte, özellikle menopoza takip eden ilk 3 ila 6 yıl içinde daha hızlı ilerleme gösterir. Kemik kaybının %52-66'sı östrojen yetersizliğine bağlanırken, kalan kısmı yaşlanmanın doğal etkileriyle ilişkilidir.(53)

Osteoporoz oluşumu kırık riskini artırır. Kemiklerin dayanıklılığı, yoğunluk ve yapısal bütünlüğüne bağlı olarak osteoporozun derecesi belirlenir. Özellikle menopoza sonrası dönemde kadınlarda artan osteoporoz riski nedeniyle dikkatli olunmalı, bu durumun artan hastalık yükü ve yaşam kaybına yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Yapılan araştırmalar, menopoz dönemindeki kadınlarda kas-iskelet sistemi sağlığını desteklemek amacıyla Hormon Replasman Tedavisinin (HRT) olumlu etkiler sağlayabileceğini ortaya koymuştur. HRT'nin özellikle kalça kırıkları ve diğer osteoporotik kırık risklerini azalttığı bildirilmiştir. Ancak, bu tedavinin meme ve rahim içi kanserleri ile tromboembolik ve serebrovasküler olayların görülme olasılığını artıracak dikkate alınarak, bireyselleştirilmiş ve dikkatli bir tedavi planlaması gerekmektedir. (54)

Menopoz sonrası dönemde kadınların kas-iskelet sistemi sağlığını koruyabilmeleri için yeterli kalsiyum alımı, D vitamini desteği ve düzenli fiziksel aktivite büyük önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar, kalsiyum ve D vitamini takviyesinin kemik kaybını azaltarak kırık riskini düşürdüğünü; düzenli egzersizin ise kemik mineral yoğunluğunun korunmasına ve kas kütlesinin artırılmasına anlamlı katkı sağladığına göstermektedir.(55)

2.7.10. Kognitif değişiklikler

Hipokampus ve prefrontal kortekste yoğun olarak bulunan östrojen reseptörleri, östradiolün bilişsel işlevler üzerinde önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Perimenopozal dönemde östrojen düzeylerinde meydana gelen dalgalanmalar, bilişsel performansta geçici aksamalara neden olabilir.(56)

Üreme döneminin sona yaklaşmasıyla birlikte kadınlarda öznel bilişsel yakınmalarda artış gözlenmektedir. Kadınların yaklaşık %40 ile %65'i, belleklerinde olumsuz yönde değişimler fark ettiklerini belirtmektedir.(57)

2.7.11 Cinsel problemler

Menopozal süreçte östrojen ve testosteron düzeylerinde meydana gelen azalma, cinsel istekte azalma ve fizyolojik yanıtların zayıflamasıyla sonuçlanmaktadır. Östrojen eksikliğine bağlı olarak gelişen vajinal kuruluk, disparoni, enfeksiyonlara yatkınlıkta artış ve vajinal prolapsus gibi durumlar, kadınların cinsel yaşamdan uzaklaşmasına neden olabilmektedir.(58)

2.7.12 Migren

Kadınlarda strojen düzeylerinde meydana gelen ani düşüşlerin migren ataklarını tetikleyici bir faktör olabileceği öne sürülmektedir.(59) strojen

düzelelerindeki dalgalanmaların, vazodilatasyon, proinflatuar medyatörlerin artışı ve plazma ekstrasvazasyonu (damar dışına sıvı sızması) ile karakterize edilen nörojenik inflamatuar süreçleri tetiklediği ortaya konmuştur.(60)

2.8. Menopozda Tedavi Yaklaşımları

Menopoz, doğal bir biyolojik süreçtir ve tıbbi açıdan zorunlu bir tedavi gerektirmez. Ancak bazı kadınlarda yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilecek belirtilerle seyredebildiği için, semptomlara yönelik çeşitli tedavi yöntemlerinin uygulanması gündeme gelmektedir. Bu tedavi yöntemleri, HRT ve tamamlayıcı-alternatif yaklaşımları içeren HRT dışı yöntemler olmak üzere iki temel grupta ele alınabilir.

2.8.1. Hormon Replasman Tedavisi

Hormon replasman tedavisinin temel hedefi, östrojene duyarlı dokularda meydana gelen değişimleri geri çevirerek menopoz sonrası dönemde kadının yaşam kalitesini sürdürmesini sağlamaktır. Bu tedaviye progesteron eklenme nedeni, östrojenin endometrium üzerindeki etkilerini dengelemektir. HRT, sistemik yolla ya da lokal olarak uygulanabilir. Ağızdan alınan ilaçlar şeklinde yalnızca östrojen içeren ya da östrojen-progesteron kombinasyonu içeren formlarda kullanılabileceği gibi, lokal uygulamalarla vajinal jel veya krem formunda da uygulanabilir. Günümüzde, dünya genelinde milyonlarca menopoz sonrası kadın hormon tedavisi kapsamında östrojen kullanmaktadır. (19)

2017 yılında yaklaşık 44.000 kadını içeren 22 çalışma analiz edilmiştir. Sağlıklı postmenopozal kadınlarda sürekli kombine hormon replasman tedavisinin bazı ciddi sağlık risklerini artırdığı görülmüştür.

Bu tedavinin sadece bir yıllık kullanımında koroner kalp hastalığı riski %0,2'den %0,3–%0,7'ye yükselmiştir. Aynı sürede venöz tromboembolizm riski %0,2'den %0,4–%1,1'e çıkmıştır. Üç yılın sonunda inme riski %0,6'dan %0,6–%1,2'ye kadar artmıştır. Beş ila altı yıl süresince kullanılan hormon tedavisi sonrası meme kanseri riski %1,9'dan %2–%3'e yükselmiştir. Aynı süre sonunda safra kesesi hastalığı oranı %2,7'den %3,8–%6'ya çıkarken, tedavi sonlandıktan sonra yaklaşık 2,5 yıl süren takipte akciğer kanserine bağlı ölüm oranı %0,5'ten

%0,6–%1,3'e kadar artış göstermiştir. Bu veriler, HRT'nin uzun süreli kullanımının bazı sağlık risklerini belirgin şekilde artırabileceğini göstermektedir.

Sadece östrojen içeren HRT, bazı sağlık risklerinde artışa, bazı alanlarda ise azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Bu tedavi, 1 ila 2 yıllık kullanımın ardından venöz tromboembolizm (toplardamar pıhtılaşması) riskini %0,2'den %0,2–%1 arasına çıkarmıştır. Yedi yıl sonunda bu risk %1,6'dan %1,6–%2,8'e yükselmiştir. Aynı süre sonunda inme riski %2,4'ten %2,5–%4'e kadar artış göstermiştir. Safra kesesi hastalığı da %2,7'den %3,8–%6'ya çıkmıştır.

Buna karşın, sadece östrojen içeren HRT'nin bazı olumlu etkileri de gözlenmiştir. Yedi yıllık kullanım sonrası meme kanseri riski %2,5'ten %1,5–%2,5'e düşmüştür. Ayrıca klinik kırık oranı %14,1'den %9,2–%11,3'e gerilemiştir. Bu tedavi, herhangi bir sürede koroner kalp hastalığı riskinde ise artışa neden olmamıştır. Bu veriler, sadece östrojen içeren hormon tedavisinin bazı yönlerden daha güvenli bir profil sunduğunu, ancak belirli riskleri de beraberinde getirdiğini göstermektedir.

Sürekli kombine hormon tedavisi (HRT) kullanan, nispeten sağlıklı 65 yaş üstü kadınlarda, demans görülme sıklığında artış izlenmiştir. Dört yıllık kullanım sonrasında demans insidansı %0,9'dan %1,1–%3 seviyelerine yükselmiştir. Ayrıca kalp-damar hastalığı olan kadınlarda, bir yıl boyunca kombine sürekli HRT kullanımı venöz tromboembolizm riskini belirgin şekilde artırmış; bu risk %0,3'ten %0,3–%2,9'a kadar çıkmıştır.

Kırık riski HRT'nin klinik açıdan anlamlı yarar sağladığı en güçlü kanıtı sahip tek sonuçtur. Kombine hormon tedavisinin 5,6 yıl süreyle kullanılmasıyla kırık oranı %11,1'den %7,9–%9,6'ya düşmüştür. Sadece östrojen içeren tedavinin 7 yıl uygulanması durumunda ise kırık riski %14,1'den %9,2–%11,3 aralığına gerilemiştir. Buna karşılık, araştırmacılar hormon tedavisinin kolorektal kanser insidansını azaltmada klinik olarak anlamlı bir etkisi olduğuna dair güçlü bir bulguya ulaşamamıştır.

Yoğun menopoz semptomları yaşayan kadınlar, spesifik kontrendikasyon bulunmaması halinde, düşük doz hormon replasman tedavisinin kısa süreli kullanımına bağlı risklere karşılık, semptomların hafifletilmesinden elde edilecek

yarar ve zarar dengesi gözetilerek tedavi alabilirler. Ancak, hormon tedavisi kardiyovasküler hastalık riski yüksek olan bireyler, tromboembolik olay riski artmış olanlar ve belirli maligniteler açısından yüksek risk taşıyanlar, özellikle rahmi bulunan ve meme kanseri riski olan kadınlar için uygun olmayabilir. Ayrıca, sadece östrojen içeren tedaviyi kullanan ve rahmi olan kadınlarda endometriyal karsinom riski arttığı bir çok çalışmada yer almaktadır.

HRT, kardiyovasküler hastalıkların veya demansın primer ya da sekonder korunması amacıyla ve postmenopozal dönemde bilişsel işlev bozukluğunun önlenmesi için endike değildir. Menopoz sonrası osteoporozun önlenmesinde HRT'nin etkinliği kabul edilmekle birlikte, genellikle yalnızca alternatif tedavi seçeneklerinin uygun olmadığı yüksek risk grubundaki kadınlar için önerilmektedir. Mevcut veriler, perimenopozal dönemdeki ve 50 yaşın altındaki postmenopozal kadınlarda uzun süreli hormon tedavisi kullanımının yararları ve zararları hakkında yeterli bilgi sağlamamaktadır. (61)

2.8.2. Hormon replasman tedavisi dışı alternatif tedaviler

HRT'nin kontrendike olduğu ya da potansiyel yan etkiler nedeniyle HRT'yi tercih etmeyen kadınlarda, alternatif tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu yöntemler arasında farmakolojik tedaviler, fiziksel egzersiz, yaşam tarzı modifikasyonları, Bilişsel Davranışçı Terapi ile psikolojik destek ve beslenme ile diyet düzenlemeleri yer almaktadır.

Vazomotor semptomları tetikleyebilecek faktörlerden kaçınmak, yaşam tarzı değişikliklerinin temel unsurlarından biridir. Bu tetikleyiciler arasında yüksek ortam sıcaklığı, stresli yaşam koşulları ve aşırı sıcak yiyecek ile içecek tüketimi yer almaktadır. Ayrıca, vücut ısısını artırmayan pamuklu giysilerin tercih edilmesi, sigara ve alkol tüketiminin sınırlandırılması, kilo kontrolünün sağlanması, düzenli fiziksel aktivitenin artırılması ve tempolu nefes egzersizlerinin uygulanması menopoz semptomlarının hafifletilmesinde olumlu etkiler göstermektedir. (62)

Hipnoz, akupunktur, bilişsel davranış terapisi, meditasyon ve gevşeme egzersizleri gibi zihin ve beden bütünlüğüne odaklanan yöntemler, HRT dışında sıkça tercih edilen tedavi alternatiflerindedir. (63)

2020 yılında gerçekleştirilen ve 17.473 kadın katılımcının yer aldığı randomize kontrollü bir çalışmada, düşük yağ içerikli vegan diyet ile günlük soya fasulyesi tüketiminin kombine edildiği beslenme müdahalesinin, menopoz sonrası dönemde vazomotor semptomlarda anlamlı azalma, belirgin kilo kaybı ile birlikte fiziksel ve cinsel şikayetlerde iyileşme sağladığı gözlemlenmiştir. (64) Ayrıca fitoterapide kanıt düzeyi zayıf olan kırmızı yonca, keten tohumu ve siyah yılan otuda sayılabilir.

Vazomotor semptomları nedeniyle tedavi gereksinimi bulunan ancak hormon replasman tedavisini tercih etmeyen kadınlarda, reçeteye tabi olarak selektif serotonin geri alım inhibitörleri , serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri ile gabapentin veya pregabalın benzeri antikonvülzanlar kullanılmaktadır. Bu tedaviler, hormon replasman tedavisi kadar yüksek etkinlik göstermese de, semptomların hafifletilmesinde kayda değer bir iyileşme sağlamaktadır.(65)

2.9. Yaşlanma

Yaşlanma, organizmaların zamanla aşınma ve yıpranma sonucu yaşamsal fonksiyonlarda azalma ile birlikte duygusal, bilişsel ve dış görünüşte değişikliklerin görüldüğü bir süreç olarak tanımlanabilir.(66). Yaşlanma süreci, doğumla başlayıp yaşamın sonuna kadar devam eden ve sürekli değişim gösteren dinamik bir olgudur. Bu süreç sabit olmayıp, bireyler arasında farklılıklar sergilemektedir. Yaşlılık kavramının başlangıcı ise toplumsal faktörlere bağlı olarak, cinsiyet, eğitim seviyesi ve ekonomik durum gibi değişkenlere göre farklılık arz etmektedir. Zaman içinde toplumlar, yaşlılık tanımını ve başlangıç noktasını yeniden şekillendirmektedir. Yaşlanma, genetik mekanizmalar tarafından düzenlenirken, çevresel etkilerle birlikte organizmalarda çeşitli değişikliklere yol açmaktadır. (67).

Yaşlanma sürecine eşlik eden fiziksel değişiklikler, diğer yaş gruplarına kıyasla daha yaygın görülen kronik hastalıklar ve işlevsel kapasitedeki azalmalar, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini güçleştirebilmektedir.(68)

Yaşlanma süreciyle birlikte; ciltte kırışıklıkların belirginleşmesi, kas gücünde azalma, akciğer kapasitesinin düşmesi, görme ve işitme yetilerinde kayıplar gibi çok sayıda sistem düzeyinde değişiklik meydana gelir. Bu fiziksel gerilemeler, sağlıkla ilgili kaygıların artmasına ve bireylerde çeşitli korkuların gelişmesine yol açabilir. Aynı zamanda, bilişsel işlevlerde gözlenen azalmalar da yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ve genel yaşam memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.(69)

Yaşlı bireyler, yaşamın ileri dönemlerinde varoluşa dair sorgulamalar, ölümle ilgili endişeler, yakınlarını kaybetme, başkalarına bağımlı hale gelme, sosyal ilişkilerdeki değişimler, yalnızlık, bakım gereksinimi ve ekonomik sıkıntılar gibi çeşitli faktörler nedeniyle yaşlanma sürecine ilişkin kaygı ve huzursuzluk yaşayabilmektedir.(8)

Yaşlanma dönemi, bireylerde hastalık, ölüm, fiziksel güç kaybı, beden imajı ve dış görünüşteki olumsuz değişiklikler ile üretkenliğin azalmasına bağlı olarak ekonomik yetersizlik düşüncesini tetikleyebildiği için, sıklıkla kaygının arttığı bir süreç olarak algılanmaktadır. (70).

2.10. Yaşlanmanın Sınıflandırılması

Yaşlanma, kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kültürel yönleriyle birlikte ele alınması gereken çok boyutlu bir süreçtir.

2.10.1. Kronolojik Yaşlanma

Birleşmiş Milletler, 60 yaş ve üzerindeki bireyleri yaşlı sayarken; DSÖ, yaşlılık için kronolojik sınırı 65 yaş olarak belirlemektedir. DSÖ'nün 1963 yılında geliştirdiği yaş sınıflandırmasına göre ise, 45-59 yaş arası bireyler orta yaşlı, 60-74 yaş arası yaşlı, 75 yaş ve üzeri kişiler ise ileri yaşlı grubunda değerlendirilmektedir.(71)

2.10.2. Biyolojik Yaşlanma

Bireylerin yaş ilerledikçe anatomik ve fizyolojik yapılarında meydana gelen değişiklikler, biyolojik yaşlanma süreci kapsamında ele alınmaktadır. Ömür boyu devam eden bu süreç için belirli bir başlangıç noktası tanımlanamaz. Yaşlanma ile birlikte cilt esnekliğinde azalma ve histolojik düzeyde çeşitli

değişiklikler gözlemlenmektedir. Ayrıca, fiziksel ve zihinsel işlevlerdeki gerilemeye bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme kapasitesinde düşüş yaşanabilmektedir.(72)

2.10.3. Psikolojik Yaşlanma

Psikolojik yaşlanma; bireyin problem çözme, öğrenme, algılama gibi bilişsel yetilerinde ve çevresel uyum kapasitesinde yaşla birlikte meydana gelen değişimleri kapsamaktadır. Bu süreç, çoğunlukla kişinin yaşlanmaya hazır hissetmemesiyle ilişkilidir. Yaşlanmakta olan bireylerde kendini yetersiz görme, topluma ya da ailesine yük olma düşüncesi ve üretkenliğin azaldığına dair kaygılar gelişebilmektedir. Bilişsel işlevlerdeki gerileme, yeni durumlara uyum sağlamada ve kabullenme sürecinde zorluklara yol açabilir. Bununla birlikte, maddi güvencenin yetersizliği, yakın çevreden kayıplar, değersizlik hissi ve başkalarına bağımlı olma endişesi bireyin psikolojik durumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Tüm bu faktörler huzursuzluk yaratabilir ve çeşitli psikolojik sorunların gelişimine zemin hazırlayabilir.(73)

2.10.4. Sosyolojik Yaşlanma

Sosyolojik açıdan yaşlanma, bireyin içinde bulunduğu toplumun yaşla ilgili normlarına, beklentilerine ve yaşlı bireylere atfettiği değere bağlı olarak şekillenmektedir. Farklı kültür ve toplumlarda yaşlı bireylerden beklenen roller ve davranış kalıpları değişiklik gösterebilir; bu da sosyal yaşlanma kavramını ortaya çıkarır. Yaşlanma süreciyle birlikte bireyin toplum içindeki işlevsel rolleri genellikle azalmakta ya da tamamen ortadan kalkmaktadır. Emeklilik, eş kaybı, sosyal ilişkilerin zayıflaması, ekonomik ve psikolojik kayıplar ile yaşam biçiminde meydana gelen dönüşümler, sosyal yaşlanmanın temel belirleyicileri arasında yer almaktadır.(74)

2.10.5. Toplumsal Yaşlanma

Toplumsal yaşlılık, fiziksel yaşlanmanın yanı sıra bireyin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yerine getirememesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte birey toplumda işlevselliğini yitirmiş olarak algılanabilir. Bu durum sosyal dışlanma ile birlikte, düşkünlük belirtileriyle kendini gösterebilir.(75)

Her toplumun yaşlılık için kendine özgü bir tanımı mevcuttur. Buna göre, 65 yaş üstü birey oranı %4'ten az olanlar genç, %4 ile %7 arası orta yaşlı, %7 ile %10 arası yaşlı, %10'dan fazla olan toplumlar ise ileri yaşlı olarak gruplandırılmaktadır. (71). Bu sınıflandırmaya göre, 2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerince, 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfusa oranının %9,1 olması nedeniyle Türk toplumu “yaşlı toplum” kategorisinde yer almaktadır. (76)

2.10.6. İç Etmenlere Bağlı Yaşlanma

Fizyolojik sistemlerdeki değişikliklere bağlı olarak zamanla gelişen bu süreç, hücre yenilenmesinin yavaşlaması ile karakterizedir ve doğal bir olgu olarak kabul edilir. İçsel yaşlanmayı etkileyen başlıca faktörler arasında genetik yapılar, hücre metabolizması, hormonal dengeler ve metabolik süreçler yer almaktadır.

2.10.7 Dış Etmenlere Bağlı Yaşlanma

Yaşlanma, dış çevreden kaynaklanan faktörlere maruz kalma sonucu (hava kirliliği, radyasyon, kimyasal maddeler vb.) ortaya çıkabilir. Bunun yanında, yetersiz beslenme, düzensiz uyku alışkanlıkları ve stres gibi yaşam koşulları da bu sürecin hızlanmasına katkıda bulunabilir.(77) Çevresel faktörler arasında en fazla zarar verenlerden biri güneş ışınlarıdır ve meydana gelen değişimlerin büyük bir bölümü bu zararlı ışınların etkisiyle ortaya çıkmaktadır.(78)

2.11. Yaşlanma Anksiyetesi

Yaşlanma anksiyetesi, bireyin yaşlanma sürecine bağlı olarak ortaya çıkan bedensel, ruhsal ve toplumsal düzeydeki olumsuz hisler ve endişeler şeklinde tanımlanmaktadır.(79)

Toplumsal ve bireysel özellikler arasında yer alan cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, maddi durum, etnik köken, bireyin kendi sağlık durumunu nasıl algıladığı, yaşlı bireylerle birlikte yaşamış olma deneyimi, kronik rahatsızlıkların varlığı ve mesleki konum gibi değişkenler, yaşlanma kaygısı üzerinde etkili olmaktadır.(80)

Bireyin eğitim seviyesi ve gelir düzeyinin artması, yaşlanma anksiyetesini azaltıcı bir rol oynamaktadır. Buna karşılık, yaşlanma ile ilgili sınırlı bilgiye sahip

olan ve düşük sosyoekonomik konumda bulunan kişilerde yaşlanma kaygısı daha yoğun olarak gözlemlenmektedir.(81)

Koreli ve Amerikalı bireylerin değerlendirildiği bir araştırmada, Koreli katılımcıların Amerikalı katılımcılara kıyasla daha yüksek yaşlanma kaygısı yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca, Koreli bireyler arasında genç yetişkinlerin, Amerikalı bireyler arasında ise yaşlı yetişkinlerin daha fazla yaşlanma anksiyetesi yaşadığı sonucuna varılmıştır.(82)

2.12. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Yaşlanma Kaygısı

Menopoz kadınların yaşam sürecinde önemli bir dönüşüm noktasıdır. Bu dönemde kadınlar, hem biyolojik hem de psikolojik değişimler yaşayabilir ve bu süreç, ruhsal sağlık sorunları yaşama riskini de yükseltebilir.(83)

Kadınların toplumdaki yerleri, yaptığı iş, aile ve sosyal sorumlulukları, özellikle çocuklar ve aile bireyelerine bakım verme yükümlülüğü, bazı toplumlarda daha belirgin olan kadınların düşük statüsü, çalışma hayatında eşit şartlara sahip olmamaları ve daha düşük gelir elde etmeleri gibi etmenler, kadınların strese karşı daha duyarlı olmalarına yol açmaktadır. Ayrıca, günümüzde kadınların iş gücüne katılması ve aynı zamanda diğer tüm rollerini yerine getirmeleri, üzerlerindeki yükü daha da ağırlaştırmaktadır. Düşük istihdam ve emeklilik hakları, yaşlı kadınlarda daha fazla ekonomik zorluk, sosyal etkinliklere daha az katılım ve daha fazla psikolojik sorun, orta yaşlı kadınlarda yaşlanma korkusunun artmasına neden olmaktadır.(84)

Klimakterik dönemin başlangıcıyla birlikte kadınlık duygusunda yaşanan azalma, orta yaşlı kadınların doğurganlıklarındaki değişikliklerin ardından eşleriyle ilişkilerini yeniden düzeltme ihtiyacını hissettikleri bir durum olarak değerlendirilmektedir. (85)

Doğurganlık ve cinsel çekicilik, kadınsı rollerin yerine getirilmesinde temel faktörlerdir ve orta yaşlı kadınlarda bu özelliklerin azalması, evlilik tatmini üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Bu tür durumlar, orta yaşlı kadınların

erkeklere kıyasla daha fazla psikolojik bozukluk yaşama ihtimalini artırmaktadır.(86)

Menopoz dönemi, kadınların biyolojik ve psikolojik değişimlerle karşılaştığı bir süreç olup, bu değişiklikler yaşlanma kaygısını artıran önemli bir etken olabilir. Ancak bu ilişki tek yönlü olmayabilir. Bazı çalışmalar, yaşlanmaya dair kaygı ve olumsuz algıların da menopoz semptomlarını daha yoğun bir şekilde yaşanmasına yol açabileceğini göstermektedir. Buna göre, yüksek düzeyde yaşlanma anksiyetesi, beden farkındalığını ve duyarlılığını artırarak sıcak basması, uykusuzluk, anksiyete gibi semptomların şiddetini arttırabilir.(87)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı ve nicel çalışma olarak yapılmıştır. Çalışma 27.01.2025 ile 31.06.2023 tarihleri arasında, Uğurludağ Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Uğurludağ ilçesi Çorum merkeze 66 kilometre uzaklıkta olup kırsal bölgedir. 2024 yılı nüfusu 6280 civarındadır. Sağlık hizmetleri acil ve aile hekimliği birbirine entegre edilerek yürütülmekte ve ilçe merkezinde 4 aile

Bu çalışma için, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19/11/20224 tarihli, 2024-121 karar numarası ile onay alınmıştır. (Ek-1)

Bu çalışmayı yapabilmek için Çorum İl Sağlık Müdürlüğü'nden 24.01.2025 tarihli gerekli izin alınmıştır. (Ek-2)

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni; 27.01.2025 ile 31.06.2025 tarihleri arasında, Uğurludağ Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir sebeple başvuran, 45- 64 yaş arası menopoz dönemindeki kadınlardır.

Uğurludağ Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir sebeple başvuran ,45- 64 yaş arası menopoz dönemindeki kadınlardan dahil edilme ölçütlerine uyanlar çalışmaya dahil edildi. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında G power 3.1.9.2 programı kullanıldı ve α hata =0,05 ve $1-\beta$ hata=0,80 değerleri ile yapılan güç analiziyle belirlenen minimum katılımcı sayısı 236 olarak bulundu.

Katılımcı seçim ölçütleri şunlardır:

- 1) 45- 64 yaş arası olup, bir yıldan daha uzun süredir adet görmeyenler

- 2) Verilecek ölçekleri okuyup anlayacak düzeyde Türkçe okuma-yazma becerisi olan kişiler çalışmaya dahil edildi

Çalışmaya aşağıdaki durumlardaki hastalar dahil edilmemiştir:

- 1) Çalışmayı sürdüremeyecek düzeyde bilişsel işlev kaybı
- 2) Türkçe anlama, okuma, yazma becerisinde kısıtlılık
- 3) Ağır ve akut psikotik hastalık öyküsü

3.3. İşlem

Uğurludağ Aile Sağlığı Merkezi'ne 27.01.2025 ile 31.06.2025 tarihleri arasında hizmet almak üzere başvuran hastalardan, araştırmaya dahil etme ölçütlerine uyan 270 kişi poliklinik kayıtları esnasında araştırmacıya yönlendirilmiştir. Katılımcılara araştırmacı tarafından poliklinikte yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırma içeriği, aydınlatılmış onam formu ve ölçüm araçları ile ilgili bilgi verilmiştir. Bilgilendirme sonrası 270 hastadan 245 tanesi çalışmayı kabul etmiş ve aydınlatılmış onam formunu okuyup onaylamıştır. 25 kişi vakitleri olmadığından çalışmaya katılmadı. Katılımcılara aile sağlığı merkezi içerisinde müsait bir oda tahsis edilerek anketleri doldurmaları istendi. Katılımcılara anket ve formlara isimlerini yazmamaları gerektiği uyarı yapıldı. Doldurulan form ve anketleri önceden belirlenen ortak kutuya atmaları istenmiştir. Hiçbir katılımcı veri toplama araçlarını alıp eve götürmedi.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde; bilgilendirilmiş onamın okunması ve imzalanmasının ardından, Sosyo-Demografik Veri Formu (Ek-3), Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (Ek-4) ve Yaşlanmaya Yönelik Anksiyete Ölçeği (Ek-5)'ni içeren veri toplama araçları verildi.

3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan formda katılımcıların sosyodemografik bilgileri yer almaktadır.

3.4.2. Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Schneider ve arkadaşları tarafından 1992 yılında menopoza bağlı semptomların şiddetini belirlemek amacıyla ilk kez Almanca olarak geliştirilmiştir ve 1996 yılında İngilizce'ye çevrilmiştir.(88) Ülkemizde 2005 yılında Gürkan tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin genel Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır. MDSÖ' nün alt boyutlarındaki Cronbach Alfa değerleri; somatik semptomlar için 0,65, psikolojik semptomlar için 0,79 ve ürogenital semptomlar için ise 0,72 olarak bulunmuştur. Ölçekte, menopoz semptomlarını içeren toplam 11 madde bulunan Likert tipi sorular yer almaktadır. Her bir soru için "0= Hiç yok", "1= Hafif", "2= Orta", "3= Şiddetli" ve "4= Çok şiddetli" seçenekleri bulunmaktadır. MDSÖ' den alınabilecek puan aralığı 0 (en düşük) ile 44 (en yüksek) arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanının artışı, menopoz semptomlarının şiddetinin arttığını göstermektedir.(89)

3.4.3. Yaşlanmaya Yönelik Anksiyete Ölçeği

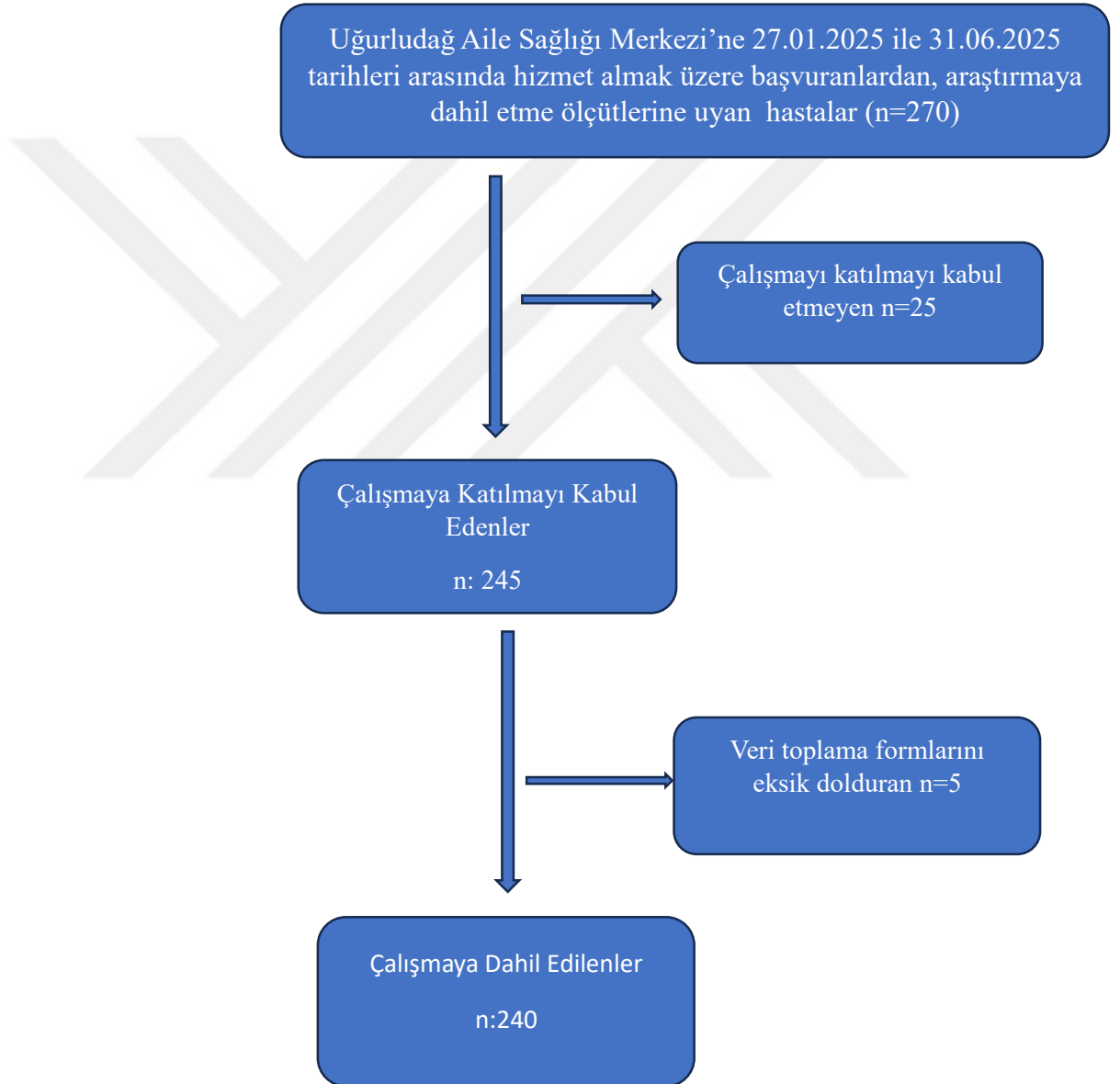
Yaşlanmaya Yönelik Anksiyete Ölçeği (YYAÖ), bireylerin yaşlanma sürecine ilişkin kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, Lasher ve Faulkender (1993) tarafından geliştirilen "Anxiety About Aging Scale" temel alınarak hazırlanmıştır.(90) Türkçeye Işıl Kalaycı tarafından uyarlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması özellikle menopoz dönemindeki kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Toplam 16 maddeden oluşan ölçek, dört alt boyut içerir: fiziksel görünümle ilgili kaygı, yaşlanmaya dair psikolojik endişeler, kayıp korkusu ve yaşlı korkusu. Katılımcılar her bir maddeye beşli Likert tipi bir derecelendirme ile cevap verir (Kesinlikle Katılıyorum'dan Kesinlikle Katılmıyorum'a kadar). Ölçekten alınabilecek toplam puan 20 ile 100 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar yaşlanma anksiyetesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.828 olarak belirlenmiş olup, bu değer ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır.(91)

3.5. İstatistiksel analiz

Araştırmada elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 30 programı kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler için ortanca, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma ile, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde ile ifade edildi. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı; anlamlı fark saptanan durumlarda Bonferroni düzeltilmeli post-hoc analiz uygulandı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler, Spearman korelasyon analizi (*Korelasyon katsayısı: 0-0.20, zayıf korelasyon; 0.21-0.40, düşük/orta korelasyon; 0.41-0.60, orta korelasyon; 0.61-0.80, önemli/güçlü korelasyon ve 0.81-1.0, mükemmel yakın korelasyon*) ile değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR



Şekil 1: Örneklem Akış Şeması

270 kişiye tez konusu, anketler ve onam formu hakkında bilgilendirme yapıldı. 25 kişi vakitleri olmadığı için katılmak istemediğini beyan etti. 245 kişiye anket verilmiştir. 5 katılımcı veri toplama araçlarını eksik doldurmuştur. Çalışma 240 katılımcı ile gerçekleşmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması $56,34\pm 4,89$ olup ortanca yaş 55'tir. Ortalama boy $156,63\pm 6,64$ cm, kilo $80,36\pm 15,6$ kg ve vücut kitle indeksi (VKİ) $32,82\pm 6,44$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ortanca VKİ değeri 32,2'dir.

Toplam gebelik sayısı ortalama $3,75\pm 1,84$, ortanca 3'tür. Yaşayan çocuk sayısı ortalama $2,63\pm 1,2$ iken birlikte yaşanan çocuk sayısı ortalama $0,54\pm 0,8$ olup ortanca değer 0'dır.

Tablo 1. Katılımcıların yaş, antropometrik ve doğurganlık özellikleri

	Ortanca (Min.-maks.)	Ort. \pm SS
Yaş	55 (45-64)	$56,34\pm 4,89$
Boy (cm)	156 (130-175)	$156,63\pm 6,64$
Kilo (kg)	78 (50-120)	$80,36\pm 15,6$
VKİ	32,2 (20,55-52,33)	$32,82\pm 6,44$
Toplam gebelik sayısı	3 (0-9)	$3,75\pm 1,84$
Yaşayan çocuk sayısı	3 (0-8)	$2,63\pm 1,2$
Birlikte yaşanan çocuk sayısı	0 (0-3)	$0,54\pm 0,8$

Katılımcıların %90,83'ü ilkokul mezunudur ve %91,25'i çalışmamaktadır. Eşlerin büyük kısmı emekli (%48,33) veya serbest meslek sahibidir (%34,58). Aile tipi olarak çekirdek aile %81,25 ile baskındır. Gelir durumu çoğunlukla orta düzeyde (%57,92) belirtilmiştir. Katılımcıların %49,58'i kilosunu normal, %45'i fazla kilolu olarak tanımlamaktadır. Sigara içmeyenlerin oranı %96,25'tir. Kronik hastalık bildirim oranı %52,08 iken kadın hastalığı geçirenlerin oranı %10'dur. Aynı oranda katılımcı kadın hastalığı nedeniyle TAH-BSO operasyonu geçirmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n (%)
Eğitim düzeyi	İlkokul	218 (90,83)
	Ortaokul	16 (6,67)
	Lise	6 (2,5)
	Üniversite	0 (0)
	Lisans üstü	0 (0)
Çalışma durumu	Çalışmıyor	219 (91,25)
	Çalışıyor	10 (4,17)
	Emekli	11 (4,58)
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	149 (62,08)
	Ortaokul	33 (13,75)
	Lise	38 (15,83)
	Üniversite	20 (8,33)
	Lisans üstü	0 (0)
Eş mesleği	Memur	15 (6,25)
	İşçi	26 (10,83)
	Serbest meslek	83 (34,58)
	Emekli	116 (48,33)
Aile tipi	Çekirdek	195 (81,25)
	Geniş	45 (18,75)
Gelir durumu	Düşük	98 (40,83)
	Orta	139 (57,92)
	Yüksek	3 (1,25)
Vücut ağırlığını nasıl tanımlar	Zayıf	11 (4,58)
	Normal	119 (49,58)
	Fazla kilolu	108 (45)
	Aşırı kilolu	2 (0,83)
Sigara	İçiyor	9 (3,75)
	İçmiyor	231 (96,25)
Kronik hastalık	Var	125 (52,08)
	Yok	115 (47,92)
Kadın hastalıkları	Var	24 (10)
	Yok	216 (90)
Kadın hastalığı ile ilgili herhangi bir ameliyat geçirdi mi?	Evet	24 (10)
	Hayır	216 (90)

Katılımcıların %47,08'i menopozla ilgili hiç bilgi almadığını belirtmiştir. %92,08'i 1 yıldan uzun süredir menopozdadır ve %91,25'i doğal yollarla menopoza girmiştir. Bitkisel ürün veya özel diyet kullananlar sadece %1,25'tir.

Hormon replasman tedavisi (HRT) kullanan bulunmazken %6,67'si geçmişte HRT kullandığını belirtmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların menopoza ilişkin bilgileri

		n (%)
Menopoza yönelik bilgi aldı mı?	Evet, menopoz öncesi	68 (28,33)
	Evet, menopoz sonrası	59 (24,58)
	Hayır	113 (47,08)
Menopoz evresi	1 yıldır adet görmüyor	19 (7,92)
	1 yıldan fazla süredir	
Menopoza girme yolu	menopozda	221 (92,08)
	Doğal	219 (91,25)
Menopoz semptomlarını azaltmaya yönelik bitkisel ürün/ özel diyet kullanıyor mu?	Cerrahi	21 (8,75)
	Hayır	237 (98,75)
Doktor tarafından önerilen menopozla yönelik Hormon Replasman Tedavisini (HRT) alıyor mu?	Evet	3 (1,25)
	Almadım	224 (93,33)
	Alıyorum	0 (0)
	Daha önce almıştım	16 (6,67)

Katılımcıların MSDÖ somatik şikayetler alt boyut puanı ile YYAÖ yaşlı korkusu, fiziksel görünümle ilgili kaygı alt boyut puanları arasında negatif yönlü düşük orta düzeyde korelasyon saptandı. MSDÖ somatik şikayetler alt boyut puanı ile YYAÖ yaşlanma ile ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptandı. MSDÖ somatik şikayetler alt boyut puanı ile YYAÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptandı.

Katılımcıların MSDÖ psikolojik şikayetler alt boyut puanı ile YYAÖ yaşlı korkusu alt boyut puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptandı. MSDÖ psikolojik şikayetler alt boyut puanı ile YYAÖ fiziksel görünümle ilgili kaygı ve yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu alt boyut puanı arasında negatif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı. MSDÖ psikolojik şikayetler alt boyut puanı ile YYAÖ yaşlanma ile ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı.

Katılımcıların MSDÖ ürogenital şikayetler alt boyut puanı ile YYAÖ yaşlı korkusu alt boyut puanı arasında negatif yönlü düşük/orta düzeyde, yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu ve YYAÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptandı.

Katılımcıların MSDÖ toplam puanı ile YYAÖ yaşlanma ile ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptandı. MSDÖ toplam puanı ile YYAÖ fiziksel görünümle ilgili kaygı ve yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu alt boyut puanı arasında negatif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı.

Tablo 4. Katılımcıların MSDÖ ve YYAÖ puanlarının ilişkisi

		Yaşlı Korkusu	Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu	Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı	Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler	YYAÖ toplam puanı
Somatik Şikayetler	r	0,055	-0,295	-0,203	0,161	-0,117
	p	0,398	<0,001	0,002	0,012	0,071
Psikolojik Şikayetler	r	0,176	-0,315	-0,210	0,254	-0,054
	p	0,006	<0,001	0,001	<0,001	0,403
Ürogenital Şikayetler	r	-0,227	-0,136	-0,027	-0,003	-0,170
	p	<0,001	0,035	0,681	0,961	0,008
MSDÖ toplam puanı	r	0,067	-0,328	-0,209	0,188	-0,124
	p	0,300	<0,001	0,001	0,003	0,054

Spearman korelasyon analizi

Tablo 5. Katılımcıların menopozal semptomları değerlendirme ölçeği (MSDÖ) ve alt boyut puanları

	Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS
Somatik Şikayetler	5 (0-15)	5,27±2,99
Psikolojik Şikayetler	5 (0-13)	5,69±3,29
Ürogenital Şikayetler	1 (0-8)	1,47±1,87
MSDÖ toplam puanı	11 (1-32)	12,43±6,91

Katılımcıların yaşlı korkusu alt boyut puan ortalaması 9,07±3,94, yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu alt boyut puan ortalaması 10,68±4,11, fiziksel görünümle ilgili kaygı alt boyut puan ortalaması 8,54±3,00 ve yaşlanmayla ilgili psikolojik endişeler alt boyut puan ortalaması 7,58±2,47'dir. YYAÖ toplam puanı ortalama 35,87±9,12, ortanca değer 37'dir.

Tablo 6. Katılımcıların yaşlanmaya yönelik anksiyete ölçeği (YYAÖ) ve alt boyut puanları

	Ortanca (Min.-maks.)	
	Ort.±SS	
Yaşlı Korkusu	8 (5-25)	9,07±3,94
Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu	12 (4-20)	10,68±4,11
Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı	8 (3-15)	8,54±3
Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler	8 (4-16)	7,58±2,47
YYAÖ toplam puanı	37 (18-66)	35,87±9,12

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre MSDÖ somatik ve psikolojik şikayetler alt boyut puanları karşılaştırıldığında, psikolojik şikayetler puanları ilkökul mezunu olanlarda ve eşi ilkökul mezunu olanlarda daha yüksek bulunmuştur. 45-51 yaş grubundakilerin somatik şikayetler alt boyut puanı 52-58 yaş grubundan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ayrıca çalışan kadınların somatik şikayetler puanları emeklilere göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Eşi emekli olan kadınların psikolojik şikayetler puanları da eşi serbest meslek olarak çalışanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 7. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre MSDÖ Somatik Şikayetler ve Psikolojik Şikayetler alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Somatik Şikayetler		p	Psikolojik Şikayetler		p
		Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS		Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS	
Yaş grubu	45-51	6 (2-10)	5,76±2,44	^b0,015*	6 (0-11)	5,93±2,58	^b 0,185
	52-58	4 (0-15)	4,76±3,06		5 (0-12)	5,34±3,54	
	59-64	5 (0-11)	5,66±3,11		7 (0-13)	6,01±3,28	
VKİ	30 altı	4 (0-15)	5,34±3,34	^a 0,890	5 (0-13)	5,61±3,47	^a 0,870
	30 ve üstü	5 (0-13)	5,23±2,8		5 (0-13)	5,74±3,19	
Eğitim düzeyi	İlkökul	5 (0-15)	5,34±3	^a 0,217	6 (0-13)	5,83±3,37	^a0,023*
	Ortaokul/lise	4 (0-11)	4,55±2,87		4 (2-8)	4,36±1,94	
Eş eğitim düzeyi	İlkökul	5 (0-13)	5,56±3,07	^a 0,054	6 (0-13)	5,95±3,33	^a0,038*
	Ortaokul/lise/üniversite	4 (0-15)	4,8±2,82		4 (0-12)	5,26±3,18	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	5 (0-13)	5,24±2,9	^b0,011*	5 (0-13)	5,63±3,29	^b 0,750
	Çalışıyor	8 (2-15)	8±4,47		4 (4-11)	6,8±3,61	

Eş mesleği	Emekli	3 (2-6)	3,45±1,51	^b 0,813	4 (3-10)	5,82±3,06	^b 0,020*
	Memur	5 (1-7)	4,8±1,97		5 (2-9)	5,33±2,23	
	İşçi	5 (0-11)	4,62±2,87		5 (1-13)	5,31±3,12	
	Serbest meslek	4 (0-11)	5,35±3,3		5 (0-12)	4,9±2,98	
Aile tipi	Emekli	5 (1-15)	5,42±2,91	^a 0,221	7 (0-12)	6,39±3,52	^a 0,635
	Çekirdek	4 (0-13)	5,14±2,94		5 (0-13)	5,66±3,42	
	Geniş	5 (2-15)	5,82±3,21		5 (0-11)	5,84±2,65	
Gelir durumu	Düşük	5 (0-11)	5,65±2,97	^a 0,093	6 (0-12)	5,87±3,21	^a 0,411
	Orta	4 (0-15)	5,07±2,99		5 (0-13)	5,67±3,31	
	Zayıf	6 (1-9)	5,45±3,01		7 (2-9)	5,73±2,69	
Vücut ağırlığını nasıl tanımlar	Normal	4 (0-15)	5,38±3,37	^b 0,934	6 (0-13)	6,02±3,68	^b 0,332
	Fazla kilolu	5 (2-11)	5,19±2,53		5 (0-12)	5,36±2,86	
	İçiyor	8 (3-9)	6,67±2,35		8 (3-11)	6,67±3,24	
Sigara	İçmiyor	5 (0-15)	5,22±3,01	^a 0,086	5 (0-13)	5,65±3,29	^a 0,424
	Var	5 (0-15)	5,1±2,99		5 (0-13)	5,46±3,24	
Kronik hastalık	Yok	5 (1-15)	5,45±3	^a 0,505	6 (0-12)	5,95±3,33	^a 0,307
	Var	4 (1-11)	5,17±3,31		7 (1-9)	4,96±3,09	
Kadın hastalıkları	Yok	5 (0-15)	5,28±2,97	^a 0,698	5 (0-13)	5,77±3,3	^a 0,353

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$

^bKruskal Wallis testi

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre MSDÖ toplam puanı ve ürogenital şikayetler alt boyut puanları karşılaştırıldığında, eşi ilkökul mezunu olan kadınların her iki puanı da anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışan kadınların ürogenital şikayetler puanları çalışmayan ve emekli olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Ürogenital şikayetler puanları, kronik hastalığı olmayan kadınlarda, olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$). Yaş grubuyla ürogenital şikayetler alt boyutu ve MSDÖ toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki gözlenirken Bonferroni düzeltilmeli post-hoc analizlerde ikili gruplar arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Tablo 8. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre MSDÖ toplam puanı ve Ürogenital Şikayetler alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Ürogenital Şikayetler			MSDÖ toplam puanı		
		Ortanc		P	Ortanca		P
		a (Min.-maks.)	Ort.±SS		(Min.-maks.)	Ort.±SS	
Yaş grubu	45-51	1 (0-6)	1,83±2,01	^b 0,028*	11 (4-26)	13,52±5,69	^b 0,016*
	52-58	1 (0-8)	1,26±1,96		10 (1-32)	11,36±7,43	
	59-64	1 (0-6)	1,55±1,62		14 (3-29)	13,22±6,7	
VKİ	30 altı	1 (0-8)	1,51±1,86	^a 0,909	11 (1-29)	12,46±7,56	^a 0,871
	30 ve üstü	1 (0-8)	1,45±1,87		11 (2-32)	12,42±6,55	
	İlkökul	1 (0-8)	1,5±1,93	^a 0,811	12 (1-32)	12,67±7,11	^a 0,152

Eğitim düzeyi	Ortaokul/lise	1 (0-3)	1,14±0,94		10 (4-17)	10,05±3,91	
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	1 (0-8)	1,79±2,08	^a <0,001*	11 (1-32)	13,3±7,42	^a 0,030*
	Ortaokul/lise			**			
	/üniversite	0 (0-5)	0,95±1,29		11 (2-29)	11,01±5,75	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	1 (0-8)	1,45±1,88	^b 0,012*	11 (1-32)	12,32±6,82	^b 0,091
	Çalışıyor	3 (1-6)	2,8±1,93		15 (7-29)	17,6±8,98	
Eş mesleği	Emekli	1 (0-1)	0,64±0,5		6 (6-15)	9,91±4,5	
	Memur	0 (0-6)	1,13±2,03	^b 0,003**	11 (3-22)	11,27±5,35	^b 0,267
	İşçi	0 (0-5)	0,77±1,34		10 (2-29)	10,69±6,62	
	Serbest meslek	1 (0-8)	2,06±2,14		10 (1-26)	12,31±7,44	
	Emekli	1 (0-8)	1,25±1,63		14 (2-32)	13,06±6,75	
Aile tipi	Çekirdek	1 (0-8)	1,45±1,81	^a 0,832	11 (1-32)	12,25±6,99	^a 0,401
	Geniş	1 (0-8)	1,56±2,12		11 (4-29)	13,22±6,6	
Gelir durumu	Düşük	1 (0-8)	1,56±1,94	^a 0,816	13 (2-26)	13,08±6,8	^a 0,228
	Orta	1 (0-8)	1,44±1,82		11 (1-32)	12,18±6,92	
Vücut ağırlığını nasıl tanımlar	Zayıf	4 (0-8)	3,27±3	^b 0,174	17 (3-26)	14,45±8,56	^b 0,596
	Normal	1 (0-8)	1,35±1,7		12 (1-32)	12,75±7,56	
	Fazla kilolu	1 (0-6)	1,43±1,84		11 (3-25)	11,98±5,97	
Sigara	İçiyor	1 (0-1)	0,56±0,53	^a 0,175	17 (6-20)	13,89±5,53	^a 0,343
	İçmiyor	1 (0-8)	1,51±1,89		11 (1-32)	12,38±6,96	
Kronik hastalık	Var	1 (0-6)	1,1±1,4	^a 0,015*	11 (1-29)	11,66±6,61	^a 0,110
	Yok	1 (0-8)	1,87±2,21		12 (1-32)	13,27±7,17	
Kadın hastalıklar	Var	0 (0-8)	1,75±2,57	^a 0,409	10 (2-26)	11,88±7,98	^a 0,480
	Yok	1 (0-8)	1,44±1,77		11 (1-32)	12,5±6,8	

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

^bKruskal Wallis testi

Sosyodemografik değişkenlere göre YYAÖ yaşlı korkusu ve yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu alt boyut puanları incelendiğinde, sigara içen kadınların yaşlı korkusu puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kronik hastalığı olan kadınların yaşlı korkusu alt boyut puanları da olmayanlara göre daha yüksektir. Eşi emekli olanların yaşlı korkusu alt boyut puanı eşi serbest meslek olarak çalışanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti. Gelir düzeyi orta olanların yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu alt boyut puanı düşük gelirli olanlara göre anlamlı düzeyde yüksekti. Vücut ağırlığını normal olarak tanımlayanların yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu puanı zayıf olarak tanımlayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 9. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre YYAÖ Yaşlı Korkusu ve Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Yaşlı Korkusu				Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu			
		Ortanca		P	Ortanca		P		
		(Min.-maks.)	Ort.±SS		(Min.-maks.)	Ort.±SS			
Yaş grubu	45-51	8 (5-25)	8,91±4,49	^b 0,467	10 (4-17)	9,98±4,09	^b 0,272		
	52-58	8 (5-19)	8,93±3,86		12 (4-20)	11,07±4,09			
	59-64	9 (5-18)	9,33±3,75		11 (4-20)	10,56±4,15			
VKİ	30 altı	8 (5-19)	8,76±4,06	^a 0,197	12 (4-18)	11,18±4,16	^a 0,144		
	30 ve üstü	9 (5-25)	9,23±3,87		11 (4-20)	10,41±4,08			
Eğitim düzeyi	İlkokul	8 (5-25)	9,1±4	^a 0,946	11 (4-20)	10,55±4,19	^a 0,089		
	Ortaokul/lise	10 (5-14)	8,77±3,24		13 (7-16)	12±3,09			
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	8 (5-25)	8,82±3,98	^a 0,123	12 (4-18)	10,73±4,11	^a 0,757		
	Ortaokul/lise	9 (5-19)	9,47±3,85		10 (4-20)	10,6±4,13			
Çalışma durumu	Çalışmıyor	8 (5-19)	8,85±3,59	^b 0,358	11 (4-20)	10,61±4,07	^b 0,195		
	Çalışıyor	11 (5-25)	12±7,77		13 (9-17)	12,8±2,7			
	Emekli	11 (5-17)	8		7 (5-18)	10,18±5,64			
Eş mesleği	Memur	8 (5-14)	8,53±3,42	^b <0,001 [*] ^{**}	10 (4-14)	9,53±3,58	^b 0,060		
	İşçi	7 (5-13)	8,31±3,2		8 (4-18)	10,23±5,69			
	Serbest meslek	7 (5-14)	7,17±2,26		10 (4-17)	9,9±3,8			
	Emekli	10 (5-25)	2		12 (4-20)	11,49±3,87			
Aile tipi	Çekirdek	8 (5-25)	8,9±3,86	^a 0,182	11 (4-20)	10,63±4,15	^a 0,587		
	Geniş	10 (5-19)	9,8±4,23		12 (4-16)	10,91±3,98			
Gelir durumu	Düşük	9 (5-25)	9,29±4,26	^a 0,609	9 (4-20)	9,97±4,42	^a 0,026 [*]		
	Orta	8 (5-19)	8,91±3,74		12 (4-18)	11,14±3,86			
Vücut ağırlığını nasıl tanımlar	Zayıf	6 (5-8)	6,45±1,04	^b 0,060,	7 (4-14)	7,55±3,5	^b <0,001 ^{***}		
	Normal	9 (5-25)	9,54±4,36		12 (4-18)	11,94±3,56			
	Fazla kilolu	8 (5-18)	8,81±3,54		9 (4-20)	9,65±4,33			
Sigara	İçiyor	14 (6-19)	13,33±4,6	^a 0,005 ^{**}	9 (5-13)	9±2,83	^a 0,230		
	İçmiyor	8 (5-25)	8,9±3,82		12 (4-20)	10,75±4,15			
Kronik hastalık	Var	9 (5-19)	9,45±3,76	^a 0,031 [*]	11 (4-20)	10,56±4,19	^a 0,612		
	Yok	8 (5-25)	8,65±4,1		12 (4-18)	10,82±4,05			
Kadın hastalıkları	Var	8 (5-17)	8±3,18	^a 0,188	10 (4-17)	9,87±4,86	^a 0,427		
	Yok	9 (5-25)	9,19±4		12 (4-20)	10,77±4,03			

^aMann Whitney U testi, ^{*} $p < 0,05$, ^{**} $p < 0,01$, ^{***} $p < 0,001$

^bKruskal Wallis testi

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre YYAÖ fiziksel görünümle ilgili kaygı ve yaşlanma ile ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi ilkokulun üzerinde olan kadınların fiziksel görünümle ilgili kaygı alt boyut puanı anlamlı düzeyde daha yüksekti. Eşi ilkokul mezunu olan kadınların yaşlanma ile ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca geniş aile yapısına sahip olanların yaşlanma ile ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanı çekirdek aileye sahip olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti. Gelir durumu orta olanların, kadın hastalığı geçirmeyenlerin fiziksel görünümle ilgili kaygı alt boyut puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Vücut ağırlığını normal ve fazla kilolu olarak değerlendirenlerin fiziksel görünümle ilgili kaygı alt boyut puanı zayıf olarak değerlendirenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Vücut ağırlığını normal olarak değerlendirenlerin yaşlanmayla ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanı zayıf ve fazla kilolu olarak değerlendirenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,01). Yaş grubuyla Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki gözlenirken Bonferroni düzeltilmeli post-hoc analizlerde ikili gruplar arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Tablo 10. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre YYAÖ Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı ve Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı		P	Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler		P
		Ortanca	P		Ortanca	P	
		(Min.-maks.)	Ort.±SS		(Min.-maks.)	Ort.±SS	
Yaş grubu	45-51	8 (3-13)	7,93±2,88	b0,033*	8 (4-16)	7,41±2,62	b0,492
	52-58	9 (3-15)	9,09±2,93		8 (4-13)	7,51±2,37	
	59-64	8 (3-15)	8,15±3,07		8 (4-12)	7,76±2,54	
VKİ	30 altı	8 (3-15)	8,19±2,87	^a 0,112	8 (4-11)	7,76±1,89	^a 0,131
	30 ve üstü	9 (3-15)	8,73±3,06		7 (4-16)	7,48±2,74	
Eğitim düzeyi	İlkokul	8 (3-15)	8,31±2,99	a<0,001***	8 (4-16)	7,66±2,45	^a 0,196
	Ortaokul/lise	12 (8-14)	10,77±2,18		7 (4-11)	6,86±2,59	
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	9 (3-15)	8,34±3,19	^a 0,535	8 (4-16)	7,91±2,58	a0,023*
	Ortaokul/lise /üniversite	8 (3-15)	8,86±2,65		7 (4-11)	7,04±2,19	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	8 (3-15)	8,47±3	b0,818	8 (4-13)	7,49±2,37	b0,097
	Çalışıyor	8 (7-12)	9±1,89		9 (6-16)	9,8±3,55	
	Emekli	8 (5-15)	9,55±3,86		6 (5-11)	7,36±2,58	
Eş mesleği	Memur	8 (5-12)	8,73±2,46	b0,032*	7 (5-8)	6,6±1,35	b<0,001*
	İşçi	7 (3-14)	7±3,37		5 (4-13)	6,31±2,78	
	Serbest meslek	9 (3-14)	8,49±3,05		7 (4-13)	6,99±2,33	
	Emekli	9 (3-15)	8,89±2,87		8 (4-16)	8,42±2,34	
Aile tipi	Çekirdek	8 (3-15)	8,49±3,08	^a 0,615	8 (4-16)	7,43±2,46	a0,048*

Gelir durumu	Geniş	9 (4-13)	8,73±2,67		8 (4-13)	8,27±2,43	
	Düşük	8 (3-15)	7,83±3,3	^a 0,003**	7 (4-16)	7,63±2,96	^a 0,444
	Orta	9 (3-15)	8,96±2,68		8 (4-12)	7,56±2,1	
Vücut ağırlığını nasıl tanımlar	Zayıf	4 (3-8)	5,09±1,97	^b <0,001***	7 (5-8)	6,55±1,29	^b <0,001*
	Normal	9 (3-15)	9,15±2,65		9 (4-16)	8,64±2,28	*
	Fazla kilolu						
Sigara	İçiyor	8 (3-15)	8,2±3,21		6 (4-13)	6,54±2,3	
	İçmiyor	8 (7-12)	8,44±2,07	^a 0,598	10 (5-10)	8,44±2,13	^a 0,164
Kronik hastalık	Var	9 (3-15)	8,54±3,04		8 (4-16)	7,55±2,48	
	Yok	8 (3-15)	8,69±3	^a 0,403	8 (4-13)	7,54±2,43	^a 0,789
Kadın hastalıkları	Var	8 (3-15)	8,37±3,01		8 (4-16)	7,63±2,53	
	Yok	8 (3-12)	7,29±2,99	^a 0,046*	7 (5-12)	7,38±1,86	^a 0,639
		9 (3-15)	8,68±2,98		8 (4-16)	7,61±2,53	

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

^bKruskal Wallis testi

YYAÖ toplam puanı sosyodemografik özelliklere göre değerlendirildiğinde, eşin meslek grubuna göre anlamlı fark saptanmış, emekli eşi olan kadınların puanlarının eşi serbest meslek ve işçi olarak çalışanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca gelir durumu orta düzeyde olan kadınların toplam puanları, düşük gelir grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Vücut ağırlığını normal olarak tanımlayan kadınların toplam YYAÖ puanı, zayıf olarak tanımlayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0,05$).

Tablo 11. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre YYAÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

		YYAÖ toplam puanı		
		Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS	p
Yaş grubu	45-51	35 (20-66)	34,24±10,6	^b 0,110
	52-58	38 (20-57)	36,61±8,1	
	59-64	38 (18-61)	35,81±9,5	
VKİ	30 altı	38 (21-61)	35,89±9,55	^a 0,866
	30 ve üstü	37 (18-66)	35,86±8,91	
Eğitim düzeyi	İlkokul	36 (18-66)	35,61±9,31	^a 0,092
	Ortaokul/lise	39 (25-47)	38,41±6,71	
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	37 (18-66)	35,81±9,71	^a 0,966
	Ortaokul/lise/üniv			
Çalışma durumu	ersite	37 (20-57)	35,98±8,13	
	Çalışmıyor	37 (18-57)	35,42±8,26	^b 0,186
	Çalışıyor	44 (30-66)	43,6±13,8	
Eş mesleği	Emekli	27 (23-61)	37,73±16,23	
	Memur	33 (20-47)	33,4±7,78	^b <0,001**
	İşçi	28 (20-49)	31,85±9,69	

	Serbest meslek	33 (18-49)	32,55±7,95	
	Emekli	40 (20-66)	39,47±8,65	
Aile tipi	Çekirdek	36 (18-66)	35,45±9,21	^a 0,066
	Geniş	38 (21-49)	37,71±8,58	
Gelir durumu	Düşük	34 (20-66)	34,71±10,22	^a 0,046*
	Orta	38 (18-61)	36,58±8,29	
Vücut ağırlığını nasıl tanımlar	Zayıf	23 (21-35)	25,64±4,97	^b <0,001**
	Normal	40 (22-66)	39,27±7,89	
	Fazla kilolu	33 (18-57)	33,2±9,17	
Sigara	İçiyor	41 (23-47)	39,22±9,51	^a 0,087
	İçmiyor	37 (18-66)	35,74±9,1	
Kronik hastalık	Var	38 (20-57)	36,23±8,63	^a 0,241
	Yok	36 (18-66)	35,48±9,65	
Kadın hastalıkları	Var	34 (18-44)	32,54±8,58	^a 0,121
	Yok	38 (20-66)	36,24±9,13	

^aMann Whitney U testi, * $p<0,05$, ** $p<0,001$

^bKruskal Wallis testi

Kadınların obstetrik ve menopoz özelliklerine göre MSDÖ somatik ve psikolojik şikayetler alt boyut puanları karşılaştırıldığında, yaşayan çocuk sayısı 3 ve üstünde olan kadınların her iki alt boyuttaki puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Psikolojik şikayetler puanı 3 ve üstü gebelik sayısı olanlarda gebeliği olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti. Ayrıca geçmişte HRT kullanan kadınların somatik ve psikolojik şikayetler puanları, hiç kullanmayanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,05$).

Tablo 12. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre MSDÖ Somatik Şikayetler ve Psikolojik Şikayetler alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Somatik Şikayetler			Psikolojik Şikayetler		
		Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS	p	Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS	p
Toplam gebelik sayısı	0	3 (0-9)	3,6±3,17	^b 0,111	4 (1-7)	3,4±2,37	^b 0,039*
	1-2	4 (1-10)	4,92±2,35		4 (0-12)	5,46±3,2	
	3 ve üstü	5 (0-15)	5,46±3,11		6 (0-13)	5,88±3,31	
Yaşayan çocuk sayısı	3 altı	4 (0-10)	4,41±2,41	^a <0,001	4 (0-12)	4,98±3,38	^a <0,001*
	3 ve üstü	6 (0-15)	6,05±3,26	**	7 (0-13)	6,33±3,07	*
Birlikte yaşanan çocuk sayısı	0	4 (0-11)	4,97±2,9	^b 0,128	5 (0-12)	5,41±3,35	^b 0,220
	1	6 (2-11)	5,48±2,65		6 (0-13)	6±2,95	
	2-3	5 (2-15)	6,3±3,73		5 (0-12)	6,45±3,46	
Menopoza yönelik bilgi aldı mı?	Evet,			^b 0,218			^b 0,240
	menopoz öncesi	6 (2-11)	5,59±2,56		5 (1-10)	5,26±2,42	
	Evet, menopoz sonrası	4 (0-13)	5,44±3,41		5 (0-12)	5,49±3,45	

Menopoz evresi	Hayır	4 (0-15)	4,99±3	^a 0,052	6 (0-13)	6,05±3,62	^a 0,274
	1 yıldır adet görmüyor	6 (2-9)	6,16±2,14		8 (0-12)	6,42±3,29	
Menopoza girme yolu	1 yıldan fazla süredir menopozda	4 (0-15)	5,19±3,05	^a 0,447	5 (0-13)	5,63±3,28	^a 0,201
	Doğal Cerrahi	5 (0-15)	5,29±2,95		5 (0-13)	5,79±3,28	
Doktor tarafından önerilen menopozu yönelik Hormon Replasman Tedavisini (HRT) alıyor mu?	Almadım	4 (1-11)	5,05±3,53	^a 0,013*	6 (1-9)	4,67±3,2	^a 0,013*
	Daha önce almıştım	4 (0-15)	5,17±3,03		5 (0-13)	5,55±3,29	
		7 (2-9)	6,63±2,06		8 (4-11)	7,63±2,53	

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

^bKruskal Wallis testi

Obstetrik ve menopoz özelliklerine göre MSDÖ toplam ve ürogenital şikayetler alt boyut puanları incelendiğinde, yaşayan çocuk sayısı fazla olan kadınlarda her iki puanın da anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Birlikte yaşadığı çocuk sayısı 2-3 olanların ürogenital şikayetler alt boyut puanı birlikte yaşadığı çocuk sayısı 0 olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti. Menopoza yönelik bilgi almayanların ürogenital şikayetler puanı menopoz sonrası bilgi alanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ayrıca daha önce HRT kullanmış olan kadınların toplam MSDÖ puanları anlamlı şekilde daha yüksekti ($p < 0,05$). Toplam gebelik sayısı ile MSDÖ toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanırken ikili gruplar arasında yapılan Bonferroni düzeltilmiş post-hoc analizlerde istatistiksel anlamlılık tespit edilememiştir.

Tablo 13. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre MSDÖ toplam puanı ve Ürogenital Şikayetler alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Ürogenital Şikayetler		MSDÖ toplam puanı		p	
		Ortanc a (Min.-maks.)	Ort.±SS	Ortanc a (Min.-maks.)	Ort.±SS		
Toplam gebelik sayısı	0	0 (0-6)	1,4±2,46	^b 0,245	6 (4-22)	8,4±7,23	^b 0,048*
	1-2	1 (0-6)	1,04±1,34		11 (1-25)	11,42±5,63	
	3 ve üstü	1 (0-8)	1,59±1,94		12 (2-32)	12,92±7,13	
Yaşayan çocuk sayısı	3 altı	0 (0-6)	0,92±1,46	^a <0,001	10 (1-26)	10,32±5,98	^a <0,001
	3 ve üstü	1 (0-8)	1,97±2,05	¹ ***	14 (2-32)	14,35±7,16	**
Birlikte yaşanan çocuk sayısı	0	1 (0-8)	1,18±1,51	^b 0,018*	11 (1-26)	11,56±6,5	^b 0,075
	1	1 (0-6)	1,61±2,01		12 (3-29)	13,09±6,41	

Menopoza yönelik bilgi aldı mı?	2-3	2 (0-8)	2,58±2,57	^b0,017*	13 (4-32)	15,33±8,67	^b 0,641
	Evet, menopoz öncesi	1 (0-4)	1,07±1,19		11 (3-21)	11,93±5,07	
	Evet, menopoz sonrası	0 (0-8)	1,32±2,18		10 (2-32)	12,25±8,17	
Menopoz evresi	Hayır	1 (0-8)	1,79±1,98	^a 0,611	13 (1-29)	12,83±7,19	^a 0,127
	1 yıldır adet görmüyor	1 (0-6)	1,68±1,95		13 (3-25)	14,26±5,78	
Menopoza girme yolu	1 yıldan fazla süredir menopozda	1 (0-8)	1,45±1,86	^a 0,071	11 (1-32)	12,28±6,99	^a 0,181
	Doğal	1 (0-8)	1,47±1,79		11 (1-32)	12,56±6,78	
	Cerrahi	0 (0-8)	1,43±2,6		9 (2-26)	11,14±8,29	
Doktor tarafından önerilen menopoza yönelik Hormon Replasman Tedavisini (HRT) alıyor mu?	Almadım	1 (0-8)	1,38±1,77	^a 0,127	11 (1-32)	12,11±6,86	^a 0,004**
	Daha önce almıştım						
		3 (0-6)	2,75±2,67		18 (6-26)	17±6,11	

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

^bKruskal Wallis testi

YYAÖ yaşlı korkusu ve yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu alt boyut puanları, obstetrik ve menopoz özelliklerine göre incelendiğinde, birlikte yaşanan çocuk sayısı 0 ya da 1 olanların yaşlı korkusu alt boyut puanı 2-3 olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Birlikte yaşadığı çocuk sayısı 0 olanların yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu alt boyut puanı 1 çocukla birlikte yaşayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 14. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre YYAÖ Yaşlı Korkusu ve Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu					
		Yaşlı Korkusu		p			
		Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS	Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS		
Toplam gebelik sayısı	0	8 (5-10)	7,4±2,17	^b 0,404	16 (7-17)	13±4,76	^b 0,127
	1-2	9 (5-15)	8,83±2,89		11 (4-16)	10,08±3,93	
	3 ve üstü	8 (5-25)	9,22±4,23		12 (4-20)	10,71±4,1	
Yaşayan çocuk sayısı	3 altı	9 (5-25)	9,18±3,86	^a 0,396	11 (4-17)	10,22±4,16	^a 0,152
	3 ve üstü	8 (5-19)	8,96±4,01		12 (4-20)	11,1±4,04	

Birlikte yaşanan çocuk sayısı	0	9 (5-19)	9,42±3,77	^b <0,001* *	12 (4-20)	11,13±4,05	^b 0,032
	1	9 (5-25)	9,46±4,64		9 (4-18)	9,46±4,37	
	2-3	5 (5-12)	6,79±2,42		11 (4-16)	10,7±3,64	
Menopoza yönelik bilgi aldı mı?	Evet, menopoz öncesi	8 (5-18)	8,76±3,85	^b 0,654	12 (4-20)	11,01±4,47	^b 0,616
	Evet, menopoz sonrası	8 (5-25)	9,15±4,25		11 (4-18)	10,42±4,05	
	Hayır	9 (5-19)	9,2±3,84		11 (4-18)	10,62±3,94	
Menopoz evresi	1 yıldır adet görmüyor	9 (5-18)	9,84±4,67	^a 0,634	9 (4-20)	10,63±5,27	^a 0,594
	1 yıldan fazla süredir menopozda	8 (5-25)	9±3,87		12 (4-18)	10,69±4,01	
	Doğal	9 (5-25)	9,16±3,98		^a 0,255	11 (4-20)	
Menopoza girme yolu	Cerrahi	8 (5-17)	8,14±3,38	^a 0,804	13 (4-17)	10,29±5,07	^a 0,872
	Doktor tarafından önerilen	8 (5-19)	8,97±3,64		12 (4-20)	10,68±4,14	
	Daha önce almıştım						
Replasman Tedavisini (HRT) alıyor mu?		7 (5-25)	10,38±6,9		11 (5-17)	10,75±3,86	

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

^bKruskal Wallis testi

Kadınların obstetrik ve menopoz özelliklerine göre YYAÖ fiziksel görünümle ilgili kaygı ve yaşlanma ile ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanları karşılaştırıldığında, menopoza yönelik bilgi alma durumu anlamlı fark yaratmış, bilgi almayan kadınların yaşlanmayla ilgili psikolojik endişeler alt boyut puanı menopoz öncesi ve sonrası bilgi alanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 15. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre YYAÖ Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı ve Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı	Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler
--	---------------------------------	--

		Ortanca (Min.-maks.)		p	Ortanca (Min.-maks.)		p
		Ort.±SS			Ort.±SS		
Toplam	0	10 (7-12)	9,4±1,84	^b 0,474	5 (5-9)	6,4±1,84	^b 0,377
gebelik sayısı	1-2	9 (3-14)	8,71±2,81		8 (4-11)	7,5±2,41	
	3 ve üstü	8 (3-15)	8,45±3,1		8 (4-16)	7,67±2,51	
Yaşayan	3 altı	8 (3-14)	8,25±2,72	^a 0,207	7 (4-16)	7,41±2,49	^a 0,196
çocuk sayısı	3 ve üstü	9 (3-15)	8,8±3,23		8 (4-13)	7,74±2,46	
Birlikte	0	9 (3-15)	8,75±2,95	^b 0,131	8 (4-12)	7,46±2,34	^b 0,091
yaşanılan	1	8 (3-15)	7,82±3,43		8 (4-16)	8,23±2,81	
çocuk sayısı	2-3	8 (4-13)	8,76±2,26		7 (4-13)	7,06±2,3	
Menopoza	Evet,			^b 0,072			^b 0,004*
yönelik bilgi	menopoz						
aldı mı?	öncesi	8 (3-15)	8,68±3,33		7 (4-13)	7,22±2,9	
	Evet,						
	menopoz						
	sonrası	10 (3-14)	9,08±2,87		7 (4-16)	7,12±2,43	
	Hayır	8 (3-15)	8,17±2,83		8 (4-13)	8,04±2,13	
Menopoz	1 yıldır			^a 0,282			^a 0,352
evresi	adet						
	görmüyor	9 (8-15)	9,58±2,5		8 (4-10)	6,95±1,99	
	1 yıldan						
	fazla						
	süredir						
	menopozda	8 (3-15)	8,45±3,03		8 (4-16)	7,64±2,51	
Menopoza	Doğal	9 (3-15)	8,61±3,01	^a 0,239	8 (4-16)	7,61±2,52	^a 0,492
girme yolu	Cerrahi	8 (3-12)	7,76±2,9		7 (5-12)	7,29±1,98	
Doktor	Almadım	9 (3-15)	8,58±3	^a 0,384	8 (4-13)	7,57±2,37	^a 0,637
tarafından	Daha önce						
önerilen	almıştım						
menopoza							
yönelik							
Hormon							
Replasman							
Tedavisini							
(HRT) alıyor							
mu?		8 (3-12)	7,88±3,07		7 (5-16)	7,75±3,71	

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,01$

^bKruskal Wallis testi

YYAÖ toplam puanları obstetrik ve menopoz özelliklerine göre karşılaştırıldığında, yalnızca birlikte yaşanılan çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı fark bulunmuştur. Birlikte yaşanılan çocuk sayısı 2-3 olanların puanı 0 olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlemlenmiştir ($p < 0,01$). Diğer değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 16. Kadınların Obstetrik ve Menopoz Özelliklerine Göre YYAÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

		YYAÖ toplam puanı		
		Ortanca (Min.-maks.)	Ort.±SS	p
Toplam gebelik sayısı	0	41 (25-46)	36,2±9,78	^b 0,780
	1-2	36 (20-47)	35,13±7,38	
	3 ve üstü	37 (18-66)	36,05±9,53	
Yaşayan çocuk sayısı	3 altı	35 (18-66)	35,06±8,95	^a 0,204
	3 ve üstü	38 (20-61)	36,6±9,25	
Birlikte yaşanan çocuk sayısı	0	39 (20-57)	36,76±7,95	^b 0,008*
	1	35 (18-66)	34,98±12,52	
	2-3	33 (24-49)	33,3±6,63	
Menopoza yönelik bilgi aldı mı?	Evet, menopoz öncesi	38 (20-57)	35,68±10,08	^b 0,797
	Evet, menopoz sonrası	36 (23-66)	35,78±8,61	
	Hayır	37 (18-61)	36,04±8,86	
Menopoz evresi	1 yıldır adet görmüyor	35 (24-57)	37±9,88	^a 0,764
	1 yıldan fazla süredir menopozda	38 (18-66)	35,77±9,07	
	Doğal	37 (20-66)	36,1±9,14	
Menopoza girme yolu	Cerrahi	36 (18-44)	33,48±8,79	^a 0,362
	Almadım	37 (18-61)	35,81±8,58	
Doktor tarafından önerilen menopozu yönelik Hormon Replasman Tedavisini (HRT) alıyor mu?	Daha önce almıştım	35 (20-66)	36,75±15,2	^a 0,867

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,01$

^bKruskal Wallis testi

5. TARTIŞMA

Çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların somatik, psikolojik ve ürogenital şikayetleri ile yaşlanmaya yönelik algıları; sosyodemografik, obstetrik ve menopoz özellikleri ile ilişkisi incelenmiştir. Bulgular, menopoz sürecine dair deneyimlerin sadece biyolojik değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerle şekillendiğini göstermektedir.

Somatik şikayetler, 45-51 yaş grubundaki kadınlarda daha yüksek puanlar saptanmış ve bu durum literatürle uyumludur. Menopoza geçiş dönemi başlangıcında östrojen düzeylerindeki ani düşüşün, başta sıcak basması, uyku bozuklukları ve kas-iskelet sistemi ağrıları olmak üzere birçok fiziksel belirtiyeye neden olduğu daha önceki çalışmalarla uyumludur.(92) Ayrıca çalışan kadınlarda somatik ve ürogenital şikayetlerin daha yüksek bulunması, iş stresi, yorgunluk gibi faktörlerin menopoz semptomlarını artırabileceğini düşündürmektedir. Zhao ve ark. (2019) tarafından yapılan perimenopozal semptomlar üzerine çalışan çalışmada, profesyonel işlerde çalışan kadınlarda somatik ve psikolojik semptomların tarımsal meslek yapan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiş; bu da iş stresi ve yorgunluk gibi iş yaşamına özgü faktörlerin semptomları artırabileceğini düşündürmektedir.(93)

Psikolojik şikayetler özellikle eğitim düzeyi düşük olan ve eşi ilkököl mezunu olan kadınlarda daha yüksektir. Eğitim seviyesi, bireylerin menopoz hakkında bilgi edinme, semptomları anlama ve baş etme becerilerini etkileyebilecek önemli bir etkidir. Literatürde de düşük eğitim düzeyinin daha yoğun depresif belirtiler ve kaygı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.(94) Eşi emekli olan kadınlarda psikolojik şikayetlerin daha fazla olması ise aile içi rollerde ki değişimin bu dönemdeki ruhsal durumu etkileyebileceğini göstermektedir.

Ürogenital şikayetlerin, kronik hastalığı olmayan kadınlarda daha fazla görülmesi beklenmedik bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerin genel sağlık algısının daha düşük olması nedeniyle menopozal semptomları ikincil planda tutmalarıyla açıklanabilir. Ancak literatürde bu ilişki net olarak tanımlanmamıştır.

Yaşlanmaya bakış açıları incelendiğinde; sigara içen, kronik hastalığı olan ve eşi emekli olan kadınlarda yaşlılık korkusunun daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum, yaşlılıkta ortaya çıkan fiziksel ve sosyal kayıplarla ilişkili olabilir. Ayrıca normal kiloda olduğunu belirten kadınlarda yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu puanlarının daha yüksek olması dikkat çekicidir. Görünüşe verilen önemin arttıkça, beden algısı ile yaşlanma kaygısının bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.(95)

Fiziksel görünümle ilgili kaygılar ve psikolojik endişeler açısından eğitim düzeyi yükseldikçe, bu tür kaygıların da arttığı gözlenmiştir. Literatürde de benzer şekilde, kadınların eğitim düzeyi ve sosyoekonomik statüsü yükseldikçe beden imajına yönelik kaygılarının arttığı gösterilmiştir.(96)

YYAÖ toplam puanları açısından değerlendirildiğinde; eşin meslek grubunun emekli olması, orta gelir düzeyinde olmak ve vücut ağırlığını normal olarak tanımlamak gibi faktörler, yaşlanmaya ilişkin bakışı daha olumsuz etkilemektedir. Bu durum maddi kaygıların artış göstermesi, buna karşın işgücünün azalmasına açısından anlamlı olabilir.

Obstetrik özellikler açısından ise gebelik ve doğum sayısının fazla olması, menopoz semptom puanlarını artırmıştır. Literatürde de benzer şekilde, çok sayıda doğum yapmanın hormonal dengenin bozulması, pelvik yapının zayıflaması ve fiziksel ve bakım yükü gibi mekanizmalarla menopoz semptomlarını artırabileceği belirtilmektedir.(97) Benzer şekilde, geçmişte HRT kullanmış olan kadınlarda somatik ve psikolojik şikayetlerin daha fazla olması semptomları daha fazla yaşamaya bağlı çare arama ve sonucunda tedavi başlanması açısından anlamlıdır.

Menopoza yönelik bilgi almamış kadınların hem ürogenital şikayet hem de yaşlanma ile ilgili psikolojik endişe puanlarının daha yüksek olması ise bilgi eksikliğinin etkilerini ortaya koymaktadır. Literatür bilgiye erişimin arttıkça, menopozun doğal bir süreç olarak algılanmasını desteklemektedir.(98)

Birlikte yaşanan çocuk sayısının az olması yaşlı korkusu ve yaşlanmayla ilgili kayıp korkusunu artıran önemli bir değişken olarak öne çıkmıştır. Aile ve sosyal destek azlığı, bireyin yaşlanma sürecine dair algısını önemli ölçüde etkilemektedir.(99)

Çalışmada menopoz semptomları ile yaşlanmaya yönelik anksiyete arasındaki ilişki incelenmiş, katılımcıların MSDÖ alt boyut puanları ile YYAÖ alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır.

Katılımcıların somatik şikayet puanları ile YYAÖ yaşlanma ile ilişkili kayıp korkusu ve fiziksel görünümle ilgili kaygı puanları arasında negatif yönlü, düşük/orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç, menopoz döneminde

bedensel rahatsızlıkları artan kadınların, görünüm veya işlev kaybı konusundaki korkularını daha az dile getiriyor olmaları ya da bu alandaki duyarlılıklarının azalmasıyla açıklanabilir. Öte yandan, somatik şikayetler ile yaşlanmaya dair psikolojik endişeler arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel semptomların artması, bireylerde yaşlanmaya dair kaygı düzeylerini artırıyor olabilir. Literatürde de menopoz dönemindeki fiziksel belirtilerin psikolojik durumu etkilediği, özellikle depresyon ve anksiyete düzeylerinin semptom şiddetiyle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.(100)

Psikolojik şikayetlerle yaşlılık korkusu ve yaşlanmaya dair endişeler arasındaki pozitif ilişki, ruhsal semptomları fazla olan kadınların yaşlanmayla ilgili kaygıları daha yoğun yaşadığını göstermektedir. Buna karşılık, psikolojik şikayetlerle kayıp korkusu ve fiziksel görünüm kaygısı arasındaki negatif ilişki ise, bu kadınların gelecekteki fiziksel ya da işlevsel kayıplardan çok, mevcut psikolojik sorunlara odaklandığını ya da bazı korkularını bastırdığını düşündürmektedir.(101)

Ürogenital semptomlar açısından değerlendirildiğinde, yaşlı korkusu, kayıp korkusu ve YYAÖ toplam puanları ile negatif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Değerlendirme yapılırken özellikle kırsal bölgelerde yaşayan kadınların, cinsel sağlıkla ilgili şikayetlerini saklaması, ifade etmemesi genel bir durumdur. Bu nedenle düşük korelasyon değerlerinin, semptomların azlığından değil, katılımcıların konuya dair mahremiyet durumu ve sosyo-kültürel çekinmeden kaynaklanmış olabileceği düşünülmelidir.(102) Bu durum, çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

MSDÖ toplam puanı ile yaşlanmaya dair psikolojik endişeler arasında pozitif yönlü, yaşlanmaya bağlı kayıp korkusu ve fiziksel görünümle ilgili kaygılar arasında ise negatif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Menopozal semptomların şiddeti arttıkça bireylerin yaşlanma sürecine dair ruhsal endişelerinin arttığını, buna karşın görünüm ya da kayıplarla ilgili korkularının azaldığını göstermektedir. Bu sonuç, bazı bireylerin yaşlanmayı doğal bir süreç olarak kabul ettiklerini veya yoğun fiziksel bulguların görünüm ve işlev kaybı gibi daha yüzeysel korkuların önüne geçtiğini düşündürebilir.

Sonuç olarak, bu çalışma menopoz semptomlarının yaşlanma algısını zayıf da olsa çok boyutlu etkilediğini ortaya koymaktadır. Bulgulara bakıldığında menopoz döneminin sadece doğurganlığın bitişi değil, birçok sistemin etkilendiği fiziksel ve psikolojik bir süreç olduğu açıktır. Bu süreçte yaşlanmaya yönelik pozitif bakılabilmesi ve menopozun sağlıklı yönetilmesine için danışmanlık hizmetlerinin artırılması, kadınların yaşam kalitesini iyileştirmede önemli rol oynayabilir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışma verileri yalnızca Çorum'un Uğurludağ ilçesindeki bir Aile Sağlığı Merkezinde toplanmış olup, elde edilen bulgular kırsal bir bölgeyi yansıtmaktadır. Bu durum, sonuçların daha büyük veya farklı sosyokültürel yapılara sahip topluluklara genellenmesini sınırlamaktadır.

Katılımcıların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olması ve çalışmıyor olması, farklı sosyodemografik özelliği bulunan bireylerin analiz edilmesini kısıtlamıştır.

Verilerin öz bildirim dayalı anketler aracılığıyla toplanmış olması, katılımcıların sosyal beklentilere uygun cevaplar verme, iyi görünme gibi eğiliminde olmalarına neden olmuş olabilir.

Son olarak, katılımcıların ürogenital yakınmalar gibi daha mahrem semptomları paylaşmada çekingen davranmış olabileceği düşünülmekte, bu da bazı semptomların olduğundan daha düşük bildirilmesine yol açmış olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların somatik, psikolojik ve ürogenital semptomları ile yaşlanma anksiyetesi arasındaki bağlantılar sosyodemografik, obstetrik ve menopoz özellikleri de dikkate alınarak incelenmiştir. Bulgulara bakıldığında menopozun sadece biyolojik bir geçiş süreci değil, aynı zamanda bireyin aile yapısı, eğitimi, ekonomik durumu gibi birçok faktörden etkilenen çok boyutlu bir süreç olduğunu ortaya koymuştur.

Gelecekte yapılacak araştırmalarda kırsal bölge harici ve farklı etnik köken ve kültürlerde de çalışmalar yapılmalıdır. Menopoz sürecinin fiziksel ve psikolojik birçok semptomu olduğundan bu döneme özel tarama-izlem çalışmaları yapılmalıdır. Özellikle kırsal bölgelerde cinsel sağlıkla ilgili veri toplamada gizliliğe riayet edecek çalışmalar planlanmalıdır. Ürogenital şikâyetlerin rahat ifade edilebilmesi için güvenli görüşme ortamları sağlanmalı, aile hekimlerine bu konuda yardımcı rol üstlenmelidir. Halka menopoz dönemine yönelik tv, radyo vb. kanallardan bilinçlendirme çalışmaları yapılmalı, broşürler dağıtılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Maki PM, Jaff NG. Brain fog in menopause: a health-care professional's guide for decision-making and counseling on cognition. *Climacteric*. 2022;25(6):570-8.
2. World Health Organization. Menopause [Internet]. 2022 [a.yer 23 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
3. Soares CN, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? *J Psychiatry Neurosci*. 2008;33(4):331.
4. US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Caughey AB, vd. Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022;328(17):1740-6.
5. Snowdon DA, Kane RL, Beeson WL, Burke GL, Sprafka JM, Potter J, vd. Is early natural menopause a biologic marker of health and aging? *Am J Public Health*. 1989;79(6):709-14.
6. Kirkwood TBL. Understanding the Odd Science of Aging. *Cell*. 2005;120(4):437-47.
7. Arslan K, Şahin H. Yetişkinlerin Yaşlılık Dönemi Korkusu ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Prem E-J Soc Sci PEJOSS*. 2024;8(41):565-71.
8. Bergman YS, Bodner E, Shrira A. Subjective nearness to death and end-of-life anxieties: the moderating role of ageism. *Aging Ment Health*. 2018;22(5):678-85.
9. WHO Scientific Group on Research on the Menopause in the 1990s (1994 : Geneva S, Organization WH. Research on the menopause in the 1990s : report of a WHO scientific group. World Health Organization; 1996. s. 1-107 p. (WHO technical report series ; 866).
10. Ertüngealp E., Seyisoğlu H. Menopoz ve Osteoporoz. Menopoz ve Osteoporoz Derneği Yayınları, İstanbul. 2000.
11. 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. *Sociol Health Illn*. 2003;25(2):185-207.
12. Oktem O, Urman B. Reproductive Life Cycle: Folliculogenesis And Menstruation. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2012;9(1):1-24.

13. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, vd. Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). J Womens Health Gend Based Med. 2001;10(9):843-8.
14. Taşkın L author. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Yedinci baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2021.
15. Sis Çelik A, Pasinlioğlu T. KLİMAKTERİK DÖNEMDE YAŞANAN SEMPTOMLAR VE HEMŞİRENİN ROLÜ. ERÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2013;1(1):50-6.
16. OKTAY KADAYIFÇI. Klimakterium Premenapoz Menapoz Postmenapoz Senium İkinci Bahar. 1. bs. 2006.
17. Tortumluoğlu G, Erci B. KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARA VERİLEN PLANLI SAĞLIK EĞİTİMİNİN MENOPOZAL YAKINMA, TUTUM VE SAĞLIK DAVRANIŞLARINA ETKİSİ. J Anatolia Nurs Health Sci. 2010;7(2):48-58.
18. Pınar G. Perimenopozal Kadınlarda Kontraseptif Kullanımı ve Karşılanmayan Kontrasepsiyon Gereksinimleri. Med Sci. 2011;6(1):1-8.
19. Nedim Çiçek, Tamer Mungan. Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. 943-63 s.
20. M. ÇİÇEK, Ç.ÇELİK, A.HABERAL, C. AKYÜREK. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ. istanbul: GÜNEŞ KİTABEVİ; 2006.
21. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: Long-term health consequences. Maturitas. 2010;65(2):161-6.
22. Arslan H, Altınsoy N. Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri İle İlgili Yakınmalar da Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi. Androloji Bül. 2004;(19):360-3.
23. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>. 2025;
24. Portaluppi F, Pansini F, Manfredini R, Mollica G. Relative Influence of Menopausal Status, Age, and Body Mass Index on Blood Pressure. Hypertension. 1997;29(4):976-9.
25. Polo-Kantola P, Rantala MJ. Menopause, a curse or an opportunity? An evolutionary biological view. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;98(6):687-8.
26. Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;81:3-7.
27. Gharaibeh M, Al-Obeisat S, Hattab J. Severity of menopausal symptoms of Jordanian women. Climacteric. 2010;13(4):385-94.
28. Simoni M, Gromoll J, Nieschlag E. The Follicle-Stimulating Hormone Receptor: Biochemistry, Molecular Biology, Physiology, and Pathophysiology*. Endocr Rev. 1997;18(6):739-73.

29. Topçuoğlu D, Topçuoğlu MA. Menopozda Cinsel Yaşamın Organik ve Psikolojik Yönü. Haseki Tıp Bül. 2004;42(3):177-82.
30. Gharaibeh M, Al-Obeisat S, Hattab J. Severity of menopausal symptoms of Jordanian women. Climacteric. 2010;13(4):385-94.
31. Erdem Ö. Menapoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve başatme yolları. 2006;
32. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. Am J Med. 2005;118(12):14-24.
33. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Menopause Menopause Transit. 2009;23(1):25-32.
34. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. Health Qual Life Outcomes. 2005;3(1):47.
35. Shaver JLF. The interface of depression, sleep, and vasomotor symptoms. Menopause. 2009;16(4):626-9.
36. Nelson HD. Commonly Used Types of Postmenopausal Estrogen for Treatment of Hot Flashes: Scientific Review. JAMA. 2004;291(13):1610.
37. Morelli V, Naquin C. Alternative Therapies for Traditional Disease States: Menopause. Am Fam Physician. 2002;1(66):29-34.
38. Huntley AL, Ernst E. A systematic review of herbal medicinal products for the treatment of menopausal symptoms. Menopause. 2003;10(5):465-76.
39. Ziaei S, Kazemnejad A, Zareai M. The Effect of Vitamin E on Hot Flashes in Menopausal Women. Gynecol Obstet Invest. 2007;64(4):204-7.
40. Lee MS, Shin BC, Ernst E. Acupuncture for treating menopausal hot flushes: a systematic review. Climacteric. 2009;12(1):16-25.
41. NCCIH [Internet]. [a.yer 24 Ağustos 2025]. Health Information. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health>
42. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. Menopause. 2008;15(5):958-62.
43. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. Nat Rev Endocrinol. 2018;14(4):199-215.
44. Cohen LS, Soares CN, Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. Am J Med. 2005;118(12):93-7.

45. Schneider HPG, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*. 2000;3(1):59-64.
46. Prof.Dr sevim DİNÇER CENGİZ, Prof.Dr Gamze Sinem ÇAĞLAR. MENOPOZ Multidisipliner Yaklaşım. C. 1. Modern Tıp Kitabevi; 2016. 1-8 s.
47. Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi PL, vd. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. *Menopause*. 2004;11(1):49-56.
48. EAU 2024 Cep Kılavuzu. Türk Ürol Derneği. 2017;2(43):75-82.
49. Phillips GH veTania J. Östrojen ve deri: Östrojen, menopoz ve hormon replasman tedavisinin deri üzerine etkileri. *J Am Acad Dermatol*. 2006;3(1):1-12.
50. URAL D. Postmenopozal Kardiyovasküler Hastalıklar. *Turk Klin Cardiol-Spec Top*. 2014;7(3):14-20.
51. Tuncer T. Osteoporoz Patofizyolojisi. *Turk Klin J Phys Med Rehabil Spec Top*. 2012;3(5):11-6.
52. Nedergaard A, Henriksen K, Karsdal MA, Christiansen C. Menopause, estrogens and frailty. *Gynecol Endocrinol*. 2013;29(5):418-23.
53. Ertungealp E, Seyisoglu H, Erel CT, Senturk LM, Gezer A. Changes in bone mineral density with age, menopausal status and body mass index in Turkish women. *Climacteric*. 1999;2(1):45-51.
54. Weismiller DG. Menopause. *Womens Health*. 2009;36(1):199-226.
55. Mirza FS, Prestwood KM. Bone health and aging: implications for menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2004;33(4):741-59.
56. Genazzani AR, Pluchino N, Luisi S, Luisi M. Estrogen, cognition and female ageing. *Hum Reprod Update*. 2007;13(2):175-87.
57. Woods NF, Mitchell ES, Adams C. Memory functioning among midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*. 2000;7(4):257-65.
58. Gelfand MM. Sexuality among older women. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(1, Supplement 1):15-20.
59. Wöber C, Brannath W, Schmidt K, Kapitan M, Rudel E, Wessely P, vd. Prospective analysis of factors related to migraine attacks: the PAMINA study. *Cephalgia*. 2007;27(4):304-14.
60. Karkhaneh A, Ansari M, Emamgholipour S, Rafiee MH. The effect of 17 β -estradiol on gene expression of calcitonin gene-related peptide and some pro-inflammatory mediators in peripheral blood mononuclear cells from patients with pure menstrual migraine. *Iran J Basic Med Sci*. 2015;18(9):894.

61. Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A. Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(7).
62. North American Menopause Society. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause N Y NY.* 2004;11(1):11-33.
63. Johnson A, Roberts L, Elkins G. Complementary and alternative medicine for menopause. *J Evid-Based Integr Med.* 2019;24:2515690X19829380.
64. Barnard ND, Kahleova H, Holtz DN, Znayenko-Miller T, Sutton M, Holubkov R, vd. A dietary intervention for vasomotor symptoms of menopause: a randomized, controlled trial. *Menopause.* 2023;30(1):80-7.
65. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Çalışma Grubu. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu. Türkiye Endokrinol Ve Metab Derneği. 2022;
66. United Nations. *World Population Ageing 2015.* 2015;
67. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27(5):358-63.
68. Soysal G. Türkiye’de toplumsal yaşlanma ve çalışma hayatı: Özellikler, sorunlar ve bir uygulama. 2023;
69. Elderly Care Models that Can be Practised in Clinical and Home Care. *Cyprus Turk J Psychiatry Psychol.* 2024;76-83.
70. Kübra Arslan, Hande Şahin. Yetişkinlerin Yaşlılık Dönemi Korkusu ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2024 [a.yer 06 Mayıs 2025]; Erişim adresi: <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.11117194>
71. Özmete E. Türkiye aktif ve sağlıklı yaşlanma araştırması. TC Sağlık Bakanl Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Ank. 2016;
72. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Tanılaması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2013;2(3):385-95.
73. Ağar A. Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. *Geriatr Bilim Derg.* 2020;3(2):75-80.
74. Çubukcu AT, Çiçek A. Yaş altmış iş bitmemiş: Yaşlılık. *Sos Ve Beşeri Bilim Derg.* 2023;7(2):491-503.
75. Giddens A. *Sosyoloji*, haz. Cemal Güzel Ank Ayrac. 2005;
76. Kütmeç Yılmaz C. Yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile başarılı yaşlanma ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. 2020;
77. KARADAKOVAN A. YAŞLI SAĞLIĞI VE BAKIM. 2014;

78. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):67-99.
79. Lasher KP, Faulkender PJ. Measurement of Aging Anxiety: Development of the Anxiety about Aging Scale. *Int J Aging Hum Dev*. 1993;37(4):247-59.
80. Suh SR, Choi HJ. Aging anxiety and related factors of middle-aged adults. *Korean J Adult Nurs*. 2013;25(4):464-72.
81. Yılmaz B, Kara O. Eğitim ve Gelir Düzeyinin Depresyon Üzerindeki Etkisi: Türkiye Sağlık Araştırmasından Kanıtlar. *Uluslar Sos Ve Ekon Çalışmalar Derg*. 2024;5(1):1-22.
82. Yun RJ, Lachman ME. Perceptions of Aging in Two Cultures: Korean and American Views on Old Age. *J Cross-Cult Gerontol*. 2007;21(1-2):55-70.
83. Siegel AM, Mathews SB. Diagnosis and Treatment of Anxiety in the Aging Woman. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(12):93.
84. Ünalın, T. The status of old age population in Turkey. *Turk J Popul Stud*. 2000;1(22):3-22.
85. Reyhani M, Kazemi A, Keshvari M. Rise and fall: two sides of a coin of middle aged women's perceptions of reproductive: a qualitative study. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(4):421-8.
86. Çubuk B. Kadınsılık ve Cinsel Mitlerin Psikojenik İnfertilite Etkisi. *Marmara Üniversitesi Kadın Ve Toplum Cinsiyet Araştırmaları Derg*. 2022;6(1):65-82.
87. Nosek M, Kennedy HP, Beyene Y, Taylor D, Gilliss C, Lee K. The effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(4):328-34.
88. Schneider H, Heinemann L, Thiele K. The Menopause Rating Scale (MRS): cultural and linguistic translation into English. 2002;
89. ÖC G. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşire Forumu Derg*. 2005;3(1):30-55.
90. Lasher KP, Faulkender PJ. Measurement of aging anxiety: Development of the anxiety about aging scale. *Int J Aging Hum Dev*. 1993;37(4):247-59.
91. Kalaycı I. The Anxiety About Aging Scale: A Validity and Reliability Study with Turkish Menopausal Women. *Turk Stud-Soc Sci*. 2021;16(Volume 16 Issue 5):1785-98.
92. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, vd. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009;16(5):860-9.

93. Zhao D, Liu C, Feng X, Hou F, Xu X, Li P. Menopausal symptoms in different substages of perimenopause and their relationships with social support and resilience. *Menopause*. 2019;26(3):233-9.
94. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(1):62-70.
95. Clarke LH, Korotchenko A. Aging and the body: A review. *Can J Aging Rev Can Vieil*. 2011;30(3):495-510.
96. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull*. 2008;134(3):460.
97. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, vd. Relation of Demographic and Lifestyle Factors to Symptoms in a Multi-Racial/Ethnic Population of Women 40–55 Years of Age. *Am J Epidemiol*. 2000;152(5):463-73.
98. Mansfield PK, Voda AM. Woman-centered information on menopause for health care providers: Findings from the midlife women's health survey. *Health Care Women Int*. 1997;18(1):55-72.
99. Antonucci TC. Social relations an examination of social networks, social support. *Handb Psychol Aging*. 2001; 3:427.
100. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, vd. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009;16(5):860-9.
101. Stephan Y, Caudroit J, Jaconelli A, Terracciano A. Subjective Age and Cognitive Functioning: A 10-Year Prospective Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22(11):1180-7.
102. Kingsberg SA. The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch Sex Behav*. 2002;31:431-7.

8. EKLER

Ek-1: Etik Kurul İzin



Ek-2: İl Sağlık Müdürlüğü İzin



Ek-3: Sosyodemografik Veri Formu

Yaşınız:

1. Boy..... Kilo:

2. Eğitimi durumunuz: 1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu 5) Lisansüstü eğitim

4. Çalışma Durumunuz: 1)Çalışmıyor 2)Çalışıyor 3)Emekli

5. Eşinizin eğitim durumu 1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Lisansüstü

6. Eşinizin mesleği: 1) Memur 2) İşçi 3) Serbest meslek 4) Emekli

7. Aile Tipi: 1) Çekirdek 2) Geniş

8. Ailenizin gelir seviyesi: 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

9. Vücut ağırlığınızı nasıl tanımlarsınız? 1) Zayıf 2) Normal 3) Fazla kilolu 4) Aşırı kilolu

10. Sigara içme durumunuz? 1) İçiyor 2) İçmiyor

11. Kronik hastalık öykünüz? 1) Var (Belirtiniz.....) 2) Yok

12. Herhangi bir kadın hastalığınız var mı? 1) Evet (Belirtiniz:.....) 2) Hayır (14. Soruya geçiniz)

13. Kadın hastalığı ile ilgili herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi? 1) Evet (Belirtiniz.....) 2) Hayır

14. Toplam Gebelik Sayısı:

15. Yaşayan Çocuk Sayısı:

16. Birlikte Yaşanılan Çocuk Sayısı:

17. Menopoza yönelik bilgi aldınız mı? 1) Evet, menopoza girmeden önce bilgi aldım. 2) Evet, menopoza girdikten sonra bilgi aldım. 3) Hayır, menopoz hakkında bilgi almadım.

18. Menopoz evreniz?

1) Bir yıldır adet görmüyorum 2) Menopoza gireli bir yıldan daha fazla süre geçti

19. Hangi yolla menopoza girdiniz? 1) Doğal yolla 2) Cerrahi yolla (Yumurtalıkların alınması ameliyatı olunması)

3)Diğer.....(lütfen açıklayınız)

20.Menopoz semptomları azaltmaya yönelik bitkisel ürün/ özel diyet kullanıyor musunuz?1) Hayır 2)Evet.....(lütfen açıklayınız)

21. Doktor tarafından önerilen menopoza yönelik Hormon Replasman Tedavisi'ni (HRT) alıyor musunuz? 1) Almadım 2) Halen devam ediyorum 3) Daha önce aldım şu an almıyorum

Ek-4: Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği(MSDÖ)

MENOPOZ SEMPTOMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ						
Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalarından yaşadıklarınız varsa lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikâyetinizin olmadığı yakınmalar için "hiç yok" seçeneğini işaretleyiniz.						
YAKINMALAR	Puanlar	Hiç yok 0	Hafif 1	Orta 2	Şiddetli 3	Çok şiddetli 4
1.Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Endişe / Kaygı (Huzursuzluk, panik hissi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Haznede (Vajinada) kuruluk (Haznede kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlanma)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Eklemler ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizma şikâyetleri)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İlginiz ve yardımlarınız için çok teşekkürler.

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği'nin değerlendirilmesi;

Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddelik ölçek 3 alt boyuttan oluşur. Bu alt boyutlar; somatik şikâyetler alt boyutu (1,2,3,11. maddeler), psikolojik şikâyetler alt boyutu (4,5,6,7. maddeler), ürogenital şikâyetler alt boyutudur (8,9,10. maddeler). Beşli likert tipindeki ölçekte her bir semptomla verilen cevap "Hiç yok" ifadesi 0 ile "Çok şiddetli" ifadesi 4 arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten toplam 0-44 arasında puan alınır. Ölçekten alınan toplam puanın artması, bir yandan yaşanan semptomların şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösterir.

Kaynak:

- 1.Gürkan ÖC. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Hemşirelik Forumu. 2005; Mayıs-Haziran: 30-35.
- 2.Schneider HP, Heineman LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS) Reliability of Scores of Menopausal Complaints. Climacteric. 2000; 3 (1):59-64.

Ek-5: Yaşlanmaya Yönelik Anksiyete Ölçeği(YYAÖ)

Aşağıda Yaşlanmaya Yönelik Anksiyeteye Yönelik 16 ifade bulunmaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizin için en geçerli cevaba (X) işareti koyunuz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.Katkılarınız için teşekkürler.

1 Kesinlikle Katılıyorum 2= Katılıyorum 3=Kararsızım 4= Katılmıyorum 5= Kesinlikle

1. Yaşlıların etrafımda olmasından keyif alırım.	1	2	3	4	5
2. Yaşlı akrabalarımı ziyaret etmeyi severim.	1	2	3	4	5
3. Yaşlandıkça sağlığım için daha fazla endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
4. Yaşlandığımda zamanımı değerlendireceğim pek çok şeye sahip olacağım.	1	2	3	4	5
5. Başka birinin yaşlandığında hakkımda karar vereceğini düşündüğümde endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
6. Yaşlılarla konuşmayı severim.	1	2	3	4	5
7. Yaşlandığım zaman hayatım hakkında iyi hissetmeyi ümit ediyorum.	1	2	3	4	5
8. Aynaya baktığımda gri saç göreceğim günü asla hayal etmemiştim	1	2	3	4	5
9. Yaşlı birinin yanındayken kendimi çok rahat hissedirim.	1	2	3	4	5
10. Yaşlandığım zaman insanların beni görmezden geleceğinden endişe ediyorum.	1	2	3	4	5
11. Yaşlı görünmeyi asla hayal etmedim.	1	2	3	4	5
12. Yaşlandığımda kendim için hala birçok şeyi yapabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
13. Yaşlandığım zaman hayatın hiçbir anlamı olmayacağından korkuyorum.	1	2	3	4	5
14. Yaşlandığım zaman kendimi iyi hissetmeyi umuyorum.	1	2	3	4	5
15. Yaşlı insanlar için bir şeyler yapmaktan hoşlanırım.	1	2	3	4	5
16. Aynaya baktığımda, yaşla birlikte bakışlarımın değiştiğini görmek beni rahatsız ediyor.	1	2	3	4	5

Türkçe Kaynak:

Kalaycı, I. (2021). The Anxiety About Aging Scale: A Validity and Reliability Study with Turkish Menopausal Women. *Turkish Studies-Social Sciences*, 16(5), 1785-1798. <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.52527>
<https://turkishstudies.net/social?mod=tammetin&makaleadi=&key=52527>

Orijinal Kaynak:

Lasher, K. P., & Faulkender, P. J. (1993). Measurement of aging anxiety: Development of the anxiety about aging scale. *The International Journal of Aging and Human Development*, 37(4), 247- 259. <https://doi.org/10.2190/1U69-9AU2-V6LH-9Y1L>

Puanlama Yönergesi

Alt boyut ve madde sayısı: 4 alt boyut ve 16 madde

“Yaşlı Korkusu” (5 madde): S1, S2, S6, S9, S15

“Yaşlanma ile İlişkili Kayıp Korkusu” (4 madde): S3, S5, S10, S13

“Fiziksel Görünümle İlgili Kaygı” (3 madde): S16, S11, S8

“Yaşlanma ile İlgili Psikolojik Endişeler” (4 madde): S4, S7, S12, S14

Ölçeğin bulunan ters maddeler: Ölçekte ters madde bulunmamaktadır.

Ölçeğin Değerlendirilmesi: Ölçekten alınabilecek puan 16-80 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması bireylerin yaşlanma kaygısının yüksek olduğunu göstermektedir

İletişim adresi: isilkalayci@sdu.edu.tr