

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
KADINLARIN MENOPOZA İLİŞKİN
YAKINMALARINA VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ**

**HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

T 70236

HAZIRLAYAN

Ar. Gör. Gül Karacan ERTEM

DANIŞMAN

Doç. Dr. Ahsen ŞİRİN

**TC. YATIRIM BAKANLIĞI
DOKÜMANLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
İZMİR - 1998**

ÖNSÖZ

Araştırmanın yapılmasına imkan tanıyan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D Başkanı Prof. Dr. Uçar ASENA' ya, veri toplama aşamasında desteğini gördüğüm menopoz polikliniği Hemşire'si Şerife ERDİNÇ' e, tezimin her aşamasında yol gösterici ve destekleyici yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ahsen ŞİRİN' e ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Ümran DEMİR'e, verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yardımlarını gördüğüm Sayın Öğr.Gör.Timur KÖSE'ye ve araştırmanın tüm aşamalarında değerli desteğini esirgemeyen değerli eşim Sayın Erkan ERTEM' e teşekkür ederim.

Ar. Gör. Gül Karacan ERTEM

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar DİZİNİ.....	VII
GRAFİKLER DİZİNİ.....	IX
ŞEKİL DİZİNİ	IX
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Genel Bilgiler.....	5
1.2.1. Sağlık Eğitimi ve Yetişkin Eğitimi.....	5
1.2.2.Klimakteryumun Tanımı	5
1.2.3.Menapozu Etkileyen Faktörler.....	6
1.2.4.Premenopozal Dönem.....	9
1.2.4.1.Premenopozal Dönem İle İlgili Semptomlar.....	10
1.2.4.1.1.Menstrüel Değişiklikler.....	10
1.2.4.1.2.Doğurganlık Oranındaki Değişiklikler	11
1.2.4.1.3.Vazomotor Değişiklikler	11
1.2.4.1.4.Psikolojik Değişiklikler.....	13
1.2.5.1.5.Seksüel Değişiklikler.....	14
1.2.5.Menopozun Oluşturduğu Sistemik Değişiklikler.....	16
1.2.5.1.Genital Sistem Değişiklikleri.....	16
1.2.5.2.Üriner Sistem Değişiklikleri.....	16

1.2.5.3.Cilt, Saçlar Ve Vücut Kitlesindeki Değişiklikler.....	17
1.2.5.4.İskelet Sistemdeki Değişiklikler.....	18
1.2.5.5.Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	20
1.2.6. Post Menopozal Dönem.....	21
1.2.7.Menopoz Yakınmalarını Azaltıcı Tedavi.....	22
1.2.7.1.Hormon Replasman Tedavisi.....	22
1.2.8.Menapoz ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	25
1.3.Hipotezler.....	27
1.4.Sınırlamalar.....	27

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
2.1.Araştırmanın Tipi.....	28
2.2.Araştırmanın Yeri ve Süresi.....	28
2.3.Araştırmanın Evreni.....	28
2.4.Araştırmanın Örneklemi ve Seçim Yöntemi.....	29
2.5.Verilerin Toplanması.....	29
2.5.1.Anket Formlarının Hazırlanması.....	29
2.5.1.1 Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgilerinin Toplanması	29
2.5.1.2. Pretest Soru Formunun Hazırlanması ve Uygulanması	29
2.5.1.3 Eğitim Programının Hazırlanması ve Geliştirilmesi	30
2.5.1.3.1 Eğitim Programının Amaçları	30

2.5.1.3.2 Eğitim Yöntemi ve Araç Gerecin Geliştirilmesi.....	31
2.5.1.3.3 Eğitim Programının Uygulanması	31
2.5.1.4. Posttest Soru Formunun Uygulanması.....	32
2.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	32
2.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
2.7.1.Anket Formunun Değerlendirilmesi.....	32
2.7.2.Araştırma Bulgularının Analizi.....	32
2.8.Süre ve Olanaklar.....	33

BÖLÜM III

BULGULAR	34
3.1 Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	34
3.2 Kadınların Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	35
3.3 Kadınların Menstruel Siklus Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	36
3.4 Kadınların Menopoz Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	39
3.5 Kadınların Menopoz İlişkin Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesi.....	41
3.6 Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamaları ve Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi.....	50

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ	54
4.1. TARTIŞMA.....	54

4.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	54
4.1.2. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin İncelenmesi.....	55
4.1.3. Kadınların Menstrüel Siklus Özelliklerinin İncelenmesi.....	56
4.1.4. Kadınların Menopoz Özelliklerinin İncelenmesi.....	56
4.1.5. Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Durumlarının İncelenmesi.....	58
4.1.6. Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarına Etki Edebilecek Etmenlerin İncelenmesi.....	61
4.2. SONUÇ	63
4.2.1. ÖNERİLER.....	65
ÖZET	66
SUMMARY	67
KAYNAKLAR	68
EKLER	
EK- I Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların Tanıtım Formu.....	73
EK- II Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların Menopoza İlişkin Bilgilerini Değerlendirme Formu	75
EK- III Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların Menopoza İlişkin Bilgilerini Değerlendirme Formu Doğru Yanıt Listesi	77
EK- IV Eğitim Kitapçığı	
ÖZGEÇMİŞ	79

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1- Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	34
2- Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	35
3- Kadınların İlk Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı	36
4- Kadınların İlk Adet Görme Yaşlarına Göre Dağılımı	36
5- Kadınların Menstrüel Siklus Özelliklerine Göre Dağılımı	37
6- Kadınların ve Annelerinin Menopoza Girme Yaşlarına Göre Dağılımı	38
7- Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarına Göre Dağılımı	39
8- Kadınların Menopoz Hakkında Bilgi Aldıkları Yerlere Göre Dağılımları ...	40
9- Kadınların Menopoza İlişkin Bilgilerinin Pretest Sonuçları	41
10-Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Pretest Puan Dağılımı	44
11-Kadınların Menopoza İlişkin Bilgilerinin Posttest Sonuçları	45
12-Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Posttest Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
13-Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
14-Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	50
15-Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	51

16-Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı	52
17-Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Mesleklerine Göre Dağılımı	53



GRAFİKLER DİZİNİ

<u>Grafik No</u>	<u>Sayfa No</u>
1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Pretest Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Posttest Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
3: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Dağılımı	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
1: Eğitim Programının Hazırlanması ve Uygulanması	30

BÖLÜM I

GİRİŞ

İnsanlığın başlangıcından itibaren her toplumun ana unsuru kadındır. Kadınlar doğurganlığı ile insanlığın devamını, üretkenlikleri ile de ekonomiye katkıda bulunmuşlardır. Kadınlar, bedenen ve ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde olabilmesini sağlayan, öğeler çerçevesinde ele alınmalıdır (40).

Kadınların yaşamı süresince geçirdikleri devrelerden biri olan menopoza normal fizyolojik bir dönem olmasına karşın, sağlık dengesinin bozulmasına neden olacak birçok değişikliğin olduğu bir dönemdir. Bu dönem kadın yaşantısı için önemli dönemlerden biri olup, beraberinde birçok fizyolojik değişiklikler ve psikolojik sorunlar getirecektir (40).

Menopoza, üreme çağı ile senilite (ihtiyarlık) arasında klimakterium denen dönemde bir kesittir ve son adet kanaması ve döllenme yeteneğinin son bulması olarak tanımlanabilir. Klimakterium ise Yunanca bir kelime olup, "merdiven basmağı" anlamına gelir. Klimakterium dönemi overlerdeki hormon yapımının azalması ve üreme kapasitesinin azalması olayıdır (3,34,35,55,56,68,71). Klimakterik dönem için ortalama yaş 50 olup, 45 - 55 normal sınırlardır. 40 Yaş öncesi mensturasyonun kesilmesi prematür overian yetersizlik olarak tanımlanırken, 55 yaş sonrası mensturasyonun devam etmesi de hiperplazi ve malignitelerin varlığı düşündürülebilir (6,17,28,29,55,69,71) .

Menopoza 20 . yy. özgü bir olaydır . Çünkü 19 . yy. da kadınların çok azı menopoza girmekte ve çoğu 45 - 50 yaşlarına gelmeden ölmekteydi . Sanayi devriminden sonra toplumda daha aktif roller almaya başlayan kadın , kendine zaman ayırmaya , sağlık sorunlarıyla ilgilenmeye başlamış ve daha uzun yaşama şansına kavuşmuştur . Günümüzde kadınların ortalama yaşam süresi 83 yıl olmuştur . Dolayısıyla gerek menopoza geçen yaşam süresinin artması , gerekse menopoza katlanılması gereken sorunlar yumağından çıkıp , konuşulan ve çaresi bulunması gereken bir konu haline gelmesiyle menopoza üzerindeki ilgiler ve araştırmalar çoğalmıştır (11,55).

Menopoza yaş toplumdan topluma değişir. İlk kez M.Ö 322 yılında Aristotile "Historia Animalium" adlı eserinde 50 yaş civarında adet görmeyi bittiğini belirtmektedir . Aristonun bu değerlendirmesi, Hipokrat ve diğer Romalı yazarlarıinkiyle aynıdır; dolayısıyla görünüşe

göre 2000 yıl önce birçok kadının 40 yaşlarının başında menopoza girdikleri görülmektedir . Orta çağ yazarları ise; 50'li yaşları mensturasyonun kesildiği dönem olarak kabul etmişlerdir. Bununla birlikte yapılan tarafsız çalışmalar sanayileşmiş batılı toplumlarda menopoz yaşının yaklaşık 50 dolayında olduğunu göstermektedir . İngiltere ' de 50,78; A.B.D.' de 49,8 ve Güney Afrika' lı beyazlarda 48,7'dir; bu değerler son yüzyıl içinde belirgin bir değişim göstermemişlerdir . Ancak Avrupalı olmayan kadınlarda menopoz daha erken başlıyor gibi görülmektedir. Güney Amerika Ve A.B.D de zenci kadınların menopoz yaşı beyaz kadınlardan daha düşüktür (16,37,42,55,69,71).

Kadınlarda hormon azalmasıyla birlikte ortaya çıkan belirtilerin en belirgin olanları ateş basması ve terlemedir. Zamanla vajinada kuruma ve cinsel ilişkide acı duyma, kemiklerde zayıflama ve kırılma, idrar kaçırma, ciltte kuruma ve sarkmalar görülür. Büyük ölçüde östrojen hormonuyla 9 yılda bir gerçekleşen kemik yenilemesi, menopoz dönemi ile birlikte durur ve östrojen eksikliği nedeni ile kemiklerde güç ve hacim kaybı başlar. Menopozun kadın üzerindeki en olumsuz etkisi "osteoporoz" denilen kemik hastalığıdır. Bununla beraber östrojen hormonun kalp üzerinde koruyucu etkileri olduğundan, menopoz dönemi ile birlikte kadınlarda görülen kalp hastalıklarına bağlı ölüm oranlarını fazla olduğu saptanmıştır (3,34,34,57,66,69).

Bilindiği gibi ülkemizde yerleşik sağlık bakım sistemi olmadığı gibi sağlam kadın kontrol muayeneleri de bir düzen içinde yapılamamaktadır. Ayrıca pek çok kadın menopozal değişiklikleri doğal karşılamakta ve çok ağır tablolar ortaya çıkmadıkça hekime başvurulmamaktadır. Ayrıca sağlık sisteminin sunduğu olanaklar henüz istenilen düzeyde olmasa da son yıllarda basın yayın organlarıyla kişilerin bu konuda az da olsa bilinçlendiği görülmektedir. Branşları ne olursa olsun, kadına birincil sağlık hizmetini sunun hekim ve hemşire kadının menopozal dönemini ve getirdiği sorunları iyi tanımalı ve kişiye çeşitli tedavi yaklaşımlarını sunabilmelidir (66).

Menopoz döneminde yumurtalıkların üretmediği hormonlar nedeniyle yaşanan sorunlar, eksilen hormonların yerine konmasıyla giderilebilir . Buna "Hormon Replasman Tedavisi (HRT)" denir. Bu tedaviye başlamadan önce kadınların kardiyovasküler hastalıklar,meme Ca, endometrial Ca vb. durumlar açısından iyi bir muayenelerden geçmesi

gerekmektedir . Çünkü her kadın HRT için uygun olmayabilir ve bu tedavinin de diğer tedaviler gibi kontraendikasyonları vardır (1,21,24,57).

Yüzyıllar önce Kadınların ortalama yaşam süresi 50 - 55 yıl iken günümüzde HRT tedavisiyle bu süre 80 -83 yıla yükselmiştir (71) .

1966 Yılında Robert Wilson Feminine Forever adlı yayınında menopozdaki hormonal değişiklikler ve etkileri konusunda dünya çapında dikkatleri çeken bilgiler vermiştir (49).

1971Yılında Geneva da WHO tarafından ilk menopoz toplantısı düzenlenmiştir. 1990 yılında ise 1400 uzmanın katılımı ile 6. Dünya Menopoz Kongresi yapılmış. Bunu da 1995 yılında 27 -30 Eylül ayları arasında İstanbul da yapılan Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Kongresi izlemiştir (49,55) .

Kısacası menopoz kadınların yaşamlarının bir dönemini oluşturur. Bu dönemde kadınların hem organik hem de psişik fonksiyonları değiştiğinden kadınların menopoza ilişkin yakınmalarını belirlemek ve yakınmaları doğrultusunda psikolojik destek vermek ve dönemi daha rahat atlatabilmelerine yardımcı olmak önemlidir.

1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Kadınların yaşamları süresince geçirdikleri devrelerden biri olan menopoz dönemi; normal fizyolojik bir dönem olmasına karşın, sağlık dengesinin bozulmasına neden olabilecek fizyolojik (ateş basması, terleme, çarpıntı, iştah değişikliği, ağrılar, libidoda azalma v.b) ve psikolojik (hırçınlık, uykusuzluk, yaşlanma korkusu, depresyon v.b.) değişikliklerin ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu devrede kadın için fiziki, ruhi ve seksüel yönden zor bir dönemdir. Overlere ait fonksiyonların giderek azalması, adetlerin azalması ve sonra da kesilmesine neden olur (57).

Kadınların aile ve toplumdaki rolü her zaman çocuk bakımı ve doğurganlığı ile bağlantılı olarak ele alınmıştır. Kadının doğurganlığı ve annelik rolündeki değişimler ile toplumdaki rolü değişmektedir. Kadın bu role uyum sağlarken güçlük çekebilir. Anksiyete ve depresyon yaşayabilir (5).

Bu sorunların çözümüne yönelik sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasını, sağlık eğitimi oluşturmaktadır. Kadınların menopoz dönemini daha sağlıklı geçirebilmesi için bu döneme ilişkin yeterli bilgisinin olması gerekmektedir (5).

Hastane ve toplum sağlığında çalışan hemşireler; menopozal yaş grubu hastaların eğitiminde, klimakterik devrenin normal bir süreç olduğu, aşırı yorgunluk ve çevresel problemlerinin bu devrede görülen semptomları arttırdığını, kilo artışını önleyici fakat besleyici bir diyetin uygulanmasını, sosyal aktivitelere katılmanın gerilimi azaltarak, anksiyete giderilmesine yardımcı olacağını, menopozun seks yaşamını sona erdirdiği anlamına gelmediğini, sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi için her sene fizyolojik muayenin gerekli olduğunu vurgulamalıdır (5).

nemli bir risk grubunda kalmaları nedeniyle menopoz dönemindeki kadınlar sağlık yakınmalarının hemşirelerce belirlenmesi ve bu sorunların üzümünde kadınlara gerekli bakım ve desteğin verilmesini beklemektedirler (7).

Menopozdaki kadının cinsel işlevini sürdürmesinde bireysel özellikleri, eşin tepkisi, cinsel aktivite düzeyi, yaşlanma süreci ve kültürel faktörler etkilidir. Bu dönemde fonksiyonel disparenia cinsel ilgi ve istek azlığı, orgazm güçlüğü ve eşin olmaması önemini koruyan sorunlardır (27).

Bu araştırmada menopoz dönemindeki kadınların karşılaştıkları sorunları ve eğitim gereksinimlerini saptamak amaçlanmıştır.

Bilinen bu genel amaçlar doğrultusunda;

- * Kadınların menopozla ilişkin bilgi düzeylerini saptamak
- * Kadınlara menopoz konusunda bilgi düzeylerini arttırmaya yardımcı olacak, çeşitli eğitim materyalleri ile desteklenmiş, planlı bir sağlık eğitimi vermek,
- * Planlı eğitim sonrasında bilgi düzeylerini saptamak
- * Kadınların bilgi kazanç puanlarını etkileyeceği düşünülen etmenleri incelemek,
- * Kadınların menopozla ilgili yakınmalarını belirlemek
- * Kadınların doğurganlık ve menstrüel siklus özelliklerini belirlemek
- * Menopozla ilişkin verilecek planlı eğitimin etkinliğin olup olmadığını saptamak, araştırmanın alt amaçları olarak belirlenmiştir.

1.2.GENEL BİLGİLER

1.2.1. Sağlık Eğitimi ve Yetişkin Eğitimi

Sağlık eğitimi kişiyi bedensel, sosyal ve ruhsal bakımdan tam bir iyilik halinde, sağlıklı bir kişi yapabilmek için, sağlıkla ilgili istendik, amaçlı davranışlar kazandırma, önceden kazanılmış, istenmedik davranışları değiştirme, insanın sağlıklı olarak yaşayabilmesi için gerekli fiziksel ve sosyal çevresini yaratabilmek için yapılacak çalışmalardır (18). Kısacası sağlık eğitiminde, kişilere sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için gerekli önlemler öğretilecek, benimsetilecek ve davranışlara yansması sağlanacaktır. Dünya Sağlık Örgütü' nün eksperler komitesi de sağlık eğitimini "Sağlık eğitimi; kişilere sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak veya toplumca karar aldırma"dır." şeklinde tanımlamışlardır (59).

Sağlık eğitiminin en önemli amacı kişilerin sağlıklı yaşam bilinci kazanmaları, bu bilincin davranışlara yansması, yani sağlıklarını korumaları, gereğinde yeniden kazanabilmek için sağlanan olanaklardan yararlanılmalıdır (59).

Sağlık eğitimi, hem örgün hem de yaygın eğitimin bir parçasıdır. Ancak hedef toplum, yeniden kurucu görüşte yaklaşılması gereken grup yetişkinlerdir. Çünkü özellikle değerler, yargıları, davranışları, alışkanlıkları değiştirilmesi gereken kişiler yetişkinlerdir (17).

Yetişkin eğitimi, resmi yada kuruluşların yetişkinlere türlü alanlarda bilgi kazandırmalı, anlayışlarını geliştirmek ve davranışlarını değiştirmek amacıyla düzenleyip, bir plan ve program çerçevesinde yürüttüğü eğitim çalışmalarını kapsar. Bu eğitim çağdaş eğitim olmalıdır. Belirli bir zaman dilimi içinde verilen en doğru eğitimidir. Önemli olan kişilerin gereksindiği bilgileri vermektir (45).

1.2.2. Klimakteryumun Tanımı

Yaş dönümü denilen klimakteryum kadının yaşlanma süreci içinde üreme çağından üreme sonrası çağa geçişi gösteren bir evre olup, 40 yaş civarında başlar ve 20 yıl kadar sürer. Klimakteryum terimi, premenopozal, menopozal ve postmenopozal dönemleri içine almaktadır (29,34,56,57,71).

Premenopoz, klimakteryumun ilk fazıdır. Bu fazda menstrüel siklus düzenini kaybetmiş ve fertilité şansı düşmüştür (57).

Post menopoz ise, ovaryal hormonlardaki azalma ile ilişkili vajinal atrofi ve osteoporoz gibi belirtilerin bulunduğu menopozu izleyen dönemi kapsar (57).

Menopoz klimakteryum içinde bir kilometre taşıdır. Adetlerin kalıcı olarak kesilmesidir. Genellikle menopoz ile klimakteryum terimleri eş anlamlı kullanılır. Klimakteryum dönemi 40-45 yaşlarda başlar, ihtiyarlık döneminin başlangıcı olan 65 yaşa kadar sürer. Menopoz ise klimakterik dönem içinde görülen mensturasyonun kesilmesi anlamındadır. Ve genellikle 40-50 yaş arasında, bir devrede ortaya çıkar (14,17,22,26,38,51,56,68,70).

Bunun dışınca menopoz fizyolojik ve cerrahi menopoz olarak iki şekilde tanımlanabilir;

Fizyolojik menopoz: Overlerdeki primordial follikül sayısının azalması, bunun sonucunda doğurganlık döneminin sona ermesidir.

Cerrahi menopoz: Çeşitli nedenlerle yapılan histerektomiye (uterusun operasyonla çıkarılması) eşlik eden veya etmeyen ooferektomi (overlerin opere edilmesi) veya tuba overian abselerde ooferektomi sonrası görülen menopozdur. Histerektomi ile beraber overler çıkarılmamışsa cerrahi menopoz görülmez (55,56,67).

1.2.3 Menopozu Etkileyen Faktörler

Menopoz yaşını etkileyebilecek başlıca değişkenler coğrafi bölge, ırk, menarş yaşı, genetik yapı, ırk, evlilik durumu, meslek, çocuk sayısı, kontraseptif kullanımı, sigara, iklim ve denizden yükseklik, sosyo-ekonomik durumdur. Boy, kilo, gebelik sayısı v.b durumların menopozu etkisi de hala tartışılmaktadır (1,6,56).

Menopoz genellikle kadınların %50' sinde 45-50 yaşları arasında, %20' sinde 45 yaşından önce, %25' inde 50 yaşından sonra başlar. Kadınların yaklaşık %5' i 53 yaşından sonrada adet görmeye devam ederler ve bu duruma bazen 60 yaşına hatta sonraki yaşlara kadar devam edebilir . %8 kadar kadında menopozu 40 yaşından önce yaşarlar (3,17,26,42,69).

Menopoz yaşı Avrupa orjinli toplumlarda 45-50 yaş arasındadır. Örneğin Alman kadınlarında ortalama menopoz yaşı 51.4, A.B.D. de 51, İngiltere’de 50.78, Ankara’da yapılan bir araştırmaya göre kentsel kesimde menopoza girme yaşı 47.8 dir (16,34,56,67,69).

Menopoz yaşının coğrafi bölgelere ve ırklara göre değiştiği konusunda yaygın bilgi ve araştırmalar mevcuttur. Bu yayınlarda, kuzey Avrupa ülkelerinde ki menopoz yaşının, Afrika ve Güney Asya ülkelerine göre daha ileri olduğu bildirilmektedir (1).

Menopoz yaşı esas olarak genlere (aileden gelen faktörlere) bağlıdır. Dışarıdan herhangi bir etki olmadıkça menopoz, büyükanne, teyze, kız kardeşin yaşadığı yaşta yaşanabilir (12,16,17,26,30,42,66,67).

Beslenmede menopoz yaşı üzerinde önemli bir faktördür. Yeni Gine’ de ciddi şekilde uzun süreli yetersiz beslenen kısa boy ve düşük kilolu bir grup kadında, menopozdaki medyan yaşının 43.6 yıl olduğu saptanmıştır. Aynı bölgede daha iyi beslenen, daha uzun boylu yüksek kilolu bir başka grup kadında da 47.3 yıl olarak saptanmıştır. Yanlış beslenme, besin maddelerinin fazla veya az tüketilmesi, herhangi bir hastalıkla beraber sağlığı daha da kötüleştirecek ve beslenmeye bağlı diğer semptomları da ortaya çıkaracaktır (1,16,17,18,26,44).

Parite menopoz yaşı ile ilgili olduğu söylenmektedir. Nulliparlarda menopoz erken, ikiz çocuk anneleri, tek bebek doğuranlara göre yaklaşık 1 yıl önce menopoza girebileceği öne sürülmektedir. Bu olgu yine de açık değildir (16,17,26,66).

Menopoz yaşı ile menarş, menstruel siklusun türü, evlilik, gebelik sayısı arasında bir ilişki bulunmadığı ileri sürülmüştür. Bornova’da Ergene Sağlık Ocağında yapılan bir çalışmada gebelik sayısı ile menopoz yaşı arasında ilişki bulunamamıştır (7,24,27,31,41).

Menopoz yaşını belirleyen en önemli faktörlerden biride ovarian follikül sayısıdır. Kimse yumurtalıkların neden belli bir zamanda östrojen yapımını durdurduklarını bilmemektedir. Ama büyük olasılıkla yumurtalaktaki folliküler bittiği zaman östrojen yapımı da durmaktadır. Doğumda kız bebekte 400.000 follikül vardır. 40 yaşında ise ortalama 5-10 bin tanesi kalır ve bundan sonra sayıları giderek azalır (42).

Menopozun başlangıcında over fonksiyonlarındaki denge önemli rol oynamaktadır. Düzenli adet gören kadınlar düzensiz adet görenlere oranla daha geç menopoza girmektedirler. Genital organlardaki herhangi bir hastalık menopozun erken başlamasına neden olmaktadır (26,44).

Kemoterapi ve radyoterapi de over fonksiyonlarını bozarak menopoza girmeyi hızlandırabilir. Ooferektomi ve pelvik organlara aşırı dozda radyasyon uygulanması, hızla menopozu başlatır. Klimakterik semptom ve bulgular ameliyat ve radyoterapiden 1-2 ay sonra erken olarak gelişir (42,44,55,66).

Sigara da menopoz yaşı üzerine etki eden faktörlerden biridir. Araştırmalar sigara içenlerde içmeyenlere oranla 2 yıl kadar daha erken menopoza girildiğini göstermiştir. Gelişmiş ülkelerde, 9 metropoliten bölgede ki, hastanelerde kadınlarla yapılan görüşmelerde hiç sigara içmeyen ile günde en az 15 sigara içen kadınlar arasında menopoz yaşının 1-8 yıl değiştiği saptanmıştır. Hiç sigara içmeyenlerde ortalama menopoz yaşı 49,4 yıl iken, sigara içenlerde 47,6 yıl bulunmuştur. Sigara kullanımı arttıkça, ters orantılı olarak menopoza girme yaşı da küçülmektedir (12,16,24,26,29,42,44,56,69,70).

Bornova Ergene Sağlık Ocağı bölgesinde 605 kadın üzerinde yapılan çalışmada, sigara içme alışkanlığı olanların içmeyenlere göre 44 yaş ve altında menopoza girdikleri saptanmıştır (56).

Epidemiolojik çalışmalar, sigara içen kadınlarda göreceli olarak östrojen eksikliği olduğunu göstermektedir. Sigara içimi en azından postmenopozal devredeki kadınlarda östradiol düzeyleri ile belirgin bir ilişki göstermesine karşın, adrenal androjen düzeylerini arttırmaktadır. Ayrıca sigara içimi inaktif katekol östrojen oluşumunu arttırarak, östradiol metabolizmasını değiştirir gibi görülmektedir (44).

Yapılan bazı araştırmalarda bir kadınların son gebelik yaşının ve ovarian follikül sayısının da menopoz yaşını etkilediği belirtilmiştir. Son gebelikleri 28 yaşından önce olan kadınlar, son gebelikleri daha ileri yaşta olan kadınlara göre daha erken menopoza girdikleri ifade edilmiştir (16).

1.2.4. Premenopozal Dönem

Menopozdan önceki yıllara denir (2-4 yıl) (9,57). Bu dönemde tek ve önemli belirti, hormonal disfonksiyonlara bağlı olarak meydana gelen siklus bozukluklarıdır. Genelde 35 yaştan sonra folliküller yapının süratle azalmasına bağlı olarak, adetlerde bir düzensizlik göze çarpar. Hipermenore (%27), hipo ve hipermenore ile birlikte oligomenore (%47), sürekli ve düzensiz (disfonksiyonel) kanamalarıdır. Siklus anomalileri dönemi, birkaç ay ve birkaç yıl sürebilir. Arada birkaç ay süren amenorelerde görülebilir. Ovulasyon seyrekleşir. Ovulasyonsuz sikluslar sıklaşır ve fertilité düşer. Sürekli ve düzensiz kanamaların arkasında, uterus kanseri ve diğer organik hastalıkların saklanabileceği unutulmamalıdır. Pek az kadında öncü siklus düzensizlikleri görülmez ve menopoz birden yerleşir. (3,5,7,9,10,64).

Premenopoz döneminde vazomotor şikayetler (sıcak basması, terleme, çarpıntı v.b.) erkenden başlayabilir. Bu dönemdeki kadınlarda hep bir gebelik korkusu vardır. Bu korku kadının seks hayatını da alt üst eder. Hatta kadınların çoğu bu nedenle seksten kaçır ve korkar olmuşlardır. Bu korkuda gelmekte olan menopozu hızlandırır. Bu dönemde yanlışlıkla ve beklenmedik bir şekilde meydana gelen gebeliklere bağlı amenoreler, döneme bağlı beklenen ve alışılmış adet gecikmesi olarak kabul edilebilir. 50 yaştan sonra gebelik 1/25000 oranında gerçekleşebilir (35,66).

Yine bu dönemde hipermenore ve menoraji tarzındaki kanamaların varlığında endometrial probe kürtaj yapılırsa, endometriumun histolojik yapısı proliferatif endometrium, basit hiperplazi, ve atipik hiperplazi gibi patolojiler ortaya çıkabilir. Hatta bazen endometrium karsinomuna rastlamak mümkündür. Ancak bu dönemdeki hipermenore ve menoraji tarzındaki kanamaların arkasında, sadece hormonal disfonksiyon yatmaktadır. Myomlar, endometrial polipler ve adenomyosisde aynı şekilde hipermenore ve menoraji tarzındaki kanamalara neden olabilir. Bu nedenle premenopoz döneminde herhangi bir şekilde kanama bozukluğu, tarif eden kadında etiolojik neden ne düşünülürse düşünsün mutlaka probe kürtaj yapılmalıdır. Hatta bu prensip kural haline getirilmelidir (35,66).

1.2.4.1. Premenopozal Dönem İle İlgili Semptomlar

1.2.4.1.1. Menstrüel Değişiklikler

Düzenli siklus aralıklarında, menopoz amenoresine geçiş belirli bir menstrüel düzensizlikle karakterizedir. Bu geçiş döneminin süresi, kadınlar arasında büyük farklılık gösterir. Erken yaşta menopoza girenlerde, amenorelerden önceki siklus düzensizliği nispeten daha kısa sürelidir. Daha ileri yaşta menopoza girenler, genellikle düzensiz, kısa ve uzun mensturasyon aralıkları ile ve tüm ortalama siklus uzunluğu ve değişkenliğinde artma ile, karakterize bir menstrüel düzensizlik dönemi geçirirler (44,57).

Overlerin daha uzun yıllarda ve az miktarda estrogen salgılamaya devam etmesinden dolayı, overlerde siklusa ilişkin değişiklikler ortaya çıkar. Başlıca değişme etkeni luteal fazın ortadan kalkmış olmasıdır. Bunun sonucu amenore görülür. Kandaki estrogen düzeyi yeterli düzeyde yükselip, yeterli düzeyde gerçekleşmediği için endometrial siklus gerçekleşmez. Bu anovuluar siklus nedeni ile folliküller sürekli östrojen salgılar ve endometriumu sürekli proliferatif fazda tutarlar. Endometrium yıkılmaya başladığı zaman da rejenerasyonu sağlayacak estrogen düzeyi olmadığı için kanama fazla ve devamlı olarak ortaya çıkar. Bu çeşit kanamalar kanserin habercisi olabilirler (9,57).

Genellikle menstrüel siklusun giderek uzaması ve miktarca azalması , kanamanın fonksiyonel olduğunu gösterir. Bunun dışındaki kanamaların mutlaka doktorlar tarafından değerlendirilmesi gerekir. Çünkü uterus kanserlerindeki risk faktörlerinden biri de kadının 40-50 yaşlarından olmasıdır. Bu kanserlerinde ilk ve tek habercisi çoğu kez kanamalardır (57).

Menopoz döneminde kadınlarda görülen siklus bozukluklarının şekli çok değişik olabilir. Daha çok anovulatorik siklus, oligomenore (%47), polimenore, hipermenore (%27), hipomenore görülebilir. Amenore bazen 1 sene devam ettikten sonra, tamamen adet kesildiğini zanneden kadında yeniden mensturasyon başlayabilir. Bu durum başlangıçta bir corpus kanserini akla getirmelidir (10,57)

Menopoz devrinden önce meydana gelen bu tip siklus bozukluklarının bir dereceye kadar fizyolojik olduğunun kabul edilmesi gerekir. Durum tıpkı menarştan sonra meydana

gelen siklus bozukluklarına benzer. Çok defa siklus bozukluklarının bir tedaviye ihtiyacı yoktur. Fakat, bu devrede follikül persistensi dolayısıyla uzun süre devam eden kanamalar olursa, durum başkadır. Bu tip fonksiyonel (düzensiz) kanamalar, "Klimakterik Kanamalar" adını alır. Ve bu tip kanamalarda da tedaviye gerek vardır (5,6,10,57,64).

1.2.4.1.2. Doğurganlık Oranındaki Değişiklikler

Menopoz yaklaştıkça over fonksiyonları azalacağından, anovuluar sıklusa bağlı olarak fertilité azalır ve sıklıkla adet kesilmeden aylar, bazen de yıllar önce sikluslar anovuluar niteliğe bürünür. 45-49 yaşlar arasında doğum oranı %1.3'e düşer. 50 yaştan sonra ise gebelikler enderdir ve görülme sıklığı 1/25000 den de azdır (34,42,61).

Snaith ve Williamson, yaptıkları literatür taramasında, menopozdan sonra sadece 15 gebeliğe rastlamışlardır. Onlar bu gebeliklerin menopozdan sonra herhangi bir menstruel siklusla ilgili olmadan sporadik ovulasyon sonucu oluştuğu kanısındadırlar (17,18).Mc Kinlay ve ark. Beyaz kadınların esas alındığı örneklerden oluşan bir toplulukta, perimenopozun ortalama süresinin hiç doğum yapmamış olanlarda 4 yıl erken olduğunu bildirmiştir (64).

Bazı kadınlar, üreme yeteneğinin kaybını seksüel ilişkinin kesilmesinin bir işareti olarak algılamaktadırlar. Bu nedenle cinsel ilişkiyi zevk alınan bir doyum kaynağı olmaktansa yerine getirilmesi gereken bir görev olarak yorumlamaktadırlar. Seidlitz' e göre menopoz; kadının cinselliğinin sonu değildir. Sadece çocuk doğurma özelliğinin yitirilmesidir (26).

Menopoz bazı kadınların seksüel yaşamlarını olumsuz yönde etkilerken, bazı kadınlar içinde gebe kalma korkusu ortadan kalktığı için güvenli, rahat bir dönem anlamına gelebilmektedir

1.2.4.1.3. Vazomotor Değişiklikler

Premenopoz dönemindeki ve menopoz dönemi sonrasındaki kadınların çoğunda vazomotor değişiklikler görülür. Menopozda vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon şeklindeki değişiklikleri kadınlar "sıcak basması" ve "gece terlemesi" şeklinde yaşarlar. Nedeni tam olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, anormalliğin östrojen yetmezliğinden kaynaklandığı

düşünülmektedir. Bu semptom menopozal kadınların %70.8' inde görülür ve %80' inde bir yıl, %20' sinde 5 yıl ve daha uzun devam eder. Bazen adetlerin kesilmesinden öncede başlayabilir (6,9,55,57).

Belçika'da yapılan bir araştırmaya göre sıklıkla görülen vazomotor semptomlar şunlardır: Sıcak basması (%37), baş ağrısı (%19), aşırı terleme (%18), sinirlilik (%17), yorgunluk (%14), depresyon (%13), aşırı hassasiyet (%10), uykusuzluk (%9) bulunmuştur (42,56).

Düzenli adet gören 39 yaş ve üzerindeki kadınların %40' ında vazomotor değişiklikler görülür. Adet düzensizliğinde bu semptomlar daha ağır ve sık oluşabilir (56).

Ateş basması genellikle başta, göğüste ve boyunda ani ısı artışı ve kızarma ile karakterize olup, çarpıntı ve panik hissine yol açar. Cilt ısısı 5-9 C, vücut merkez ısısı ise 0.6-0.7 C yükselirken, kalp atımı da 20 vuru artar. Bu durum nöbetler halinde gelir. Nöbetlerin sıklığı ve süresi değişiklik gösterir. Birkaç saniye veya birkaç dakika devam eder. Sıcak basmasını çok şiddetli ter boşalması ve üşüme hissi izler (22,42).

Sıcak basması ve terlemeler gibi değişken ve geçici menopoz belirtileri çok kötü his yaratmalarına karşın tehlikeli ve zararlı değildir. Ve bazı nadir vakalar hariç bunlar 5-10 yıl devam edebilir ve daha sonra da yavaş yavaş azalır ve kaybolur (3,33,39,42).

Her 10 kadından 9' unda sıcak basması ve terleme ya da bazı vazomotor bozukluklar olabilir. Bu kadınların yarısında belirti bir yıl içinde sona erer. %30 Kadında ise, sıcak basması veya diğer vazomotor yakınmalar daha uzun, 5-10 yıl bazen de 20 yıl devam edebilir. Bazı kadınlarda (%2-3) bu belirtiler ölüme kadar devam eder (6,9,42).

Birçok kadında, günde sadece 3-4 kez sıcak basması terleme olup, zorlukla farkına varılır. Ama bazı kadınlarda ise günde 30, 40 hatta 50 kez şiddetli sıcak basması olup ve bunlar birbirini takip eder (6,9,10,24,38,44,49).

Bazı kadınlarda sıcak basmasının başka bir tipi vardır. Buna "Soğuk Terleme" denir. Üşüme, titreme, bol terleme ve kontrol edilmeyen ürperme ile birlikte (30).

Hissedilen sıcak basmasının şiddeti ve sayısı, hipotalamusta bulunan östrojen hormonun reseptör sayısına bağlıdır. Bu reseptörler kendilerini doyuracak miktarda östrojen bulamazlarsa, vazomotor reaksiyona sebep olan kimyasal madde üretir (30).

Hangi düzeyde östrojen eksikliğinin sıcak basması yapacağı geniş ölçüde farklılıklar gösterir. Bazı kadınlarda östrojen düzeyi çok eksilme ve FSH düzeyleri ile aşırı derecede artana kadar sıcak basması olmaz. Bazılarında ise, değişen biyolojik olaylar içerisinde herhangi bir zamanda sıcak basması hissedilebilir (29,30,36,66).

Normalde vücut ısısını arttıran veya ciltteki ince damarları genişleten hemen hemen her şey, sıcak basmasını başlatır. İnce damarların (kapillerin) genişlemesine neden olan kahve ve alkolde sıcak basmasına neden olabilir. Sıcak içecek ve baharatlı yiyeceklerde olayı başlatır. Dinlenme ve gevşeme anında daha az olmasına karşın, geceleri çok şiddetli olur. Bunun sebebi bilinmemektedir. Ama büyük olasılıkla dinlenme anında hipotalamusun uyarıcı hormonlarının daha şiddetli cevap vermesinden ileri gelmektedir (29,30,36,66).

Hormon dengesinin bozulduğu dönemde, hemen bütün kadınlarda az veya çok uykusuzluk yakınması olur. Hipotalamus vücut ısısı ve hormon yapımının yanında, uykuyu da kontrol eder. Uykusuzluk, aynı zamanda sıcak basmasından sorumlu olan hipotalamik bozukluğun sebep olduğu, beyin dalgalanması ve uyku şeklindeki bozukluklar ve de santral sinir sisteminin aşırı etkileşiminden kaynaklanır. Bazı kadınlar gece uykuya dalmakta güçlük çekerken, bazıları da gece yarısı uyanıp 1-2 saat gezinirler. En sık görüleni sabahları çok erken uykudan uyanmak ve bir daha uyuyamamaktır (24,29,42,44,68).

1.2.4.1.4.Psikolojik Değişiklikler

Menopoz, çoğu kadın tarafından "Yaşlanma" belirtisi olarak yorumlanır. Psikik belirtilerin oluşmasında kişinin ruhsal yapısı rol oynamaktadır. Çevresi ile uyum içinde olanlar, mutlu evlilik yapanlar, kendini meslek ve hobilerine verenler de klimakterik şikayetlere daha az rastlanır. Bu değişiklikler adetten kesilmeden 2-3 yıl önce başlayabilir ve genellikle bu yaştaki kadınların %30-40' ında ortaya çıkabilir (18,24,44).

Artmış irritabilite, duygusal değişiklik, depresyon, yorgunluk hissi, anksiyete ve uykusuzluk en sık görülen belirtilerdendir. Psikolojik bulguların direkt östrojen azlığından mı, yoksa bu yaş grubunun ortak sorunlarından olan sosyal streslere (çocukların evden ayrılması, emeklilik sonrası aktivite azlığı, yaşlanma korkusu v.b.) mi bağlı olduğu halen tartışılmalıdır (55).

Ancak vazomotor semptomlar ve buna bağlı olarak uykusuzluk sonrasında kişinin dayanıklılığının azalması, üst üste yığılan sorunları, kadının taşıyamaması sonucu olduğu görüşünde birleşilir. Tüm bunların sonucunda unutkanlık, dikkat kaybı, yaşamdan zevk almama, çabuk ağlama ve sinirlilik oluşur (26,33,62).

Menopoz kliniklerine veya jinekoloji kliniklerine gelen orta yaş kadınlar arasında depresyon oranı yüksektir. Psikolojik olarak eğer bir kadın menopozla birlikte kadınlığını yitirdiğini düşünür, doğurganlığının sona ermesinden üzüntü duyarsa, menopoz depresyon yaratabilir (17,56).

Ruhsal değişikliklerle baş etmek için zaman en iyi faktördür. Zamanla bu sıkıntılar geçebilir. Bu dönemdeki kadınlara menopozun kimi kadınlar için yeni, olumlu bir yaşam şekli olabileceği, mensturasyon ve çocuk doğurma stresinden uzak mutlu bir dönem anlamına geleceği söylenmelidir. Sıkıntıları yenmek için gönüllü çalışmalara katılma, bir şeyler yaratma, aktif hobiler önerilmelidir (16,56,71).

Doğal beslenme uzmanları emosyonel stresler için kalsiyumu önermekte, yine C vitaminin sakinleştirici etkisi olduğunu belirlemektedir (16,56,71).

1.2.5.1.5. Seksüel Değişiklikler

Menopozda görülen seksüel sorunlardan, östrojen ve progesteron seviyesindeki düşmenin sorumlu olduğu düşünölmektedir.

Son yıllarda klimakteryum döneminde görülen seksüel değişikliklerle endokrin değişikliklerin bağlantılı olduğu düşünölmektedir. Kadınların seksle ilgili kuşku ve korkularının 45-48 yaşalarında en yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Lorna D. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların premenopoz başlangıcında menopoz korkularının %15.7, vajinal belirtilerinin (vajina da kuruluk, ağrı, kanama v.b.) %7-8, cinsel problemlerinin (isteksizlik, orgazm kapasitesinin azalması v.b.) %8 olduğu saptanmıştır. Bu dönemde görülen vajinal kuruluk, ağrı, kanama bazı cinsel sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Vajinal ağrı, postkoidal kanama, vajinal kuruluk, kadının ve eşinin cinsel aktivitesini etkilemekte, çiftlerin isteklerinde azalma ilişkinin kısa süreli olmasına neden olmaktadır (63).

Günümüzde menopozun başlamasıyla cinsel ilişkilerin sona erdiği, görüşünün doğru olmadığı, seksüel coşkunun gösterilmesinin insan yaşamının sonuna kadar devam edeceği doğrulanmıştır. Yapılan bir araştırmaya göre, 60-93 yaş grubunda olupta , bekar veya dul olan kadınlarda cinsel aktivite gösterenlerin %7 olduğu saptanmıştır. Aynı yaş grubunda olup, evli olanların %54' ünde cinsel aktivite devam etmektedir. Menopoz süresince kadının ve eşinin cinsel davranışları bir çok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler arasında fizyolojik değişiklikler, eşin karısına karşı tutumu, ve kültürel etkiler sayılmaktadır. Vücudun fizyolojik olarak yaşlanma sürecine girmesi, cinsel çekiciliğin kaybolması gibi endişe ve korkuları da beraberinde getirir (24,63).

Vaginal kuruluk ve disparonia kadını cinsellikten uzaklaştırır. Klitoral hissin azalması orgazmsız dönemin başlamasına neden olur. Post menopozal dönemde görülen davranış ve seksüel bozukluklarda kadının psikolojik yapısı, davranış özellikleri de önemlidir (62).

1981 Yılında Belçika' da toplanan III. Menopoz Kongresinde menopozun psikoseksüel yönü tartışılmıştır. Konuşmacılar 40-65 yaşları arasındaki kadınlarda seksüel aktivitenin yaşla birlikte azalma gösterdiğini söylemişlerdir (40).

Bollinger ve Howe 129 kadınla yaptıkları çalışmalarda %70' inde libido kaybı, %75' inde orgazm kapasitesinin azaldığını saptamışlardır. Bu çalışma sonunda Bollinger ve Howe libido kaybının nedeninin sadece menopoz olmayıp, aynı zamanda evlilik ilişkisinin de yaşam stresinde etkili olduğunu belirtmiştir (26).

Menopoz bazı kadınların seksüel yaşamını olumsuz yönden etkilerken, bazı kadınlar içinde gebe kalma korkusunu ortadan kaldırdığı için, güvenli, rahat bir dönem anlamına gelir (63).

Hemşireler, seksüel sıkıntıları olan kadınlarla bu problemleri tartışmalıdır. Bu konuda onlara danışman ve eğitimci olarak yardımda bulunabilir. Bilgilendirici, destekleyici yargılamadan dinleyici, cinsel sorunlarla başa çıkma yöntemlerine başvurmada cesaretlendirici ve yönlendirici bir rol üstlenmelidir. Kadınlarda en çok görülen disparnoia karşı seksüel uyarı periyodunu uzatma, eşler arası iletişimi arttırmak, kas tonüslerini arttırmak için egzersizler yapma önerilebilir (26,56).

1.2.5. Menopozun Oluşturduğu Sistemik Değişiklikler

1.2.5.1. Genital Sistem Değişiklikleri

Menopoza giren kadın artık adet görmeyecek ve gebe kalmayacaktır. Östrojen yokluğu vajen mukozasında atrofiye neden olarak kaşınma, yanma, rahatsızlık hissi, ilişkide ağrı ve kanama şikayetlerine neden olabilir (6).

Over fonksiyonlarının bozulmasından sonra bütün ürogenital sistemde gerileme yapar. Vajina epitelini inceler, kurur ve soluklaşır. Vajina, üst vaginanın boyutlarında bir azalma ile küçülür. Vajina içindeki, vaginayı koruyan sarımsı tabaka östrojen yokluğu ile ortadan kaybolur. Vajen ve ürethra arasındaki mesafe kısalır, ürethrayı döşeyen dokular ince ve daha çabuk zarar görür bir hale gelir. Mesane sfinkteri tonusunu kaybeder ve üriner inkontinans yakınması başlar. Bu durum %57 kadında görülür (29,42,62).

Östrojen yetersizliği sonuçta uterus, rektum ve mesaneyi destekleyen dokularda da atrofik değişikliklere yol açar, bunun sonucu prolapsus ve sistoselin ortaya çıkışı artar. Endometrium inceler, küçülür ve sonunda iş görmez bir hale gelir. Uterus orjinal büyüklüğünü kaybederek daha önceki boyutlarının üçte birine düşer. Pubiste tüylenme azalır. Östrojen eksikliğinden memelerde etkilenir. Menopozdan sonra lobul sayısında belirgin bir düşme olur, yağ dokusu azalır. Bu dokuların yerini bağ dokusu alır (17,29,42,62,64).

1.2.5.2. Üriner Sistem Değişiklikleri

Menopozdan sonra üreme organları ile aynı embriyolojik orjinli olan ürethranın alt kısmı kısalır ve esnekliğini yitirir. Bu dönemdeki ürethral değişimlere ilişkin en sık rastlanan idrar tutma güçlüğü, kesik kesik idrar yapma, sık idrar yapma ve noktüri ile karakterizedir. 45-64 yaş grubundaki kadınlarda rastlanan üriner sistem şikayetlerinin %57' si üriner inkontinanstır (9,57,62).

Postmenopozal dönemde uterus prolapsusu, sistosel ve rektosel insidanslarında artma görülür. Buradaki hazırlayıcı faktör estrojen eksikliğine bağlı pelvik organlarının destek dokularının elastikiyetini kaybetmesidir (6,9,57).

Menopozdan sonraki ilk 10 yıl içinde endojen estrogenler az miktarlarda salgılanmaya devam ettikleri için genital atrofi belirtileri bütün kadınlarda hemen görülmeyebilir (9,57).

1.2.5.3. Cilt, Saçlar Ve Vücut Kitlesindeki Değişiklikler

Estrojenin etkilediği en önemli bölgelerden biri de cilttir. Menopozla beraber epidermis incelik, deri altı yağ dokusu atrofiye uğrar ve elastikiyetini kaybeder. aynı zamanda cildin kalınlığı ve nemlenmesi de giderek azalır, cilt kuru bir hal alır. Özellikle yüz, boyun ve ellerde göze çarpan bir incelme olur. Ellerdeki venler kolaylıkla görülür (9,56,57).

HRT alan hastalarda cilt kollojen miktarı daha fazla ve daha kalındır. Menopozdan sonra bu değişiklikler iyice belirgin olur (16,56).

Londra' da King' s Collage Hastanesin' de yapılan bir araştırmada 60 yaş civarındaki kadınlarda östrojen almayanların, alanlara göre cilt kalınlıkları yarı yarıya azalmış olarak bulunmuştur (56).

Normal kilolarından biraz şişman olan kadınlar, hem yağ dokularında östrojen yapıldığı için, hem de ciltlerindeki yağ dokusu destek olduğu için menopoz sonrası dönemde bile genellikle genç görünürler (56).

Menopoz döneminde saçlarda incelme ve dökülme meydana gelir. Yüzde ise kıllar büyümeye başlar, bu kıllar sert koyu renkli ve kalındır. Bunun sebebi östrojen seviyesi azaldıkça androjenlerin aktive olmasıdır (9,56).

Menopozdan sonra %50 kadında kilo alma eğilimi başlar (%20' sinde artış 2.5 kg., %20' sinde ise 5 kg. dan fazladır). Sosyal çevrede gelişen köklü değişiklikler (çocuklar ayrılmış, daha az aktif bir yaşam başlamış, görev ve sorumluluklar azalmıştır) sonucu, kadın çekiciliğine özenin ihmal edilmeye başlandığı dönemde, yeme ve içmelere karşı da, kontrolsüz bir eğilim başlamaktadır (3,42,64).

Menopoz döneminde dikkat edilmesi gereken şey, beslenme ve yaşayış tarzını düzene koymaktır. Kalbe dokunan bütün yiyecek ve içeceklerden kaçınmak gerekir. Fazla alkol, çay, kahve, tütün, proteinli yiyeceklerden uzak kalmak, sebze türü yiyeceklere daha fazla yer vermek doğru olur. Bu dönemdeki yağ birikiminin başlıca nedeni fazlaca yemek yemektir (17,42).

Bu dönemdeki kadınların, günde birkaç kere ılık su ile 20' şer dk. süren banyolar, açık hava, güneş banyoları, yürüyüş ve çeşitli egzersiz programlarına katılmaları yararlı olacaktır (3,17,34,42).

1.2.5.4. İskelet Sistemindeki Değişiklikler

Osteoporoz kemikteki gözeneklerin artması diğer bir deyişle kemikte kitle kaybı anlamına gelir. Senil osteoporoz olarak bilinen bu durum genellikle 55-70 yaşlarındaki kadınları etkiler. Bu patolojik durumun en büyük nedeni, ovarial fonksiyonların gerilemesine bağlı estrogen düşmesidir. 50 yaşına gelen bir kadında genel kemik kaybı başlar. Doğal menopoz sonrası toplam kemik kaybı her yıl başına ortalama %1-2 dir. 80 yaşında tedavi görmemiş beyaz ırk kadında, iskelet kitlesinin %30-50' si kaybolmuştur. Açık tenli, kısa boylu ve ince kadınların yaklaşık %25' inde postmenopozal osteoporoz görülme riski vardır. Osteoporoz kemiklerde kırılma eğilimini artırır (25,42,43,44).

Menopozdan sonraki ilk 10 yılda kortikal kemikte %15-30, trabeküler kemikte %10-15 kayıp olur. 70 yaş üstündeki kadınların %25' inde vertebral, %15' inde kalça ve kolda kırık olur (55,57).

1985 de ABD nüfusunun %14' ü 65 yaşından büyük olup 2010 yılında bu oranın %20' ye ulaşacağı düşünülmektedir. Yaşamda kalça kırığının riski %12 oranında, kalça kırıklarının sakatlık riski ise %10 dur (43,57).

Örneğin A.B.D. de yaşlı kadın nüfusunun 1/3' ünün, erkeklerin 1/6' sının kemik kırıklarına maruz kaldığı bildirilmektedir. Bu kırık uçları ve komplikasyonlarının %12-20' si öldürücü, yarısı ise uzun süreli bakımı gerektirmektedir (11).

Osteoporozisin başlıca belirtisi, kemiklerde kırılma ve ağrı, boyda kısalma ve çene kemiğinde çekilmedir (13).

Kemik yoğunluğundaki azalmayı belirleyen başlıca faktörler şunlardır:

Ailede osteoporoz öyküsü, düşük kalsiyum alınımı, erken menopoz, sedenter yaşam, nulliparite, sigara içme, yüksek solunum ve protein alımı, hipertiroidi, aşırı alkol ve kahve tüketimi, fiziksel hareket azlığıdır (13,56,60).

Östrojen kemiklerde hızlanmış kalsiyum çekilmesini önler, ayrıca kalsiyum emilimini artırır. Osteoporozu önlemek için düşük oral tedavi dozu, 0.625 mgr. östrojendir.

Endometrial karsinom yada hiperplazi riskini azaltmak amacıyla östrojen+progesteron birlikte kullanılmalıdır. Progesteron yalnız başına kullanıldığında kemik kaybını yavaşlatıcı, olarak etki gösterir. Menopoz sonrası 6 yıl ya da daha uzun süre östrojen tedavisi kullanan kadınlarda kırık riski tedavi olmayanlara göre %50-60 daha düşük bulunmuştur (13,42,53).

A.B.D. de ve Kanada' da kalsiyum alınımları çocuklar ve genç yetişkinler arasında iyi olmakla beraber orta yaşta görülen kemik kaybını azalttığı ile ilgili epidemiyolojik kanıtlar bulunmaktadır. kalsiyum ve D vitamini direk olarak kemik yapımı ve sürdürülmesinde rol oynayan besin öğeleridir.

Sodyum floridin , D vitamini ve Ca ile birlikte verilmesi ile kemik yıkımının inhibe edildiği görülmektedir (3,53).

Yaşlanma ile kişiler daha fazla oturmaya ve hareketsizliğe eğilimlidirler. Aloï ve arkadaşları bir yıl boyunca haftada üç gün 1 saat süreyle yapılan egzersizlerin 4 yıl önce menopoza girmiş bir grup kadında, total ve bölgesel kemik kaybı üzerindeki etkilerini değerlendirmişlerdir. Araştırmanın sonucu, total vücut kalsiyumunun egzersiz grubunda anlamlı bir biçimde arttığını, kontrol grubunda ise azaldığını göstermiştir. Bu durum egzersizlerin kemik kütledeki kayıpları geciktirmek bakımından faydalı etkisi olduğu şeklinde yorumlanmıştır (28).

Egzersize başlangıçta kısa yürüyüşlerle başlanabilir, daha sonra haftada 3-4 kez 1-1.5 km. oluncaya kadar arttırılmalıdır (60).

Osteoporozun tedavisinde kalsitoninin küçük dozlarının etkili olduğu da ileri sürülmektedir. Bu tedavi sırasında bulantı, kusma, baş ağrısı, diyare, ağızda metalik tat, poliüri, pollaküri, ekstremitelerde karıncalanma gibi istenmeyen etkiler olabilir (53,56).

Osteoporozun her dört kadından birini etkilediği ve 70 yaşın üzerindeki her iki kadından birinin osteoporozla ilişkin kırıklar nedeniyle yatakların büyük oranını işgal ettikleri literatürde yer almaktadır (56,60).

Osteoporoz akut hastane bakımı, çalışmadan geri kalınan gün sayısı, ilaç maliyeti ve kronik bakım harcamaları göz önüne alındığında İngiltere de her yıl 500 milyon pound, A.B.D. de 7 milyar dolar harcanmasına neden olmaktadır (55).

Asemptomatik olan 1/3 menopozal kadın osteoporoz ve korner kalp hastalığı için yüksek risk taşırlar (55).

Gelişmiş ülkelerin çoğunda epidemik düzeylere ulaşan osteoporozdan korunma günümüzde büyük önem taşımaktadır. Bunun için hemşireler, birer sağlık eğitimcisi olarak kadınlara osteoporozisten korunmalarına yönelik eğitimler vermelidir. Menopoz öncesi, menopoz ve menopoz sonrası kadınlara yararlı olacak öneriler şöyle sıralanabilir:

- Beslenme ile ilgili düzenlemelerde yüksek kalsiyumlu besinler seçilmelidir.

-Hareketsizliğin kemik mineral içeriğini azalttığı, kaslarda atrofi ve eklemlerde tutulmalara neden olduğu hatırlatılarak düzenli fiziksel egzersizler ve yürüyüşler yapmaları önerilmeli, bahçe ve çeşitli uğraşlar planlanmalıdır.

- Alkol, sigara ve kafein gibi risk faktörlerinden kaçınmaları söylenmelidir.

- Östrojeni yerine koyma tedavisinin yararları ve riskleri hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır (3,28,43,53,59).

Hemşirenin rolü, kadına kendisini osteoporozisten koruyacak yöntemi seçmede öneride bulunmak değil, onu bilgilendirerek kendisi için en iyi olanı seçmesi doğrultusunda cesaretlendirmek olmalıdır (28).

1.2.5.5. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Premenopozal kadınlar erkek yaşlılarına oranla kardiyovasküler hastalıklara daha az eğilimlidirler. Menopozla birlikte 10 yıl içinde bu avantaj kaybolur. Bunun önemli sebeplerinden biride östrojenin lipid metabolizması üzerinde etkisidir. Lipit metabolizmasındaki bu değişiklik, serumda yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyinin azalması, düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyinin artması şeklindedir. LDL artışı kollersterol birikimine neden olarak damarlarda arterioskleroz gelişmesine yol açar. Total kollersterol düzeyinin yükselmesi, koroner kalp hastalığı için önemli bir risk oluşturur. Kollersterol düzeyindeki bu yükselişin östrojen yetmezliği ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (30,36,55,56,57,61).

Kalp hastalığı insidansının yüksek olduğu ülkelerde cinsiyet farklılığı belirgindir. 25-55 yaş grubunda kalp krizinden ölüm erkek/kadın oranı USA' da 5/1, İtalya'da 2/1 ve Japonya' da ise 1/1 dir. Yaşın ilerlemesi ile bu fark yavaş yavaş kaybolur. 55 yaşından sonra her 10 yılda kalp hastalığından ölüm erkeklerde 2 kat, kadınlarda ise 3 kat artar (61).

Postmenopozal arteriosklerotik kalp hastalığı (ASKH) artışında pek çok faktörler rol oynamaktadır. Bunlar; yaş, erken menopoz, soy geçmişte kardiyovasküler hastalık hikayesi, yüksek kolesterol düzeyi, hipertansiyon, oral kontraseptif kullanımı, diyabet ve sigara kullanımı gibidir (30,57,61).

Yapılan birçok çalışma, menopozdaki kadınlarda, östrojeni yerine koyma terapisinin HDL seviyesini \uparrow diği ve LDL' nin %5-9 azalttığı gösterilmiştir. HDL seviyeleri eğer 10 mgr. civarında değişirse, kardiyovasküler hastalık riskinin %40-50 arası değiştiği görülür. Östrojen terapisinin, bu korumayı, LDL reseptörlerini indükleyerek ve HDL' yi azaltan hepatik lipaz enzimini yıkarak ve damar duvarı fizyolojisinde pozitif bir etki sağlayarak, temin ettiği bilinmektedir. Östrojen yerine koyma terapisinin, kardiyovasküler hastalıkları %10-50 arasında azalttığı gösterilmiştir (30).

Pittsburg Üniversitesi Sağlıklı Kadın Çalışmaları, östrojen terapisi uygulanan kadınlarda, daha yüksek HDL seviyeleri ve daha düşük LDL seviyeleri olduğunu (bu terapiyi 3 yıllık bir süre kullanılan kadınlarda) göstermiştir. Diğer kliniklerin yaptığı çalışmalarda benzer sonuçlar vardır (30).

Bazı çalışmalarda, ilk doğumu erken yaşlarda yapan kadınlarda iskemik kalp hastalığı riskinin yüksek görülmesi, bazı reproduktif faktörlerin kardiyovasküler sistem hastalıkları ile ilişkisini düşündürmektedir. Mevcut epidemiolojik kanıtlar, östrojen replasman tedavisinin iskemik kalp hastalıklarına karşı koruyuculuğunu belirlenmiştir (18,55).

Postmenopozal östrojen replasman tedavisi iskemik kalp hastalığında ölüm oranını azaltmıştır. 1960 yılından beri USA da bu tedavi yaygın olarak kullanılmaktadır. 1976 yılında iskemik kalp hastalığında ölüm oranı %30 düşürmüştür.

Kalp hastalığına bağlı ölüm meme ve endometrium kanseri ölümlerinden 4 kat fazla olduğu düşünülürse, postmenopozal östrojen tedavisinin önemi daha iyi anlaşılır (61).

1.2.6. Post Menopozal Dönem

Menopoz sonraki yıllara (6-8 yıl) denir (3,15).Bu devre, ara beyin ve nörovejetatif sisteminin, ovarial hormonların ileri derecede azalması artışına alışmış olduğu devredir ve erken menopozun bitiminden ihtiyarlık devrinin başlamasına kadar sürer. Ortalama 1-5 yıl devam edebilir (3,66).

Bu devrede artık vejetatif ve psikolojik bozukluklar ortadan kalkmıştır. Vejetatif sistemin, ovarial hormonların azalmasına alışması dolayısıyla, eksiklik, belirtilerin ortadan kalkmasını takiben geç menopoza devrinde organik hastalıklar görülür (3,10,66).

Geç menopoza girmenin tek gerçek dezavantajı, yumurtalık kanserine yakalanma riskinin biraz fazla olmasıdır. 50 yaşında hala menopoza girmemiş bir kadının, en az yılda bir defa yumurtalıklarının tam bir muayenesini ve ultrasonografik olarak incelenmesi sağlanmalıdır. Çünkü yumurtalık kanseri önceden belirti vermez (42).

1.2.7 Menopoz Yakınmalarını Azaltıcı Tedavi

1.2.7.1. Hormon Replasman Tedavisi

Menopoz dönemindeki yakınmaların kontrol altına alınmasında estrojen takviye tedavisi (ERT) tıbbi tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Estrojen tedavisini hasta ile birlikte yarar ve zararları değerlendirildikten sonra karar verilmelidir. Hormon tedavisine karar vermede bir çok kadın zorlanmaktadır. Bunun sebebi, hormon tedavisinin pek çok yan etkilerinin olmasıdır. Bu yan etkilerinden en sık görülen vajinal kanamadır. Bu durum kadının tedaviye güvenini ve dolayısıyla uyumu bozmakta ve tedaviye son verilmektedir (52,57).

Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre kadınların 1/3' ü HRT'ni kabul etmemişlerdir. Bunun başlıca nedenleri ise kanama, meme ve uterus kanseri olma hakkındaki kuşkuşlarıdır (33).

Kadınların çoğu için HRT tedavisinin yararları zararlarında daha fazladır. 50-84 yaş arasındaki çoğu kadın kardiyovasküler hastalıktan ölür. Meme kanseri, kalça kırığı ve endometrium kanseri çok daha az ölüm nedenidir. Östrojen tedavisi alan hastalarda bu hastalıklar için riskin uyarlanması meta analizle karşılaştırılır. Östrojen tedavisi ile ilişkili meme ve endometrial kanser için "worst-case" analizi kullanılır, fakat kanser ölümlerindeki teorik artma daha çok osteoporozla ilişkin ölümlerdeki azalma ile geçersiz kalmaktadır. Östrojen, progesteron ile siklik verildiğinde, endometrial kanserden ölümlerin sayısı azalmaktadır (20,57).

1989 Yılında Ross, Pike, Handerson, Marck ve Labo yaptığı bir çalışmada 65-74 yaş arasındaki 100.000 kadından 211' inin HRT kullanımı ile ölüm düzeyleri azalmaya başlamıştır. Postmenopozal dönemdeki ölümlerin en büyük nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Bunun yanı sıra meme ve uterus kanserinden ölüm oranı daha düşük bulunmuştur (33).

1993' de Stockholmdeki 7. Uluslar arası Menopoz Kongresinde araştırmacılar Hormon Replasman Tedavisi' nin meme kanseri üzerine etki etmediği fikri üzerinde yoğunlaşmışlardır. Bu kongrede Dr. Ewerta 12 yıl boyunca HRT kullananlarda meme Ca görülme riskinin çok az arttığını ancak bunun istatistikleri etkileyecek düzeyde olmadığını belirtmiştir. Yine 5 yıla kadar HRT kullanan kadınlarda meme Ca riskinin 0 olduğunu ifade etmiştir (44).

Yine A.B.D. de yapılan bir çalışmada düşük doz östrojen tedavisinin meme kanseri riskinin arttırmadığı, tedaviye progesteronun da eklenmesiyle endometrikal kanser riskinde azaltığı saptanmıştır (30).

Östrojenin kullanılmaması gereken başlıca durumlar şunlardır :

- Bilinen veya şüphelenilen meme ve uterus kanseri
- Teşhis edilmemiş anormal uterus kanamaları
- Önceki veya mevcut tromboembolizm veya aktif tromboflebit
- Akut karaciğer veya selebrovasküler hastalık
- Kombine risk faktörleri; şişmanlık, varis, hipertansiyon ve aşırı sigara içme gibi (8,17,48).

Östrojen tedavisinin kesin kontraendikasyonları; nedeni açıklanamayan vaginal kanama, kronik karaciğer yetmezliği, akut karaciğer hastalıkları, akut vasküler tromboz, malign melanom, meme ve endometrium kanseridir.

Relatif kontraendikasyonları ise, hipertansiyon, migren,tromboflebit, hiperlipidemi, endometriosis, safra kesesi hastalıkları pankreatit, diyabetes mellitustur (20,30,33,41,72).

HRT' ye başlamadan önce kadında menopozal semptomların varlığı tanımlanmış olmalıdır. Kadına Baseline testi içeren pap smear, mammografi, meme ve pelvis muayenesi, kan basıncı ölçümü, idrar tahlili, tam kan tahlili, trigliserid ve kolesterol düzeyini gösteren kan tahlilleri yapılmalıdır. Serum follikül stimulan hormon, lutenizan hormon ve östradiol

seviyesi saptanmalıdır. Hikayesinde kronik anovulasyon olan ve şişman olan kadınlarda HRT başlanmadan önce endometrial biyopsi yapılmalıdır (25,33,41).

HRT' ye başlandıktan 6-12 aylarda kadınlar genel ve jinekolojik muayene, kilo ve kan basıncı kontrolü, mammografi (50yaşından büyük ise) ve rutin kan testleri yapılır. 60Yaşından sonraki her 2 yıl thyroid stimulan hormon tespiti yapılması önerilir (9,25,33,41).

Östrojenin çeşitli uygulama yolları mevcuttur. Bunlar oral, intramüsküler, topikal, subcutanöz, nasal ve vaginaldır.

Menopozda hormon tedavisi siklus düzenine göre verilmektedir. Bu düzen ayın ilk 25 günü estrojen verilmekte, bu uygulamanın son 10 gününde progestin eklenmekte ve 5 gün ara verilmektedir. Bu düzeyde yapılan tedavi endometrium hiperplazisi ve karsinomuna karşı koruyuculuk sağlamaktadır. Son zamanlarda estrojenler sürekli düzende verilmeye başlanmıştır. Yılın 365 günü sürekli verilen östrojene her ayın ilk 10-14 günü progestinler eklenmektedir. Bu yöntemde endometrial karsinomaya karşı aynı koruyuculuğu sağlar (44,57).

Östrojenlerin enjeksiyon şeklinde haftada bir kez uygulanan modelleri vardır. Uygulanması açısından kullanışlı olmakla beraber, ilk günden yüksek kan değerine ulaşmaları bir dezavantajdır (41,44).

Transdermal estrodiol haftada iki kez deriye yapıştırılan flaster şeklindedir. Bazı kadınlarda yapışma ve enjeksiyon bölgesinde irritasyon gelişebilmektedir. Bu nedenle günlük alınan oral estrojenler daha güvenli görülmektedir(41,44).

Krem ve supozituar şeklindeki estrojenler, dokudaki atrofi sonucu gelişen dispareniya, vajinal puritis, idrar sıklığı gibi genito üriner sorunların tedavisinde kullanılır (30,41,44,57).

Kuzey Amerika Menopoz Cemiyeti' nin kurucusu Wulf Ution, hormon tedavisine devam etme süresinin ortalama 9 ay olduğuna değiniyor. Türkiye de ise genel bir ortalama yokken, tedaviye devam edenlerin yüzdesi kliniklere göre değişiklik gösteriyor. Ergüngealp, Cerrahpaşa' daki menopoz kliniğinde bu durum; " Birinci yıl devam edenler, hastaların %70' ini, ikinci yılda isteyenler %50' sini oluşturuyor. Ama üçüncü yılda bu oran %30' un altına düşüyor." şeklinde açıklıyor. Prensipite ise Doç. Dr. Benhabib, hormon tedavisinin optimum

5-10 yıl devam etmesi gerektiğini, idealinin ise 80' li yaşların sonu olduğunu vurguluyor. Uterus kanaması yapan ve yapmayan rejimler vardır. Her ayın 1' i ile 25' i arasında kullanılan ve daha sonra bırakılan ilaçlar kanama yapar. Sürekli kullanılan ilaçlar ise, ilk 6 ay düzensiz kanama yapar, ama 6 aydan sonra kanama olmaz (36,72).

Kadınları, östrojen tedavisinin yan etkileri açısından izlenmeli, osteoporozla karşı kalsiyumdan zengin diyet, düzenli egzersizler ve hareket, vajinitlerden korunma ve malignitesi konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır (57).

1.2.8.Menopoz Ve Hemşirelik Yaklaşımı

Menopoz kadının hayatında fizyolojik bir olay olmasına karşın bilgisizlik, geleneksel inanç ve uygulamalar, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve konuya yeterince önem verilmemesinden dolayı karmaşıklarla dolu olarak geçirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasını sağlık eğitimi oluşturmaktadır. Sağlık eğitiminden sağlık ekibi sorumludur. Sağlık ekibi bireyin ve ailenin sağlığı ile ilgili gereksinimlerini karşılamaya yardımcı olmak için çeşitli meslek üyelerinin birlikte oluşturduğu bir ekiptir. Hemşire de bu ekibin bir üyesidir (40).

Hemşire temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış ve ülkesinde toplumun katkısını alarak, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için hemşirelik alanında sorumluluk almaya yetkili ve yeterli kişidir (23).

Tanımda da yansıttığı gibi, günümüzde hemşirenin rolü sadece hastane ortamında kalmayıp, toplum içinde aileye yönelmektir. Bu genişleyen rolle hemşirenin görevini yalnızca hastalığa yönelik bir görev olmaktan çıkarıp, koruyucu sağlığa yönelik bir göreve dönüşmekte ve birçok yeni sorumluluklar getirmektedir. Sorumluluklardan biri de gerek hastanede gerekse toplumda eğitim vermektir.

Kadının pre ve post menopoz dönemini daha sağlıklı geçirebilmesi için bu döneme ilişkin bilgisinin olması gerekir. Bilinmeyen sağlık sorunlarının çözümü daha zordur ve kişiyi zamanında tedavi olmaktan alı koyar. Bu nedenle hemşirenin kadına yardımcı olabilmesi için kadının bu döneme ilişkin ne bildiğini ortaya çıkarması gerekmektedir (7,18,40,48).

Sağlık personelinin menopoz dönemindeki kadınlarla çalışırken amaçları şunlar olmalıdır:

- Menopoz dönemindeki kadınlara sağlık kontrol hizmetlerini sunmak,
- Bu dönemde görülme riski artan meme kanseri ve üreme organ kanseri, şeker hastalığı ve yüksek tansiyon gibi hastalıklara karşı koruyucu önlemler almak.
- Pre ve post menopoz dönemindeki kadına genel sağlık eğitimi yapmak
- Estrojen tedavisine karar verip uygulamak, izlemek estrojen tedavisi birçok sorunlara neden olduğu için kadını çok iyi tanımadan, ve menopoz belirtileri kadının günlük yaşamını etkileyecek duruma gelmeden kullanılmamalıdır (24).

Hastane ve toplum sağlığında çalışan hemşireler, menopozal yaş grubundaki hastaların eğitiminde, klimakterik devrenin normal bir süreç olduğunu, aşırı yorgunluk ve çevresel problemlerinin bu devrede görülen semptomları arttırdığını, kilo artışı önleyen fakat besleyici bir diyetin uygulanmasını, sosyal aktivitelere katılmanın gerilimi azaltarak, anksiyetinin giderilmesine yardımcı olacağını, menopozun seks yaşamının sona erdiği anlamına gelmediğini, sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi için her sene fiziksel muayenenin gerekli olduğunu vurgulamalıdır (18).

Kadında kanser olma veya ruhsal çöküntü gibi korkular yerleşebilir. Hemşire bu dönemde meme muayenesi ve pap smear kontrolü önererek kanser olma korkusunu yenmesini sağlayabilir. Hemşire, kadının kocasından kaçma veya kocasının tutumunu merak etme yerine, kocasıyla ve yakınlarıyla yaşamındaki değişiklikler ve endişeleri paylaşması konusunda cesaretlendirilmelidir (9,48).

Hemşire menopoz dönemindeki kadınlarda depresyon belirtilerine karşı uyanık olmalıdır. Depresyon kadının normal aktivitelerinin sürdürülmesine ve intiharlara neden olabilir. Hemşire iyi bir gözlem yaparak kadındaki faydasızlık, değersizlik, ümitsizlik, ilgisizlik ve içe kapanma gibi ciddi depresyon belirtilerini fark edebilir. Uygun bir iletişim depresyonun artmasını engeller. Kadına menopozun yaşlanmak değil, fizyolojik bir hayatın evresi olduğu anlatılmalı, aile çevresine bu özel durumda kadına yardımcı olmaları gerektiği bildirilmelidir (18).

Birçok kadının menopoz hakkında çok az bilgisi olduğu düşüncesinden yola çıkarak onlara, menopoza ilişkin ne gibi değişiklikler olacağı ve nasıl önlem alacaklarını, bu değişikliklerin normal olup olmadığı anlatılmalıdır (57,72).

1 . 3. HİPOTEZLER

1) Ho : Menopoz hakkındaki eğitim öncesi deney ve kontrol grubu kadınlar arasında bilgi düzeyi açısından fark yoktur .

H1 : Menopoz hakkındaki eğitim sonrası deney ve kontrol grubu kadınlar arasında bilgi düzeyi açısından fark vardır .

2) Ho : Menopoz konusunda kadınların bilgi düzeyini yükseltmede planlı eğitim etkili değildir

H1 : Menopoz konusunda kadınların bilgi düzeyini yükseltmede planlı eğitim etkili etkilidir

1 . 4. SINIRLAMALAR

Menopoz polikliniğine daha önceden başvurmuş ve halen izlenmekte olan hastalar ile HRT kullananlar belirli bir bilgi birikimine sahip oldukları düşüncesi ile araştırma kapsamına alınmamıştır.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2 . 1 ARAŞTIRMANIN TİPİ :

Araştırma, Menopoz Polikliniğine başvuran kadınların sağlık yakınmaları ve verilecek eğitimin etkisini saptamak amacıyla, tanımlayıcı , kapsadığı zamana göre kesitsel ve ileriye yönelik, veri toplama tekniğine göre ise, anket tekniği ve yarı deneysel yöntem kullanılan bir çalışma olarak planlanmıştır .

2 . 2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE SÜRESİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1955-1956 ders yılında eğitime başlamış ve 1972 yılında YÖK'ün kararı ile doğrudan rektörlüğe bağlanmıştır.

Cerrahi bölümleri içinde yer alan Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D 190 yatak kapasiteli olup, Jinekoloji, Obstetri, Onkoloji, Yoğun Bakım, Doğumhane, Üniteleri ve Jinekoloji, Obstetri, Ultrason, İnfertilite, Menopoz Polikliniklerinden oluşmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D da 18 Yüksek Hemşire, 17 önlisans mezunu Hemşire, 7 Sağlık Meslek Lisesi mezunu olmak üzere toplam 42 hemşire çalışmaktadır (65).

Araştırmanın yapıldığı Menopoz Polikliniği 1990 yılından bu yana hizmet vermektedir. Kuruluşundan bu yana hizmet verilen kadın sayısı 3190 dır (65).

Poliklinikteki hizmetler kadın doğum uzmanı olan üç Öğretim Üyesi ve bir Hemşire tarafından her gün mesai saatleri içinde verilmektedir.

Araştırma; İzmir ili, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniğinde 1 Ekim1996 -29 Şubat1997 yılı içinde gerçekleştirilmiştir

2 . 3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

1 Ekim 1996-29Şubat 1997 tarihleri arasında E.Ü.T.F. Menopoz Polikliniğine başvuran 400 kadın araştırmanın evrenini oluşturmuştur .

2 . 4 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ VE SEÇİM YÖNTEMİ

Araştırmanın örneklemini , Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Menopoz Polikliniği de 1Ekim1996 - 29 Şubat1997 tarihleri arasında ilk kez başvuran ve HRT kullanmayan 140 kadın oluşturmuştur . Örneklem seçiminde olasılıksız örneklem seçim yöntemi kullanılmıştır (5%). Menopoz polikliniğine daha önceden başvurmuş ve halen izlenmekte olan hastalar ile HRT kullananlar araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma kapsamına alınan 140 kadın , yaş ve eğitim düzeyi göz önüne alınarak deney (70 kişi) ve kontrol (70 kişi) grubu olarak eşleştirilmiştir . Deney ve kontrol grubu kadınların yaş ($x = 2.16$ $p > 0.05$), eğitim düzeyi ($x=5.05$ $p > 0.05$) aralarındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur .

2 . 5 VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri hafta içi 08-16 saatleri arasında anket ve görüşme yöntemleri ile toplanmıştır. Hazırlanan anketin ön denemesi, örneklem özelliklerine uyan kadınlara uygulanmış, gerekli düzeltmeler yapılarak son şekli verilmiştir.

2.5.1 Anket Formlarının Hazırlanması

2.5.1.1 Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgilerinin Toplanması

Anket formunun birinci bölümünde araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik (menopoz yaşı, eğitimi, ekonomik durumu v.b), doğurganlık (ilk adet durum, gebelik sayısı, doğum yapma yaşı), menopoza bağlı yakınmalar ve bilgi düzeyi durumlarına ilişkin verileri toplamak amacıyla 21 soru yer almıştır (EK I).

2.5.1.2. Pretest Soru Formunun Hazırlanması ve Uygulanması

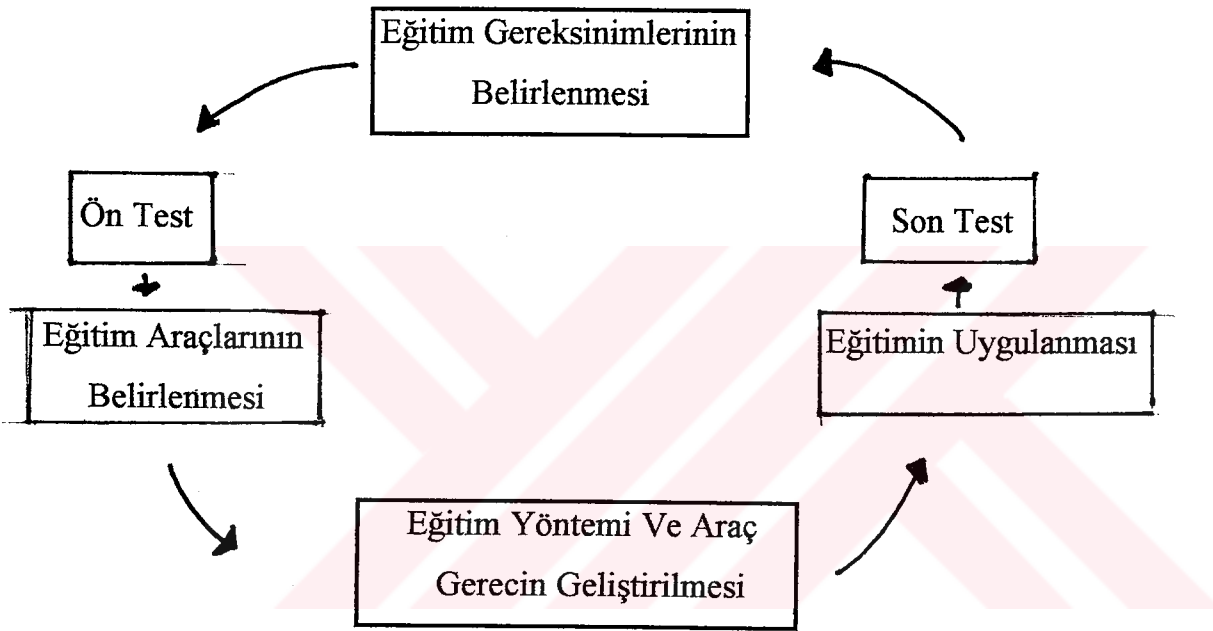
Kadınlara pretestte menopozun tanımı, tedavisi ve menopoza bağlı olabilecek sağlık sorunlarından korunması konularına ilişkin bilgi düzeylerini saptamak amacıyla toplam 16 soru içeren bir soru formu hazırlanmıştır (EK II).

Hazırlanan soru formunun yanıtları araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınlardan ayrı ayrı dönemlerde ilk görüşmede araştırmacı tarafından beşerli gruplar halinde 10-15 dk. Sürede uygulanarak toplanmıştır.

Deney grubu kapsamına alınan kadınlara pretest uygulandıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlanan kitapçık verilmiş, okuyup incelemeleri ve bir hafta sonra kontrole gelmeleri istenmiştir.

2.5.1.3 Eğitim Programının Hazırlanması ve Geliştirilmesi

Deney grubu kapsamına alınan kadınlara, menopoza konusunda belirlenen eğitim gereksinimleri doğrultusunda eğitim programı hazırlanmıştır.



Şekil 1 : Eğitim Programının Hazırlanması ve Uygulanması

2.5.1.3.1 Eğitim Programının Amaçları

Eğitim programı sonunda kadınların aşağıdaki bilişsel ve psikomotor becerileri kazanması hedeflenmiştir.

- * Menopozun tanımını söyleyebilmeli,
- * Kadınların ne zaman menopoza gireceğini bilmeli,
- * Menopozla beraber kadında ortaya çıkan değişiklikleri söyleyebilmeli,
- * Menopoza giren bir kadının sağlık kuruluşuna veya doktora başvurması gerektiğini bilmeli
- * Menopoza giren bir kadının nasıl beslenmesi gerektiğini söyleyebilmeli,
- * Menopoza giren bir kadının kilosunu korumak için neler yapması gerektiğini bilmeli,

- *Menopoz dönemindeki bir kadının cinsel ilişki sırasında ne gibi rahatsızlıkları olabileceğini söyleyebilmeli,
- *Menopozdaki bir kadın için osteoporoz ve kalp-damar hastalıklarının risk olduğunu bilmeli,
- * Nelerin osteoporoz için tehlike olabileceğini söyleyebilmeli,
- * Nelerin kalp-damar hastalığı için tehlike olabileceğini bilmeli,
- * Menopozda ortaya çıkan şikayetlerin tedavisi olduğunu bilmeli,
- * Hormon tedavisinin tanımını söyleyebilmeli,
- * Menopozda hormon tedavisinin kimlere uygulanmayacağını bilmeli,
- * Hormon tedavisinin şekillerini sayabilmeli,

2.5.1.3.2 Eğitim Yöntemi Ve Araç Gerecin Geliştirilmesi

Eğitimin ilgi uyandırması için eğitim programında, sorular sorup kadınların meraklarının uyandırılması, konuya kadınların sorularıyla başlanması, gösterme (afiş, resim v.b), anlatma, okutma, soru-yanıt, tartışma gibi yöntemler kullanılmıştır. Eğitim sırasında kadınların ilgisini uyandırmak amacıyla resimli kitapçık, çeşitli afişler, broşürler gibi öğrenimi destekleyici araç gereçlerden yararlanılmıştır (EK IV).

2.5.1.3.3 Eğitim Programının Uygulanması

Deney grubundaki kadınlara Pretest verileri toplandıktan bir hafta sonra menopoz konusunda sağlık eğitimi verilmiştir.

Eğitim sırasında menopozun tanımı, ortaya çıkardığı yakınmalar ve tedavisi gibi konulara değinilmiştir. Her beşerli grubun (deney grubundaki) eğitimi yaklaşık 15-20 dk bulmuştur.

Kontrol grubundaki kadınlara da poliklinik hemşiresi tarafından verilen rutin eğitimi almışlardır.(Sözel olarak menopoz konusunda kısa bilgiler verilmektedir.)

2.5.1.4 Posttest Soru Formunun Uygulanması

Kontrol grubundaki kadınlardan posttest verileri de iki hafta sonra telefonla veya yüz yüze görüşerek posttest verileri toplanmıştır.

Deney grubundaki kadınlardan ise, yine pretest uygulandıktan bir hafta sonra, araştırmacı tarafından planlanmış olan eğitim programının iki hafta sonra posttest verileri toplanmıştır.

Tüm verilerin elde edilmesi kontrol grubu için iki ay, deney grubu için iki ay, toplam dört aylık bir süreyi kapsamıştır.

2.6 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada kadınların menopoza ilişkin (eğitim öncesi ve sonrası) bilgi düzeyleri bağımlı değişkendir. Bilgi düzeyini etkileyebileceği düşünülen yaş , eğitim durumu , menopoz durumu , medeni durum , mesleki durum , sosyo-ekonomik durum ve daha önceki herhangi bir kişiden menopoza ilişkin bilgi edinip edinmemesi bağımsız değişkenlerdir .

2.7 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.7.1 Anket Formunun Değerlendirilmesi

Pretest ve post testte sorulan bilgi düzeylerini saptamaya ilişkin sorularda, kadınların verdikleri her doğru yanıt için 2 puan, kısmen doğru olan yanıtlar için 1 puan ve yanlış olan yanıtlara da 0 puan verilmiştir. Soru formunun tüm sorularını doğru yanıtlayan kadınların 32 tam puan alması beklenmiştir (EK III).

2.7.2 Araştırma Bulgularının Analizi

Soru kağıtları araştırmacı tarafından değerlendirilip veri kodlama formlarına işlendikten sonra min-max tutarlılık kontrolleri yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi Ege Üniversitesi Bilgisayar Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bulgularının analizinde;

- 1) Deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı bulgularının sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır.
- 2) Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri yönünden birbirine benzer bir dağılım gösterip göstermediklerini test etmek amacıyla khi-kare önemlilik testi yapılmıştır.
- 3) Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların pretest, posttest ve bilgi kazanç puanları arasındaki farkı saptamak amacıyla "iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi" t testi uygulanmıştır.
- 4) Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların pretest ve posttest puan ortalamaları "iki eş arasındaki farkın önemlilik testi" t testi ile analiz edilmiştir.
- 5) Kadınların bilgi kazanç puanlarını etkileyeceği düşünülen etmenler arasındaki ilişki varyans analizi ve "iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi" ile test edilmiştir (54).

2. 8 SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma 1996 yılı içinde planlanmış ve Mayıs 1996 ayı içinde tez önerisi şeklinde sunulmuştur. 1 Ekim 1996 tarihinden itibaren veriler toplanmaya başlanmış ve 29 Şubat 1997 tarihinde bitirilmiştir. Mart-Mayıs tarihleri arasında verileri değerlendirme çalışmaları yürütülerek, araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur .

BÖLÜM III
BULGULAR

3-1 KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİ	DENEY N=70		KONTROL N=70		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
YAS						
40 yaş altında	1	1.43	-	-	1	0.71
40-44	12	17.14	8	11.43	20	14.29
45-49	32	45.72	29	41.43	61	43.58
50-54	18	25.71	25	35.71	43	30.71
55 yaş üstünde	7	10.00	8	11.43	15	10.71
	$\bar{X}=48.343$	$+4.75$	$\bar{X}=49.343$	± 4.23	$\bar{X}=48.84$	± 4.51
MEDENİ DURUM						
Evli	64	91.43	61	87.14	125	89.29
Dul	5	7.14	8	11.43	13	9.28
Bekar	1	1.43	1	1.43	2	1.43
EĞİTİM DURUMU						
Okur yazar değil	-	-	1	1.43	1	0.71
İlkokul mezunu	13	18.27	23	32.86	36	25.71
Orta / lise mezunu	28	40.00	26	37.14	54	38.58
Fakülte / Y.O. mezunu	29	41.43	20	28.57	49	35.00
CALIŞMA DURUMU						
Çalışıyor	13	18.57	10	14.29	23	16.43
Çalışmıyor	57	81.43	60	85.71	117	83.57
MESLEK						
Memur	10	14.29	6	8.57	16	11.43
Ev hanımı	26	37.14	28	40.00	54	38.57
Emekli	32	45.71	33	47.14	65	46.43
Serbest Meslek	2	2.86	3	4.29	5	3.57
EKONOMİK DURUM						
Gelir giderden az	7	10.00	6	8.57	13	9.29
Gelir gidere eşit	50	71.43	54	77.14	104	74.28
Gelir giderden çok	13	18.57	10	14.29	23	16.43
TOPLAM	70	100.00	70	100.00	140	100.00

Tablo 1' de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların %0.71' inin 40 yaş altında, %14.29' unun 40-44 yaşları arasında , %43.58' inin 45-49 yaşları arasında, %30.71' inin 50-54 yaşları arasında ve %10.71' inin de 55 yaş ve üstünde yaş grupların da olduğu saptanmıştır.

Kadınların medeni durumları incelendiğinde; de %89.29' unun evli, %9.29' unun dul, %1.43' ünün ise bekar olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların, eğitim durumları incelendiğinde; %0.71' inin okur-yazar olmadığı, %25.71' inin ilkokul, %38.58' sinin orta/lise, %35.00' inin ise fakülte/Y.O. mezunu olduğu görülmektedir. Kadınların, %16.43' ünün çalıştığı, %83.57' sinin ise çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların; %11.43' ünün memur, %38.57' sinin ev hanımı, %46.43' ünün emekli, %3.57' sinin ise serbest olarak çalışmakta ve %9.29' unun gelirinin giderden az, %79.29' unun gelirinin gidere eşit, %16.43' ünün ise gelirinin giderden çok olduğu belirlenmiştir.

3-2 KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 2: Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Dağılımları

GEBELİK SAYISI	DENEY N=70		KONTROL N=70		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Gebe kalmamış	4	18.57	2	2.86	6	4.29
1 - 2	16	61.43	17	24.29	33	23.57
3 - 4	30	12.83	21	30.00	51	36.43
5 ve ↑	18	5.71	29	41.43	47	33.57
Yanıtsız	2	2.86	1	1.43	3	2.14
TOPLAM	70	100.00	70	100.00	140	100.00

Araştırma kapsamına alınan kadınların %4.29' unun hiç gebe kalmadığı, %23.57' sinin ise 1-2 kez, %36.43' ünün 3-4 kez, %33.57' sinin 5 ve daha fazla gebe kaldığı belirlenmiştir (Tablo2).

Tablo 3: Kadınların İlk Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımları

İLK DOĞUM YAŞLARI	DENEY N=67		KONTROL N=69		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
18 ve ↓	11	16.61	13	18.85	24	17.65
19-25	36	53.74	36	52.17	72	52.95
26-30	14	20.92	15	21.73	29	21.32
30 ve ↑	3	4.47	2	2.90	5	3.67
Yanıtsız	3	4.47	3	4.35	6	4.41
TOPLAM	*67	100.00	*69	100.00	136	100.00

* N sayısının 136 olmasının nedeni, hiç doğum yapmayan kadınların analize alınmamasıdır.

Tablo 3' de kadınların ilk doğum yaşlarına göre dağılımları verilmiştir. Buna göre kadınların %17.65' i ilk kez 18 ve altında, %52.95'i 19-25 yaşları arasında, %21.32' si 26-30 yaşlarında, %3.67' si 30 ve üstü yaşlarda gebe kaldıkları saptanmıştır.

3-3 KADINLARIN MENSTRUEL SIKLUS ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4: Kadınların İlk Adet Görme Yaşlarına Göre Dağılımları

İLK ADETLERİNİ GÖRME YAŞLARI	DENEY N=70		KONTROL N=70		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
11 ve ↓	11	15.71	4	5.71	15	10.72
12 - 14	46	65.71	50	71.43	96	68.57
15 - 17	12	17.14	15	21.43	27	19.29
17 ve ↑	0	0.00	1	1.43	1	0.71
Hatırlamıyor	1	1.43	0	0.00	1	0.71
TOPLAM	70	100.00	70	100.00	140	100.00

Tablo 4 de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların %10.71' i ilk adetlerini 11 yaş ve altında, %68.57' si 12-14 yaş , %19.29' u 15-17 yaşlarında gördükleri saptanmıştır.

Tablo5: Kadınların Menstrüel Siklus Özelliklerine Göre Dağılımları

MENSTRÜEL SIKLUS ÖZELLİKLERİ	DENEY N=70		KONTROL N=70		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
<u>Halen adet görme durumları</u>						
Görüyor	12	17.14	8	11.43	20	14.28
Görmüyor	42	60.00	47	67.14	90	63.58
Operasyonla kesilmiş	16	22.86	15	21.43	31	22.14
TOPLAM	70	100.00	70	100.00	140	100.00
<u>Adet düzenindeki değişiklikler</u>						
Devamlı kanama	2	2.86	0	0.00	2	20
Sık adet görme	1	1.43	1	1.43	2	20
Uzun aralıklarla adet görme	9	12.86	7	10.00	16	80
Aniden kesilme	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<u>Sikayetlerin olma zamanları</u>						
0 - 6 ay	3	4.29	1	1.43	4	20
6 - 12 ay	1	1.43	1	1.43	2	10
12 - 24 ay	2	2.86	1	1.43	3	15
24 ay ve ↑	6	8.57	5	7.14	11	55
TOPLAM	12	100.00	8	100.00	20	100.00

Araştırma kapsamına alınan kadınların menstrüel siklus özellikleri tablo 5 de verilmiştir. Bu tabloya göre %13.57 kadının hala adet gördüğü, %64.29' unun adet görmediği, %22.14' ünün de operasyonla adetten kesildiği saptanmıştır. Hala adet gören deney ve kontrol grubundaki toplam 20 kadının %1.43' ünün devamlı kanama %1.43' ünün sık adet görme, %11.43' ünün uzun

aralıklarla adet görme, şeklinde adet düzenlerinde değişiklik olduğu saptanmıştır. Bu yakınmaların kadınların %2.86' sında 0-6 ay, %1.43' ünde 6-12 ay, %2.14' ünde 12-24 ay, %7.86' da 24 ay ve daha uzun süre devam ettiği saptanmıştır.

Tablo 6: Kadınların Ve Annelerinin Menopoza Girme Yaşlarına Göre Dağılımları

MENOPOZ YAŞLARI	DENEY N=70		KONTROL N=70		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
<u>Kadınların menopoz yaşları</u>						
40 yaş altında	1	1.43	-	-	1	0.71
40-44	28	40.00	36	51.43	64	45.72
45-49	14	20.00	20	28.57	34	24.29
50-54	18	25.71	4	5.72	22	15.71
55 yaş üstünde	4	5.72	7	11.42	11	7.85
Hatırlamıyor - Yanıtsız	5	7.14	3	4.28	8	5.72
<u>Annelerin menopoz yaşları</u>						
40 yaş altında	11	15.71	14	20.00	25	17.86
40-44	9	12.86	13	18.57	22	15.72
45-49	13	18.57	14	20.00	27	19.29
50-54	16	22.86	12	17.15	28	20.00
55 yaş üstünde	5	7.14	6	8.57	11	7.85
Hatırlamıyor - Yanıtsız	16	22.86	11	15.71	27	19.28
TOPLAM	70	100.00	70	100.00	140	100.00

Tablo6 ' da araştırma kapsamına alınan kadınlar ile annelerinin menopoza girme yaşları verilmiştir. Kadınların %17.14' ünün, annelerinin %20.00' sinin 40 yaş ve altında; kadınların %51.43' ünün, annelerinin %14.29'ünü 41-44 yaşlarında; kadınların %20.71' inin, annelerinin ise %17.86' sının 45-49 yaşlarında; kadınların %6.43' ünün, annelerinin %27.14' ünün 50 ve üzeri yaşlarında; menopoza girdiği saptanmıştır.

3-4 KADINLARIN MENOPOZ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

TABLO 7: Kadınların Menopoz İlişkin Yakınmalarına Göre Dağılımları

MENOPOZA İLİŞKİN YAKINMALARI	DENEY VAR		N=70 YOK		KONTROL VAR		N=70 YOK		TOPLAM VAR		N=140 YOK	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sıcak basması	62	88.57	8	11.43	60	85.71	10	14.29	122	87.15	18	12.85
Çarpıntı	51	72.86	19	27.14	47	67.14	23	32.86	98	70.00	42	30.00
Baş ağrısı	38	54.83	32	45.17	49	70.00	21	30.00	87	62.15	53	37.85
Gaz şikayeti	48	68.57	22	31.43	40	57.14	30	42.86	88	62.85	52	37.15
Kas ve eklem ağrısı	58	82.86	12	17.14	59	84.29	11	15.71	117	83.57	23	16.43
Can sıkıntısı	45	64.29	25	35.71	42	60.00	28	40.00	87	62.15	53	37.85
Yorgunluk	47	67.14	23	32.86	53	75.71	17	24.29	100	71.43	40	28.57
Cinsel ilişkide ağrı	46	65.71	24	34.29	37	52.86	33	47.14	83	59.28	57	40.72
Unutkanlık	62	88.57	8	11.43	59	84.29	11	15.71	121	86.42	19	13.58
Çabuk sinirlenme	53	75.71	17	24.29	56	80.00	14	20.00	109	77.85	31	22.15
Aşırı titizlik	26	37.14	44	62.86	28	40.00	42	60.00	54	38.57	86	61.43

Tablo7' de kadınların menopoza ilişkin yakınmalarına göre dağılımları görülmektedir. Kadınların %87.15'inin sıcak basması, %86.42'sinin unutkanlık, %83.57'sinin kas ve eklem ağrısı, %77.85'inin çabuk sinirlenme, %71.43'ünün yorgunluk, %62.15'inin baş ağrısı, %59.28'inin cinsel ilişkide ağrı ve %38.57'si aşırı titizlikten yakındıkları saptanmıştır.

Tablo8: Kadınların Menopoz Hakkında Bilgi Aldıkları Yerlere Göre Dağılımları

BİLGİ ALINAN YERLER	DENEY N=70		KONTROL N=70		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Aile	1	1.43	1	1.43	2	1.43
Komşu	5	7.14	11	15.71	16	11.43
Sağlık personeli	16	22.86	14	20.00	30	21.43
Radyo - Basın	23	32.86	17	24.29	40	28.57
Yanıtız	25	35.71	27	38.29	52	37.14
TOPLAM	70	100.00	70	100.00	140	100.00

Tablo 8'de görüldüğü gibi kadınların; %1.43' ü ailelerinden, %11.43' ünün komşularından, %21.43' ünün sağlık personelinin, %28.57' sinin radyo-basından, %37.14' ü gibi yüksek bir oranda menopoz hakkında bilgi almadıklarını belirtmişlerdir.

3-5 KADINLARIN MENAPOZA İLİŞKİN BİLGİ DURUMLARINA GÖRE DAĞILIMLARI

TABLO 9: Kadınların Menopoz İlişkin Bilgilerinin Pretest Sonuçları

MENOPOZA İLİŞKİN BİLGİ SORULARI	DENEY GRUBU						KONTROL GRUBU									
	Doğru		Kısmen Biliyor		Yanlış		Yanıtlessiz		Doğru		Kısmen Biliyor		Yanlış		Yanıtlessiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menopozu nasıl tanımlarsınız ?	15	21.43	22	31.43	33	47.14	-	-	10	14.29	29	41.43	29	41.43	2	2.86
Kadınlar genellikle kaç yaşında menopoz geçirirler?	24	34.29			46	65.71	-	-	34	48.57	2	2.86	33	47.14	1	1.43
Menopoz girme yaşı sigara etkilermi?	26	37.14	32	45.72	12	17.14	-	-	30	42.86	35	50.00	4	5.71	1	1.43
Menopozla ilgili ortaya çıkan değişiklikler nelerdir?	51	72.86			19	27.14	-	-	48	68.57	-	-	22	31.43	-	-
Menopoz ilişkili şikayetlerde Dr.gidilir mi?	70	100.00	-	-	-	-	-	-	69	98.57			1	1.43	-	-
Menopozla giren bir kadının beslenmesi nasıl olur?	59	84.29			11	15.71	-	-	55	78.57			14	20.00	1	1.43
Menopozla giren bir kadın kilosunu nasıl korumalıdır?	54	77.14			16	22.86	-	-	51	72.86			19	27.14	-	-
Menopoz dönemindeki bir kadının cinsel ilişki sırasında ne gibi şikayetleri olur?	15	21.43			54	77.14	1	.43	17	24.29			48	68.57	5	7.14
Osteoporoz ve kalp hast. menopoz dönemindeki bir kadın için risk midir?	67	95.71			2	2.86	1	.43	64	91.43			4	5.71	2	2.86
Kimler osteoporoz riski altındadır?	19	27.14			51	72.86	-	-	28	40.00			41	58.57	1	1.43
Kimler kalp-damar hast. riski altındadır?	32	45.71			38	54.29	-	-	33	47.14			37	52.86	-	-
Menopozla ilişkili yakınmaların ted. varmı?	65	92.86			5	7.14	-	-	60	85.71			10	14.29	-	-
Hormon ted. ne demek tanımlayınız?	21	30.00	11	15.71	36	51.43	2	2.86	13	18.57	13	18.57	31	42.29	13	18.57
Menopozdan sonra hor. ted. kimlere uygulanmaz ?	15	21.43			53	75.71	2	2.86	18	25.71			47	66.43	5	7.14
Menopozla ilişkili yakınması olan her kadına hor. ted. verilir mi?	14	20.00	19	27.14	34	48.57	3	4.29	6	8.57	25	35.71	33	47.14	6	8.57
Hormon tedavisi kaç şekilde olur?	24	34.29			43	61.43	3	4.29	26	37.14			36	51.43	8	11.43

Tablo 9'da kadınların menopoza ilişkin bilgilerinin pretest verilerinin dağılımları verilmiştir. Deney grubu kadınların %21.43' ünün, kontrol grubunun ise %14.29' unun menopozu doğru olarak tanımlamışlardır."Kadınlar genellikle kaç yaşında menopoza girerler?" sorusuna deney grubunun %34.29' unun, kontrol grubu kadınların ise %48.57' sinin doğru olarak yanıtlamışlardır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlar " Menopoza girme yaşını sigara etkiler mi?" sorusunu deney grubundaki kadınların %37.14' ü, kontrol grubundaki kadınların ise %42.86' sı doğru yanıtlamışlardır.

"Menopozla ilgili ortaya çıkan değişiklikler nelerdir?" sorusuna deney grubunun %72.86' sı, kontrol grubunun ise %68.57' si doğru yanıtlarken, "menopoza ilişkin şikayetlerde Dr. gidilir mi?" sorusuna deney grubunun tamamının, kontrol grubunun ise %98.57' sinin doğru olarak yanıtlamışlardır.

Kadınlara "menopoza giren bir kadının beslenmesi nasıl olur?" sorusu sorulmuştur. Bu soruya deney grubunun %84.29, kontrol grubunun %78.57' sinin doğru yanıtlamışlardır. Kadınlara bu soruyla bağlantılı olarak "menopoza giren bir kadın kilosunu nasıl korumalıdır?" şeklinde bir soru sorulmuştur. Bu soruya da deney grubu kadınların %77.14' ü, kontrol grubunun da %72.86' sının doğru olarak yanıt verdikleri saptanmıştır.

Kadınlara "menopoz dönemindeki bir kadının cinsel ilişki sırasında ne gibi rahatsızlıkları olur?" sorusuna deney grubunun %77.14' ünün, kontrol grubunun ise %68.57' sinin yanlış yanıt verdikleri saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu kadınların "osteoporoz ve kalp hastalığı menopoz dönemindeki bir kadın için risk midir?" sorusuna verdikleri cevaplar; deney (%95.71) ve kontrol (%91.43) grubunun da büyük oranda doğru yanıt verdikleri saptanmıştır."Kimler osteoporoz riski altındadır?" sorusuna hem deney(%72.86) hem de kontrol (%58.57) grubunun büyük oranda yanlış cevap verdikleri belirlenmiştir. Aynı soru "kimler kalp damar hastalığı riski altındadır?" şeklinde sorulduğunda deney grubunun %45.71'

inin, kontrol grubunun %47.14' ünün doğru olarak yanıt verdikleri saptanmıştır.

"Menopoza ilişkin yakınmaların tedavisi var mı?" sorusuna her iki grupta büyük oranda (deney %92.86, kontrol %85.71) doğru yanıtladıkları saptanmıştır.

Kadınlara "hormon tedavisini nedir?" diye soru sorulduğunda deney grubunun %30.00' unun, kontrol grubunun ise %18.57' sinin doğru cevap verdikleri saptanmıştır.

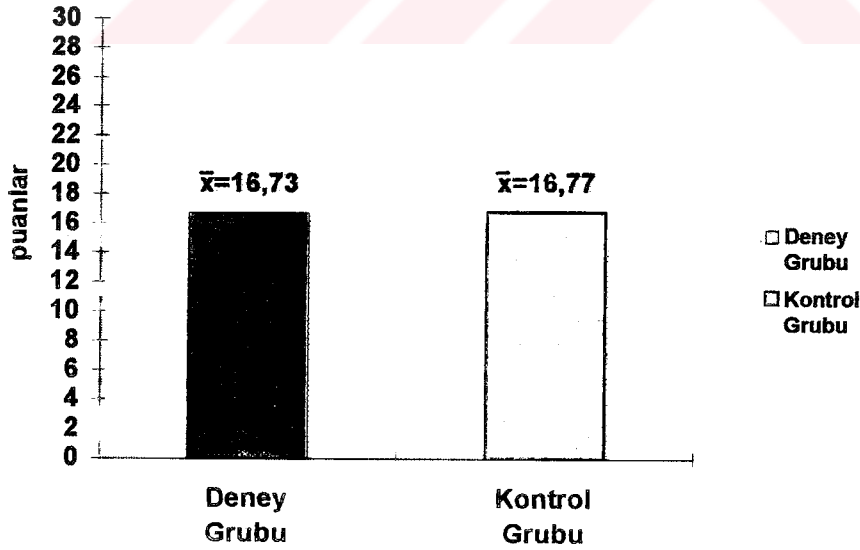
"Menopozdan sonra hormon tedavisi kimlere uygulanmaz?" sorusuna deney grubunun %21.43' ünün, kontrol grubunun da %25.71' ininde doğru bildiği saptanmıştır. Bu soruya ilişkin kadınlara "menopozla ilgili şikayeti olan her kadına hormon tedavisi verilir mi?" sorusuna deney grubu kadınların %20.00' inin, kontrol grubunun da da %8.57' sinin doğru olarak yanıtladıkları saptanmıştır.

Kadınlara "hormon tedavisi kaç şekilde olur?" sorusuna her iki grubunda (deney %61.63, kontrol %51.43) büyük oranda yanlış yanıt verdikleri saptanmıştır.

Tablo 10: Deney Ve Kontrol Grubundaki Kadınların Pretest Puan Dağılımı

	n	\bar{x}	Ss	T	P
DENEY	70	16.73	4.90	0.05 > 0.05	
KONTROL	70	16.77	6.17		

Menopoz polikliniğine başvuran kadınların, menopoz konusundaki bilgi durumlarını saptamak amacıyla yapılan çalışma sonucunda deney ve kontrol grubundaki kadınların toplam puan ortalamaları arasındaki fark $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t=0.05$ $p>0.05$) (Tablo 10) (Grafik 1).

Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Pretest Puan Ortalamalarının Dağılımı

TABLO :11 Kadınların Menopoza İlişkin Bilgilerinin Posttest Sonuçları

MENOPOZA İLİŞKİN BİLGİ SORULARI	DENEY GRUBU						KONTROL GRUBU					
	Doğru n	%	Kısmen Biliyor n	%	Yanlış n	%	Doğru n	%	Kısmen Biliyor n	%	Yanlış n	%
Menopozu tarif edermisiniz ?	41	58.57	2	31.43	27	38.57	29	41.43	29	41.43	10	14.29
Kadınlar genellikle kaç yaşında menopoza girerler?	68	97.14			1	1.43	34	48.57	2	.86	33	47.14
Menopoza girme yaşını sigara etkilermi?	65	92.86	4	5.71	1	1.43	30	42.86	35	50.00	4	5.71
Menopozla ilgili ortaya çıkan değişiklikler nelerdir?	62	88.57			8	11.43	48	68.57			22	31.43
Menopoza ilişkin şikayetlerde Dr.gidilir mi?	70	100.00	-	-	-	-	68	97.57			1	1.43
Menopoza giren bir kadının beslenmesi nasıl olur?	69	98.57			1	1.43	55	78.57			14	20.00
Menopoza giren bir kadın kilosunu nasıl korumalıdır?	65	92.86			5	7.14	51	72.86			19	27.14
Menopoz dönemindeki bir kadının cinsel ilişkisi sırasında ne gibi şikayetleri olur?	46	65.71			24	34.29	17	24.29			48	68.57
Osteoporoz ve kalp hast. menopoz dönemindeki bir kadın için risk midir?	69	98.57	1	1.43			63	91.43			5	7.14
Kimler osteoporoz riski altındadır?	57	81.43	1	1.43	11	15.71	28	40.00	1	1.43	40	57.14
Kimler kalp-damar hast. riski altındadır?	56	80.00			13	18.57	33	47.14			37	52.86
Menopoza ilişkin yakınmaların ted. var mı?	68	97.14			1	1.43	60	85.71			10	14.29
Hormon ted. ne demek tanımlayınız?	46	65.71	3	4.29	20	28.57	13	18.57	13	8.57	31	44.29
Menopozdan sonra hor. ted. kimlere uygulanmaz ?	54	77.14			15	21.43	20	28.57			47	67.14
Menopoza ilişkin yakınması olan her kadına hor. ted. Verilir mi?	8	11.43	6	8.57	55	78.57	6	8.57	25	5.71	33	47.14
Hormon tedavisi kaç şekilde olur?	64	91.43			5	7.14	27	38.57			36	51.43
											7	10.00

Tablo 11'de araştırma kapsamına alınan kadınların menopoza ilişkin bilgilerinin post test verilerinin dağılımları verilmiştir. Deney grubu kadınların %58.57' sinin, kontrol grubunun ise %41.43' ü menopozu doğru olarak tarif etmişlerdir.

"Kadınlar genellikle kaç yaşında menopoza girerler?" sorusuna deney grubunun %97.14' ü, kontrol grubunun %48.57' si doğru olarak yanıtlamışlardır.

Kadınlara " Menopoza girme yaşını sigara etkiler mi?" sorusu sorulmuştur. Bu soruyu deney grubundaki kadınların %92.86' sı, kontrol grubundaki kadınların %42.86' sı doğru olarak yanıtlamışlardır.

"Menopozla ilgili ortaya çıkan değişiklikler nelerdir?" sorusunu deney grubunun %88.57' si, kontrol grubunun ise %68.57' si doğru olarak yanıtlarken; "menopoza ilişkin yakınmalarda doktora gidilir mi?" sorusunu doğru olarak yanıtlayanlar deney grubunun tamamı, kontrol grubunun ise %98.57' si olmuştur.

Kadınlara "menopoza giren bir kadının beslenmesi nasıl olur?" şeklinde soru sorulmuştur. Bu soruya deney grubunun %98.57' si, kontrol grubunun %78.57' si doğru olarak yanıtlamışlardır. Bu soruya bağlantılı olarak "menopoza giren bir kadın kilosunu nasıl korumalıdır?" sorusu sorulmuştur. Deney grubunun %92.86' sı, kontrol grubunun ise %72.86' sının doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

"Menopoz dönemindeki bir kadının cinsel ilişki sırasında ne gibi rahatsızlıkların olur?" sorusunu deney grubunun %65.71' inin, kontrol grubunun ise %24.29' unun doğru olarak yanıtladıkları saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubu kadınların "osteoporoz ve kalp hast. menopoz dönemindeki bir kadın için risk midir?" sorusuna verdikleri doğru yanıtlar deney (%98.57) ve kontrol grubunda (%90.00) büyük oranlarda saptanırken; "kimler osteoporoz riski altındadır?" sorusunu deney grubunun %81.43' ü, kontrol grubunun ise %40.00' ı doğru yanıtlamışlardır; "kimler kalp hast. riski

altındadır ?" sorusunu ise deney grubunun %80.00' inin, kontrol grubunun da %47.14' ünün doğru yanıtladıkları saptanmıştır.

"Menopoza ilişkin şikayetlerin tedavisi var mı?" sorusunu her iki grup büyük oranda (deney %97.14, kontrol %85.71) doğru yanıtlarken, hormon tedavisinin tanımını deney grubunun %65.71'i, kontrol grubunun ise %18.57' si doğru olarak yapabilmışlerdir.

"Menopozdan sonra kimlere hormon tedavisi uygulanmaz?" sorusunu deney grubunun %21.43' ü, kontrol grubunun ise %28.57' si doğru yanıtlamışlarken "menopozla ilgili şikayeti olan her kadına hormon tedavisi verilir mi?" sorusunu deney grubu kadınların %11.43' ü, kontrol grubu kadınların ise %8.57' sinin doğru olarak yanıt verdikleri saptanmıştır.

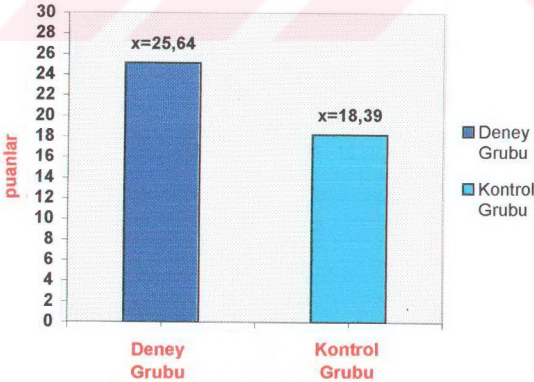
Araştırma kapsamına alınan kadınlara son olarak "hormon tedavisi kaç şekilde olur?" sorusu sorulmuştur. Bu soruya deney grubunun %91.43'ünün, kontrol grubunun %38.57'sinin doğru olarak yanıtladıkları saptanmıştır.

Tablo12: Deney Ve Kontrol Grubundaki Kadınların Posttest Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

	n	\bar{x}	Ss	T	P
DENEY	70	25.64	5.232	8.59<0.05	
KONTROL	70	18.39	4.905		

Menopoz polikliniğine başvuran, kadınların menopoz hakkındaki bilgi durumlarını saptamak amacıyla deney grubuna eğitim sonrası sorulan sorulara verdikleri yanıtların toplam puan ortalamaları ile kontrol grubuna eğitim verilmeden tekrar sorulan sorulara verdikleri yanıtların toplam puan ortalamaları arasındaki fark $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t= 8.59$ $p<0.05$) (Tablo12) (Grafik 2).

Grafik 2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Posttest Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı



Tablo13: Deney Ve Kontrol Grubu Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Dağılımı

	n	\bar{x}	Ss	T	P
DENEY	70	8.91	4.640	11.39	< 0.05
KONTROL	70	1.61	2.688		

Menopoz polikliniğine başvuran eğitim verilen ve eğitim verilmeyen kadınların bilgi kazanç puan ortalamaları arasındaki fark $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t = 11.39$, $p < 0.05$) (Tablo13) (Grafik 3).

Grafik 3:Deney ve Kontrol Grubu Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Dağılımı



3-6 DENEY VE KONTROL GRUBU KADINLARIN BİLGİ KAZANÇ PUAN ORTALAMALARI VE ETKİ EDEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan kadınların menapoz konusundaki bilgi kazanç puanlarına etki eden etmenler aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 14: Deney Ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	YAŞ GRUPLARI	N	\bar{X}	Ss	VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SD	KARELER ORTALAMASI	F	P
DENEY	40-44	13	9.333	4.271	Genel	1245.3	69	-	0.41	p>0.05
	45-49	32	8.062	4.420	Gruplararası	30.9	4	7.7		
	50-54	18	9.555	3.941	Grup içi	1214.4	65	18.6		
	55 yaş ve üstü	7	8.714	4.957						
KONTROL	40-44	9	8.666	2.449	Genel	1320.7	69	-	0.46	p>0.05
	45-49	29	8.551	4.747	Gruplararası	26.7	3	8.9		
	50-54	25	8.160	4.414	Grup içi	1294.0	67	19.3		
	55 yaş ve üstü	8	10.250	3.4127						

Kadınların yaş gruplarına göre, menopoz konusundaki sorulara verdikleri yanıtların toplam puan ortalamaları tablo 14'de görülmektedir. Deney grubundaki kadınların toplam puan ortalamaları, 40-44 yaş grubunda 9.333, 45-49 yaş grubunda 8.062, 50-54 yaş grubunda 9.555, 50 yaş üstünde 8.714; kontrol grubunda ise, 40-44 yaş grubunda 8.666, 45-49 yaş grubunda 8.551, 50-54 yaş grubunda 8.160, 55 yaş üstünde 10.250 olarak bulunmuştur. Ancak deney ve kontrol grubundaki kadınların ayrı ayrı yaş gruplarına göre menopoz konusundaki bilgileri ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0.41 p>0.05, F=0.46 p>0.05) (Tablo 14).

Tablo15: Deneysel ve Kontrol Grupundaki Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımları

GRUPLAR	EĞİTİM DÜZEYİ	N	\bar{X}	Ss	VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SD	KARELER ORTALAMASI	F	p
DENEY	İlkokul	13	11.308	4.328	Genel	1485.5	69	-	2.59	p>0.05
	Orta/lise	28	8.893	5.138	Gruplararası	106.6	2	53.3		
	Fakülte/Y.O	29	7.862	3.971	Grupiçi	1378.9	67	20.6		
KONTROL	İlkokul	24	2.250	2.192	Genel	498.59	69	-	1.22	p>0.05
	Orta/lise	26	1.500	3.153	Gruplararası	481.00	2	8.79		
	Fakülte/Y.O	20	1.000	2.534	Grupiçi	17.59	67	7.18		

Kadınların eğitim düzeylerine göre, menapoz konusundaki sorulara verdikleri yanıtların toplam puan ortalamaları tablo 15' de görülmektedir. Buna göre deney grubundaki kadınların puan ortalamaları, ilkokul 11.308, orta/lise 8.893, fakülte/Y.O okul mezunu 7.862 puan, kontrol grubunun puan ortalamaları ise; ilkokul 2.250, orta/lise 1.500, fakülte/Y.O mezunu 1.000 puan olarak bulunmuştur. Ancak yapılan varyans analizinde deney ve kontrol gruplarındaki kadınların ayrı ayrı eğitim durumlarına göre menapoz konusundaki bilgi puanları ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($F=2.59$ $p>0.05$, $F=1.22$ $p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Deneysel ve Kontrol Grubu Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı

GRUPLAR	Sosyo-Ekonomik Düzey	N	\bar{X}	Ss	VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SD	KARELER ORTALAMASI	F	p
DENEY	Gelir-giderden az	7	7.714	3.3074	Genel	1485.5	69	-	0.26	p>0.05
	Gelir-gidere eşit	50	9.080	3.898	Gruplararası	11.5	2	5.7		
	Gelir-giderden fazla	13	8.923	4.406	Grup içi	1474.0	67	22.0		
KONTROL	Gelir-giderden az	6	1.500	2.950	Genel	498.59	69	-	0.23	p>0.05
	Gelir-gidere eşit	54	1.722	2.650	Gruplararası	3.35	2	1.68		
	Gelir-giderden fazla	10	1.100	2.998	Grup içi	495.23	67	7.39		

Kadınların sosyo-ekonomik durumlarına göre menapoz konusundaki sorulara verdikleri yanıtların toplam puan ortalamaları; deney grubunda, gelir-gidere eşit 9.080, gelir-giderden az 7.714, geliri giderden çok 8.923; kontrol grubunda ise, geliri giderine eşit 1.722, gelir giderden az 1.500, geliri giderden çok 1.100 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların ayrı ayrı sosyo-ekonomik düzeylerine göre menapoz konusundaki bilgileri ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (F=0.26 p>0.05, F=0.23 p>0.05) (Tablo16).

Tablo17: Deneş Ve Kontrol Grubu Kadınların Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Mesleklerine Göre Dağılımları

GRUPLAR	MESLEK GRUPLARI	N	\bar{X}	Ss	VARYASYON KAYNAĞI	KARELER TOPLAMI	SD	KARELER ORTALAMASI	F	p
DENEY	Memur	10	8.200	3.225	Genel	1485.5	69	-	1.05	p>0.05
	Ev hanımı	26	9.538	5.566	Gruplararası	67.7	3	22.6		
	Emekli	32	8.344	4.053	Grup içi	1417.8	66	21.5		
	Serbest	2	13.500	6.364						
KONTROL	Memur	6	0.333	1.633	Genel	498.59	69	-	0.51	p>0.05
	Ev hanımı	28	1.643	2.542	Gruplararası	11.31	3	3.77		
	Emekli	33	1.788	3.018	Grup içi	487.28	66	7.38		
	Serbest	3	2.00	2.000						

Kadınların mesleki durumları ile, menapoz konusundaki bilgilerine göre verdikleri yanıtların toplam puan ortalamaları tablo 17' de görülmektedir. Buna göre deney grubundaki kadınların memur 8.200, ev hanımı 9.538, emekli 8.344, serbest 13.500 puan, kontrol grubunun puan ortalamaları ise; memur 0.333, ev hanımı 1.643, emekli 1.788, serbest 2.000 puan olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların ayrı ayrı meslek gruplarına göre menapoz konusundaki bilgileri ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($F=1.05$ $p>0.05$, $F=0.51$ $p>0.05$) (Tablo 17) .

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. TARTIŞMA

4.1.1 KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına 70 deney , 70 kontrol grubu olmak üzere toplam 140 kadın alınmıştır.

Araştırma bulgularına göre; kadınların %0.71'i 40 yaş altında, %14.29'u 40-44 , %43.58'i 45-49 , %30.71'i 50-54 yaşları arasında, %10.71'i de 55 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Kadınların menopoz yaşı ortalama değeri ise; 48.84 ± 4.51 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Aykut ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya göre de; menopoz genellikle kadınların %20'sinde 45 yaşından önce, %50'sinde 45-50 yaşları arasında, %25'inde 50 yaşından sonra başladığı görülmüştür (5). Menopoz için 45-55 yaşlarının normal sınırlar olduğu, ortalama menopoz yaşının ise 51 olduğu belirtilmiştir. (5,6,10,24,36,42,55). Bazı literatürler ise menopoz yaşını 55- 60 yaşları olarak kabul etmiştir (34,66).

1993 yılı Türkiye Nüfus Araştırmasında her ne kadar konu doğrudan araştırılmamışsa da yurt çapında 48-49 yaş grubu kadınların %43'ünün doğal menopoz ya da histerektomi olduğuna değinilmiştir (58). Buna göre Türkiye'de menopoz yaşının ortalama 50 olduğu düşünülebilir. Emekçi ve arkadaşlarının Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Menopoz Klinikliğinin de yaptıkları çalışmada menopoz yaşını, ortalama 45.61 ± 5.63 yıl olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada cerrahi yolla menopoza giren grup hariç tutulduğunda kalan hasta grubunun menopoz yaşı ortalaması ise 46.58 ± 5.11 yıl olarak saptanmıştır (67). Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D) için menopoz yaşı 45-55 yaş arasında ve ortalama yaşı da 51.4 olarak bildirilmiştir (34,67). Araştırma bulguları tüm bu bulgular ile uygunluk göstermiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %89.29'unun evli, %9.29'unun dul, %1.43'ünün bekar olduğu saptanmıştır (Tablo1).

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde; sadece bir kadının okuma yazmasının olmadığı, buna karşın diğer kadınların %25.71'inin ilkökul , %38.58sinin orta okul ve lise , %35.00'inin fakülte ve yüksekokul mezunu oldukları saptanmıştır (Tablo 1). Bu bulgular

doğrultusunda araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olduğu ve bu nedenle menopoz polikliniğine başvurma isteklerinin de fazla olduğu söylenebilir.

Kadınların çalışma durumlarına bakıldığında; %83.57'sinin çalışmadığı, %16.43'ünün ise çalıştığı saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan kadınların meslekleri incelendiğinde ise; %11.43'ünün memur, %38.57'sinin ev hanımı, %46.43'ünün emekli, %3.57'sinin serbest meslekte olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1).Schultz ve Rosemeier, çalışma yaşamının sürekli bir meşguliyet olduğunu ve çalışmanın da menopoz yakınmalarından koruyucu bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Çünkü yaptıkları bazı araştırmalar, şiddetli menopoz sorunlarının emekli ve işsiz kadınlarda daha şiddetli geçtiğini göstermiştir (50). Bu araştırmada da, polikliniğe başvuran ve yakınmaları olan kadınların daha çok emekli ve çalışmayan kadınların olduğu söylenebilir.

Kadınların gelir durumlarına bakıldığında; geliri gidere eşit olan kadınlar %79.29 ile çoğunluğu oluşturmaktadır (Tablo 1). Bu sonuçlar doğrultusunda; belirli bir gelire sahip olanların bu tür poliklinik hizmetlerinden daha çok yararlandıkları söylenebilir.

4.1.2 KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sayılarına bakıldığında ; %4.29'unun hiç gebe kalmadığı, %23.57'sinin 1-2 kez , %36.43'ünün 3-4 kez, %33.57'sinin 5 ve daha fazla kez gebe kaldığı saptanmıştır (Tablo 2). Elde edilen bulgulara dayanarak araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sayısının Türkiye'deki kadınların gebelik sayısına göre (1993 Türkiye Nüfus araştırmasında 2.7) daha düşük olduğu söylenebilir (8). Değişik yayınlarda da gebeliğin menopoz yaşı ile ilgili olduğu , hiç doğum yapmamış kadınların daha erken menopoza girdiği ve özellikle düşük sosyoekonomik düzeyde olan kadınların doğum sayısına bağlantılı olarak daha geç menopoz girdikleri ifade edilmiştir (16,47). -

Kadınların ilk doğum yapma yaşları incelendiğinde ise; %17.65'inin 18 yaş ve altında, %52.95' inin 19-25 , %21.32'sinin 26-30 yaşları arasında, %3.67'sinin 30 yaş ve üstünde doğum yaptıkları saptanmıştır (Tablo 3).

4.1.3 KADINLARIN MENSTRÜEL SIKLUS ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırmaya katılan kadınların %10.72' sinin ilk adetlerini (menarş yaşı) 11 yaş ve altında, %68.57' sinin 12-14 , %19.29' unun 15-17 yaşlarında, %0.71' inin 17 yaş ve üstünde gördükleri belirlenmiştir. Kadınların ilk adet görme yaş ortalaması ise; 13 ± 1.82 olarak bulunmuştur (Tablo4). Bayık ve Altuğ'un Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde 1990 yılında, kadınlarda menopozun epidemiolojik incelemesi ve menopozla ilgili sorunların saptanması amacıyla yapılan araştırmada da ortalama menarş yaşı 13 olup, araştırmayla paralellik göstermektedir (7).

Araştırmaya katılan kadınların menstrüel siklus özellikleri incelendiğinde; %13.57' sinin halen adet gördüğü, %64.29' unun görmediği ve %22.14' ünün ise jinekolojik operasyonla adetten kesildiği saptanmıştır. Halen adet görmeye devam eden kadınların; %11.43' ünün uzun aralıklarla adet görmekten yakındıkları ve bu yakınmalarının da başlama zamanının kadınların %7.86' sında 24 ay ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo5). Aykut ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da kadınların %58' inin düzensiz, %34' ünün düzenli ve %2.4' ünün ise adet görmediği saptanmıştır (5). Bu bulgulara göre menopoz döneminde adet görmeye devam eden kadınlarda, en sık görülen yakınmanın uzun aralıklarla adet görme olduğu söylenebilir.

4.1.4 KADINLARIN MENOPOZ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoza girme yaşları ile annelerinin menopoza girme yaşları incelendiğinde; araştırma yapılan grupta menopoza girme yaşı yoğunluğu 40-44 yaşları arasında bulunmasına karşın (%45.72), annelerde 50-54 yaşlarda yoğunluk kazandığı (%20.00) görülmüştür (Tablo 6). Araştırmada menopoza girme yaşının düştüğü belirlenmiştir. Bu da bize menopoz yaşını çevre şartları, çalışma yaşantısı, kadınların streslerinin yüksek olması gibi etmenlerden etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoza ilişkin yakınmaları incelendiğinde de; %87.15' inin sıcak basması ve %70.00' inin çarpıntı yakınmaları olduğu saptanmıştır (Tablo7). Aykut ve arkadaşlarının (1993) yaptığı araştırma sonuçlarına göre de; kadınların

%89'unun sıcak basması ve terleme, %56'sini çarpıntı sorunu olduğu belirlenmiştir (5). Bu bulgular araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Yıldırım'ın 1996 yılında yazdığı makalede, doğal olarak menopoza giren kadınların %37.50'sinde, cerrahi menopozdakilerin ise %75.90'ında rahatsız edici sıcak basmaları ve terleme görüldüğüne değinilmiştir (67). Bu bulgular araştırmada elde edilen sonuçları desteklemektedir.

Kadınların menopoza ilişkin diğer yakınmaları incelendiğinde; %62.15' inde baş ağrısı, %62.85' inde gaz , %83.57'sinde kas ve eklem ağrısı ,%62.15' inde can sıkıntısı, %71.43' ünde yorgunluk, %59.28' inde cinsel ilişkide ağrı, %86.42'sinde unutkanlık, %77.85' inde çabuk sinirlenme ve %38.57' sinde de aşırı titizlilik yakınmaları saptanmıştır (Tablo7). Aykut ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptıkları çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun can sıkıntısı, ateş basması, terleme, huzursuzluk, yorgunluk, unutkanlık, kemik ve adale ağrıları gibi sorunları yaşadıkları ifade edilmiştir (5). Aykut ve arkadaşlarının (1989) yaptığı bir diğer araştırmada da kadınların %70.5'nin uykusuzluk, %95'inin can sıkıntısı şikayetlerinin olduğu, bu tür yakınmalarının mensturasyon kesilmeden 2-3 yıl önce başlayabildiği ifade edilmiştir (5,56).

Holanda da 39-63 yaşları arasındaki 5213 kadında yapılan bir çalışmada, düzenli adet gören kadınların %41.1'inde terleme, %15.4'ünde ateş basması gibi vazomotor semptomların olduğu saptanmıştır (34).

Menopoz döneminde cinsel aktivitede de değişiklikler olabilmektedir. Bu durum; vaginadaki atopik epitelyal değişimlere, endotelde incelmeye, cinsel ilişkinin ve cinsel uyarı ile oluşan kayganlığın azalmasına bağlı olabilir (32,67).

Menopoz ve menopoz öncesi dönemlerde östrojen ve progesteron yapımının yetersizliği, beslenme ile yeterli kalsiyumun alınmaması, yaşlanma ile bacaklarda kalsiyum emiliminin azalması, kalsiyum kullanılması için gerekli olan D vitamini eksikliği gibi nedenlerle menopoz sonrası dönemde metabolik denge bozulmakta ve bazı sorunlar yaşanabilmektedir (7,9,15,67,71). Bu sorunlar HRT (Hormon Replasman Tedavisi), uygun çevre koşullarının sağlanması ve kadınların durumlarına ilişkin bilgilendirilmeleri ile belirli oranda azaltılabilmektedir (7,9,15,29,37,42,56,67,71).

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoza konusunda bilgi aldıkları yerlere göre dağılımlarına bakıldığında; %28.57 oranında radyo-basından, %21.43 oranında sağlık personelinin, %11.43 oranında komşudan, %1 oranında aileden bilgi aldıkları saptanmıştır. Kadınların büyük bir çoğunluğu da (%37.14) bu soruyu yanıtızsız bırakmıştır (Tablo8). Bayık ve Altuğ'un 1990 yılında yaptığı çalışmada, kadınlara menopoza dönemlerine ilişkin yakınmalarının çözümü için kimlerle görüştüğü sorulmuş ve kadınların %66.1'inin konuyu hiç kimseyle paylaşmadıkları, %14.7'sinin arkadaşlarıyla görüştüğü, %11.8'inin hekime ve hemşireye başvurdukları, %24.8'inin televizyondan yararlandıkları saptanmıştır (7). Aykut ve ark. yapmış oldukları çalışmada da kadınların %73 gibi büyük bir çoğunluğunun menopoza ilgili bilgilerinin komşu, aile ve yakınlarından öğrendiklerini saptamışlardır (5).

Mete'nin 1990 yılında yaptığı çalışmada da kadınların menopoza bilgilerini, %75.5 oranında aile komşu, %44.5 oranında deneyimlerden, %19 oranında radyo-basından öğrendikleri belirtilmiştir. Bu bulgular, araştırma bulguları ile benzerlik göstermemektedir (40).

Bu bulgular ülkemizde toplumun okuma alışkanlığının çok az olduğunu bir kez daha vurgulamıştır. Batılı ülkelerde ise kadınlar menopoza ilgili sorunları olduklarında başvurdukları kaynakların arasında kitap ve broşürler birinci sırada yer almıştır (38).

4.1.5 KADINLARIN MENOPOZA İLİŞKİN BİLGİ DURUMLARININ İNCELENMESİ

Kadınların menopoza ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtların pretest ve posttest dağılımları incelendiğinde; yapılan planlı eğitimin, deney grubundaki kadınların bilgilerinin büyük oranda etkiledikleri görülmüştür (Tabo9 ve Tablo11).

Deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi menopoza %21.43 oranında doğru tanımlarken, eğitim sonrası bu oran %58.57'ye yükselmiştir. Kontrol grubunda ise bu oran; %14.29 dan %41.43'e yükseldiği görülmüştür.

Kadınların menopoza girme yaşını deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi; %34.29 oranında, eğitim sonrası %97.14 oranında bilirken, kontrol grubundaki kadınlar da bu oran her iki teste %48.57 olarak sabit kaldığı saptanmıştır. Mete'nin 1990 yılındaki yaptığı

çalışmada da en yüksek oranda doğru bilinen soru (%96) menopoza yaşı ile ilgili soru olmuştur (40).

" Menopoza girme yaşını sigara etkiler mi?" sorusunu deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %37.14 oranında doğru tanımlarken, eğitim sonrası bu oran %92.86' ya yükselmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda ise bu oran pretest ve posttest de %42.86 oranında sabit kalmıştır. Güler, Karanisoğlu, Nacthigall ve Yıldırım' ın konu ile ilgili yazılarında günde en az 1 paket sigara içen kadınların içmeyenlere göre daha erken yaşta menopoza girdiklerinden bahsetmişlerdir (17,42,66).

"Menopoza ilişkin şikayetlerde doktora gidilir mi?" sorusunu, eğitim öncesi ve sonrası deney ve kontrol grubundaki kadınların hemen hemen tamamına yakınının doğru olarak yanıtladıkları saptanmıştır (Tablo9 ve Tablo 11). Aykut ve ark. 1994 yılında yaptıkları çalışmada da kadınların %70.5'i menopoza bulguları çıkınca doktora gidilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (5).

"Menopoz dönemindeki bir kadının beslenmesi nasıl olur ?" sorusunu, deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %84.29 oranında doğru tanımlarken, eğitim sonrası bu oran %98.57 yükselmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda ise bu oran pretest ve post teste %78.57oranında sabit bulunmuştur.

"Menopoza giren bir kadın kilosunu nasıl korumalıdır?" sorusunu deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %77.14 oranında doğru tanımlamışlar ve eğitim sonrası bu oranı %92.86 ya yükseltmişlerdir. Kontrol grubundaki kadınlarda ise, bu oran pretest ve post teste %72.86 oranında sabit bulunmuştur.

"Menopozdaki bir kadın cinsel ilişkide ne gibi sorunlar yaşar ?" sorusunu; deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %77.14 oranında yanlış yanıtlarken, eğitim sonrası bu oranın %65.71 oranına indiği görülmüştür. Kontrol grubundaki kadınların ise, bu soruyu yanlış yanıtlama oranının %68.57 oranında sabit kaldığı saptanmıştır. Deney grubundaki kadınlarda eğitim öncesi ve sonrası bu soruyu doğru bilme oranlarındaki düşüşün az olmasının nedeni, kadınların cinsel yaşantıları ile ilgili soruları yanıtlamaktan çekinmeleri, yanıtlamak istememeleri olarak açıklanabilir. Oysa Aykut ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların cinsel yaşamda yaşadıkları sorunlarının fazla olduğu bulunmuştur (5).

“Osteoporoz ve kalp hastalıkları menopoz dönemindeki bir kadın için risk midir?” sorusunu deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %95.71 oranında doğru yanıtlarken, eğitim sonrası bu oran %98.57’ye yükselmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise bu soruyu doğru bilme oranı değişmemiş, %91.43 oranında sabit kaldığı saptanmıştır.

Kimlerin osteoporoz riski altında olabileceği sorusunu; deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %72.86 oranında yanlış yanıtlarken, eğitim sonrası yanlış yanıtlama oranı %15.71’e düşmüştür. Kontrol grubundaki kadınların ise yanlış yanıtlama oranı %58.57 oranından %57.14’ e düşmüştür.

Kimlerin kalp hastalığı riski altında olabileceği sorusunu; deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %45.71 oranında doğru yanıtlarken, eğitim sonrası bu oran %80.00’ e yükselmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda ise bu oranın %47.14 de sabit kaldığı, değişiklik göstermediği saptanmıştır.

Deney grubundaki kadınlar "Menopoza ilişkin yakınmaların tedavisi var mıdır?" sorusunu eğitim öncesi %92.86 oranında doğru yanıtlarken, eğitim sonrasında bu oran %97.14’e yükselmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise bu soruyu doğru yanıtlama oranı %85.71 de sabit bulunmuştur.

Deney grubundaki kadınlar hormon tedavisinin tanımını eğitim öncesi %30.00 oranında doğru yaparlarken, eğitim sonrası %65.71 oranında doğru yaptıkları saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise, her iki teste %18.57 oranında doğru yanıtladıkları görülmüştür.

“Menopozdan sonra hormon tedavisi kimlere uygulanmaz?” sorusunu deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %21.43 oranında doğru yanıtlarken, eğitim sonrası bu oran %77.14’e yükselmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda ise, bu soruyu doğru yanıtlama oranı %25.71’den %28.57’ ye yükselmiştir.

“Menopoza ilişkin yakınması olan her kadına hormon tedavisi verilir mi?” sorusunu deney grubundaki kadınlar eğitim öncesi %20.00 oranında doğru, %27.14 oranında kısmen doğru yanıtlarken, eğitim sonrası %78.57 oranında doğru, %8.57 oranında kısmen doğru yanıtlamışlardır. Kontrol grubundaki kadınların ise, her iki teste bu soruyu %8.57 oranında doğru, %5.71 oranında kısmen doğru olarak yanıtladıkları saptanmıştır.

Kadınlara hormon tedavisinin kaç şekilde yapılabileceği sorulduğunda; deney grubundaki kadınlar bu soruyu eğitim öncesi %34.29 oranında doğru yanıtlarken, eğitim sonrasında bu oran %91.43'e yükselmiştir. Kontrol grubunun ise bu soruyu doğru yanıtlama oranının %37.14'den %38.57'e yükseldiği saptanmıştır.

Elde edilen bulgular sonucunda deney ve kontrol grubundaki kadınların pretest sorularına verdikleri yanıtlar benzerlik göstermiş ve aralarındaki fark $\alpha=0.05$ önemlilik düzeyinde anlamlı bulunamamıştır. ($t=0.05$ $p>0.05$) (Tablo 10)(Grafik 1). Bu sonuçlar deney ve kontrol grubundaki kadınların menopoza yönelik bilgi düzeylerinin benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınlara uygulanan posttest sonucunda ise; deney grubundaki kadınların post test sorularına verdikleri doğru yanıt oranları, kontrol grubundaki kadınların doğru yanıt oranlarından yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda da $\alpha=0.05$ önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=8.56$ $p<0.05$) (Tablo 12) (Grafik 2).

Bu sonuçlara ek olarak deney ve kontrol grubundaki kadınların bilgi kazanç ortalamalarının da $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($t=11.39$, $p<0.05$) (Tablo 13) (Grafik 3). Deney ve kontrol grubundaki kadınların bilgi puan ortalamaları arasında elde edilen bu farklı sonuç; kadınlara verilen menopoza yönelik eğitimin etkin olduğunu göstermektedir. Yurt içi ve yurt dışı literatürler incelendiğinde, menopoz dönemindeki kadınların eğitimi ile ilgili çalışmalara rastlanmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

4.1.6 DENEY VE KONTROL GRUBU KADINLARIN BİLGİ KAZANÇ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEBİLECEK ETMENLERİN İNCELENMESİ

Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş gruplarına göre bilgi kazanç puan ortalamaları incelendiğinde deney grubundaki kadınların bilgi kazanç puan ortalamalarının 50-54 yaşları arasında 9.555, 40-44 yaşları arasında 9.333, 45-49 yaşları arasında 8.062, 55 ve üzeri yaşları arasında olanların 8.714 olarak bulunmuştur. Yapılan varyans analizinde yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. ($f=0.41$, $p>0.05$)

Kontrol grubundaki kadınların yaş gruplarına göre , bilgi kazanç puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=0.46, p>0.05$) (Tablo 14). Bu sunuca göre kadınların menopoza girme yaşlarının, menopoz hakkındaki bilgi kazanç puanlarına etkisi olmadığı söylenebilir .

Kadınların eğitim düzeylerine göre bilgi kazanç puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki kadınların eğitim düzeyleri düştükçe bilgi kazanç puan ortalamalarının arttığı gözlenmektedir. Ancak yapılan varyans analizinde kadınların eğitim düzeylerine göre bilgi kazanç puan ortalamaları arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=2.59, p>0.05$) (Tablo15).

Kontrol grubundaki kadınların eğitim düzeylerine göre bilgi kazanç puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($f=1.22, p>0.05$) (Tablo16). Metenin 1990 yılında yaptığı çalışmada kadınların eğitim durumları ile aldıkları ortalama bilgi puanları karşılaştırıldığında ($p>0.05$) sonuçların istatistiksel olarak anlamsız çıktığı bulunmuştur (29). Bu bulgu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 15).

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-ekonomik düzeylerine göre bilgi kazanç puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki kadınların bilgi kazanç puan ortalamalarının, geliri gidere eşit olan kadınlarda 9.080, geliri giderden fazla olanlarda 8.923 olarak bulunmuştur. Yapılan ileri analizde de istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ($f=0.26, p>0.05$) (Tablo16).

Kontrol grubu kadınların da sosyo-ekonomik düzeyleri ile bilgi kazanç puan ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=0.23, p>0.05$). Elde edilen sonuçlar, kadınların sosyo ekonomik düzeylerinin, menopoz konusundaki bilgilerini etkilemediğini göstermiştir.

Kadınların mesleklerine göre bilgi kazanç puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki kadınların bilgi kazanç puan ortalamalarının serbest meslekte 13.500, ev hanımı olanlarda 9.538, emekli olanlarda 8.344 ve memur olanlarda 8.200 olarak bulunmuştur. Yapılan varyans analizinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir ($f=1.05, p>0.05$) (Tablo 17).

Kontrol grubundaki kadınların da meslek gruplarına göre bilgi kazanç puan ortalamaları incelendiğinde yapılan varyans analiz sonucunda $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f = 0.51$, $p > 0.05$) (Tablo 17) .

4.2 SONUÇ

E.Ü. Tıp Fakültesi Menopoz Polikliniğine başvuran kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları sorunlar, menopoz dönemine ilişkin eğitim gereksinimleri ve verilen planlı eğitimin etkinliğini incelemek amacıyla 70 deney, 70 kontrol grubu olmak üzere toplam 140 kadın üzerinde yapılan araştırma bulgularına göre;

- Araştırmaya katılan kadınların %43.58' i 45-49 yaş grubunda olup, yaş ortaması 48.84 ± 4.51 olarak bulunmuştur. Kadınların %89.29' unun evli, %38.58' inin ortaokul ve lise mezunu, %83.57' sinin çalışmadığı ve %46.43' ünün de emekli olduğu belirlenmiştir .

- Kadınların %36.43' ünün 3-4 kez gebe kaldığı , %52.95' inin 19-25 yaşları arasında doğum yaptıkları bulgulanmıştır.

-Araştırma kapsamına giren kadınların %68.57' sinin ilk adetlerini 12-14 yaşlarında gördükleri, %63.58' inin halen adet görmediği, halen adet görmeye devam eden kadınların %80.00' ni uzun aralıklarla adet görmekten yakındıkları ve bu yakınmalarının da başlama zamanı kadınların %55' inde 24 ay ve üzerinde olduğu belirlenmiştir .

- Araştırma yapılan grupta menopoza girme yaşı yoğunluğunun (%45.72) 40-44 , annelerinde ise 50-54 yaşlarında (%20.00) olduğu saptanmıştır .

- Araştırma kapsamına giren kadınların %87.15' inde sıcak basması, %70' inde çarpıntı, %62.15' inde baş ağrısı, %62.85' inde gaz, %83.57' sinde kas ve eklem ağrısı, %62.15' inde can sıkıntısı, %71.43' ünde yorgunluk, %59.28' inde cinsel ilişkide ağrı, %86.42' sinde unutkanlık, %77.85' inde çabuk sinirlenme, %38.57' sinde aşırı titizlilik yakınmaları bulgulanmıştır .

- Kadınların %28.57' si radyo-basından menopoz konusunda bilgi alırken, sadece %21.43'ü sağlık personelinen bilgi aldıkları saptanmıştır.

- Deney ve kontrol grubu kadınlara eğitim öncesi uygulanan pretest sonuçları şöyledir. Deney grubundaki kadınların (%100) menopozda doktora gidilmesi gerektiğini, (%72.86) menopozda ortaya çıkan değişiklikleri, (%84.29) menopozdaki bir kadının beslenmesini, (%95.71) osteoporoz ve kalp hastalıklarının menopoz dönemindeki bir kadın için risk olduğunu, doğru bildikleri, buna karşın (%65.71) menopoza girme yaşını, (%77.14) menopoz dönemindeki cinsel ilişkideki yakınmaları, (%72.86) osteoporozis riski altında kimlerin olabileceğini, (%75.71) hormon tedavisinin kimlere uygulanmayacağını ise doğru yanıtlayamadıkları saptanmıştır

Kontrol grubu kadınlarda deney grubundaki kadınlar gibi aynı sorulara aynı oranlarda doğru ve yanlış yanıtlar verdikleri belirlenmiştir .

- Pretest bilgi puan ortalamasına göre deney ve kontrol grubu kadınlar arasında ($\alpha=0.05$ önem düzeyinde) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t= 0.05$, $p>0.05$).

-Deney grubu kadınlara, en sık karşılaştıkları sorunlardan derlenerek hazırlanan eğitim kitapçığı yardımı ile menopoz konusunda planlı bir eğitim verilmiştir. Verilen eğitimi izleyen iki hafta sonunda deney ve kontrol grubuna uygulanan son test sonuçlarına göre deney grubu kadınların bilgi puan ortalaması 25.643, kontrol grubu kadınların bilgi puan ortalaması ise 18.386 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınların bilgi puan ortalamaları arasındaki fark $\alpha= 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t = 8.56$, $p< 0.05$).

- Deney grubu kadınların bilgi kazanç puanları 8.91, kontrol grubu kadınların bilgi kazanç puanları 1.61 olarak saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t= 11.39$, $p<0.05$).

- Deney grubu kadınlara verilen menopoz konulu planlı eğitimden sonra kadınların bilgilerinin en çok menopoza girme yaşı (%97.14), menopozda ortaya çıkan değişiklikleri (%88.57), osteoporoz ve kalp hastalıklarının menopoz dönemindeki bir kadın için riskini (%98.57), menopozdaki şikayetlerin tedavisi (%97.14), hormon tedavisi şekilleri (%91.43) sorularında arttığı saptanmıştır.

- Bağımsız değişkenlere göre bilgi kazanç puanları incelenmiş; buna göre deney ve kontrol grubundaki kadınların bilgilerinin yaş, eğitim, sosyo-ekonomik durum ve meslek gibi değişkenlerden istatistiksel olarak etkilenmediği saptanmıştır.

Sonuç olarak, kadınların yaşamakta oldukları menopoz döneminin özellikleri hakkında bilgi eksiklerinin olduğu ve menopoz konusunda verilen planlı eğitimin deney grubu kadınların pretest ile saptanan açıklarını giderilebildikleri görülmüştür.

4.2.1 ÖNERİLER

Hayatın yaklaşık üçte birlik bölümünü menopozal dönemde geçirecek olan kadınlara iyi bir yaşam kalitesi sunmak, kişileri ve toplumu menopoz hakkında bilinçlendirilmek gerekmektedir. Bunun içinde;

- Tıp ve hemşirelik okullarındaki eğitimde, meslek içi eğitimlerde, konu ile ilgili seminerlerde, mezuniyet sonrası eğitim programlarında, kitle iletişim araçlarında kadınlara yönelik programlarda, menopoz dönemi sağlık sorunlarına ve korunma yollarına ilişkin programlara önem verilmesi,

- Hemşirelerin kendilerini, menopoz öncesi ve sonrası görülebilecek semptomlar ve tedavileri konusunda geliştirmeleri, kadınları aydınlatacak, rehber olacak ve eğitici rolünü yerine getirecek düzeyde kendilerini geliştirmeleri ve yeni yayınları, gelişmeleri izlemeleri ,

- Hemşirelerin, kadınları gönüllü çalışmalara katılım, bir şeyler yaratma ve aktif hobiler edinme gibi konularda destekleyicisi olmaları,

- Hemşirelerin, menopoz döneminde ilaç tedavisi olan kadınlara düzenli izlenmenin önemi ve ilaçların yan etkileri konularında eğitim yapmaları,

- Hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen ve fizyoterapistin oluşturduğu aynı zamanda bir ekip birliği içinde çalışılan menopoz polikliniklerinin çoğaltılması, kadınların, bu kliniklere başvurmaları konusunda desteklenmeleri önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Menopoz Polikliniğine başvuran kadınların menopoz döneminde karşılaştıkları sorunları belirlemek ve verilen planlı eğitimin etkinliğini incelemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve deneysel yöntem kullanılan bir çalışmadır.

Araştırma İzmir ili, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Menopoz Polikliniğinde 1Ekim 1996 - 29Şubat 1997 tarihleri arasında, gerçekleştirilmiştir. Polikliniğine başvuran 140 kadın araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise 1Ekim 1996- 29Şubat 1997 tarihleri arasında yeni başvuran ve HRT (Hormon Replasman Tedavisi) kullanmayan kadınlar oluşturmuştur. Örneklem seçiminde olasılıksız örneklem seçim yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan 140 kadın, yaş ve eğitim düzeyi göz önüne alınarak deney (70 kişi) ve kontrol (70 kişi) grubu olarak eşleştirilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların pretest bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark saptanamamıştır ($t=0.05$ $P>0.05$). Deney grubundaki kadınlara hazırlanan eğitim kitapçığı yardımı ile planlı bir eğitim verilmiştir. İki hafta sonra deney ve kontrol grubundaki kadınlara posttest uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test bilgi puan ortalamaları arasında ($t = 8.59$, $p< 0.05$) anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bağımsız değişkenlere (yaş, eğitim, sosyo-ekonomik durum, meslek) göre bilgi kazanç puanları incelendiğinde, değişkenlerin deney ve kontrol grubundaki kadınların bilgi düzeylerine istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; kadınların yaşamakta oldukları menopoz döneminin özellikleri hakkında bilgi eksikliklerinin olduğu ve menopoz konusunda verilen planlı eğitimin deney grubundaki kadınların pretestte saptanan bilgi açıklarını giderebildikleri görülmüştür.

SUMMARY

This research is a study in which definitive, sectional and empirical method was used to identify the problems as encountered during the menopause period by the Hospital of the School of Medicine of the Aegean University and to examine the efficiency of planned education provided.

The research was performed in the Menopause Clinic of the Hospital of the School of Medicine of the Aegean University in the province of İzmir between October 1, 1996 and February 29, 1997. The research was performed on 140 women who applied to the polyclinics.

The sampling of the research was made up of those women who had first applied between October 1, 1996 and February 29, 1997 and had not employed HRT (Hormone Replacement Treatment). In the selection of samples was used the method of Random sample selection. 140 women under the scope of the research were coupled as the test (70 women) and control (70 women) groups, considering their ages and level of education.

No statistically substantial difference could be found between the pretest informational point averages of the women in the test and control groups ($t=0.05$, $p>0.05$). The women in the test group provided with planned training by the help of the training manual prepared. Two weeks later, posttest was applied to the women in the test and control groups. A substantial difference was found between the posttest information point averages of the women in the test and control groups ($t=8.59$, $p>0.05$).

When the information acquisition points were examined according to the independent variables (ages, education, socioeconomic position, occupation), the variables were found out not to affect statistically the level of information of the women in the test and control groups.

According to the results of the research, it was found out that the women has a lack of information on the characteristics of the menopause period they were suffering and that the planned training provided on menopause helped the women to eliminate their information deficits as determined in the pretest.

KAYNAKLAR

- 1) Ağrıdağ, G; Alpaslan, G; " Menopoza Giriş Yaşını Etkileyen Faktörler" Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Sayı 2, Nisan-Haziran 1995.
- 2) Aksoy, M.; Palaz, E.; Semerci, E.; " Menopozun Kadınlarda Vücut Ağırlığı, Beslenme Alışkanlığın, Fizyolojik ve Psikolojik Durumlarına Etkisi", Sağlık Dergisi, Cilt 61, Sayı:1, 1989, 51-55.
- 3) Arısan, K; " Kadın Hastalıkları ", 3. Baskı, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul 1991.
- 4) Atalay, F; Atalay, C; Parlak, Ş; " Post Menopozal Osteoporoz ", Jinekoloji ve Obstetri Bülteni, Cilt 3, Sayı 4, 162, 1994.
- 5) Aykut, M. ve Arkadaşları; "Kadınlarmın Menopoza İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları", IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 1993, 358-361.
- 6) Bağbozan, G; " Menopoz ve Fizyolojik Değişiklikler ", Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, Cilt 3, Sayı:3, Mart 1994.
- 7) Bayık, A; Altuğ, S; " Ergene Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınlarda Menopozun Epidemiyolojik İncelemesi ve Menopozla İlgili Sorunların Saptanması", E.Ü.H.Y.O. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirgesi, İzmir,1990, Ss:336-346.
- 8) Bayık, A.; " Menopoz, Ebe ve Hemşireler için Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgiler, 1994,İzmir.
- 9) Bobak, I.N.; Jensen, M.D.; " Maternity and Gynecologic Care" The Nurse, The Family, Mosby Company, St. Louis, 1993, Ss: 1232-1243.
- 10) Çanga, Ş. ; Önder, İ .; " Klimakterium ve Menopoz ", Kadın Hastalıkları (Jinekoloji), İstanbul, 12-24.
- 11) Emine, K. ; " Menopozdaki Hormon ve Alternatif Tedavi ", Bilim ve Teknik, Sayı 192, Kasım 1990.
- 12) Erdoğan, E.; Yılmaz, D.; " Kadınlarmın Menopoz Konusundaki Bilgilerinin Araştırılması", E.Ü.H.Y.O Dergisi, Mayıs-Ağustos, 1987, Cilt:3, Sayı:2, 11-21.
- 13) Ersoy, G.; "Kadınlarmın Önemli Sağlık Sorunlarından Biri Olan Osteoporozis ve Kalsiyum Tüketimi", Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, Kasım 1992,Cilt1,Sayı 11, 374-375.

- 14) Garrey, M. ve Ark., " Menopoz ", Çev.: Prof.Dr. Aykut Kazancıgil, Resimli Jinekoloji, 1980, Ankara, Güven Kitabevi Yayınları, 62-63.
- 15) Gath, D.; İness.; "Depresyon ve Menopoz", Literatür, Temmuz, 1990, Cilt:12, 466-467.
- 16) Ginsberg, J.; " Menopoz Yaşımı Ne Belirler? ", Çev.Doç.Dr. Hakan Şentürk, Literatür, Tıp Dünyasından Seçmeler, Ekim, 1991, Cilt: 14, 633-634.
- 17) Güler, Ç.; Sağlık Eğitimi, 3. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1987.
- 18) Güler, K.; " Menopoz ve Hemşirelik Yaklaşımı", Hemşirelik Bülteni, Cilt1, Sayı 4, 1984, 14-18.
- 19) Gülgüç, C. Ali ; " Menopoz ", Jinekolojik Endokrinoloji, Ankara, 1992, 145-159.
- 20) Grinffing, G.T; Allen, S.H; " Menopozda Östrojen Yerine Koyma Tedavisi ", Sendrom, Mart 1995, 71-76.
- 21)..... " Hormon Replasman Tedavisi ", Eczacıbaşı İlaç Pazarlama A.Ş. Yayınları, Mayıs 1990.
- 22)....."How to Manage Menopause ", <http://www.aafp.org/patient.info/menopause.html>
- 23) İnanç, N.; Hatipoğlu, S.; Yurt, U.; Avcı, E.; Bekiroğlu, M.; Öztürk, E.; Hemşirelik Esasları, Gata Basımevi, 1994.
- 24) James, R.; Scott ve Arkadaşları ; " The Climacteric " London, S.N. Hommond C.B.; " Obstetrics and Gynecology, 853-871.
- 25) Jane, A.; Cauley, James P. Gutas, M.D; Lewis H. Küller M.D; DPH; Menopoz Sonrasındaki Kadınlarda Endojen Estrojen Düzeyleri ve Alınan Ca Miktarı, Gelişim Jama, Cilt 2, Sayı 3, Şubat 1989.
- 26)Judd, I.h. ; " Menopoz ve Postmenopoz" , Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi, E. Martin L. Pernoll, Barış Kitabevi, Sistem Yayıncılık, 1994.
- 27)Karanisoğlu, H; " Postmenopozal Osteoporozis ", Halk Sağlığı Bülteni, Sayı 11, İstanbul, Ocak 1990.
- 28)Karanisoğlu, H; "Menopozda Cinsel İşlev Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı", H.B.; 1984,Cilt:2, Sayı 14, 103-106.
- 29) Komisyon, " Menopoz ve Klimakterium ", Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ders Notları Serisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ekim 93 Ankara, 385-388.

- 30) Kural, E.; " Menopozda Hormon ve Alternatif Tedavi " Bilim Teknik, Sayı 192, Kasım 1990
- 31) Marjorie, A. ; Maddox, EdD, RNC, ANP, "Women At Midlife Hormon Replacement Therapy", Nurs., Clinics Of North Amerika, Volume 27, Number 4, December, 1992.
- 32) Maryfran, R.; Sowers, M.; " Menapoz ve Epidemiyolojisi ve Kronik Hastalıklarla Potansiyel İlişkisi" Literatür, Ağustos, 1996, 1-9
- 33) Mckeon, U.; " Hormone Replacement Therapy: Evaluating The Risks and Benefits ", JOGNN, October 1994, Vol: 23, Number 8, 647-657.
- 34) " Menopause ", <http://www.nih.gov/health/chip/nia/menop/men5>.
- 35) Mendham C. Anda Ress C.; " Menopause, A Positive Change", Nurs. Times, 88, 12, March 1992.
- 36) "Menopoz Artık Bir Kabus Değil", Organorama Organon İlaçları A.Ş., Tıp ve Sağlık Dergisi, 1/ 1994, 9-14, 24-27.
- 37) " Menopoz da Östrojen Yerine Koyma Tedavisi ", Sendrom, Mart 1995, 71-76.
- 38) " Menopoz Hakkında Bilmek İstedikleriniz ", Nova Nordisk İlaç Pazarlama A.Ş. Yayınları, Şubat 1997.
- 39) " Menopoz da Ne Olur ? ", Sağlık, Sayı 43, Kasım 1994.
- 40) Mete (Kılıç), S.; " Kadınlarda Menapoz Dönemi Sağlık Sorunları ", Türk Hemşireler Dergisi, Cilt 39, Sayı 2, 1990.
- 41) Moore, A.; Noonan Dunham, M.; " A Nurse' s Guide to Hormone Replacement Therapy", JOGNN, January, 1996, Vol:25, Number 1, Page32-38.
- 41) Nacthigall, L.E; Ratther, H.; " Menopoz ", Çev. Doç.Dr.Oya , G.; Dr. Neslihan, S.; Dr.Bilge,Ş.; 1. Baskı 1994.
- 43) News and Wiews; 1996 World Congress on Osteoporosis, Amsterdam, 18-23 May 1996.
- 44) Özçakır, H; Post menopozal Hormon Replasman Tedavisi ", Organon Yayınları, 1.Baskı, Eskişehir, Ocak 1995
- 45) Özden, M.; Sağlık Eğitimi, Ünal Ofset, Ankara, 1988.

- 46)Prednoll, M.L.; " Menopoz ve Postmenopoz " Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi (Howard, L.Judd), Çev. Doç Dr. Onur Karbacak, Dr. Kemal Gök, Cilt 2, 1324-1355.
- 47)Saraçoğlu, F.; " Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi ", T.H.D, 1997, Cilt:47, Sayı:4, 37-47.
- 48) Saymer, Z.; Özdemir, B.; Koz, N.; " Menopoz Sendromu ve Hemşirelik Yönü ", T.D.H., Cilt:37, Sayı 4, 1987.
- 49)Schultz, B.; Rosemeier, H.; " Review Menopause ", Schering Menopoz Dergisi, Sayı 3, Aralık 1995.
- 50)Schultz, B.; Rosemeier, H.; " Menopozun Psikososyal Faktörleri ", Schering Menopoz Dergisi, Nisan 1997, İstanbul, Sayı:8, 4-6
- 51)Scott, R.J. and authers; Danforth's Obstetrics and Gynecology, J.B., Lippincott Company, Philadelphia, 1990.
- 52)Seçkin, N.C.; Öztürk; T. ve Arkadaşları; " Postmenopozal Hormon Replasman Tedavisinde Uygun İlaç Seçimi ", Yeni Tıp Dergisi , Mart 1994, Cilt 11, Sayı 2.
- 53)Soğukpınar, N.; " Menopoz Sonrası Gelişen Osteoporozla İlgili Bilinenler ve Hemşirenin Rolü", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Yıl 4, Sayı 1, Ocak-Mart 1994, 16-20.
- 54)Sümbüloğlu, V.; Sümbüloğlu, K; " Araştırma Yöntemleri", Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1988.
- 55)Şener, B.; " Menpoza Genel Bir Bakış ", Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, Cilt 1, Sayı 12, Aralık 1992, 402-404,.
- 56)Şirin, A., " Kadın ve Menopoz " , E.Ü. Basımevi, 1. Baskı, Bornava, 1995.
- 57)Taşkın, L.; " Kadın Hastalıkları Hemşireliği " 2. Baskı, Ankara, 1997, 440-452.
- 58)T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, (1993)
- 59)Türkistanlı, E.; " İshal Konusunda Eğitilmiş İlkokul Öğrencilerinden Ebeveynlerine Bilgi Transferi" Yüksek Lisans Bitirme Tezi, E.Ü.H.Y.O İzmir, 1993.
- 60)Ulufer, f.; " Menopoz ve Osteoporozis ", T.H.D. 44:5-6, 1994.

- 61)Uyar, A.; Ark, C.; Atik, A.; Arsan, B.; " Premenopozal ve Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları Yönünden Risk Faktörleri ve Hormon Replasman Tedavisinin Yeri " Jinekolojik Obstetrik Pediatri Dergisi, Cilt 2, Sayı:2, Haziran 1994.
- 62)Ünder, M.; " Kadın Hastalıkları ", Akdeniz Üniversitesi Palme Yayınları, 1996, Ankara, 291-318.
- 63)Vural, G.; " Yaşlılık ve Seksüel Sorunlar ", T.H.D., Cilt 42, Sayı 2, 1992.
- 64)Yaycı, M.; Kilciler, Z.; Çivi, S.; " Menopozun Kadınların Organik ve Psikolojik Yapıları Üzerine Olan Etkisi ", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Sayı 2, Nisan-Haziran 1993.
- 65)Yamandağlı, M.; " Özel Görüşme", Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. Başhemsiresi, 1998,İzmir
- 66) Yıldırım, A.; " Menopozda Oluşan Fizyolojik Değişiklikler" Ed. Hikmet Hassa, Klinikte Menopoz .Organon Yayınları, 1996/1, 1996 İstanbul, 1-12
- 67) Yıldırım, M.; " Menopoz ve Klimakterium ", Klinik Jinekoloji, 1992, Ankara, 2.Baskı,120-128 .
- 68) Yürekli, A.; " Menopoz ve Psikolojik Destek ", E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Cilt 4, Sayı 2, 1988, 49-53.
- 69)....." What is Menopause ", <http://www.mildlife-passages.com/page33.html>
- 70) "Women's Health", <http://www.ama.assn.org/insight/h-facus/wom.hlth/menopause>
- 71) "Women's Health Connection : Menapouse", <http://www.women's-health.com>.
- 72) " Wonder Drug ", Nursing Times Vol 90, No 4, 1994, January 26, 32-38.

EK I

**MENOPOZ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN SAĞLIK
YAKINMALARI VE VERİLECEK EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİ İNCELENMESİ**
ANKET FORMU

Deney Grubu : ()

Kontrol Grubu : ()

Adı Soyadı:

1) Yaşınız

2) Menopoz girme yaşınız nedir?.....

- a) 40 ve altı b) 41-49 c) 50-54 d) 55 ve üstü

3) Medeni durumunuz nedir ?

- a) Evli b) Dul c) Bekar d) Ayrı yaşıyor

4) Eğitim durumunuz nedir ?

- a) Okur-yazar değil b) İlkokul mezunu
c) Orta /Lise mezunu d) Fakülte / Yüksekokul mezunu

5) Şu anda çalışıyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

6) Mesleğiniz nedir ?

- a) Memur d) Serbest Meslek
b) Ev Hanımı e) İşçi
c) Emekli f) Diğer.....

7) Ekonomik durumunuz nedir ?

- a) Gelir gidere eşit b) Gelir giderden az c) Gelir giderden çok

8) İlk adetinizi kaç yaşınızda gördünüz ?.....

- a) 11 ve altı b) 12-14 c) 15-17 d) 18 ve üstü e) Hatırlamıyorum

9) Annenizin ilk adetini görme yaşı nedir?.....

- a) 11 ve altı b) 12-14 c) 15-17 d) 18 ve üstü e) Hatırlamıyorum

10) Adet görmeye devam ediyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

11)Adet görüyorsanız adet düzeninizde herhangi bir değişiklik oldu mu ?

- a)Evet b)Hayır

12)Adet düzeninizde ne gibi değişiklikler oldu ?

- a)Uzun aralıklarla adet görme c)Sık sık adet görme
b)Hiç adet görmeme d)Devamlı kanama

13)Ne zamandan beri bu tür yakınmalarınız devam ediyor ?.....

- a)0-6 ay b)6-12 ay c)12-24 ay d)24 ay ve üstü

14)Gebelik sayınız kaçtır ?.....

- a)0 b)1-2 c)3-4 d)5 ve üstü

16)İlk doğumunuzu yaptığınız yaşınız kaçtır ?.....

- a)18 ve altı b)19-25 c)26-30 d)30 ve üstü

17)Şu anda gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz ?

- a)Evet b)Hayır

18)Anneniz kaç yaşında menopoza girmiş ?.....

- a)40 ve altı b)40-45 c)45-50 d)50 ve üstü e)Hatırlamıyorum

19)Aşağıda belirtilen yakınmaların hangileri sizde var? (Evet ise 1,Hayır ise 2 diye yanıtlayınız).

Sıcak basması	()
Çarpıntı	()
Baş ağrısı	()
Gaz şikayeti	()
Kas ve eklem ağrıları	()
Bağırsak fonk. değişiklik	()
Can sıkıntısı (depresyon)	()
Yorgunluk	()
Cinsel ilişki sırasında ağrı	()
Unutkanlık	()
Sinirlilik	()
Aşırı titizlik	()
Çabuk sinirlenme	()

20)Menopoz hakkında herhangi bir yerden bilgi aldınız mı ?

- a)Evet b)Hayır

21)Menopoz hakkında bilgileri en çok nereden aldınız ?

- a)Aile b)Komşu c)Sağlık personeli d)Radyo-basın kanalı ile

EK II**MENOPOZ POKLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN MENAPOZA İLİŞKİN BİLGİLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU**

- 1)Menopozun (adetten kesilme) ne olduğunu tarif edebilir misiniz ?
- 2)Sizce genellikle kadınlar kaç yaşlarında menopoza girerler ?.....
- a)40 ve altı b)40-50 c)50-60 d)Bilmiyorum
- 3) Menopoza girme yaşını sigara etkiler mi?
- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum
- 4)Menopozla beraber ortaya çıkan değişiklikler nelerdir ?
- a)Ateş basması b)Adet düzensizlikleri ve ara kanamalar
- c)Uykusuzluk ve sinirlilik d)Hepsi
- e)Bilmiyorum
- 5)Menopoza ilişkin belirtiler fark edildiği zaman bir doktora veya bir sağlık kuruluşuna başvurmak gereklidir ?
- a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum
- 6)Sizce menopoza giren bir kadın aşağıdaki besin gruplarının hangisiyle beslenmelidir?
- a)Protein ağırlıklı
- b)Karbonhidrat ağırlıklı
- c)Dengeli (protein + karbonhidrat + vitamin+kalsiyum)
- d)Rasgele, düzensiz
- 7)Sizce menopoza girmiş bir kadın kilosunu korumak için nelere dikkat etmelidir?
- a)Diet b)Egzersiz c)Diet + Egzersiz d)Bilmiyorum
- 8)Menopoz dönemindeki bir kadın , cinsel ilişki sırasında ne gibi rahatsızlıklarla karşılaşılabilir ?
- a)Ağrı ve kanama b)İsteksizlik c)İlişkide zorluk d)Hepsi e)Hiçbiri
- 9)Sizce osteoporoz (kemik erimesi), kalp ve damar hastalıkları menopoz dönemindeki bir kadın için risk midir ?
- a)Evet b)Hayır

10)Aşağıdaki durumların hangisiyle karşı karşıya olan bir kadın osteoporoz tehlikesi içindedir.

- a)Zayıf, açık tenli ve ince kemikli olma b)40 yaş öncesi menopoza girme
c)Sigara içme ve düzensiz beslenme d)Hepsi
e)Bilmiyorum

11)Kalp ve damar hastalığı açısından aşağıdaki durumlardan hangisi kadınlar için bir risktir?

- a)Erken menopoz
b)Soy geçmişte kalp hastalığı öyküsü ve TA yüksekliği
c)Sigara kullanma ve egzersiz kısıtlılığı
d)Hepsi
e)Bilmiyorum

12)Menopozda ortaya çıkan şikayetlerin tedavisi var mıdır ?

- a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum

13)Sizce hormon tedavisi ne demektir ?

14)Menopozdan sonra hormon tedavisi aşağıdaki kimselerden hangisine uygulanmaz ?

- a)Sigara içenlere ve aşırı şişmanlara
b)Açıklanamayan genital kanaması olanlara
c)Yüksek TA olanlara ve kalp krizi geçirenlere
d)Meme ve rahim kanseri olanlara
e)Hepsi
f)Bilmiyorum

15)Menopoza ilişkin şikayetleri olan her kadına hormon tedavisine başlanır mı?

- a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum

16)Hormon tedavisi kaç şekilde yapılır ?

- a)Ağızdan alınan hormon hapları
b)Cilde yapıştırılan plaklar
c)Hazneden uygulanan hormonlu kremler
d)Hepsi
e)Bilmiyorum

EK III

MENOPOZ POKLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN MENAPOZA İLİŞKİN BİLGİLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU DOĞRU YANIT LİSTESİ

1)Menopozun (adetten kesilme) ne olduğunu tarif edebilir misiniz ?

Son adet kanamasının görüldüğü dönemdir. Bu dönemde aylık kanamalar düzensizleşir.

2)Sizce genellikle kadınlar kaç yaşlarında menopoza girerler ?.....

a)40 ve altı (b)40-50 c)50-60 d)Bilmiyorum

3) Menopoza girme yaşını sigara etkiler mi?

(a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

4)Menopozla beraber ortaya çıkan değişiklikler nelerdir ?

a)Ateş basması b)Adet düzensizlikleri ve ara kanamalar
c)Uykusuzluk ve sinirlilik (d)Hepsi
e)Bilmiyorum

5)Menopoza ilişkin belirtiler fark edildiği zaman bir doktora veya bir sağlık kuruluşuna başvurmak gereklidir ?

(a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum

6)Sizce menopoza giren bir kadın aşağıdaki besin gruplarının hangisiyle beslenmelidir?

a)Protein ağırlıklı
b)Karbonhidrat ağırlıklı
(c)Dengeli (protein + karbonhidrat + vitamin+kalsiyum)
d)Rasgele, düzensiz

7)Sizce menopoza girmiş bir kadın kilosunu korumak için nelere dikkat etmelidir?

a)Diet b)Egzersiz (c)Diet + Egzersiz d)Bilmiyorum

8)Menopoz dönemindeki bir kadın , cinsel ilişki sırasında ne gibi rahatsızlıklarla karşılaşabilir ?

a)Ağrı ve kanama b)İsteksizlik c)İlişkide zorluk (d)Hepsi e)Hiçbiri

9) Sizce osteoporoz (kemik erimesi), kalp ve damar hastalıkları menopoza dönemindeki bir kadın için risk midir ?

- (a)Evet b)Hayır

10) Aşağıdaki durumların hangisiyle karşı karşıya olan bir kadın osteoporoz tehlikesi içindedir.

- a)Zayıf, açık tenli ve ince kemikli olma b)40 yaş öncesi menopoza girme
c)Sigara içme ve düzensiz beslenme (d)Hepsi
e)Bilmiyorum

11) Kalp ve damar hastalığı açısından aşağıdaki durumlardan hangisi kadınlar için bir riskdir

- a)Erken menopoza
b)Soy geçmişte kalp hastalığı öyküsü ve TA yüksekliği
c)Sigara kullanma ve egzersiz kısıtlılığı
(d)Hepsi
e)Bilmiyorum

12) Menopozda ortaya çıkan şikayetlerin tedavisi var mıdır ?

- (a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum

13) Sizce hormon tedavisi ne demektir ?

Vücutta eksilen östrojen hormonun dışarıdan ilaç şeklinde verilmesidir. Bu eksiliğin böylece giderilmesidir.

14) Menopozdan sonra hormon tedavisi aşağıdaki kimselerden hangisine uygulanmaz ?

- a)Sigara içenlere ve aşırı şişmanlara b)Açıklanamayan genital kanaması olanlara
c)Yüksek TA olanlara ve kalp krizi geçirenlere d)Meme ve rahim kanseri olanlara
(e)Hepsi f)Bilmiyorum

15) Menopozla ilişkin şikayetleri olan her kadına hormon tedavisine başlanır mı ?

- a)Evet (b)Hayır c)Bilmiyorum

16) Hormon tedavisi kaç şekilde yapılır ?

- a)Ağızdan alınan hormon hapları b)Cilde yapıştırılan plaklar
c)Hazneden uygulanan hormonlu kremler (d)Hepsi e)Bilmiyorum

ÖZGEÇMİŞ

1970 yılında İskenderun'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir' de tamamladı. 1988 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunda öğrenime başladı. 1992 yılında mezun oldu. Aynı yıl Ege Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Bölümünde hemşire olarak göreve başladı. 1992 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' nün açmış olduğu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D' nda yüksek lisans programına başladı. Aralık 1994 tarihinde E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D' na Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen aynı kuruluşta çalışmakta ve yüksek lisans programına devam etmektedir.

Ar. Gör. Gül Karacan ERTEM