

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ MENOPOZ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ

B. TOKUÇ*, P.B. KAPLAN**, G.Ö. BALIK***, H.GÜL****

*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne

**Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Edirne

***AÇSAP Merkezi, Karaman

**** İl Sağlık Müdürlüğü, Edirne

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, bir menopoz Polikliniğine başvuran kadınlarda, menopoz semptomlarının profilini değerlendirmek, kadınların menopoz semptomları ve diğer kimi sosyo-demografik değişkenlerin ve aldıkları tedavilerin yaşama kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Şubat – Eylül 2005 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 299 kadında yapılmış olan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Katılımcılara, bu konuda eğitilmiş VI. Sınıf öğrencileri tarafından, kimi sosyo-demografik özelliklerini ve menopoz öykülerini sorgulayan 17 soruluk bir anket formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSD), SF-36 Sağlık Taraması ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) yüz yüze görüşme tekniği ile, ardarda uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS Ver 13.0'da değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 52.07 ± 6.12 (36.0 – 76.0)'dır. Menopoz giriş yaşı ortalaması 45.8 ± 5.1 (26.0 – 56.0)'dır. Katılımcıların %18.9'u halen HRT kullanmaktadır, % 37.0'ı HRT kullanıp bırakmış, %44.1'i ise hiç HRT kullanmamıştır. Çalışmaya katılan kadınlardan 8 yıldan daha fazla eğitilmiş olanların, halen çalışanların, halen HRT kullananların ve evde sorunları olmayanların toplam MSD skorları diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunurken, SF-36 skorları ise anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kadınların MSD ölçeğindeki puanları artarken, SF-36 skorları ve HAD ölçeğindeki skorları belirgin düzeyde düşmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak, menopoz döneminde görülen belirtilerin kadınların yaşam kalitesini, beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Ancak, menopoz semptomları yaşam kalitesi ve sağlık algılamasında tek belirleyici değildir. Her insan için, yaşamın her döneminde olduğu gibi, sosyo-ekonomik durum, kültürel çevre ve yaşam biçimi de sağlık algısını ve yaşam kalitesini çok fazla etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: hastane anksiyete depresyon ölçeği, menopoz, yaşam kalitesi, menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği, SF-36 sağlık taraması

SUMMARY

Quality of life Among Women who were Attending to Trakya University Hospital Menopause clinic

Objective: To assess the menopause symptoms and the impact of menopause and some socio-demographic variables and the hormone replacement therapy on quality of life among women who were attending to a menopause clinic.

Yazışma Adresi: Burcu Tokuç, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tel: (0284) 235 76 41 / 1563

e-mail: burcu_tokuc@hotmail.com

Alındığı tarihi: 04. 09. 2006, kabul tarihi: 10. 10. 2006

Matreial and Method: The study was a cross-sectional and descriptive study which was conducted on 299 women who were attending to Trakya University Hospital Menopause Clinic, between February –September 2005. After applying a questionnaire about socio-demographic characteristics of respondents, Menopause Rating Scale (MRS), SF-36 Health Survey and Hospital Anxiety and Depression Scale were applied by trained interns respectively.

Results: The mean age of respondents was 52.07 ± 6.12 (36.0 – 76.0). The mean age of menopause was 45.8 ± 5.1 (26.0 – 56.0). 18.9 % of women were still using HRT, 37.0% have used in the past and 44.1% of them have never used HRT. Women who were stil using HRT, who were stil working, who were educated more than 8 years and who have had no problems in the family have had significantly lower MRS scores and significantly higher SF-36 scores than the others. While MRS scores and SF-36 scores were increasing, the HAD scores were decreasing significantly.

Conclusion: We could say that the menopause symptoms effected the women's health and quality of life, negatively. But it was not the only determinant of health perception and quality of life. The socio-economic, environmental and cultural factors and life style were also effective in menopause period like the other periods of life.

Key words: menopause, quality of life, menopause rating scale, SF-36 health survey and hospital anxiety depression scale

GİRİŞ

Menopoz (yaş dönümü) menstruasyonun ve fertilitenin kalıcı olarak sonlanmasıdır⁽¹⁾. Yaşlanma sırasında, overlerde folliküler aktivitenin kaybına bağlıdır. Bir kadın kesintisiz olarak 12 ay adet görmemesi durumunda menopoza girmiş sayılır ve postmenopozal periyot başlar⁽²⁾. Menopoz yaşamın bir dönemidir ve bu yüzden hastalık olarak değerlendirilmemelidir. Postmenopozal dönemde over fonksiyonlarında bozulma ve bu nedenle östrojenin azalması sonucu erken dönemde sıcak basmaları, irritabilite, uyku bozuklukları, halsizlik, anksiyete, konsantrasyon azalması gibi belirtiler görülmektedir. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, bir kişinin fiziksel durumunun, psikososyal fonksiyonları üzerine etkilerini değerlendirir. Daha geniş bir tanımla, yaşam kalitesi aynı zamanda 'deneyimle birleşen tutku ve ümitlerimizin ölçüsüdür' diye tanımlanabilir⁽³⁾. Menopoza bağlı bu değişiklikler her kadını farklı ölçüde etkilemekte ve kimi kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir. Kimi kadınlarda yaşa bağlı değişiklikler olarak tanımlanan hastalık algılamalarına ve öz kimliğe yabancılaşmaya yol açarken, kimilerinde bu tür belirtiler hiç görülmemektedir. Çünkü, menopoza bağlı değişikliklerin kabullenilmesi sosyo-kültürel çevreden ve yaşam biçiminden çok etkilenmektedir.

Bu çalışmada, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Polikliniğine başvuran kadınlarda, menopoz semptomlarının profilini değerlendirmek, bu kadınlarda anksiyete ve depresyon riskini belirlemek ve kadınların

menopoz semptomları ve diğer kimi sosyo-demografik değişkenlerin ve aldıkları tedavilerin yaşama kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Şubat-Eylül 2005 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 299 kadında yapılmış olan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

Katılımcılara, bu konuda eğitilmiş VI. Sınıf öğrencileri tarafından, kimi sosyo-demografik özelliklerini ve menopoz öykülerini sorgulayan 17 soruluk bir anket formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSD), SF-36 Sağlık Taraması ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) yüz yüze görüşme tekniği ile, ardarda uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS Ver 13.0'da değerlendirilmiştir.

Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeği; 1990'ların başında yaşa/menopoza bağlı yakınmaları belirti profilini derecelendirerek ölçmek için geliştirilmiştir⁴. Semptomların/yakınmaların üç boyutu tanımlanmıştır: psikolojik, somatik-vegetatif ve ürogenital. Her bir alt ölçekten alınan puanın toplanması ile toplam puan elde edilir. Puanlar 0 ila 44 arasında yer alır⁽⁵⁾. Ölçek menopoz-spesifik, sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçeği olarak tanımlanmıştır. Çünkü bu ölçekteki yakınma profili bu yaş sürecindeki kadınların sağlığa bağlı yaşam kalitesini önemli ölçüde tanımlamaktadır.

Daha da ötesi MSD ölçeğinde gözlenen sonuçlarla, jenerik yaşam kalitesi ölçeklerinin skorları arasında iyi bir korelasyon vardır.

SF-36 Sağlık Taraması Anketi

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. 36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. SF 36'da yer alan 3 majör sağlık alanı ve 8 sağlık kavramı aşağıdaki gibidir:

1. Fonksiyonel durum: Sağlık sorunlarına bağlı olarak fiziksel aktivitenin kısıtlanması, emosyonel ve sosyal sorunlara bağlı günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, fiziksel sağlık sorunlarına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi, emosyonel sağlık sorunlarına bağlı günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi
2. Esenlik: Mental sağlık, beden ağrıları, canlılık (zindelik/yorgunluk)
3. Genel sağlık algılaması: Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi, geçen yıl süresince sağlıkta değişiklikler^(6,7).

Hastane Anksiyet ve Depresyon Ölçeği

Kişide anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddetini ölçmek için Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir⁽⁸⁾. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete ölçeği için 10 ve depresyon ölçeği için 7 olarak saptanmıştır⁽⁹⁾.

BULGULAR

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 52.07 ± 6.12 (36.0 – 76.0)'dır. Menopoza giriş yaşı ortalaması 45.8 ± 5.1 (26.0-56.0)'dır. Kadınların %70.2'si (210) doğal yolla menopoza girerken, %29.8'i (89) tıbbi yolla menopoza girmiştir. Doğal yolla menopoza girenlerin yaş ortalaması tıbbi yolla girenlerden daha büyüktür ($p=0.000$, sırasıyla 46.5 ± 4.7 ve 44.05 ± 5.5). Katılımcıların %18.9'u halen HRT kullanmaktadır, %37.0'ı HRT kullanıp bırakmış, %44.1'i ise hiç HRT kullanmamıştır. Menopoza doğal yolla girenlerin 49.3'ü hiç HRT kullanmamış iken, tıbbi yolla girenlerin

%31.5'i (28) hiç HRT kullanmamıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p= 0.007$). Çalışmaya katılanların sosyo-demografik karakteristikleri, HRT kullanım durumlarına göre Tablo I'de özetlenmiştir. HRT kullanımı 45-54 yaş grubunda diğer gruplara göre daha fazladır ($p=0.03$). 8 yılın üstünde eğitim almışlarda halen HRT kullanımı ve kullanıp bırakmış olanların sayısı diğer gruplardan daha fazladır ($p=0.002$). Menopoza girmesinden bu yana 3 yıl ve daha az süre olanların %53.7'si (66) hiç HRT kullanmamıştır, bu oran menopozdaki süresi 3 yıldan uzun olanlarda %37.1 (65) ile daha azdır ($p= 0.000$).

Kadınların kimi özelliklerine göre MSD Ölçeği toplam skorları ve alt ölçeklerin skorları Tablo 2'de özetlenmiştir. Menopoza doğal yolla ve medikal olarak girenler arasında ve menopoz süresi 3 yıl ve daha az olanlar ile 3 yıldan uzun süre olanlar arasında ölçek skorlarında anlamlı bir fark gözlenmezken, Somatik, ürogenital ve toplam MSD skoru HRT kullanıp bırakmış olanlarda daha yüksektir ($p<0.001$) (Tablo II).

SF-36 alt ölçek puanlarını genel sağlık algılaması, fonksiyonel durum ve esenlik olarak 3 majör sağlık alanında değerlendirdik. Kadınların kimi özelliklerine göre SF-36 alt ölçek skorları Tablo III'de özetlenmiştir. Genel sağlık algılaması alt skoru, 8 yıldan fazla eğitimli olan kadınlarda, halen çalışanlarda, aylık geliri 500 YTL üzerinde olanlarda, kronik bir hastalığı olmayanlarda ve evde kendini üzen kimi sorunları olmayanlarda, Esenlik alt skoru, halen çalışanlarda, aylık geliri 500YTL üzerinde olanlarda, evde sorunları olmayanlarda, Fonksiyonel durum alt skoru, 8 yıl üzerinde eğitimlilerde, emekli olanlarda, aylık geliri 500 YTL üzerinde olanlarda, evde sorunları olmayanlarda ve halen HRT kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışma kapsamında olan kadınların toplam MSD skorları ile SF – 36 alt ölçek skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında, toplam MSD skoru ile genel sağlık skoru ($R= -0.498$, $p = .000$), fonksiyonel durum skoru ($R= -0.511$, $p = .000$), esenlik alt skoru ($R= -0.487$, $p = .000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur.

Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği skorlarına göre Anksiyete için 10 puan ve üzeri olanlar riskli kabul edildiğinde 41 kadında (%13.7) anksiyete riski tespit edilmiştir. Depresyon için ise 7 puan ve üzeri puan alanlar riskli kabul edilmiş ve 61 kadında (%20.4) depresyon riski tespit edilmiştir. Hem anksiyete, hem

Tablo I: Çalışma popülasyonunun HRT kullanımına göre karakteristikleri

	Halen HRT kullanan		HRT kullanıp bırakmış		Hiç HRT kullanmamış		P (χ^2)
	N	%*	N	%*	N	%*	
Yaş							0.03
< 45	10	40.0	6	24.0	9	36.0	
45-54	37	19.8	71	38.0	79	42.2	
≥ 55	10	11.6	33	38.4	43	50.0	
Eğitim Durumu							0.002
Hiç eğitim almamış	2	10.0	6	30.0	12	60.0	
≤ 8 yıl	34	22.1	43	27.9	77	50.0	
≥ 8 yıl	21	17.4	61	50.4	39	32.2	
Medeni Durumu							**
Evli	52	19.7	101	38.3	111	42.0	
Bekâr	1	20.0	2	40.0	2	40.0	
Dul	3	13.0	6	26.1	14	60.9	
Boşanmış	1	20.0	1	20.0	3	60.0	
Yaşam Durumu							0.053
Yalnız yaşıyor	1	12.5	5	62.5	2	25.0	
Eşi ve çocukları ile birlikte	50	19.4	100	38.8	108	41.9	
Çocukları ya da diğer akrabaları ile birlikte	6	19.4	5	16.1	20	64.5	
Çalışma Durumu							0.017
Çalışıyor	7	25.0	12	42.9	9	32.1	
Emekli	15	14.0	51	47.7	41	38.3	
Ev hanımı	35	21.7	46	28.6	80	49.7	
Gelir Durumu							0.260
≤ 500 YTL	16	20.0	24	30.0	40	50.0	
> 500 YTL	41	19.1	86	40.0	88	40.9	
Menopoza giriş şekli							0.007
Doğal	40	19.1	66	31.6	103	49.3	
Tıbbi	17	19.1	44	49.4	28	31.5	
Menopoz Süresi							0.000
≤ 3 yıl	28	22.8	29	23.6	66	53.7	
> 3 yıl	29	16.8	81	46.3	65	37.1	
Kronik Hastalık							0.514
Var	28	17.0	62	37.6	75	45.5	
Yok	29	22.3	46	35.4	55	42.3	
Başka İlaç Kullanımı							0.529
Var	24	17.1	53	37.9	63	45.0	
Yok	5	17.2	14	48.3	10	34.5	

* satır yüzdesi verilmiştir.

**Sayı yetersizliği nedeniyle istatistik değerlendirme yapılamadı.

Tablo II: Kadınların Özelliklerine Göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Skorları

	Somatik	Psikolojik	Ürogenital	Toplam
Yaş				
< 49	3.28±2.4	5.05±3.3	2.37±2.2	12.06±6.6
≥ 49	2.9±2.2	4.50±3.2	2.33±2.4	11.33±6.5
Eğitim Durumu		*	*	*
Hiç eğitim almamış	4.05±2.7	6.15±3.2	3.45±2.1	15.36±6.2
≤ 8 yıl	3.28±2.3	4.94±3.1	2.30±2.4	11.92±6.5
≥ 8 yıl	2.85±2.2	4.43±3.3	2.29±2.21	11.07±6.44
Yaşam Durumu				
Yalnız yaşıyor	4.85±3.4	6.37±4.3	1.50±1.6	15.71±8.4
Eşi ve çocukları ile birlikte	3.12±2.2	4.71±3.2	2.46±2.3	11.75±6.4
Çocukları ya da diğer akrabaları ile birlikte	3.00±2.3	5.00±3.3	1.63±1.8	10.7±6.7
Çalışma Durumu	*	**	*	
Çalışıyor	2.75±2.0	3.46±2.8	2.17±1.9	9.89±5.6
Emekli	2.74±2.0	4.44±3.3	2.26±2.2	10.86±6.4
Ev hanımı	3.45±2.4	5.27±3.1	2.48±2.4	12.6±6.6
Gelir Durumu				
≤ 500 YTL	3.34±2.3	5.25±2.8	2.45±2.3	12.46±5.8
> 500 YTL	3.08±2.3	4.62±3.3	2.35±2.3	11.52±6.7
Menopoza giriş şekli				
Doğal	3.17±2.3	4.67±3.2	2.18±2.2	11.47±6.4
Tıbbi	3.01±2.17	4.95±3.3	2.75±2.3	12.12±6.9
Menopoz Süresi				
≤ 3 yıl	3.17±2.4	4.97±3.3	2.39±2.3	11.93±6.5
> 3 yıl	3.09±2.2	4.60±3.2	2.32±2.3	11.47±6.6
HRT kullanımı	**	**	**	**
Halen kullanıyor	2.29±1.6	4.49±2.8	1.71±1.9	9.63±5.5
Kullanıp bırakmış	3.50±2.4	4.92±3.4	2.89±2.4	13.02±6.9
Hiç kullanmamış	3.19±2.3	4.77±3.2	2.20±2.2	11.49±6.4
Kronik Hastalık				*
Var	3.32±2.3	5.03±3.1	2.59±2.3	12.52±6.4
Yok	2.95±2.2	4.49±3.3	2.08±2.2	10.82±6.5
Evde kendisini üzen/rahatsız eden sorunlar	*	**	**	**
Var	3.76±2.4	6.60±3.2	2.78±2.5	14.85±6.6
Yok	2.96±2.2	4.24±3.0	2.26±2.2	10.82±6.2

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Tablo III: Kadınların Özelliklerine Göre SF-36 Alt Ölçek Skorları

	Genel Sağlık Algılaması	Esenlik	Fonksiyonel Durum
Yaş			
< 49	61.70±23.8	172.36±42.7	294.40±87.1
≥ 49	61.45±21.9	171.92±30.8	282.19±95.0
Eğitim Durumu	**		**
Hiç eğitim almamış	59.95±23.3	166.65±34.6	209.83±109.5
≤ 8 yıl	57.63±23.2	168.36±31.0	269.54±95.9
≥ 8 yıl	66.71±21.3	176.88±32.0	303.84±79.6
Yaşam Durumu			
Yalnız yaşıyor	46.75±23.2		
Eşi ve çocukları ile birlikte	61.38±22.6		
Çocukları ya da diğer akrabaları ile birlikte	67.13±23.0		
Çalışma Durumu	**	**	**
Çalışıyor	69.07±18.2	183.69±34.3	296.79±85.5
Emekli	66.52±21.3	176.10±30.7	305.23±81.7
Ev hanımı	57.01±23.5	166.96±31.3	259.24±98.0
Gelir Durumu	**	**	**
≤ 500 YTL	54.92±22.6	162.50±31.3	253.95±98.4
> 500 YTL	63.93±22.4	175.03±31.6	288.67±90.5
Menopoza giriş şekli			
Doğal	62.40±21.9	170.71±32.3	279.55±89.3
Tıbbi	59.65±24.6	173.80±30.7	279.60±103.7
Menopoz Süresi			
≤ 3 yıl	61.56±23.7	172.18±33.4	282.26±88.6
> 3 yıl	61.58±22.1	171.22±30.7	277.65±97.3
HRT kullanımı			**
Halen kullanıyor	64.85±22.7	175.60±33.5	315.49±78.4
Kullanıp bırakmış	58.31±23.5	170.49±29.1	272.34±94.2
Hiç kullanmamış	62.89±21.9	170.84±33.3	269.66±96.3
Kronik Hastalık	**		
Var	58.42±23.2	171.28±32.1	273.45±92.7
Yok	65.54±21.7	172.11±31.7	285.35±94.9
Evde kendisini üzen/rahatsız eden sorunlar	**	**	**
Var	55.35±23.6	159.49±30.8	248.58±103.2
Yok	63.88±22.0	175.81±31.1	290.56±86.9

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$ **Tablo IV:** Kadınların Özelliklerine Göre HAD Ölçeği Anksiyete Ve Depresyon Skorları

	HAD Ölçeği Anksiyete Skoru	HAD Ölçeği Depresyon Skoru
Yaş		
< 49	6.12±2.6	5.00±3.5
≥ 49	6.58±3.8	4.72±3.9
Eğitim Durumu		
Hiç eğitim almamış	6.44±3.8	5.50±4.0
≤ 8 yıl	6.43±3.7	5.12±4.2
≥ 8 yıl	6.15±3.6	4.18±3.4
Yaşam Durumu		
Yalnız yaşıyor	6.25±2.1	4.87±3.2
Eşi ve çocukları ile birlikte	6.25±3.6	4.64±3.8
Çocukları ya da diğer akrabaları ile birlikte	6.70±4.3	5.34±5.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	5.60±3.5	4.21±3.9
Emekli	6.17±3.7	4.13±3.6
Ev hanımı	6.50±3.6	5.17±4.0
Gelir Durumu		*
≤ 500 YTL	6.23±3.5	5.63±4.3
> 500 YTL	6.36±3.7	4.41±3.7
Menopoza giriş şekli		
Doğal	6.26±3.5	4.68±3.7
Tıbbi	6.39±4.0	4.82±4.2
Menopoz Süresi		
≤ 3 yıl	6.20±3.5	4.69±3.6
> 3 yıl	6.37±3.7	4.74±4.1
HRT kullanımı		
Halen kullanıyor	6.05±3.8	4.50±4.4
Kullanıp bırakmış	6.37±3.7	4.36±3.5
Hiç kullanmamış	6.35±3.5	5.13±4.0
Kronik Hastalık		
Var	6.11±3.5	4.69±4.0
Yok	6.63±3.7	4.82±3.8
Evde kendisini üzen/rahatsız eden sorunlar	*	*
Var	7.50±3.7	5.67±3.9
Yok	5.89±3.5	4.36±3.8

* $p < 0.05$

de depresyon riski olan kadın sayısı ise 21'dir (%7.0). Kadınların çeşitli özelliklerine göre HAD ölçeği anksiyete ve depresyon skor ortalamaları Tablo IV'te özetlenmiştir. Anksiyete ve depresyona eğilim menopoz ile ilgili özelliklerden daha çok aylık geliri 500YTL'den daha az olanlarda ve evde kendisini üzebilecek kimi sorunları olan kadınlarda anlamlı şekilde belirgindir. HAD ölçeği skorları ile diğer ölçek skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise bulgularımız şöyledir; anksiyete skoru ile somatik MSD (R= 0.413), Psikolojik MSD (R=0.610), ürogenital MSD (R=0.228) alt skorları arasında ve toplam MSD Skoru (R=0.577) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Depresyon skoru ile somatik MSD (R= 0.227), Psikolojik MSD (R=0.405) alt skorları arasında ve toplam MSD Skoru (R=0.333) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Anksiyete ve depresyon riski taşıyan ve taşımayan kadınların MSD skor ortalamaları ve SF-36 skor ortalamalarına bakıldığında ise risk taşıyan kadınların MSD skor ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek iken, SF-36 skor ortalamaları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

TARTIŞMA

Çalışmada yalnızca T.Ü. Hastanesi Menopoz Polikliniğine başvuran kadınların olması araştırmanın başlıca kısıtlılığıdır. T.Ü. Hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınların çoğu genele göre daha genç ve sosyo-ekonomik seviyesi daha yüksek, sosyal güvencesi olan kadınlardır ve ayrıca araştırmaya katılan kadınların tüm toplumu temsil ediciliği yoktur, bu da sonuçların topluma genellenmesini engeller. Çalışmaya katılan kadınların menopoza giriş yaşı ortalaması Türk kadınlarına benzer özelliktedir (sırasıyla 45.8 ve 46)⁽¹⁰⁾.

Bu çalışmada MSD ölçeği skorları hiç eğitimi olmayanlarda, çalışmayanlarda, hiç HRT kullanmamış olanlarda, kronik bir hastalığı olanlarda, evde kendisini üzen kimi sorunları olanlarda, yalnız yaşayanlarda ve düşük gelirlielerde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar daha önce yapılan kimi çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bryzski ve ark'nın çalışmasında eğitimin azlığı, düşük sosyoekonomik düzey ve ev dışında çalışmama durumunda menopozal semptomların daha belirgin olduğu görülmüştür⁽¹¹⁾.

Polit ve LaRocco 135 postmenopozal kadında menopozal belirtilerin algılanma yoğunluğunu çalışmışlar ve daha fazla menopozal yakınması olan kadınların daha az eğitimliler, çalışmayanlar ve başka sağlık sorunları yaşayanlar olduklarını bulmuşlardır⁽¹²⁾. Dennerstein ve ark. 172 premenopozal kadını 7 yıl boyunca izlemişlerdir. Menopozdan önce sıcak basması gibi belirtilerin erken başlamasını kadının ev dışında çalışmaması ve sigara içmesi ile ilişkili bulmuşlardır⁽¹³⁾. Sosyo-kültürel faktörlerin etkisi, menopoz semptomları ile çoğunlukla karışmaktadır, hatta kimi yazarlara göre, bu değişkenler ve kadının yaşam tarzı, psikolojik iyilik halinde menopoz belirtilerinden daha fazla etkili olmaktadır⁽¹⁴⁾. Hunt'a göre de sağlık algılaması postmenopozal kadınlarda biyolojik olmaktan çok bireysel deneyimlere, sosyo-ekonomik çevreye ve kültürel değerlere daha bağlıdır⁽¹⁵⁾. Nitekim bu çalışmada da evde sorunları olanlarda, geliri az olanlarda MSD skorlarında ve depresyon skorunda anlamlı yükselme gözlenmiştir.

Yapılan birçok çalışmada algılanan yaşam kalitesinin postmenopozal kadınlarda, premenopozda olanlardan daha kötü olduğu söylenmekte ve menopozun yaşam kalitesine olan bu kötü etkisi menopoz belirtilerine atfedilmektedir⁽¹⁶⁾. Bizim bulgularımızda bu sonuçları desteklemektedir. Çalışmaya katılan kadınların toplam MSD skorları ile SF-36 skorları arasında negatif bir ilişki, toplam MSD skorları ile HAD skorları arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir. Aynı şekilde HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon riski taşıyan kadınların toplam MSD skor ortalamaları daha yüksektir.

SF-36 skorlarına bakıldığında ise, daha düşük eğitimlilerin, yalnız yaşayanların, ev dışında çalışmayanların (ev hanımı), aylık geliri asgari ücretten düşük olanların, hiç HRT kullanmamış ya da kullanıp bırakmış olanların ve evde kimi sorunlar yaşayanların yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. İtalya'da Progetto Dona Qualita Della Vita çalışma grubunun 2906 kadını kapsayan çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur, daha iyi eğitilmiş ve sosyo-ekonomik düzeyi daha iyi olan kadınlar daha az menopoz belirtisi söylerken, fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini daha sağlıklı tanımlamışlardır⁽¹⁷⁾. Biz çalışmamızda, halen HRT kullanan kadınların somatik, ürogenital ve toplam MSD skorlarını hiç kullanmayanlara ve kullanıp bırakmış olanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulduk. Tüm yaşam kalitesi alt

skorlarını, halen HRT kullananlarda diğer iki gruba göre yüksek bulduk, HAD skorları HRT kullanan ve kullanmayanlar arasında fark göstermedi. Haines ve ark.'da Çinli kadınlarda yaptıkları bir çalışmada kadınlarda bir yıl boyunca plasebo, 1 ve 2 mg estradiol vererek izlemişler ve 2mg estradiol kullanan kadınlarda 1 yıl sonunda menopoz semptomlarında anlamlı azalma gözlerken, yaşam kalitesi skorları ve HAD skorlarında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır (18). İtalya'da yapılan çalışmada ise tüm SF-36 alt skorları HRT kullananlarda belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (19). Tüm bu bulguların ortaya koyduğu sonuç, HRT kullanımının postmenopozal dönemde fiziksel ve sosyal fonksiyonların iyileşmesinde, seksüel sorunların ve vasomotor belirtilerin azaltılmasında yararlı olduğudur. Genazzoni ve ark. İtalyan kadınlarında HRT kullanmayanların anksiyete ve seksüel sorun riskinin % 40 ila 50 daha fazla olduğunu ve sıcak basması ve terlemelerin tedavi olmayanlarda, olanlara göre 3 kat daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu çalışmanın ikinci bir kısıtlılığı da kesitsel bir çalışma olmasıdır, yalnızca bir ilişkinin var olup olmadığını ortaya koymakta, nedenselliğin yönünün belirlenmesine olanak vermemektedir.

Sonuç olarak, menopoz döneminde görülen belirtilerin kadınların yaşam kalitesini, beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Ancak, menopoz semptomları yaşam kalitesi ve sağlık algılamasında tek belirleyici değildir. Her insan için, yaşamın her döneminde olduğu gibi, sosyo-ekonomik durum, kültürel çevre ve yaşam biçimi de sağlık algısını ve yaşam kalitesini çok fazla etkilemektedir. HRT kullanımı bu dönemde sağlık algılaması ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler yapmasına karşın, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde tek başına yeterli değildir.

KAYNAKLAR

1. Teoman N, Özcan A, Acar B. The effect of exercise on physical fitness and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 2004;47:71-7.
2. Vandenakker BC, Glass DD. Menopause and aging with disability. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 2002;12(1):133-51.
3. Schneider HPG. The quality of life in the post menopausal woman. *Best Practices & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2002;16(3):395-409.
4. Heineman LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider H. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004;67
5. Erişim tarihi: 12.06.2006.
6. Ware JL, Sher bourne CD. The MOS 36 Item Short Form Health Survey (SF 36). *Med Care* 1992;30:473.
7. Pınar R. SF 36 Yaşam kalitesi Ölçeği ve Kullanımı; Sağlık Araştırmalarında yaşam Kalitesi Kavramı. *Sendrom, Ekim* 1996.
8. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. ANKARA: Hekimler Yayın Birliği, 2000:138-9.
9. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-7.
10. Erişim Tarihi: 15.05.2006.
11. Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertility and Sterility* 2001;76(I):44-50.
12. Polit DF, LaRocco SA. Social and psychological correlates of menopausal symptoms. *Psychosomatic Medicine* 1980;42:335-45.
13. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstetrics and Gynecology* 2000;96:351-8.
14. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, Cumsille MA, Sanjuan A. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas The European Menopause Journal*. 2000;34:17-23.
15. Hunt SM. The subjective health of older women: measuring outcomes in relation to prevention. *Quality of Life Research*. 2000;9:709-19.
16. Progetto Dona Qualita della Vita Working Group, A.R. Genazzoni et.al. Assesment of the QoL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas*.2002;42:267-80.
17. Haines JC, Yim FS, Chung T, Lam CWK, Lau EWC et al. A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on menopausal symptoms, psychological well being, and QoL in postmenopausal Chinese women. *Maturitas*, 2003;44:207-14.