

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İZMİR'DE YARI KENTSEL BİR BÖLGEDE
YAŞAYAN 45-59 YAŞ GRUBU KADINLARDA
SAĞLIK DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

PINAR AYDIN

HALK SAĞLIĞI DOKTORA TEZİ

İZMİR-2011

DEU.HSI.PhD-2000970025

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İZMİR'DE YARI KENTSEL BİR BÖLGEDE
YAŞAYAN 45-59 YAŞ GRUBU KADINLARDA
SAĞLIK DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HALK SAĞLIĞI DOKTORA TEZİ

PINAR AYDIN

DOÇ.DR.TÜRKAN GÜNAY

DEU.HSI.PhD-2000970025


Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisi Pınar Aydın "**İzmir'de Yarı Kentsel Bir Bölgede Yaşayan 45-59 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**" konulu doktora tezini 03/12/2010 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. Türkan Günay
Jüri Başkanı (Danışman)



Prof. Dr. Reyhan Uçku
Jüri Üyesi



Doç. Dr. Bülent Kılıç
Jüri Üyesi



Prof. Dr. Yıldız Akvardar
Jüri Üyesi



Prof. Dr. Erhan Eser
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	iv
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1.GİRİŞ	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1.Orta Yaş Kadın Sağlığı	6
2.1.1. Yaşa Bağlı Değişiklikler	6
2.1.1. Hormonlara bağlı değişiklikler	8
2.2.Yaşam kalitesi	16
2.2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	17
2.2.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü	17
3.AMAÇLAR	20
4.YÖNTEM	20
4.1.Araştırmanın Tipi	20
4.2.Araştırma Evreni	20
4.3.Araştırma Grubu	20
4.4.Araştırmanın Değişkenlerinin Tanım ve Ölçütleri	21
4.4.1. Bağımlı değişkenin tanımı	21
4.4.1. Bağımsız değişkenlerin tanımı	21
4.5.Veri Toplama Yöntemi	24
4.5.1. WHQOL-BREF_TR Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Kısa Formu	25
4.6.Veri Çözümleme Yöntemi	27
4.7.Etik Onay	27
5.BULGULAR	28
5.1.Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler	28
5.2. Kadın sağlığı ile ilgili özellikler	30

5.3. Yaşam alışkanlıkları.....	32
5.4. Sağlık durumu ve sağlık davranışları	32
5.5. Yaşam kalitesi	34
6.TARTIŞMA	60
6.1.Sosyo-demografik ve Sosyo-ekonomik Özellikler	60
6.2.Doğurganlık Özellikleri	60
6.3.Menopozal Yakınmalar	61
6.4.Yaşam Alışkanlıkları	61
6.5.Sağlık Durumu.....	62
6.6.Sağlık Davranışları	63
6.7.Yaşam Kalitesi	63
7.ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI.....	67
8.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	67
9.SONUÇ	67
10.ÖNERİLER	68
11.KAYNAKÇA	69
12.EKLER.....	76

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa no
Tablo 1. Çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri	28
Tablo 2. Çalışma grubunun sosyo-ekonomik özellikleri	29
Tablo 3. Çalışma grubunun doğurganlık özellikleri.....	30
Tablo 4. Çalışma grubunda menapozal yakınmaların görülme sıklığı	31
Tablo 5. Menapozal yakınmaların adet durumuna göre dağılımı	31
Tablo 6. Çalışma grubunun yaşam alışkanlıkları	32
Tablo 7. Çalışma grubunun sağlık durumu.....	33
Tablo 8. Çalışma grubunun sağlık davranışları	34
Tablo 9. Çalışma grubunun yaşam kalitesi alan puan ortalamaları	35
Tablo 10. Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamaları	35
Tablo 11. Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi etki büyüklükleri.....	36
Tablo 12. Öğrenim durumuna göre yaşam kalitesi alan puan ortalamaları	37
Tablo 13. Öğrenim durumuna göre yaşam kalitesi etki büyüklükleri	38
Tablo 14. Çalışma grubunda kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve engellilik durumunun yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 15. Çalışma grubunda kronik hastalık varlığı, kronik hastalık sayısı ve düzenli ilaç kullanımına göre yaşam kalitesi etki büyüklükleri	40
Tablo 16. Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması	41
Tablo 17. Bazı sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerde yaşam kalitesi etki büyüklükleri	42
Tablo 18. Çalışma grubunun doğurganlık özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan	

ortalamaları.....	44
Tablo 19. Menopozal yakınmalarının varlığına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 20. Bazı menopozal yakınmalarda yaşam kalitesi etki büyüklükleri.....	47
Tablo 21. Çalışma grubunun sağlık davranışları ve yaşam alışkanlıkları özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 22. Yaşam kalitesi bedensel alan puanını etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon modeli çözümlemesi.....	51
Tablo 23. Yaşam kalitesi ruhsal alan puanını etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon modeli çözümlemesi.....	53
Tablo 24. Yaşam kalitesi sosyal alan puanını etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon modeli çözümlemesi.....	55
Tablo 25. Yaşam kalitesi çevre alan puanını etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon modeli çözümlemesi.....	57
Tablo 26. Yaşam kalitesi alanlarına etki eden değişkenlerin etki büyüklükleri özeti	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa no
Şekil 1. Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri.....	7
Şekil 2. Hormonal değişimlere göre kadın hayatı dönemleri	9

KISALTMALAR

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ETF: Ev Halkı Tespit Fişi

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

OK: Oral Kontraseptif

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Folliküli Stimüle edici Hormon

LH: Luteinizan Hormon

ACTH: Adrenokortikotropik hormon

GH: Gonadotropik Hormon

REM: Rapid eye movement

TSH: Troidi stimüle edici hormon

SYK: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

BKI: Beden kütle indeksi

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam kalitesi Ölçeği Kısa Formu

QALY: Kalite eklenmiş yaşam yılları

HRT: Hormon Yerine Koyma Tedavisi

OK: Oral Kontraseptif

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması

İZMİR'DE YARI KENTSEL BİR BÖLGEDE YAŞAYAN 45-59 YAŞ GRUBU KADINLARDA SAĞLIK DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pınar Aydın, Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Doktora Programı

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri Şubesi Hürriyet Bulvarı
No:1 PK:35210 Alsancak İzmir

ÖZET

Amaç

Araştırma 45-59 yaş grubu kadınların sağlık durumunu ve yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitesine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır. Araştırma grubunu İzmir Bornova ilçesi Çamdibi semtinde yaşayan 45-59 yaş grubu 269 kadının ulaşılan %68.03'ü oluşturmuştur (n=183). Yaşam kalitesini değerlendirmede Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu(WHQOL-BREF) kullanılmış, sosyo-demografik, sosyo-ekonomik, doğurganlık özellikleri ile sağlık durumu, menopozal yakınmalar, yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarını belirleyen bir anket uygulanmıştır (tanımlayıcı bilgiler anketi). Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde ve ortalama değerler (standart sapma ile birlikte) şeklinde sunulmuştur. Çözümlemede t testi, ki-kare, One-Way ANOVA, çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması 50.7 ± 4.7 'dir. Çalışmaya katılan kadınların %42.6'sında en az bir kronik hastalık bulunmakta, kadınların %44.8'i düzenli ilaç kullanmaktaydı. Yaşam kalitesi bedensel ve sosyal alan puan ortalamaları 45-49 yaş grubunda anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla; $p=0.001$ ve $p=0.004$). "İlkokul ve altı" öğrenim grubunun yaşam kalitesi ruhsal ve sosyal alan puan ortalamaları anlamlı olarak düşüktü (sırasıyla; $p=0.002$ ve $p=0.002$). Kronik hastalık varlığında yaşam

kalitesi bedensel alan puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düşük çıktı ($p=0.017$). Düzenli ilaç kullananların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.001$, $p=0.002$ ve $p=0.014$). Çalışma grubunda menopozal şikayetlerden ateş basması şikayeti olanların yaşam kalitesi ruhsal alan puan ortalaması anlamlı düşük bulundu ($p=0.038$). Gece terlemesi şikayeti olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal ve çevre alan puan ortalamaları şikayeti olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (sırasıyla $p=0.032$, $p=0.039$ ve $p=0.016$). Vajinal kuruluk şikayeti olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.016$, $p=0.006$ ve $p=0.002$). Herhangi bir idrar yakınması olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.002$, $p=0.001$ ve $p=0.006$).

Sonuç

Araştırmada eğitim durumu, düzenli bir gelir ve sosyal güvence varlığı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, menopozal yakınmaların varlığının 45-59 yaş grubu kadınların yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilediği gösterilmiştir.

Anahtar sözcükler: Kadın sağlığı, yaşam kalitesi, menopoz, WHOQOL-BREF

WOMEN İN THE 45-59 AGE GROUP HEALTH STATUS AND QUALİTY OF LIFE ASSESSMENT, LİVING SEMİ-URBAN AREA İN İZMİR

Pınar Aydın, Dokuz Eylul University School of Public Health Ph.D. Program

Izmir Provincial Directorate of Health, Information Operations and Health Statistics

Office, Hürriyet Bulvarı No: 1 PK: 35 210 Alsancak Izmir

ABSTRACT

Objective

The research was conducted to assess the health status and quality of life, of the women between 45-59 age group and to identify factors that affect their quality of life.

Method

This is a Cross-sectional and analytical research. Research group is consisted of 68.03% of the 269 women at 45-59 age group, that was reached (N=183). To Evaluate quality of life World Health Organization Quality of Life Scale Short Form (WHQOL-BREF) were used and a questionnaire that determine the socio-demographic, socio-economic, reproductive characteristics and health status, menopausal symptoms, life habits and health behaviors was administered (the user information questionnaire). Descriptive data were presented as numbers, percentages and mean values (with standard deviation) in the form. In analyzing, t test, chi-square, One-Way ANOVA, multiple regression analysis were used.

Results

The average age of the study group was 50.7 ± 4.7 . 42.6% of the women who participated in the study, had at least one chronic disease, and 44.8% of women were using drugs regularly. Physical and social "quality of life" scores were significantly higher in the 45-49 age group (respectively, $p=0.001$ and $p=0.004$). The group who had an education level, equal or lower than primary school, had significantly low mental and social "life quality" scores (respectively, $p=0.002$ and $p=0.002$). In the presence of chronic disease, Physical "quality of life" scores were significantly lower ($p=0.017$). "Quality of life" of those who use drugs regularly, Physical mental, social and environmental "quality of life" scores were significantly lower ($p=0.000$, $p=0.001$, $p=0.002$ and $p=0.014$). The group of patients who had hot flash discomfort of menapausal complaints had significantly lower mental "quality of life" scores ($p=0.038$).

The quality of life scores of the group who had night sweat complaints, were significantly lower than the group who had no Physical mental and environmental complaints ($p=0.032$, $p=0.039$ and $p=0.016$). Those with vaginal dryness discomfort, the quality of life in physical, emotional, social and environmental fields, the mean scores were significantly lower ($p=0.000$, $p=0.016$, $p=0.006$ and $p=0.002$). Quality of life of those with any urinary complaints, had significantly lower physical, mental, social and environmental area mean scores ($p=0.000$, $p=0.002$, $p=0.001$ and $p=0.006$).

Conclusion

This research shows that, education, regular income, the presence of social security, chronic diseases, regular drug usage and existence of menopausal complaints effect the quality of life of the women between the age 45 and 59.

Key words: Women's health, quality of life, menopause, WOQOL-BREF

1.GİRİŞ

Birleşmiş Milletler Dünya Yaşlılık Asamblesi'nde yaşlanma süreci üç döneme ayrılmış ve 45-59 yaş grubu "orta yaş" olarak kabul edilmiştir. Kadınlarda orta yaş dönemi menopozal değişim süreciyle örtüşmektedir. Bu yaş döneminde kadın sağlığı bir yandan biyolojik yaşlanmanın öte yandan da hormonal değişikliklere neden olan over yaşlanmasının etkisi altındadır (1). Kadınların menstüriyel durumları aynı olsa da over yaşları farklı olduğu için hormon düzeyleri farklılaşmakta buna bağlı olarak sağlık durumları da değişmektedir.

DSÖ Kadın ve Sağlık Raporunda yetişkin kadınların kalp damar sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıklar, ruh sağlığı bozuklukları, yaralanmalar ve şiddet gibi önemli sağlık sorunları ile karşı karşıya olduğu belirtilmiştir (2). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, daha çok doğurganlık dönemine odaklanıldığı için, doğurganlığın sona erdiği menopoz ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların üreme sağlığı sorunları ihmal edilmiştir. Menopoz sonrası dönemde, kadınları kronik hastalıkların yanı sıra üreme sağlığı ile ilgili çeşitli sorunlar da beklemektedir.

Orta yaş dönemi kadın sağlığı yaklaşımında kronik hastalıkların ve kanserin erken tanısı ve kontrolü ile yaşam tarzı ve davranış değişikliklerini hedefleyen girişimler bu dönemin daha sağlıklı geçirilmesi yanında yaşlılık dönemindeki kadın sağlığını da olumlu yönde etkileyecektir.

Menopozal semptomların varlığının kadınların yaşam kalitesini, beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Ancak her yaş döneminde olduğu gibi orta yaş dönemi kadınlarda da menopoz semptomları yaşam kalitesi ve sağlık algılamasında tek belirleyici değildir. Sosyo-ekonomik durum, kültürel çevre ve yaşam biçimi de sağlık algısını ve yaşam kalitesini etkilemektedir (3, 4, 5).

Bu çalışmada 45-59 yaş grubu kadınların sağlık durumları ve yaşam kalitesi değerlendirilerek, buna etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

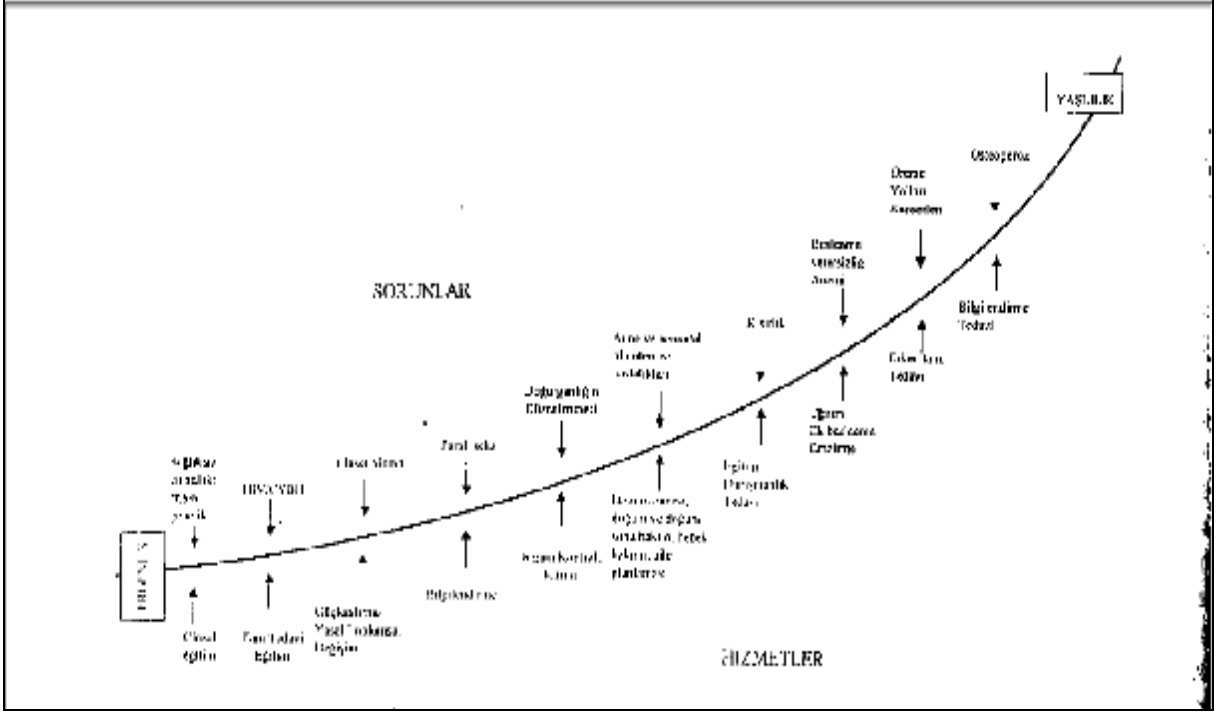
2.1.Orta Yaş Kadın Sağlığı

Kadın sağlığının değerlendirilmesinde hormonlara ve yaşa bağlı olarak ortaya çıkan değişikliklerin göz önünde tutulması gerekmektedir. Kadın sağlığı bir yandan biyolojik yaşlanmanın öte yandan da overlerin yaşlanmasına bağlı hormonal değişimlerin etkisi altındadır (1).

2.1.1.Yaşa Bağlı Değişiklikler

DSÖ Kadın ve Sağlık raporunda yaşa göre kadın yaşamını; erken çocukluk (doğumdan 9 yaşa kadar), adölesan (10-19 yaş), yetişkinlik (20-59 yaş) ve ileri yaş (60 yaş ve üzeri) olarak sınıflandırmıştır. DSÖ Kadın ve Sağlık Raporunda yetişkin kadınların kalp-damar sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıklar, ruh sağlığı bozuklukları, yaralanmalar ve şiddet gibi önemli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya olduğu belirtilmiştir (2).

Yaşla birlikte değişen üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri kadın sağlığına yaklaşımda temel kavramlardır. DSÖ'nün üreme sağlığı tanımında; "üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur" denmektedir. Bu yaklaşımda doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; ilk adımın yaşama sağlıklı başlamak olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün etkisiyle oluştuğu, şu anki sağlık durumunun bir önceki dönemin sonucu, bir sonraki dönemine nedeni olduğu vurgulanmaktadır. Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Adölesan dönem, doğurganlıkla ilgili sorunların yoğun yaşandığı üreme dönemi, postmenopozal dönem ve yaşlılık döneminin kendine özgü sorunları vardır ve hizmetlerin bu sorunlara paralel düzenlenmesi gerekir (6). Şekil 1'de yaş dönemlerine göre üreme sağlığı sorunları ve verilmesi gereken hizmetler gösterilmiştir.



Şekil 1. Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri (Kaynak: Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr>)

Ortayaş dönemi menopozal geçiş ve menopozal dönemi içermektedir. Bu dönemlerin en önemli özelliği östrojen hormonunun azalmaya başlamasıdır. Östrojen hormonunun azalması ile bu hormonun kalp damar hastalıklarından koruyucu etkisi ortadan kalktığından damar sertliği ve kalp krizi riski %60 artar (7).

Kronik hastalıkların ve kanserin kontrolünde altı önemli risk faktörüne orta yaş kadın sağlığı yaklaşımında öncelik verilmelidir. Bu risk faktörleri; yüksek tansiyon, yüksek kan şekeri, tütün kullanımı, fazla kilolu olmak, hareketsiz yaşam tarzı ve yüksek kolesteroldür. Tüm dünyada 20 yaş üstü kadın ölümlerinin %18'inden yüksek kan basıncı sorumludur (2). Yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri, hareketsiz yaşam tarzı ve yüksek kolesterol gelir düzeyi ne olursa olsun tüm ülkelerde benzer düzeyde ölümlerden sorumludur. Tütün kullanımı, fazla kiloluluk ve hareketsiz yaşam tarzına atfedilen ölüm yüzdeleri orta ve yüksek gelir düzeyi olan ülkelerde daha yüksektir.

Mental sağlık problemleri özellikle depresyon kadınlarda tüm yaş gruplarında olduğu gibi orta yaş döneminde de önemli bir sağlık problemidir.

Orta yaş dönemi kadınlarda astım, diyabet, kalp hastalığı, artrit ve depresyon gibi sürekli sağlık bakımı gerektiren kronik durumlar sıktır. Bunların pek çoğu önlenemez ya da etkili bir şekilde yönetilebilir. Sağlık eğitimi, risk faktörlerinin kontrolü, tarama programları ve düşük maliyetli tedavileri içeren girişimler gerekir. Ancak kadınların özellikle de yoksul ve kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşük olması nedeniyle bu girişimlerin tüm kadınlara ulaşması mümkün olmamaktadır.

2.1.2. Hormonlara Bağlı Değişiklikler

Hormonal değişimlere göre kadın hayatı; son adet tarihi esas alındığında 5 öncesinde ve 2 sonrasında olmak üzere 7 dönemden oluşur(1,8):

Doğurganlık dönemi:

İlk adetten (menarj) adet düzensizliklerinin başladığı perimenopozal döneme kadar sürer. Erken (9-15 yaş), orta (16-30 yaş) ve geç (31-42 yaş) doğurganlık dönemi diye sınıflandırılır.

Menopozal değişim dönemi:

Artmış FSH düzeyi ve adet düzensizlikleri (iki adet dönemi arasının uzaması veya adet görmeme gibi) ile başlar son adetin görülmesi, postmenopozal dönemin başlamasıyla son bulur. Erken (kırklı yaşlar) ve geç (kırklı yaşların sonu ellili yaşların başı) olarak sınıflandırılır.

Menopoz sonrası dönem:

Son adetten sonra oniki ay geçmişse bu adet sonrası dönem menopoz sonrası dönem olarak tanımlanır. Erken (menopoz sonrası 5 yıl) ve geç (ellili yaşların sonundan ölüme dek) menopoz sonrası dönem olarak sınıflandırılır.

Şekil 2'de hormonal değişimlere göre kadın hayatı dönemleri gösterilmiştir.

Son Adet Kanaması

	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2	
	Doğurganlık Dönemi			Menopozal değişim dönemi		Menopoz sonrası dönem		
	Erken	Orta	Geç	Erken	Geç	Erken	Geç	
Yaş aralığı	9-15	16-30	31-42	40'lı yaşlar	Geç 40'lı yaşlar_ Erken 50'li yaşlar	12 ay am enore	Men opoz sonrası 4 yıl	50'li yaşların sonu_ ölüme kadar
Menstrüel siklus	Düzensiz	Düzenli		Siklus Süresi Değişir	2 veya daha fazla period atlar		Period Yok	
Hormonal durum	Normal FSH		↑ FSH	↑ FSH		↑ FSH		

Şekil 2. Hormonal değişimlere göre kadın hayatı dönemleri. (Kaynak: Soules MR, Sherman S, Parrot E, Rebar R, Santoro N, Utlan W ve Woods N. Fertil Steril, 2001; 76:874-878)

Hormonal değişime göre sınıflandırmanın tam olarak yaşa göre belirlenmesi mümkün değildir. Yapılan çalışmalar minimal düzeyde hormon değişimlerinin 40'lı yaşların ortalarında başladığını göstermektedir (1). Orta yaş dönemiyle menopoz örtüşmektedir. Doğurganlık dönemi, menopozal değişim dönemi ve menopoz sonrası dönemlerin ayrı ayrı değerlendirilmesi, birbirini izleyen bu dönemlerin özelliklerinin tanımlanması, bu dönemlere özgü sağlığı koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici yaklaşımların belirlenmesi önemlidir.

Literatürde menopozal dönemde sağlık durumu, hormon yerine koyma tedavisi ve ruhsal durumla ilgili çalışmalar bulunmaktadır (9, 10). Ancak bu çalışmalar daha çok menopoz sonrası dönemi değerlendirmektedir. Bunun nedeni geleneksel sağlık hizmeti yaklaşımında, menopozal döneme postmenopozal dönem olarak bakılması ve hormonların geri çekilişine bağlı olarak ortaya çıkan salt bedensel bulguların değerlendirilmesidir. Oysa menopozal değişim dönemi çoğu kadında hormonların değişimiyle küçük ve bulgusuz başlayan ancak bazen önemli, yeti kaybına neden olabilecek bulgulara kadar ilerleyen bir süreçtir (1).

Menopoz başlangıcından yaklaşık 6 yıl önce 45 yaş civarında menstrüel düzensizlik başlar. Menopozal değişim döneminin kadın hayatına etkisi karmaşıktır ve biyolojik, psikosomatik ve özel yaşamdaki değişiklikleri içerir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ciddi tehlikeye sokabilir (5). Menopozal değişim döneminin tanımlanması, iyi yönetilmesi kadın sağlığı ve yaşam kalitesi açısından önem taşımaktadır.

Klimakterium ve Menopoz Dönemi

Cinsel olgunluk devresinin sona ermesinden sonra bu dönem başlar. Fakat burada kesin bir sınır belirlemeye imkan yoktur. Genel olarak klimakteriumun ortalama olarak 45 yaşında başladığı kabul edilmektedir (11). Klimakterium Yunanca bir kelime olup merdiven basamağı anlamına gelen "klimakterikoz" kelimesinden türetilmiştir (12).

Klimakterium dönemi DSÖ sınıflamasına göre üç bölümde incelenir (10).

- Premenopoz: İlk semptomların görüldüğü klimakterium başlangıcından menopoza kadar geçen süredir. Menstrüel siklus düzensizlikleri başlar, fertilité düşer.
- Menopoz: En son adet kanamasının görülmesidir.
- Postmenopoz: Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süredir. Ortalama menopozdan sonraki 6-8 yıllık süreyi kapsar

Menopozda Görülen Değişiklikler

Menopozda ortaya çıkan östrojen eksikliği, kadınların yaşam kalitesini düşürür. Erken dönemde görülen menopozal yakınmalar; ateş basması, terleme, çarpıntı, baş ağrısı, uykusuzluk gibi vazomotor semptomlar, kas-kemik ağrıları, depresyon, dikkat kaybı, unutkanlık, libido azalması gibi rahatsızlıklar, vajinal atrofi ve üriner problemlerdir. Uzun sürede ise osteoporoz, kalp-damar sistemi hastalıkları ve kanserlerin görülme oranında artış gözlenmektedir (13).

Menstrüel değişiklikler

Premenopozal dönemin en sık görülen bulgusu adet düzensizlikleridir. Menstruasyon genellikle anovulatuvar tiptedir. Kırklı yaşlarda kadınlarda anovulasyon

belirgin hale gelmekte ve anovulasyon öncesi siklus süresi uzamaktadır. Bu dönem menopozdan 2-8 yıl önce başlar. Menopoz öncesi menstrüel siklulardaki bu değişiklikler FSH seviyelerinde artma, inhibin seviyesinde azalma, normal LH ve hafif yükselmiş östradiol seviyeleri ile karakterizedir.

Menopoza girmeden 8-10 yıl içinde ortalama siklus uzunluğu ve değişkenliği düzgün bir şekilde artmakta ve ovulasyon daha az regüle ve sık olarak gerçekleşmektedir (14).

Vazomotor değişiklikler

Perimenopoz ve postmenopozdaki kadınların %75-85'i ateş basmalarından yakınıdır. Bu oran doğal menopozda %37-50, cerrahi menopozda %75-90 arasındadır. Vazomotor değişiklikler menopozdan 4-5 yıl önce ortaya çıkar, pek çok kadında perimenopozun geç ve post menopozun erken evrelerinde görülmesine karşın menopozdan sonra 10 yıla varan süre devam edebilir (15). Çalışmalarda menopoz öncesi kadınların %10-25'inde sıcak basmaları görüldüğü rapor edilmiştir. Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışmasında premenopozal dönemde sıcak basması oranı %10 iken menopoz sonrası dönemde bu oran %50'ye yükselmiştir. Menopozdan yaklaşık 4 yıl sonra bu oran %20'ye düşmüştür (16).

Yüz, boyun ve göğüste rahatsız edici ısı yayılma hissi ve ardından terleme olarak görülmektedir. Mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olan vazomotor değişikliklerin belirtileri genellikle yüz kızarması, sıcak basması ve gece terlemesi şeklinde görülmektedir ve bu üç belirti birden "sıcak basması" olarak adlandırılır. Sıcak basmasının başlangıç mekanizması iyi bilinmemekle beraber oluşumundaki fizyolojik basamaklar anlaşılmıştır: Cildin yalıtkanlığında azalma, cilt ısı artışı, vücut santral ısısında azalma, nabız hızında artma, ellere doğru kan akımı artışı, servikal sempatik yol boyunca vazodilatasyon, LH, ACTH, GH, kortikosteroid, androstenodionda artış, kalıcı REM uykunun bölünmesidir (11).

Sıcak basmalarının süresi birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar sürebilir ve günde 3-12 kez olabilir.

Psikolojik değişiklikler

Menopozun mental sağlık üzerine kötü bir etkisi olduğuna dair olan görüş psikiyatrik literatür ve toplum tabanlı çalışmalar tarafından desteklenmemektedir. Spesifik psikiyatrik hastalık "involusyonel melankoli" konsepti terkedilmiştir. Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması menopozun kadınlarda artan depresyonla bağlantılı olmadığını göstermiştir. Her ne kadar kadınlarda depresyon görülme sıklığı erkeklerden daha yüksek ise de bu farklılık menopozda değil erken adölesan döneminde başlamaktadır (17).

Menopozda mental sağlığın kötüleştiği yönündeki görüşler dayanaksızdır. Menopozda rapor edilen problemlerin birçoğu yaşamda karşılaşılan olaylara bağlıdır. Orta yaş döneminde hem erkek hem de kadınlarda cinsiyetten bağımsız olarak bir dizi şikayetler ortaya çıkmaktadır. Yine de orta yaş döneminde kadınların şikayetleri erkeklere göre fazladır. Bu durum belki de menopoza kültürel ve toplumsal olarak negatif bakışın olası sonucudur (18).

Yaşları 45-55 arasında değişen 2001 Avusturyalı kadın üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların perimenopozal dönemde sağlık kuruluşlarını kullanma durumu araştırılmıştır. Menopoz öncesi dönemde sağlık sorunları olan ve sağlık kuruluşlarını sıklıkla kullanan kadınların bu dönemde de sağlık kuruluşlarını daha sık kullanması, klinisyenlerde menopoz dönemi hakkında ön yargı oluşmaktadır.

Yapılan çalışmalarda menopoz döneminde depresyon görülme sıklığında artış saptanmamış ancak depresif belirtilerde artış gözlenmiştir. Bu belirtilerin daha çok premenopozal yıllarda olduğu, postmenopozal yıllarda ise azalma olduğu gözlenmiştir (11).

Menopozda görülen duygu durum değişiklikleri; gerginlik, sinirlilik, halsizlik, isteksizlik, sık ve kolay ağlama, irritabilite artışı, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, yaşam olaylarından kolay etkilenme, iştah artışı, karakter değişiklikleri, unutkanlık, erken uyanma, çabuk öfkelenme ve toplumdan uzaklaşma isteği şeklindedir.

Menopozla birlikte psiko-seksüel yaşantıda oluşan değişikliklerin, cinsel organları etkileyen fiziksel ve fizyolojik değişikliklerle doğrudan bağlantılı olduğu, bunun

kökeninde de hormonal dengelerin bozulmasının organizmaya ve psikolojik yapıya yaptığı etkilerin yer aldığı düşünülür.

Ürogenital atrofik değişiklikler

Postmenopozal yıllarda vajinit, pruritus, dispareni ve stenozun eşlik ettiği vajinal mukozal yüzeylerde atrofi oluşur. Genital atrofi, üreme organlarının küçülmesi anlamına gelir. Östrojen eksikliğinin devam etmesi sonrasında üreme organlarında gerileme görülür, küçülme uterus, vajina, vulva ve üretranın distal kısmında ortaya çıkar. Genitoüriner atrofi yaşam kalitesini etkileyen bir dizi değişik semptomla yol açar. Vajinal yüzey hassaslaşır, en ufak travmada kanamaya yatkınlık artar. Üretra ve mesanede görülen mukozal incelme sonucu dizüri ile birlikte üretrit, inkontinans ve sık idrara çıkma görülür (13).

Dermatolojik değişiklikler

Deri hücreleri, ter bezleri ve saç folliküllerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Yaşın ve östrojen azalmasının etkisi ile tüm bedeni örten deride değişiklikler olmaktadır. Epidermis, menopozdan sonra incelmeye başlar ve kalınlığı yılda %1-2 oranında azalırken, kollajen miktarı da azalır. Epidermal kıvrımlar ve dermal papillalar kaybolur. Buna paralel olarak da saçlı deri ve vücutta kıl folliküllerinin yoğunluğu azalır. Yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarının yavaşlamasına bağlı olarak cilt kurur, esnekliği kaybolur (14).

Sindirim sistemi değişiklikleri

Ağız mukozası östrojen reseptörleri yönünden oldukça zengindir. Menopozal dönemde östrojen azlığı ile birlikte, ağız kuruluğu, ağızda kötü tat, diş eti hastalıkları görülebilmektedir.

Postmenopozal dönemde barsak mukoza atrofisi, mide sekresyonlarında azalma, gastrik reflü ve safra taşı oluşumu da söz konusudur.

Kilo değişikliği

Östrojen düzeyindeki değişme doğrudan veya dolaylı olarak diğer hormonları ve metabolizmayı etkiler. Menopoz sonrası dönemde kadınlarda özellikle android tip şişmanlık görülmekte ve menopozda toplam yağ birikimi artmaktadır.

Kalp-damar sisteminde değişiklikler

Tüm dünyada koroner kalp hastalığı kadın ve erkeklerde önde gelen ölüm nedeni kabul edilmektedir. Üreme çağındaki kadınlar erkeklere oranla 2.5-4.5 kat daha az kalp-damar sistemi hastalığı riskine sahipken, menopoz sonrasında hızla erkeklerde görülen seviyeye ulaşırlar. Orta yaş üzeri kadınlardaki ölümlerin yaklaşık %46'sı kalp-damar hastalıklarından olmaktadır (11).

Kas ve iskelet sistemi değişiklikleri

Kemik hücrelerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Otuzlu yaşlarda kadın ve erkekte kemik kütlesi pik yaparak en yüksek düzeye erişmektedir. Bu aşamada kemik yapım ve yıkımı dengededir. Kırk yaşlarından sonra yılda %0.5 oranında bir kayıp başlar. Kadınlarda östrojen çekilmesi ile kemiklerden kalsiyum geri emilimi başlar ve menopoz sonrası ortalama kemik kaybı ilk 6 yıl için %3.9, sonraki yıllarda ise %1 dolayındadır (7).

Osteoporoz yeni kemik yapımının çok azaldığı, kemik kaybının çok olduğu veya her iki durumunda birlikte varolmasından oluşur. Osteoporozda yeterli kemik dokusu yoktur ve kemiğin normal şekli ve yapısında bozulma ve azalma vardır. Bu yüzden de kemikler zayıftır ve kırılmaya eğilimlidir.

Menopozu Algılamada Kültürel Değişiklikler

Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Kadınlar bu dönemde benzer biyolojik değişiklikler yaşamalarına rağmen menopozu farklı yaşarlar. Yapılan çalışmalar menopozun algılanması, menopozal tutum ve bu dönemde görülen yakınmalar açısından hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir (13).

Menopozal dönem üzerinde; gelenek, görenek, etnik yapı, toplumun yaşlıya ve kadına verdiği değer, kadının rolü, cinsellik, kadının yaşam felsefesi, kadının ve toplumun menopoza yüklediği anlam gibi kültürel özellikler önemli bir etkiye sahiptir.

Asyalı kadınlar menopozal dönemi olumlu bir geçiş olarak algılayıp, bu dönemi Asyalı olmayan kadınlara göre daha az yakınmayla geçirmektedir. Geneli Asyalı ve Müslüman olan Türk kadınları ise bu dönemi hem Asyalı hem de Müslüman kadınlara göre çok daha sıkıntılı geçirdiği saptanmıştır (18).

Menopoz yılları sırasında bazı kadınlarda çeşitli ciddi semptomlar görülürken diğerinde hiçbir belirti görülmemekte veya fark edilmeyen minimal reaksiyonlar görülmektedir. Bireysel raporlarda sosyokültürel faktörler ile şartlanma o kadar fazladır ki neyin biyoloji neyin kültürel değişkenlere bağlı olduğunu ayırtırmak zordur. Örneğin Japon, Çin ve Maya dillerinde sıcak basmasını tanımlayan bir kelime yoktur. Menopozal semptomların doğasının ve prevalansının çoğu kadında ortak olduğuna ve kültürler arasındaki varyasyonların fizyolojiyi değil toplumsal yaklaşım, yaşam tarzı, sosyoekonomik durum ve bireysel algılamadaki farklılıkları yansıttığı söylenmektedir (14).

Menopoz Yaşı

Menopoz yaşıyla ilgili çeşitli kültür ve toplumlarda farklılıklar vardır. Ortalama menopoz yaşı 51.3 olarak tanımlansa da 48-55 yaşları arasında görülebilir (13). Massachusetts çalışmasında da ortalama menopoz başlangıç yaşı 51.3 olarak bulunmuştur. Sigara içen kadınlar ortalama olarak 1.5 yıl daha erken menopoza girmektedirler (16). SWAN çalışmasında menopoz başlangıç yaşı 51.4 olarak saptanmıştır (19). Ülkemizde çeşitli araştırmalarda menopoza girme yaşı ortalama 46.7 olarak bulunmuştur (12).

Erken menopozun sigara kullanımı, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik seviye ile ilişkili olduğu saptanmışken; geç menopozun parite sayısı, OK kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kadınların yaklaşık %1-4'ünde menopozun 40 yaşından önce başladığı gözlenmektedir (11, 15).

Epidemiyolojik çalışmalar yaklaşık olarak kadınların %10'unun 45 yaşında menopoza girdiğini göstermektedir. Treolar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, perimenapozal döneme geçiş için ortalama yaş 45.1 (%95 GA; 39-51) olarak bildirilmiştir (20).

Menopoz ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Menopoz koruyucu sağlık hizmetleri için bir fırsattır.

Perimenopozal dönemde koruyucu yaklaşımın 3 temel amacı vardır: Bunlardan en önemlisi maksimum fiziksel kapasitenin artırılması ile optimal mental ve sosyal aktivitelerin gerçekleştirilmesidir. Spesifik amacı ise kronik hastalıkların (hipertansiyon, DM, kalp hastalığı ve kanser) mümkün olduğunca erken tespit edilmesidir. Koruyucu sağlık hizmeti ve geç reproduktif dönem yönetimi kadının primer bakım sağlayıcı olarak fonksiyon görmesine fırsat tanır.

Tam bir medikal hikaye ve fizik muayene her 5 yılda bir uygulanmalıdır (40-45-50-55 yaşları). Yıllık muayenelere 40 yaşında başlanmalı, meme muayenesi, pelvik muayene, BKİ ölçümü, seksüel geçişli hastalıkların taranması ve TSH ölçümleri yapılmalıdır. Her muayenede spesifik kronik durumlar için gerekli testler istenmelidir. Her bir muayenede özel kronik hastalıklar için uygun şekilde gerekli olan aşılama sağlanmalı, beslenmedeki değişiklik, fiziksel aktivitelerin düzenlenmesi, kaza önleme, işle ilgili, sosyal ve ailesel problemlerin çözümü, üriner fonksiyon, tütün alkol ve ilaçların kullanımı ile ilgili danışmanlıklar sağlanmalıdır (14).

2.2.Yaşam Kalitesi

Yaşam Kalitesi mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyi olma durumu" olarak kullanılan bir terimdir. Özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır. Sağlık, genel yaşam kalitesinin çok önemli bir boyutu olmakla birlikte, yaşam kalitesinin iş, konut, okul ve yaşanılan çevre gibi diğer bazı boyutları da vardır. Ayrıca kültür, toplumsal değerler ve inançlar da yaşam kalitesinin ölçümünü zorlaştıran diğer boyutlardır (21).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi öznel sağlık algısı olarak tanımlanabilir. Algılanan sağlık değerlendirmeleri içinde yer alan yeti kaybı ile SYK birbirlerinin içine girmiş

değerlendirmelerdir. Ancak belirli bir eylemi gerçekleştirememek bir işlev kaybı olarak değerlendirilirken, bu eylemi yerine getirememenin kişinin yaşamının niteliği üzerine olan algılanan etkisi yaşam kalitesidir.

Yaşam Kalitesi temel olarak kişinin, yaşam koşullarına uyumda kişisel doyumunu etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu, yalnızca yeterli fiziksel iyilik halinden öte bir şeydir. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir.

2.2.1 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla İlgili Yaşam kalitesi tanım olarak, bir bireyin ya da grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. Bir bütün olarak Yaşam Kalitesinin ve onun belirleyicilerinin, gerek bedensel gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıklıkla gösterilmiş olan yönlerini içerir.

Toplum düzeyinde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, toplumun sağlık algısını ve fonksiyonel durumunu etkileyen kaynaklar, politikalar ve uygulamalar ile ilgilidir, geleneksel sağlık nosyonunu, toplumun bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini de içerecek şekilde genişletir.

Dünyanın gelişmiş ülkelerinde, algılanan bedensel ve ruhsal sağlık ve işlevler hakkındaki SYK soruları, genel halk sağlığı surveyans (veri toplama, analiz ve geri bildirme) sistemlerinin önemli bir parçası haline gelmişlerdir. Sağlık durumunun öz değerlendirilmesi mortalite ve morbiditenin güçlü bir tahminleyicisidir. SYK'ni bir toplum sağlığı göstergesi olarak kullanmak, tıbbi, psikolojik ve sosyal hizmetler arasında var olan yapay engelleri ortadan kaldırarak sektörler arası işbirliğinin sağlanmasında önemli bir işlev görür.

2.2.2Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin ölçümü

SYK ölçüm araçları şekil ve görünüm açısından, genel amaçlı ve özel amaçlı ölçekler olarak iki ana sınıfa ayrılır (21).

Genel Amaçlı Ölçütler

SYK ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Genel amaçlı ölçekler kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

- o Tercihe dayalı olmayan

SYK'nin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan SF-36, SF-12, DSÖ SYK ölçeği (WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili(Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluşturur.

- o Tercihe dayalı

Sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet Yararlanım Analizlerinde kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları'nı (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçeklerdir. SYK 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. Bu ölçekler içinde en sık kullanılanları; Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ5-D) ve Health Utility Index (HUI)dir.

Özel Amaçlı Ölçütler

Belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara (CHQ, Disabkid, KİNDL, Pedsqol), yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (Kiddo-KİNDL) özel ölçekler örnektir. DLQI genel dermatoloji, VSQ25 ise genel göz hastalıkları ölçekleridir. Bunun yanında hemen her hastalığa (epilepsi, diyabet, romatoid artrit gibi), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır.

Yaşam kalitesinin etkilediği varsayılan klinik durum ve girişimlerin sonuçlarının ölçümünde genellikle bir genel amaçlı ve en az bir hastalığa özel ölçek kullanılması önerilmektedir.

Ölçek seçiminde en çok dikkat edilmesi gereken konulardan biri de kullanılan gerceğin o toplum ve kültür için geçerli bir gereç olmasıdır. Bir yaşam kalitesi ölçeğinin diğer bir kültüre uyarlanması salt çeviri ile sınırlı değildir, orijinal dildeki sözcüklerin temsil ettiği kavramların hedef dildeki kültürel karşılığını bulmak anlamına gelir. Kültürel uyarlama yapanların tümünün üzerinde birleştikleri temel önkoşul kavramsal eşdeğerliktir. Ancak kavramsal eşdeğerlikle anlamsal eşdeğerliği ayıranlar da vardır. Bunlara göre anlamsal eşdeğerlik, soru yazımında çeviri tekniği ile halledilebilecek bir konuyken kavramsal eşdeğerlik farklı sözcüklerle yazılmış olsalar da aynı sorunun farklı kültürlerde aynı kavramı temsil etmeleridir (22, 23).

3.AMAÇLAR

Bu çalışmanın amacı İzmir Çamdibi semtinde yaşayan 45-59 yaş grubu kadınlarda,

1. Sağlık durumunun belirlenmesi
2. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi
3. Yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

4.YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

4.2. Araştırma Evreni

İzmir Bornova İlçesi Çamdibi Sempti, I No'lu Sağlık Ocağı'nın, bir ebe bölgesinde yaşayan 45-59 yaş grubu kadınlar araştırma evrenini oluşturmaktadır. İzmir'de 2007 yılında Aile Hekimliği sistemine geçilmiştir. Geçiş aşamasında her bir hekime bir ebe bölgesi verilmiştir. Ancak, yeni nüfusu belirlemeye yönelik çalışma yapılmadığından ve Ev Halk Tespit Fişleri (ETF) yenilenmediğinden bu bölgedeki 45-59 yaş kadın sayısı bilinmemektedir. Bu nedenle 2008 yılı TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) nüfusu kullanılarak Bornova İlçesi'nin toplam nüfusunun %8.5'ini 45-59 yaş grubu kadınların oluşturduğu hesaplanmıştır. Çalışmanın yapıldığı Aile Hekimi nüfusu 3165'dir. Bu nüfusta Bornova İlçesi yüzdeleri ile beklenen 45-59 yaş grubu 269 kişi evren olarak belirlenmiştir.

4.3. Araştırma Grubu

Araştırmada örnek alınmamış, evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Bornova ilçesi 45-59 yaş grubu kadın yüzdesi esas alınarak hesaplanan beklenen kadın sayısı 269'dur. Bölge esas alınarak evler dolaşılıp yaş grubuna uyan kadınlar çalışmaya alınmıştır. Çalışmada 183 kadına ulaşılmıştır. Ulaşma oranı, çalışma bölgesinde bu yaş grubu beklenen nüfusuna göre %68.03'tür.

4.4. Araştırmanın Değişkenlerinin Tanım ve Ölçütleri

4.4.1. Bağımlı Değişkenin Tanımı

Araştırmanın bağımlı değişkeni; yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi 4 boyutta değerlendirilmektedir. Beşinci boyut ulusal çevre alanı değerlendirmeye alınmamıştır.

1. Bedensel alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücü
2. Ruhsal alan: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama
3. Sosyal alan: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam
4. Çevre alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım

4.4.2. Bağımsız Değişkenlerin Tanımlanması

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, düzenli gelir varlığı, oturduğu evin kendisine ait olması, tamamlanmış gebelik sayısı, adet durumu, adetten kesilme şekli, kronik bir hastalık varlığı, kronik hastalık sayısı, engellilik durumu, düzenli ilaç kullanımı, menopozal yakınmalar (ateş basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk, idrar yolları ile ilgili şikayetler), mamografi ve vajinal smear yaptırma durumu, Beden Kütle İndeksi (BKİ), sigara kullanım öyküsü, düzenli egzersiz yapma durumudur.

Araştırmanın tanımlayıcı değişkenleri; eşinin öğrenim durumu, meslek, eşinin mesleği, evde kimlerle yaşadığı, geçim durumu, ilk adet yaşı, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve sonlanma şekli, son gebelik yaşı, annenin menapoza girme yaşı, HRT/OK (Hormon Replasman Tedavisi/Oral Kontraseptif) kullanımıdır.

Sağlık durumu; kronik hastalık varlığı, kronik hastalık sayısı, düzenli ilaç kullanımı, engellilik durumu değişkenleri ile sorgulanmıştır.

Bağımsız değişkenlerden sadece gruplama yapılanlar ve ayrıntılandırılanlar aşağıda sunulmuştur.

Boy, kilo:

Ölçüm yapılmadan, sözel olarak soruldu.

Beden Kütle İndeksi (BKİ), kilonun metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle elde edildi.

DSÖ sınıflandırmasına göre;

18.50'nin altı zayıf

18.50-24.99 normal

25.00-29.99 hafif şişman

30.00 ve üstü şişman, olarak alındı (24).

Yaş:

Nüfus cüzdanında belirtilen doğum yılı üzerinden hesaplandı. Nüfus cüzdanında belirtilen doğum yılı yanlış ise kişinin sözlü bildirimini dikkate alınarak doğum yılı esas alındı. Yaş değişkeni çözümlemelere 45-49, 50-54 ve 55-59 yaş grupları şeklinde alındı.

Medeni durum:

Hiç evlenmemişse bekar; evlenmiş ve eşi sağ ise evli; evlenmiş ancak ayrılmışsa boşanmış; evlenmiş eşini kaybetmişse dul olarak alındı. Çözümlemelerde halen eşi sağ ve evli olanlar "evli" diğerleri "bekar" olarak gruplandırıldı.

Öğrenim durumu ve eşinin öğrenim durumu:

Bitirilen okul üzerinden belirlendi. Okuma yazma bilmiyorsa okuryazar değil; bitirdiği okul yok ancak okuma yazma biliyorsa okuryazar ve bitirdiği okul şeklinde alındı. Çözümlemelerde "İlkokul ve altı", "orta okul ve lise" ve "yüksek okul ve üstü" şeklinde gruplandırıldı

Meslek, eşinin mesleği:

Gelir getiren meslek (terzi, öğretmen gibi) sorularak belirlendi. Mesleği yoksa ev hanımı yazıldı. Meslekler için Boratav'ın meslek sınıflandırması kullanıldı (25).

Sosyal güvence varlığı:

Sosyal güvencesi var/yok şeklinde sorgulandı. Var ise (SSK, Bağ-Kur, emekli sandığı gibi) hangisi olduğu yazıldı.

Çalışma durumu:

Gelir getiren bir işte hiç çalışmamış, halen çalışıyor, çalışmış ve emekli olmuş şeklinde sorgulandı. Geçici bir süre çalışmış, mevsimlik çalışıyor vb gibi farklı bir durumu varsa diğer seçeneği işaretlenip açıklaması yazıldı. Çözümlemelerde; "hiç çalışmamış", "halen çalışıyor" ve "emekli ve diğer" şeklinde gruplandırıldı.

Evde kimlerle yaşadığı:

Yalnız, eşi ya da çocuklarıyla, bu tanımlamaların dışında ise (arkadaşı, başka bir akrabası vb) diğer seçeneği işaretlendi.

Ev mülkiyeti:

Oturduğu evin kendine ait olup olmadığı sorgulandı. Evet/hayır şeklinde belirtildi.

Başka insanlarla karşılaştırıldığında geçim algısı:

Geçim algısı; ortalamanın bir hayli üzerinde, ortalamanın biraz üzerinde, ortalama, ortalamanın biraz altında, ortalamanın bir hayli altında şeklinde kişi tarafından değerlendirildi.

Adet durumu:

Adet durumu düzenli, düzensiz ve yok şeklinde sorgulandı. Eğer adet görülüyorsa son adet tarihi yazıldı.

Adetten kesilme şekli:

Eğer adetten kesilmişse şekli sorgulandı. Kendiliğinden (doğal menopoz), ameliyat sonrası (ooferektomi varlığı) ya da kemoterapi gibi ilaca bağlı olup olmadığı belirtildi.

Annenin menopoza girme yaşı:

Annesinin eğer bilinmiyorsa kız kardeşinin menopoza girme yaşı soruldu.

HRT/OK kullanımı:

Hormon yerine koyma tedavisi ve/veya oral kontraseptif kullanımı varlığı sorgulandı. Kullanma süresinde yıl olarak ayrı ayrı toplam süreleri yazıldı.

Sigara kullanım öyküsü:

Sigara kullanımı kullanma durumuna göre hiç kullanmama, halen kullanma ve bırakma şeklinde sorgulandı. Halen sigara kullananlarda ayrıca miktar sorgulanmadı.

Egzersiz yapma:

Egzersiz yapma durumu düzenli olarak yapılıyorsa (her hafta) ve en az 20 dakika sürüyorsa evet olarak işaretlendi (26). Bir haftada kaç kez yapıldığı sorgulandı.

Kronik hastalık varlığı:

Doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalık varlığı sorgulandı. Varsa hastalıklar yazıldı.

İdrar yollarıyla ilgili şikayeti:

Var/yok şeklinde sorgulandı. Var ise idrar yolu enfeksiyonu, idrar kaçırma, sık idrara çıkma şeklinde sınıflandırıldı, bunların dışındakiler diğer seçeneğine yazıldı.

Mamografi varlığı:

Evet/hayır şeklinde belirtildi. Bir kez mamografi yaptırmışsa "evet" kabul edildi. Evet ise düzenli yaptırmadığı sorgulandı. İki yılı geçmeyecek şekilde mamografi yaptırmıyorsa "düzenli" yaptırmıyor kabul edildi.

Vajinal smear varlığı:

Evet/hayır şeklinde belirtildi. Bir kez yaptırmışsa "evet" kabul edildi. Evet ise düzenli aldırıp aldırmadığı sorgulandı. Düzenli smear şikayeti olmadığı halde kendisine önerildiği sıklıkta smear yaptırmaması olarak kabul edildi.

4.5. Veri Toplama Yöntemi

Veri belirlenmiş çalışma bölgesinde ev ev dolaşarak yaş grubuna uyan kişilere araştırma hakkında kısa bilgi verildikten sonra, yapılandırılmış anket formları Tanımlayıcı Bilgiler Anketi (Ek-1) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Kısa Formu (Ek-2) aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Ulaşma oranı %68.03'tür.

4.5.1. WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Kısa Formu (Ek-2)

Yaşam kalitesi ölçümünde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu, WHOQOL-BREF kullanıldı. Formun Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (27, 28, 29). Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan "cronbach alfa" değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre alanında 0.73 ve ulusal çevre alanında 0.73 bulunmuştur. WHOQOL-BREF biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı soruyla birlikte 26 sorudan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR, 27 soru içermektedir. Alanlar; bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel alan ve ulusal çevre alanıdır

Yaşam kalitesi ölçeğindeki soruların yaşam kalitesi alanlarına göre dağılımı

Ölçekte bir tane algılanan yaşam kalitesi sorusu vardır: "Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?" sorusuyla sorgulanmıştır.

Bir tane algılanan sağlık sorusu vardır: "Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuyla algılanan sağlık sorgulanmıştır.

Ölçekte bedensel alanı belirleyen 7 soru vardır:

"Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?"

"Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?"

"Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?"

"Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?"

"Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?"

"Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?"

"İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?" sorularıyla bedensel alanda yaşam kalitesi sorgulanmıştır.

Ruhsal alanı belirleyen 6 soru vardır:

“Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?”

“Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?”

“Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?”

“Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?”

“Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?”

“Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?” sorularıyla ruhsal alanda yaşam kalitesi sorgulanmıştır.

Sosyal alanı belirleyen 3 soru vardır:

“Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?”

“Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”

“Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?” sorularıyla sosyal alan sorgulanmıştır.

Çevre alanını belirleyen 8 soru vardır:

“Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?”

“Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?”

“İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?”

“Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?”

“Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?”

“Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?”

“Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”

“Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”

Ulusal çevre alanı (Çalışmada çözümlenmelere alınmamıştır), çevre alanını belirleyen sorulara bir soru eklenerek belirlenmektedir:

“Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?”

Her bir alan kendi içinde değerlendirilmektedir. Alan puanı kendisini belirleyen sorulardan aldığı puanla hesaplanmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında değerlendirilmektedir. Artan puan iyiliği göstermektedir.

4.6. Veri Çözümleme Yöntemi

Veri çözümlemede SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde ve ortalama değerler (standart sapma ile birlikte) şeklinde sunulmuştur. Çözümlemede sürekli değişkenler için t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans çözümlemesi, çoklu regresyon çözümlemesi, gruplanan değişkenler için ki-kare çözümlemesi kullanılmıştır. Yaşam kalitesi puanlarındaki minimal anlamlı farklılığı belirlemek için etki büyüklüğü hesaplanmıştır.

4.7. Etik Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 19.12.2007 tarih ve 14/27/2007 no.lu toplantısında 384/2007 protokol numarasıyla kabul edilmiştir.

5.BULGULAR

5.1. Sosyo-demografik ve Sosyo-ekonomik Özellikler

İzmir Bornova Çamdibi bölgesinde yapılan çalışmaya 183 kadın katılmıştır. Ulaşma oranı, çalışma bölgesinde bu yaş grubu beklenen nüfusuna göre %68.03'tür. Ortalama yaş 50.7 ± 4.7 'dir. Tablo 1'de çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri sunulmuştur.

Tablo 1: Çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri

Özellikler (n=183)	Sayı	%
Yaş grupları		
45-49 yaş grubu	93	50.8
50-54 yaş grubu	49	26.8
55-59 yaş grubu	41	22.4
Medeni durum		
Evli	153	83.6
Bekar	30	16.4
Öğrenim durumu		
İlkokul ve altı	90	49.2
Ortaokul ve lise	63	34.4
Yüksekokul ve üstü	30	16.4
Eşinin öğrenim durumu (n=172)		
İlkokul ve altı	64	37.2
Ortaokul ve lise	64	37.2
Yüksekokul ve üstü	44	25.6

Çalışmaya katılan kadınların %83.6'sı evlidir. Kadınların %49.2'si "ilkokul ve altı" grubundadır. Araştırmaya katılan kadınların %5.5'i yalnız yaşamaktadır.

Çalışma grubunun sosyo-ekonomik özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Çalışma grubunun sosyo-ekonomik özellikleri

Özellikler (n=183)	Sayı	%
Çalışma durumu		
Hiç çalışmamış	64	35.0
Halen çalışıyor	49	26.8
Emekli ve diğer	70	38.2
Meslek		
Ev hanımı	95	51.9
Beyaz yakalı ücretli	41	22.4
Küçük esnaf/zanaatkar	23	12.6
Mavi yakalı işçi	24	13.1
Eşinin Mesleği (n=172)		
Mavi yakalı işçi	84	48.8
Küçük esnaf/zanaatkar	38	22.1
Beyaz yakalı ücretli	32	18.6
Yüksek nitelikli	9	5.2
Niteliksiz hizmet işçisi/işsiz	6	5.2
Sosyal güvence varlığı		
Var	162	88.5
Yok	21	11.5
Sosyal güvence türü (n=162)		
SSK	94	58.0
Emekli Sandığı	53	32.7
Bağ-Kur	14	8.6
Yeşilkart	1	0.6
Düzenli gelir varlığı		
Var	155	84.7
Yok	28	15.3
Oturduğu evin kendine ait olma durumu		
Evet	139	76.0
Hayır	44	24.0

Kadınların %35'i hiç çalışmamıştır, %11.5'inin herhangi bir sosyal güvencesi, %15.3'ünün ise düzenli bir geliri yoktur. Çalışmaya katılan kadınların %51.9'u ev

hanımıdır. Kadınların %76'sı kendi evinde oturmaktadır. Çalışma grubundaki kadınların %59.6'sı geçim durumuna "ortalama" demıştır.

5.2.Kadın Sağlığı İle İlgili Özellikler

Çalışma grubunda kadınların ilk adet yaşı ortalama 13.4 ± 1.5 , ilk evlenme yaşı ortalama 20.6 ± 3.4 , ilk gebelik yaşı ortalama 22.4 ± 4.3 ve son gebelik yaşı ortalama 28.4 ± 5.1 'dir. İlk gebeliklerin %74.1'i doğumla sonuçlanmıştır. Çalışma grubunun kadın sağlığı ile ilgili özellikleri Tablo 3 ve Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 3: Çalışma grubunun doğurganlık özellikleri

Doğurganlık özellikleri	Sayı	%
Tamamlanmış gebelik sayısı (n=147)		
1	31	21.1
2 ve 3	105	71.4
4 ve üzeri	11	7.5
Adet durumu (n=183)		
Halen düzenli adet görüyor	49	26.8
Adetleri düzensiz	20	10.9
Adet görmüyor	114	62.3
Adetten kesilme şekli (n=114)		
Kendiliğinden	95	83.3
Cerrahi ve diğer	19	16.7

Tamamlanmış gebelik sayısı ortalama 2 ± 1.4 'tür. Kadınların %62.3'ü adet görmemektedir. Bunların %83.3'ü doğal menopozdur. Çalışma grubunun anne menopoza girme yaşı ortalaması 47.9 ± 5.6 'dır. HRT/OK kullanma oranı %13.7'dir.

Tablo 4: Çalışma grubunda menopozal yakınmaların görülme sıklığı

Menopozal özellikler (n=183)	Sayı	%*
Ateş basması	87	47.5
İdrar yakınması	72	39.3
Gece terlemesi	67	36.6
Vajinal kuruluk	39	21.3
Sık idrara çıkma	37	20.2
İdrar kaçıma	19	10.4
İdrar yolu enfeksiyonu	13	7.3

*Birden fazla yakınma bir arada alınmıştır.

Çalışma grubunda ateş basması en sık görülen menopozal yakınmadır (%47.5).

Çalışma grubunda menopozal yakınmaların adet durumuna göre dağılımı Tablo5’de sunulmuştur.

Tablo 5: Menopozal yakınmaların adet durumuna göre dağılımı

	Adetleri düzenli (n=49)		Adetleri düzensiz (n=20)		Adet görmüyor (n=114)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ateş basması						
Var	7	14.3	9	45.0	71	62.3
Yok	42	85.7	11	55.0	43	37.7
Gece terlemesi						
Var	10	20.4	8	40.0	49	43.0
Yok	39	79.6	12	60.0	65	57.0
Vajinal kuruluk						
Var	2	4.1	1	5.0	36	31.6
Yok	47	95.9	19	95.0	78	68.4
İdrar yakınması						
Var	11	22.4	9	45.0	52	45.6
Yok	38	77.6	11	55.0	62	54.4

Çalışma grubunda menopozal yakınmaların görülme sıklığı adet görmeyen kadınlarda en yüksektir (ateş basması; %62.3, gece terlemesi; %43, vajinal kuruluk; %31.6 ve idrar yakınması; %45.6).

5.3.Yaşam Alışkanlıkları

Çalışma grubunun yaşam alışkanlıkları Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Çalışma grubunun yaşam alışkanlıkları

Yaşam alışkanlıkları	Sayı	%
Sigara kullanma durumu (n=183)		
Hiç içmemiş	126	68.8
Halen içiyor	32	17.5
Bırakmış	25	13.7
Düzenli egzersiz yapma durumu (n=183)		
Evet	60	32.8
Hayır	123	67.2
Düzenli egzersiz yapma sıklığı (n=60)		
Haftada birden az	20	33.3
Haftada 1-2	12	20.0
Haftada 3 ve üzeri	28	46.7

Çalışmaya katılan kadınların %17.5'i sigara içmektedir. Kadınların %32.8'i düzenli egzersiz yapmaktadır.

5.4.Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışları

Çalışma grubunda kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve engellilik durumu Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7: Çalışma grubunun sağlık durumu

Sağlık durumu	Sayı	%
Kronik hastalık varlığı (n=183)		
Var	78	42.6
Yok	105	57.4
Kronik hastalık sayısı (n=78)		
Sadece bir kronik hastalık	61	78.2
Birden fazla kronik hastalık	17	21.8
Düzenli ilaç kullanımı (n=183)		
Var	82	44.8
Yok	101	55.2
Engellilik durumu (n=183)		
Var	4	2.2
Yok	179	97.8

Çalışmaya katılan kadınların %42.6'sında en az bir kronik hastalık bulunmaktaydı. Bunların %21.8'inde birden fazla kronik hastalık vardı. Kadınların %17.5'inde hipertansiyon, %6'sında diyabet vardı. Kadınların %44.8'i düzenli ilaç kullanmaktaydı. Çalışma grubunda engellilik oranı %2.2'dir.

Çalışmaya katılan kadınların sağlık davranışları Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8: Çalışma grubunun sağlık davranışları

	Sayı	%
Mamografi çektirme (n=183)		
Evet	88	48.1
Hayır	95	51.9
Düzenli mamografi çektirme (n=88)		
Evet	14	15.9
Hayır	74	84.1
Smear aldırma (n=183)		
Evet	76	41.5
Hayır	107	58.5
Düzenli smear aldırma (n=76)		
Evet	10	13.2
Hayır	66	86.8
Beden Kütle İndeksi (n=183)		
Normal ağırlıklı	54	29.5
Hafif şişman	64	35.0
Şişman	65	35.5

Çalışma grubunun %48.1'i en az bir kez mamografi çektirmiştir. Mamografi çektirenlerin %15.9'u düzenli mamografi çektirmektedir.

Çalışma grubunun %41.5'i smear aldirmiş, %13.2'si düzenli smear aldirmaktadır.

Çalışma grubunun %70.5'i hafif şişman veya şişmandır.

5.5.Yaşam Kalitesi

Çalışma grubunun yaşam kalitesi ölçüğünden elde edilen bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puan ortalamaları Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9: Çalışma grubunun yaşam kalitesi alan puan ortalamaları

Alanlar	Yaşam Kalitesi Puanı			
	Ortalama	S*	Minimum(%**)	Maksimum(%**)
Bedensel alan	14.57	2.75	8	20(1.6)
Ruhsal alan	13.93	2.40	6.7	19.3
Sosyal alan	13.43	3.08	4(0.5)	20(1.6)
Çevresel alan	13.64	2.47	5.5	19.5

*S: Standart sapma

**Taban/tavan puanların yüzdeleri verilmiştir

Çalışma grubunun yaşam kalitesi alan puan ortalamaları; en yüksek bedensel alanda ve en düşük sosyal alanda bulunmuştur (sırasıyla; 14.57 ± 2.75 ve 13.43 ± 2.40).

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alanları ortalama puanları Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10: Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamaları

Boyutlar	Yaş grupları	n	Ortalama \pm S	p	Posthoc.*
Bedensel	45-49(a)	93	15.3 \pm 2.6	0.001	a>(b=c)
	50-54(b)	49	13.6 \pm 2.6		
	55-59(c)	41	14.1 \pm 2.8		
Ruhsal	45-49(a)	93	14.3 \pm 2.5	0.111	
	50-54(b)	49	13.6 \pm 2.4		
	55-59(c)	41	13.5 \pm 2.1		
Sosyal	45-49(a)	93	14.2 \pm 2.9	0.004	a>(b=c)
	50-54(b)	49	12.6 \pm 3.3		
	55-59(c)	41	12.7 \pm 2.9		
Çevresel	45-49(a)	93	13.8 \pm 2.5	0.503	
	50-54(b)	49	13.3 \pm 2.5		
	55-59(c)	41	13.7 \pm 2.4		

*Bonferroni

Yaş grupları arasında bedensel ve sosyal alanda anlamlı fark gözlenmiştir. Yaşam kalitesi bedensel ve sosyal alan puan ortalamaları 45-49 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla; $p=0.001$ ve $p=0.004$).

Yaşam kalitesi alan puanlarına yaş grupları değişkeninin etki büyüklüğü Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi etki büyüklükleri*

Boyutlar	Yaş grupları	Etki büyüklüğü
Bedensel alan	(45-49) > (50-54)	0.65
	(45-49) > (55-59)	0.44
	(50-54) < (55-59)	0.18
Sosyal alan	(45-49) > (50-54)	0.52
	(45-49) > (55-59)	0.52
	(50-54) < (55-59)	0.03

*etki büyüklüğü(Cohen's d); 0.20=küçük, 0.50=orta, 0.80=büyük

Yaşam kalitesi bedensel alanına yaş grupları değişkeninin etki büyüklüğü en yüksek 45-49 ile 50-54 yaş grupları için bulunmuştur (etki büyüklüğü=0.65-orta).

Yaşam kalitesi sosyal alanında yaş grupları değişkeninin etki büyüklüğü 45-49 ile 50-54 ve 45-49 ile 55-59 yaş grupları için orta büyüklüktedir (etki büyüklüğü=0.52).

Öğrenim durumuna göre yaşam kalitesi alan puan ortalamaları Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12: Öğrenim durumuna göre yaşam kalitesi alan puan ortalamaları

Boyutlar	Öğrenim durumu	n	Ortalama±S	p	Posthoc.*
Bedensel	İlkokul ve altı(a)	90	14.2±2.8	0.165	
	Orta okul ve lise(b)	63	14.9±2.9		
	Yüksek okul ve üniversite(c)	30	15.1±1.9		
Ruhsal	İlkokul ve altı(a)	90	13.3±2.5	0.002	a<(b=c)
	Orta okul ve lise(b)	63	14.5±2.3		
	Yüksek okul ve üniversite(c)	30	14.7±1.8		
Sosyal	İlkokul ve altı(a)	90	12.7±3.1	0.002	a<(b=c)
	Orta okul ve lise(b)	63	14.1±3.0		
	Yüksek okul ve üniversite(c)	30	14.4±2.7		
Çevresel	İlkokul ve altı(a)	90	13.3±2.6	0.160	
	Orta okul ve lise(b)	63	13.9±2.6		
	Yüksek okul ve üniversite(c)	30	14.2±1.7		

*Bonferroni

Öğrenim grupları arasında ruhsal ve sosyal alanda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. “İlkokul ve altı” öğrenim grubunun yaşam kalitesi ruhsal ve sosyal alan puan ortalamaları “ortaokul ve lise” ve “yüksek okul ve üniversite” öğrenim grubu yaşam kalitesi ruhsal ve sosyal alan puan ortalamalarından anlamlı olarak düşüktür (sırasıyla; p=0.002 ve p=0.002).

Yaşam kalitesi alan puanlarına öğrenim durumu değişkeninin etki büyüklüğü Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13: Öğrenim durumuna göre yaşam kalitesi etki büyüklükleri*

Boyutlar	Öğrenim durumu	etki büyüklüğü
Ruhsal alan	(İlkokul ve altı) < (Orta okul ve lise)	0.50
	(İlkokul ve altı) < (Yüksek okul ve üniversite)	0.64
	(Orta okul ve lise) < (Yüksek okul ve üniversite)	0.10
Sosyal alan	(İlkokul ve altı) < (Orta okul ve lise)	0.46
	(İlkokul ve altı) < (Yüksek okul ve üniversite)	0.59
	(Orta okul ve lise) < (Yüksek okul ve üniversite)	0.11

*etki büyüklüğü(Cohen's *d*); 0.20=küçük, 0.50=orta, 0.80=büyük

Yaşam kalitesi ruhsal alanına "ilkokul ve altı" ile "orta okul ve lise" ve "ilkokul ve altı" ile "yüksek okul ve üniversite" öğrenim grupları için etki büyüklüğü orta büyüklüktedir (sırasıyla; 0.50 ve 0.64).

Yaşam kalitesi sosyal alanına "ilkokul ve altı" ile "orta okul ve lise" için etki büyüklüğü küçük ve "ilkokul ve altı" ile "yüksek okul ve üniversite" öğrenim grupları için etki büyüklüğü orta büyüklüktedir (sırasıyla; 0.46 ve 0.59).

Çalışma grubunda kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve engellilik durumuna göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14: Çalışma grubunda kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve engellilik durumunun yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Bedensel			Ruhsal			Sosyal			Çevre		
		Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p
Kronik hastalık	Var	14.0 ± 2.7	2.404	0.017	13.6 ± 2.2	1.748	0.082	13.0 ± 2.9	1.629	0.105	13.3 ± 2.4	1.491	0.138
	Yok	15.0 ± 2.7			14.2 ± 2.5			13.8 ± 3.2			13.9 ± 2.5		
Kronik hastalık sayısı	Sadece bir tane	14.5 ± 2.7	2.700	0.009	13.7 ± 2.4	0.597	0.552	12.9 ± 3.0	-0.616	0.539	13.2 ± 2.5	-1.183	0.240
	Birden fazla	12.5 ± 2.2			13.3 ± 1.8			13.4 ± 2.6			13.9 ± 2.0		
Düzenli ilaç kullanımı	Var	13.8 ± 2.7	3.686	0.000	13.3 ± 2.3	3.371	0.001	12.7 ± 2.8	3.120	0.002	13.2 ± 2.3	2.479	0.014
	Yok	15.2 ± 2.6			14.5 ± 2.4			14.1 ± 3.2			14.0 ± 2.5		
Engellilik durumu	Var	12.1 ± 3.0	-1.669*	0.095	12.2 ± 1.0	-1.744*	0.081	11.3 ± 3.2	-1.309*	0.191	13.7 ± 2.5	-1.334*	0.182
	Yok	14.6 ± 2.7			14.0 ± 2.4			13.5 ± 3.0			14.0 ± 2.0		

*Mann-Whitney U testi

Yaşam kalitesi bedensel alan puan ortalamaları kronik hastalık varlığında ($p=0.017$), birden fazla kronik hastalık varlığında ($p=0.009$) anlamlı olarak düşük çıkmıştır. Düzenli ilaç kullananların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puan ortalamaları düzenli ilaç kullanmayanlara göre anlamlı olarak düşük çıkmıştır (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.001$, $p=0.002$ ve $p=0.014$).

Çalışma grubunda kronik hastalık varlığı, kronik hastalık sayısı ve düzenli ilaç kullanımına göre yaşam kalitesi etki büyüklükleri Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15: Çalışma grubunda kronik hastalık varlığı, kronik hastalık sayısı ve düzenli ilaç kullanımına göre yaşam kalitesi etki büyüklükleri*

Boyutlar	Değişkenler	p değeri	etki büyüklüğü
Bedensel alan	Kronik hastalık varlığı (var < yok)	0.017	0.37
Bedensel alan	Kronik hastalık sayısı (sadece bir tane > birden fazla)	0.009	0.81
Bedensel alan	Düzenli ilaç kullanımı (Var < yok)	<0.001	0.53
Ruhsal alan	Düzenli ilaç kullanımı (Var < yok)	0.001	0.51
Sosyal alan	Düzenli ilaç kullanımı (Var < yok)	0.002	0.47
Çevre alan	Düzenli ilaç kullanımı (Var < yok)	0.014	0.33

*etki büyüklüğü(Cohen’s d); 0.20=küçük, 0.50=orta, 0.80=büyük

Yaşam kalitesi bedensel alanına “kronik hastalık sayısı” değişkeninin etki büyüklüğü büyük, “düzenli ilaç kullanımı” değişkeninin orta ve “kronik hastalık varlığı” değişkeninin ise küçüktür (sırasıyla; 0.81, 0.53 ve 0.37).

Yaşam kalitesi ruhsal alanına “düzenli ilaç kullanımı” değişkeninin orta büyüklükte bir etki büyüklüğü vardır (0.51).

“Düzenli ilaç kullanımı” değişkeni yaşam kalitesi sosyal ve çevre alanında küçük etki büyüklüğü yaratmaktadır (sırasıyla; 0.47 ve 0.33).

Çalışma grubunun sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16: Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Bedensel			Ruhsal			Sosyal			Çevre		
		Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p
Medeni durum	Evli	14.6 ± 2.7	0.363	0.717	14.0 ± 3.0	-1.340	0.585	13.7 ± 3.1	3.111	0.002	13.6 ± 2.5	-0,301	0.764
	Bekar	14.4 ± 3.0			13.7 ± 2.2			11.9 ± 2.8			13.8 ± 2.5		
Çalışma durumu	Hiç çalışmamış	14.2 ± 3.1	-1.340	0.182	13.6 ± 2.6	-1.570	0.118	13.1 ± 3.3	-0.943	0.347	13.6 ± 2.8	-0.162	0.871
	Çalışmış	14.8 ± 2.5			14.1 ± 2.3			13.6 ± 3.0			13.7 ± 2.3		
Sosyal güvence varlığı	Var	14.7 ± 2.6	-1.696*	0.090	14.1 ± 2.3	-2.245*	0.025	13.6 ± 3.1	-2.410*	0.016	13.8 ± 2.4	-2.033*	0.042
	Yok	13.4 ± 3.4			12.8 ± 2.7			12.1 ± 2.7			12.6 ± 2.7		
Düzenli gelir varlığı	Var	14.8 ± 2.6	-2.065*	0.039	14.1 ± 2.4	-2.256*	0.024	13.6 ± 3.1	-1.501	0.133	13.9 ± 2.4	-2.727	0.006
	Yok	13.4 ± 3.3			13.0 ± 2.4			12.7 ± 3.2			12.5 ± 2.6		
Oturduğu evin kendine ait olması	Evet	14.5 ± 2.8	-0,948	0.344	13.9 ± 2.5	-0,123	0.902	13.3 ± 3.1	-0,627	0.532	13.7 ± 2.3	0,646	0.519
	Hayır	14.9 ± 2.5			14.0 ± 2.1			13.7 ± 2.3			13.4 ± 2.9		

*Mann-Whitney U testi

Çalışma grubunda evli olanların yaşam kalitesi sosyal alan puanları bekarlara göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0.002$).

Sosyal güvence varlığında yaşam kalitesi ruhsal, sosyal ve çevre alan puanları sosyal güvencesi olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (sırasıyla; $p=0.025$, $p=0.016$ ve $p=0.042$).

Düzenli geliri olanlarda olmayanlara göre yaşam kalitesi bedensel, ruhsal ve çevre alanları puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.039$, $p=0.024$ ve $p=0.006$).

Çalışma grubunun bazı sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerinin yaşam kalitesi alanlarına etki büyüklükleri Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17: Bazı sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerde yaşam kalitesi etki büyüklükleri*

Boyutlar	Değişkenler	p değeri	etki büyüklüğü
Sosyal alan	Medeni durum (evli > bekar)	0.002	0.60
Ruhsal alan	Sosyal güvence varlığı (var > yok)	0.025	0.51
Sosyal alan	Sosyal güvence varlığı (var > yok)	0.016	0.51
Çevre alan	Sosyal güvence varlığı (var > yok)	0.042	0.46
Bedensel alan	Düzenli gelir varlığı (var > yok)	0.039	0.47
Ruhsal alan	Düzenli gelir varlığı (var > yok)	0.024	0.45
Çevre alan	Düzenli gelir varlığı (var > yok)	0.006	0.55

*etki büyüklüğü(Cohen's d); 0.20=küçük, 0.50=orta, 0.80=büyük

Yaşam kalitesi bedensel alanına sosyo-ekonomik özelliklerden “düzenli gelir varlığı”nın etki büyüklüğü küçüktür (0.47).

Yaşam kalitesi ruhsal alanına sosyo-ekonomik özelliklerden "sosyal güvence varlığı"nın etki büyüklüğü orta, "düzenli gelir varlığı"nın etki büyüklüğü ise küçüktür (sırasıyla; 0.51 ve 0.45).

Yaşam kalitesi sosyal alanına sosyo-demografik özelliklerden "medeni durum"un ve sosyo-ekonomik özelliklerden "sosyal güvence varlığı"nın etki büyüklüğü ortadır (sırasıyla; 0.60 ve 0.51).

Yaşam kalitesi çevre alanına sosyo-ekonomik özelliklerden "sosyal güvence varlığı"nın etki büyüklüğü küçük, "düzenli gelir varlığı"nın etki büyüklüğü ise ortadır (sırasıyla; 0.46 ve 0.55).

Çalışma grubunun doğurganlık özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18: Çalışma grubunun doğurganlık özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamaları

		Bedensel			Ruhsal			Sosyal			Çevre		
		Ortalama ± S	χ^2/KW	p	Ortalama ± S	χ^2/KW	p	Ortalama ± S	χ^2/KW	p	Ortalama ± S	χ^2/KW	p
Tamamlanmış gebelik sayısı	1	15.4 ± 2.2	3.834	0.147	14.4 ± 1.7	3.399	0.183	13.8 ± 2.8	3.376	0.185	13.4 ± 2.0	0.236	0.889
	2-3	14.5 ± 2.9			13.9 ± 2.5			13.7 ± 3.1			13.7 ± 2.6		
	4 ve üstü	13.6 ± 3.5			13.2 ± 2.3			12.0 ± 2.8			13.6 ± 2.8		
Adet durumu	düzenli adet görüyor	15.0 ± 2.6	2.017	0.365	14.3 ± 2.2	2.591	0.274	14.1 ± 2.5	4.370	0.113	13.6 ± 2.5	0.129	0.937
	adetleri düzensiz	14.2 ± 2.8			13.6 ± 3.1			13.9 ± 3.0			13.5 ± 2.5		
	adet görmüyor	14.5 ± 2.8			13.8 ± 2.4			13.0 ± 3.3			13.7 ± 2.5		
Adetten kesilme şekli	kendiliğinden	14.5 ± 2.7	- 0.676*	0.499	13.8 ± 2.4	- 0.974*	0.330	12.9 ± 3.4	- 0.708*	0.479	13.7 ± 2.5	- 0.031*	0.975
	cerrahi	14.7 ± 3.0			14.3 ± 2.2			13.6 ± 3.0			13.7 ± 2.5		

*Mann-Whitney U

Çalışma grubunun tamamlanmış gebelik sayısına, adet durumuna ve adetten kesilme şekline göre yaşam kalitesi alan puanları ortalamaları arasında anlamlı olarak fark yoktur.

Çalışma grubunun menopozal yakınmalarının varlığına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 19'de sunulmuştur.

Tablo 19: Menopozal yakınmalarının varlığına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Bedensel			Ruhsal			Sosyal			Çevre		
		Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p
Ateş basması	Var	14.2 ± 2.9	-1,884	0.061	13.5 ± 2.6	-2,091	0.038	13.0 ± 3.2	-1,589	0.114	13.5 ± 2.6	-0,946	0.344
	Yok	14.9 ± 2.6			14.3 ± 2.1			13.8 ± 2.9			13.8 ± 2.4		
Gece terlemesi	Var	14.0 ± 2.7	-2.157	0.032	13.4 ± 2.9	-2.087	0.039	13.0 ± 3.1	-1.586	0.114	13.1 ± 2.5	-2.423	0.016
	Yok	14.9 ± 2.7			14.2 ± 2.0			13.7 ± 3.0			14.0 ± 2.4		
Vajinal kuruluk	Var	13.1 ± 2.4	-3.820	0.000	13.1 ± 2.4	-2.434	0.016	12.2 ± 3.2	-2.838	0.006	12.6 ± 2.4	-3.200	0.002
	Yok	15.0 ± 2.7			14.2 ± 2.3			13.8 ± 3.0			13.9 ± 2.4		
İdrar yakınması	Var	13.6 ± 2.5	-4.151	0.000	13.3 ± 2.2	-3.163	0.002	12.5 ± 2.9	-3.486	0.001	13.0 ± 2.2	-2.788	0.006
	Yok	15.2 ± 2.7			14.4 ± 2.4			14.0 ± 3.0			14.0 ± 2.5		
İdrar yolu enfeksiyonu	Var	13.7 ± 2.6	-1.083*	0.279	13.9 ± 2.2	-0.055*	0.956	13.1 ± 2.9	-0.315*	0.753	13.8 ± 1.2	-0.248*	0.804
	Yok	14.6 ± 2.8			13.9 ± 2.4			13.5 ± 3.1			13.6 ± 2.5		
İdrar kaçırma	Var	13.8 ± 2.8	-1.302*	0.193	13.7 ± 2.9	-0.639*	0.523	12.6 ± 3.1	-1.082*	0.279	13.0 ± 2.3	-1.034*	0.301
	Yok	14.7 ± 2.7			14.0 ± 2.3			13.5 ± 3.1			13.7 ± 2.5		
Sık idrara çıkma	Var	13.7 ± 2.6	-2.173	0.031	13.0 ± 2.0	-2.656	0.009	12.5 ± 2.6	-2.062	0.041	12.8 ± 2.2	-2.395	0.018
	Yok	14.8 ± 2.8			14.2 ± 2.4			13.7 ± 3.2			13.9 ± 2.5		

*Mann-Whitney U

Çalışma grubunda menopozal şikayetlerden ateş basması şikayeti olanların yaşam kalitesi ruhsal alan puan ortalaması şikayeti olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur($p=0.038$). Gece terlemesi şikayeti olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal ve çevre alan puan ortalamaları şikayeti olmayanlara göre anlamlı olarak düşüktür(sırasıyla $p=0.032$, $p=0.039$ ve $p=0.016$).

Çalışma grubunda menopozal şikayetlerden vajinal kuruluk şikayeti olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puan ortalamaları şikayeti olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.016$, $p=0.006$ ve $p=0.002$).

Çalışma grubunda herhangi bir idrar yakınması olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puan ortalamaları idrar yakınması olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.002$, $p=0.001$ ve $p=0.006$). İdrar yolu enfeksiyonu ve idrar kaçırma şikayeti olanların yaşam kalitesi alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sık idrara çıkma şikayeti olanların ise yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puan ortalamaları şikayeti olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.031$, $p=0.009$, $p=0.041$ ve $p=0.018$).

Çalışma grubunda bazı menopozal yakınmaların yaşam kalitesi alanlarında etki büyüklükleri Tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo 20: Bazı menopozal yakınmalarda yaşam kalitesi etki büyüklükleri

Boyutlar	Değişkenler	p değeri	etki büyüklüğü
Ruhsal alan	Ateş basması (var < yok)	0.038	0.33
Bedensel alan	Gece terlemesi (var < yok)	0.032	0.33
Ruhsal alan	Gece terlemesi (var < yok)	0.039	0.32
Çevre alan	Gece terlemesi (var < yok)	0.016	0.36
Bedensel alan	Vajinal kuruluk (var < yok)	<0.001	0.74
Ruhsal alan	Vajinal kuruluk (var < yok)	0.016	0.46
Sosyal alan	Vajinal kuruluk (var < yok)	0.006	0.51
Çevre alan	Vajinal kuruluk (var < yok)	0.002	0.51
Bedensel alan	İdrar yakınması (var < yok)	<0.001	0.61
Ruhsal alan	İdrar yakınması (var < yok)	0.016	0.47
Sosyal alan	İdrar yakınması (var < yok)	0.006	0.50
Çevre alan	İdrar yakınması (var < yok)	0.002	0.42
Bedensel alan	Sık idrara çıkma (var < yok)	0.031	0.40
Ruhsal alan	Sık idrara çıkma (var < yok)	0.009	0.54
Sosyal alan	Sık idrara çıkma (var < yok)	0.041	0.41
Çevre alan	Sık idrara çıkma (var < yok)	0.018	0.46

Yaşam kalitesi bedensel alanına menopozal şikayetlerden en fazla etki büyüklüğü vajinal kuruluk şikayetinde saptandı, bunu idrar yakınması, sık idrara çıkma ve gece terlemesi izlemekteydi (sırasıyla; 0.74=orta, 0.61=orta, 0.40=küçük ve 0.33=küçük).

Ruhsal alan için menopozal şikayetlerin etki büyüklüğü sık idrara çıkma şikayeti için en yüksekti ve orta düzeydeydi (0.54). Ateş basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk ve idrar yakınması şikayetleri için etki büyüklüğü küçüktü (sırasıyla; 0.33=küçük, 0.32=küçük, 0.46=küçük ve 0.47=küçük).

Yaşam kalitesi sosyal alanına menopozal şikayetlerden vaginal kuruluk ve idrar yakınması varlığının etki büyüklüğü orta, sık idrara çıkma şikayetinin etki büyüklüğü küçüktü (sırasıyla; 0.51, 0.50 ve 0.41).

Yaşam kalitesi çevre alanına menopozal şikayetlerden vaginal kuruluk şikayetinin etki büyüklüğü orta, gece terlemesi, idrar yakınması ve sık idrara çıkma şikayetlerinin etki büyüklüğü ise küçüktü (sırasıyla; 0.51, 0.36, 0.42 ve 0.46).

Çalışma grubunun sağlık davranışları ve yaşam alışkanlıkları özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21: Çalışma grubunun sağlık davranışları ve yaşam alışkanlıkları özelliklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Bedensel			Ruhsal			Sosyal			Çevre		
		Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p	Ortalama ± S	t	p
Mamografi	Var	14.8±2.7	1.286	0.200	14.1±2.3	1.115	0.266	13.6±3.3	0.881	0.380	13.9±2.2	1.349	0.179
	Yok	14.3±2.8			13.7±2.5			13.2±2.9			13.4±2.7		
Smear	Var	14.9±2.7	1.554	0.122	14.4±2.2	2.312	0.022	13.7±3.1	1.047	0.297	13.8±2.1	0.707	0.480
	Yok	14.3±2.8			13.6±2.5			13.2±3.1			13.5±2.7		
Beden Kütle İndeksi	Düşük ve normal ağırlıklı	14.2±2.7	-1.064	0.289	13.6±2.5	-1.098	0.274	13.1±3.2	-1.007	0.315	13.8±2.3	0.709	0.479
	Hafif toplu ve şişman	14.7±2.8			14.1±2.4			13.6±3.0			13.6±2.5		
Sigara Kullanma Durumu	Hiç içmemiş	14.6±2.9	-0.032	0.974	14.0±2.4	0.534	0.594	13.4±3.0	-0.273	0.789	13.6±2.4	-0.606	0.545
	Halen içiyor ve bırakmış	14.6±2.4			13.8±2.5			13.5±3.2			13.8±2.6		
Düzenli Egzersiz yapma	Evet	15.4±2.4	2.958	0.004	14.4±2.2	2.038	0.043	13.9±3.3	1.384	0.168	14.03±2.3	1.468	0.144
	Hayır	14.2±2.8			13.7±2.5			13.2±2.9			13.5±2.5		

Çalışma grubunun sağlık davranışlarından "mamografi çekirme durumu"nın yaşam kalitesi alan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma grubunda smear yaptıranların yaşam kalitesi ruhsal alan puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.022$).

Çalışma grubunun beden kütle indeksi ve sigara kullanma durumu yaşam kalitesi alan puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Düzenli egzersiz yapma ile yaşam kalitesi bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tek değişkenli çözümlenmelerde istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler ile literatürde menopozda yaşam kalitesini etkilediği belirtilen değişkenler alınarak çok değişkenli model oluşturuldu. Aralarında güçlü korelasyon olan (>0.5) değişkenler birlikte modele alınmadı.

Yaşam kalitesi bedensel alan puanını etkileyen bazı değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon çözümlemesi sonuçları Tablo 22'de sunulmuştur.

Tablo 22: Yaşam kalitesi bedensel alan puanını etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon modeli çözümü

Bağımsız değişkenler	Regresyon katsayısı (b)	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı (Beta)	p	%95 Güven Aralığı (b)	
Yaş	-0.06	-0.10	0.633	-0.18	0.07
Kronik Hastalık Sayısı	-1.60	-0.25	0.021	-2.96	0.25
Düzenli ilaç kullanımı	-1.51	-0.21	0.077	-3.20	0.17
Düzenli gelir	1.26	0.16	0.128	-0.37	2.90
Gece terlemesi	0.36	0.07	0.576	-0.88	1.61
Vajinal kuruluk	-1.76	-0.28	0.015	-3.17	-0.35
İdrar Yakınması	0.04	0.01	0.951	-1.14	1.22
Multiple R=.51					
Multiplr R ² =.26					
Durbin-Watson=1.986 (p=0.003)					

Yaş grupları, kronik hastalık sayısı, düzenli ilaç kullanımı, düzenli gelir, gece terlemesi, vajinal kuruluk ve idrar yakınması değişkenleri yaşam kalitesi bedensel alan puanı varyansının %26'sını açıklamaktadır. Yaşam kalitesi bedensel alan puanını öngörmede anlamlı olan değişkenler; kronik hastalık sayısı (beta:-0.25, p=0.021) ve vajinal kuruluk yakınması (beta: -0.28, p=0.015) olarak bulunmuştur.

Yaşam kalitesi ruhsal alan puanını etkileyen bazı değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon çözümlemesi sonuçları Tablo 23'de sunulmuştur.

Tablo 23: Yaşam kalitesi ruhsal alan puanını etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon modeli çözümlemesi

Bağımsız değişkenler	Regresyon katsayısı (b)	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı (Beta)	p	%95 Güven Aralığı (b)	
Öğrenim grupları	0.44	0.13	0.075	-0.044	0.917
Düzenli ilaç kullanma	-0.73	-0.15	0.053	-1.466	0.008
Sosyal güvence	1.02	0.14	0.068	-0.077	2.118
Ateş basması	-0.02	0.00	0.961	-0.830	0.790
Gece terlemesi	-0.41	-0.08	0.332	-1.250	0.425
Vajinal kuruluk	-0.30	-0.05	0.511	-1.197	0.599
İdrar yakınması	-0.53	-0.11	0.164	-1.277	0.218
Multiple R=.38					
Multiplr R ² =.14					
Durbin-Watson=1.715 (p=0.000)					

Öğrenim grupları, düzenli ilaç kullanımı, sosyal güvence, ateş basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk ve idrar yakınması değişkenleri yaşam kalitesi ruhsal alan puanı varyansının %14'ünü açıklamaktadır.

Yaşam kalitesi sosyal alan puanını etkileyen bazı değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon çözümlemesi sonuçları Tablo 24'de sunulmuştur.

Tablo 24: Yaşam kalitesi sosyal alan puanını etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon modeli çözümlemesi

Bağımsız değişkenler	Regresyon katsayısı (b)	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı (Beta)	p	%95 Güven Aralığı (b)	
Yaş	-0.08	-0.12	0.128	-0.18	1.04
Öğrenim grupları	0.43	0.10	0.167	-0.18	1.04
Düzenli ilaç kullanma	-0.60	-0.10	0.204	-1.52	0.33
Medeni durum	-0.84	-0.17	0.024	-1.56	-0.11
Sosyal güvence	1.09	0.11	0.125	-0.31	2.48
Vajinal kuruluk	-0.78	-0.10	0.163	-1.88	0.32
İdrar yakınması	-0.71	-0.11	0.135	-1.65	0.22
Multiple R=.43					
Multiplr R ² =.19					
Durbin-Watson=1.833 (p=0.000)					

Yaş grupları, öğrenim grupları, düzenli ilaç kullanımı, medeni durum, sosyal güvence, vajinal kuruluk ve idrar yakınması değişkenleri yaşam kalitesi sosyal alan puanı varyansının %19'unu açıklamaktadır. Yaşam kalitesi sosyal alan puanını öngörmede medeni durum değişkeni anlamlıdır (beta: -0.17, p=0.024).

Yaşam kalitesi çevre alan puanını etkileyen bazı değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon çözümlemesi sonuçları Tablo 25'te sunulmuştur.

Tablo 25: Yaşam kalitesi çevre alan puanını etkileyen değişkenlerle oluşturulan çoklu regresyon modeli çözümü

Bağımsız değişkenler	Regresyon katsayısı (b)	Standartlaştırılmış regresyon katsayısı (Beta)	p	%95 Güven Aralığı	
Düzenli ilaç kullanımı	-0.46	-0.09	0.224	-1.201	0.283
Gece terlemesi	-0.62	-0.12	0.112	-1.376	0.145
Vajinal kuruluk	-0.84	-0.14	0.072	-1.745	0.075
İdrar yakınması	-0.48	-0.10	0.215	-1.242	0.281
Düzenli gelir	1.37	0.20	0.005	0.408	2.327
Multiple R=.36		Multiplr R ² =.13		Durbin-Watson=1.665 (p=0.000)	

Düzenli ilaç kullanımı, gece terlemesi, vajinal kuruluk, idrar yakınması ve düzenli gelir değişkenleri yaşam kalitesi çevre alan puanı varyansının %13'ünü açıklamaktadır. Yaşam kalitesi çevre alan puanını öngörmede "düzenli gelir varlığı" değişkeni anlamlıdır (beta: 0.20, p=0.005).

Yaşam kalitesi alanlarında çeşitli değişkenlerin etki büyüklükleri özeti tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26. Yaşam kalitesi alanlarına etki eden değişkenlerin etki büyüklükleri özeti

Boyut	Değişkenler	etki büyüklüğü
Bedensel alan	Kronik hastalık sayısı (sadece bir tane > birden fazla)	0.81
	Vajinal kuruluk (var < yok)	0.74
	(45-49) > (50-54)	0.65
	İdrar yakınması (var < yok)	0.61
	Düzenli ilaç kullanımı (Var < yok)	0.53
	Düzenli gelir varlığı (var > yok)	0.47
	(45-49) > (55-59)	0.44
	Sık idrara çıkma (var < yok)	0.40
	Kronik hastalık varlığı (var < yok)	0.37
	Gece terlemesi (var < yok)	0.33
Ruhsal alan	(İlkokul ve altı) < (Yüksek okul ve üniversite)	0.64
	Sık idrara çıkma (var < yok)	0.54
	Düzenli ilaç kullanımı (Var < yok)	0.51
	Sosyal güvence varlığı (var > yok)	0.51
	(İlkokul ve altı) < (Orta okul ve lise)	0.50
	İdrar yakınma (var < yok)	0.47
	Vajinal kuruluk (var < yok)	0.46
	Düzenli gelir varlığı (var > yok)	0.45
	Ateş basması (var < yok)	0.33
	Gece terlemesi (var < yok)	0.32
Sosyal alan	Medeni durum (evli > bekar)	0.60
	(İlkokul ve altı) < (Yüksek okul ve üniversite)	0.59
	(45-49) > (50-54)	0.52
	(45-49) > (55-59)	0.52
	Sosyal güvence varlığı (var > yok)	0.51
	Vajinal kuruluk (var < yok)	0.51
	İdrar yakınması (var < yok)	0.50
	Düzenli ilaç kullanımı (Var < yok)	0.47
	(İlkokul ve altı) < (Orta okul ve lise)	0.46
	Sık idrara çıkma (var < yok)	0.41
Çevre alan	Düzenli gelir varlığı (var > yok)	0.55
	Vajinal kuruluk (var < yok)	0.51
	Sosyal güvence varlığı (var > yok)	0.46
	Sık idrara çıkma (var < yok)	0.46
	İdrar yakınması (var < yok)	0.42
	Gece terlemesi (var < yok)	0.36
	Düzenli ilaç kullanımı (Var < yok)	0.33

6.TARTIŞMA

Bu çalışmada orta yaş dönemi kadınların sağlık durumları ve yaşam kalitesine etki eden faktörler araştırılmıştır. Araştırma grubu DSÖ orta yaş tanımına uygun olarak seçilmiştir. Benzer çalışmalarda yaştan bağımsız olarak menopozda olma durumuna göre örnek seçimi yapıldığı gözlenmektedir (30, 31). Bu çalışmada 45-59 yaş dönemi kadınlar seçilmiş; menopozal durumdan bağımsız olarak sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik durumları, sağlık durumu, yaşam alışkanlıkları, sağlık davranışları, menopozal yakınma sıklığı tanımlanmış; bu özelliklerin yaşam kalitesine etkisi araştırılmıştır.

6.1.Sosyo-demografik ve Sosyo-ekonomik Özellikler

Çalışma grubunda ortalama yaş 50.7 ± 4.7 'dir. Kadınların %83.6'sının evli olduğu, %49.2'sinin "ilkokul ve altı" öğrenim grubunda yer aldığı saptanmıştır. Kadınların %51.9'u ev hanımıdır, %11.5'inin herhangi bir sosyal güvencesi, %15.3'ünün ise düzenli bir geliri yoktur. TNSA 2008 verisine göre "ilkokul ve altı" öğrenim oranı 45-49 yaş grubu için %78.7, 50-54 yaş grubu için %81.6 ve 55-59 yaş grubu için %86.5 ve tüm yaş grupları kadınlarda batı bölgesi için bu oran %64'dür (32). Çalışma grubunun öğrenim düzeyinin ülkemizde yapılan pek çok çalışmadaki kadınların öğrenim düzeylerinden daha yüksek olduğu gözlenmiştir (33, 34, 35). Bunun çalışmanın ülkenin batısında, Bulgaristan göçmenlerinin yerleştiği bir bölgede yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bölge halkının sosyo-ekonomik durumu ve öğrenim durumu yüksektir.

6.2.Doğurganlık Özellikleri

Çalışma grubunda tamamlanmış gebelik sayısı 2.0 ± 1.4 'tür. TNSA 2008 verisine göre Türkiye için toplam doğurganlık hızı 2.16'dır (32). Çalışmaya katılan kadınların %62.3'ü menopozdadır ve bunların %83.3'ü kendiliğinden menopoza girmiştir. Literatürle karşılaştırıldığında çalışma grubunun menopozda olma oranı diğer çalışmalarla uyum göstermektedir (12, 36). Vehid ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 45 yaş ve üstü kadınlarda doğal menopoz oranını %80.9 bulmuştur (36). Benzer bir çalışmada menopozdaki kadınların %80.8'inin kendiliğinden menopoza girdiği

belirtilmektedir (12). Nehir ve arkadaşlarının çalışmasında benzer yaş grubunda menopoza olan kadınların oranı %63.8'dir (37). Amerika Birleşik Devletleri'nde ortalama menopoza girme yaşı 52'dir (1). Massachusetts Women's Health Çalışmasında perimenopoz için ortalama yaş 47.5, menopoz içinse 51.3 bulunmuştur (9). Ülkemizde menopoza girme yaşı 45-49 arasındadır (5, 36, 42). Dişçigil ve arkadaşlarının Aydın ve Muğla illeri kırsal alanında yaptığı araştırmada ortalama menopoza girme yaşı 44.38 ± 5.30 bulunmuştur (38). Reis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ortalama menopoz yaşı 45.3 bulunmuş; evli ve şişman kadınların menopoza daha geç, sigara içenlerin ise daha erken girdiği gösterilmiştir (39).

6.3. Menopozal Yakınmalar

Çalışma grubunda menopozal dönem yakınmaları sorgulandığında; kadınların %47.5'i ateş basması yakınması, %36.6'sı gece terlemesi yakınması, %21.3'ü vajinal kuruluk yakınması olduğunu belirtmiştir. Bu oranlar adet görmeyen kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (ateş basması; %62.3, gece terlemesi; %43, vajinal kuruluk; %31.6 ve idrar yakınması; %45.6). Tortumluoğlu ve arkadaşlarının 40-60 yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada benzer oranlarda menopozal yakınmalar gözlenmiş, kadınların %72.7'sinde ateş basması ve gece terlemesi yakınması, %19.6'sında vajinal kuruluğa bağlı ağrılı cinsel ilişki olduğu belirtilmiştir (40). Yaş ortalaması 51.2 ± 2.6 olan kadınlarla Malezya'da yapılan bir çalışmada kadınların %67.1'inde ateş basması, %64.3'ünde uyku problemleri, %62.8'inde duygu durum bozukluğu ve %65.7'sinde irritabilite bulunmuştur (41). Yapılan bir çalışmada menopoza girmiş kadınlarda ateş basması %88, gece terlemesi %55.6 ve idrar yakınmaları %16.7 bulunmuştur (39). Literatürde ateş basması ve gece terlemesi görülme sıklığı %55 ile %91 arasında değişmektedir (43, 44, 45, 46). Çalışma grubunda düzenli adet gören kadınların da bulunması yakınma sıklığını azaltmıştır.

6.4. Yaşam Alışkanlıkları

Bu çalışmada halen sigara kullananların oranı %17.5, düzenli egzersiz yapanların oranı ise %32.8'di. Türkiye'de TNSA 2008 sonucuna göre 45-59 yaş grubu kadınların %17.6'sı halen sigara içmektedir (32). Benzer yaş grubunda Dişçigil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullananların oranı %10.3 bulunurken, Güney

ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %16 bulunmuştur (38, 47). Li ve arkadaşlarının daha yaşlı kadın grubundaki çalışmasında kadınların %22.1'i sigara içmekte, %43.4'ü düzenli egzersiz yapmaktadır (48). Sigara içme oranı ülkemizdekine benzer bulunmuştur. Li ve arkadaşlarının çalışmasında daha yaşlı bir grup olmasına karşın düzenli egzersizin daha yüksek saptanması gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresinin ve yaşlı nüfus oranının yüksek olması nedeniyle sağlığı koruyucu yaşam alışkanlıklarının geliştiğini düşündürmektedir (26, 45, 49, 50). Yurdakul ve arkadaşlarının benzer yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapma oranı %12 bulunmuştur (5). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye sonuçlarına göre kadınlarda sigara içme oranı %15.2 bulunmuştur (51).

6.5.Sağlık Durumu

Çalışmaya katılan kadınların %42.6'sında en az bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Kadınların %44.8'i düzenli ilaç kullandığını söylemiştir. Bu oranlar ülkemizde yapılan benzer yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmalarla uyumludur. Tokuç ve arkadaşlarının benzer yaş grubundaki kadınlarda yürüttüğü çalışmada; kadınların %55.2'sinde kronik hastalık olduğu, %46.8'inin ilaç kullandığı bulunmuştur (4). Yapılan bir çalışmada orta yaş kadınlarda kronik hastalık varlığı %34.9, düzenli ilaç kullanımı varlığı ise %33.8 bulunmuştur (48). Kadınların %17.5'inde hipertansiyon, %6'sında diyabet saptanmıştır. Batı Anadolu kırsal bölgesinde yapılan bir çalışmada benzer yaş grubunda kadınların %27.4'ünde hipertansiyon, %24.6'sında osteoporoz, %15.3'ünde diyabet olduğu bulunmuştur (36). Schwarz ve arkadaşlarının yaptığı gözden geçirme çalışmasında ortayaş ve üstü kadınlarda kronik hastalık görülme sıklığının artmaya devam ettiği söylenmektedir (52). Sekuri ve arkadaşlarının 45 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmada hipertansiyon prevalansı %62 bulunmuştur (53). Türkiye Batı Bölgesinde 15-59 yaş grubu kadınlarda ölüm nedenlerinin birinci sırasında iskemik kalp hastalığı yer almaktadır (%21.2). Bunu sırasıyla serebrovasküler hastalık (%7.7), romatizmal kalp hastalığı (%6.6), meme kanseri (%4.6) ve diyabet (%3.8) izlemektedir (54).

6.6.Sağlık Davranışları

Boy ve kilo saptanırken kişinin bildiriimi esas alınmış, ölçüm yapılmamıştır. BMI bu veriden hesaplanmıştır. Çalışma grubunun %70.5'inin hafif şişman veya şişman olduğu gözlenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre 45-49 yaş grubu kadınların ortalama BKİ 30.4 ve bunların %87.1'i hafif şişman ve şişmandır (32). Ülkemizde benzer yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada ortalama BKİ 27.6 ± 4.5 bulunmuştur (55). Yapılan bir çalışmada menopoza girmiş kadınlarda BKİ anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (33). Daley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 45-55 yaş grubu kadınların %51.4'ünün hafif toplu ve şişman grubunda olduğu, şişman olmakla vazomotor semptom skorları arasında anlamlı ilişki olduğu, egzersizin vazomotor semptom görülme sıklığı üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir (26). Bu çalışmada benzer yaş grubu kadınlarda BKİ Türkiye ortalamalarıyla uyumludur. Yurtdışı çalışmalarda benzer yaş grubu kadınlarda BKİ daha düşüktür (50, 56, 57).

6.7.Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi alan puan ortalamaları bedensel alan için 14.57 ± 2.75 , ruhsal alan için 13.93 ± 2.40 , sosyal alan için 13.43 ± 3.08 ve çevresel alan için 13.64 ± 2.47 bulunmuştur. Benzer yaş gruplarında yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışma grubunun yaşam kalitesi puanları yüksektir (5, 34, 58). Diğer çalışmalardan farklı olarak yaşam kalitesi ölçeğinin araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeyle doldurulmuş olmasının , ayrıca çalışma grubunun sosyo-ekonomik durumunun ve eğitim düzeyinin yüksek olmasının daha olumlu yanıtlar verilmiş olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi bedensel ve sosyal alan puan ortalamalarının 45-49 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi bedensel alanına yaş grupları değişkeninin etki büyüklüğü en yüksek 45-49 ile 50-54 yaş grupları için bulunmuştur (0.65). Etki büyüklüğünün 45-49 ile 55-59 yaş grupları için daha küçük olması (0.44) menopozal değişikliğin başladığı yıllarda yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiğini ancak ilerleyen yıllarda bu duruma uyum sağlandığını düşündürmektedir. Çalışma grubunun adet durumuna göre yaşam kalitesi alan puanları ortalamaları arasında anlamlı olarak bulunmamıştır. Yapılan bir

çalışmada benzer şekilde premenopozal dönemde yaşam kalitesinin postmenopozal döneme göre anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur (59). Blumel ve arkadaşlarının çalışmasında ise menopozun yaştan ve diğer sosyo-demografik değişkenlerden bağımsız olarak yaşam kalitesini düşürdüğü gösterilmiştir (60).

“İlkokul ve altı” öğrenim grubunun yaşam kalitesi ruhsal ve sosyal alan puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesi ruhsal ve sosyal alanına öğrenim durumunun etki büyüklüğü en yüksek “ilkokul ve altı” ile “yüksek okul ve üniversite” öğrenim grupları arasında bulunmuştur (sırasıyla; 0.64 ve 0.59). Her iki alan için etki büyüklüğünün “orta okul ve lise” ile “yüksek okul ve üniversite” öğrenim grupları için küçük olması (sırasıyla; 0.10 ve 0.11) ilkokul sonrası eğitim almanın kadınlarda yaşam kalitesinde önemli etki yapacağını düşündürmüştür.

Çalışma grubunda evli olanların yaşam kalitesi sosyal alan puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sosyal güvence varlığında yaşam kalitesi ruhsal, sosyal ve çevre alan puanları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Düzenli geliri olanlarda ise yaşam kalitesi bedensel, ruhsal ve çevre alan puanları anlamlı yüksek bulunmuştur. İnceboz ve arkadaşlarının Manisa bölgesinde 40-60 yaş grubunda gerçekleştirdiği çalışmada kadınların eğitim durumu ve ekonomik durumunun yaşam kalitesini olumlu etkilediği; evli kadınlarda ise yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Yudakul ve arkadaşlarının benzer yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada yaş, eğitim ve gelir düzeyinin yaşam kalitesi puanlarını anlamlı olarak etkilediğini göstermiştir. Türkiye’de gerçekleştirilen ve kadınların menopoz sonrası yaşam kalitesinin incelendiği bir araştırmada da benzer şekilde yaş ve eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (61).

Çalışma grubunun yaşam alışkanlıklarından sigara kullanma ve sağlık davranışlarından BKİ yaşam kalitesi alan puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Düzenli egzersiz yapmanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapma ile yaşam kalitesi bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları anlamlı yüksek bulunmuştur. Daley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şişman kadınlarda vazomotor semptom sıklığı yüksek, yaşam kalitesi skorları ise düşük bulunmuştur (26). Aynı çalışmada düzenli egzersiz yapan kadınlarda sağlığa

bağlı yaşam kalitesi daha iyidir. Yankura ve arkadaşlarının 2008 yılında ABD’de 52-62 yaş grubu kadınlarda gerçekleştirdiği çalışmada 18 aylık programla kilo verdirildiğinde yaşam kalitesi skalalarında küçük ve orta derecede yükselme gözlenmiştir (28). Randomize kontrollü bir çalışmada 45-75 yaş arası postmenopozal kadınlarda egzersiz yapmanın fiziksel ve mental yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir (62).

Bu çalışmada kronik hastalık varlığının ve düzenli ilaç kullanımının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Kronik hastalık varlığında yaşam kalitesi bedensel alan puan ortalaması anlamlı olarak düşük çıkmıştır. Düzenli ilaç kullananların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puan ortalamaları anlamlı olarak düşük çıkmıştır. Çalışma grubunda yaşam kalitesi bedensel alanına “kronik hastalık sayısı”nın ve “düzenli ilaç kullanımı”nın “kronik hastalık varlığı”na göre daha yüksek etki büyüklüğüne sahip olduğu gösterilmiştir (sırasıyla; 0.81, 0.53 ve 0.37). Kharbouch ve arkadaşlarının 45-59 yaş döneminde doğal menopoza girmiş kadınlarda gerçekleştirdiği çalışmada kronik hastalık varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (31). Sprangers ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha yaşlı, kadın, düşük öğrenim düzeyi olan, yalnız yaşayan ve en az bir kronik hastalığı olan kişilerin daha düşük yaşam kalitesi değerlerinin olduğu bulunmuştur (63).

Bu çalışmada orta yaş dönemi kadınlarda menopozal yakınmaların varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Çalışma grubunda menopozal şikayetlerden ateş basması olanların yaşam kalitesi ruhsal alan puan ortalaması, gece terlemesi şikayeti olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal ve çevre alan puan ortalamaları, vajinal kuruluk şikayeti olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puan ortalamaları, herhangi bir idrar yakınması olanların yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Etki büyüklüklerine bakıldığında yaşam kalitesi bedensel alanına “vajinal kuruluk” yakınmasının etki büyüklüğü en yüksektir, bunu idrar yakınması izlemektedir (sırasıyla; 0.74 ve 0.61). Yapılan bir çalışmada idrar yakınmalarından idrar kaçırma yakınmasının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi gösterilmiştir (64). Vajinal kuruluk yakınmasının etki büyüklüğünün yüksek olmasının disparoniye sebep olarak cinsel

yaşamı etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nehir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların menopoza ilişkin yakınmaları arttıkça bedensel, sosyal ve ruhsal alanlardaki yaşam kalitesi puanlarının azaldığı gösterilmiştir (34). Tokuç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada menopozal semptomlar arttıkça yaşam kalitesi skorlarında düşme olduğu gösterilmiştir (4). Blumel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya 45-59 yaş grubu kadınlar katılmış, ev hanımlarında çalışan kadınlara göre tüm menopozal yakınmaların görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Aynı çalışmada 45-59 yaş grubu kadınlarda vazomotor semptomların yaşam kalitesini anlamlı olarak düşürdüğü, menopozun yaştan bağımsız olarak yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur (60). Veerus ve arkadaşlarının benzer yaş grubunda yaptığı çalışmada menopozal semptomlardan ateş basması ve uykusuzluk sorunlarının HRT ile kontrol edildiği ancak bunun yaşam kalitesinde olumlu bir etki yaratmadığı gösterilmiştir (65). Extremera ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer yaş grubundaki kadınlarda menopozal durumun yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı bulunmuştur (66). Literatürde menopozal semptomların yaşam kalitesini düşürdüğü ve HRT ile bunun iyileştirildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (60, 67, 68, 69).

Yaşam kalitesi bedensel alanını ikili çözümlenmelerde anlamlı olarak etkileyen değişkenler çoklu regresyon çözümlemesinde modele konduğunda “kronik hastalık sayısı” ve “vajinal kuruluk” değişkenleri anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalık sayısı arttıkça bedensel iyilik hali bozulmaktadır. Vajinal kuruluk varlığı ağırlı cinsel ilişkiye neden olmakta ve bedensel iyilik halini bozmaktadır. Avis ve arkadaşları benzer yaş grubunda yaptıkları çalışmada vajinal kuruluk, vazomotor semptomlar, idrar yollarıyla ilgili yakınmaların yaşam kalitesi bedensel alanını olumsuz yönde anlamlı olarak etkilediğini göstermiştir (19).

İkili çözümlenmelerde yaşam kalitesi ruhsal alan puanını anlamlı olarak düşüren öğrenim grupları, düzenli ilaç kullanımı, sosyal güvence, ateş basması, gece terlemesi, vajinal kuruluk ve idrar yakınması değişkenleri çoklu regresyon çözümlemesinde anlamlı bulunmamıştır.

Yaşam kalitesi sosyal alan puanını ikili çözümlenmelerde anlamlı olarak etkileyen değişkenler çoklu regresyon çözümlemesine konduğunda medeni durum değişkeni

anlamli bulunmuştur (beta: -0.18). Evli kadınların sosyal destek ve cinsel yaşam yönünden bekarlara göre daha iyi durumda olduğu söylenebilir. Ehsanpour ve arkadaşlarının postmenopozal kadınlarda yaptığı çalışmada medeni durumun yaşam kalitesi ruhsal alanına olumlu yönde anlamlı etkisi bulunurken sosyal alana etkisi bulunmamıştır (70).

Yaşam kalitesi çevre alan puanını ikili çözümlmelerde anlamlı olarak etkileyen değişkenler çoklu regresyon çözümlmesine konduğunda "düzenli gelir varlığı" değişkeni anlamlı bulunmuştur (beta: 0.20). Düzenli gelirin yaşanan ortamın koşullarını, hizmetlere ulaşımı etkilediği düşünülmektedir. Nehir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gelir durumunun düşük olmasının yaşam kalitesi alanlarından sosyal ve çevre alan puanlarını anlamlı olarak düşürdüğü gösterilmiştir (34). Baydur ve arkadaşlarının çalışmasında gelir getiren bir işte çalışmama, sağlık güvencesinin olmaması yaşam kalitesi çevre alan puanını anlamlı olarak olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (71).

7.ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI

- Çalışma bir alan çalışmasıdır.
- WHOQOL-BREF kısa yaşam kalitesi ölçeği geçerliliği güvenilirliği kanıtlanmış ve ortayaş kadın sağlığı yaşam kalitesi değerlendirmesi için başka çalışmalarda da kullanılmıştır.
- 45-59 yaş grubu kadınların seçimi ile yaşlılığa bağlı yaşam kalitesi etkileniminin kontrol edilmesi hedeflenmiştir.

8.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

- Veri yüzyüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.
- Homojen bir toplum olması nedeniyle farklılıklar gözlenememektedir.
- Çalışmaya katılmayanların sosyo-demografik özelliklerinin kaydedilmemiştir.

9.SONUÇ

- Orta yaş döneminde her 5 kadından 2'sinde kronik hastalık bulunduğu gözlenmiştir. Kronik hastalık varlığı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

- Düşük öğrenim düzeyi ve yaş orta yaş kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir.
- Sosyal güvence ve düzenli gelir varlığı yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir.
- Orta yaş kadınlarda düzenli egzersiz yapmak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.
- BKİ ve sigara kullanımı ile yaşam kalitesi arasında ilişki gösterilememiştir.
- Orta yaş kadınlarda menopozal şikayetlerin varlığı yaşam kalitesini düşürmektedir.

10.ÖNERİLER

- Orta yaş dönemi kadınların yaşam kalitesini olumlu yönde geliştirmek için bu dönemde kronik hastalıkların ve menopozal semptomların sıklığı ve yaşam kalitesine olumsuz etkileri göz önünde bulundurularak, kronik hastalıkların ve menopozal semptomların yönetimine yönelik yaklaşımlar öncelikli ele alınmalıdır.
- Menopozal semptomların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisine karşın düzenli egzersizin pozitif etkisi göz önünde bulundurularak orta yaş kadınlara koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında düzenli egzersiz yapması önerilebilir.

11.KAYNAKÇA

1. National Institutes of Health State of the Science Conference Statement: Management of Menopause Related Symptoms, 2005
2. Women and health : Today's evidence tomorrow's agenda. WHO 2009
3. Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause. Social Sci Med, 2006; 62: 93-102
4. Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H. Trakya Üniversitesi Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. TJOD, 2006; 3: 281-287
5. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. F Ü Sağ il Derg, 2007; 21: 187-193
6. Kadın ve Sağlık. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008
7. Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr>
8. Martin KA, Manson JE. Approach to the patient with menopausal symptoms. J Clin Endocrinol Metab, 2008; 93: 4567-4575
9. Prior JC. Perimenopause: The complex endocrinology of the menopausal transition, endocrine reviews. The Endocrine Society, 1998; 19: 397-428
10. Gibbons JH. The menopause, hormone Therapy, and women health. 1992
11. Görgel EB, Çakıroğlu FP. Menopoz döneminde kadın, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2007
12. İntepe İH. Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda depresyon prevalansı ve risk faktörleri. Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2007
13. Berek JS. Novak jinekoloji. Onüçüncü baskı. Nobel Tıp Kitapevi, 2004; 1109-1142
14. Speroff L, Fritz MA. Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite. Yedinci baskı, Güneş Tıp Kitabevi, 2006; 621-674

15. Çağlayan EK. Hormon replasman tedavisinin perimenopoz ve postmenopozal kadınlarda psikolojik semptomlara etkisi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık tezi, 2004
16. Avis NE, Mckinlay SM. The Massachusetts Women's Health Study: An epidemiologic investigation of the menopause. JAMWA, 1995; 50: 45-50
17. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2004; 5: 114-119
18. Tortumluoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarda menopoz. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004
19. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R ve ark. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: SWAN. 2009; 16: 860-869
20. Treloar AE. Menstrual cyclicity and the premenopause. Maturitas, 1981; 249-264
21. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim, 2006; 1: 1-5
22. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. Sağlıkta Birikim, 2006; 1: 6-8
23. Eser E. Klinik uygulamada yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması. 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Özet Kitabı, EÜ Atatürk Kültür Merkezi, 2007; 1-2
24. WHO Global Database on Body Mass Index, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
25. Nesanır N, Eser E. Türkiye'de sağlık alanında kullanılmak üzere bir sosyoekonomik indeks denemesi. TAF Prev Med Bull, 2010; 9: 277-288
26. Daley A, MacArthur C, Stokes-Lampard H, McManus R, Wilson S, Mutrie N. Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. British Journal of General Practice, 2007; 130-135

27. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H ve ark. WHOQOL-Bref'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi, 1999; 7: 23-40
28. Yalçın Eser S, Fidaner H, Fidaner C. Yaşam kalitesinin ölçülmesi: WHOQOL-Bref. 3P Dergisi, 1999;7 : 5-13
29. Eser E, Yalçın Eser S, Fidaner C, Elbi H ve ark. Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan likert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları. 3P Dergisi, 1999; 40-47
30. Yankura DJ, Conroy MB, Hess R, Pettee KK ve ark. Weight regain and health-related quality of life in post menopausal women. Obesity, 2008; 16: 2259-2265
31. Kharbouch SB, Şahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. 2007; 15: 82-90
32. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008
33. Şahiner G, Akyüz A. Toplumsal cinsiyet ve kadının üreme sağlığı. TAF Prev Med Bull, 2010; 9: 333-342
34. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull, 2008; 7: 231-236
35. Akkuzu G, Örsal Ö, Keçialan R. Kadınların menopoza karşı tutumları ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2009; 29:666-674
36. Vehid S, Aran SN, Köksal S, Işılolu H, Şenocak M. The prevalence and the age at the onset of menopause in Turkish women in rural area. Saudi Med J, 2006; 27: 9
37. Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F ve ark. Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Cumhuriyet Tıp Derg, 2009; 31: 15-21
38. Dişçigil G, Gemalmaz A, Tekin N, Başak O. Profil of menopausal women in west Anatolian rural region sample. Maturitas, 2006; 55: 247-254

39. Reis N, Pasinlioğlu T, Dane Ő. The natural menopause age of women in Erzurum and factors influencing the age at menopause. *Tr J Med Sci*, 1998; 28: 415-418
40. Tortumluoğlu G, Erci B. Klimakterik dđnemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2003
41. Jahanfar S, Rahim AA, Reza SK, Azura I ve ark. Age of menopause and menopausal symptoms among Malaysian women who referred to health clinic in Malaysia. *Shiraz E-Medical Journal*, 2006; 7
42. Nkwo PO. Suboptimal management of severe menopausal symptoms by Nigerian gynaecologists: a call for mandatory continuing medical education for physicians. *BMC Women's Health*, 2009; 9: 30
43. Sidhu S, Kaur A, Sidhu M. Age at menopause in educated women of Amritsar (Punjab). *J Hum Ecol*, 2005; 18: 49-51
44. Loutfy I, Aziz FA, Dabbous Nİ, Hassan MHA. Women's perception and experience of menopause: a community-based study in Alexandria, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2006; 12: 93-106
45. Dennerstein L, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstetrics and Gynecology*, 2000; 96: 351-358
46. Chim H, Tan BHI, Ang CC, Chew EMD ve arkadaşları. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas*, 2002; 41: 275-282
47. Gđney N. Park sağlık ocağı bđlgesinde 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz yaşı ve perimenopozal semptomların tespiti. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yđsek Lisans Tezi, 2006
48. Li C, Wilawan K, Samsioe G, Lidfeldt J, Agardh CD ve ark. Health profil of middle-aged women: WHILA study. *Human Reproduction*, 2002; 17: 1379-1385

49. Nicklas BJ, Wang X, You Tongjian, Lyles MF ve arkadaşları. Effect of exercise intensity on abdominal fat loss during calorie restriction in overweight and obese postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Am J Clin Nutr*, 2009; 89: 1043-1052
50. Kamaura M, Nishijima K, Takahashi M, Ando T ve arkadaşları. Lifestyle modification metabolic syndrome and associated changes in plasma amino acid profiles. *Circ J*, 2010; 2434-2440
51. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
52. Schwarz S, Dören M, Impotant risk factors of common diseases in women at midlife and beyond. *J Public Health*, 2007; 15: 81–85
53. Sekuri C, Eser E, Akpınar G, Çakır H ve arkadaşları. Cardiovascular disease risk factors in post-menopausal women in west Anatolia. *Jpn Heart J*, 2004; 45: 119-130
54. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. 2004
55. Ayhan S. Menopoz zamanının öngörülmesinde inhibin –B ve over rezerv testlerinin değeri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2005
56. Kelemen LE, Atkinson EJ, Andrade M, Pankratz VS ve arkadaşları. Linkage analysis of obesity phenotypes in pre- and post-menopausal women from a United States mid-western population. *BMC Medical Genetics*, 2010; 11: 156-164
57. Bauer L, Dick D, Bierut L, Bucholz K ve arkadaşları. Obesity, smoking, and frontal brain dysfunction. *Am J Addict*, 2010; 19: 391-400
58. Başaran S, Güzel R, Coşkun İ, Uysal FG. Postmenopozal ve senil osteoporozlu kadınlarda yaşam kalitesinin ve belirleyicilerinin değerlendirilmesi, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2006; 52: 31-36
59. Laferrere B, Zhu SK, Clarkson JR, Yoshioka MRM ve arkadaşları. Race, menopause, health-related quality of life, and psychological well-being in obese women. *Obesity Research*, 2002; 10: 1270-1275

60. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G ve ark. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*, 2000; 34:17-23
61. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010; 7: 469-483
62. Martin CK, Church TS, Thompson AM, Earnest CP ve ark. Exercise dose and quality of life: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 2009; 169: 269-278
63. Sprangers MAG, Regt EB, Andries F, Agt HME ve arkadaşları. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000; 53: 895-907
64. Howard F, Steggall M. Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. *British Journal of Nursing*, 2010; 19: 742-749
65. Veerus P, Fischer K, Hovi SL, Karo H, Rahu M, Hemminki E. Symptom reporting and quality of life in the Estonian postmenopausal hormone therapy trial, *BMC Women's Health*, 2008; 8: 5
66. Extremera N, Berrocal PF. Relation of emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 2002; 90: 47-59
67. Hlatky MA, Boothroyd D, Vittinghoff E, Sharp P, Whooley MA. Quality-of-Life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy results from HERS Trial. *JAMA*, 2002; 287
68. Welton AJ, Vickers MR, Kim J, Ford D ve arkadaşları. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. *BMJ*, 2008; 337: 1190-1199
69. Daly E, Gray A, Barlow D, McPherson K ve arkadaşları. Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. *BMJ*, 1993; 307: 836-840
70. Ehsanpour S, Eivazi M, Emami SD. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2007; 12: 130-135

71. Baydur H, Saatlı G, Eser E. DSÖ yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL) çevre alanı bir sosyoekonomik gösterge olarak kullanılabilir mi. 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2006, Van

12.EKLER

Ek.1

Anket Sıra No:

Çamdibi Bölgesindeki 45-59 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Çalışması Tanımlayıcı Bilgiler Anket Formu

Bu çalışma İzmir Çamdibi semtinde yaşayan 45-59 yaş grubu kadınlarda sağlık durumu ve yaşam kalitesini değerlendirip buna etki eden faktörlerin belirlenmesini amaçlamaktadır.

- Boy: Kilo:
1. Doğum tarihi.....
 2. Medeni durumunuz
 - 1.Bekar (Hiç evlenmemiş) 2.Evli 3.Boşanmış 4.Dul
 3. Öğrenim durumunuz
 - 1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Yüksekokul 7.Üniversite
 4. Eşinizin öğrenim durumunu
 - 1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Yüksekokul 7.Üniversite
 5. Mesleğiniz.....
 6. Sosyal güvenceniz
 1. Yok
 2. Var(.....)
 7. Düzenli geliriniz var mı?
 1. Yok
 2. Var(.....)
 8. Eşinizin mesleği
 9. Çalışma durumunuz
 1. Hiç çalışmamış 2.Emekli 3.Halen çalışıyor 4.Diğer.....
 10. Evde kimlerle yaşıyorsunuz
 1. Yalnız
 2. Eşim ve/veya çocuklarla
 3. Diğer.....
 11. Oturduğunuz ev kendinize mi ait?
 1. Evet
 2. Hayır
 12. Ülkenizdeki başka insanlarla karşılaştığınızda geçim durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 1. Ortalamanın bir hayli üzerinde
 2. Ortalamanın biraz üzerinde
 3. Ortalama
 4. Ortalamanın biraz altında
 5. Ortalamanın bir hayli altında
 13. İlk adet yaşı.....
 14. İlk evlenme yaşı.....
 15. İlk gebelik yaşı ve sonlanma şekli.....
 16. Tamamlanmış gebelik sayısı.....
 17. Son gebelik yaşı.....
 18. Adet durumunuz
 1. Halen düzenli adet görüyorum; Son adet tarihiniz.....
 2. Adetlerim düzensiz; Son adet tarihiniz.....

3. Adet görmüyorum
19. Adetten kesilme şekli
1. Kendiliğinden 2. Ameliyat sonrası(.....) 3. İlaç tedavisi sonrası
20. Annenizin (annesi yoksa kız kardeşi) menopoza girme yaşı.....
21. HRT/OK kullanımı
1. Yok
2. Var ; HRT(.....yıl) OK(.....yıl)
22. Sigara kullanımı
1. Hiç içmemiş 2. Halen içiyor 3. İçiyormuş ancak bırakmış
23. En az 20 dakika süren düzenli egzersiz yapıyor musunuz?
1. Hayır
2. Evet (haftadakez)
24. Doktor tarafından tanı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?
1. Yok
2. Var (belirtiniz.....)
25. Engellilik durumunuz var mı?
1. Yok
2. Var (belirtiniz.....)
26. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?
1. Yok
2. Var
1. Kemik erimesi için ilaç kullanımı
2. Kalp hastalığı nedeniyle ilaç kullanımı
3. Diğer.....
27. Ateş basması şikayetiniz var mı?
1. Yok
2. Var(.....)
28. Gece terlemesi şikayetiniz var mı?
1. Yok
2. Var(sıklığını yazınız.....)
29. Vajinal kuruluk şikayetiniz var mı?
1. Yok
2. Var(.....)
30. İdrar yollarıyla ilgili şikayetiniz var mı?
1. Yok
2. Var
1. İYE
2. İdrar kaçırma
3. Sık idrara çıkma
4. Diğer.....
31. Mamografi çektirdiniz mi?
1. Hayır
2. Evet(.....)
32. Vajinal smear aldirdınız mı?
1. Hayır
2. Evet(.....)
- Verdiğiniz Bilgi İçin Teşekkür Ederim

WHOQOL-BREF **Anket Sıra No:**
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ KISA FORMU

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi, ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, nede değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Son derecede

8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Son derecede

9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Son derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğimizi soruşturmaktadır.

10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

13. Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve habere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Tarih ve Sayı: 24.12.2007/ 415

Etik Kurul Üveleri

Prof.Dr.Taner ÇAMSARI

Prof.Dr.Tunç ALKİN

Doç.Dr.M.Hakan ÖZDEMİR

Doç.Dr.Ayça Arzu SAYINER

Doç.Dr.Vesile ÖZTÜRK

Doç.Dr.Mustafa SEÇİL

Doç.Dr.Murat DUMAN

Doç.Dr.Güven ASLAN

Yard.Doç.Dr.Murat ÖRMEN

Öğr.Gör.Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN

Yunus KARSLI

Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Taner ÇAMSARI

Etik Kurul Sekreteri

Hatice İÇİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Etik Kurulumuzun 19 Aralık 2007 tarih ve 14/27/2007 no.lu toplantısında, 384/2007 Protokol numaralı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yard.Doç.Dr.Bülent KILIÇ'ın proje yöneticisi, Dr.Pınar AYDIN'ın sorumlusu olduğu, "Menopozal geçiş dönemindeki kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" isimli projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.

Katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr.Taner ÇAMSARI
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları
Etik Kurul Başkanı

Ek 4.

1. GENEL

DÜZENLEME TARİHİ	: 08.11.2010
T.C. KİMLİK NO	: 17782461882
ÜNVANI ADI SOYADI	: Dr. Pınar Aydın
YAZIŞMA ADRESİ	: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri Şubesi Hürriyet Bulvarı No:1 Posta kodu: 35210 Alsancak İzmir
DOĞUM TARİHİ ve YERİ	: 02.10.1967, İzmir
TEL : 441 81 11	GSM: 0505 748 43 98
E-POSTA : pinaraydin67@gmail.com	FAKS:

2. EĞİTİM (Son aldığınız dereceden / diplomadan başlayarak yazınız)

ÖĞRENİM DÖNEMİ	DERECE (*)	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
1984-1992		Ege Üniversitesi	Tıp Fakültesi

(*) Diploma Türü (Lisans, Y. Lisans, vb.)

3. AKADEMİK ve MESLEKİ DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	ÜNİVERSİTE	BÖLÜM

4. YAYIN BİLGİLERİ

ISI indexine kayıtlı dergilerde yayınlanan yayın sayısı	
Diğer indexlere kayıtlı / Hakemli dergilerde yayınlanan yayın sayısı	
Indexlere kayıtlı / Hakemli konferans kitaplarında yayınlanan yayın sayısı	
Diğer yayınlar sayısı	2
TOPLAM SAYI	2

5. YAYINLARINIZA ALDIĞINIZ TOPLAM ATIF SAYISI (Web of Science'a göre) :

6. PROJE DENEYİMİ

Yer Aldığınız Proje Sayısı	Proje yürütücüsü olarak	Araştırmacı olarak
Kurumsal (BAP vb.)		
Ulusal		
Uluslararası		

7. DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER (Hakemlik/Danışmanlık/Editörlük Deneyimi)

Son bir yılda uluslararası indekslere kayıtlı makale/derleme için yaptığınız danışmanlık sayısı			
Son bir yılda projeler için yaptığınız danışmanlık sayısı			
Danışmanlığını yaptığınız öğrenci sayısı		Tamamlanan	Devam Eden

	Y. Lisans		
	Doktora		
	Uzmanlık		
Editör/Yardımcı Editör olduğunuz dergiler	1- 2- 3-		

8. SEÇİLMİŞ YAYINLAR (Proje konusuyla ilgili en önemli 5 yayınızı)

YAZAR(LAR)	MAKALE/BİLDİRİ BAŞLIĞI	DERGİ/TOPLANTI ADI	CİLT/SAYI/SAYFA	TARİH

9. YAYINLAR DIŞINDA PROJE KONUSU İLE İLGİLİ EN ÖNEMLİ 5 FAALİYET
(Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.)

1. İzmir Bornova Doğanlar Sağlık Ocağında 6 yıl pratisyen hekimlik
2. Meme Hastalıkları Erken Tanı ve Tedavi Merkezinde 7 yıl pratisyen hekimlik
3.SAYKAD üyeliği
4.Aile Planlaması Danışmanlık Sertifikası
5.Narlıdere İlçesinde 50-64 yaş grubu Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Programı

10. PROJE KONUSUNDA YETKİNLİĞİNİZİ VURGULAMAK İÇİN GEREKLİ GÖRDÜĞÜNÜZ DİĞER BİLGİLER

--