

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

80878

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARIN
SAĞLIK BAKIMLARINA İLİŞKİN BİLGİ, UYGULAMA
VE TUTUMLARI**

Şule ERGÖL

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Kafiye EROĞLU

80878

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMAN YAYIN MERKEZİ**

ANKARA
1999

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Bilim Uzmanlığı tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Kafiye EROĞLU Hacettepe Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi


Üye : Doç. Dr. Nimet KARATAŞ Hacettepe Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Gülşen VURAL Hacettepe Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN Başkent Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.


Prof. Dr. N. Sezgin İLGİ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Araştırma 40-60 yaş kadınların, bu döneme özgü sağlık bakımına ilişkin bilgilerini uygulamalarını ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Kastamonu ili merkez ilçesindeki 40-60 yaş kadın nüfusu oluşturmaktadır. Örneklem kapsamına basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 358 kadın alınmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu ile, 40-60 yaş kadınların evlerinde, yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, sayılar, aritmetik ortalama, varyans analizi, anova, student's T testi, ki-kare, korelasyon yöntemi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların ortalama menopoza girme yaşı 46.26 olarak bulunmuştur. Kadınların, klimakterik dönemde yaşanan sorunların çoğunu bilmedikleri, sorunlar arasında kadınların en fazla sıcak basması, gece terlemesi, huzursuzluk, sinirlilik, adetlerin seyrek ve az olması, hüznün ve çökkünlük sorunlarını bildikleri saptanmıştır. Klimakterik dönemde yaşanan sorunları bilme durumu ile yaş, eğitim, menopoza yaşama ve konuya ilişkin bilgi alma durumu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Kadınların, klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları bilmedikleri, çözüme ilişkin uygulamaları bilen kadınların daha çok sıcak basması, eklem ve kemik ağrısı, adetlerin seyrek ve az olması, gece terlemesi sorunlarına ilişkin doğru uygulamaları yaptıkları belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların menopoza ilişkin olumsuz tutum içerisinde oldukları, bu tutum ile yaş, medeni durum, çalışma alanı, çocuk sahibi olma, menopoza yaşama, konuyla ilgili bilgi alma durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Kadınların klimakterik dönemde yaşanan sorunları bilme ve sorunların çözümüne ilişkin doğru uygulama yapmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak menopoza ilişkin tutumları ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yukarıda verilen sonuçlar doğrultusunda klimakterik dönemdeki kadınların (40-60 yaş) bilgilendirilmelerinde, doğru uygulamaları yapmadıklarında, menopoza ilişkin olumlu tutum oluşturabilmelerinde ebe/hemşirelerin eğitici rollerine ve yapacakları eğitimin etkinliğini artıracak sistemlerin geliştirilmesine ilişkin uygun önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Klimakterik dönem, hemşirelik, danışmanlık, menopoza tutum.

ABSTRACT

The research has been done for determining the knowledge, application and behaviours of women between 40 and 60 about health problems of their age.

The space of the reserch consists of women between 40 and 60 years old living in Kastamonu. 358 randomly chosen women were in the experiment group.

Datum was collected through the use of a survey prepared by the researcher, by speaking personally to women at their houses. In interpreting the data collected, percentages, arithmetical mean, variation analyses, anova, student's T test, chi-square and correlation methods were used.

The age which the women of concern entered menopause has been determined as 46.26 on average. It is seen that women do not know the most of their health problems during the climacteric period. Also, women mostly know of overheating, sweating at night, stress, nervousness, less frequent monthly periods, sadness and tiredness of the problems they live. A meaningful relationship has been detected between knowledge about health problems that occur in the climacteric period and age, education level and having lived menopause period.

It is deduced that women do not know solutions to their health problems they live during the climacteric period. Women who know the solutions to some problems seem to do right actions to avoid overheating, joint and bone aches, sweating at night and decreased frequency of monthly periods.

Women of concern conduct negatively about menopause. A meaningful relationship between this kind of thought and age, being married, working area, having children, having lived menopause or knowledge about menopause could not be detected.

A meaningful relation between applying the right actions for solving the health problems and knowledge of these problems was found. But a meaningness relation between conduct for menopause and applying the right actions for solving the health problems and knowledge of these problems was found.

The light of the above conclusions, useful advices were developed about education of women, helping them overcome their problems, educative role of nurses and systems that can improve the education nurses will give.

Key words: Climacteric period, nursing, information, menopause, conduct.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	v
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
KONU İLE İLGİLİ YAYINLAR ve ÇALIŞMALAR.....	6
2.1. Klimakterik Dönem.....	6
2.1.1. Klimakterik Dönemin Fizyolojisi.....	6
2.2. Klimakterik Dönemde Yaşanan Değişiklikler.....	7
2.2.1. Ürogenital Sistem.....	7
2.2.2. Vazomotor Sistem.....	8
2.2.3. Emosyonel Durum.....	9
2.2.4. İskelet Sistemi.....	9
2.2.5. Kardiyovasküler Sistem.....	11
2.2.6. Deri.....	11
2.3. Klimakteryum Döneminde Tedavi.....	11
2.3.1. Hormon Replasman Tedavisi.....	11
2.3.2. Hormon Replasman Tedavisinin Kontraendikasyonları.....	12
2.3.3. HRT'nin Kontrollü Verilmesi Gereken Durumlar.....	12
2.3.4. HRT Uygulama Yolları.....	13
2.3.5. Östrojenin Verilme Şekilleri.....	13
2.4. Klimakterik Dönemde Planlanan ve Uygulanan Hemşirelik İşlevleri.....	14

BİREYLER ve YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Şekli.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni.....	17
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	17
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	18
3.6. Verilerin Toplanması.....	18
3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	18
3.6.2. Ön Uygulama.....	19
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	19
3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
BULGULAR ve TARTIŞMA	21
SONUÇLAR.....	47
ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR.....	51

EKLER

Ek 1.

Ek 2.

ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER ve KISALTMALAR

- yy : Yüzyıl
A.B.D. : Amerika Birleşik Devletleri
KVH : Kardiyovasküler Hastalık
HRT : Hormon Replasman Tedavisi
FSH : Folikül Stimule Edici Hormon
LH : Luteinize Edici Hormon
GnRH : Gonodotrop Releasing Hormon
Ca : Kalsiyum
HDL : Yüksek Dansiteli Lipoproteinler
LDL : Düşük Dansiteli Lipoproteinler
VLDL : Çok Düşün Dansiteli Lipoproteinler
ERT : Östrojen Replasman Tedavisi
 \bar{x} : Aritmetik Ortalama
SS : Standart Sapma
 x^2 : Ki-kare
r : Korelasyon Kat Sayısı
et al : Ve Diğerleri
Dr. : Doktor

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1.	Kadınların Yaşlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Şekil 2.	Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	32
Şekil 3.	Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme ,Sorunların Çözümüne İlişkin Uygulamaları Bilme ve Doğru Uygulamaları Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	39
Şekil 4.	Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları, Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları ve Menopoza İlişkin Tutum Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	46

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No:
Çizelge 1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	21
Çizelge 2. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	23
Çizelge 3. Kadınların Sürekli İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	24
Çizelge 4. Kadınların Sigara İçme Ve Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	24
Çizelge 5. Kadınların Aktivite Durumuna Ve Eklem, Kemik Ağrısı Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	25
Çizelge 6. Kadınların Sigara İçme Ve Menopoza Girme Yaşlarına Göre Dağılımı	25
Çizelge 7. Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına Göre Dağılımı	27
Çizelge 7.1. Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalaması	29
Çizelge 7.2. Kadınların Yaşlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
Çizelge 7.3. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Çizelge 7.4. Kadınların Menopozu Yaşama Durumlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Çizelge 7.5. Kadınların Klimakterik Dönemle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Bu Dönemde Yaşanan Sorunların Nedenini Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Sonuçlarının Dağılımı	33
Çizelge 8. Kadınların Klimakterik Dönemde Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Uygulamayı Bilme Durumlarına Göre Dağılımı	34
Çizelge 8.1. Kadınların Klimakterik Dönemde Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Bilgi Puan Ortalaması	36
Çizelge 9. Kadınların Klimakterik Dönemde Yaşadıkları Sorunların Çözümüne İle İlgili Uygulama Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	37
Çizelge 10. Kadınların Klimakterik Döneme İlişkin Sorunları Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	41
Çizelge 11. Kadınların Menopoza İlişkin Aldıkları Tutum Puan Ortalaması	43
Çizelge 11.1. Kadınların Menopoza İlişkin Aldıkları Tutum Puan Ortalamasına Göre Dağılımı	43
Çizelge 11.2. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Menopoza İlişkin Aldıkları Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Çizelge 12. Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları, Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları Ve Menopoza İlişkin Tutum Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	44

GİRİŞ

1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın sağlığının, çocuğun, ailenin ve toplumun sağlığı ile yakından ilişkili olması, toplumların kadın sağlığını özel olarak ele alması gereğini ortaya koymuştur. 20. yy başlarından itibaren A.B.D, İngiltere ve çeşitli Avrupa ülkelerinde kadın sağlığı ile ilgili çalışmalar başlatılmış bu çalışmalar daha çok gebelik hastalıkları ve doğum üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda da hizmetler sunulmuştur(1,2,3). Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler ve sosyal yapıda ki değişimler insanların yaşam sürelerinin uzamasında olumlu katkı sağlamıştır (4,5,6).

Bugün yaklaşık 488 milyon yaşlı insanın yaşadığı dünyamızda 2000 yılına kadar bu sayının 612 milyona ulaşması beklenmektedir. Ve hemen her ülkede bu yaşlı nüfusun çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (6,7). Ülkemizde de 1990 yılı verilerine göre 60 yaş üzeri nüfusun %53.9'unu kadınlar oluşturmaktadır(8).

Yaşam süresi ile birlikte yaşam beklentisi de uzamıştır. Ortaçağın başlangıcında, ortalama yaşam beklentisi 40 yıl iken, 20.yy'da yaklaşık ikiye katlanmıştır. Ülkemizde kadınlar için yaşam beklentisi 70.33'tür(9). Buna göre 17. yy'da her üç kadından sadece biri menopoza ulaşırken, bugün gelişmiş bir ülkedeki hemen her kadın klimakterik döneme ulaşmakta ve yaşamının yaklaşık 1/3'ini klimakterik dönemde geçirmektedir(5).

Klimakteryum döneminin en belirgin özelliği overyan yetmezlik sonucu gelişen östrojen çekilmesidir. Bu başta adet kesilmesi (menopoz) ile birlikte biyopsikososyal değişiklikleri de beraberinde getirmektedir (10, 11). Menopoz, 40-60 yaş arasındaki bir devrede ortaya çıkmakla birlikte menopoz yaşı ortalama 51.4 olarak kabul edilmektedir(1). Klimakterik dönemdeki biyopsikososyal değişiklikler, kadının yaşamını önemli derecede etkileyen sorunları da beraberinde getirir. Kadının sağlığını, iş gücünü, kararlarını, verimliliğini, yaşam kalitesini etkileyen bu sağlık sorunları kısa süreli ve uzun süreli sorunlar olarak iki grupta incelenmektedir(12,13,14,15,16).

A. Kısa Süreli Sorunlar:

1. Siklus Bozuklukları
2. Vazomotor Değişiklikler
 - Sıcak basması
 - Gece terlemeleri
 - Yorgunluk
 - Baş dönmesi
 - Çarpıntı
 - Nefes darlığı

- Titreme
 - Baş ağrısı
 - Saç dökülmesi
3. Emosyonel Değişiklikler
- Mizaç değişiklikleri
 - Anksiyete, irritabilite
 - Hafızada azalma
 - Benlik saygısında azalma
 - Depresyon

B. Uzun Süreli Sorunlar:

1. Ürogenital Atrofi
 - Vulvada puritis
 - Üriner sıkıntılar
 - Uterus prolapsusu
 - Konstipasyon
2. Deri Atrofisi
3. Osteoporoz
4. Kardiyovasküler sistem sorunları
5. Serebrovasküler sistem sorunları

Menopoz öncesi dönemde kadınların çoğunluğu menstrual düzensizlik yaşayabilmektedir. Bu dönemde hormonal değişikliklere bağlı olarak kadınlarda, endometriyal hiperplazi, aşırı ve devamlı kanama görülebilmektedir(1,12). Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışmasında incelenen 2570 kadından % 90'ının menopoz öncesi menstrual düzensizlik yaşadığı belirtilmektedir. Bu çalışmada menstrual düzensizliğin başlama yaşı 47.2 olup, birçok kadın için menstrual düzensizlik süresi 4 yıl olarak bulunmuştur(17).

Menopozal kadınların ortalama % 80 'inde vazomotor değişiklikler meydana gelmektedir. Yaygın olarak yaşanan sorunlar içerisinde en çok dile getirilenler sıcak basması ve gece terlemesi olmaktadır. Tüm menopozal kadınların % 65- 85'inde değişik derecelerde sıcak basması görülmektedir. Bu kadınların % 57'sinde sıcak basmaları 5 yıl, % 10'unda 15 yıldan fazla sürmektedir. Thomson ve arkadaşları (13), İskoç kadınların üzerinde yaptıkları çalışmada, sıcak basması ve terlemenin en sık rastlanan menopozal yakınma olduğunu saptamışlardır. Orta derecede sıcak basması, kadına rahatsızlık verirken, ciddi derecede sıcak basması, kadının günlük aktivitelerini yerine getirmesinde güçlük yaratmaktadır(12,18,19).

Fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklerin yanında, psikososyal etkenlerde menopozda ki kadınların emosyonel dengesini etkilemektedir. Vazomotor değişiklikler yaşayan kadınların %75'inde sinirlilik, anksiyete, depresyon belirtileri görülmektedir(19). Hay ve arkadaşları(2), İskoçyadaki menopoz kliniğindeki tedavi edilen 78 kadından 35'ine depresyon tanısı konulduğunu belirtmektedir. Hunter(20),

klimakterik dönemdeki fizyolojik değişikliklerin depresyon gelişimine etkisinin %2, bu döneme özgü psikososyal etkenlerin etkisinin ise %51 olduğunu bildirmektedir.

Postmenopozal kadınlarda yaygın olarak görülen ürogenital sistem semptomlarının, yaşla birlikte şiddeti ve sıklığı artmaktadır(15). 60 yaşın üzerindeki kadınların % 50'sinden fazlasında değişen derecelerde vajinal kuruluk, disparonya, vajinit yakınmaları görülmektedir. 60 yaşın üzerindeki kadınların %13'ünde de tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları ve % 29 'unda idrar inkontinansı şikayetleri görülmektedir(21).

Uzun süreli sorunlar içerisinde yer alan osteoporozun iki önemli yönü vardır. Birincisi, daha çok kalça kemiği, vertebra ve bilekte oluşan ve ciddi biçimde yaşam kalitesini azaltan kırıklar, ikincisi ise bu kırıkların yaşlı popülasyondaki maliyetidir(18,21,22). Tüm osteoporotik kırıkların %40'ını vertebra kırıkları, % 3'ünü ise kalça kemiği kırıkları oluşturmaktadır. Kalça kemiği kırığı olan olguların yaklaşık % 20'si bir yıldan fazla bir süre bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bilek kırıkları insidansının da menopozdan sonra arttığı belirtilmektedir(6,21). İngiltere'de her gün 14 kadın, kırığın komplikasyonları nedeniyle ölmektedir. Kırığın ilk 6 ayı içinde mortalite oranı %10-15'tir(23,24,25).

Menopozdan önce kadınlarda kardiyovasküler hastalık (KVH) görülme oranı, erkek popülasyonundan 6-10 kez daha düşüktür. Ancak menopoz sonrası bu oran 1/2'ye ulaşmaktadır(26,27,28,29). 50 yaşındaki beyaz bir kadında yaşam süresince KVH yakalanma olasılığı % 46, bu hastalıktan ölme olasılığı ise %31'dir. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)'nin KVH riskini azalttığını gösteren bir çok çalışma vardır(20,30). Stampfer ve arkadaşları(31)'nin yaptığı çalışmada HRT alan kadınlarda KVH riskinin, almayan kadınlara göre %50 azaldığı bildirilmiştir. 1994 yılı ölüm istatistiklerine göre, ülkemizde KVH'tan ölenlerin %28.5'ini kadınların oluşturduğu ve bu kadınların da %55'nin 55 yaş üzerinde olduğu görülmektedir(32).

Menopozla birlikte kadınlarda serebrovasküler hastalıklarda da artış olmaktadır. 59 yaşında beyaz bir kadının hayatının kalan kısmında serebrovasküler hastalığa yakalanma olasılığı %20 iken, bu hastalıktan ölme olasılığı %8'dir(8).

Yukarıda ki sorunları önleyerek yada en aza indirerek kadınların sağlıklı bir menopoz dönemi geçirmelerini sağlamak amacıyla kurulan menopoz kliniklerinde menopoz dönemine ilişkin,

a) Kadınlara, sağlık ve beslenme konularında danışmanlık hizmeti verilmekte ve

b) Osteoporoz riskine karşı HRT başlanan olgularda düzenli kontroller yapılmaktadır. Bu kontrollerde menopoz döneminde risk oluşturan meme ve üreme organı kanserlerine yönelik taramalarda yer almaktadır(6,33). Menopoz ile ilgili çalışmaların çoğu ise ilaç tedavisine yöneliktir. Hemşirelik mesleğinde yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren iyilik durumunu yükseltmeyi hedefleyen yaşam kalitesine yönelik çalışmalara önem verilmektedir. Hemşirelik girişimleri ailenin ve destek gruplarının katılımı ile birlikte kadınların menopoz

sorunları ile başa çıkmalarına ve menopozun gerektirdiği yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirmelerine yardımcı olmaktadır(1,34).

Hemşireler, ortayaş dönemindeki kadınlarda klimakterik dönemi tespit edip, osteoporozla ilişkin risk faktörlerini, kadının ortayaş dönemi nasıl algıladığını, onu etkileyen kültürel özelliklerini, cinselliğine ilişkin düşüncelerini, klimakterik döneme ilişkin bilgisini, fiziksel ve emosyonel değişikliklerini değerlendirebilmelidirler (1,35,36).

Bu bilgilerin ışığında hemşirelerin;

- Kadının menopoz ile ilgili fiziksel ve emosyonel değişiklikleri açıklayabilmesi,
- Menopoza ilişkin belirtilerin kadının günlük yaşamını etkilememesi;
- Kadında osteoporoz gelişmemesi veya minimal düzeyde etkilenmesi,
- Kadın ve ailesinin klimakterik olaylarla etkili bir şekilde baş edebilmesi,
- Kadın ve ailesinin klimakteriyumu gelişimsel yaşam dönemlerinden biri olarak görebilmesi,
- Kadının sağlık bakımına ilişkin karar verebilme sürecine katılabilmesi hedeflerine ulaşmayı sağlayacak, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verebilmesi için bireyin ve toplumun bilgi düzeyi, ihtiyacı, beklentileri gözönüne alınmalıdır(1,10,37).

Yapılan çalışmalar, kadınların kendi sağlıkları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Eroğlu(38)'nin yaptığı araştırmada kadınların kendi üreme organları hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Oskay(39)'ın yaptığı araştırmada kadınların büyük bir bölümünün klimakterik dönemdeki sağlık sorunları hakkında bilgi sahibi olmadıkları, eksik ve yanlış bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Özcan(40)'ın yaptığı araştırmada da kadınların hastalıklarına ilişkin bilgilerinin yetersizliğinin yanı sıra %44'ünde akıntı sorunu olduğu fakat hastaların bunu sorun olarak görmemeleri nedeni ile bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları saptanmıştır. Bilinmeyen ve önem verilmeyen sağlık sorunlarının çözümü daha zordur ve bireyi zamanında tedavi olmaktan alıkoymaktadır.

Kadınlarda klimakterik dönemde yaşanabilecek sorunların önlenmesi yada en aza indirilebilmesi için ebe ve hemşirelerin bu döneme özgü etkin hemşirelik bakımını planlayabilmesi, uygulayabilmesi zorunludur. Etkin hemşirelik bakımının planlanıp uygulanabilmesi için sorunun tanımlanması ilk aşamadır.

Bu nedenle kadınların klimakterik dönemdeki sağlık bakımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin, uygulamalarının ve tutumlarının tanımlanması gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde klimakterik dönem ile ilgili çalışma ve yayınların sınırlı olduğu, klimakterik dönemdeki kadınlara bakım ve desteklenmeye yönelik hizmetlerde

yetersizlikler olduğu görülmektedir. Bu durum klimakterik dönemdeki kadınlara ve aileye, sağlık bakımlarına ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeyi içeren hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Ebe ve hemşirelerin bu bakımı planlayabilmesi ve planın etkin olabilmesi için klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi düzeylerini ve varolan uygulamalarını saptamaları gerekmektedir. Bu nedenle bu araştırma 40-60 yaş kadınların bu döneme özgü sağlık bakımına ilişkin bilgilerini, uygulamalarını ve tutumlarını tanımlamak amacıyla yapılmıştır.



KONU İLE İLGİLİ YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR

2.1. KLİMAKTERİK DÖNEM

Klimakteryum, Yunanca "merdiven basamağı" anlamına gelen "klimakterikos" kelimesinden türetilmiştir ve kadınların üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği dönemdir. "Yaşamın değişikliği" de klimakteryum yerine kullanılan bir sözdür. Fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin ortaya çıktığı bu dönemin en önemli değişikliği son adet kanamasıdır(1,41,42).

Overyan etkinliğin kaybını takiben menstruasyonun tamamen sona ermesi anlamına gelen menopoza çoğu kez klimakteryumla eş anlamlı kullanılır(41,43). Menopoz yaşı ortalama 51.4 olmasına rağmen kadınların 35 ile 60 yaş arasında herhangi bir dönemde menopoza yaşadıkları bilinmektedir(43,44). Menopoz öncesi 2-6 yıllık süreye premenopoz, menopoza sonrakı 6-8 yıllık süreye postmenopoz, premenopoz, menopoz ve menopoz sonrası ilk bir yıllık süreye de perimenopoz denilmektedir(41,42,43,45).

Kadınlar doğal olarak menopoza yaşamanın yanı sıra, bazı sağlık sorunlarından dolayı cerrahi yolla menopoza girmektedir. Kadının cerrahi menopoza yaşaması için iki taraflı oofektomi yapılması gerekmektedir. Oofektomi yapılmamış ise overler aktivitelerini sürdüreceğinden kadın menopoza girmez. Ancak sadece histektomi yapılan olgularda da overleri besleyen arterlerin operasyon sırasında hasara uğraması nedeniyle sıcak basması gibi klimakterik yakınmaların görülebildiği bildirilmektedir(45,46).

2.1.1 Klimakterik Dönemin Fizyolojisi

Bir kız çocuğu doğduğu zaman overlerinde 2 milyon içinde oositleri de taşıyan primer folikül vardır. Puberteyle bu sayı 300 bine kadar düşmektedir. Üreme çağında oositlerin büyük bir kısmı atrezi ile yok olurken, yalnızca 400-500'ü ovulasyonla atılmaktadır. Böylece atrezi ve ovulasyon nedeni ile oosit sayısında yaşla birlikte sürekli bir azalma görülmektedir. Menopozun fizyolojisinin temel özgesi de folikül tükenmesidir(42,47,48).

Son yıllarda sigara içme, bekarlık, nulliparite ve düşük sosyo-ekonomik düzey gibi faktörlerin erken folikül tükenmesine neden olduğu görüşü benimsenmektedir. Birçok çalışmada sigara içme ile erken folikül tükenmesi arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmektedir(17,47,48,49).

Folikül tükenmesine bağlı olarak önce progesteron sonra östrojen düzeyi giderek düşmeye başlar. Vücutta östrojenin 3 farklı formu vardır. Bunlar, üreme çağında over foliküllerinden salgılanan östradiol, sadece gebelikte salgılanan östriol ve periferik dokulardan sentezlenen östron'dur(49). Menopoz sonrası giderek düşen

östrojende en fazla azalma östrodiol'dedir. Östradiol seviyeleri, genç kadınlardaki menstrual siklusun herhangi bir dönemindekine oranla belirgin derecede düşüktür. Hem östron hemde testesteron periferik dokularda östradiole dönüşmesine rağmen, yaşlı kadınlarda dönüşümün büyük bir kısmı östronun östradiol'e dönüşmesiyle olmaktadır(1,48,50).

Postmenopozal dönemde etkin olan östrojen östrondur. Postmenopozal kadınlarda östron, premenopozal kadınlardaki menstrual siklusun erken folliküler fazındaki değerlere yakın düzeydedir. Östronun büyük bir bölümünü oluşturan androstenedionun, periferal aromatzasyonunun yağ, kas, karaciğer, kemik iliği, beyin, fibroblastlar ve saç köklerinde olduğu tespit edilmiştir. Hangi tip hücrenin total dönüşüme ne derecede katkıda bulunduğu ise belirlenememiştir. Ancak yağ hücreleri ve kas dokusu %30 oranında dönüşümden sorumludur(42,48,50,51).

Menopozla birlikte FSH daha fazla olmak üzere hem FSH hem de LH seviyeleri yükselir. Bunun östrojen ve progesteronun hipotalamik ve adenohipofizer kompleks üzerine negatif feedback uyarısının yetersizleşmesi ve premenopozal dönemde kalan foliküllerin FSH uyarımına direncinin artması sonucu hipofizin aşırı uyarılmasıyla oluştuğu düşünülmektedir. FSH düzeyinin 40mlu/ml'den yüksek olduğu durumlar kadının menopozla ulaştığını gösterir(50,51,52).

2.2. Klimakterik Dönemde Yaşanan Değişiklikler

Overlerde oluşan bu fonksiyonel değişiklikler birçok sistem ve dokularda değişikliklere ve semptomlara neden olmaktadır. Bu değişiklikler aşağıdadır.

2.2.1 Ürogenital Sistem

Fertilitedeki azalma ve bazı premenopozal kadınların "sıcak basması" yakınmalarına rağmen klimakterik dönemin ilk belirtisi menstrual siklustaki değişikliktir. Düzenli siklus aralıklarından, menopoz amenoresine geçiş belirgin menstrual düzensizlik dönemiyle karakterizedir. Bu geçiş döneminin süresi kadınlar arasında büyük farklılıklar gösterir. Erken yaşta menopozla girenlerde amenoreden önceki siklus düzensizliği daha kısa sürelidir. Daha ileri yaşta menopozla girenlerde ise genellikle düzensiz, kısa yada uzun menstruasyon aralıkları ve tüm siklus uzunluğunda ve değişkenliğinde artma ile karakterize bir menstrual düzensizlik dönemi geçirirler. Bu düzensizliklerin nedeni overyumdaki folliküllerin düzensiz maturasyonudur(41,42,44).

Üreme organlarında östrojen seviyesi azaldıkça vagen epitelinde farklı derecelerde atrofik değişiklikler olur. Vajinal rugular giderek düzleşir. Yüzeyel kapillerlerin yırtılmasına bağlı olarak koyu kahverengi akıntı oluşur. Epitel hücrelerindeki glikojen miktarındaki azalmaya bağlı olarak vagen pH'sında artış olur. Bu artışa bağlı olarak flora değişmekte ve vagina enfeksiyonlara karşı eğilimli hale gelmektedir. Böylece vaginal yanma, irritasyon ve puritis oluşma riski artar(41,47).

Östrojenin çekilmesiyle servikte de atrofik değişiklikler oluşur. Genellikle serviks küçülür, servikal mukus salgısında azalma olur. Bu da, disparonyaya neden olabilecek vaginal kuruluğa katkıda bulunur(48,51,52). Hotun(53)'un klimakterik dönemdeki 321 kadın üzerinde yaptığı araştırmada, olguların %42.4'ünün disparonya yakınması olduğu belirlenmiştir.

Hem endometriyumun hem de myometriyumun küçülmesiyle birlikte uterus atrofisi de olur. Bu küçülme, küçük ve orta büyüklükte uterus myomları olan kadınlar için faydalıdır. Vulvada belirli ölçüde atrofi gelişmekte labialar da ve mons pubis dokularında gevşeme ve sarkma görülmektedir. Üreme organlarının destek yapılarını oluşturan fascia ve kaslarda, organları yerinde tutan ligamentlerde östrojen seviyesi azaldıkça tonus kaybı gelişmektedir. Bu durum ilerleyen yıllarda uterus prolapsusuna neden olabilmektedir(48,51,54).

2.2.2. Vazomotor Sistem

Klimakterik dönemde en yaygın olarak görülen vazomotor değişiklikler yüz kızarması, sıcak basması ve gece terlemesidir. Fakat bu belirtilerin üçü birden "sıcak basması" olarak adlandırılır(42,54). Birçok kadın sıcak basmasının kafada basınç hissi ile başladığını vurgular. Sıcak basması yüz, boyun ve göğüste sıcaklık veya yanma hissi bunu takip eden baş, boyun, göğüs kafesinin üst kısmı ve sırtta daha belirgin olmak üzere terleme atağı ile karakterizedir. Sıcak basması ile birlikte bulantı, baş dönmesi, baş ağrısı, çarpıntı hissi, ter boşalması ve üşüme gibi belirtilerde görülür. Tüm atağın süresi bir anlık olabileceği gibi 10 dakika kadar da sürebilir. Ortalama sıcak basma süresi 4 dakikadır. Sıklığı saatte 1-2 kez ile haftada 1-2 kez arasında değişir(42,47,51).

Daha az sıklıkta görülen vazomotor semptomlar ise yorgunluk, uyuşukluk, dikkat toplayamama, kalp çarpıntısı, nefes darlığı ve titremelerdir(41).

Sıcak basmaları alkol, baharatlı yiyecekler, sıcak hava, emosyonel sıkıntılar ve hatta sıcak bir oda gibi uyarılarla başlayabilmektedir. Sıcak basmalarının etiyojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte, menstrual siklusun feed-back mekanizmasındaki değişiklikleri hipotalamustaki Gonadotrop Releasing Hormon (GnRH) nöronlarının etkiledikleri düşünülmektedir. Bu nöronların termoregülatör merkeze yakınlığı da sıcak basması nöbetlerini başlatabilmektedir(35,42,52).

Hunter(20) vazomotor belirti sıklığının %50-60 arasında değiştiğini belirtmiştir. Holte and Mikkelsen(55) Norveç'te geniş bir örneklem üzerinde yaptıkları çalışmada, menopoza durumu, psikososyal faktörler ve menopoza özgü şikayetler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde edilen en belirgin sonuç vazomotor belirtiler ve vaginal kuruluğun doğrudan menopoza ilgili olduğudur. Hotun(53)'da yaptığı araştırmada olguların %72.9'unda sıcak basması-terleme, %71.3'ünde uykusuzluk-yorgunluk, %68.8'inde baş ağrısı-başdönmesi, %53.6'sında çarpıntı şeklinde vazomotor semptomlar olduğunu saptamıştır.

2.2.3. Emosyonel Durum

Perimenopozal dönemdeki kadınlarda en sık görülen rahatsızlıklar, sinirlilik, gerginlik, inişli-çıkışlı ruhsal durum, anksiyete, depresyondur. Stewart et al.(56) araştırmasında menopoz kliniklerine başvuran premenopoz döneminde ve menopoz dönemindeki kadınların psikolojik stres düzeyleri karşılaştırılmıştır. Premenopoz dönemindeki kadınların aldıkları puanlar menopoz dönemindeki kadınların aldıkları puanlardan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar premenopoz dönemindeki kadınların menopoza ilişkin değişimlerin yeni deneyimlenmeye başladığı bir geçiş döneminde olması nedeni ile daha yoğun bir stres yaşadıklarını ancak, menopoz dönemindeki kadınların bu geçişi tamamladıkları için daha rahat olduklarını ifade etmişlerdir.

Menopozun kendine özgü stres faktörlerinin olduğu orta yaş dönemine rastlaması emosyonel yakınmaları artırır. Çocukların evden ayrılması, yaşlı ana/babalara bakma ihtiyacı, aile yakınları yada arkadaşlarından birinin ölmesi, eşinden ayrılma orta yaş döneminde kadınların yaşadığı stresi artıran faktörlerdir(5,41).

Yaşadığı toplumun kültürel yapısı ve kadının menopozu algılayış biçimi, tutumu menopozdaki emosyonel durumu etkileyen bir başka faktördür. Kadınların bir kısmı menopozu yaşlılığın ilk basamağı, fiziksel güç, enerji ve cazibenin kaybı olarak algılamaktadır. Batı kültüründeki kadınlar yaşlanmayı rol ve statü kaybı olarak algılamakta ve daha çok stres yaşamaktayken Hindistan ve Uzakdoğu gibi ülkelerde yaşlanma ile birlikte kadın toplumunda saygın bir statü kazandığından depresyon daha az görülmektedir(41,57). Ancak Uçanok(58)'un yapmış olduğu çalışmada menopozla ilişkin tutumun yaş, medeni durum ve eğitim ile ilişkisi anlamlı bulunurken, menopozla ilişkin tutum ile menopozla ilişkin belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmacı bu durumu çalışmada menopozla ilişkin belirti ile tutum arasındaki ilişki incelenirken diğer araştırmalardan farklı olarak 29 ile 60 yaş grubu arasındaki tüm grubun kullanılmış olması ile açıklamaktadır.

2.2.4. İskelet Sistemi

Postmenopozal devrede tüm kadınlarda değişen derecelerde kemik kaybı meydana gelmektedir. Postmenopozal osteoporoz olarak adlandırılan bu durum en yaygın kemik hastalığı olup önemli derecede mortalite ve mali kayıplara neden olmaktadır(41,42).

Postmenopozal osteoporoz multifaktöryel bir hastalıktır ve hala patogenezi tam aydınlatılamamıştır. Ayrıca postmenopozal osteoporozun klinik bulguları ortaya çıktığında tedavinin başarı şansı azalmaktadır. Bu nedenle osteoporozda tedaviden daha çok koruma önem kazanmaktadır(59).

Postmenopozal osteoporozun gelişmesinde östrojen eksikliğinin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ancak mekanizma tam açıklanamamıştır. Östrojenin vücutta

1.25 dihidroksivitamin D3 sentezini arttırarak, kalsitonin hormonun sekretuar yedeğini koruyarak ve paratiroid hormonun osteoklastik etkisini azaltarak etkili olduğu kabul edilmektedir(42,59).

Osteoporozu neden olan diğer faktörler ise, genetik ve etnik faktörler, mekanik faktörler, besinsel faktörler, endokrin faktörler, sigara ve alkol kullanımınıdır.

Genetik ve Etnik Faktörler: Beyaz ırkta erişilen maximum kemik kitlesi daha düşüktür ve osteoporoz görülme yaşı erken, kırık görülme riski ise daha yüksektir. Ailelerde kemik kitlesinin dominant özellik gösterdiği, ikizlerde ön kol kemik kitlesinin benzer olduğu ve monozigotlarda vertebra kemik kitlesinin dizigotlara göre daha yakın olduğunu gösteren sonuçlar kemik kitlesini belirleyen kalıtsal genlerin varlığını göstermektedir(59,60).

Mekanik Faktörler: Kemik yoğunluğu mekanik stres olmadığında azalmaktadır. İmmobilizasyon sonrası başlangıçtaki hızlı kemik kitlesi kaybını, daha sonra bir plato dönemi izler. Uzayda yerçekimsiz ortamda geçen 25 haftalık dönem sonrası trabeküler kemik hacminde %33'lük bir azalma gelişmiştir(6,41,42,60).

Besinsel Faktörler: Son araştırmalar 35 yaşından sonra diyetle yeterli bir kalsiyum alımının osteoporoz gelişimine karşı koruyucu olmadığını göstermiştir. Günümüzde diyetle kalsiyum ile desteklemenin rolünün kemik kitlesi zirvesine ulaşma zamanı olan çocukluk ve erişkinlik yaşamında önemli değeri olduğu kabul edilmektedir(6).

Yine de yeterli bir kalsiyum diyeti tüm yaşlarda önemlidir. Vücut kalsiyumunun %99'u kemikte depolandığı için, yeterli Ca alımının mineralizasyonda önemli etkisi vardır. Menopoz öncesi gerekli Ca miktarı 1000 mg/gün olarak belirlenirken, menopoz sonrası bu değer, emilimin azalması nedeniyle 1500 mg/güne yükselir. Toplumda alınan ortalama Ca miktarının ise 600 mg/gün olduğu belirlenmiştir. Bu miktar, negatif bir Ca dengesine yol açar. Yeterli Ca alımının kemik kitlesi kaybını önlediğini gösteren çalışmalar olduğu gibi, tam tersi sonuçlar da vardır. Bu sonuçlar yalnız Ca alımının kemik yoğunluğunu belirlemede yeterli olmadığını, genetik ve mekanik faktöründe önemli etkileri olduğunu göstermektedir(42,59).

Endokrin Faktörler: Paratiroid hormon, vitamin D, kalsitonin kemik fizyolojisi ile ilişkili başlıca endokrin faktörlerdir(47).Kemik kitlesinin oluşumunda ve sürmesinde kalsiyum temel yapı taşıdır. Vitamin D'nin aktif formu (1.25 dihidrokolekalsiferol) bağırsak mukozasında kalsiyum bağlayıcı protein sentezini başlatarak, kalsiyum emilimine aynı zamanda kemiklerden de kalsiyumun kana geçmesine olanak sağlar. Eksikliğinde serum kalsiyum düzeyi düşer. Paratiroid bezlerden, paratiroid hormon salgılanır. Paratiroid hormon böbreklerden kalsiyumun geri emilimini, böbreklerde 1.25 Dihidrolekalsiferolü oluşturarak kalsiyum emilimini ve osteoklast aktivitesini uyararak kemiklerdeki kalsiyumun kana geçmesini sağlar ve serum kalsiyum düzeyini uygun sınırlarda tutar(52).

Östrojenin intestinal kalsiyum emilimini ve dolaşımdaki vitamin D'nin aktif formunu artırır. Ayrıca kalsitonin yapımını stimule ederek kemiklerden kalsiyum çekilmesini önler. Postmenopozal dönemde östrojenin düzeyinin düşmesine bağlı olarak bu fonksiyonlar yerine getirilememektedir(59).

Alkol alımının direkt osteoblastlar üzerinde baskılayıcı etkisi olduğu bildirilmektedir. Yine, sigara içiminin karaciğerde hormonların eliminasyonunu hızlandırarak, serum östrojen düzeyini azalttığı ileri sürülmektedir(53,59).

2.2.5. Kardiyovasküler Sistem

Kardiyovasküler sistem açısından yüksek dansiteli lipoproteinlerin (HDL) koruyucu rolü olduğu, ama düşük dansiteli lipoproteinlerin (LDL) ve çok düşük dansiteli lipoproteinlerin (VLDL) hastalık riskini artırdığı belirtilmektedir(39). Menopozdan önce östrojenin etkisi ile HDL'nin düzeyi yüksek olduğundan kardiyovasküler hastalık gelişme riski azalmaktadır.

Postmenopozal dönemde kadınlarda östrojen azalmasına bağlı olarak VLDL ve LDL düzeyleri yükselirken HDL düzeyi düşmektedir. Bu durum kadınlarda kardiyovasküler hastalığa karşı varolan doğal korumanın zayıflamasına neden olmaktadır. Hormon replasman tedavisi LDL düzeyindeki artışa engel olsa da trigliserid düzeyinde belirgin bir yükselmeye neden olmaktadır. Postmenopozal dönemde LDL ve HDL düzeyindeki değişiklikler ve yaşlanmaya bağlı gelişen belirgin değişiklikler kardiyovasküler hastalık riskini artırabilir(3).

2.2.6. Deri

Menopozal kadınlar, lokal hiperpigmentasyondan, depigmentasyondan (rengin açılması), cilt kurumasından, deri elastikiyetinin azalmasından ve buruşmasından şikayet etmektedirler. Östrojen düzeyinin azalmasına bağlı tüm deride ve ağız mukozasında atrofi başlamakta, derialtı yağ dokusunda azalma görülmektedir(41).

2.3. KLİMAKTERYUM DÖNEMİNDE TEDAVİ

2.3.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Menopozal dönemde östrojenin çekilmesi ile ortaya çıkan semptomların ve uzun vadede ortaya çıkan osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde östrojen ve progesteronun dışarıdan verilmesine Hormon Replasman Tedavisi (HRT) denilmektedir. Uterusu alınmış kadınlarda, endometriyumun proliferasyon ve neoplazma riski ortadan kalktığı için yalnız başına östrojen replasman tedavisi (ERT) uygulanmaktadır(53,61).

Hormonlar ilk defa 1920'li yıllarda, kurutulmuş koyun overlerinden elde edilerek tedavide kullanılmaya başlanmıştır. 1960'lı yılların başında Amerika'da kullanılmaya başlanan sadece östrojen tedavisi nedeniyle endometriyal kanser insidansı 1969'dan 1973'e kadar belirgin bir artış göstermiştir. Daha sonra bu tedaviye progesteron ilave edilmiş ve kombine tedaviye başlanmıştır. Bugün birçok araştırmada progesteron ilavesinin endometriyumu koruduğu gösterilmektedir(28,39,53). Ancak Beresford S.A.A. et al.(61)'un yaptığı çalışmada uzun süreyle kombine östrojen ve siklik progesteron tedavisi gören postmenopozal kadınlarda endometriyal kanser riskinde her ay 10 gün yada daha uzun süreyle progesteron eklense bile HRT tedavisi görmeyenlere oranla artış olduğu saptanmıştır. Bu artışın yalnız östrojen alan kadınlardaki artıştan daha az olduğu görülmüştür.

Postmenopozal periyotta HRT'nin meme kanseri riski ve progesteronun meme dokusu üzerine etkisi konusunda kesin bir görüş birliğine varılamamıştır. Yapılan çalışmalarda, östrojen tedavisine progesteron ilavesinin meme kanseri riskinde anlamlı bir değişiklik oluşturmadığını göstermiştir. Uzun süreli prospektif bir çalışmada, östrojen replasman tedavisinin 34 yaşından genç kadınlara verilmesinin, meme kanseri riskini artırmasına karşı 45 yaş ve sonrası verilenlerde böyle bir risk artışı izlenmemiştir. HRT alan postmenopozal kadınlardaki mammografik değişiklikler hakkında yapılan bir çalışmada tek başına östrojen verilmesinin kist ve fibroadenomların boyutlarını arttırdığı, östrojen + progesteron kombinasyonunun ise memede yalnızca yaygın yoğunluk artışına neden olduğu gösterilmiştir(30).

Tıp otoriteleri, kadınlar ve medya arasında hormonal tedavi konusunda tartışmalar sürerken günümüzde komplikasyonsuz ve en az yan etki yaratacak tedavi modelleri üzerinde çalışmalar yoğunlaşmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki 70 yaşın üzerindeki kadınlarda osteoporatik kırık ve KVH'dan ölme riski endometriyal kanserden ölme riskinden çok daha yüksektir. Bu nedenle bu gün tıpta genel eğilim, menopoza yaklaşan ve giren ve belirgin bir kontrendikasyonu bulunmayan tüm kadınların tedavi edilmesi yönündedir(53). Ancak klimakterik dönemdeki kadınlar bu tedaviye karar verirken, mutlaka doktorları ile birlikte kendi durumlarını, tedavinin yarar ve zararlarını değerlendirdikten sonra karar vermelidirler.

2.3.2. Hormon Replasman Tedavisinin Kontrendikasyonları (28,39,42,53)

- Akut vasküler trombozu,
- Nörooftalmolojik vasküler hastalığı,
- Bilinen yada kuşku duyulan meme ve endometrium kanseri,
- Tanı konmamış anormal uterus kanaması,
- Karaciğer fonksiyon yetmezliği,
- Akut karaciğer hastalığı olan kadınlarda HRT kontrendikedir.

2.3.3. HRT'nin Kontrollü Verilmesi Gereken Durumlar (28,39,42,53)

- Var olan konvülzyonlar
- Hipertansiyon

- Fibrokistik hastalık
- Uterus leiomyomu
- Kollajen hastalık
- Ailesel hiperlipidemi
- Diabetes Mellitus
- Migren
- Kronik trombofilebit
- Safra kesesi hastalığı

2.3.4. HRT Uygulama Yolları

Transdermal HRT: Kronik hastalığı olan kadınlarda daha çok tercih edilmektedir. Doğal over fonksiyonlarını sürdürmede kullanılan lokal bantlar daha düşük dozlarda daha fizyolojik etki oluşturlarken, pıhtılaşma faktörlerinde ve diğer karaciğer proteinlerinde değişiklik oluşturmazlar(26,27,28).

Oral HRT: En sık kullanılan yoldur. Tabii östrojenler ağızdan alındığında gastrointestinal sistem ve karaciğerde metabolize olduklarından serum östrojen düzeyini hızlı bir şekilde yükseltirler. Ancak oral yol, dozun daha kesin hesaplanabilmesi, sıklık tedavi uygulanabilmesi, gerektiğinde tedavinin derhal kesilebilmesi nedeniyle tercih edilir(12,15,28).

Subkütan HRT: Etken madde olan östrodiol kanülle karın duvarının subkütan dokusuna yada gluteal bölgeye yerleştirilir. 3-10 gün içerisinde etki gösterir. Genellikle implantların 6 ayda bir yenilenmesi gerekir(36,53).

Vaginal HRT: Sistemik semptom profilaksisinde etkisi yoktur. Alt üriner sistem ile ilgili lokal semptomların giderilmesinde kullanılmaktadır. Vaginal krem veya vaginal ovuller şeklinde bulunmaktadır(28,30).

Parental HRT: Östrojenler kas içi, damar içi ve intranazal olarak kullanılabilir(53).

2.3.5. Östrojenlerin Verilme Şekilleri

- Tek başına devamlı östrojen verilmesi
- Tek başına 3'er haftalık sikluslar halinde östrojen verilip, sikluslar arasında birer hafta ara verilmesi
- 3 haftalık sikluslar halinde östrojen verilmesi, 2.hafta sonundan itibaren tedaviye 1 hafta progesteron eklenmesi ve her tedavi siklusu arasında tedaviye 1 hafta ara verilmesi
- Devamlı olarak verilen östrojen tedavisinde 3. Haftanın sonundan itibaren bir hafta süre ile progesteron eklenmesi
- Devamlı östrojen ve progesteron verilmesi şeklinde tedavi uygulanmaktadır(12,28).

2.4. KLİMAKTERİK DÖNEMDE PLANLANAN VE UYGULANAN HEMŞİRELİK İŞLEVLERİ

Klimakterik dönemde kadının sağlık bakımının istendik düzeye yükseltilmesi için menopoza kliniklerinde uygulanan tıbbi tedavinin yanısıra sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireler tarafından kadının sağlık sorunlarının saptanması, bakımın planlanıp, uygulanması ve değerlendirme aşamalarında eğitici, danışman, uygulayıcı ve destekleyici roller üstlenilmesi gerekmektedir.

Hemşireler, menopoza hakkında kadını/ailesini bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamaları düzeltmek ve anksiyeteyi gidermek, kadınların bu dönem ile ilgili sorunlarla başa çıkabilmesine ve uyum sağlayabilmesine yardımcı olmak, danışmanlık yapmak, kadınları uygulanan tıbbi tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmek, cinsel yaşam, beslenme, egzersiz ve sosyal aktiviteye yönelik kadın ve ailesine sağlık eğitimi vermek, hedeflerine ulaşmak için hemşirelik işlevlerini planlamalı ve uygulamalıdır. Bu hemşirelik işlevlerinin planlanıp uygulanması kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesi için önemli ve gereklidir. Bu amaca yönelik hemşirelik işlevleri aşağıdadır.

Vazomotor Değişiklikler; Klimakterik dönemdeki kadınlarda görülen sıcak basmasının kadını daha az rahatsız etmesi için yapılabilecek uygulamalar (1,35,41):

- Yemeklerde E vitamini içeren ıspanak, yer fıstığı, çiçek yağı, soya fasulyesi, buğday gibi gıdalara yer verilmesi. Düzenli olarak E vitamininin alınması
- Aşırı sıcak ortamdan uzak durulması
- Sıcak basmasını başlattığı belirlenmişse, sigara, çay, kahve, alkol ve baharatlı yiyeceklerden uzak durulması
- Isınma duygusu sırasında kolay çıkarılabilecek giysiler giyilmesi. Kullanılan iç çamaşırlarında teri emen cinsi tercih edilmesi
- Ortama uygun soğutma tekniklerinin kullanılması. Fan, ısınan bölgelere buz uygulama, yaş soğuk uygulama, olanak varsa ılık duş yapılması
- Sıcak basması sırasında, sakin ve rahat bir şekilde oturup, gözlerini kapatarak, karda yalınayak yürümeyi hayal etmesinin sıcaklık duygusunu azaltabildiğinin belirtilmesi
- Rahat bir yere oturarak derin ve yavaş nefes alıp verilmesinin yararlı olduğu belirtilen uygulamalardır.

Ürogenital Değişiklikler; Üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi için,

- Genital hijyenin önemini anlatılması,
- Enfeksiyonlar hakkında bilgi verilmesi,
- Konstipasyonun önlenmesi,
- Günde en az 6-9 bardak su içmesi önerilmesi,
- C vitamini, Cranberry suyu (bataklıkta yetişen kıvılcık benzeri bir meyve, Vaccinium macrocarpum) yoğurt yenilmesinin önerilmesi,

- Cinsel ilişkiden önce ve sonra idrar yapmasının önerilmesi ve ilişki öncesi bir bardak su içilmesi,
- Stres inkontinansının önlenmesi için kegel egzersizleri öğretilmelidir(1,35,38,41).

Kegel egzersizleri pelvik taban kas egzersizleridir ve gevşeyen pelvik kas tonusunun tekrar kazanılmasını sağlar. Bu egzersizler günde 6 kere her biri 15 saniyeden 15 defa tekrarlanmalıdır. İdrar akımını durduran pubokoksikal kasların yeri tespit edildikten sonra egzersizler üç şekilde yapılır:

1. **Yavaş;** kaslar kasılır üç sayıncaya kadar tutulur, sonra gevşetilir,
2. **Hızlı;** kaslar mümkün olduğu kadar hızlı olarak sıkılır ve gevşetilir
3. **İçe çekme-dışa itme;** vaginada var olduğu düşünülen suyu yukarı doğru emer gibi pelvik taban sıkılarak yukarı çekilir, sonra bu suyu itmeye çalışır gibi aşağı doğru ıkınılır(1,43).

Cinsel yaşam menopozla birlikte sona ermez. Ancak bu dönemde üreme organlarındaki değişikliklere bağlı sorunlar yaşanabilmektedir. Cinsel sorunların çözümünde danışmanlık yapılmalıdır. Klimakterik dönemdeki kadın ve eşi ile seksüel davranış biçimleri tartışılıp, uygun önerilerde bulunmalıdır.

Bu öneriler:

- Eşler arasında iletişimin artırılması,
- Ön sevişme için yeterince zaman ayrılması,
- Duyarlı dokuların dikkatli uyarılması,
- Suda çözünen kayganlaştırıcı ve nemlendiricilerin kullanılması,
- Seksüel pozisyonlarda değişikliklerin yapılması,
- Perineal kas tonusunun artırılması için kegel egzersizlerin uygulanması,
- Düzenli seksüel aktivitenin sürdürülmesi şeklinde sıralanabilir(10,45,53)

İskelet ve Kardiyovasküler Değişiklikler; Menopozda östrojen düzeyinin azalmasına bağlı kalsiyum absorpsiyonu bozulacağından gelişebilecek osteoporozisin önlenmesi ve KVH riskinin azaltılması için beslenme eğitimi ve danışmanlık yapılmalıdır. Kadına,

- Kalsiyum ve D vitamini yönünden zengin gıdalarla beslenmesi, (klimakterik dönemdeki kadınlarda elzem olan kalsiyumun ana kaynağı süt ve süt ürünleridir. Ancak kalp-damar sağlığı açısından sütün kaymağı alınmalı yada yağ oranı azaltılmış süt ürünleri tercih edilmelidir)(35,41).
- Yağlı karbonhidratlı besinlerden kaçınması,
- Yemeklerde sıvı yağ ve özellikle zeytinyağını tercih etmesi,
- Meyve ve sebze yönünden ağırlıklı beslenmesi,
- Protein kaynağı olarak bitkisel proteinleri (bakliyat gibi) ve beyaz eti (balık, derisi ayrılmış kümes hayvanları gibi) kullanması önerilmektedir(41,53).

Klimakterik dönemde egzersiz sadece osteoporozla başetmeyi sağlamakla kalmaz, kardiyovasküler sağlığı koruma ve yükseltme, genel sağlık düzeyini yükseltme, kendine güven kazandırma, sigarayı bırakmada yardımcı olma gibi sayısız yarar sağlar. Kadınlar haftada 3-5 kere normal konuşmayı sürdürebilecek yoğunlukta (konuşmayı engelleyecek nefes hızına ulaşmadan) 30 dakikadan az olmamak kaydıyla egzersiz yapmalıdırlar(24,62).

Derideki Değişiklikler; Klimakterik dönemdeki kadın menopozla birlikte deride buruşma, sarkma, kuruluk, kaşıntı ve kahverengi lekelenmeler yaşamaktadır. Kadınların bu sorunlarla başetmesinde,

- Bol sıvı alması,
- A ve E vitamininden zengin beslenmesi,
- Güneş ışığından korunması,
- Ilık banyo yapması,
- Banyo yağı kullanması,
- Sık sık nemlendirici kremler kullanması,
- Sabun yerine deriyi nemlendiren temizleyicileri kullanması,
- Pamuklu giysileri tercih etmesi,
- Lekeleri yok etmek için lazer, dondurma tekniği veya elektrik akımı gibi teknikleri kullanması önerilebilir(47,63)

Emosyonel Değişiklikler; Emosyonel değişikliklerden kaynaklanan sorunları önlemek için kadınlara,

- B, E ve C vitamininden zengin beslenmesi,
- Kendisine sıkıntı yaratan durumları listeleyip çözüm araması,
- Yeni uğraşlar bulması,
- Egzersiz yapması,
- Uygun beslenme programı uygulaması,
- Dinlenmek için kendine zaman ayırması,
- Giyim, makyaj ve bakımına özen göstermesi,
- Sigara, alkol gibi kötü alışkanlıkları bırakması,
- Stres azaltma tekniklerini kullanması,
- Düzenli uyuması önerilebilir(32,47,63).

BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Kastamonu ili Merkez İlçesindeki klimakterik dönemdeki (40-60 yaş) kadınların, bu döneme özgü sağlık bakımlarına ilişkin bilgilerinin, varolan uygulamalarının ve menopoza ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kastamonu ili Merkez İlçesindeki üç sağlık ocağından Merkez Sağlık Ocağının hizmet verdiği alanda yapılmıştır. Merkez ilçede, Merkez Sağlık Ocağı, Hayri Darendede Sağlık Ocağı ve Kuzeykent Sağlık Ocağı olmak üzere üç sağlık ocağı olmasına rağmen, Hayri Darendede Sağlık Ocağı ve Kuzeykent Sağlık Ocağında sağlıklı ve sistemli veriler bulunamamıştır. Bu durumun her iki sağlık ocağının da hizmetlerinin yeni başlaması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma, Merkez Sağlık Ocağının hizmet verdiği alanda ki 40-60 yaş kadınların evlerine gidilerek yapılmıştır. Merkez Sağlık Ocağında 3 hemşire 13 ebe çalışmaktadır. Ebeler tarafından ev ziyaretleri yapılmaktadır. Ancak bu ziyaretlerde sadece gebe izlemi yapıldığı görülmektedir. Bu sağlık ocağında, 3748 40-60 yaş kadın nüfusa hizmet verilmektedir.

Kastamonu ili tüm nüfusu 1990 yılında 423611 olarak tespit edilmiştir. Toplam nüfus içerisinde kadın nüfus oranı %52.18'dir. Merkez İlçe nüfusu 51560 olup bu nüfusun 24991'i kadındır. Merkez ilçedeki 40 yaş ve üstü nüfus %26.57'dir(8).

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Kastamonu ili Merkez ilçesindeki 40-60 yaş kadın nüfusu oluşturmaktadır. Merkez ilçede 1990 yılı verilerine göre, 40-60 yaş arası 5325 kadın bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme kapsamına evrendeki Merkez Sağlık Ocağının hizmet verdiği alandaki 40-60 yaş arası kadın nüfustan basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 358 kadın alınmıştır. Örnekleme kapsamına alınan kadınların klimakterik dönemde olmalarının dışında hiçbir özelliklerine bakılmamıştır.

Örneklemin büyüklüğü evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda olayın görülüş sıklığına göre örneklemden birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan

$$n = \frac{Nt^2.pq}{d^2.n-1 + t^2.pq} = \frac{5325 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.005^2 (5325-1) + 1.96^2 .0.50.0.50} = 358$$

Formülüyle bulunmuştur(64).

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: evrendeki birey sayısı:5325

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer: 1.96

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı(olasılığı): 0.50

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı): 0.50

d:Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen -,+ sapma: 0.0005

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada örneklem seçilirken tabakalı rastgele örneklem yöntemi kullanılması düşünülmüştür. Bilgi düzeyinin eğitimle yakından ilişkili olması nedeniyle tabaka kriteri olarak eğitim ele alınmak istenmiş ancak araştırmanın yapıldığı yer olan Merkez Sağlık Ocağı'nda gerekli veriler bulunamamıştır. Bu nedenle araştırmada örneklem seçilirken basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmada verilerin toplanmasında konuya ilişkin literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından, kadınların klimakterik dönemdeki sağlık bakımlarına ilişkin bilgi düzeylerini, bu döneme özgü sağlık bakımlarına ilişkin uygulamaları belirlemek amacıyla geliştirilen soru kağıdı ve Uçanok(58)'un farklı yaş gruplarında ki kadınların menopoz yaşantısı ve sonrasına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirdiği Menopoz İlişkin Tutum Ölçeğinden oluşan anket formu kullanılmıştır.

Araştırmacı tarafından geliştirilen soru kağıdı bu alanda 5 uzmana verilmiş ve uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ek 1'de örneği sunulan soru kağıdında;

1. Kadınlara ilişkin tanıtıcı sorular (Ek1-A),
2. Kadınların klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarını belirleyen sorular (Ek 1-B,A sütunu ve soru 63),
3. Kadınların klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları bilme durumlarını belirleyen sorular (Ek 1-B,B sütunu ve soru 64),
4. Kadının kendisinin yaşadığı sorunları ve yaptığı uygulamaları belirleyen sorular(Ek1-B) yer almıştır.

Menopoza İlişkin Tutum Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uçanok (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerliliğini saptamak için 110 kişiden oluşan bir örneklem alınmıştır. Ölçek maddelerinin, testten düşük ve yüksek puan alan grupları ayırtetme gücüne sahip olup olmadığına bakılmış ve grupları anlamlı ölçüde ayırtedemeyen maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Geriye kalan 20 maddeden oluşan ölçeğin geçerliliğinin sağlandığı kabul edilmiştir.

Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlılık ve test tekrar test yöntemi ile puan değişmezliği açısından incelenmiştir. Ölçeğin tümü için iç tutarlılık katsayısı .86 olarak bulunmuş ve böylece maddelerin güvenilir ölçüm yaptığı kabul edilmiştir.

3.6.2. Ön Uygulama

Soru kağıdında ki soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla Kastamonu Merkez ilçede ki 40-60 yaş grubu 10 kadın üzerinde ön uygulama yapılmış ve elde edilen sonuçlara göre anlaşılamayan sorular araştırmacı tarafından yeniden düzenlenerek araştırmada kullanılan anket formunda yer alan, soru kağıdı oluşturulmuştur.

3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmada kullanılan anket formu örnekleme alınan 40-60 yaş grubu kadınların evlerinde, yüzyüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. Veriler, araştırmacı ile beraber Kastamonu Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinden oluşan ve anket formuna yönelik araştırmacı tarafından eğitim verilmiş 20 görüşmeci aracılığıyla toplanmıştır. Her görüşme ortalama 40 dakika sürmüştür. Uygulama sonrası kadınlara ihtiyaçları doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formundaki bilgi soruları (klimakterik döneme özgü sorunları bilme ve klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları bilme) her doğru yanıtı bir puan verilerek değerlendirilmiştir (Ek 1-B). Klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumunu belirleyen bilgi sorularından (Ek 1-B,A sütunu ve soru 63) alınabilecek en düşük puan 0.00, en yüksek puan 74.0'dür.

Klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları bilme durumunu belirleyen bilgi sorularından (Ek 1-B,B sütunu ve soru 64) alınabilecek en düşük puan 0.00, en yüksek puan 500'dür. Klimakterik dönemde yaşanan her bir sorun için, "doktora gitmek" yanıtı ayrı ayrı doğru uygulama olarak kabul edilmiş ve değerlendirilmiştir.

Menopoza İlişkin Tutum Ölçeğinde 2 adet olumlu, 18 adet olumsuz ifade bulunmaktadır (Ek 1-C). Olumlu ifadeler "0-Kesinlikle katılmıyorum", "1-

Katılmıyorum”, “2-Kararsızım”, “3-Katılıyorum” ve “4-Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanırken olumsuz ifadeler ters yönde puanlanmaktadır. Kadınların her maddede işaretledikleri seçeneklere göre aldıkları 0-4 arası puanlar toplanarak toplam bir puan verilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0.00, en yüksek puan ise 80.0’dır. Ölçekten alınan yüksek puan menopoza ilişkin olumlu tutumu, düşük puan ise olumsuz tutumu göstermektedir. Ortalama puanın üzerinde(40 puan) alınan puanlar yükseldikçe tutumun daha olumlu olduğu kabul edilmiştir.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, sayılar, aritmetik ortalama, Varyans analizi, Anova, Student’s T testi, Ki-kare, Korelasyon yöntemleri kullanılmıştır. Veriler elde kodlanmış istatistiksel yöntemler bilgisayarda SPSS programı aracılığıyla yapılmıştır.



BULGULAR VE TARTIŞMA

Çizelge 1 . Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşı	Sayı	%
40-44 yaş	106	29.6
45-49 yaş	110	30.7
50-54 yaş	59	16.5
55-60 yaş	83	23.2
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	96	26.8
Okur-yazar	43	12.0
İlkokul mezunu	142	39.7
Ortaokul mezunu	23	6.4
Lise mezunu	24	6.7
Yüksekokul mezunu	30	8.4
Kadının işi		
Ev hanımı	299	83.5
İşçi	8	2.2
Memur	27	7.5
Serbest	9	2.5
Emekli	15	4.2
Kadının çalışma durumu		
Çalışan	59	16.5
Çalışmayan	299	83.5
Medeni Durumu		
Evli	294	82.1
Bekar	66	17.9
Eşin Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	21	7.1
Okur-yazar	24	8.2
İlkokul mezunu	132	44.9
Ortaokul mezunu	33	11.2
Lise mezunu	38	12.9
Yüksekokul mezunu	46	15.6
Çocuğu		
Var	340	95.0
Yok	18	5.0
Toplam	358	100.0

Menopoz, dünya üzerinde yeterince yaşamış bütün kadınların başına gelecek doğal ve normal bir yaşam evresidir. Ancak bu evrede kadının, yaşam kalitesini düşürecek, sorunlarla karşılaşılabilirdiği de bilinen bir gerçektir. Dünya nüfusunun ve dolayısıyla kadın nüfusunun gittikçe yaşlandığını düşünürsek, bu durumda ki

kadınların sağlık sorunlarına daha da 6nem verilmelidir. Bu sağlık sorununa 66z6m ararken 6ncelikle bu sorunun boyutları, sorunu yaşayanların ve 6evresinin soruna yaklaşımı, bu konuda ki bilgileri ve yaptıkları uygulamalar belirlenmelidir.

Kadınların yaş, eğitim, sosyal stat6 gibi 6zellikleri bilgiyi ve dolayısıyla sağlığı etkileyen 6nemli fakt6rlerdir. 6izelge 1'de araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı 6zelliklerine g6re dağılımı yer almaktadır. 6izelgede g6r6ld6đ6 gibi kadınların 6oğunluğunun 45-49 yaş grubunda (%30.7), ilkokul mezunu (%39.7), ev hanımı (%83.5), evli (%82.1), 6ocuklu (%95) ve eşlerinin 6oğunluğunun da ilkokul mezunu (%44.9) olduğu belirlenmiştir.



Çizelge 2. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Menopoza	Sayı	%
Giren	206	57.5
Girmeyen	152	42.5
Menopoza Girme Yaşı		
≥40 yaş	46	22.3
41-45 yaş	66	32.0
46-50 yaş	71	34.5
51-55 yaş	17	8.3
56-60 yaş	1	0.5
Bilmiyor	5	2.4
Menopoza Girdikten Sonra Geçen Süre		
≥ 10 yıl	144	69.9
< 10 yıl	62	30.1
Klimakterik Dönemle İlgili Bilgi		
Alan	160	44.7
Almayan	198	55.3
Toplam	358	100.0

Çizelge 2’de araştırma kapsamındaki kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların %57.5’inin menopoza girdiği görülmektedir. Ancak bu kadınların %17.5’i ameliyat nedeniyle menopoza girdiklerini ifade etmişlerdir. Menopoza giren kadınların %34.5’inin 46-50 yaş grubunda ve çoğunluğunun 10 yıldan daha kısa bir süre önce menopoza girdiği (%69.9) belirlenmiştir. Ortalama menopoz yaşı ise 46.26 olarak bulunmuştur. Oskay(39) yaptığı çalışmada ortalama menopoz yaşını 48.5, Hotun(53) ortalama menopoz yaşını 46.7, Ersoy(65) ortalama menopoz yaşını 47.2 olarak bulmuştur. Araştırmamız ve diğer araştırma sonuçlarına bakılarak ülkemizde ortalama menopoz yaşının literatürde belirtilen ortalama menopoz yaşından (51.4 yaş) düşük olduğu söylenebilir(1,41,42,47,63). Menopoza girmeyen kadınların çoğunluğu, adetlerinin düzenli olduğunu (%89.4) ifade etmişlerdir.

Kadınların %55.3’ünün klimakterik döneme ilişkin bilgi almadıkları görülmektedir. Bilgi alanlarsa, bu bilgiyi çoğunlukla doktordan (%42.2), daha sonra sırasıyla akraba ve komşudan (%38.5), tv, radyo, gazeteden (%19.3) aldıklarını belirtmişlerdir. Oskay(39)’ın çalışmasında da kadınların çoğunluğunun bilgiyi akraba ve komşudan aldığı bulgusu elde edilmiştir.

Çizelge 3. Kadınların HRT Alma Durumlarına Göre Dağılımı

HRT	Sayı	%
Alan	9	2.5
Almayan	349	97.5
Toplam	358	100.0

Çizelge 3’de araştırma kapsamına alınan kadınların sürekli HRT alma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların çoğunluğunun HRT almadığı (%97.5) belirlenmiştir. Kadınların sadece %2.5’i (9 kadın) Hormon Replasman Tedavisine ilişkin ilaç kullanmaktadır. Bu bulgu Oskay(39)’ın araştırma bulgularıyla aynıdır. Bu durumda, kadınların HRT hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı için, HRTnin yan etkilerinden korktukları için yada maddi sorunlar nedeniyle HRT kullanmak istemedikleri düşünülebilir.

Çizelge 4. Kadınların Sigara İçme ve Aktivite Durumlarına Göre Dağılımı

Sigara	sayı	%
İçen	57	15.9
İçmeyen	301	84.1
Aktivite		
Olan	154	43.0
Olmayan	204	57.0
Toplam	358	100.0

Çizelge 4’de araştırma kapsamına alınan kadınların sigara içme ve aktivite durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların %15.9’unun sigara içtiği, %43’ünün aktivitesinin olduğu görülmektedir. Aktivitesinin olduğunu ifade eden kadınların yalnızca %1.9’unun bir spor programına katılarak etkin şekilde egzersiz yaptığı, %56.4’ünün belirli aylarda tarla, bahçe işleriyle uğraştığı, %40.4’ünün ise günlük işleri sırasında yürüdüğü belirlenmiştir.

Çizelge 5. Kadınların Aktivite Durumuna ve Eklem, Kemik Ağrısı Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Aktivite		Eklem ve Kemik Ağrısı Sorunu		Toplam
		Yaşayan	Yaşamayan	
Olan	Sayı	100	54	154
	%	64.9	35.1	100.0
Olmayan	Sayı	125	79	240
	%	61.3	38.7	100.0
Toplam	Sayı	225	133	358
	%	62.8	37.2	100.0

$$x^2=0.504 \quad p>0.05$$

Uygun fiziksel aktivite yaşam boyu sürdürülmesi gereken olumlu sağlık davranışlarından birisidir. Fiziksel aktivite sadece osteoporozu önlemekle kalmayıp kardiyovasküler sistem hastalıklarından korunmada da önemli bir uygulamadır(18,22,29,63). Çizelge 5'te aktivitesi olan kadınların %64.9'unun, aktivitesi olmayan kadınların ise %61.3'ünün eklem ve kemik ağrısı yaşadığı görülmektedir. Aktivite durumu ile eklem ve kemik ağrısı yaşama arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($x^2=0.504$, $p>0.05$). Ancak araştırmamızda çizelge 4'te görüldüğü gibi kadınların çoğunun aktivitesinin olmadığı, aktivitesi olanlar içerisinde sadece %1.9'unun etkin egzersiz (haftada 4 kere,30 dakikadan az olmamak kaydıyla yapılan egzersiz) yaptığı belirlenmiştir. Kadınların %56.4'ü belirli aylarda tarla, bahçe işleriyle uğraşmak, %40.4'ü de günlük işleri sırasında yürümek şeklinde etkin olmayan egzersizler yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle elde edilen sonucun kadınların çoğunluğunun etkin egzersiz yapmamlarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çizelge 6. Kadınların Sigara İçme ve Menopoza Girme Yaşlarına Göre Dağılımı

Sigara		Menopoza Girme Yaşı				Toplam
		40 ≤	41-45	46-50	51-55	
İçen	Sayı	9	13	9	3	34
	%	26.5	38.2	26.5	8.8	100.0
İçmeyen	Sayı	37	53	62	15	167
	%	22.2	31.7	37.1	9.0	100.0
Toplam	Sayı	46	66	71	18	201*
	%	22.9	32.8	35.3	9.0	100.0

$$x^2=1,50 \quad p>0.005$$

* Menopoza giren kadınlar

Sigara içmek, östrojen üretimini hızla azaltarak, kadınların genetik olarak programlandıkları süreden daha erken menopoza girmelerine neden olabilmektedir. Sigara, bu mekanizma ile kadınların önlerinde hızla kemik kaybını yaşayabilecekleri uzun yıllara yani osteoporoz için yüksek riskli bir duruma sokmaktadır. Ayrıca

menopoza bağlı gelişen emosyonel sıkıntılardan kurtulmada da sigarayı bırakmanın yararlı olduğu düşünölmektedir (35,41,47,63).

Sigara içen kadınlarla, sigara içmeyen kadınların menopoza girdiği yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($\chi^2=1.50$, $p>0.05$). Litaratürde sigara tüketiminin folikül tükenmesine etkisinin, içilen sigara miktarı (10 ve yukarı/gün) ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir (45,47,49,66). Bu nedenle araştırmamızda sigara tüketimi ile menopoza girme yaşı arasındaki farkın anlamsız bulunmasının, sigara tüketiminin detaylı (içilen sigara miktarı/gün) olarak tespit edilmemesinden kaynaklandığı düşünölebilir.



Çizelge 7. Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

n=358

Klimakterik Dönemde Yaşanan Sorunlar	Sorunları Bilme Durumu			
	Bilen		Bilmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
Adetlerin seyrek ve az olması	49	13.7	309	86.3
Adetlerin uzun ve fazla olması	30	8.4	328	91.6
Gece terlemesi	87	24.3	271	75.7
Sıcak basması	111	31.0	247	69.0
Huzursuzluk, sinirlilik	64	17.9	294	82.1
Hüzün ve çökkünlük	36	10.1	322	89.9
Çabuk heyecanlanma	25	7.0	333	93.0
Ağlama nöbetleri	20	5.6	338	94.4
Unutkanlık	17	4.7	341	95.3
Dikkat toplayamama	15	4.2	343	95.8
Boğulma, bunalma hissi	25	7.0	333	93.0
Korku ve panik hissi	11	3.1	347	96.9
Çarpıntı	12	3.4	346	96.6
Vücutta uyuşma ve karıncalanma	12	3.4	346	96.6
Ellerde ve ayaklarda üşüme	8	2.2	350	97.8
Baş ağrısı	10	2.8	348	97.2
Baş dönmesi	7	2.0	351	98.0
Kabızlık	3	0.8	355	99.2
Kilo alma	11	3.1	347	96.9
Eklem ve kemiklerde ağrı	26	7.3	332	92.7
Sırt ağrısı	22	6.1	336	93.9
Boyda kısalma	12	3.4	346	96.6
Kamburlaşma	6	1.7	352	98.3
Kemik kırıkları	8	2.2	350	97.8
İdrar kaçırma	3	0.8	355	99.2
Sık idrar yolu iltihabı	3	0.8	355	99.2
Sık idrara çıkma	3	0.8	355	99.2
Cinsel organlarda kaşıntı	6	1.7	352	98.3
Cinsel isteksizlik	11	3.1	347	96.9
Ağrılı ilişki	6	1.7	352	98.3
Deride buruşma ve sarkma	3	0.8	355	99.2
Deride kuruluk ve kaşıntı	2	0.6	356	99.4
Deride kahverengi lekeler	2	0.6	356	99.4
Yüzde kılınma	1	0.3	357	99.7
Saçlarda ve tüylerde dökülme	1	0.3	357	99.7
Kalp hastalığı	-	-	358	100.0

Bilgi, bütün kadınlar için güç demektir. Hayatın bir geçiş dönemi olan, klimakterik dönem hakkında gerekli tüm bilgilerle donanmış ve hazırlıklı olarak bu döneme giren kadınlar, daha nitelikli bir hayat yaşama şansını elde edebilmektedir. Ancak birçok kadının menopoza ilişkin çok az bilgisi vardır. Kadınlar, menopoza ilişkin ne gibi değişiklikler olacağını ve nasıl önlemler alacaklarını, bu değişikliklerin normal olup olmadığını bilme ihtiyacındadırlar (1,41,63).

Çizelge 7’de kadınlar klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Kadınların menopozla ilişkili olarak geliştiğini bildikleri sorunlar, sıcak basması (%31.0), gece terlemesi (%24.3), huzursuzluk, sinirlilik (%17.9), adetlerin seyrek ve az olması (%13.7), hüznün ve çökkünlük (%10.1)’dür. Bu sorunlar, premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönemde ilk birkaç yıl içinde yoğun olarak yaşanan, kadının günlük aktivitelerini bile olumsuz etkileyebilen menopoz belirtilerindedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %42.5’i 40 yaş ve üzerinde menopoza girmemiş kadınlar, %69.9’u da 10 yıl ve daha kısa bir süre önce menopoza girmiş kadınlardır. Kadınların menopozu yaşıyor yada henüz yaşamış olmasından dolayı sıcak basması, gece terlemesi, huzursuzluk, sinirlilik, adetlerin seyrek ve az olması, hüznün ve çökkünlük sorunlarını daha yüksek oranda bildikleri düşünülebilir.

Kadınlarda ürogenital sistem ile ilgili sorunları oluşturan idrar kaçırma (%0.08), sık idrar yolu iltihabı (%0.8), sık idrara çıkma (%0.8), cinsel isteksizlik (%3.1), ağrılı ilişki (%1.7), deri ve mukoza ile ilgili sorunları oluşturan deride buruşma ve sarkma (%0.8), deride kuruluk ve kaşıntı (%0.6), yüzde kıllanma (%0.3), saçlarda ve tüylerde dökülme (%0.3), sorunlarını bilenlerin oranı çok düşüktür. Klimakterik dönemdeki kadınların yaşamında önemli ölçüde sağlık sorunları oluşturan bu yakınmaların düşük oranda bilinmesi kadınların bu sorunları yaşlanma sürecinin sonucu olarak algıladıklarını düşündürmektedir. Oskay(39)’ın araştırmasında da sıcak basması (%82), terleme (%61), huzursuzluk, hırçınlık, sinirlilik (%61.3), sıkıntı, depresyon, bunalma (%52.7) sorunları en fazla bilinen yakınmalar arasında yer alırken, vaginal kuruluk ve akıntı (%9.3), idrar kaçırma (%6), deride buruşma ve leke (%4.3), sakal çıkması (%4.3) yakınmaları çok az kadın tarafından bilinen sorunlar olarak bulunmuştur.

Çizelge 7.1. Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalaması

	\bar{X}	SS	Maximum	Minimum	Toplam
Bilgi Puanı *	5.22	5.26	42.0	0.00	358

* Kadınların klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin alabilecekleri minimum puan 0.00, maximum puan 74.0'dür.

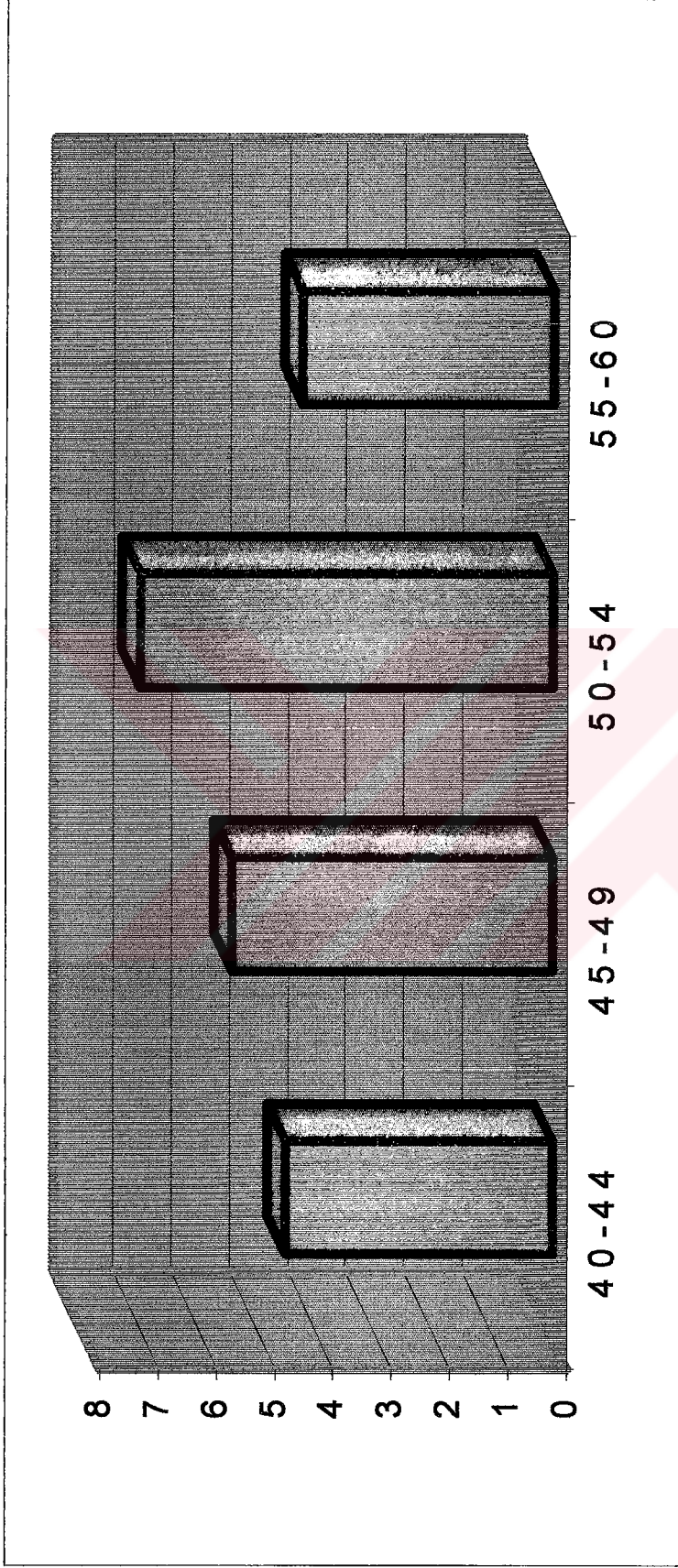
Çizelge 7.1. Kadınların klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalaması görülmektedir. Araştırmamıza katılan kadınlar minimum 0.00, maximum 42.0 puan almışlardır. Klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalaması 5.22'dir. Kadınların ancak %0.8'i alınabilecek ortalama puanın (37 puan) üzerinde puan almıştır. Ülkemizde yapılan birçok araştırma sonucunda olduğu gibi (38,39,41,53,67) araştırmamızda da, kadınların klimakterik dönemle ilgili eksik ve yanlış bilgiye sahip olduklarını göstermektedir.

Çizelge 7.2. Kadınların Yaşlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaş	Bilgi Puan Ortalaması				F
	\bar{X}	SS	Minimum	Maximum	
40-44 yaş	4.58	4.59	0.00	40.00	4.04
45-49 yaş	5.51	4.38	0.00	21.00	
50-54 yaş	7.10	8.59	0.00	42.00	
55-60 yaş	4.32	3.45	0.00	18.00	
Toplam	5.22	5.26	0.00	42.00	

p<0.01

Çizelge 7.2'te kadınların yaşlarına göre klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. 50-54 yaş grubundaki kadınların klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalaması, diğer yaş gruplarından anlamlı derecede yüksektir (Şekil1). Bu durum araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunun (%34.5) 45-50 yaş grubunda menopoza girmesi de göz önüne alınırsa, kadınların menopozun (Çizelge 2), sistemlerde oluşturduğu değişiklikleri yaşamaya başladıklarında, durumları hakkında bilgi edindiklerini düşünebilir.



Şekil 1. Kadınların Yaşlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

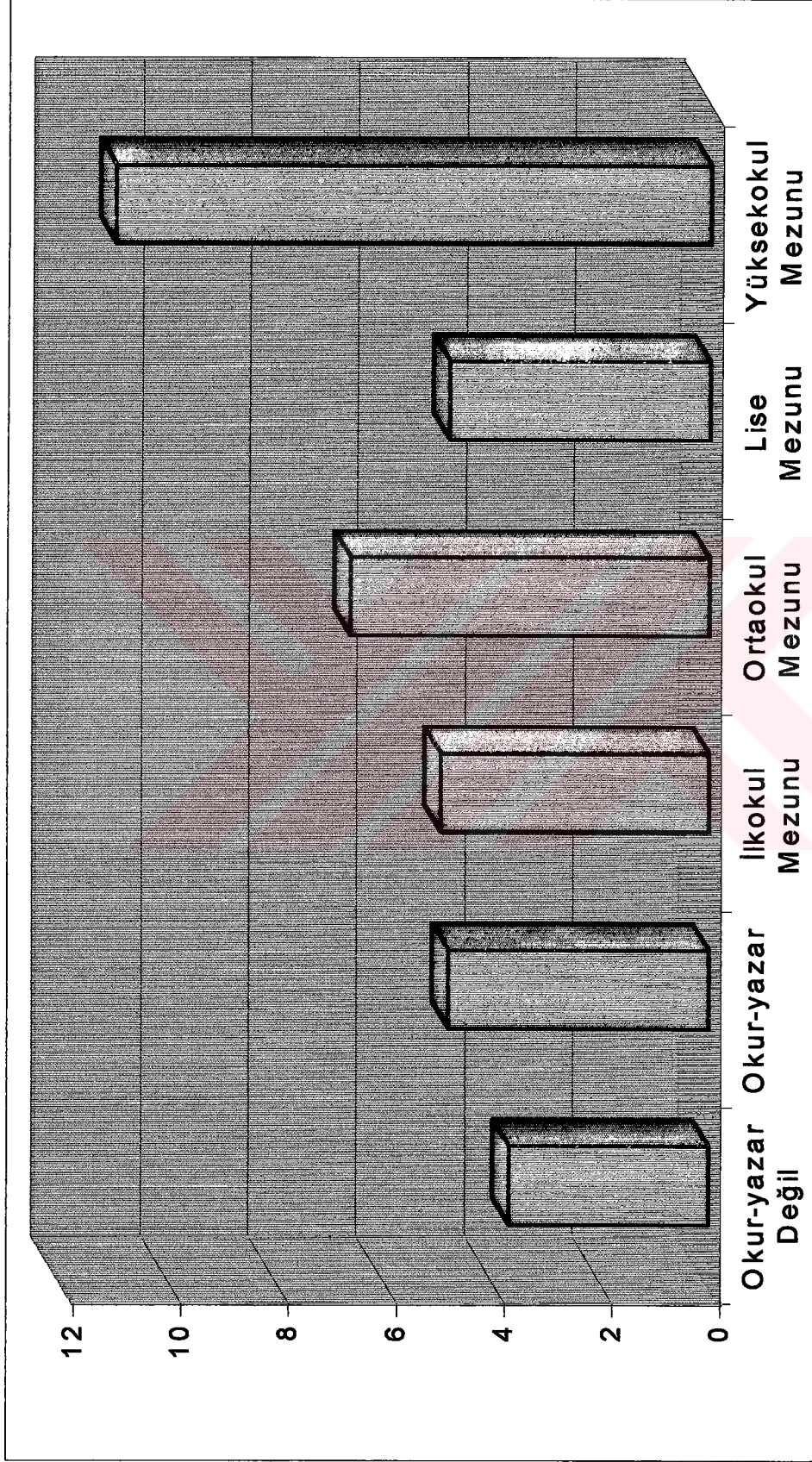
Çizelge 7.3. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Durumu	Bilgi Puan Ortalaması				F
	\bar{x}	SS	Minimum	Maximum	
Okur-yazar değil	3.70	2.74	0.00	15.00	10.62
Okur-yazar	4.83	3.65	0.00	18.00	
İlkokul mezunu	4.97	3.23	0.00	20.00	
Ortaokul mezunu	6.65	5.10	0.00	19.00	
Lise mezunu	4.83	3.77	0.00	17.00	
Yüksekokul mezunu	11.03	13.06	0.00	42.00	
Toplam	5.22	5.26	0.00	42.00	

p< 0.001

Çizelge 7.3'te kadınların eğitim durumlarına göre klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Kadınların eğitim durumları yükseldikçe klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları yükselmektedir (Şekil 2). Ancak sadece yüksekokul mezunu olan kadınların (%15.6), bilgi puan ortalamaları diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre, kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe benlik saygılarının arttığı, vücutlarına ve genel sağlıklarına daha fazla önem verdikleri, sağlık sorunlarına ilişkin daha fazla bilgi edindikleri düşünülebilir. Hotun ve Oskay(39,53)'ın araştırmalarında da uyumlu bulgular elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların eşlerinin eğitim durumu arttıkça kadınların, klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının da artış gösterdiği ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Konuyla ilgili yapılan araştırmalar da eşlerin eğitim durumu ile kadınların bilgi düzeyleri arasındaki ilişki ortaya koyan bulgular olmadığından karşılaştırma olanağı olmamıştır. Ancak, ataerkil aile yapısına sahip olan toplumumuzda, kadının yaşantısını düzenlerken erkeğe bağımlı olması nedeniyle, eşin eğitim durumunun kadının bilgi düzeyi üzerine az da olsa etkili olabileceği düşünülebilir.



Şekil 2. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çizelge 7.4. Kadınların Menopoza Girme Durumlarına Göre Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Menopoza	Bilgi Puan Ortalaması	
	\bar{X}	SS
Giren	5.92	5.90
Girmeyen	4.28	4.09

t=3.10 p<0.01

Çizelge 7.4'te kadınların menopoza girme, klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarına göre dağılımı görülmektedir. Menopoza giren kadınların, bilgi puan ortalaması menopoza girmeyen kadınların bilgi puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum çizelge 7.2'de olduğu gibi kadınların, menopozun, sistemlerde oluşturduğu değişiklikleri yaşamaya başladığında sağlık durumları ile ilgili olarak çeşitli kaynaklardan bilgi edindiklerini düşündürmektedir. Bununla birlikte 10 yıl ve daha kısa süre önce menopoza giren kadınların bilgi puan ortalamalarının, 10 yıl ve daha uzun süre önce menopoza giren kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bu bulgu yaşın kazanılmış deneyimler nedeniyle bilgi üzerine olumlu etkisini anlamlandırmaktadır. Bu durum Hotun(53)'ün araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Çizelge 7.5. Kadınların Klimakterik Dönemle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Bu Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Klimakterik Dönemle İlgili Bilgi	Bilgi Puan Ortalaması	
	\bar{x}	SS
Alan	6.41	6.58
Almayan	4.26	3.63

t=3.71 p<0.01

Çizelge 7.5'da kadınların klimakterik dönemle ilgili bilgi alma durumlarının, bu döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarına göre dağılımı yer almaktadır. Klimakterik döneme ilişkin bilgi alan kadınların, klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalaması ile bilgi almayan kadınların bilgi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=3.71, p<0.01). Klimakterik dönemle ilgili bilgi alan kadınların çoğunluğu (%42.2) bilgiyi doktordan almışlardır. Bu nedenle sorunları bilme düzeylerinin yüksek olduğu düşünülebilir. Ancak bilgi alan kadınların %55.7'si akraba, komşu ve tv, radyo gibi sözel, görsel, işitsel araç ve gereçlerden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum ülkemizde okuma alışkanlığının gelişmediğini bu nedenle tv ve radyonun eğitimdeki rolünün yadsınamayacak kadar önemli olduğunu göstermektedir. Eroğlu(38), Oskay(39), Hotun(53), Kılıç(67) yaptıkları araştırmalarda benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Çizelge 8. Kadınların Klimakterik Dönemde Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Uygulamaları Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

n=358

Kadınların Dönemde Yaşanan Sorunlar	Sorunların Çözümüne İlişkin Uygulamalar			
	Bilen		Bilmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
Adetlerin seyrek ve az olması	75	20.9	283	79.1
Adetlerin uzun ve fazla olması	60	16.8	298	83.2
Gece terlemesi	71	19.8	287	80.2
Sıcak basması	80	22.3	278	77.7
Huzursuzluk, sinirlilik	49	13.7	309	86.3
Hüzün ve çökkünlük	30	8.4	328	91.6
Çabuk heyecanlanma	26	7.3	332	92.7
Ağlama nöbetleri	21	5.9	337	94.1
Unutkanlık	27	7.5	331	92.5
Dikkat toplayamama	19	5.3	339	94.7
Boğulma, bunalma hissi	26	7.3	332	92.7
Korku ve panik hissi	7	2.0	351	98.0
Çarpıntı	45	12.6	313	87.4
Vücutta uyuşma ve karıncalanma	43	12.0	315	88.0
Ellerde ve ayaklarda üşüme	25	7.0	333	93.0
Baş ağrısı	47	13.1	311	86.9
Baş dönmesi	17	4.7	341	95.3
Kabızlık	43	12.0	315	88.0
Kilo alma	22	6.1	336	93.6
Eklem ve kemiklerde ağrı	100	27.9	258	72.1
Sırt ağrısı	55	15.4	303	84.6
Boya kısalma	19	5.3	339	94.7
Kamburlaşma	19	5.3	339	94.7
Kemik kırıkları	29	8.1	329	91.9
İdrar kaçırma	39	10.9	319	89.1
Sık idrar yolu iltihabı	51	14.2	307	85.8
Sık idrara çıkma	33	9.2	325	90.8
Cinsel organlarda kaşıntı	40	11.2	318	88.8
Cinsel isteksizlik	10	2.8	348	97.2
Ağrılı ilişki	20	5.6	338	94.4
Deride buruşma ve sarkma	16	4.5	342	95.5
Deride kuruma ve kaşıntı	30	8.4	328	91.6
Deride kahverengi lekeler	8	2.2	350	97.8
Yüzde kılınma	19	5.3	339	94.7
Saçlarda ve tüylerde dökülme	14	3.9	344	96.1
Kalp hastalığı	48	13.4	310	86.6

Çizelge 8’de kadınların klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları bilme durumlarına göre dağılım görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların %27.9’u eklem ve kemik ağrısı, %22.3’ü sıcak basması, %20.9’u adetlerin seyrek ve az olması, %19.8’i gece terlemesi, %16.8’i adetlerin uzun ve fazla olması sorunlarının çözümüne ilişkin doğru uygulamaları bilmişlerdir. Çizelgede de görüldüğü gibi sorunlara ilişkin uygulamaları bilen kadınların oranı oldukça düşük bulunmuştur. Ayrıca kadınların çoğunluğu klimakterik dönemde yaşadıkları sorunların çözümünü “doktora gitmek” olarak ifade etmişlerdir. Bu bulgu Oskay(39)’ın yaptığı araştırma bulguları ile uyumludur.

Sıcak basması (%31), gece terlemesi (%24.3) ve adetlerin seyrek ve az olması (%13.7) gibi klimakterik dönemde yaşanan sorunların menopoza bağlı olarak geliştiğini bilen kadınların, bu sorunların çözümünde de doğru uygulamaları bildikleri belirlenmiştir. Bu durumda, kadınların menopoza bağlı olduğunu bildikleri sorunların çözümü için neler yapılması gerektiğini öğrenme ihtiyacı hissettikleri, doğru uygulamaları öğrenmek için çaba sarfettikleri düşünülebilir.

Çizelge 8.1. Kadınların Klimakterik Dönemde Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Bilgi Puan Ortalaması

	\bar{x}	SS	Maximum	Minimum	Toplam
* Uygulamayı Bilme puanı	4.27	5.50	38.0	0.00	358

* Kadınların klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin uygulamayı bilme durumlarına ilişkin olabilecekleri minimum puan 0.00, maximum puan 500.0'dür.

Çizelge 8.1. kadınların klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin bilgi puan ortalaması görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınlar minimum 0.00, maximum 38.0 puan almışlardır. Klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin bilgi puanı ortalaması 4.27'dir. Bu sonuç Çizelge 7.1 ile uyum göstermektedir. Kadınların klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümünde doğru uygulamaları yeterli derecede bilmemelerini, sorunların menopoza bağlı olduğunu bilmemelerine ve bazı sorunların nedenini yaşlılığın doğan sonucu olarak algılamalarına bağlı olduğu düşünülebilir. Sorun olarak görülmeyen durumların ve nedeni bilinmeyen sorunların çözümünün de güç olacağı bilinmektedir.

Çizelge 9. Kadınların Klimakterik Dönemde Yaşadıkları Sorunların Çözülmesi ile İlgili Uygulama Yapma Durumlarına Göre Dağılımı (%)

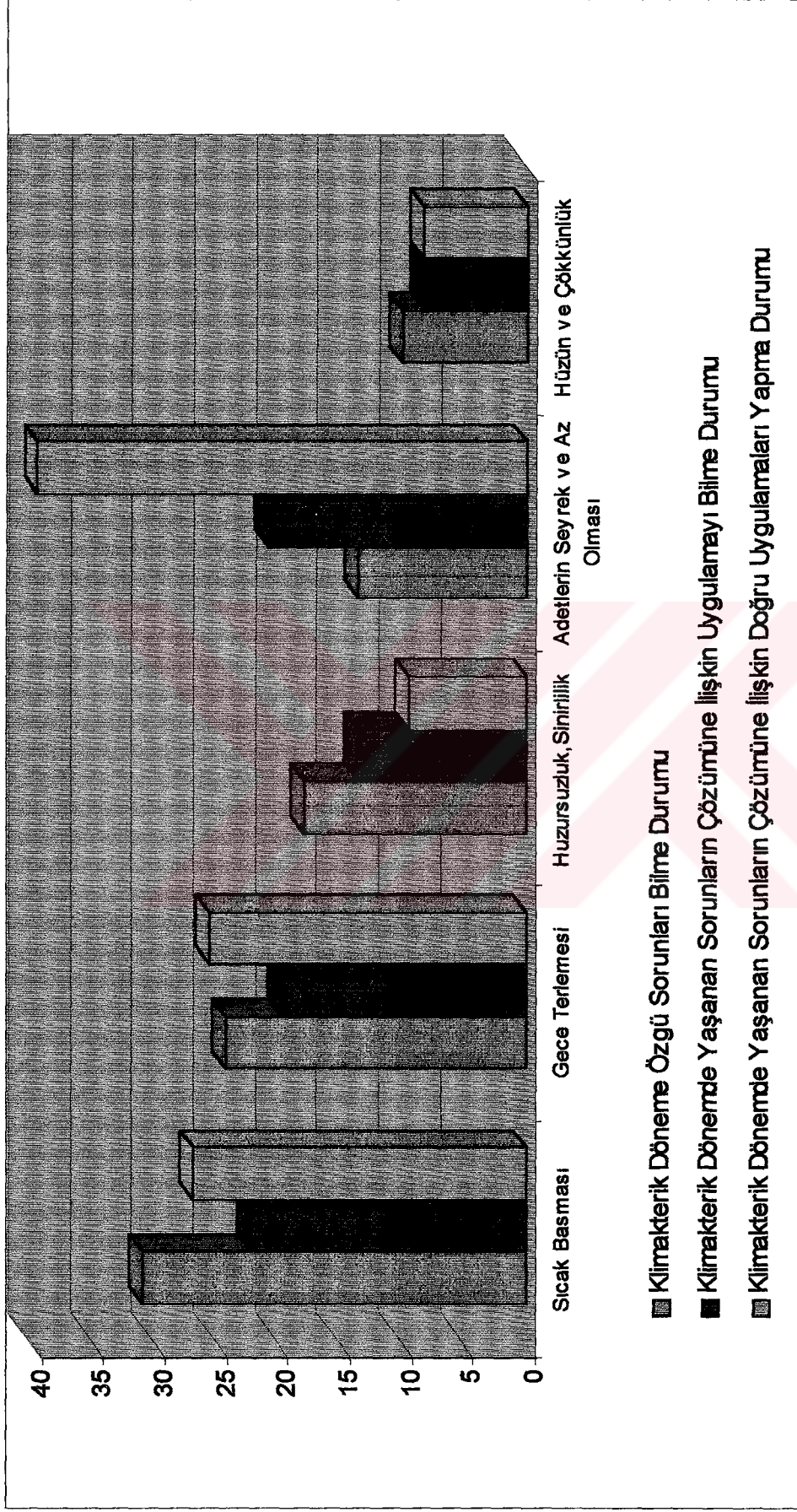
Klimakterik Dönemde Yaşanan Sorunlar	Uygulama Yapma Durumları			Toplam ¹
	Uygulama Yapmaya nlar	Doğru Uygulama yapanlar	Yanlış Uygulama Yapanlar	
	%	%	%	
Adetlerin seyrek ve az olması	56.8	39.6	3.6	139
Adetlerin uzun ve fazla olması	59.6	32.2	8.2	109
Gece terlemesi	66.6	25.7	7.3	207
Sıcak basması	63.1	26.9	10.0	241
Huzursuzluk, sinirlilik	76.9	9.5	13.6	264
Hüzün ve çökkünlük	83.4	8.3	8.3	193
Çabuk heyecanlanma	84.8	6.8	9.4	204
Ağlama nöbetleri	86.2	10.1	7.3	198
Unutkanlık	89.1	5.8	5.1	255
Dikkat toplayamama	92.3	5.1	2.6	157
Boğulma, bunalma hissi	73.1	8.1	18.8	160
Korku ve panik hissi	87.0	4.3	8.7	92
Çarpıntı	72.4	11.3	16.3	178
Vücutta uyuşma ve karıncalanma	66.9	11.0	22.1	163
Ellerde ve ayaklarda üşüme	76.0	6.2	17.8	129
Başağrısı	45.1	6.2	48.7	226
Başdönmesi	68.3	5.6	26.1	142
Kabızlık	53.8	26.4	19.8	106
Kilo alma	78.5	7.4	14.1	163
Eklemler ve kemiklerde ağrı	50.6	28.0	21.4	225
Sırt ağrısı	66.3	20.3	13.4	187
Boyun kısısalma	87.9	10.3	1.8	58
Kamburlaşma	71.9	25.0	3.1	32
Kemik kırıkları	65.0	25.0	10.0	20
İdrar kaçırma	71.3	14.8	13.9	101
Sık idrar yolu iltihabı	57.9	22.5	19.6	102
Sık idrara çıkma	80.1	4.4	15.5	152
Cinsel organlarda kaşıntı	69.2	20.5	10.3	78
Cinsel isteksizlik	96.0	3.0	1.0	98
Ağrılı ilişki	94.0	4.0	2.0	50
Deride buruşma ve sarkma	95.3	4.7	-	107
Deride kuruluk ve kaşıntı	73.1	15.4	11.5	78
Deride kahverengi lekeler	97.0	1.0	2.0	102
Yüzde kıllanma	82.8	7.8	9.4	64
Saçlarda ve tüylerde dökülme	94.7	1.3	4.0	151
Kalp hastalığı	76.0	14.4	9.6	97

1. Sorunları yaşayan kadın sayıları

* Ek 2'de doğru uygulamalar açıklanmıştır.

Çizelge 9’da kadınların klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin yaptıkları uygulamalara (Hiç uygulama yapmayan, doğru uygulama yapan, yanlış uygulama yapan) göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %26.9’u sıcak basması, %28.0’ı eklem ve kemik ağrısı, %39.6’sı adetlerin seyrek ve az olması, %25.7’si gece terlemesi sorunlarının çözümüne ilişkin yaptıkları uygulamanın doğru olduğu belirlenmiştir. Eklem ve kemik ağrısı (%27.9), sıcak basması (%22.3), adetlerin seyrek ve az olması (%20.9), gece terlemesi (%19.8) gibi kadınların çoğunluğu tarafından, çözümüne ilişkin doğru uygulamalar bilinen sorunların, çözümü içinde doğru uygulamalar yapılmaktadır. Bu durum kadınların bildikleri doğru uygulamaları yaptıklarını düşündürmektedir.





Şekil 3. Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme, Sorunların Çözümüne İlişkin Uygulamaları Bilme ve Doğru Uygulamaları Yapma Durumlarına Göre Dağılımı (%)

* Beş sorunun çoğunluğu tarafından bilinen sorunlardır.

Şekil 3’de Kadınların klimakterik döneme özgü sorunları bilme, sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları bilme ve doğru uygulamaları yapma durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Kadınlar klimakterik döneme özgü olduğunu bildikleri sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları, sorunu bilme durumuna göre daha az oranda bilmektedir. Ancak kadınların adetlerin seyrek ve az olması sorununun menopoza bağlı olarak geliştiğini bilme durumlarının (%13.7) ,bu soruna yönelik doğru uygulamayı bilme durumlarına (%20.9) göre daha az olduğu bulunmuştur. Bu durumda kadınların adetlerin seyrek ve az olması sorununu gebelik belirtisi olarak algıladıkları bu nedenle doktora gitmek gerektiğini ifade ettikleri ve doktora gittikleri düşünülebilir.. Kadınlar , sıcak basması(%22.3)ve gece terlemesi (%19.8) sorunlarını çözümüne ilişkin uygulamaları bilme durumlarına göre bu soruna yönelik doğru uygulamaları daha yüksek oranda yapmaktadırlar .Bu sorunların çözümüne ilişkin doğru uygulamalar arasında giysileri çıkarmak, duş almak gibi refleksleşmiş davranışlar bulunduğundan ,sorunların çözümüne yönelik uygulamalar az oranda bilinmesine rağmen ,doğru uygulamaların daha çok yapıldığı düşünülebilir.



Çizelge 10. Kadınların Klimakterik Döneme İlişkin Sorunları Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

n=358

Klimakterik Dönemde Yaşanan Sorunlar	Sorun Yaşama Durumu			
	Yaşadı		Yaşamadı	
	Sayı	%	Sayı	%
Adetlerin seyrek ve az olması	139	38.8	219	61.2
Adetlerin uzun ve fazla olması	109	30.4	249	69.6
Gece terlemesi	207	57.8	151	42.2
Sıcak basması	241	67.3	117	32.7
Huzursuzluk, sinirlilik	264	73.7	94	22.8
Hüzün ve çökkünlük	193	53.9	165	46.1
Çabuk heyecanlanma	204	57.0	154	43.0
Ağlama nöbetleri	138	38.5	220	61.5
Unutkanlık	255	71.2	103	28.8
Dikkat toplayamama	157	43.9	201	56.1
Boğulma, bunalma hissi	160	44.7	198	55.3
Korku ve panik hissi	92	25.7	266	74.3
Çarpıntı	178	49.7	180	50.3
Vücutta uyuşma ve karıncalanma	163	45.5	195	54.5
Ellerde ve ayaklarda üşüme	129	36.0	299	64.0
Başağrısı	226	63.1	132	36.9
Başdönmesi	142	39.7	216	60.3
Kabızlık	106	29.6	252	70.4
Kilo alma	163	45.5	195	54.5
Eklem ve kemiklerde ağrı	225	62.8	133	37.2
Sırt ağrısı	187	52.2	171	47.8
Boyda kısalma	58	16.2	300	83.8
Kamburlaşma	32	8.9	326	91.1
Kemik kırıkları	20	5.6	338	94.4
İdrar kaçırma	101	28.2	257	71.8
Sık idrar yolu iltihabı	102	28.5	256	71.5
Sık idrara çıkma	153	42.7	205	57.3
Cinsel organlarda kaşıntı	78	21.8	280	78.2
Cinsel isteksizlik	98	27.4	260	72.6
Ağrılı ilişki	50	14.0	308	86.0
Deride buruşma ve sarkma	107	29.9	251	70.1
Deride kuruma ve kaşıntı	78	21.8	280	78.2
Deride kahverengi lekeler	102	28.5	256	71.5
Yüzde kılınma	64	17.9	294	82.1
Saçlarda ve tüylerde dökülme	151	42.2	207	57.8
Kalp hastalığı	97	27.1	261	72.9

Klimakterik dönemde görülen menopoza bağlı gelişen sorunların en yaygını sıcak basmasıdır. Gece terlemesi, çarpıntı, değişken ruh halleri, unutkanlık gibi bir kısmı yaygın olan, bir kısmı olmayan, uzun belirti listeleri oluşturabilir. Kadınlar arasında menopoza bağlı gelişen sorunlar konusunda büyük farklılıklar olmaktadır. Bunun nedeni, bir yandan evrensel bir olgu olan menopozun, öte yandan da tek tek her kadına özgü bir biçimde gelişmesidir. Ancak sorunlar değişse de, değişmeyen kadınların bu sorunlar nedeniyle hayatlarının olumsuz etkilendiğidir (47,67).

Çizelge 10'da kadınların klimakterik döneme ilişkin sorunları yaşama durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Kadınların çoğunluğu huzursuzluk ve sinirlilik (%73.7), unutkanlık (%71.2), sıcak basması (%67.3), başağrısı (%63.1), eklem ve kemiklerde ağrı (%62.8), gece terlemesi (%57.8) yaşadığını ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun klimakterik dönemde ortaya çıkan kısa süreli sorunlardan, vazomotor ve emosyonel değişikliklerden kaynaklanan belirtileri yaşadığı görülmektedir. Bu durumun kadınların çoğunluğunun 40-44 yaşı ve 45-49 yaşı grubunda olması (%60.3) ve kısa süreli sorunları yaşıyor olmaları nedeniyle oluştugu düşünülebilir. Hotun(53)'un araştırmasında da, araştırmaya katılan 321 kadının %74.5'inin sinirlilik-gerginlik, %72.9'unun sıcak basması-terleme, %71.3'ü uykusuzluk-yorgunluk, %68.84'ü başağrısı-başdönmesi, %53.6'sı çarpıntı sorunlarını yaşadığı belirlenmiştir.

Çizelge 11. Kadınların Menopoza İlişkin Aldıkları Tutum Puanı Ortalaması

	x	SS	Minimum	Maximum	n
Tutum puanı*	39.80	10.7	8.00	72.0	358

*Kadınların menopoza ilişkin tutum ölçeğinden alabilecekleri minimum puan 0.00, maximum puan 80.0'dir.

Çizelge 11.1. Kadınların Menopoza İlişkin Aldıkları Tutum Puan Ortalamasına Göre Dağılımı

Tutum Puanı Ortalaması	n	%
> 40	183	51.1
<40	175	48.9
Toplam	358	100.0

* Ölçekten alınan yüksek puan menopoza ilişkin olumlu tutumu, düşük puan ise olumsuz tutumu göstermektedir.

Çizelge 11'de kadınların menopoza ilişkin aldıkları tutum puanı ortalaması görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınlar, menopoza ilişkin en az 8, en fazla 72 tutum puanı almışlardır. Menopoza ilişkin alınan tutum puanı ortalaması ise 39.80'dir. Uçanok(58)'un yapmış olduğu araştırmada da kadınların menopoza ilişkin tutum puan ortalaması 45.46 olarak bulunmuştur. Alınan bu puan araştırma kapsamına alınan kadınların menopoza ilişkin tutumlarının olumsuz olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç ile araştırmamızda elde edilen sonuç yakındır.

Çizelge 11.1'de kadınların menopoza ilişkin aldıkları tutum puanı ortalamasına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun (%51.1) menopoza ilişkin aldıkları tutum puanları, ortalamanın altındadır. Bu durum kadınların çoğunluğunun, menopoza ilişkin tutumlarının oldukça olumsuz olduğunu düşündürmektedir.

Çizelge 11.2. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Menopoza İlişkin Aldıkları Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Durumu	Tutum Puan Ortalaması				F
	\bar{x}	SS	Minimum	Maximum	
Okur-yazar değil	39.69	10.25	14	61	2.075
Okur-yazar	36.98	10.93	21	64	
İlkokul mezunu	39.39	9.76	9	65	
Ortaokul mezunu	40.00	12.99	8	63	
Lise mezunu	41.38	10.57	25	62	
Yüksekokul mezunu	44.80	13.33	12	72	
Toplam	39.80	10.72	8	72	

p>0.05

Çizelge 11.2’de kadınların eğitim durumlarına göre menopoza ilişkin aldıkları tutum puanı ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Yüksekokul mezunu kadınların diğer eğitim düzeyindeki kadınlara göre daha olumlu tutum içinde oldukları ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu bulgu Gannon and Ekstrom(68)’un yaptıkları araştırma bulgusu ile uyumludur. Gannon and Ekstrom tutumlar üzerinde eğitimin etkisinin çok zayıf olduğunu bulmuşlardır. Oskay(39)’ın yaptığı araştırmada tutum ölçeği kullanılmamış ancak kadınların menopoz döneminde şikayeti olup olmayacağı sorusuna verdikleri yanıtların sonucuna göre, menopoza algılayışları değerlendirilmiştir. Ve kadınların %81.3’ünün menopoza olumsuz algıladığı ve eğitim durumunun bu sonucu etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Klimakterik dönemde yaşanan sorunlar açıklanırken biyolojik etkenlerin olduğu kadar psikolojik, sosyal ve kültürel etkenlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Bowles(69)’e göre menopoza ilişkin tutumların oluşmasında toplumun inançları, beklentileri ve sosyokültürel bakış açısı bireyin menopoza ilişkin tutumunu belirler, bireyin tutumu da klimakterik dönemdeki yaşantıyı etkiler. Araştırmamıza katılan kadınların yaşlarının, medeni durumlarının, çalışma alanlarının, çocuk sahibi olma durumlarının, menopoza girme durumlarının, menopoza ilişkin tutumlarını etkilemediği bulunmuştur. Japonya’da Lock(57) tarafından yapılan araştırmada 45-55 yaşları arasındaki kadınların yaşları ne olursa olsun menopoza aynı şekilde algıladıkları bulunmuştur. Araştırmamızda da yaş gruplarında menopoza ilişkin tutumlar arasında fark bulunamamıştır. Uçanok(58)’un yaptığı araştırma da kadınların menopoza ilişkin tutumlarında yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur. Yaş ilerledikçe menopoza ilişkin tutumunun daha olumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Uçanok(58)’un araştırması ile araştırmamız arasındaki farklılığın Uçanok(58)’un araştırma kapsamına aldığı kadınların daha genç yaşlarda, araştırmamıza alınan kadınlarınsa orta yaşlarda olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 12. Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları, Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları ve Menopoza İlişkin Tutum Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.

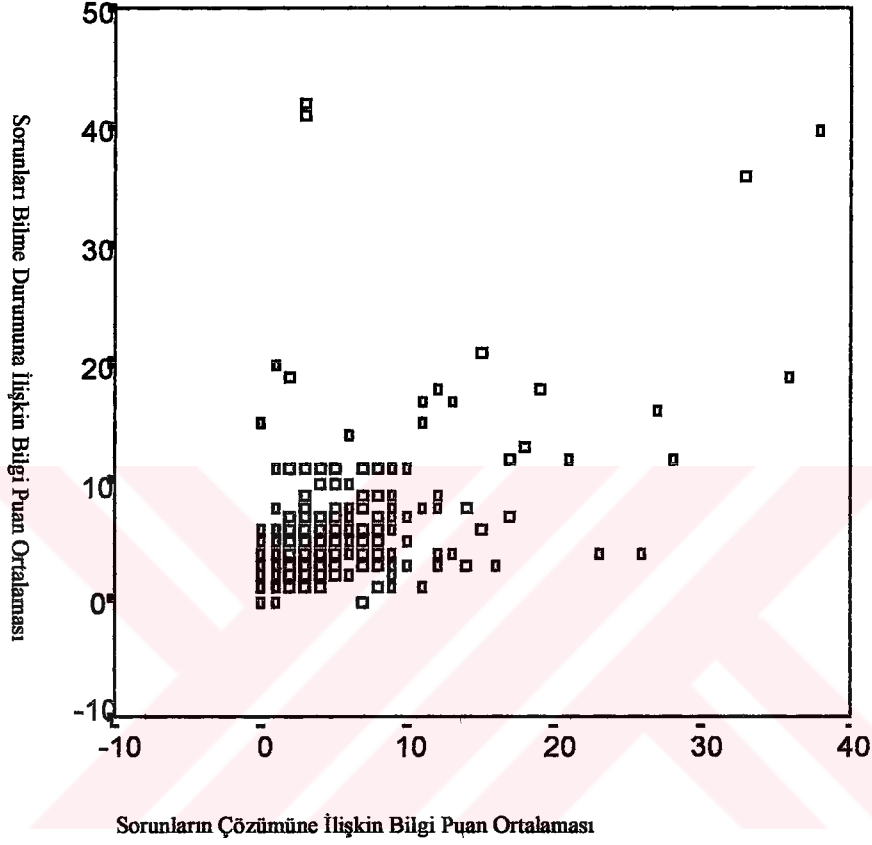
		Bilgi Puan Ortalamaları	Uygulamayı Bilme Puan Ortalaması	Menopoz Tutum Puan Ortalaması
Korelasyon Katsayısı (r)	Bilgi Puan Ortalaması	1.000		
	Uygulamayı Bilme Puan Ortalaması	0.506**	1.000	
	Menopoz Tutum Puan Ortalaması	0.064	0.055	1.000
P	Bilgi Puan Ortalaması			
	Uygulamayı Bilme Puan Ortalaması	0.000		
	Menopoz Tutum Puan Ortalaması	0.226	0.000	
n	Bilgi Puan Ortalaması	358		
	Uygulamayı Bilme Puan Ortalaması	358	358	
	Menopoz Tutum Puan Ortalaması	358	358	358

$r=0.506$ $p<0.001$

Çizelge 12’de kadınların klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları, yaşanan sorunların çözümüne ilişkin bilgi puan ortalamaları ile menopoza ilişkin tutum puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Araştırmamızda uygulama bilgi puan ortalamaları ile sorunların nedenini bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasındaki pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum yaşanan sorunların nedenini bilen kadınların sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları da bildiğini düşündürmektedir.

Araştırma sonuçları kadınlarımızın menopoza karşı olumsuz tutum içinde oldukları, klimakterik dönemde yaşanan sorunlara ve sorunların çözümüne ilişkin uygulamalara yönelik yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.(İlgili korelasyon eğrisi Şekil 4’de gösterilmiştir.)

Şekil 4. Kadınların Klimakterik Döneme Özgü Sorunları Bilme Durumlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları ve Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki



SONUÇLAR

1. Kadınların %30.7'i 45-49 yaş grubunda, %39.7'si ilkokul mezunu, %83.5'i ev hanımı, %82.1'i evli, %95'i çocuk sahibidir. Kadınların eşlerinin %44.9'u ilkokul mezunudur.
2. Kadınların %57.5'i menopoza yaşamıştır. Menopoza girme yaşı ortalaması 46.26'dır. Kadınların %69.9'u 10 yıl ve daha kısa bir süre önce menopoza girmiştir.
3. Kadınların 544.7'si klimakterik döneme ilişkin bilgi almıştır. Bilgi alanların %42.2'si bu bilgiyi doktordan almıştır.
4. Kadınların %45'i sürekli ilaç kullanmakta, %15.9'u sigara içmekte, %43'ü egzersiz yapmaktadır. Sigara içme ile menopoz yaşı arasında ilişki anlamsız bulunmuştur ($\chi^2:1.50$, $p>0.005$). Egzersiz yapma ile eklem ve kemik ağrısı sorunu yaşama arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($\chi^2:0.504$, $p>0.05$).
5. Klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumu yetersizdir ($x:5.22$). Kadınların çoğunluğunun bildiği sorunlar, sıcak basması (%31.0), gece terlemesi (%24.3), huzursuzluk, sinirlilik (%17.9), adetlerin seyrek ve az olması (%13.7), hüznün ve çökkünlük (%10.1)'dür. Kadınların klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları ile yaş ($p<0.001$), eğitim ($p<0.0001$), menopoz yaşama durumu ($t:3.10$, $p<0.001$), bilgi alma durumu ($t:3.71$, $p<0.01$) arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur.
6. Klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları bilme durumu yetersizdir ($x:4.27$). Kadınların çoğunluğunun çözümüne ilişkin uygulamaları bildiği sorunlar eklem ve kemik ağrısı (%27.9), sıcak basması (%22.3), adetlerin seyrek ve az olması (%20.9), gece terlemesi (%19.8), adetlerin uzun ve fazla olması (%16.8)'dir.
7. Kadınların çok azı yaşadıkları sorunların çözümüne ilişkin doğru uygulamaları yapmaktadır. En çok doğru uygulama yapılan sorunlar sıcak basması (%18.1), eklem ve kemik ağrısı (%17.6), adetlerin seyrek ve az olması (%15.4), gece terlemesi (%14.8)'dir.
8. Kadınların en çok yaşadıkları sorunlar huzursuzluk sinirlilik (%73.7), unutkanlık (%71.2), sıcak basması (%67.3), baş ağrısı (%63.1), eklem ve kemik ağrısı (%62.8), gece terlemesi (%57.8)'dir.
9. Kadınlar menopoza ilişkin olumsuz tutum içindedirler ($x:39.80$). menopoza ilişkin tutum ile yaş ($t:0.981$, $p>0.05$), medeni durumları

($p>0.005$), çalışma alanları ($t:0.034$, $p>0.05$), çocuk sahibi olma durumları ($t:0.416$, $p>0.05$), menopoz yaşama durumları ($t:0.981$, $p>0.05$), bilgi alma durumları ($t:0.096$, $p>0.05$) arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur.

10. Kadınların klimakterik dönemde yaşanan sorunların nedenin bilme durumları ile sorunların çözümüne ilişkin uygulamaları bilme durumları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r:0.506$, $p<0.001$).



ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Kadınların klimakterik dönem ile ilgili yanlış ve eksik bilgilerinin yaygın ve etkin bir sağlık eğitimiyle giderilmesi için,
 - Sağlık ocaklarında çalışan ebe/hemşirelerin klimakterik dönemde yaşanan değişiklikler, kadınların temel gereksinimleri konusunda bilgi düzeylerinin araştırılması, duruma uygun ve klimakterik dönemde ki kadınları bilgilendirme, danışmanlık ve rehberlik rollerini yerine getirebilmelerini sağlayacak, hizmet içi eğitim programlarının planlanması ve uygulaması,
 - Kadınların çoğunluğunun konu ile ilgili bilgiyi akraba, komşu, tv, radyo gibi kaynaklardan edindiği görülmüştür. Bu nedenle, hizmet içi eğitim programına katılmış sağlık elemanlarınca, toplum içerisinde eğitim verebilecek yeteneğe sahip bireyler seçilerek klimakterik dönemle ilgili bilgilendirilmesi ve bu bireylerin çevrelerindeki bireyleri bilgilendirmesinin sağlanması, kadınların konu ile bilgilendirilmesinde tv, radyo gibi bireylere sözel ve görsel hitap edebilme yeteneğine sahip kaynakların kullanılması,
 - Araştırmamızda konuya daha fazla ilgi gösteren kadınların 45-55 yaş grubundaki kadınlar olduğu görülmüştür. Eğitimin etkinliğini artıran bir etkende konuya olan ilgidir. Bu nedenle, araştırma sonucuna dayanarak kadınlara eğitim verilirken önceliğin 45-55 yaş grubundaki kadınlara verilmesi, bu grup için planlanan eğitim programlarının klimakterik dönem, premenopoz, menopoz, postmenopoz, bu dönemde yaşanan sorunlar, sorunların oluş mekanizmaları, sorunların çözümüne yönelik uygulamalar, tıbbi tedavi, tedavinin etkileri, ulaşılabilecek sağlık kuruluşları gibi daha detaylı olması, kadınların önemli bir yaşam dönemi olan klimakterik döneme, ilk gençlik yıllarından itibaren bilgilendirilerek hazırlanması,
2. Kadınların kaliteli bir yaşam sürmelerini sağlayacak klimakterik dönemde yaşanan sorunların çözümüne yönelik uygulamaları doğru olarak yapmalarını sağlamak için,
 - Araştırmamızda doğru uygulamaları yapmayı etkileyen tek etkenin bilgi olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle, doğru uygulamaları yapmayı etkileyen diğer etkenleri saptayacak araştırmaların yapılması,

- Uygulamaları etkilediğini düşündüğümüz etkenlerin arasında ekonomik koşullar ve hizmetin ulaşılabilirliği vardır. Bunu göz önünde bulundurarak kadınların, klimakterik dönemde sağlık sorunlarını tedavi edilen kuruluşların yaygınlaştırılması, bu kuruluşlarda ucuz ve ulaşılabilir hizmet sunulmasını amaçlayan çalışmalarda ebe/hemşirelerin görev alması,
3. Kadınların menopoza ilişkin olumsuz tutumlarının değiştirilebilmesi için,
- Tutumların oluşumunu etkileyen ve en önemli etkenin yaşanan toplumun kültürü olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, sadece kadınların değil erkeklerin de menopoza ilişkin tutumlarının belirlenmesini sağlayacak araştırmaların yapılması,
 - Kültürün doğumdan itibaren bireyi çevreleyen bir olgu olduğunu düşünerek, toplumu oluşturan bireylerin tümüne menopozun bir kayıp değil, değişiklik olarak algılanmasını sağlayacak biçimde, bireylerin yaşlarına uygun olan sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L., **Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği**, Sistem Ofset, Ankara, 1995.
2. Hay A.G., Bancroft J., Johnstone E.C., Affective Symptoms in Women Attending a Menopause Clinic, **International Journal Psychiatry in Medicine**, 1992 : 22 (3) : 213-220.
3. Mathews K.A., et.al., Çev.:Kapıcıoğlu S., Menopoz ve Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri, **Etnews**, 1990:7:2-7.
4. Özhan N., Karagöz S., Doğan N., Sağlık Meslek Lisesi Öğretmenlerin Sağlıklı Yaşlanmaya İlişkin Düşünceleri, **Sağlıklı Yaşlanma Uluslar arası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı**, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1992 : 51-63.
5. Çevik A., Menopozla Birlikte Ortaya Çıkan Psikiyatrik Sorunlar, **Psycho Med**, 1995 : 2 (3) : 99-101.
6. Sarı H., Postmenopozal Osteoporoz, **Sendrom**, 1991 : 1 : 7-12.
7. Erci B., Ünal G., Bingöl M., Yaşlılığa Uyumu Güçleştiren Faktörler, **Sağlıklı Yaşlanma Uluslar arası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı**, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1992 : 95-104.
8. ----- Devlet İstatistik Enstitüsü, **İstatistiklerle Türkiye**, Ankara, 1994.
9. ----- DPT, **1993 Yılı Programı**, Ankara, 1992.
10. Fogel I.C., Woods F.N., **Health Care of Women**, The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, London 1981.
11. Gould D., **Nursing Care of Women**, Prentice Hall, New York, Toronto, London, Sydney, 1990.
12. Zeyneloğlu H.B., Ergeneli M., Menopozal Semptomların Tedavisi, **İlaç ve Tedavi Dergisi**, 1995 : 8 (4) : 230-307.
13. Thompson B., Hart S.A., Durno D., Menopausal age and symptomatology in general practice, **J. BIOSOC. Sci.**, 1979 ; 49 : 152.

14. Mendham C., Rees C., A Positive Change/Menopause, **Nursing Times**, 1992 : 88 (12) : 32-35.
15. Hillard A., Hormone Replacement and the Menopause, **Primary Health Care**, 1993 : 3 (1) : 12-14.
16. Haddock D.A., A Simple Way to Manage Menopause, **Postgrad. Med.**, 1990 : 3 (88) : 131-138.
17. Mc Kinlay S.M., Brambilla D.J., Posner J.G., The Normal Menopause, **Maturitas**, 1993 : 14 : 103.
18. Wasaha S., et al, What Every Woman Should Know About Menopause, **AJN**, 1996 : 96 (1) : 23-33.
19. Clarke Childs A., Puse For Thought, **Nursing Times**, 1996 : 92 (13) : 50-51.
20. Hunter M.S., Predictors of Menopausal Symptoms, Psychosocial Aspects, **Baillieres. Clin. Endocrinal Metab.**, 1993 : 1 (7) : 33-45.
21. ----- Menopoz, **Sağlık Dergisi**, Sayı : 57, Ağustos 1996 : 25-27.
22. Aksel S., Menopazda Osteoporoz ve Kalsiyum Metabolizması, **Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi**, 1991 : 5 (3) : 132-136.
23. Cauley S.A., Kriska A.M., A Two Years Randomized Exercise Trial in Older Woman, **Atherosclerosis**, 1987 : 3 : 247-258.
24. Heidrich F., Thompson R.S., Osteoporosis Prevention : Strategies Applicable for General Population Groups, **Journal of Family Practise**, 1987 : 10 (6) : 809-816.
25. Buemann B., Austrup A., Three Months Aerobic Training Fail to Affect 24 Hour Energy Expenditure, **Int. J. Obs.**, 1992 : 10 (16) : 809-816.
26. Maddox M.A., Women at Midlife : Hormone Replacement Therapy, **Nursing Clin. of North Am., Women Health**, 1992 : 27 (4) : 959-969.
27. Mc Keon V.A., Hormone Replacement Therapy : Evulation the Risks and Beneficts, **JOGNN**, 1994 : 23 : 647-657.
28. Büyükören A., Menopozda Horman Replasman Tedavisi, **Günümüzde Hipokrat**, 1995 : 36 : 17-19.

29. Moser D.K., et al, Effect of Postmenopausal Hormones on Coronary Artery Disease, **AJN**, 1997 : 97 (4) : 26-33.
30. Leylek Ö.A., vd, Değişik Açılardan Hormon Replasman Tedavisinin Bugünü, **İlaç ve Tedavi Dergisi**, 1996 : 9 (8) : 5-7.
31. Stampfer M.J., et al, Postmenopausal Estrogen Therapy and Cardiovascular Disease, **The New England Journal of Medicine**, 1991 : 325 (11) : 756-761.
32. ----- Devlet İstatistik Enstitüsü, **Ölüm İstatistikleri**, Ankara, 1991.
33. Wals K., Whipple B., et al, How to Provide Better Care for the Postmenopausal Women, **AJN**, 1997 : 97 (4) : 36-43.
34. Melecs A.I., **Theoretical Nursing, Development and Process**, I.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991.
35. Güler K., Menopoz ve Hemşirelik Yaklaşımı, **Hemşirelik Bülteni**, 1984 : 1 (4).
36. Le Boeuf F.J., et al, Discomforts of the Perimenopause, **JOGNN**, 1996 : 25 (2) : 173-180.
37. Karanisoğlu H., Menopozda Cinsel İşlev Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı, **Hemşirelik Bülteni**, 1989 : 3 (14) : 103-106.
38. Eroğlu K., İsteyerek Yapılan Düşüklerin Önlenmesinde Sağlık Eğitiminin Etkinliği, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara, 1995.
39. Oskay Ü., Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi, **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995.
40. Özcan S.S., Kadın Hastalıkları Polikliniğine Gelen Hastaların Muayeneye İlişkin Düşünce ve Beklentileri, **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, Ankara, 1991.
41. İnanç N., vd, **Doğum ve Kadın Hast. Hemşireliği El Kitabı**, (Editör Coşkun A.) Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara.

42. Judd H.L., Çev. : Karabacak O., Göl K., **Menopoz ve Postmenopoz, Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi**, Barış Kitabevi, Ankara, 1990.
43. Bobak I.M., Jensen M.D., **Maternity and Gynecologic Care**, (The Nurse and Family) Mosby st. Louis, 1993.
44. Paterson M.M., Lynch A.Q., Menopause : Slient İssues for Counselors, **Journal of Counseling and Development**, 1988 : 67 : 185-188.
45. Cook M.J., Perimenopause : An Opportunity for Health Promotion, **JOGNN**, 1983 : 22 (3) : 223-228.
46. Lucman J., Sorenson K.C., **Medical Surgical Nursing – A psycho – Physiologic Approach**, W.B. Saunders Com., London, 1987.
47. Nachtigall E.L., Heilman J.R., Çev. : Gökmen O., vd, **Menopoz**, Medical Network, Ankara, 1994.
48. Çağlayan Ş., **Yaşam Bilimi – Fizyoloji**, Panel Matbaası, İstanbul, 1995.
49. Mc Kinlay S.M., Bifano N.C., Mc Kinlay J.B., Smoking and Age at Menopause in Women, **Annals of Internal Medicine**, 1985 : 103: 350-356.
50. Scharbo D.M., Brucker M.C., The Perimenopausal Period : Implications for Nurse – Midwifery Practise, **J. Nurse Mid. Wifery**, 1991 : 36 (1) : 9-76.
51. Babuna C., Menopoz Sendromu, Editör : T. Atasü, S. Şahmay, **Reprodüktif Endokrinoloji**, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1990.
52. Arısan K., **Propedötik / Kadın Doğum**, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1993.
53. Hotun N., Kadınların Klimakteryum Dönemine Özgü Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü, **Yayımlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1996.
54. Greendale G.A., Judd H.L., The Menopause : Health İmplications and Clinical Management, **J. Am. Geriatr. Soc.**, 1993 : 4 (41).
55. Holte A., Mikkelsen A., Psychosocial Determinants of Climacteric Complints, **Maturitas**, 1993 : 13 (3) : 205-215.

56. Stewart D.E., Boydell K., Dereko C., Marshall V., Psychologic Diustress During the Menopausal Years in Women Attending a Menopause Clinic, **International Journal of Psychiatry Medicine**, 1992 : 22 (3) : 213-220.
57. Lock M., Ambiauties of Aging : Japanese Experience and Perceptions of Menopause Culture, **Medicine and Psychiatry**, 1986 : 10 (1) : 23-46.
58. Uçanok Z., Farklı Yaş Gruplarındaki Kadınlarda Menopoza İlişkin Belirtilerin, Tutumların ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi, **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1994.
59. Balcı M.K., Balcı N.V., Osteoporoz ve Tedavisi, **İlaç ve Tedavi Dergisi**, 1997 : 10 (4) : 217-223.
60. Spector T.D., Keen R.W., et al, Influence of Vitamin D Receptor Genotyp on Bone Mineral Density in Postmenopausal Women : a twin study in Britain, **British Medical Journal**, 1995 : 310 : 1357-1360.
61. Beresford S.A.A., Weiss N.S., et al, Çev. : Yılmaz D., Postmenopozal Kadınlarda Östrojen ile Siklik Progestagen Kombinasyonu Tedavisinden Kaynaklanan Endometriyal Kanser Riski, **Literatür**, 1997 : 25 : 263-266.
62. İdiculla A.A., Goldberg G., Physical Fitness for the Mature Woman, **Med. Clin. North. Am.**, 1987 : 1 (71) : 135-148.
63. Jacobowit S.R., Çev. : Üsküdarlı Ş., **Menopoz**, E yayınları, İstanbul, 1996.
64. Sumbüloğlu V., Sumbüloğlu K., **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri**, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1988.
65. Ersoy T., **Menopoz ve Kültür**, Öteki Yayınevi, Ankara, 1998.
66. Willet W., Stampfer M.J., Bain C., et al, Cigarette Smoking Relative Weight ant Menopause, **Am. J. Epidemiol.**, 1983 : 117 : 651-8.
67. Kılıç S., Kadınların Menopoz Dönemi Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgileri, **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1988.
68. Gannon L., Ekstrom B., Attitudes Toward Menopause : The Influence Sociocultural Paradigms, **Psychology of Women Quarterly**, 1993 : 17 : 275-288.

69. Bowles C., Measure of Attitude Toward Menopause Using the Somatic
Differential Model, **Nursing Research**, 1986 : 35 (2) : 81-85.



EKLER

EK 1

EK 1-A

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ (40-60 YAŞ) KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİ BELİRLEMEK AMACIYLA HAZIRLANAN SORU KAĞIDI

1. Kaç yaşındasınız.
 - 40-44
 - 45-49
 - 50-60
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - Okur-yazar değil
 - Okur-yazar
 - İlkokul mezunu
 - Ortaokul mezunu
 - Lise mezunu
 - Yüksekokul mezunu
3. Mesleğiniz nedir?
4. Nerede çalışıyorsunuz?
5. Medeni durumunuz nedir?
 - Evli
 - Bekar (9. Soruya geçiniz)
 - Dul (8. Soruya geçiniz)
6. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - Okur-yazar değil
 - Okur-yazar
 - İlkokul mezunu
 - Ortaokul mezunu
 - Lise mezunu
 - Yüksekokul mezunu
7. Eşiniz nerede çalışıyor?
8. Çocuğunuz var mı?
 - * Evet
 - * Hayır
9. Adetleriniz düzenli midir?
 - * Evet
 - * Hayır
10. Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?
 - * Evet
 - * Hayır(12. soruya geçiniz)
11. Hastalığınız nedir?

- Kalp hastalığı
 - Guatr hastalığı
 - Şeker hastalığı
 - Diğer
12. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
* Evet * Hayır(14. soruya geçiniz)
13. Kullandığınız ilacın adı nedir?
14. Adetten kesildiniz mi?
* Evet * Hayır(17.soruya geçiniz)
15. Kaç yaşında adetten kesildiniz?
16. Kaç yıldır adet görmüyorsunuz?
17. Kadın hastalıkları ile ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi?
* Evet * Hayır(19.soruya geçiniz)
18. Nasıl bir ameliyat geçirdiniz?
19. Sigara içiyor musunuz?
* Evet * Hayır
20. Günlük yaşamınızda ev işlerinin dışında hareket yapıyor musunuz?
* Evet * Hayır(22.soruya geçiniz)
21. Ne tür hareketler yapıyorsunuz?
- Yürüyüş yaparım
 - Tarlada, bahçede çalışırım
 - Spor yaparım
 - Diğer
22. Aşağıdaki besin maddelerini ne kadar süre aralarla tüketiyorsunuz?

Her gün Günüşarı Haftada bir Ayda bir Diğerleri

	Her gün	Günüşarı	Haftada bir	Ayda bir	Diğerleri
Kurubaklagiller (Nohut , fasülye vs.)					
Tahıllar (Buğday,bulgur,pirinç vs.)					
Sebze ve meyveler					
Süt ve türevleri					
Balık ve türevleri					

23. Adetten kesilme konusunda herhangi bir yer yada kişiden bilgi aldınız mı?
* Evet * Hayır
24. Adetten kesilme konusundaki bilgiyi nereden aldınız?
- Akraba ve komşudan
 - Sağlık personelinden
 - TV, radyo, gazeteden
 - Aileden
 - Diğerleri

EK 1 B**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ (40-60 YAŞ) KADINLARIN SAĞLIK BAKIMLARINA İLİŞKİN BİLGİ DURUMUNU VE UYGULAMALARINI BELİRLERMEK AMACIYLA HAZIRLANAN SORU KAĞIDI**

SORUNLAR	SİZ YAŞADINIZ MI?		SORUNUNUZ GEÇTİ Mİ?		BU SORUNUN NEDENİ SİZCE NEDİR? (A)	BU SORUNU GİDERMEK İÇİN SİZCE NE YAPMAK GEREKİR? (B)	SİZ NE YAPTINIZ?
	EVET	HAYR	EVET	HAYR			
25. Adetlerin seyrek ve az olması							
26. Adetlerin uzun ve fazla olması							
27. Gece terlemesi							
28. Sıcak basması							
29. Huzursuzluk, sinirlilik							
30. Hüzün ve çökkünlük							
31. Çabuk heyecanlanma							
32. Ağlama nöbetleri							
33. Unutkanlık							
34. Dikkat toplayamama							
35. Boğulma, bunalma hissi							
36. Korku ve panik hissi							
37. Çarpıntı							
38. Vücutta uyuşma ve karıncalanma							
39. Ellerde ve ayaklarda uşüme							
40. Başağrsısı							
41. Başdönmesi							
42. Kabızlık							

SORUNLAR	SİZ YAŞADINIZ MI?		SORUNUNUZ GEÇTİ Mİ?		BU SORUNUNUZUN NEDENİ SİZCE NEDİR? (A)	BU SORUNU GİDERMEK İÇİN SİZCE NE YAPMAK GEREKİR? (B)	SİZ NE YAPTINIZ?
	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR			
43.Kilo alma							
44.Eklemler ve kemiklerde ağrı							
45.Sırt ağrısı							
46.Boyda kısalma							
47.Kamburlaşma							
48.Kemik kırıkları							
49.İdrar kaçırma							
50.Sık idrar yolu iltihabı							
51.Sık idrara çıkma							
52.Cinsel organlarda kaşıntı							
53.Cinsel isteksizlik							
54.Ağrılı ilişki							
55.Deride buruşma ve sarkma							
56.Deride kuruluk ve kaşıntı							
57.Deride kahverengi lekeler							
58.Yüzde kılınma							
59.Saçlarda ve tüylerde dökülme							
60.Kalp hastalığı							

61. Adetten kesilmenin nedeni nedir?

62. Kadınlar genellikle hangi yaşta adetten kesilirler?

- 30-35 yaş
- 40-60 yaş
- 65 yaş ve üstü
- Bilmiyorum

63. Sizce adetten kesilen kadınlar ne tür sorunlar yaşar?

64. Bu sorunların çözümü için ne yapmak gerekir?



EK 1 - C

MENAPOZA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ

1. Kadınlar yaşamlarında adetten kesilmeyi, genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
2. Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
3. Adetten kesilen kadın kendisinin anlayamadığı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
4. Erkekler, adetten kesilme sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
5. Kadınlar genellikle adetten kesilme döneminde sinirli ve gergin olurlar.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
6. Birçok kadın adetten kesildikten sonra artık gerçek bir kadın olmadığını düşünür.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
7. Pekçok kadın adetten kesilmekten üzüntü duyar.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
8. Adetten kesilmek bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
9. Kadınlar adetten kesilme sırasında bir takım sıkıntılar yaşamayı beklemelidirler.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
10. Aslında hemen her kadın yaşamında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
11. Adetten kesilme yaşlanmanın önemli bir işaretidir.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
12. Kadınları adetten kesilme döneminde en çok korkutan şey ne olacağını bilmemektir.
 Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

13. Kadınlar genellikle adetten kesildikten sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

14. Pekçok kadın adetten kesilme döneminde üzüntülü ve çökkün olur.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

15. Adetten kesilme pekçok kadının yaşamını alt üst eder.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

16. Adetten kesilme bir kadının yaşamında pekçok sorun yaşandığı bir dönemdir.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

17. Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

18. Adetten kesilmek kadının yaşamını büyük ölçüde etkilemez.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

19. Pekçok kadın için adetten kesilme katlanması oldukça zor bir durumdur.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

20. Adetten kesilen pekçok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

EK 2

Klimakterik Dönemdeki (40-60 yaş) Kadınların Sağlık Bakımlarına İlişkin Bilgi Soruları ve Yanıtları

Soru.25.A. Adetlerin seyrek ve az olması sorununun nedeni nedir?

Menopoz

Soru.25.B. Adetlerin seyrek ve az olması sorununu gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesi ile HRT

Soru.26.A. Adetlerin uzun ve fazla olması sorununun nedeni nedir?

Menopoz

Soru.26.B. Adetlerin uzun ve fazla olması sorununu gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesi ile HRT

Soru.27.A. Gece terlemesi sorununun nedeni nedir?

Menopoz

Soru.27.B. Gece terlemesi sorununu gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesi ile HRT

E vitamini içeren yiyecekler almak (Buğday, kıvırcık salata, fasulye, yeşil sebzeler, buğday yağı, balık, et, pirinç, tropikal meyve)

Kat kat ve ince giyinmek

Vücudu soğutucu uygulamalar yapmak

Soru.28.A. Sıcak basması sorununun nedeni nedir?

Menopoz

Soru.28.B. Sıcak basması sorununu gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesi ile HRT

E vitamini içeren yiyecekler almak (HT, DM ve KH yok ise alabilir)

Sıcaktan uzak durmak

Sıcak basmasını başlatacak yiyeceklerden uzak durmak

Kat kat ve ince giyinmek

Soğuk uygulama yapmak

Soğuk ortamda bulunduğunu hayal etmek

Nefes egzersizi yapmak

Soru.29.A. Huzursuzluk sinirlilik, Soru.30.A. Hüzün ve çökkünlük, Soru.31.A. Çabuk heyecanlanma, Soru.32.A. Ağlama nöbetleri, Soru.33.A. Boğulma bunalma hissi, Soru.34.A. Korku ve panik hissi sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.29.B. Huzursuzluk sinirlilik, Soru.30.B. Hüzün ve çökkünlük, Soru.31.B. Çabuk heyecanlanma, Soru.32.B. Ağlama nöbetleri, Soru.33.B. Boğulma bunalma hissi, Soru.34.B. Korku ve panik hissi sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesi ile HRT

B, E ve C vitamini yönünden zengin beslenme

Sıkıntı, stres yaratan durumları listeleyip çözüm arama
Yaşam biçimi değişiklikleri yapmak

- Yeni uğraşlar bulmak
- Egzersiz yapmak
- Uygun beslenme programı uygulamak
- Dinlenmek için kendine zaman ayırmak
- Giyim, makyaj ve bakıma özen göstermek
- Sigara içmemek
- Stres azaltma teknikleri kullanmak
- Uzman kontrolünde rahatlama terapisi teknikleri, görselleştirme (hayal etmek), yoga, biofeedback, akapunktur ve masaj kullanmak
- Düzenli uyumak
- Ilık süt içmek
- Ilık banyo yapmak
- Uzun akşam yürüyüşleri yapmak
- Çeşitli bitkisel çaylar (alman papatyası çayı, yaban sümbülü çayı gibi) içmek

Soru.35.A. Çarpıntı sorununun nedeni nedir?

Menopoz

Soru.35.B. Çarpıntı sorununu gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesiyle HRT

Nikotin ve kafein tüketmemek

Soru.36.A. Unutkanlık, Soru.37.A. Dikkat toplayamama sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.36.B. Unutkanlık, Soru.37.B. Dikkat toplayamama sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesiyle HRT

İşleri listelemek

B vitamini kompleksi kullanmak

Unutulması muhtemel işlerde çeşitli bellek harekete geçiriciler tespit etmek.

Yaş ilerledikçe bellek kaybının normal olduğunu kabullenmek

Soru.38.A. Baş ağrısı, Soru.39.A. Baş dönmesi sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.38.B. Baş ağrısı, Soru.39.B. Baş dönmesi sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Stres azaltma teknikleri kullanmak

Çeşitli terapi teknikleri kullanmak

Soru.40.A. Kabızlık sorununun nedeni nedir?

Menopoz

Soru.40.B. Kabızlık sorununu gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Egzersiz yapmak

Lifli gıdalar (tahıllar, fasulye, çilek gibi) ve bol meyve, sebze yemek

Bol sıvı almak

Soru.41.A. Kilo alma sorununun nedeni nedir?

Menopoz

Soru.41.B. Kilo alma sorununu gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Yağlı ve bol karbonhidratlı besinlerden uzak durmak (kaymağı alınmış süt, yağsız yoğurt, bol meyve sebze ve bakliyat yemek gibi)

Egzersiz yapmak

Soru.42.A. Eklem ve kemiklerde ağrı, Soru.43.A. Sırt ağrısı, Soru.44.A. Boyda kısalma, Soru.45.A. Kamburlaşma, Soru.46.A. Kemik kırıkları sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.42.B. Eklem ve kemiklerde ağrı, Soru.43.B. Sırt ağrısı, Soru.44.B. Boyda kısalma, Soru.45.B. Kamburlaşma, Soru.46.B. Kemik kırıkları sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesiyle HRT

Egzersiz yapmak

Kalsiyum ve D vitamini (kaynakları sombalağı, sardalya, uskumru ve tuna balığı, güneş) yönünden zengin beslenme (Kalsiyum kaynakları; süt ürünleri balık, kabuklu kuruyemiş, lahana, turp, hardal, yeşil yapraklı sebzeler gibi)

Alkol ve sigara kullanmamak

Soru.47.A. İdrar kaçırma, Soru.48.A. Sık idrar yolu iltihabı, Soru.49.A. Sık idrara çıkma sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.47.B. İdrar kaçırma, Soru.48.B. Sık idrar yolu iltihabı, Soru.49.B. Sık idrara çıkma sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Genital hijyene önem vermek

Kegel egzersizlerini yapmak

Bol sıvı almak

Konstipasyonu engellemek

İdrar yolu enfeksiyonunu önlemek için C vitamini yönünden zengin beslenme

Soru.50.A. Cinsel organlarda kaşıntı, Soru.51.A. Cinsel isteksizlik, Soru.52.A. Ağrılı ilişki sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.50.B. Cinsel organlarda kaşıntı, Soru.51.B. Cinsel isteksizlik, Soru.52.B. Ağrılı ilişki sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. tavsiyesiyle HRT

Genital hijyene önem vermek

Eş ile iletişimi arttırmak

Ön sevişme için zaman ayırmak

Suda çözünen vaginal nemlendiricileri kullanmak

Pozisyon değişiklikleri yapmak

Düzenli seksüel aktiviteyi sürdürmek

B ve E vitamini yönünden zengin beslenmek

Soru.53.A. Vücutta uyuşma ve karıncalanma, Soru.54.A. Ellerde ve ayaklarda uşüme sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.53.B. Vücutta uyuşma ve karıncalanma, Soru.54.B. Ellerde ve ayaklarda uşüme sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesiyle HRT

Soru.55.A. Deride buruşma ve sarkma, Soru.56.A. Deride kuruluk ve kaşıntı,

Soru.57.A. Deride kahverengi lekeler sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.55.B. Deride buruşma ve sarkma, Soru.56.B. Deride kuruluk ve kaşıntı,

Soru.57.B. Deride kahverengi lekeler sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesiyle HRT

Bol sıvı almak

A ve E vitamini yönünden zengin beslenmek

Egzersiz yapmak

Güneş ışığından korunmak

Derideki nemi korumak

- Ilık banyo yapmak
- Banyo yağı kullanmak
- Nemlendiriciler kullanmak
- Sabun kullanmamak

Kırışıklıkları gidermek için krem kullanmak

Lazer, dondurma tekniği veya elektrik akımı kullanarak lekeleri yok etmek

Soru.58.A. Yüzde kıllanma, Soru.59.A. Saçlarda ve tüylerde dökülme sorunlarının nedeni nedir?

Menopoz

Soru.58.B. Yüzde kıllanma, Soru.59.B. Saçlarda ve tüylerde dökülme sorunlarını gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesiyle HRT

Kıl giderme yöntemleri kullanmak (ağda, traş etme, kıl dökücü krem gibi)

Soru.60.A. Kalp hastalığı sorununun nedeni nedir?

Menopoz

Soru.60.B. Kalp hastalığı sorununu gidermek için ne yapmak gerekir?

Dr. gitmek

Dr. tavsiyesiyle HRT

Sigara ve alkol tüketmemek

Kalsiyum ve D vitamini yönünden zengin beslenmek

Yağlı ve karbonhidratlı besinlerden kaçınmak

Egzersiz yapmak

Soru.61. Adetten kesilme nedeni nedir?

Yumurtalık fonksiyonlarının sona ermesi

Soru.62. Kadınlar genellikle hangi yaşlarda adetten kesilirler?

40-60 yaş

Soru.63. Sizce adetten kesilen kadınlar ne tür sorunlar yaşar?

Adetlerin seyrek ve az olması

Adetlerin uzun ve fazla olması

Gece terlemesi

Sıcak basması

Huzursuzluk, sinirlilik

Hüzün ve çökkünlük

Çabuk heyecanlanma
Ağlama nöbetleri
Unutkanlık
Dikkat toplayamama
Boğulma, bunalma hissi
Korku ve panik hissi
Çarpıntı
Vücutta uyuşma ve karıncalanma
Ellerde ve ayaklarda üşüme
Baş ağrısı
Baş dönmesi
Kabızlık
Kilo alma
Eklem ve kemiklerde ağrı
Sırt ağrısı
Boyda kısalma
Kamburlaşma
Kemik kırıkları
İdrar kaçırma
Sık idrar yolu iltihabı
Sık idrara çıkma
Cinsel organlarda kaşıntı
Cinsel isteksizlik
Ağrılı ilişki
Deride buruşma ve sarkma
Deride kuruluk ve kaşıntı
Deride kahverengi lekeler
Yüzde kılınma
Saçlarda ve tüylerde dökülme
Kalp hastalığı

Soru.64. Bu sorunların çözümü için ne yapmak gerekir?

Klimakterik dönemdeki (40-60 yaş) kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi durumunu ve uygulamalarını belirlemek amacıyla hazırlanan soru kağıdında yer alan 25. sorudan 60. soruya kadar tüm sorunları gidermek için yapılabilecek uygulamalar bu sorunun da yanıtını oluşturmaktadır.

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Doğumhane, Dahiliye Yoğun Bakım, Dahiliye, Enfeksiyon, Acil servislerinde hemşire olarak çalıştı. 1995 yılında Gazi Üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksek Okulunda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen aynı yerde öğretim görevlisi ve müdür yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

