



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**KIRSAL BİR BÖLGEDE YAŞAYAN KLİMAKTERİK
DÖNEMDEKİ KADINLARIN MENOPOZA İLİŞKİN
FARKINDALIKLARI VE SAĞLIK ALGILARI**

Yüksek Lisans Tezi

Hatice TORUN

Danışman
Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

SAMSUN

2020

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



**KIRSAL BİR BÖLGEDE YAŞAYAN KLİMAKTERİK
DÖNEMDEKİ KADINLARIN MENOPOZA İLİŞKİN
FARKINDALIKLARI VE SAĞLIK ALGILARI**

Yüksek Lisans Tezi

Hatice TORUN

Danışman

Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

SAMSUN

2020

TEZ KABUL VE ONAYI

Hatice TORUN tarafından, Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI danışmanlığında hazırlanan “Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Farkındalıkları ve Sağlık Algıları” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 06.11.2020 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı/Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye Doç. Dr. Birsen ALTAY Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye Dr. Öğr. Üyesi Hacer GÖK UĞUR Ordu Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY
.../.../...
Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım yüksek lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

06/11/ 2020

Hatice TORUN

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı :Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Farkındalıkları ve Sağlık Algıları

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 16.09.2020 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 23

Tek kaynak oranı : % 3 çıkmıştır.

... / ... / 20...

Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

ÖZET

KIRSAL BİR BÖLGEDE YAŞAYAN KLİMATERİK DÖNEMDEKİ KADINLARIN MENOPOZA İLİŞKİN FARKINDALIKLARI VE SAĞLIK ALGILARI

Hatice TORUN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans, Kasım/2020

Danışman: Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Amaç: Bu araştırmada amaç kırsal bir bölgede yaşayan klimakterik dönemdeki kadınların menopoza yönelik farkındalıklarını ve sağlık algılarını incelemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılan bu araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı Aralık 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında Alpaslan Köyü Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 45-65 yaş aralığında bulunan 210 kadın oluşturmuştur. Örneklemini ise bu tarihler arasında araştırmanın alınma kriterlerini karşılayan klimakterik dönemdeki 180 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul izni ve kurum izni alındı.

Bulgular: Klimakterik dönemdeki kadınların yaş ortalaması 54.3 ± 6.7 olup, bunların %58.9'unun ilkökul mezunu olduğu, kadınların sağlığı algılama durumlarının ortalama değerinin 6.3 ± 1.6 olup orta derecede olduğu, kadınların %24.4'ünün daha önce menopoz dönemine ilişkin bilgi aldığı ve bilgi alanların %40.9'unun bilgiyi doktorlardan aldığı, kadınların büyük çoğunluğunun menopozal dönemi kötü algıladığı ve sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalama değerinin 45.3 ± 5.0 olup orta derecede olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça menopozal dönemdeki kadınların sağlık algısının arttığı, bir hastalık varlığında ve sürekli ilaç kullanımında sağlık algısının azaldığı, yaş, ekonomik durum ve menopoz yılının sağlık algısı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Eğitim durumunun, bir hastalık varlığının, sürekli ilaç kullanımının, yaşın, ekonomik durumun ve menopoz yılının kadınların sağlık algısını etkilediği ve kadınların menopoz ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Klimakterik dönem; menopoz; farkındalık; sağlık algısı

ABSTRACT

AWARENESS OF MENOPAUSE AND HEALTH PERCEPTIONS OF CLIMACTERIC WOMEN LIVING IN A RURAL AREA

Hatice TORUN

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Master's Degree, November/2020

Supervisor: Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Objective: The aim of this study is to examine the climacteric awareness and health perceptions of women living in a rural area towards menopause.

Materials and Methods: The population of this research conducted in accordance with descriptive research principles was 210 women between the ages of 45-65 registered at Alpaslan Village Family Health Center between December 2018 and June 2019, the sample of which met the inclusion criteria of the study during the climacteric period. It has created 180 women. The data of the study were collected using the "Personal Information Form" and the perception of health scale. In the evaluation of the data, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, Spearman Correlation analysis were used and examined. Ethics committee permission and institutional permission were obtained for the study.

Results: The average age of the women in the climacteric period was 54.3 ± 6.7 , 58.9% of them were primary school graduates, the mean value of women's perception of health was 6.3 ± 1.6 and moderate, 24.4% of women had information about the menopause period before and It was determined that 40.9% of those who received the information received the information from the doctors, the majority of women perceived the menopausal period badly and the average value of the health perception scale was 45.3 ± 5.0 and was moderate. It has been found that as the education level increases, the perception of health of women in the menopausal period increases, the perception of health decreases in the presence of a disease and continuous drug use, and age, economic status and menopause year have an effect on health perception.

Conclusion: It has been determined that educational status, the presence of a disease, continuous use of medication, age, economic status and the menopause year affect women's perception of health and women's knowledge levels about menopause are insufficient.

Keywords: Climacteric period; menopause; awareness; perception of health

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca zorlu ve yorucu geçen bu süreçte bana her zaman destek olan, bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren sevgili tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya,

Lisans ve yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren hocam Sayın Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Çalışmam boyunca her işim düştüğünde beni geri çevirmeyen Arş. Gör. Emel GÜVEN hocama,

Değerli mesai arkadaşlarıma ve yardımlarını esirgemeyen ekip arkadaşım Muhammet AYDIN'a,

Yüksek lisansın bana kazandırdığı en güzel hediyelerden biri olan canım arkadaşım Sümeyya TAŞKIN'a

Desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim canım arkadaşım Derya UZUN'a

Beni yetiştiren ve her zaman destekleyen, canım aileme çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Klimakterik Dönem	5
2.1.1. Klimakterik Dönemin Tanımı.....	5
2.1.2. Klimakterik Dönemin Sınıflandırılması.....	5
2.1.3. Menopozun Sınıflandırılması.....	6
2.1.4. Klimakterik Dönemde Görülen Semptomlar ve Yakınmalar.....	7
2.1.5. Menopozda Tedavi.....	12
2.2. Sağlık Algısı.....	13
2.2.1. Klimakterik Dönemde Sağlık Algısı.....	14
2.3. Klimakterik Dönemde Hemşirelik	15
2.3.1. Klimakterik Dönemde Beslenme	16
2.3.2. Yeterli Uyku ve Dinlenme	16
2.3.3. Uygun Fiziksel Aktivite	16
2.3.4. Düzenli Seksüel Yaşam	17
2.3.5. Vazomotor Değişikliklerle Başa Çıkma.....	17
2.3.6. Gebelikten Korunma	17
2.3.7. Deri Değişiklikleri ile Başa Çıkma	17
2.3.8. Hormon Replasman Tedavisi Danışmanlığı:	18
2.4. Klimakterik Dönemde Hemşirenin Rollerini	18
3. MATERYAL VE METOD	20
3.1. Araştırmanın şekli.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	20

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	20
3.3.3. Örneklem Alınma Kriterleri	20
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	20
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	21
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	21
3.5.2. Sağlık Algısı Ölçeği.....	22
3.6. İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	23
3.7. Araştırmanın Etik ilkeleri	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
6.1. Sonuç	39
6.2. Öneriler	40
KAYNAKLAR	41
EKLER	47
EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	47
EK-2: SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ	50
EK-3: ETİK KURUL İZİNİ.....	51
EK-4: KURUM İZİNİ.....	52
ÖZ GEÇMİŞ.....	53

SİMGELER VE KISALTMALAR

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HRT : Hormon Replasman Tedavisi

KAH : Koroner Arter Hastalığı

LDL : Low Density Lipoprotein

SPSS : Statical Package for Social Sciences

\bar{x} : Ortalama

SS : Standart Sapma

χ^2 : Kruskall Wallis Test İstatistiği

U : Mann-Whitney U Test İstatistiği

r : Spearman Rho Sıra Korelasyonu Katsayısı

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın yaşamı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoza ve yaşlılık olmak üzere beş döneme ayrılmıştır. Bu dönemlerden her biri kendine özel psikolojik, fiziksel ve hormonal farklılıklara sahiptir. Her dönemin kendine özgü özellikleri olmasına rağmen ergenlik ve menopoza dönemleri kadın hayatındaki etkileri nedeniyle en önemli dönemlerdendir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Orta yaş dönemindeki kadınlar için, evrensel bir geçiş dönemi olan menopoza, menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması şeklinde tanımlanmıştır (Taşkın, 2014). Bu tanımlamaya göre, menopoza önceki 2-6 yıl ve sonraki 1 yılı kapsayan döneme perimenopoza, son menstrüel kanamanın olduğu dönem menopoza, menopoza sonraki 6-8 yıllık süreyi kapsayan yaşam sürecine ise postmenopozal dönem denir (Gönenç ve Vural, 2010). Tüm bu dönemleri içeren yaşam dilimine ise klimakterium dönemi denir. Klimakterium kadının yaşlanma süreci içinde üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerileme nedeniyle üreme yeteneğinin kaybolduğu bir yaşam dönemine geçişi gösteren bir evre olup 40-45 yaşları civarında başlayıp yaşlılık döneminin başlangıcı olan 65 yaşa kadar devam etmektedir. Menopoza ise klimakterik dönem içinde görülen menstruasyonun kesilmesi anlamına gelen bir dönemi temsil eder. Genellikle 40-50 yaş civarında oluşmaktadır (Taşkın, 2014).

Kadınların yaşamı süresince geçirdikleri dönemlerden biri olan menopoza girme yaşı Dünya’da ortalama 45-55 yaşları arasındayken gelişmiş ülkelerde menopoza daha ileri yaşlarda (Amerika’da 51, İtalya’da 48), gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise daha erken yaşlarda (Mısır’da 46, İran’da 44) görülmektedir. Türkiye’de ise menopoza girme yaşı 45-47 arasındadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2014; Erkin ve ark., 2014). 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verileri Türkiye’de 48-49 yaş grubu kadınların %45.1’inin menopoza girdiğini göstermektedir (TNSA, 2018).

Son yıllarda yaşam standartlarının giderek yükselmesi ile birlikte yaşam süresinde de belirgin bir artış olmuştur. Türkiye’de kadınlar için doğuştan beklenen yaşam süresi Türkiye İstatistik Kurumu 2016- 2018 hayat tablosu verilerine göre 81.0 senedir (TÜİK, 2018). Yani kadınların önemli bir bölümü menopoza dönemine ulaşmakta ve yaşamlarının büyük bir bölümünü menopoza sonrası dönemde

geçirmektedir. Dolayısıyla bu dönemde karşılaşılabilecek sorunların önemi de giderek artmaktadır (Çetin ve Eroğlu, 2015).

Kadın yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşamının 1/3'ünü kapsayan klimakterium döneminde, östrojen eksikliğine bağlı olarak, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birçok değişim meydana gelmekte ve kadın, bu değişimlere bağlı olarak, yaşamının çeşitli alanlarında birçok yakınma ve sağlık problemi ile karşılaşmaktadır. Erken dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak vazomotor, emosyonel ve atrofik değişiklikler görülürken geç dönemde osteoporoz ve kardiyovasküler rahatsızlıklar görülmektedir (Erbaş ve Demirel, 2017).

Kadınlar menopoz sırasında benzer biyolojik değişikliklerle karşılaşsalar da, bunu farklı biçimde deneyimlemektedir. Eğitim, coğrafi konum, gelenekler, etnik faktörler, kadınlara ve yaşlılara toplum tarafından verilen değer, kadının rolü, cinsellik, kadınların yaşam felsefesi, toplumun ve kadınların menopoza atfettikleri anlamın algılanmasında önemli etkilere sahiptir (Yangın ve ark., 2010). Düzenli menstrüasyon olmanın birçok kültürde doğurganlık ve dişiliğin göstergesi olması, kadının statüsünün doğurma yeteneği ile ilişki halinde olmasından dolayı menopozun kadınlığın kaybı olarak değerlendirilmesine neden olabilmektedir (Koyun ve ark., 2011; Çelikkanat ve Sohbet, 2020).

Menopoz döneminde yaşanan birçok sağlık sorunu olmasına karşın bu dönem kadınlar tarafından sağlık hizmetlerine başvurma konusunda ihmal edilen bir dönemdir (Ardahan ve Acar, 2009). Türkiye'de yapılan çalışmalarda menopozal dönemdeki kadınların sadece %22-29'unun menopoz dönemine yönelik bilgi düzeylerinin yeterli olduğu tespit edilirken, yaklaşık olarak %40'ının döneme özgü danışmanlık hizmeti aldığı belirlenmiştir (Nehir ve ark., 2009).Yapılan başka bir çalışma ise her iki kadından birinin menopoz hakkında bilgi sahibi olmadığını göstermektedir. Bu da menopozun yaşlanma sürecinin normal bir parçası olmasına rağmen, genel popülasyonda menopoz veya hormon eksikliğiyle ilgili potansiyel sağlık sorunları hakkında daha iyi bilgilendirmeye ve eğitime ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte yapılan bu çalışmanın bulgularına göre daha eğitilmiş kadınların menopoz ve sağlıklı yaşam konusunda daha fazla farkındalığa sahip olmalarının, menopoz semptomları hakkında daha az şikayet etmelerinin ve menopoza karşı olumlu bir tutum sergilemelerinin daha muhtemel olduğunu göstermektedir (İkişık ve ark., 2020).

Bilgi sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda bir ön koşuldur (Dasgupta ve Ray, 2013). Bilinmeyen ve farkında olunmayan sağlık sorunlarının zm daha zordur ve kişiye zamanında tedavi olmaktan alıkoyar. Bilgiye erişim ile kadınların bedenlerinin ihtiyaçlarını, sahip oldukları belirtileri ve kendilerine sunulan tedavi seçeneklerini daha iyi anladıkları bildirilmiştir (İkişiık ve ark., 2020). Bu nedenle kadın yaşamında büyük bir öneme sahip olan menopoz dönemine yönelik bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve farkındalık düzeylerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Ardahan ve Acar, 2009). Sosyoekonomik durum ve düşük eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine erişimi önemli ölçüde etkileyebileceği düşünüldüğünde, daha düşük gelirli kadınların tedaviye ve rehabilitasyona daha az erişim nedeniyle menopoz şikayetlerini bildirme olasılıkları daha yüksek görülmektedir (İkişiık ve ark., 2020). Ayrıca sağlık sorunlarını anlama, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal faktörler (eğitim, istihdam ve medeni durum), kültürel ve ekonomik faktörler gibi faktörler de kadınların sağlığını etkiler ve sağlık programlarının planlanmasında önemli rol oynar (Enjezab ve ark., 2012).

Kırsal bölgede yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda daha dezavantajlı olmalarından dolayı sağlık profesyonellerinin menopoza yönelik bilgi eksikliği bulunan bireylerin bilgi eksikliklerinin giderilmesinde ve bu konuda farkındalık oluşturulmasındaki rolü de büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, kadınların menopozal dönemdeki kaçınılmaz zorlukları daha iyi anlamaları ve bunlara uyum sağlamalarına yardımcı olmak için, katılımcıların bireysel ihtiyaçlarına, özelliklerine ve sosyokültürel bağlamına göre uyarlanması gerekmektedir (Nosek ve ark., 2010).

Hemşieler kadın hayatının önemli bir bölümünü oluşturan orta yaş dönemindeki kadınlarda klimakterium dönemini tanımlayarak, kadınların menopoz dönemini daha sağlıklı geçirebilmeleri için, bu döneme ilişkin bilgilerini ve farkındalıklarını belirleyerek gerekli girişimlerde bulunmalıdır. Kadınlara menopozun bir hastalık değil yaşanması gereken bir dönem olduğu anlatılmalıdır (Zıvdır ve Sohbet, 2017). Bu dönemdeki hemşielerlik yaklaşımları dikkatli tanılama, destek ve eğitimi içermektedir (Ertem, 2010). Kadına verilecek bireysel ve bütüncül bakımın yanı sıra bu döneme özgü yaşayacağı ya da yaşamakta olduğu fizyolojik ve psikolojik değişikliklere yönelik eğitimler ve danışmanlık hizmetleri de verilebilir (Fışkın ve ark., 2017). Bu sayede koruyucu sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli katkılar sağlanabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin farkındalıklarını belirlemek ve sağlık algıları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Kırsal bir bölgede yaşayan klimakterik dönemdeki kadınların sosyodemografik özellikleri nelerdir?

2. Kırsal bir bölgede yaşayan klimakterik dönemdeki kadınların menopoza yönelik farkındalıkları ve sağlık algısı nedir?

3. Kırsal bir bölgede yaşayan kadınların menopoza yönelik farkındalıklarını ve sağlık algılarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Klimakterik Dönem

2.1.1. Klimakterik Dönemin Tanımı

Yunanca bir sözcük olan klimakterium “merdiven basamağı” anlamına gelmekte ve kadın hayatında önemli bir basamağı oluşturmaktadır (Taşkın, 2014). Klimakterik dönem, kadının cinsel olgunluk döneminden, üreme fonksiyonlarının sonlandığı bir döneme geçişini temsil etmektedir (Erkin ve ark., 2014). Bu dönem ovaryumlarda değişikliklerin gerçekleştiği zaman dilimine işaret etmektedir (Yağmur, 2018). Ovaryumlardaki hormon yapımında ve üreme kapasitesinde giderek gerileme ve sonunda da üreme yeteneğinin tamamen kaybolduğu bir yaşam evresine geçiş olmaktadır (Taşkın, 2014). Bu dönem 40-45 yaşlarında başlayıp 60-65 yaşlarına kadar devam etmektedir. Belirlenen bütün bu yaşlarla birlikte klimakterium döneminin yaş sınırlamasını kesin olarak belirlemek oldukça güçtür. Bu durum menopoza içinde geçerlidir. Çoğu zaman yanlış olarak aynı anlamda kullanılmalarına karşın klimakterium ve menopoza kelimeleri birbirinden farklı anlamlar içermektedir (Erkin ve ark., 2014; Taşkın, 2014). Menopoza, tüm kadınlarda ortaya çıkan doğal bir geçiş süreci, önemli bir yaşam evresidir ve klimakterik evre içerisindeki bir dönemi ifade etmektedir (Dündar ve Özsoy, 2019). Klimakterik dönem ise premenopoz, perimenopoz, menopoza ve postmenopoz olmak üzere toplamda dört bölüme ayrılmıştır.

Çoğunlukla 40’lı yaşlarda başlayan, öncelikle menstrüasyonda düzensizlik gibi belirti ya da bulguların görülmesi ile menopoza arasında geçen süreye premenopoz, menstrüel siklus düzensizliklerinin başlamasından, son menstrüasyondan bir yıl sonrasına kadar geçen süreye perimenopoz; son spontan adet kanamasına menopoza; hiç adet kanamasının olmadığı en az bir yılın ardından başlayan döneme ise postmenopozal dönem denir (Ertekin ve ark., 2015). Klimakterium ise premenopozal dönemden postmenopozal döneme kadar geçen zaman aralığını ifade etmektedir.

2.1.2. Klimakterik Dönemin Sınıflandırılması

Klimakterik dönem 4 evreyi kapsamaktadır. Bu evreler; (Yağmur, 2018)

1. Premenopoz
2. Menopoz

3. Perimenopoz

4. Postmenopoz

1. Premenopoz: Belirtilerin görüldüğü klimakteriumun ilk evresidir (Taşkın, 2014; Yiğit, 2018). Östrojen hormonunun azalmaya başlamasıyla menstrual siklus düzenini kaybeder ve ovulasyonsuz siklulara bağlı fertilité şansı düşer. Vazomotor değişiklikler, baş ağrısı, yorgunluk ve emosyonel rahatsızlıklar gibi bazı yakınmalar bu evrede ortaya çıkar (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Taşkın, 2014).

2. Menopoz: Menstruasyonun kesilmesi anlamına gelir (Taşkın, 2014; Motaghi ve ark.,2017). Bir yıl süre ile menstruasyon olmayan kadınlarda menopozun başladığı kabul edilir (Uludağ ve ark., 2014). Klimakterik dönemde başlayan ovarial foliküllerdeki azalma ile beraber estrojen üretimi de düşer, ovarial foliküllerin tamamen tükenmesi ile estrojen salgılanması durur ve overlerde atrofi görülür. Sonuçta üreme siklusu ortadan kalkar ve menopoz ortaya çıkar (Taşkın, 2014).

2.1.3. Menopozun Sınıflandırılması

Menopoz yaşında, yaşanan coğrafya, menarş yaşı, genital faktörler, beslenme, psikolojik faktörler, kalıtım, ırk, gelişmişlik düzeyi, çalışma durumu, evlilik, doğurganlık, kontraseptif ve sigara kullanımı, sosyokültürel ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktör etkili olmaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Moser ve ark., 2020). Menopoz, başlangıç yaşına ve oluş biçimine göre iki şekilde sınıflandırılabilir.

A. Başlangıç yaşına göre: Menopoz, erken, normal ve geç menopoz olarak sınıflandırılır.

Erken Menopoz: Adetten kesilmenin kalıcı olarak 40 yaşından erken gerçekleşmesine “erken menopoz ” veya “prematür menopoz” denilmektedir ve yaklaşık %4 oranında görülür (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Oofektomi, aşırı radyasyon, sık gebelik, uzun süreli emzirme, ciddi şişmanlık, kürtaj ve düşükler erken menopoza neden olan durumlardandır (Alpaslan, 2018).

Normal menopoz: Menstruasyon döngüsünün kalıcı olarak sonlanmasının ortalama 45 ile 54 yaşları arasında gerçekleşmesidir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Alpaslan, 2018).

Geç menopoz: Menstruasyonun 55 yaş sonrasında da hala devam etmesine geç menopoz denir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

B. Oluş biçimine göre: Doğal ve cerrahi menopoz olarak sınıflandırılır.

Doğal Menopoz: Ovarial foliküllerin tükenmesi ile menstruasyonun sonlanması olayına doğal menopoz denir (Taşkın, 2014).

Cerrahi menopoz: Overlerin cerrahi bir işlemle alınması sonucu ortaya çıkan menopoza denir (Taşkın, 2014).

3. Perimenopoz: Menopoz ve postmenopoz arasındaki geçiş dönemini ifade eder. Menopozdan sonraki ilk bir yılı kapsar. Bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlar sıcak basması, yorgunluk, gece terlemesi, unutkanlık, huzursuzluk ve baş ağrısıdır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

4. Postmenopoz: Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süredir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilitte ortadan kalkmıştır. Bu dönem perimenopozal dönemin sonlanması ile başlar ve yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaşa kadar devam eder (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

2.1.4. Klimakterik Dönemde Görülen Semptomlar ve Yakınmalar

Kadın yaşamının en önemli dönemlerinden biri olan menopoz fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değişimlerin yaşandığı ve bazı sağlık sorunlarının ortaya çıktığı bir yaşam evresidir (Ulusoy ve Kukulu, 2013; Yiğit, 2018). Menopozda yaşanan hormonal değişikliklerden dolayı görülen semptomlar, kadınlar arasında farklılıklar göstermekte ve fiziksel boyutta önemli değişiklikler oluşurmaktadır (Jane ve Davis, 2014; Gümüşay ve Erbil, 2019; Tunçarslan, 2019). Görülen bu değişiklikler kısa sürede ya da uzun sürede kendini göstermektedir. Menopozal dönemde yaşanan kısa süreli sorunlar; vazomotor semptomlar, vajinal atrofi ve psikolojik değişiklikleri içerirken, uzun vadeli etkiler; kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozdan oluşur (Ahmadinezhad ve ark., 2017; Vural ve Yangin, 2017).

A. Kısa Süreli Sorunlar

- 1-Vazomotor Değişiklikler:
- 2-Emosyonel Değişiklikler
- 3-Atrofik Semptomlar

B. Uzun Süreli Sorunlar

- 1- Kardiyovasküler Hastalıklar
- 2- Osteoporoz

A. Kısa Süreli Sorunlar

1.Vazomotor Değişiklikler

Klimakterik dönemin en sık görülen belirtilerinden birisi de vazomotor değişikliklerdir. Kadınlar klimakterik dönemdeki vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon şeklindeki değişiklikleri “sıcak basması” ve “gece terlemesi” şeklinde yaşamaktadır (Taşkın, 2014). Postmenopozal kadınların %75’i, perimenopozal kadınların ise yaklaşık %40’ ı sıcak basmasından yakınmaktadır. Sıcak basması tipik olarak tekrarlayan, özellikle yüzde kızarmaya neden olan, terleme oluşturan, vücudun üst bölgelerinde ve yüzde yoğun ısı hissi oluşturan ve ardından üşüme ile sonlanan bir durumdur (Yiğit, 2018). Sıcak basmalarına ek olarak menopoz dönemindeki kadınlarda en çok görülen vazomotor değişiklikler uykusuzluk, baş ağrısı, kulak çınlaması, baş dönmesi, göz önünde uçuşmalar, nefes darlığı, titreme, el ve ayaklarda uyuşmadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Harris, 2019). Özgür ve arkadaşları (2010)’nın yaptığı çalışmada menopozal dönemde ki kadınların %94.2’sinde ateş basması, %92.5’inde terleme, %81.7’sinde sinirlilik, %80.8’inde uykusuzluk, %84.2’sinde yorgunluk gibi semptomlar yaşandığı tespit edilmiştir.

2. Emosyonel Değişiklikler

Menopozal dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler merkezi sinir sistemini etkileyerek ruhsal durumda değişikliklere neden olmaktadır (Alpaslan, 2018). Ruhsal durumdaki değişiklikler, anksiyete, depresyon ve sinirlilik menopozal dönemdeki kadınlarda sık görülen rahatsızlıklardandır. Hormonal ve biyokimyasal dengedeki hızlı değişimler, orta yaş ile gelen bir takım zorluklar ve kültürel yapı kadınların emosyonel sorunlarının şiddetinde rol oynayabilmektedir. Orta yaş dönemindeki kadın, ergenlik döneminde olan çocuklarıyla baş etme, ailesinden birinin kaybı, yaşlanan veya hasta ebeveynlerin bakımı, eş ölümü, boşanma, finansal kayıp gibi pek çok sebeplerle karşı karşıya kalmakta ve bütün bunlar kişinin strese girmesinde rol oynamaktadır (Taşkın, 2014; Hoga ve ark., 2015).

Menopozu bir kayıp olarak algılayan kadınlar için depresyon kaçınılmazdır (Taşkın, 2014). Hint, Arap toplumlarında ve ülkemizde kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda statü farklılaşması, gebe kalma durumunun ortadan kalkması gibi nedenlerle menopoz bir ödül olarak algılanmaktadır. Bu toplumlarda menopoz döneminde fiziksel ve psikolojik sorunlara daha az rastlanmaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Alpaslan, 2018).

3. Atrofik Semptomlar

Atrofik değişikliklerin etkileri çoğunlukla üreme sistemi, üriner sistem ve deride olmaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

A. Genitoüriner Sistem Değişiklikleri ve Cinsel Sorunlar

Ürogenital yakınmalar, östrojenin yetersizliği ile meydana gelen ve kadınlarda menopoz döneminde en sık görülen sorunlardan biridir (Özcan ve Oskay, 2013). Vajinal epitelyum, serviks, endoserviks, endometrium, myometrium ve üroepitelyum östrojene bağımlı dokulardır. Azalan östrojen üretimiyle birlikte, bu dokuların atrofiye uğramasıyla pek çok semptom ortaya çıkmaktadır (Yağmur, 2018). Bunlar orta ve ileri yaşı kadınlarının %50'den fazlasında görülmektedir (Tangal ve Haliloğlu, 2016; Tunçarslan, 2019). Küçülme uterus, vajina, vulva ve üretranın distal kısmında ortaya çıkmaktadır (Taşkın, 2014).

Genital atrofi; Üreme organlarının küçülmesi yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Bu durumda disparoniya, uterus prolapsusu, stres inkontinans sürekli idrara çıkma, konstipasyon, vulvada pruritus, sistosel ve rektosel gibi belirtiler meydana gelmektedir. Postmenopozal kadınların üçte birinde vajinal kuruluk, kaşıntı, tahriş, cinsel ilişkide ağrı görülmektedir (Hunter, 2016).

Vulvada Görülen Değişiklikler

Vulvadaki değişimler, derinin incilmesi ve parlak görünüm alması, pubis kıllarında seyrelme, cilt atrofisine bağlı labium majusların küçülmesi ve labium minuslerin hemen hemen kaybolması şeklinde gözlemlenir (Yağmur, 2018). Vulvada görülen atrofi, vulvar intraepitelyal neoplaziler ve skuamöz hücreli kanserlerin gelişmesine sebep olmaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Alpaslan, 2018). Postmenopozal kadınlarda vulva da en çok görülen belirti, kaşıntı ile devam eden distrofilerdir. Menopozun ilerleyen evrelerinde vulvada darlıklara sebep olmaktadır (Yiğit, 2018).

Vajinada Görülen Değişiklikler

Östrojen reseptörleri yönünden en zengin dokulardan birisi vajina mukozasıdır (Yağmur, 2018). Östrojenin azalmasıyla birlikte vajinanın rengi soluklaşır, dokusu zayıflar ve buna bağlı olarak esnekliğini yitirir, kısalır ve daralır (Alpaslan, 2018). Bu sebeple vajinada kuruluk, yanma hissi, disparoni, kanama, rijidite ile seyreden “atrofikvajinit” veya “senilvajinit” adı verilen tablo oluşur (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Yiğit, 2018).

Cinsel Sorunlar

Menopoz döneminde görülen anatomik, fizyolojik ve psikolojik faktörler cinsel sorunlara neden olmaktadır (Tangal ve Haliloğlu, 2016). Perimenopozal dönemdeki kadınların dörtte üçü ve postmenopozal dönemdeki kadınların yaklaşık yarısı bir ya da daha fazla cinsel sorun ile karşılaşmaktadır (Nappi ve ark., 2014). Perimenopozal dönemdeki kadınların yaklaşık olarak %10-15'inde cinsel arzu yokluğu, %5'inden daha azında ise orgazm olamama görüldüğü rapor edilmiştir (Özcan ve Kızılkaya, 2014). Postmenopozal dönemde ise orgazm yokluğu ve seksten zevk almamanın %60'ların üstüne çıktığı belirlenmiştir. Menopoz sonrası dönemde kadınların cinsel yaşama uyumunun incelendiği bir çalışmada yaş ilerledikçe ve menopoz süresi arttıkça cinsel fonksiyonların olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (Kömürcü ve İşbilen, 2011; Tuñçarlan, 2019). Gelişmiş toplumlarda veya doğurganlığın çok önemsendiği toplumlarda, kadın değerini kaybetme korkusu ile seksüel sorunlar yaşayabilmekte iken gelişmemiş toplumlarda postmenopozal dönemde gebe kalma korkusunun ve çocuk bakma zorunluluğunun olmaması, sosyal statünün değişmesi, kadına seksüel olarak daha aktif ve sosyal olarak daha özgür olma olanağı sunmaktadır (Erbaş ve Demirel, 2017).

B. Üriner Sistemdeki Değişiklikler

Menopoz sonrası üreme organları ile aynı embriyolojik kökenli olan üretranın alt kısmı esnekliğini yitirir ve kısalır (Alpaslan, 2018). Klimakteriumda üretranın atrofisi sonucu sık tekrarlayan, infeksiyonlar ve uzun dönemde bu infeksiyonlara bağlı üretral fibroz gelişir. Bu durum inkontinans dizüri, pollaküri, ve noktüri ile karakterize üretral sendroma yol açmaktadır (Yağmur, 2018). Alt idrar yolları sistemine bağlı tekrar edici infeksiyonlar yaşlıların %13'ünde görülür ve yaşlı hastaların ürosepsise maruz kalmaları açısından bu konu çok önemlidir. Altmış yaşın üzerindeki kadınların 1/3 kadarı ürogenital sistemle ilgili sıkıntılarla karşılaşır. Türkiye'de menopozlu kadınlarla yapılan bir çalışmada üriner inkontinans sıklığının %45.3 olduğu saptanmıştır (Şentürk ve Kara, 2010). Kore'de yapılan başka bir çalışmada ise üriner inkontinans prevalansının % 24.4 olduğu tespit edilmiştir (Ghanaie ve ark., 2020). İleri yaş, obezite, DM, 4 ve üzeri doğum yapma, genetik yatkınlık ve konstipasyon menopozal dönemdeki üriner inkontinans risk faktörlerini oluşturmaktadır (Dinç ve Özer, 2019). Araştırmalar üriner inkontinansı olan kadınların daha az sıklıkta cinsel aktiviteye sahip olduğunu göstermiştir (Akyüz ve ark., 2014).

C. Derideki Değişiklikler

Östrojenin etkilediği en önemli bölgelerden biri de deridir. Östrojenin azalmasına bağlı olarak epidermis inceler, kollajen bağ dokusu ve elastik lifler azalır ve deri altı yağ dokusu atrofiye uğrar, sonuçta ciltte deformasyonlar görülür (Taşkın, 2014). Bu değişiklikler deride kuruluk, incelmeye, kırışma, tırnaklarda kırılma, cilt nemi ve yağında azalmaya neden olmaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Östrojen miktarındaki azalma ve adrenokortikal aktivasyonundaki artma ile dudak üstünde, çenede, göğüs ve karında kalın tüylerin çıkmasına eğilim artarken; saçlarda, pubis kıllarında ve koltuk altında seyrekleşmeler gözlenir (Alpaslan, 2018). Deri kollajeninin yaklaşık %30 kadarı menopozdan sonraki ilk beş yıl içinde azalır ve daha sonraki yirmi yıl boyunca her postmenopozal yıl için ortalama %2.1'lik bir azalma ortaya çıkar (Tunçarslan, 2019).

4. Kardiyovasküler Sistem Değişimleri

Menopozal değişimlerin en önemli etkilerinden biri lipit metabolizması üzerine olan etkileridir. Östrojen, kardiyovasküler sistem bakımından koruyucu rolü olan yüksek dansiteli lipoproteinleri artırıp, KAH riskini yükselten LDL ve kolesterolü düşürmektedir (Yiğit, 2018). Menopoz süresince östrojen seviyesi düştüğünden, koruyucu mekanizma ortadan kalkmaktadır. Lipid metabolizmasında yaşanan bu değişiklikten dolayı serumda yüksek dansiteli lipoprotein azalırken, düşük dansiteli lipoprotein artmaktadır. LDL artışı kolesterol birikimine neden olarak damarlarda arteroskleroz gelişmesine neden olmaktadır. Bu da koroner kalp hastalığı için büyük risk oluşturmaktadır (Taşkın, 2014). Klimakterik dönemdeki kadınlarda kalp krizi ve damar sertliği görülme riski %60'tır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Östrojen eksikliği yanında daha birçok etken, postmenopozal dönemde kardiyovasküler hastalıklar üzerine etki etmektedir. Bunlar yaş, prematür menopoz, hipertansiyon, yüksek kolesterol düzeyi, sigara, obezite ve diyabettir (Taşkın, 2014).

5. Osteoporoz

Menopozda ortaya çıkan kas-iskelet sistemine ait belirtiler eklem ağrısı, kas ağrısı, kemik kırıkları, vücut hacminde azalma, hareket esnekliğinde ve tüm motor hareketlerde azalma şeklinde görülmektedir. 45 yaşından sonra kadınların birçoğunda osteoporoz görülmektedir (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Tunçarslan, 2019). Osteoporoz klimakteriumun en korkulan risklerindedir. Osteoporoz kemik rezorbsiyon hızının, yeni kemik oluşum hızından fazla olması nedeniyle kemik trabeküllerindeki incelmeye bağlı olarak kemik porozitesinde (gözenekli yapıda)

artış görülmesidir. Osteoporoz 2 şekilde gerçekleşmektedir; Tip-1 osteoporoz, trabeküler kemik yapısında görülür, postmenopozal dönemde östrojen seviyesinin azalması sebebi ile ortaya çıkar ve hızlı bir ilerleme gösterir. Tip-2 osteoporoz ise 65 yaş üstü bireylerde yaşlanma sebebi ile ortaya çıkar ve daha yavaş ilerleme gösterir (Yağmur, 2018).

Kadınlarda osteoporozun görülme sebebi genellikle menopoz döneminde over fonksiyonlarının kaybına bağlı östrojen hormon seviyesinin azalmasıdır. Östrojen vitamin D'nin aktif vitamin D'ye dönüşmesinde ve tiroitten kalsitonin salgılanmasında temel elementtir. Aktif vitamin D, kalsiyum ve fosforun barsak lümeninden dolaşıma emilimini sağlarken, kalsitonin de kemik reabsorpsiyonunu engelleyerek kemik yoğunluğunun devamlılığını sağlar. Bu durum yaşlanmayla birlikte kemik kaybını hızlandırarak osteoporozun şiddetini artırır (Taşkın, 2014; Alpaslan, 2018).

Kemik kaybı menopozun ilk yıllarında daha fazla görülmekte olup, ilk 5-8 yılda yıl ortalaması %4-8 iken bu oran sonraki yıllarda yaklaşık %1 olarak görülmektedir. Kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde meydana gelmektedir. Özellikle de postmenopozal dönemde vücut kemik kütle indeksi yaklaşık %30 azalmaktadır (Tunçarslan, 2019).

2.1.5. Menopozda Tedavi

A. Hormon Replasman Tedavisi

Hormon replasman tedavisi (HRT) menopoz dönemindeki yakınmaları kontrol altına almak amacıyla östrojen takviyesini içeren bir tıbbi tedavi yöntemidir (Taşkın, 2014). Menopoz dönemindeki kadınların yarısının depresyon ya da sinirlilik durumu yaşadıkları ve her üç kadından birinde vajinal kuruluk, disparoniya ya da lipido kaybının ortaya çıktığı bilinmektedir. Yapılan araştırmalar hormon replasman tedavisinin, sıcak basması, vajinal kuruluk şeklindeki menopozal belirtileri gidermekte etkili olduğunu göstermektedir (Şen ve Saruhan, 2010). Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınların yakınmalarını kontrol altına alabilmek için HRT'nin kullanımı önerilmektedir.

Östrojen tedavisi hala tartışılan bir konu olmasına rağmen, kontraendikasyonu olmayan tüm kadınlarda bu tedavinin yapılması gerektiği savunulmaktadır. Menopoz semptomlarını azaltmada kullanılan hormon replasman tedavisine yönelik yapılan araştırmalarda östrojen tedavisinin vazomotor semptomlarda azalma,

ürogenital semptomlarda ve depresyonda iyileşme, yaşam kalitesinde artış sağladığı ve uyku bozukluğu üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Şen ve Saruhan, 2010; Helvaci, 2020). Östrojen tedavisinin birçok farklı uygulama şekli olmasına rağmen tedavinin yararları ve zararları gözetilerek bireye en uygun tedavi şekli seçilmeli ve tedavi bireyselleştirilmelidir (Ward, 2018). Hormon tedavisine karar verilen olgularda, tedavinin menopozdan sonra en fazla üç yıl sürdürülmesi ve en düşük dozda kullanılması önerilmektedir (Taşkın, 2014).

B. Tamamlayıcı ve Alternatif İlaçlar: Tamamlayıcı ve alternatif ilaçlar menopoz semptomlarından kurtulma ve menopoz dönemindeki kadınlarda uzun süreli refahı artırma potansiyeline sahip olabilir. Karayılan otu ve fitoöstrojenlerin sıcak basmasını azaltmadaki etkinliği klinik çalışmalarda değerlendirilmiştir (Golschewski ve ark., 2008).

Yapılan çalışmalar menopozal dönemde tedavi arayışında olan kadınlardan eğitim düzeyleri yüksek olanların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama oranlarının daha fazla olduğunu göstermiştir (Özcan ve Oskay, 2013). Bu da tedavi arayışında olan kadınların menopoz ve sağlıklı yaşam konusundaki farkındalıklarının ve sağlık algısının önemine dikkat çekmektedir.

2.2. Sağlık Algısı

Sağlık kavramı evrensel olmasına rağmen taşıdığı anlam kişiden kişiye ve toplumdaki farklılıklarla topluma farklılık göstermektedir. Sağlık tanımı onun nasıl algılandığı ile ilişkilidir (Efteli ve Khorshid, 2016). Dünya Sağlık Örgütü sağlık "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır (<http://www.who.int>). Sağlık kavramı objektif ve sübjektif olarak iki şekilde tanımlanabilmektedir. Sübjektif olarak sağlık; bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden kendi durumunu algılamasıdır. Objektif olarak sağlık ise; tıbbi muayene, tanı testleri ve sonuçlarına göre hastalığın olmamasıdır (Yılmaz ve ark., 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı sağlık tanımı, yalnızca somatik durum değil, aynı zamanda zihinsel sağlığı da dikkate alan öznel sağlık değerlendirmesi yapmanın yararını ve gerekliliğini de göstermektedir (Kaleta ve ark., 2009). Buna göre kişi kendini hasta olmadığı halde hasta, hasta olduğu halde sağlıklı olarak algılayabilmektedir (Yılmaz ve ark., 2018).

Bir bireyin sağlıklı olup olmadığına karar verebilmek için sağlık algısı ifadesinden faydalanılmaktadır. Sağlık algısı, kişinin kendi sağlığını

değerlendirmesidir. Diğer bir deyişle sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığı hakkında duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin birleşimi” olarak tanımlanmaktadır (Çaka ve ark., 2017). Yaş, cinsiyet, inançlar, değerler, deneyimler, mesleki sorumluluklar, roller, sağlık ve hastalığı algılamada önemli değişkenlerdir (Velioğlu, 2012).

Sağlık algısı, kişinin yaşamında sağlıklı davranışların yer alması ve bu davranışların devamlılığının sağlanması açısından büyük önem arz etmektedir. Hastaların sağlık sorunlarına yönelik yaklaşımlarını ve bu sorunları anlama biçimlerini de etkileyen önemli bir etkidir (Açıksöz ve ark., 2013). Bireyin sağlığının değerlendirilmesi olarak tanımlanan sağlık algısının ölçülmesi; sağlığın biyolojik boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri içerdiği gibi algılanan iyilik halinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevselliğin değerlendirilmesini de içermektedir (Alkan ve ark., 2017). Kişinin kendi sağlığı ile ilgili olumlu inançları "iyi sağlık algısı" olumsuz inançları ise "kötü sağlık algısı" olarak adlandırılmaktadır (Bademli ve Lök, 2018).

2.2.1. Klimakterik Dönemde Sağlık Algısı

Çeşitli tıp alanlarında yapılan araştırmalar, sağlık algısının, sağlık durumu ve sonuçları (erken ölüm, psikiyatrik hastalık, sağlık hizmetlerinin kullanımı da dahil olmak üzere), tedavi planlaması ve hasta takibi de dahil olmak üzere güçlü bir belirleyici olduğunu göstermektedir (Deniz ve ark., 2018). Menopozal dönemdeki kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların menopoza olumsuz algıladıkları ve bunu tam olarak tanımlayamadıkları belirlenmiştir. Ayrıca, menopoz algısı ile yaşları, eğitim düzeyleri, çocuk sayıları, evlilik süreleri, evliliklerinden memnuniyet düzeyleri, menopoza başlama yaşı ve cinsel sıklıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Menopoz semptomlarının, menopozun negatif fenomen yerine pozitif olarak görüldüğü toplumlarda daha az yaygın olduğu bulunmuştur. Kültürel özelliklerin, kadınların menopoz algısının ana belirleyicileri olduğuna inanılmaktadır. Yapılan çalışmalar, menopozun doğanın bir parçası olarak kabul edildiği Uzak Doğu kültürlerinde insanların genellikle menopoza karşı olumlu tutum sergilediğini ve kadınların menopoz sırasında daha az şikayet ifade ettiğini göstermektedir (Yangın ve ark., 2010).

Hemşire, kadınların menopoza olumlu algılamasına yardımcı olmak için bazı davranışsal ve eğitimsel modellerin geliştirilmesinde öncü çalışmalarda bulunmalıdır

(Yangın ve ark., 2010). Bireyin sağlığının gelişmesinde etkili olan sağlık algısını değerlendirerek rehber kişi görevini üstlenmelidir. Bireyin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi etkenleri sağlık ile ilişkilendirdiği belirlenerek bireye özel bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmelidir (ilingir ve Aydın, 2017).

2.3. Klimakterik Dönemde Hemşirelik

Gelişen teknolojiyle birlikte kadınların yaşam süresinin artmasına bağlı olarak menopoza sonrasını yaşayan nüfus oranı da artmıştır. Önceden gereken önemin verilmediği bu dönem şimdi irdelenen ve üzerinde durulan bir dönem olmuştur (elik ve Pasinlioğlu, 2013).

Çoğu kadının menopoza yönelik çok az bilgisi bulunmaktadır. Kadınlar menopoza döneminde ne tür değeriklikler yaşayacaklarını yaşadıkları bu değeriklikler karşısında ne gibi önlemler alabileceklerini ve yaşadıkları bu değerikliklerin normal olup olmadığını bilmemektedir (Taşkın, 2014). Menopoza dönemiyle ilgili kadınların bilgi seviyelerini yükseltmek menopoza uyumlarını kolaylaştırmakta ve menopoza semptomlarıyla daha iyi baş etmelerini sağlamaktadır (Gönenç ve Koç, 2019).

Hemşireler tarafından kadınların menopoza dönemi konusundaki gereksinimlerini karşılayacak, menopozal dönemi daha kaliteli yaşamalarını sağlayacak eğitim programlarının düzenlenmesi, güncellenerek zenginleştirilmesi ve sağlık bakım hizmetlerinin ekip anlayışı ile aktarılması önerilmektedir (zgr ve ark., 2010). Bu dönemdeki kadınlara kültürel değerlerine ve beklentilerine uygun planlamalar ve eğitimler hazırlanıp sağlıkları konusunda daha aktif rol almaları sağlanmalıdır.

Klimakterik dönemdeki kadının sağlık bakımı için hemşirenin genel hedefleri şunlar olmalıdır:

- Kadınların klimakterik dönem ile ilgili yaşanan fiziksel ve emosyonel değeriklikleri açıklayabilecek düzeyde bilgiye sahip olması.
- Menopozda görülen belirtilerin kadının günlük yaşamını etkilememesi.
- Kadının ve ailesinin menopozal değerikliklerle başedebilecek düzeye gelmesi.
- Kadının ve ailesinin klimakteriumu, gelişimsel yaşam evrelerinden biri olarak görmesi.
- Kadının menopoza ve tedavisi ile ilgili değeriklikleri bildirebilecek düzeye gelmesi.
- Sağlık bakımına katılarak karar verme sürecine katılabilmesi.
- Planlanan bakım planını uygulayabilecek düzeye gelmesi (Taşkın, 2014).

Hemşireler, kadınların bu dönemi sorunsuz geçirebilmeleri için bu dönemle gelen birtakım değişimlere karşı kadınları önceden bilinçlendirmelidir. Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza yönelik farkındalıklarını arttırmak için hemşireler, menopoz evresinin normal bir süreç olduğunu, yeterli ve dengeli beslenmenin önemli olduğunu, uyku düzeninin sağlanmasının önemini, fiziksel aktivite yapılmasının önemli olduğunu, düzenli seksüel yaşamın devam edebileceğini, sigara ve alkol tüketiminden kaçınılması gerektiğini, sosyal aktivitelerde bulunmanın anksiyeteyi önemli ölçüde azaltabileceğini ve sağlıklı bir yaşam için düzenli olarak sağlık kontrollerinin yaptırılması gerektiğini, kadınlara anlatarak gerekli bilgilendirmeleri sağlamalıdır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

2.3.1. Klimakterik Dönemde Beslenme

Menopoz dönemi yakınmalarında alınan besinlerin önemli etkisi vardır. Araştırmacılar, menopoz dönemindeki kadınlarda bazı özel besin öğelerinin gereksinimine dikkat çekmekle birlikte genelde sebze, meyve, tam tahıl ve kalsiyumdan zengin; kafein, enerji ve yağdan fakir bir beslenmenin gerekliliğini kabul etmektedir (İslamoğlu ve ark., 2019). Ayrıca basit şeker ve tuz tüketiminin azaltılarak, posalı yiyecekler ve sıvı tüketiminin artırılması gerektiği konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir (Rakıcıoğlu, 2012).

2.3.2. Yeterli Uyku ve Dinlenme

Menopozal dönemde görülen uyku bozuklukları, vazomotor semptomlardan sonraki en önemli yakınmalardan biridir. Klimakterik dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler, uyku ve uyku kalitesinde önemli farklılıklara sebep olur. Araştırmalar, postmenopozal dönemdeki kadınlarda uyku sorunlarının daha yaygın görüldüğünü göstermektedir. Bu dönemdeki uyku sorunları vazomotor semptomlar ya da depresif duygu durumu ile ilişkilendirilmektedir (Akçay ve Koç, 2018). Kadınlarda uyku problemlerine neden olan durumlar belirlenip soruna yönelik bir tedavi belirlenmelidir.

2.3.3. Uygun Fiziksel Aktivite

Her kadına yaşam biçimine ve sağlık problemlerine uygun aktivite yapması gerektiği anlatılmalıdır. Premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda yapılan, ağırlık kaldırma egzersizleri, aerobik, yürüme vb. aktiviteler yararlı olmaktadır (Kilci ve Ertem, 2019). Menopozda üreme organları etrafındaki kasların

tonüsünde azalma gözlenir. Düzenli yapılan kegel hareketleri ile stres inkontinansının ve uterus prolapsusunun azaldığı kadınlara anlatılmalıdır (Taşkın, 2014).

2.3.4. Düzenli Seksüel Yaşam

Kadınlar, menopozdan sonra üreme sisteminde meydana gelen atrofik değişiklikler hakkında bilgilendirilmelidir. Oluşan bu değişiklikler kadının bedenine olan güvenin sarsılmasına neden olmaktadır (Taşkın, 2014). Kadınların menopozal dönemde yaşadıkları sorunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda cinselliği önemli ölçüde etkilemekte, eş desteği, olaylar karşısında olumlu bakış açısına sahip olmada önemli katkılar sağlamaktadır (Dinçer ve Oskay, 2018). Kömürcü ve İşbilen'in (2011) yaptığı çalışmada, menopozun cinselliği olumsuz yönde etkilediğini düşünenlerin oranı %71.1'dir. Menopozu beden bütünlüğünün bozulması ve cinselliğin kaybı olarak algılayan kadınların oranı ise %20 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanları kadınların ve erkeklerin cinsellikle ilgili davranış ve tutumlarıyla ilgili tabularını planlanan eğitimlerle yok ederek, cinselliği etkileyen tutum ve davranışlara karşı önleyici çalışmalarda bulunmalıdır (De villiers ve ark.,2013). Menopozdan sonrada cinsel yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülebileceği kadınlara ve eşlerine anlatılmalıdır.

2.3.5. Vazomotor Değişikliklerle Başa Çıkma

Düzenli E vitamini kullanımının sıcak basmaları ve halsizliği önlemede önemli etkilere sahip olduğu, ayrıca düzenli egzersizinde şikayetlerin azalmasında fayda sağladığı konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir (Taşkın, 2014).

2.3.6. Gebelikten Korunma

Premenopozal dönemdeki kadının gebe kalma ihtimali düşük olsada hala devam etmektedir. Bu yüzden kontraseptif yöntem uygulamasına devam edilmesi gerektiği kadınlara anlatılmalıdır (Taşkın, 2014).

2.3.7. Deri Değişiklikleri ile Başa Çıkma

Östrojenin etkilediği önemli bölgelerden biride deridir. Menopozla birlikte epidermis incelir ve elastikiyetini kaybeder, sonunda da deride bozulmalar görülür. Gerçekleşen bu değişimler bazı kadınlar için orta yaş stresine neden olmaktadır. Hemşire bu değişiklikleri yaşayan kadınlara rehberlik etmeli ve danışmanlık hizmeti

sunarak yaşanan bu değişimlerden en az düzeyde etkilenmesini sağlamalıdır (Taşkın, 2014).

2.3.8. Hormon Replasman Tedavisi Danışmanlığı:

HRT menopoz döneminde azalan östrojen ve diğer hormonları yerine koymak amacıyla yapılır. Son 20-30 yıldır HRT kullanımının sık sık gündeme gelmesinin temel sebebi gelişmiş ülkelerde yaşam standartlarının yükselmesiyle yaşam süresinin uzamış olmasıdır (Şen ve Saruhan, 2010). Hormon replasman tedavisi, kadının yaşamını uzatmak için değil, menopozal dönemdeki yaşam kalitesini artırmak için yapılmaktadır.

Hormon replasman tedavisinin kullanılmasının sakıncalı olduğu durumlar vardır bunlar:

- Meme ve uterus kanserleri.
- Akut karaciğer ya da serebrovasküler hastalık.
- Teşhis edilmemiş anormal uterus kanamaları.
- Önceden geçirilmiş veya mevcut tromboembolisim veya aktif tromboflebit.
- Şişmanlık, varis, hipertansiyon ve sigara kullanımı gibi durumlarda HRT tedavisi önerilmemektedir (Taşkın, 2014).

2.4. Klimakterik Dönemde Hemşirenin Rollerini

Klimakterik dönemdeki bireye sağlık hizmeti verirken hemşirenin üstlendiği bazı hemşirelik rolleri vardır. Bunlar:

Tanımlama: Klimakterik dönemdeki bireyler için yapılması gereken ilk şey durum saptamasıdır. Hemşire bu dönemdeki bireyin bilgi seviyesini değerlendirmeli ve bireye en uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır (Koyun ve ark., 2011).

Danışmanlık: Klimakterik dönemdeki bireyin bilgi seviyesi tespit edildikten sonra bireyin ihtiyacı olan konularda hemşirelik bilgi ve becerileri dahilinde gereken danışmanlık yapılmalıdır.

Eğitici rolü: Klimakterik dönemdeki her bireye eksik olduğu konularda ihtiyacına uygun bir şekilde eğitim planlamaları yapılmalı ve planlanan bu eğitimler doğrultusunda gerekli çalışmalar yapılarak bireye en uygun eğitim yöntemi tercih edilmelidir.

Karar verici rolü: Hemşireler klimakterik dönemdeki kadınları her yönüyle değerlendirerek yapılacak olan girişimlerde bireyle birlikte hareket ederek bireye en

uygun kararların alınmasında ve alınan bu kararların uygulanmasında bireye destek olmalıdır (Taylan ve ark., 2011).

Araştırıcı rolü: Hemşireler klimakterik dönemdeki kadınlara yönelik çalışmalar yaparak bu dönemdeki kadınların eksikliklerini belirleyerek ihtiyaç duyulan konularda hazırlanan eğitimlerin daha etkili ve verimli olmasını sağlayabilir (Taylan ve ark., 2012).



3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın şekli

Araştırma tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Amasya'nın Taşova İlçesi'ne bağlı Alpaslan Köyü Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 45-65 yaş aralığındaki kadınlarla Aralık 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Alpaslan Köyü Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 45-65 yaş aralığında bulunan 210 kadın oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Örnekleme seçimine gidilmeyerek, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında, araştırmanın alınma kriterlerini karşılayan 45-65 yaş aralığında bulunan klimakterik dönemdeki 180 (evrenin %85'i) kadın olasılıksız olarak gruba alınmıştır (Taşkın, 2014).

3.3.3. Örnekleme Alınma Kriterleri

Alınma Kriterleri;

- 45- 65 yaş arasındaki kadınlardan klimakterik dönemde olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- İletişim engeli bulunmamak,
- Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında araştırmanın yapılacağı aile sağlığı merkezine kayıtlı olmak.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırma kapsamına alınan klimakterik dönemdeki kadınların menopoza yönelik farkındalıkları ve sağlık algıları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Kırsal bölgede yaşayan klimakterik dönemdeki kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, aile tipi, çocuk sayısı, gelir durumu, öğrenim durumu, meslek), menopoza yönelik bilgi alma durumları bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler kırsal bölgede yaşayan klimakterik dönemdeki kadınlardan sözlü onamları alınarak; bireylerin tanıtıcı bilgilerini içeren “kişisel bilgi formu” ve bireylerin sağlık algılarını belirlemek amacıyla “sağlık algısı ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Alpaslan Köyü Aile Sağlığı Merkezi’nde toplanmıştır. Verilerin doldurulması her hasta için yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu klimakterik dönemdeki kadınların menopoza yönelik farkındalıklarını ve sağlık algılarını etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik ve menopoza yönelik bilgilerini belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatür taraması yapılması sonucunda 29 soru şeklinde oluşturulmuştur (Ardahan ve Acar, 2009; Çelik ve Pasinlioğlu, 2014).

Kişisel bilgi formunda kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren (yaş, çocuk sayısı, ekonomik durum, eğitim, medeni durum, çocuk varlığı, aile tipi, sosyal güvence ve gelir getiren iş), kadınların sağlık hastalık durumlarını belirleyen (sağlığı algılama durumu, herhangi bir hastalık varlığı, hastalık türü, sürekli kullanılan ilaç ve sağlık kontrolleri için gidilen yer), kadınların menopoza ilişkin özelliklerini içeren (menopoz yılı, menopoza girme yaşı, doğum kontrol yöntemi kullanma durumu, menopoza girme durumu, menopoza girme şekli, menopoza ilişkin bilgi alma durumu ve bilginin kimden alındığı) ve kadınların menopozu algılama durumlarını belirleyen (menopozal dönemi algılama biçimi, menopozu iyi olarak algılama nedeni, menopozu kötü olarak algılama nedeni, menopoz şikayetlerinin anlatıldığı kişiler, menopozun tedavisinin olduğunu düşünme, menopozun tedavisinde yapılanlar ve menopozu ifade şekli) sorular yer almıştır.

3.5.2. Sağlık Algısı Ölçeği

Diamond ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen “Sağlık Algısı Ölçek Formu” bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek için kullanılmaktadır. Türkçe güvenirlik ve geçerliği Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Orijinal dili İngilizce olan ve toplam 15 maddesi bulunan ; “kontrol merkezi”, “öz farkındalık”, “kesinlik” ve “sağlığın önemi” alt başlıklı dört alt faktörü bulunan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin; 2., 3., 4., 12., 13. Maddeleri ‘Kontrol merkezi’ boyutuna, 6., 7., 8., 15. maddeleri ‘Kesinlik’ boyutuna, 1., 9., 11. maddeleri ‘Sağlığın Önemi’ boyutuna ve 5., 10., 14. maddeleri ‘Öz farkındalık’ boyutuna ait bilgi vermektedir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Katılımcılar her bir maddeye “çok katılıyorum(5)”, “katılıyorum(4)”, “kararsızım(3)”, “katılmıyorum(2)”, “hiç katılmıyorum(1)” seçeneklerinden birini seçerek cevaplandırmaktadır. Ölçekteki olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’tir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe bireylerin sağlık algı düzeyleri de yükselmektedir.

Kontrol merkezi alt boyutu; bireyin sağlıklı olmayı kendi dışındaki faktörlere (şans, kader, dini inanç vb.) bağlayıp bağlamadığını, yani sağlıklı olma konusunda kontrol merkezi olarak kendini görüp görmediği ve sağlığını değiştirebilmeye yönelik kendine olan güvenini ifade etmektedir.

Öz farkındalık alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusundaki öz farkındalığını, sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına yönelik inancının düzeyini belirlemeye çalışır.

Kesinlik alt boyutu; bireyin sağlıklı kalmaya ve daha sağlıklı olmaya yönelik yapması gerekenler hakkında kesin bir fikre sahip olup olmadığını belirlemeye çalışır.

Sağlığın önemi alt boyutu; bireyin sağlığına ne kadar önem verdiğini, bu konuda ne kadar maddi fedakarlıkta bulunabildiğini ve sağlığına verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığını belirlemeye çalışır (Özdelikara ve ark., 2018).

Türkçeye çevrilmiş ölçeğin Cronbach alpha değeri; aileler için 0.70 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach alpha değerleri; kontrol merkezi

0,76; Öz farkındalık 0,63; Kesinlik 0,71; Sağlığın önemi 0,60 olarak bildirilmektedir (Kadıoğlu ve Yıldız, 2012).

3.6. İstatistiksel Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS 23 ile analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılıma uygunluk gösteren veriler aritmetik ortalama ve standart sapma şeklinde verildi. Normal dağılım göstermeyen veriler ortanca (minimum – maksimum) şeklinde verildi. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile incelendi. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Etik ilkeleri

Araştırma öncesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan onay alınmıştır (Ek-3). Araştırmanın Alpaslan Köyü Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılabilmesi için gerekli kurum izni alınmıştır (Ek-4). Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir merkezde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır. Bu nedenle çalışma sonuçları sadece araştırma grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	$\bar{x} \pm SS = 54.3 \pm 6.7$	(min - max = 45-65)
Çocuk sayısı	$\bar{x} \pm SS = 3.1 \pm 1.5$	(min - max = 0-8)
Ekonomik durum değerlendirme	$\bar{x} \pm SS = 6 \pm 1.3$	(min - max = 2-10)
Eğitim durumu		
Okur-yazar	30	16.7
İlkokul mezunu	106	58.9
Ortaokul mezunu	32	17.8
Lise ve üzeri	12	6.6
Medeni durum		
Evli	161	89.4
Bekâr	19	10.6
Çocuk varlığı		
Var	156	86.7
Yok	24	13.3
Aile tipi		
Geniş	53	29.4
Çekirdek	127	70.6
Sosyal güvence		
Var	149	82.8
Yok	31	17.2
Gelir getiren iş		
Var	28	15.6
Yok	152	84.4

Kadınların yaş ortalaması 54.3 ± 6.7 , çocuk sayısının ortalaması 3.1 ± 1.5 , ekonomik durum değerlendirme puan ortalaması ise 6 ± 1.3 olarak elde edilmiştir. Kadınların %58.9'unun ilkokul mezunu olduğu; %89.4'ünün evli ve %86.7'sinin çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %70.6'sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu; %82.8'inin sosyal güvencesi ve %15.6'sının gelir getiren bir işi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Kadınların sağlık ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlığı algılama durumu	$\bar{x} \pm SS = 6.3 \pm 1.6$	(min - max =1-10)
Herhangi bir hastalık varlığı		
Var	89	49.4
Yok	91	50.6
Sürekli kullanılan ilaç		
Var	95	52.8
Yok	85	47.2
Sağlık kontrolleri için çoğunlukla gidilen yer		
Hastane	110	61.1
Aile hekimi	67	37.2
Hiçbir yere gitmeme	2	1.1

Kadınların sağlığı algılama durumlarının ortalama değeri 6.3 ± 1.6 olarak elde edilmiştir. Kadınların %50.6'sının herhangi bir hastalığının olmadığı, %52.8'inin sürekli kullandığı bir ilaç olduğu ve %61.1'inin sağlık kontrolleri için genellikle hastaneye başvurduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların menopoza ilişkin bazı özellikleri ile bilgi durumlarının dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Menopoz yılı	$\bar{x} \pm SS = 9.2 \pm 7.7$	(min -max = 1-44)
Menopoza girme yaşı	$\bar{x} \pm SS = 45.3 \pm 5.2$	(min -max = 20-58)
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumu		
Kullanmayan	133	74.3
Kullanan	46	25.7
Menopoza girme durumu		
Giren	155	86.1
Girmeyen	25	13.9
Menopoza girme şekli		
Doğal yolla	153	85.0
Ameliyatla	27	15.0
Bugüne kadar menopoz dönemine ilişkin bilgi alma durumu		
Alan	44	24.4
Almayan	136	75.6
Menopoz dönemine yönelik bilginin kimden alındığı		
Doktor	18	40.9
Ebe-hemşire	16	36.4
Komşu ve akrabalar	8	18.2
Kitle iletişim araçları	2	4.5

Kadınların menopoz yılı ortalama değeri 9.2 ± 7.7 olup menopoza girme yaşının ortalama değeri ise 45.3 ± 5.2 olarak elde edilmiştir. Kadınların %74.3'ünün doğum kontrol yöntemi kullanmadığı; %86.1'inin menopoza girdiği ve menopoza girenlerden %85'inin doğal yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir. Kadınların %75.6'sının daha önce menopoz dönemine ilişkin bilgi almadığı ve menopoz dönemine ait bilgi alanların ise %40.9'unun bilgiyi doktorlardan aldığı tespit edilmiştir (Tablo 3).

Kadınların %37.2'si menopozal dönemi kötü olarak algılarken, %33.3'ü ise iyi olarak algıladığını; iyi olarak algılayanların %31.2'sinin ibadetlerini aksatmadan yapabildiği için iyi algıladığı, kötü olarak algılayan kadınların %54.4'ünün ise vücutta değişiklikler olduğu için kötü algıladığı belirlenmiştir. Kadınların %29.4'ünün menopoz şikâyetlerini arkadaşları ve komşuları ile paylaştığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Kadınların menopozu algılama durumları ve etkileyen faktörlere ilişkin özelliklerin dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Menopozal dönemi algılama biçimi		
İyi	60	33.3
Kötü	67	37.2
Kısmen iyi	45	25.0
Kararsız	8	4.4
Menopozu iyi olarak algılama nedeni		
İbadetleri aksatmadan yapabildiği için	34	31.2
Gebe kalmaktan kurtulmuş olduğu için	21	19.3
Adet dönemi ağrıları ve sıkıntılarından kurtulduğu için	21	19.3
Diğer nedenler	19	17.4
Aile planlama yöntemi kullanmak zorunda olmadığı için	13	11.9
Aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için	1	0.9
Menopozu kötü olarak algılama nedeni		
Vücutta değişiklikler olduğu için	62	54.4
Doğurganlık kaybı olduğu için	26	22.8
Diğer nedenler	19	16.7
Cinsellik azaldığı için	7	6.1
Menopoz şikâyetlerinin paylaşıldığı- anlatıldığı kişiler		
Arkadaş –komşu	53	29.4
Eş	45	25.0
Hiç kimse	33	18.3
Çocuklar	33	18.3
Diğer	16	8.9

Tablo 5. Kadınların sağlık ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Menopozun tedavisi olduğunu düşünme		
Düşünen	67	37.2
Düşünmeyen	113	62.8
Menopozun tedavisinde yapılanlar		
Bir şey yapılmaz	107	59.4
İlaç tedavisi	53	29.4
Hormon	11	6.1
Düzenli beslenme	7	3.9
Psikolojik tedavi	2	1.1

Kadınların %62.8'i menopozun tedavisi olmadığını düşünürken, menopoz tedavisinde neler yapılır sorusuna ise kadınların %59.4'ü bir şey yapılmaz yanıtını vermiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Kadınların sağlık algısı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

Alt boyutlar	Ortalama \pm standart sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
Kontrol merkezi	13.4 \pm 4.5	13	5	55
Kesinlik	9.7 \pm 2.3	9	4	19
Sağlığın önemi	11.6 \pm 1.8	12	4	15
Öz farkındalık	10.6 \pm 1.7	11	6	14
Toplam	45.3 \pm 5.0	45	31	86

Kadınların sağlık algısı ölçeğinin kontrol merkezi alt boyutu puan ortalamasının 13.4 \pm 4.5; kesinlik alt boyutu puan ortalamasının 9.7 \pm 2.3; sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamasının 11.6 \pm 1.8; öz farkındalık alt boyutu puan ortalamasının 10.6 \pm 1.7; toplam puan ortalama değerinin ise 45.3 \pm 5.0 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Kadınların eğitim durumlarının, sağlık algısı ölçeği kontrol merkezi alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği, lise mezunu olan kadınların puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur (p=0.025). Kadınların eğitim durumu, sağlık algısı ölçeği toplam puanı üzerinde de etkilidir (p=0.002). Okuryazar ve ilkokul mezunu gruplarının sağlık algısı ölçeği toplam puanı lise mezunu ve üzeri gruplarına göre düşük elde edilmiştir (Tablo 7).

Medeni durum, çocuk varlığı, aile yapısı, sosyal güvence varlığı ve gelir getiren iş durumunun sağlık algısı puan ortalamaları toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği eğitim durumunun ise ölçeğin alt boyutlarından kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık puan ortalamalarını etkilemediği sonucu bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarının tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Kesinlik	Sağlığın önemi	Öz farkındalık	Toplam
Özellikler	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
Eğitim durumu					
Okur-yazar	11 (7 - 18)a	8 (5 - 14)	12 (8 - 15)	11 (8 - 14)	43 (37 - 50)a
İlkokul mezunu	13 (5 - 55)ab	9 (6 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	44 (36 - 86)a
Ortaokul mezunu	14 (5 - 19)ab	9 (4 - 16)	12 (7 - 15)	10.5(6- 12)	45.5 (31 - 55)ab
Lise mezunu ve üzeri	15 (12 - 18)b	11.5 (8 - 14)	12 (8 - 14)	11 (8 - 12)	49 (46 - 52)b
Test istatistiği/p	$\chi^2=9.355$ /0.025	$\chi^2=7.523/$ 0.057	$\chi^2=4.362/$ 0.225	$\chi^2=2.007/$ 0.571	$\chi^2=14.992/$ 0.002
Medeni durum					
Evli	13 (5 - 55)	9 (4 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	45 (31 - 86)
Bekar	13 (5 - 18)	8 (7 - 14)	12 (8 - 14)	10 (8 - 14)	44 (38 - 52)
Test istatistiği/p	U=1463.5/ 0.757	U=1220.5/ 0.136	U=1388/ 0.490	U=1417/ 0.591	U=1397/ 0.536
Çocuk varlığı					
Var	13 (5 - 55)	9 (4 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	45 (31 - 86)
Yok	14 (5 - 18)	8 (6 - 16)	12 (8 - 15)	10.5 (7 - 14)	44 (38 - 49)
Test istatistiği/p	U=1831.5/ 0.864	U=1517.0/ 0.122	U=1753/ 0.600	U=1605.5/ 0.249	U=1601.0/ 0.252
Aile yapısı					
Geniş	14 (5 - 18)	9 (4 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 13)	45 (31 - 54)
Çekirdek	13 (5 - 55)	9 (6 - 16)	12 (6 - 15)	11 (6 - 14)	45 (36 - 86)
Test istatistiği/p	U=3097/ 0.396	U=3021.5/ 0.263	U=3136.5/ 0.451	U=3102.5/ 0.397	U=3211.5/ 0.628
Sosyal güvence varlığı					
Var	13 (5 - 55)	9 (4 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	45 (31 - 86)
Yok	12 (5 - 18)	10 (8 - 16)	12 (6 - 15)	11 (6 - 13)	44 (36 - 52)
Test istatistiği/p	U=1883.5/ 0.104	U=1889.0/ 0.099	U=2233.0/ 0.761	U=2129.5/ 0.484	U=2163.0/ 0.578
Gelir getiren iş					
Var	14 (5 - 19)	9 (4 - 19)	12 (6 - 15)	10 (6 - 14)	46 (31 - 54)
Yok	12 (5 - 55)	9 (5 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	44 (36 - 86)
Test istatistiği/p	U=1869.5/ 0.304	U=2014.0/ 0.641	U=1817.5/ 0.199	U=1797.0/ 0.180	U=1828.5/ 0.236

a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur χ^2 :Kruskal Wallis testi, U: Mann Whitney U testi

Tablo 8. Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarının kadınların sağlık ve hastalık durumlarına ilişkin bazı özellikler ile karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Kesinlik	Sağlığın önemi	Öz farkındalık	Toplam
Özellikler	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
Herhangi bir hastalık varlığı					
Var	12 (5 - 19)	9 (5 - 16)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	44 (36 - 55)
Yok	15 (5 - 55)	9 (4 - 19)	12 (6 - 15)	11 (6 - 14)	46 (31 - 86)
Test istatistiği/p	U=3138.5/ 0.009	U=3744.5/ 0.366	U= 3994.0/ 0.868	U=3873.0/ 0.604	U=4856.0/ 0.021
Sürekli kullanılan ilaç					
Var	12 (5 - 18)	9 (5 - 16)	12 (4 - 15)	11 (6 - 13)	44 (36 - 55)
Yok	15 (5 - 55)	9 (4 - 19)	12 (6 - 15)	11 (6 - 13)	47 (31 - 86)
Test istatistiği/p	U=3147.0/ 0.010	U=3722.5/ 0.350	U=3841.0/ 0.555	U=3614.5 /0.213	U=4776.0/ 0.034
Sağlık kontrolleri için çoğunlukla gidilen yer					
Aile hekimi	12 (8 - 18)	9 (5 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	44 (36 - 54)
Hastane	13 (5 - 55)	8 (4 - 16)	12 (7 - 15)	11 (7 - 14)	45 (31 - 86)
Test istatistiği/p	U=3474.0/ 0.520	U=3065.5/ 0.052	U=3170.5/ 0.103	U=3537.0 /0.646	U=3789.0/ 0.752

Kontrol merkezi puanı ortanca değeri bir hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir ($p=0,009$). Herhangi bir hastalığı olanlarda kontrol merkezi puanı ortanca değeri 12 iken, herhangi bir hastalığı olmayanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Hastalık varlığı sağlık algısı ölçeği toplam puanı üzerinde de etkilidir ($p=0,021$). Hastalık varlığında sağlık algısı ölçeği toplam puanı 44 iken, hastalık olmadığında 46 olarak elde edilmiştir (Tablo 8).

Kontrol merkezi puanı ortanca değeri sürekli kullanılan ilaç varlığına göre de farklılık göstermektedir ($p=0,010$). Sürekli ilaç kullananlarda kontrol merkezi puanı ortanca değeri 12 iken, sürekli ilaç kullanmayanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Sürekli kullanılan ilaç varlığı sağlık algısı ölçeği toplam puanı üzerinde de etkilidir ($p=0,034$). Sürekli ilaç kullananlarda sağlık algısı ölçeği toplam puanı 44 iken, sürekli ilaç kullanmayanlarda 47 olarak elde edilmiştir (Tablo 8).

Kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık puanları hastalık varlığına ve sürekli kullanılan ilaç varlığına göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Sağlık algısı ölçeği alt boyut (Kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık) ve toplam puanı sağlık kontrolleri için çoğunlukla tercih edilen yere göre farklılık

göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarının kadınların menopoza ilişkin bazı özellikleri ile bilgi durumlarının karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Kesinlik	Sağlığın önemi	Öz farkındalık	Toplam
Özellikler	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumu					
Kullanmayan	13 (5 - 19)	9 (4 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	45 (31 - 57)
Kullanan	12 (5 - 55)	9 (7 - 19)	12 (6 - 15)	11 (6 - 13)	44.5 (36 - 86)
Test istatistiği/p	U=2880.0 /0.552	U=3042.5/ 0.955	U=3039.5/ 0.946	U=2887.0/ 0.560	U=2994.5/ 0.831
Menopoza girme durumu					
Giren	13 (5 - 55)	9 (5 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	45 (36 - 86)
Girmeyen	12 (5 - 19)	10 (4 - 14)	12 (9 - 15)	11 (6 - 14)	44 (31 - 54)
Test istatistiği/p	U=1703.0/ 0.329	U=1817.0/ 0.605	U=1812.5/ 0.588	U=1885.0/ 0.823	U=1764.5/ 0.473
Menopoza girme şekli					
Ameliyatla	13 (5 - 18)	10 (5 - 19)	12 (4 - 15)	11 (7 - 14)	45 (41 - 54)
Doğal yolla	13 (5 - 55)	9 (4 - 19)	12 (7 - 15)	11 (6 - 14)	45 (31 - 86)
Test istatistiği/p	U=2005.5/ 0.809	U=1653.0/ 0.087	U=1939.5/ 0.597	U=1729.0/ 0.166	U=1934.0/ 0.597
Menopoz dönemine ilişkin bilgi alma durumu					
Alan	13.5 (5 - 55)	9 (4 - 19)	12 (7 - 15)	11 (6 - 14)	46 (31 - 86)
Almayan	13 (6 - 19)	9 (6 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	44 (36 - 57)
Test istatistiği/p	U=2927.0/ 0.827	U=2913.5/ 0.787	U=2798.0/ 0.498	U=2905.5/ 0.767	U=2655.0/ 0.260
Menopoz dönemine yönelik bilginin kimden alındığı					
Ebe- Hemşire	16(10 - 55)	8 (8 - 13)	12 (9 - 14)	11 (6 - 12)	47.5 (40 - 86)
Doktor	12.5(5 - 19)	11 (7 - 19)	12 (4 - 15)	10 (7 - 13)	46.5 (37 - 54)
Komşu ve Akrabalar	13 (5 - 18)	8.5(5 - 14)	11.5 (10-14)	11.5(10 - 14)	44 (40 - 49)
Test istatistiği/p	$\chi^2=3.313/0.191$	$\chi^2=5.977/0.050$	$\chi^2=0.316/0.854$	$\chi^2=3.254/0.196$	$\chi^2=2.293/0.318$

Sağlık algısı ölçeği alt boyutları (Kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık) ve toplam puanı doğum kontrol yöntemi kullanma, menopoza girme durumu, menopoza girme şekli, menopoz dönemine ilişkin bilgi alma durumu, menopoz dönemine ilişkin bilginin kimden alındığına göre farklılık göstermemektedir($p>0,05$)(Tablo9).

Tablo 10. Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarının kadınların menopozu algılama durumları ile karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Kesinlik	Sağlığın önemi	Öz farkındalık	Toplam
Özellikler	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
Menopozal dönemi algılama durumu					
İyi	13 (6 - 55)	9 (7 - 19)	2 (7 - 14)	10,5 (6 - 13)	45 (36 - 86)
Kötü	12 (5 - 18)	9 (4 - 16)	2 (4 - 15)	11 (6 - 14)	44 (31 - 55)
Kısmen iyi	13 (7 - 18)	9 (5 - 14)	2 (6 - 15)	11 (7 - 14)	45 (37 - 54)
Kararsız	15.5(11- 16)	9.5 (8 - 10)	2(10 -15)	9.5 (8 - 12)	46 (42 - 49)
Test istatistiği/p	$\chi^2=3.758/$ 0.289	$\chi^2=0.217/$ 0.975	$\chi^2=4.108/$ 0.250	$\chi^2=5.354/$ 0.148	$\chi^2=0.680/$ 0.878
Menopozal dönemi iyi algılama nedeni					
Aile planlama yöntemi kullanmak zorunda kalmamak	13 (10 - 55)	8 (8 - 10)	2 (11 -14)	11 (10 - 12)	45 (41 - 86)
Gebe kalmaktan kurtulmuş olmak	12 (10 - 19)	8 (7 - 13)	2 (10 -13)	11 (7 - 12)	46 (36 - 52)
Adet dönemi ağrıları ve sıkıntılarında kurtulmak	12 (6 - 18)	8 (5 - 19)	2 (8 - 15)	10 (6 - 13)	44 (37 - 53)
İbadetleri aksatmadan yapabilmek	13.5 (7 - 19)	9 (8 - 15)	2 (7 - 15)	12 (8 - 14)	46 (40 - 57)
Diğer nedenler	12 (10 - 18)	9 (8 - 14)	2 (6 - 14)	11 (7 - 12)	43 (36 - 50)
Test istatistiği/p	$\chi^2=3.636/$ 0.457	$\chi^2=8.744/$ 0.068	$\chi^2=3.091/$ 0.543	$\chi^2=5.630/$ 0.229	$\chi^2=5.873/$ 0.209
Menopozal dönemi kötü algılama nedeni					
Doğurganlık kaybı olduğu için	13 (9 - 18)	9 (5 - 14)	12 (7 - 14)	11 (6 - 14)	46 (39 - 54)
Cinsellik azaldığı için	10 (5 - 18)	8 (8 - 14)	12 (12 -15)	10 (8 - 13)	44 (41 - 49)
Vücutta değişiklikler olduğu için	13 (5 - 18)	9 (4 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	44 (31 - 55)
Diğer nedenler	11 (10 - 18)	9 (8 - 16)	12 (9 - 14)	12 (7 - 13)	44 (41 - 54)
Test istatistiği/p	$\chi^2=3.400/$ 0.334	$\chi^2=2.054/$ 0.561	$\chi^2=3.775/$ 0.287	$\chi^2=3.676/$ 0.299	$\chi^2=4.219/$ 0.239
Menopoz şikâyetlerinin paylaşıldığı-anlatıldığı kişiler					
Hiç kimse	12 (9 - 19)	9 (8 - 19)	2 (7 - 14)	11 (7 - 13)	44 (39 - 54)
Çocuklar	12 (5 - 18)	8 (4 - 13)	2 (4 - 15)	11 (6 - 12)	43 (31 - 52)
Eş	13 (5 - 18)	9 (6 - 19)	2 (6 - 15)	11 (6 - 14)	44 (36 - 52)
Arkadaş-komşu	13 (5 - 55)	9 (5 - 16)	2 (9 - 15)	11 (6 - 14)	46 (36 - 86)
Diğer	15.5(10 -19)	10 (8 - 15)	1.5(8- 14)	11 (8 - 12)	48.5 (37 - 57)
Test istatistiği/p	$\chi^2=2.970/$ 0.563	$\chi^2=7.049/0.$ 133	$\chi^2=6.177/0.$ 186	$\chi^2=0.589/$ 0.964	$\chi^2=6.258/$ 0.181

Sağlık algısı ölçeği alt boyutları (Kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık) ve toplam puanı menopoza dönemi algılama durumu ve nedenleri, menopoza şikâyetlerinin paylaşıldığı kişilere göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarının menopoza tedavisine ilişkin kadınların görüşleri ile karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Sağlığın önemi	Kesinlik	Öz farkındalık	Toplam
Özellikler	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
Menopoza tedavisi olduğunu düşünme					
Düşünen	13 (5 - 55)	9 (7 - 19)	12 (6-15)	11 (7 - 14)	44 (36 - 86)
Düşünmeyen	13 (5 - 19)	9 (4 - 19)	12(4- 15)	11 (6 - 14)	45 (31 - 57)
Test istatistiği/p	U=3486.5/ 0.373	U=3567.0/ 0.503	U=3687.0/ 0.760	U=3777.0/ 0.979	U=3871.5/ 0.798
Menopoza tedavisinde yapılanlar					
İlaç tedavisi	13 (5 - 55)	9 (4 - 19)	12 (6 - 15)	11 (7 - 14)	44 (31 - 86)
Hormon	11 (10 - 19)	9 (8 - 16)	12 (7 - 15)	10 (7 - 12)	42 (38 - 52)
Düzenli beslenme	13 (11 - 16)	10 (8 - 14)	12(10 - 13)	12 (8 - 12)	46 (41 - 52)
Psikolojik tedavi	17 (17 - 17)	11.5(10-13)	9 (9 - 9)	9 (8 - 10)	46.5 (46 - 47)
Bir şey yapılmaz	13 (5 - 19)	9 (5 - 19)	12 (4 - 15)	11 (6 - 14)	45 (36 - 57)
Test istatistiği/p	$\chi^2=4.765/$ 0.312	$\chi^2=4.278/$ 0.370	$\chi^2=4.800/$ 0.308	$\chi^2=7.876/$ 0.096	$\chi^2=5.042/$ 0.283

Sağlık algısı ölçeği alt boyutları (Kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık) ve toplam puanı menopoza tedavisi olduğunu düşünme durumuna ve menopoza tedavisinde yapılanlara göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Bazı değişkenlerin sağlık algısı ölçeği alt boyutları ile ilişkilerinin incelenmesi

		Kontrol merkezi	Kesinlik	Sağlığın önemi	Öz farkındalık
Yaş	r	-0,188	-0,139	0,114	0,201
	p	0,011	0,063	0,126	0,007
Çocuk sayısı	r	-0,106	-0,069	-0,073	0,046
	p	0,188	0,392	0,365	0,567
Ekonomik durum	r	0,216	-0,070	0,103	-0,023
	p	0,004	0,347	0,168	0,762
Sağlığı algılama durumu	r	0,133	0,011	0,012	-0,142
	p	0,075	0,885	0,874	0,058
Menopoza girme yaşı	r	-0,023	-0,083	0,079	0,089
	p	0,763	0,270	0,291	0,233
Menopoz yılı	r	-0,183	-0,076	0,072	0,152
	p	0,014	0,314	0,334	0,041

r:Spearman korelasyon katsayısı

Yaş ile kontrol merkezi arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,011$). Yaş ile öz farkındalık arasında ise pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,007$).

Ekonomik durum puanı ile kontrol merkezi arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,004$).

Menopoz yılı ile kontrol merkezi arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,014$). Menopoz yılı ile öz farkındalık arasında ise pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,041$).

Çocuk sayısı, sağlığı algılama durumu, menopoza girme yaşı ile sağlık algısı ölçeği alt boyutları ve toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 12).

5. TARTIŞMA

Alpaslan Köyü Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin farkındalıklarını ve sağlık algılarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen veriler bu bölümde tartışılmıştır.

Bu çalışmada kadınların sağlık algısı ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalama değeri 45.3 ± 5.0 olarak elde edilmiştir. Ölçekten en yüksek 75, en düşük 15 puan alınabileceği ve alınan puan yükseldikçe bireylerin sağlık algı düzeylerinin de yükseldiği düşünüldüğünde menopozal dönemdeki kadınların sağlık algısı puan ortalamalarının orta derecede olduğu söylenebilir. Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarına baktığımızda ise en yüksek puan ortalamasını 13.4 ± 4.5 ile kontrol merkezi alt boyutu oluşturmaktadır. Sağlığı algılama şekli kişinin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiğine bağlıdır (Tuğut ve Bekar, 2008). Kontrol merkezi ise, bireyin sağlığını değiştirebilmeye ilişkin sahip olduğu güveni ifade etmektedir. Yani kontrol merkezi olarak dış etkenleri değil (şans, kader, dini inanç vb.) kendini görüp görmemesi ile ilgilidir (Özdelikara ve ark., 2018).

Sağlık durumunu kontrol edebilme inancı üzerinde bireylerin sağlığını nasıl algıladığının etkisi büyüktür (Özdelikara ve ark., 2018). Yapılan bu araştırmada kadınların sağlık durumunu değerlendirme ortalama değeri 1'den 10'a kadar sayıların yer aldığı likert tipi ölçekte 6.3 ± 1.6 olup orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Menopoza giren kadınlarla yapılan başka bir çalışmada ise kadınların % 46.7'sinin algılanan sağlığı orta düzeyde bulunmuştur (Tümer ve Kartal, 2018).

Yapılan bu araştırmada kadınların menopoza yönelik algılarının olumsuz yönde olduğu, iyi olarak algılayanların ise daha çok ibadetlerini aksatmadan yapabildiği için iyi algıladıkları, kötü olarak algılayanların ise vücutlarındaki değişiklikler nedeni ile kötü algıladıkları belirlenmiştir. Özer ve Gözükara'nın (2015) yaptığı çalışmada ise kadınların % 28'i menopozun hayatlarında olumlu yönleri olduğunu düşünürken, % 53.3'ü olumsuz yönleri olduğunu düşünmektedir. Kadınlar tarafından menopozun olumlu görülen yönleri değerlendirildiğinde ise en çok çocuk doğurmaktan kurtulma (% 96.7); olumsuz yönlerinde ise en çok hastalıkların artması (% 51.2) nedeniyle olumsuz algılandığı belirlenmiştir. Abay ve Kaplan (2015) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların yarısının (%54.4) menopozu olumlu

olarak algıladığı saptanmıştır. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada kadınların % 67.8'inin menopoza iyi ve çok iyi şekilde algıladıkları belirlenmiştir. İyi algılamalarının başlıca sebebi ise adet dönemi ağrı ve sıkıntılarının kurtulmuş olmasıdır. Kadınların menopoza bakış açıları, kültürden kültüre farklılık gösterebilmektedir. Menopoz dönemindeki Türk ve Alman kadınlarla yapılan başka bir çalışmada ise Türk kadınların % 67.5'i menopoza olumlu algılamakta, Alman kadınların %72.5'i olumlu algılamaktadır. Çalışmamızda Müslümanlığın etkisiyle ibadetleri kesintisiz olarak gerçekleştirebilmek nedeniyle kadınların menopoza olumlu algıladıkları düşünülmektedir (Vural ve Yangin, 2017).

Menopoz bir kadının yaşlanma süreci içindeki normal bir evre olmasına rağmen, yapılan çalışmalar genel popülasyonun menopozla ilişkili potansiyel sağlık sorunları hakkında daha iyi bilgilendirmeye ihtiyacı olduğunu göstermektedir (İkışık ve ark., 2020). Bu çalışmada kadınların % 24.4'ünün daha önce menopoz dönemine ilişkin bilgi aldığı, bilgi alanların % 40.9'unun ise bilgiyi doktorlardan aldığı tespit edilmiştir. Alpaslan'ın (2018) yaptığı araştırmada kadınların % 47.5'inin menopoz hakkında bilgi almadığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise kadınların %66'sının menopoza yönelik bilgi aldığı, %67.9'unun bilgiyi hekimden aldığı tespit edilmiştir (Tunçarslan, 2019). Özer ve Gözükara'nın (2015) yaptığı çalışmada ise kadınların % 99.3'ünün menopoza yönelik bilgi almadığı; bilgi alanların ise tamamının bilgi kaynağının komşu, arkadaş ve akraba olduğu belirlenmiştir. Çalışmalardan elde edilen bu farklılığın yaşanılan coğrafi bölge ve kültür farklılığı nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Zıvıdır ve Sohbet (2017) tarafından yapılan araştırmada kadınların %74.4'ünün menopoz ile ilgili bilgi aldıkları, bilgi alanların büyük çoğunluğunun ise bilgiyi komşusundan aldığı tespit edilmiştir. Yağmur'un (2018) yaptığı araştırmada ise kadınların %60.8'inin menopoz dönemi hakkında bilgi almadığı, bilgi alanların ise %29'unun sağlık çalışanlarından bilgi aldığı tespit edilmiştir. Abay ve Kaplan'ın yaptığı çalışmada ise kadınların sadece %12.8'inin bu döneme yönelik bilgi aldığı bilgi alanların büyük çoğunluğunun (%81.3) doktor tarafından, çok küçük bir bölümünün ise (%3.1) hemşire veya ebe tarafından bilgilendirildiği ifade edilmiştir. Çelikkanat ve Sohbet (2020)'in yaptığı çalışmada ise araştırmaya katılanların %89.5'inin menopoz konusunda bilgi almadığı belirlenmiştir. Bilgi alanların %3.3'ünün ise bilgiyi sağlık personelinin aldığı saptanmıştır. Kaya ve

arkadaşlarının (2019) yaptığı araştırmada ise kadınların %61.1'inin menopoz öncesi dönemde menopoza yönelik bilgi almadığı, bilgi alanların ise yaklaşık yarısının (%53.9) bu bilgiyi hekimden aldığı belirlenmiştir. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada kadınların %58.6'sının menopoz hakkında bilgi almadığı, bilgi alanların ise %49.6'sının bu bilgiyi sağlık çalışanlarından aldıkları saptanmıştır. Kadınların %54'ü ise gerek görmediği için döneme yönelik bilgi almadığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalar kadınların genel olarak bu döneme ilişkin yetersiz bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Bilgi yetersizliğinin sebebinin kadınların bu dönemi yaşanması gereken yaşın ilerlemesi ile oluşan doğal bir süreç olarak görmelerinden kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmaların büyük çoğunluğunda bilgi kaynağının doktorlar olmasının nedeni ise istenmedik şekilde oluşan değişiklikler sonucu doktora başvurma sonucu alınan bilgiden dolayı olduğu düşünülebilir.

Düşük eğitim seviyesi daha kötü sağlık, daha fazla stres ve düşük öz-yeterlilik ile ilişkilidir (Kaya ve ark., 2019). Yapılan bu çalışmada kadınların %58.9'unun ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Kadınların eğitim durumlarının sağlık algısı ölçeği kontrol merkezi puanı ortanca değeri ve sağlık algısı ölçeği toplam puanı üzerinde etkili olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Lise mezunu olan kadınların puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur. Bu çalışmadaki verilerden yola çıkarak eğitim seviyesi yükseldikçe kişilerin kendi sağlıkları hakkında daha fazla sorumluluk üstlendikleri söylenebilir. İkişik ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada daha eğitilmiş kadınların menopoz ve sağlıklı yaşam hakkında daha fazla farkındalığa sahip oldukları ve menopoza karşı olumlu bir tutum sergilemelerinin daha muhtemel olduğu belirlenmiştir. 40-65 yaş aralığındaki kadınlarla yaptıkları bu çalışma, ortalama menopoz farkındalık puanlarının, lise ve üzeri eğitime sahip kadınlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların oluşan değişiklikleri daha kolay fark edip, erken dönemde sağlık kurumuna başvurup gerekli yardımı almalarının kolaylaştığını göstermektedir (Yangın ve ark., 2010).

Bu çalışmada kadınlardaki herhangi bir hastalık varlığının kontrol merkezi puanı ortanca değerinde ve sağlık algısı ölçeği toplam puanı üzerinde etkili olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Bu etkinin nedeni ise bir hastalık varlığında sağlığımızı

değiştirebileceğimize olan güvenimizin zayıflamasından kaynaklı olabilir. Ayrıca kronik hastalık varlığında hastalığa bağlı semptomlara ek olarak menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sıkıntılarında eklenmesiyle hastalık yükünün ve şikayetlerinin artarak sağlık algımızı etkilediği düşünülebilir (İkişik ve ark., 2020).

Araştırmada kadınların sürekli ilaç kullanımının kontrol merkezi puanı ortanca değeri ve sağlık algısı ölçeği toplam puanı üzerinde etkili olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Bu etkinin sürekli ilaç kullanımına bağlı olarak bireylerin sağlıkları hakkındaki kontrolü kendileri dışındaki, diğer etkenlere bağlamalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan bu araştırmada kadınların ekonomik durum değerlendirme puan ortalaması 1'den 10'a kadar sayıların yer aldığı likert tipi ölçekte 6 olarak elde edilmiştir. Sağlık algısı ölçeği alt boyutlarına baktığımızda ise ekonomik durum puanı ile kontrol merkezi arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,004$). Bu veriden yola çıkarak ekonomik durumun yükselmesinin sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeli kaldırarak bireylerin sağlıklarını değiştirebilecekleri yöndeki güvenlerini arttırdığı söylenebilir. İkişik ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyi göz önüne alındığında, aylık geliri 2000 TL veya daha az olan kadınlarda ortalama menopoz farkındalık skorları aylık geliri daha yüksek olan kadınlarla karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması 54.3 ± 6.7 olarak elde edilmiştir. Kadınların yaşı ile kontrol merkezi arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,011$). Yaş ile öz farkındalık arasında ise pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,007$). Bundan yola çıkarak yaşın ilerlemesi ile kadınların sağlıkları üzerindeki kontrolü azalırken, öz farkındalıklarında artış olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmada kadınların menopoz yılı ortalama değeri 9.2 ± 7.7 olarak elde edilmiştir. Menopoz yılı ile kontrol merkezi arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,014$). Menopoz yılı ile öz farkındalık arasında ise pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,041$). Bu sonuçlara bakarak kadınların menopozda geçirdikleri sürenin artması

ile birlikte sağlıkları üzerindeki kontrolde azalma görülürken tam tersi öz farkındalıklarında artış olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada sağlık algısı leği ile medeni durum, ocuk varlığı, aile yapısı, sosyal güvence varlığı, gelir getiren iş, sağlık kontrolleri için çoğunlukla tercih edilen yer, doğum kontrol yöntemi kullanma durumu, menopoza girme durumu ve şekli, menopoz dönemine ilişkin bilgi alma durumu, menopozu algılama biçimi, şikayetlerin paylaşıldığı-anlatıldığı kişiler, menopozun tedavisinin olduğunu düşünme ve tedavide neler yapıldığını bilme değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu çalışmada sağlık algısı leği menopozal dönemdeki kadınlar üzerinde uygulanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda sağlık algısı leği farklı gruplara uygulandığı için bu çalışmanın sonuçları ile farklılık gösterebilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Alpaslan Köyü Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin farkındalıklarını ve sağlık algılarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Klimakterik dönemdeki kadınların yaş ortalamasının 54.3 ± 6.7 olduğu, bunların %58.9'unun ilkokul mezunu olduğu (Tablo 1),
- Kadınların sağlığı algılama durumlarının ortalama değerinin 6.3 ± 1.6 olup orta derecede olduğu (Tablo 2),
- Kadınların %49.4'ünde herhangi bir hastalık varlığının mevcut olduğu ve %52.8'inin sürekli ilaç kullandığı (Tablo 2),
- Kadınların menopozda buldukları sürenin yıl ortalama değerinin 9.2 ± 7.7 ve menopoza girme yaşının ortalama değerinin ise 45.3 ± 5.2 olduğu (Tablo 3),
- Kadınların %24.4'ünün daha önce menopoz dönemine ilişkin bilgi aldığı ve bilgi alanların %40.9'unun bilgiyi doktorlardan aldığı (Tablo 3),
- Kadınların %37.2'sinin menopozal dönemi kötü algıladığı (Tablo 4),
- Kadınların sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalama değerinin 45.3 ± 5.0 olup orta derecede olduğu (Tablo 6),
- Kontrol merkezi puanı ortanca değerinin ve sağlık algısı ölçeği toplam puanının eğitim düzeyi yükseldikçe arttığı ($p < 0,05$) (Tablo 7),
- Kontrol merkezi puanı ortanca değerinin ve sağlık algısı ölçeği toplam puanının herhangi bir hastalığı olmayanlarda daha yüksek olduğu ($p < 0,05$) (Tablo 8),
- Kontrol merkezi puanı ortanca değerinin ve sağlık algısı ölçeği toplam puanının sürekli ilaç kullanmayanlarda daha yüksek görüldüğü ($p < 0,05$) (Tablo 8),
- Yaş ile kontrol merkezi arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p = 0,011$) (Tablo 12),
- Yaş ile öz farkındalık arasında ise pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p = 0,007$) (Tablo 12),

- Ekonomik durum puanı ile kontrol merkezi arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,004$) (Tablo 12),
- Menopoz yılı ile kontrol merkezi arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,014$) (Tablo 12),
- Menopoz yılı ile öz farkındalık arasında ise pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,041$) (Tablo 12).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Klimakterik dönemdeki kadınlara verilecek planlı sağlık eğitiminin kadınların yaş grupları, eğitim düzeyleri, yaşadığı yerin kültürel özellikleri göz önüne alınarak bireysel olarak verilmesi sağlanabilir.
- Sağlık çalışanlarının menopoz dönemi ile ilgili bilgileri ve farkındalıkları artırılabilir.
- Sağlık çalışanları her dönemde olduğu gibi bu dönemdeki kadına da tedavi ihtiyaçlarını karşılarken bütüncül bir anlayışla yaklaşabilir.
- Eğitim programları kadının sağlık gelişimindeki ekonomik, kültürel ve çevresel faktörler göz önüne alınarak hazırlanabilir.
- Danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılarak hemşirenin daha etkin rol alması sağlanabilir.
- Menopozal dönemdeki kadınların farkındalıkları ve sağlık algıları ile ilgili farklı bölgeleri temsil eden araştırmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 55(3):181-187.
- Ahmadinezhad M, Kargar M, Vizeshfard F, Hadianfard MJ.(2017). Comparison of the effect of acupressure and pilates-based exercises on sleep quality of postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 22:140-146.
- Akçay B, Koç G. (2018). Klimakterik dönemdeki kadınların uyku yapısı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 49(4).
- Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(2):11-21.
- Alpaslan M. (2018). Menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu, Yüksek Lisans Tezi. 4-14.
- Ardahan M, Acar E. (2009). 35-45 yaş arası menopoza girmemiş ev kadınlarının menopoza yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*.4(16):74-85.
- Bademli K, Lök N. (2018). Relationship Between the Health Perception and Physical Activity of Individuals, *Turkish Journal Of Sports and Exercises*.20(3);127-131.
- Çaka YS, Topal S, Suzan KÖ, Çınar N, Altınkaynak S, (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal of Human Rhythm*.3(4):199-203.
- Çelikkanat Ş, Sohbet R. (2020). 40 Yaş ve üzeri kadınların menopoza ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Sted*. 29(1):31-37.
- Çelik SA, Pasinlioğlu T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1):48-56.
- Çelik SA, Pasinlioğlu T. (2014) Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları Menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 16-29.
- Çetin EÖ, Eroğlu K. (2015). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve başatma yolları, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*.8(4):219- 225.
- Çilingir D, Aydın A. (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 25(3):167-176.
- Dasgupta D, Ray S. (2013). Attitude Toward Menopause and Aging: a Study on Postmenopausal Women of West Bengal. *Journal of Women & Aging*. 25(1):66-79.

- Deniz SŞ, Özer Ö, Songur C. (2018). Effect of Health Literacy on Health Perception: An Application in Individuals at Age 65 and Older. *Social Work In Public Health*. 33(2):85–95.
- De Villiers TJ, Pines A, Panay N, Gambacciani M, Archer DF, Baber RJ et al. (2013). Updated International Menopause Society Recommendations on Menopausal Hormone Therapy and Preventive Strategies For Midlife Health. *Climacteric*. 16(3): 316-337.
- Dinç A, Özer EN. (2019). Premenopoz ve menopozal dönemdeki kadınlarda Üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(2):1-9.
- Dinçer Y, Oskay Ü. (2018). Menopoz döneminde kadınların cinsellik ile ilgili sorunlarının incelenmesi: kalitatif bir çalışma. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 4(2):16-28.
- Dündar T, Özsoy S. (2019). Engelli kadınlar ve menopoz. *Sted*. 28(4):289-293.
- Efteli E, Khorshid L. (2016). İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 32(2):1-10.
- Enjebab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A. (2012). Internal motivations and barriers effective on the healthy lifestyle of middle-aged women: A qualitative approach. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 17(5):390–8.15.
- Erbaş N, Demirel G. (2017). Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. (4):220-225.
- Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(4):1095-1113.
- Ertekin PŞ, Yıldırım G, Duran AÖ, Cesur B. (2015). Kadına özgü bir sorun: menopozda ruh sağlığı. *International Journal of Human Sciences*. 12(2):787-798.
- Ertem G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 7:469-483.
- Fışkın G, Şahin HN, Kaya Gİ. (2017). Menopozal dönemdeki kadınların bu yaşam dönemine ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *G. O. P. Taksim E. A. H. Jaren*. 3(3):122-128.
- Ghanaie MM, Abdolahi E, Leili EK, Ansari RH, Galebin SMA. (2020). Comparing the Prevalence of Depression in Postmenopausal Women With and Without Urinary Incontinence. *J Holist Nurs Midwifery*. 30(2):86-92.
- Gollschewski S, Kitto S, Anderson D, Lyons-Wall P. (2008). Women's perceptions and beliefs about the use of complementary and alternative medicines during menopause. *Complement Ther Med*. 16(3):163–835.
- Gönenç I, Vural ETZ. (2010). Perimenopozal dönemde kontrasepsiyon. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 14(4):180-185.

- Gönenç İM, Koç G, (2019). Menopoz dönemine yönelik uygulanan eğitim programının kadınların menopoza yönelik tutumlarına etkisi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*.10(1).
- Gümüşay M, Erbil N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesinin menopoz tutumuna etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2(2):96-109.
- Harris MG. (2019). Sexuality and Menopause: Unique Issues in Gynecologic Cancer Seminars in Oncology Nursing. 35: 211-216.
- Helvacı N, Yıldız BO. (2020). Polycystic ovary syndrome and aging: Health implications after menopause. *Maturitas* 139.12-19.
- Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, Quirino B. (2015). Women's sex perience of menopause: A systematic review of qualitative evidence. *JBİ Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 13(8): 250 – 337.
- Hunter, MM. (2016). Predictors of Impact of Vaginal Symptoms in Postmenopausal Women. *Menopause*. 40-46.
- İkişik H, Turan G, Kutay F, Karamanlı D, Gülen E, Özdemir E, Taşdemir M, Maral İ. (2020). Awareness Of Menopause And Strategiesto Cope With Menopausal Symptoms Of The Women Aged Between 40 And 65 Who Consulted to a Tertiary Care Hospital. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 21-10.
- İslamoğlu A, Garipağaoğlu M, Yoldaş İH, Güneş F. (2019). Postmenopozal yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Geriatric Bilimler Dergisi*. 2(1): 26-20.
- Jane FM, Davis RS. (2014). A Practitioner's toolkit for managing the menopause. *International Menopause Society*. 17: 565-579.
- Kadıoğlu H, Yıldız A. (2012) Sağlık algısı ölçeğinin türkçeye çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 32(1):47-53.
- Kaleta D, Polanska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. (2009). Factor Influencing Self-Perception Of Health Status. *Cent Eur J Public Health* 17(3): 122-127.
- Kaya ŞD, Bulantekin DÖ, Sarıkaya S, Özen B. (2019).Kronik Hastalığı Olan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Menopoz Algısı ve Sağlık Okur Yazarlığının Değerlendirilmesi. *TJFMPC*.13(1): 14-21.
- Kilci Ş, Ertem G. (2019). Menopozda semptom yönetiminde kullanılan kanıta dayalı uygulamalar. *SAUHSD*. 2(3):36-54.
- Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011).Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(1):67-99.
- Kömürcü N. İşbilen A. (2011). Postmenopozal dönemde kadınların cinsel yaşama uyumu. *Turkish Journal of Urology*. 37(4):326-330.

- Moser SS, Chodick G, Bar-On S, Salev V. (2020). Healthcare Utilization and Prevalence of Symptoms in Women with Menopause: A Real-World Analysis. *International Journal of Women's Health*. 12 :445–454.
- Motaghi M, Mojarrad LM, Nadjafi M, Omidi M. (2017). The Effect of Education Based on the Health Promotion Model on Awareness about Menopause among Healthcare Volunteers in Kashan. *International Archives of Health Sciences*. 4:31-35.
- Nappi RE, Martini E, Martella S, Capuano F, Bosoni D, Giacomini S. et al. (2014). Maintaining sexuality in menopause. *Post Reproductive Health*. 20(1):22–29.
- Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü.(2009). Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 31:15-21.
- Nosek M, Kennedy HP, Beyene Y, Taylor D, Gilliss C, Lee K. (2010) The effects of Perceived stress and attitudes to ward menopause and aging on symptoms of menopause. *J Midwifery Womens Health*. 55(4):328–34.18.
- Özcan H, Oskay Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*.28(4):157-163.
- Özcan H, Kızılkaya BN. (2014). Menopoz döneminde cinsellik. *Kadın Cinsel Sağlığı*. 209-211. <http://www.journalagent.com>
- Özdelikara A, Alkan AS, Mumcu N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 14:275-82.
- Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. (2010). Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(1):35-43.
- Rakıcıoğlu N.(2012). Menopozda Beslenme, ikinci basım, Ankara. Reklam Kurdu Ajansı. 11-17.
- Şen E, Saruhan A, (2010). Menopoz ve hormon replasman tedavisi ile ilgili kanıta dayalı çalışmalar. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 5(20).
- Şentürk Ş, Kara M. (2010). Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*. 17 (1):7-11.
- Tangal S, Haliloğlu AH. (2016). Menopoz Multidisipliner Yaklaşım. Menopozda Genitoüriner semptomlar ve tedavisi. Ankara, Modern Tıp Kitapevi.
- Tanrıverdi G, Gürsoy YM, Atay S, Dinç A, Vurur S, Kurt YF, Ünüvar R, Gökteş F, Topal S. (2014). Klimakterik dönemdeki kadınlara olumlu sağlık davranışı kazandırmada akran eğitiminin etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 30 (1):75-90.
- Taşkın L. (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 12. Baskı, Ankara, Özyurt Matbaacılık. 572-583.

- Taylan S, Alan S, Kadioğlu S.(2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi. 68-70.
- Tuğut N, Bekar M.(2008).Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11:17-26.
- Tunçarslan N. (2019). Menopoz dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal desteğin menopoz semptomlarına etkisi. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, Yüksek Lisans Tezi, 4-13.
- Tümer A, Kartal A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. Pam. Tıp Derg. 11(3);337-346.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları (2016-2018). Availablefrom: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1100. Erişim tarihi: 05.03.2019
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.(2018). ISBN 978-975-491-493-1. [www. hips.hacettepe.edu.tr](http://www.hips.hacettepe.edu.tr). Erişim tarihi: 01.03.2019.
- Uludağ A, Güngör ÇNA, Gencer M, Şahin ME, Coşar E. (2014). Kadınların hayatındaki başka bir dönem: menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. Türk Aile Hekimleri Dergisi.18 (1): 25-30.
- Ulusoy, MN, Kukulu, K. (2013). Kadınlarda uyku sorunlarının menopoz ile ilişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2(2).
- Velioğlu P. (2012). Hemşirelikte Kavramlar ve Kuramlar. Ankara, Akademi Basın ve Yayıncılık. 89-103.
- Vural PI, Yangın BH. (2017). Assessing Menopausal Symptomsamong Turkish and German Women with the Menopause Rating Scale: A Cross-Cultural Study. International Journal of Caring Sciences. 10(2):979.
- Yağmur S,(2018). Kadınların bazı özelliklerinin ve menopoz semptomlarının menopozal tutuma etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 8-15.
- Yangın BH, Kukulu K, Sözer AG, (2010).The Perception of Menopause Among Turkish Women, Journal of Women&Aging. 22:290–305.
- Yılmaz TA, Çulha İ, Kersu Ö, Gümüş D, Ünsal A, Köşgeroğlu N. (2018). Cerrahi hastalarının sağlık algıları ve etkileyen faktörler. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 6 (68):89-99.
- Yiğit S, (2018). Hormon replasman tedavisi alan postmenopozal kadınlarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Kırıkkaleli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırıkkaleli, Yüksek Lisans Tezi.9-17.
- Zıvıdır P, Sohbet R. (2017). Menopozdaki kadınların suçluluk ve utanç duygularının yaşam kalitesine etkisi. Medical Sciences. ISSN:1308 7312.

Ward K. (2018). An Update on Menopause Management. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 63:168–177.

WHO definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Erişim tarihi:10.01.2019.



EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışma menopoz öncesi, menopoz ve menopoz sonrası dönemlerini kapsayan klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin farkındalıklarını ve sağlık algılarını belirlemek amacıyla yapılması planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bilgileriniz saklı tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

OMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Hatice TORUN

1. Yaşınız
2. Eğitim durumunuz nedir?
() 1. Okur-yazar () 2. İlkokul Mezunu () 3. Ortaokul Mezunu () 4. Lise ve üzeri
3. Medeni durumunuz nedir? () 1. Evli () 2. Bekar
4. Çocuğunuz var mı? () 1. Var () 2. Yok
5. Çocuğunuz varsa eğer kaç tane?.....
6. Aile tipiniz nedir? () Geniş aile () Çekirdek aile
7. Sosyal güvenceniz var mı? () 1. Var () 2. Yok
8. Gelir getiren bir işiniz var mı? () 1. Var () 2. Yok
9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Çok Kötü Çok İyi
10. Herhangi bir hastalığınız var mı? () 1. Var () 2. Yok
11. Cevabınız evet ise hastalığınızı yazınız.
12. Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? () 1. Var () 2. Yok
13. Cevabınız evet ise kullandığınız ilacın adı nedir?
14. Sağlık kontrolleri için çoğunlukla nereye gidiyorsunuz?
() Aile Hekimi () Hastane () Hiçbir yere gitmem

15.Sizce sağlık durumunuz nasil?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok Kötü

Çok İyi

16. Doğum kontrol yöntemi kullanma durumunuz. () Kullanmadım () Kullandım

17. Menopoza girdiniz mi? ()1. Evet () 2. Hayır

18. Cevabınız evet ise menopoza girme yaşıınız

19. Menopoza girme şekliniz? ()Ameliyatla () Doğal yolla

20. Kaç yıldır menopozdasınız?

21.Bugüne kadar hiç menopoz dönemine ilişkin bilgi aldınız mı?

()1. Evet ()2. Hayır

22. Menopoz dönemine yönelik eğer bilgi aldıysanız, kimden aldınız?

() 1. Ebe-Hemşire () 2. Doktor () 3. Komşu ve akrabalar () 4. Kitle iletişim araçları () 5.Diğer

23.Menopozal dönemi nasıl algılıyorsunuz?()1-İyi ()2-Kötü ()3-Kısmen iyi ()Kararsız

24.İyi ise neden ?

()1. Aile planlama yöntemi kullanılmak zorunda olunmadığı için

()2. Gebe kalmaktan kurtulmuş olunduğu için

()3. Adet dönemi ağrıları ve sıkıntılarından kurtulduğu için

()4. İbadetleri aksatmadan yapabildiği için

()5. Aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için

()6.Diğer nedenler

25.Kötü ise neden ?

()1. Doğurganlık kaybolduğu için

()2. Cinsellik azaldığı için

()3. Vücutta değişiklikler olduğu için

()4. Diğer nedenler

26.Sizce menopozun tedavisi var mı? () 1. Evet

() 2. Hayır

27. Menopozun tedavisinde neler yapılır?

()İlaç tedavisi

()Hormon

()Düzenli beslenme

()Psikolojik tedavi

Bir Şey yapılmaz

28. Menopoz Őikayetlerinizi paylaŐtıđınız-anlattığınız kişiler kimlerdir?

Hiç kimse

çocuklar

eŐ

arkadaş-komşu

Diğer

29. Menopozu bir kelime ile ifade edecek olsaydınız hangi kelimeyi kullanırdınız.....



EK-2: SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi karşılarna işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Benim için sağlıklı olan şeylere, daha fazla para harcamaya hazırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sağlıklı olmak şans işidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

