



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM - KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HDK-YL-2008-0003**

KADINLARIN MENOPOZAL YAKINMALARI VE BAŞETME YÖNTEMLERİNİN İNCELENMESİ

NESRİN OĞURLU

DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr.Hilmiye AKSU

AYDIN - 2008

ÖNSÖZ

Kadın sağılığı, halk sağılığının temel konularındandır. Kadınlar doğurganlıkları ile insanlığın devamını, üretkenlikleriyle de ekonomiye katkı sağırlarlar. Kadın sağılığı, çocuğun, ailenin ve toplumun sağılığının en temel unsurudur. Kadın sağılığında amaç; tüm kadınların hayatlarının her döneminde sağılıklı, üretken, mental fonksiyonları ve ruhsal durumu gelişmiş bireyler olmalarını sağılamaktır.

Toplumda önemli bir yeri olan kadınların hayatlarındaki en önemli dönemlerinden birisi menopoş dönemidir. Günümüzde kadınlar ömürlerinin yaklaşık 1/3'lük kısmını menopoş sonrası dönemde geçirmektedir. Uzun yaşam süresi kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından ayrı bir önem kazanmaktadır. Yeterince uzun yaşayan her kadının deneyimlediğı menopoş, önemsiz ve kısa süren bir rahatsızlık değil kadını uzun yıllar etkileyen bir süreçtir. Bu nedenle dünya üzerinde birçok ülkede son yıllarda menopoş ve postmenopozal dönem, bu döneme ait sorunlar ve çözüm önerileri çok daha yoğun olarak tartışılmaya başlanmıştır.

Kadınlar menopoş dönemine özgü yaşanan sıkıntılarla başetmede değişik yöntemleri kullanmaktadırlar. Bilinçlendirme ile kadınların bu döneme özgü yaşanan sağılık sorunlarını en aza indirilecek ve bu dönemin daha rahat geçirilmesi sağılanacaktır. Kadınların menopoş dönemini daha sağılıklı ve huzurlu olarak geçirmesi ve kendilerine olan güvenlerinin tekrar kazandırılması için gerekli önlemlerin alınması, bireysel ve toplumsal düzeyde önem kazanmaktadır.

Bu çalışma kadınların menopoş dönemine özgü yaşadıkları yakınmalar ve bu sorunlarla başetme yollarını belirleyerek bu döneme yönelik geliştirilen sağılık eğitimlerini planlamada ve uygulamada olanak sağılayacaktır. Böylece kadınlar menopozal dönemlerini daha az sağılık sorunlarıyla ve daha rahat geçireceklerdir.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
ŞEKİL DİZİNİ	viii
EKLER DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ.....	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	7
2.GENEL BİLGİLER	8
2.1 Menopoz Dönemi	8
2.1.1. Menopozun Tanımı	8
2.1.2.Menopozun Fizyolojisi	8
2.1.3. Menopoz Yaşı.....	10
2.1.4. Menopozda Klinik Şekiller.....	11
2.1.4.1.Doğal Menopoz ve Evreleri.....	11
2.1.4.2.Cerrahi Menopoz.....	12
2.1.4.3.Erken Menopoz.....	12
2.1.5.Menopoz Döneminde Görülen Sorunlar	13
2.1.5.1 Kısa Süreli Sorunlar	14
2.1.5.1.1.Vazomotor Sorunlar	14
2.1.5.1.2.Sindirim Sistemi Sorunları	15
2.1.5.1.3.Emosyonel Sorunlar	15
2.1.5.1.4.Uyku Bozuklukları	16
2.1.5.1.5.Ürogenital Sistem Sorunları	17

2.1.5.1.6.Saç ve Deride Değişimler	18
2.1.5.1.7.Merkezi Sinir Sistemi Sorunları	19
2.1.5.2 Uzun Süreli Sorunlar.....	19
2.1.5.2.1.Kas - İskelet Sistemi Sorunları	19
2.1.5.2.2. Kardiyovasküler Sorunlar	20
2.1.6 Menopozda Tedavi Yöntemleri	21
2.1.6.1 Hormon Replasman Tedavisi (HRT)	21
2.1.6.2 Alternatif Yöntemler	23
2.1.6.2.1 Bitkisel Kaynaklı Hormonlar	24
2.1.6.2.1.1 Bitkisel östrojenler (Fitoöstrojenler)	24
2.1.6.2.1.2 Black Cohosh (Kara Yılan Otu)	25
2.1.6.2.1.3 Dong Quai (Melek Otu)	26
2.1.6.2.1.4 Evening Primrose (Akşam Çuha Çiçeği)	27
2.1.6.2 Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar	27
2.1.6.2.1 Egzersiz	27
2.1.6.2.2 Yoga	29
2.1.6.2.3 Gevşeme Teknikleri	29
2.1.6.2.4 Diyet.....	30
2.1.6.3. Hormon Dışı Tedaviler	32
2.1.6.3.1 Antikonvülzan İlaçlar.....	32
2.1.6.3.3 Bifosfanatlar.....	32
2.1.7 Menopozda Hemşirelik Yaklaşımları	32
2.1.7.1.Vazomotor Değişikliklerle Başetme Yolları	33
2.1.7.2.Derideki Değişikliklerle Başetme Yolları	34
2.1.7.3.Üro-genital Sistem Değişiklikleriyle Başetme Yolları	34
2.1.7.4.Kas – İskelet ve Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleriyle Başetme Yolları....	35
2.1.7.5.Emosyonel Değişikliklerle Başetme Yolları	36
2.1.7.6.Merkezi Sistem Değişiklikleriyle Başetme Yolları	36
3.GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Şekli	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	37
3.3. Araştırmanın Evreni	38
3.4. Araştırmanın Örnekleme	38
3.5. Verilerin Toplanması	39

3.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	39
3.5.1.1. Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL).....	39
3.5.1.2. Ön Uygulama	40
3.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması	40
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
4. BULGULAR	42
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları.....	42
4.2. Kadınların Menopozal Yakınma Tarama Listesine (MYTL) Göre Dağılım Bulguları.....	45
4.3. Kadınların Yaşadıkları Menopozal Yakınmalarda Kullandıkları Başetme Yöntemlerine İlişkin Bulguları	47
4.4. Kadınların Menopozal Yakınmaları İle Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular.....	55
5. TARTIŞMA.....	69
5. 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların İncelenmesi	69
5.2. Kadınların Menopozal Yakınma Tarama Listesine (MYTL) Göre Dağılım Bulgularının İncelenmesi.....	71
5.3. Kadınların Yaşadıkları Menopozal Yakınmalarda Kullandıkları Başetme Yöntemlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	72
5.4. Kadınların Menopozal Yakınmaları İle Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların İncelenmesi	77
6. SONUÇ	81
ÖZET.....	87
SUMMARY.....	89
KAYNAKLAR.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	99
TEŞEKKÜR.....	100

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimleri Birliği

BSO: Bilateral Salphingo Ooforektomi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Foliküler Uyarıcı Hormon (Foliküler Stimüle Edici Hormon)

HDL: Yüksek Dansiteli Lipoprotein (High Dansity Lipoprotein)

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KMY: Kemik Mineral Yoğunluğu

LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein (Low Dansity Lipoprotein)

LH: Luteinleştirici Hormon

MYTL: Menopoz Yakınma Tarama Listesi

MWS: Million Women Study

NIH: Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü

UÇÖ: Uluslararası Çalışma Örgütü

WHI: Women's Health Initiative

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 4.1.1.Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları-I.....	42
Çizelge 4.1.2. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları-II.....	43
Çizelge 4.1.3. Kadınların menopoza ilişkin bilgi alma durumlarına göre dağılımları	44
Çizelge 4.1.4. Kadınların menopoza algılama durumlarına göre dağılımları.....	44
Çizelge 4.2.1.Kadınların MYTL'ye göre dağılımları	45
Çizelge 4.3.1.Kadınların yaşadıkları menopozal yakınmalarda kullandıkları başetme yöntemlerine göre dağılımları-I.....	47
Çizelge 4.3.2. Kadınların yaşadıkları menopozal yakınmalarda kullandıkları başetme yöntemlerine göre dağılımları-II	49
Çizelge 4.4.1.Kadınların menopozal yakınmalarının yaş gruplarına göre dağılımları.	51
Çizelge 4.4.2.Kadınların menopozal yakınmalarının eğitim düzeyine göre dağılımları.	53
Çizelge 4.4.3.Kadınların menopozal yakınmalarının çalışma durumlarına göre dağılımları.	55
Çizelge 4.4.4.Kadınların menopozal yakınmalarının medeni durumlarına göre dağılımları.	57
Çizelge 4.4.5.Kadınların menopozal yakınmalarının gelir durumlarına göre dağılımları	59
Çizelge 4.4.6.Kadınların menopozal yakınmalarının menopozal döneme yönelik bilgi alma durumlarına göre dağılımları.....	61
Çizelge 4.4.7.Kadınların menopozal yakınmalarının menopozal dönemi algılama biçimlerine göre dağılımları	63
Çizelge 4.4.8.Kadınların menopozal yakınmalarının hastalık durumlarına göre dağılımları.	65
Çizelge 4.4.9.Kadınların menopozal yakınmalarının sigara kullanma durumlarına göre dağılımları	67

ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Steroidlerin kan düzeyleri	10

EKLER DİZİNİ

Sayfa

EK-1	Soru Formu ve Menopoz Yakınma Tarama Listesi	101
EK-2	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Onayı.....	106
EK-3	İl Sağlık Müdürlüğü ve Valilik Onayı.....	107
EK-4	Ölçek Kullanma İzni	109
EK-5	Bilgilendirilmiş Olur Formu	111
EK-6	Bilgilendirilmiş Olur Metni	112

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Toplumda önemli bir yeri olan kadınların hayatlarındaki en önemli dönemlerinden birisi menopoza dönemidir. Menopoz, kadınların üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği bir yaşam dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre menopoz; ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır. Menopozal dönem; premenopoz, menopoz ve postmenopozal dönemlerden oluşmaktadır. İlk semptomların görüldüğü dönem premenopoz dönem; en son adet kanamasının görüldüğü dönem menopoz dönem; ve menopozdan bir yıl sonra başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcına kadar süren dönem ise postmenopoz dönem olarak adlandırılmaktadır (Saraçoğlu 1998, Ünlüer 2005, Varma ve ark 2005, Erdem 2006, Güney 2006, Tokuç ve ark 2006).

Dünyada menopoza giren kadın sayısının hızla arttığı ve 2030 yılında bu sayının 1.2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Menopoza giren kadın sayısındaki artış gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadın nüfusun fazlalığından dolayı daha hızlıdır. 2030 yılında dünyada menopoz dönemindeki kadınların %76'sının gelişmekte olan ülkelere yaşıyor olacağı öngörülmektedir (Saka ve ark 2005).

Günümüzde yaşam standartlarının giderek yükselmesi ile birlikte yaşam süresinde de belirgin bir artış olmuştur. Gelişmiş ülkelere kadının yaşam süresi yaklaşık 80 yıl olup bunun 33 yılı menopozal dönemde geçmektedir (Saraçoğlu 1998). Ülkemizde kadınlar için yaşam beklentisi 72.3 olup menopoz yaş ortalaması 47.8 olarak kabul edilmektedir (Yahya 2003). Dolayısıyla her kadın yaşamının çok önemli bir bölümünü bu dönemde geçirmektedir (Erdem 2006).

Menopoz döneminde, östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak kadınlarda hormonal, fiziksel ve duygusal değişimler meydana gelmektedir. Meydana gelen bu değişimler kısa ve uzun süreli sorunlar olarak gruplandırılmaktadır. Kısa süreli sorunlar, vazomotor, atrofik ve psikolojik değişiklikler, uzun süreli sorunlar ise kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozdur. Kısa süreli sorunlardan olan vazomotor değişiklikler ciltte ısı artışı, vazodilatasyon ile başlayan menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve rahatsız eden semptomdur. Vazomotor belirtiler yüz kızarması, gece terlemesi ve sıcak basması olarak bilinmektedir. Beş Avrupa ülkesinde uluslararası yapılan bir çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların %55'inin ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'inde yaşayan kadınların %75'inin sıcak basması yaşadıkları bildirilmiştir (Fredman 2005). Ülkemizde ise kadınların %80'i sıcak basmasından yakınmaktadır. Aşırı yorgunluk, bireyin toleransından daha fazla aktivite, sigara, kafein, alkol, yağlı-baharatlı yiyecekler ve çevresel faktörlerin sıcak basmalarının artmasında uyarıcı rolleri olduğu bilinmektedir. Sıcak basması menopozun bütün dönemleri boyunca sürmektedir ve kadınların %30'unun günlük yaşamlarını etkilemektedir. Yaş ilerledikçe sıcak basmalarının sıklık ve süresi azalmaktadır (Erel 2004, Erdem 2006).

Sıcak basmalarının dışında en çok görülen vazomotor değişiklikler arasında, baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, göz önünde uçuşmalar, nefes darlığı, dikkati toplayamama, huzursuzluk, sinirlilik, depresyon, parmaklarda hissizlik, terleme ve titreme gibi sıkıntılar da yer almaktadır (Ergöl 1999, Tortumluoğlu 2003, Taşkın 2007). ABD, Hollanda, Avustralya, Japonya gibi gelişmiş ülkelerdeki menopoz dönemindeki kadınların %75'inde sıcak basması, %41'inde sinirlilik, %40'ında yorgunluk, %39'unda terleme, %38'inde baş ağrısı, %32'sinde uykusuzluk ve %30'unda depresyon şikayetlerinin olduğu bildirilmiştir (Woods ve ark 2005). Ülkemizde ise kadınların % 31,3'ünde gece terlemesi, %38.8'inde adetlerin seyrek olması, %42.2'sinde saç dökülmesi, %63.1'inde baş ağrısı, %39.7'sinde baş dönmesi, %45.2'si el ve ayakta karıncalanma gibi sorunlar yaşamaktadır (Arslan ve Altınsoy 2004, Erdem 2006).

Östrojenin yetersizliği ile meydana gelen atrofik değişikliklerden biri olan ürogenital yakınmalar ise kadınlarda en sık görülen menopoz dönemi sorunlarından bir diğeridir. ABD'de yapılan bir çalışmanın sonucunda, menopoz dönemindeki kadınların

%27'sinin cinsel sorunları, %19-29'unun emosyonel durumda değişiklikler, %6-13'ünün vajinal sorunları, %17'sinde üriner sistem sorunları yaşadığı belirtilirken, Çin'de kadınların %14.3'ünde vajinal problemler, %46.1'inde emosyonel değişiklikler yaşadığı bildirilmiştir (Woods ve ark 2005). Ülkemizde ise kadınların %60'ında vajinal kuruluk, %40'ında disparanoya, %25'inde vajinal kaşıntı ve %8'inde de koitus sonrası kanama olduğu belirtilmiştir (Kabukçu 2000). Ayrıca Arıkan'ın (2005) İstanbul'da yaptığı çalışmasında da kadınların %30'nun deride kuruluk, kaşıntı, eklem ağrıları ve prolapsus gibi konnektif doku değişiklerine bağlı sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur.

Uzun süreli sorunlar içerisinde osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Osteoporoz; ovarial fonksiyonların gerilemesine bağlı, kemik dokusu kaybı ile seyreden bir kemik hastalığıdır. Kemik kaybı kadınlarda 35 yaşından sonra başlar ve menopozla beraber iki katına çıkar. Tüm dünyada şu anda 200 milyondan fazla kadın osteoporoz hastasıdır. Amerika'da yaklaşık olarak 4-6 milyon kadının osteoporoz sorunu yaşadığı bildirilmiştir. Osteoporozun ortaya çıkması ile kemik kırıkları ve kırıkların popülasyondaki maliyeti sorunu gündeme gelmiştir. Menopozda kendini ağrı ile belli eden bu kırıkların %43'ü vertebra, %17'si femur boyunda ve %13'ü el bileğinde görülmektedir. Sadece Amerika'da yılda 1.3 milyon osteoporoza bağlı kırık vakası görülmektedir ve yıllık 14 milyon dolara mal olmaktadır (Cutson 2000). Dünyada kalça kırıklarının sayısı 1990 yılında 1.7 milyon iken, bu rakamın 2050 yılında 6.3 milyona kadar yükseleceği beklenmektedir (Özcebe ve Üstünsöz 2001). Bu oranın hızla artması ekonomik kayıpların ne kadar fazla olacağını gözler önüne sermektedir (Saraçoğlu 1998, Erdem 2006).

Amerika'daki kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların morbidite ve mortalitesinin, erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Buna karşılık menopoz sonrası kadınlarda kardiyovasküler hastalık komplikasyonları hızlı bir şekilde artmakta ve erkekler ile aradaki fark önemli ölçüde kapanmaktadır. Avrupalı kadınların kardiyovasküler hastalıklara yakalanma oranı %46 ve bu hastalıktan ölme olasılığı ise %31'dir. Ülkemizde ise 55 yaşındaki kadınların %28.5'inin kardiyovasküler hastalıklardan öldüğü bildirilmiştir (Saraçoğlu 1998, Erdem 2006).

Menopoz yaşantısının anlaşılabilmesi için, biyolojik faktörlerin olduğu kadar psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Farklı

kültürlerde menopoza girmenin etkisinin değerlendirildiği bir yazıda, hem kültürün kendi içinde hem de farklı kültürlerde menopozun yaşanması açısından büyük farklılıklar olduğu ve menopoza ilişkin belirtilerin fiziksel değişimler, kültürel etkiler ve bireysel algıların bir kombinasyonu olduğu sonucuna varılmıştır. Pek çok kültürde cinsellik, kadının toplumdaki rolleri, cinsiyete özgü stres ve yaşlanma gibi konular menopozun fiziksel ve sembolik anlamı ile oldukça yakından ilgilidir. Kadının kültürel özellikleri bu dönemde yaşanan olumsuzluklarla başetmede büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin çağdaş tıp anlayışına olduğu kadar kültürle de uygun sunulması hizmet alanların hizmeti benimsemesi açısından önemlidir. Sağlığın korunması, hastalıkların sağaltımı kültürle özgü uygulamalarla yapılır. Bu nedenle kültür sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olarak görülmelidir. Sağlık profesyonellerinin kadının kültürel yapısını dışarıda bırakarak sunacağı bir hizmette başarılı olması beklenemez (Tortumluoğlu 2004).

Yapılan çalışmalarda Asyalı kadınların menopozu diğer kadınlara göre daha olumlu olarak algıladıkları ve bu dönemi daha sorunsuz ve rahat geçirdikleri saptanmıştır. Mazhar ve Gul-e-Erum'un (2003) Pakistan'da yaptıkları çalışmada, kadınların %75.7'sinin menopozu olumlu bir durum olarak algıladıklarını saptamışlardır. Yapılan diğer çalışmalarda da Asyalı kadınların diğer kadınlara göre menopozal dönemi daha rahat geçirdikleri ve Hormon Replasman Tedavisini (HRT) daha az kullandıkları bildirilmektedir. Boutlet ve arkadaşlarının (1994) Hong Kong, Endonezya, Kore, Malezya, Filipinler, Singapur ve Tayvan olmak üzere yedi Asya ülkesinde yaptıkları çalışmada, menopozal dönemdeki kadınlarda sıcak basması-gece terlemesi prevelansının batı ülkelerindeki kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada kadınların %80'i sıcak basmasından yakınırken Çinli ve Japon kadınların sadece %14 ve %18 oranında sıcak basmasını deneyimledikleri belirlenmiştir (Somer 1997). Menopozal dönemi Asyalı kadınlara göre daha olumsuz yaşayan Avrupalı kadınların, menopozal dönemi yaşlılığın bir işareti, cinsel yaşamın, güç ve güzelliğin kaybı olarak algıladıkları belirlenmiştir (Lowdermik ve ark. 1997, Jimenez ve Perez 1999, Hvas 2001).

Kadınlarda görülen menopoz dönemi yakınmaları; kadının eğitim düzeyi, yaşı, mesleği, ekonomik bağımsızlığı, gelir düzeyi, evlilik uyumu, medeni durumu, başka alanlara yönelmiş olması, ailenin büyüklüğü, bu döneme özgü bilgi alma durumu, rol değişimi ve toplumun kadına verdiği değerden etkilenmektedir. Çin ve Japon kadınlarda

menopoz dönemi sorunlarının daha az görülmesinin nedeni; beslenme kültürleri ve menopozal yakınmaları yaşanması gereken değişiklikler olarak kabul edip, kısa sürede uyum sağlamaları olarak gösterilmektedir (Fuh JL 2001, Hvas 2001, Erdem 2006, Shea 2006).

Menopoz dönemi ile ilgili yapılmış birçok çalışmada, görüldüğü gibi bu dönemde yaşanan sağlık sorunları, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle benzerlik göstermektedir. Bununla beraber, yine bu çalışmalarda kadınların bu dönemde yaşanan sıkıntılarla başetmede farklı yöntemler tercih ettikleri belirtilmiştir. Menopoz döneminde yaşanan sıkıntılarla başetmede tıbbi destek olarak HRT kullanılmaktadır. Dünyada kadınların sadece %10'unun ülkemizde ise %12.3'ünün HRT kullandığı bildirilmiştir (Güngör 2003). Bununla birlikte kadınların son yıllarda, menopoz dönemi sıkıntılarıyla başetmede alternatif tıpla ilgili yollara başvurdıkları saptanmıştır. Japonya'da yaşayan kadınların, menopoz döneminde yaşadıkları sıkıntılarla başetmede alternatif tıbbi tercih ettikleri belirtilmiştir. Japon kadınlarının %40'ının diyetlerine ekledikleri soya ürünleriyle yaşadıkları sıcak basması şikayetlerinden kurtuldukları belirtilmektedir. ABD, Almanya ve Çin'de menopoz döneminde yaşanan sıkıntıları gidermek amacıyla, kadınların yıllardır alternatif tıpi kullandıkları bilinmektedir (Jou 2005, Erdem 2006).

Kuzeybatı Pasifik'de menopozun semptomlarını ortadan kaldırmaya yönelik, doğal yolların kullanıldığı tedavilerin oranı %22'dir. Kuzeybatı Pasifik'de yapılan bir pilot çalışmada menopoz semptomlarının yönetiminde bitkisel kombinasyon tedavisi yapılan kadınların %54'ünde kara yılan otu, %48'inde ise karışık otlar (soya ürünleri, chaste ağacı-hayıt tohumu, dong quai-melek otu gibi) kullandığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, özellikle sıcak basması-gece terlemesi sıkıntılarının %25-50 oranında azaldığı belirtilmiştir (Newton ve ark 2005). Avrupalı kadınların ise %13'ünün bitkisel kombinasyonlar, %5'inin ise antidepresanlar kullandığı bulunmuştur (Koebnick ve ark 2005). Yapılan bir başka çalışmada da, plasebo uygulanan kadınların %40'ında, bitkisel kaynaklı tedavi (siyah koko, soya ürünleri, çeşitli bitki karışımları) uygulanan kadınların %60'ında vazomotor belirtilerin azaldığı belirtilmiştir (Newton ve ark 2005). Berlin'de (2005) yapılan bir çalışmada, düzenli yapılan egzersizin menopoz döneminde yaşanan sıkıntıların azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Elavsky ve ark 2005).

Kadınlar bu özellikli dönemi iş hayatında veya ev hayatında geçirmektedirler. Gelir getiren bir işte çalışmak ekonomik gereklilik olduğu kadar tüm kadınların en doğal hakkıdır. Modern dünyada olduğu gibi ülkemizde de üreme çağındaki kadınların azımsanmayacak çoğunluğu çalışarak ekonomik gelişmeye katkıda bulunmaktadır (Karaman 2007). Yapılan çalışmalar ve düzenlemelerle kazanılan haklar sonucunda, çalışma yaşamı içine giren kadın sayısı gün geçtikçe artmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)'nün değerlendirmelerine göre son 25 yılda dünyada ekonomik aktivite içinde bulunan kadın sayısı yaklaşık iki katına ulaşmıştır (Canbaz ve ark 2005).

Tortumluoğlu'nun (2003) yaptığı çalışmaya göre menopozal yakınmaların ev hanımı olan kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Kendini meslek ve hobilerine veren kadınlarda menopozal yakınmalar daha az görülmektedir. Etnik, sosyo-kültürel ve çevresel faktörlerin menopoz dönemi yakınmalarının ortaya çıkışını etkilemektedir (Malacara ve ark 2002). Cairu ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada, yüksek öğrenimli kadınların diğer kadınlara göre menopoz şikayetleri şiddetinin daha düşük, menopoz yaşının bir yıl daha geç olduğunu belirtmişlerdir.

Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı almayan birçok kadında kronik hastalıklar gelişmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle kadın hayatının üçte birinden fazlasını kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanı kapsayacak olan menopoz döneminde kişinin yaşam kalitesinin artırılması için uygun sağlık bakımı büyük bir önem kazanmaktadır.

Ülkemizde de 1990'lı yılların başlarına kadar, klimakterium sadece psikososyal açıdan değerlendirilirken, günümüzde klimakterik kadına 'multidisipliner' yaklaşımın gerekliliği ortaya konulmuştur. Kadının bu dönemi biopsikososyal iyilik halinde geçirmesi için bu dönemde, gözlem ve destek, multidisipliner ekip tarafından yapılmalıdır. Bu ekipte anahtar rolünü hemşire oynamalı ve kadın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde danışmanlık, izlem yapmalı, bilimsel verilerin elde edilmesinde aktif görevler üstlenmelidir (Arslan ve Altınsoy 2004).

Kadınların menopoza dönemine özgü yaşanan sıkıntılarla başetmede değişik yöntemler kullandıkları görülmektedir. Bu bağlamda, kadınların yaşadıkları menopoza dönemini tanımaları gerekmektedir. Kadın ve ailesine içinde bulunduğu menopoza dönemini anlaması için eğitim ve destek verilmelidir. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, kadınlarda menopoza yönelik pozitif tutum geliştirebilir, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırabilir ve klimakterik döneme yönelik stresi azaltabilirler (Conboy ve ark 2001, Tortumluoğlu 2004). Verilen eğitimlerle kadının yaşayacağı ya da yaşamakta olduğu menopoza dönemine özgü fiziksel ve psikolojik sorunlar bir bilinmez olmaktan çıkarak anksiyetesini azaltır ve kadının başetme mekanizmalarını harekete geçirmesini sağlar. Hemşireler yaptıkları danışmanlık ile kadınların bu dönem hakkında bilgi sahibi olmalarında, yaşayacakları sorunlarla başetme yollarını öğrenmelerinde ve en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olmada önemli bir role sahiptirler.

Bu çalışma kadınlarda görülen menopoza yakınmaları ve bu yakınmalarda kullandıkları başetme yöntemlerini belirleyerek bu döneme özgü sunulacak olan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin belirlenmesinde kolaylık sağlayacaktır. Eğitim ve danışmanlık hizmetleri, kadınların menopoza döneminde yaşayabilecekleri fiziksel ve emosyonel yakınmaları ile sağlıklı başetmelerinde rehber olacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Menopoza dönemde kadınlar fizyolojik, psikolojik ve sosyal pek çok sorun yaşamakta ve bu sorunlarla çeşitli yollarla başetmeye çalışmaktadır. Yaşanan sorunlar ve başetme yolları birçok faktörden etkilenebilir. Bu çalışma, Aydın ilinin 9 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınların yaşadıkları menopoza yakınmaları ve bu yakınmalarla başetme yollarını tanımlamak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Menopoz Dönemi

2.1.1 Menopozun Tanımı

Menopoz; klimakteriyum içerisinde ovarian aktivitenin azalmasını takiben adet kanamasının kalıcı olarak durmasıdır (Bayraktar ve Uçanok 2002, Özşener 2005). Menopoz dönemi kadınların ovarian fonksiyonlarının sona ermesiyle birlikte bazı endokronolojik ve vazomotor semptomlarla karakterize bir dönemdir (Erdem 2006).

2.1.2 Menopoz Fizyolojisi

Menopoz kadınlar için evrensel ve kaçınılmazdır. Overlerden yola çıkıldığında menopozun aniden gelişmediği bilinmekte olup, bir kısmı fetal hayatta başlamış olan olayların kümülatif bir sonucu olduğu gözlenmektedir. İntrauterin beşinci ayda dışı fetusların overlerinde yaklaşık 6-7 milyon oogonia bulunurken, doğumda bu sayı 1-2 milyona, puberte başlangıcında 300-400 bine düşer. Bu biyolojik yıkımın sebebi hala çözülebilmemiş değildir. Bu kayıp büyük ihtimalle foliküler atreziye bağlıdır. Çünkü, ortalama 40 yıl süren üreme çağında spontan ovülasyonla atılan folikül sayısı sadece 480'dir (Güney 2006, Özkan 2006).

Menstruel düzensizliklerin başlangıcı ile birlikte tanımlanan perimenopozal geçiş dönemi, menopoz ile birlikte sonlanır. Yaklaşık süresi beş yıldır. Kadınlarda menstruel sikluslar 40 yaşından itibaren yükselen FSH seviyesine ve anovulatuvar sikluslara bağlı olarak uzamaya ve çoğunlukla daha fazla olmaya başlar. Bu değişiklikler genellikle menopozdan 2-8 yıl önce başlar. Siklus uzunluğunu belirleyen başlıca kriter foliküler fazın uzunluğudur. Bu dönemde yükselmiş foliküler uyarıcı hormon (FSH) düzeyleri, inhibin

azalması, normal luteinleştirici hormon (LH) düzeyleri ve hafifçe yükselmiş östradiol ile karakterizedir. İnhibin kaybı ile östrojenin yalnız başına gonadotropinleri baskılamadaki yetersizliğini belirgin hale getirir (Saraçoğlu 1998, Çağlayan 2004).

Gonadal yetmezliğin bir sonucu olarak, ovaryan östrojen ve progesteron üretimi ile FSH ve LH sekresyonu arasındaki ilişki menopoz öncesi dönemde değişmektedir. Yaklaşık 35 yaş civarında nadir olan anovulatuvar sikluslar 40 yaş sonrasında yaygınlaşır. Bu nedenle ovaryan progesteron üretilemez. Azalan plasma östrojen seviyeleri hipofiz üzerindeki frenleyici etkisini kaybeder ve FSH düzeyi menopoz sırasında 100 mIU nin (normalde 4-30 mIU) üzerine çıkar. FSH'a benzer şekilde, LH seviyeside postmenopozal dönemde artar (Saraçoğlu 1998, Çağlayan 2004).

Sonuçta FSH 10-20 kat LH 3 kat artar ve maksimal artış menopozdan 1-3 yıl sonra meydana gelir. FSH yüksekliği LH'dan daha fazladır çünkü LH ın yarılanma ömrü kısadır. LH'ın yarılanma ömrü 20 dakika iken, FSH'ın yarılanma ömrü 3-4 saattir ve LH üzerinde inhibin gibi spesifik bir negatif feedback yapıcı peptid yoktur. Postmenopozal over esas olarak androstenedion ve testosteron salgılar. Androstenedionun çoğu adrenal kaynaklıdır. Overlerde testosteron üretimi artmıştır ve bu artmış gonadotropin düzeyinin ovaryan stromaya olan etkisiyle olmaktadır. Ancak testosteronun primer kaynağı olan androstenediondan periferik dönüşüm azaldığından dolaşımdaki total testosteron düzeyleri azalır. Postmenopozal dolaşımdaki östradiol düzeyleri 10-20 pg /mL dir ve temel kaynağı estron ve androstenedionun periferik konversiyonudur. Diğer bir değişimde yaşa bağlı olarak overdeki follikül sayısının hızla azalmasıdır. Azalma 37-38 yaşından itibaren hızlanır ve 38 yaşın altındaki kadınlara göre follikül yitirme hızı iki-üç misli artar. Bu 35 yaşından itibaren başlayıp 40 yaşından sonra da hızlanan fertilitedeki düşüşün de nedenidir (Saraçoğlu 1998, Çağlayan 2004).

Androstenedionun periferik konversiyonu vücut ağırlığı ile direk ilişkilidir. Vücut ağırlığı arttıkça periferik aromatisasyon artar. Ayrıca obezite ile dolaşımdaki seks hormon bağlayıcı globülin sentezi de artar ortaya çıkan serbest androjen artışı bu duruma katkıda bulunur. Postmenopozal dolaşımdaki estron düzeyleri estradiolden daha yüksektir yaklaşık 30-70 pg/mL dir. Östrojen düşüşü ile androgen/östrojen oranı azalmıştır buna bağlı postmenapozal orta düzeyde hirsutizm tablosu gelişir. Birçok kadında over siklusunda

görülen değişimlerden önce hipofiz gonadotropinlerinin artışı gözlenir. Yaşlanma ile birlikte, diğer endokronolojik bezlerin (adrenal, tiroid, paratiroid ve pankreas) salgılarının, değiştiği bildirilmekle birlikte bu bezlerin fonksiyonlarının menopozal dönemde değiştiğine dair bulgu yoktur (Çağlayan 2004, Özkan 2006).

Şekil 2.1. Steroidlerin Kan Düzeyleri

Hormonlar	Doğurganlık Çağı	Postmenopoz	Ooforektomize
Androstenedion	2-3 mg/d	0.5-1.5 mg/d	0.4-1.2 mg/d
Dehidroepiandrosterone	6-8 mg/d	1.5-4.0 mg/d	1.5-4.0 mg/d
Testosteron	0.2-0.25 mg/d	0.05-0.18 mg/d	0.02-0.12 mg/d
Östrojen	0.350 mg/d	0.045 mg/d	0.032 mg/d

2.1.3 Menopoz Yaşı

Türkiye’de menopoz yaşı ortalama 50’dir. Ancak 40 yaşında görülebildiği gibi, 60 yaşına kadar süren vakalara da rastlanmıştır (Kızılırmak 2003, Taşkın 2007). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ortalama menopoz yaşı 45.6 ± 4.60 (en az 35, en çok 55) olarak belirlenmiştir (Saka ve ark 2005). Avusturalya, Finlandiya, Federal Almanya, İsrail, Hollanda, İsveç, ABD, İsviçre vb. ülkelerde ortalama menopoz yaşı 50 iken; Hindistan gibi ülkelerde bu rakam 44’lere düşmektedir (Şirin 1995).

Menopoz yaşı toplum ve kültürlerde farklıdır. Kalıtsal, çevresel, sosyal faktörler ve beslenme faktörlerine göre değişiklik göstermektedir. Afrikalı kadınların beyaz kadınlara göre menopoza daha geç girdiğinin gözlenmesi etnik köken ile menopoz yaşı arasında ilişki olabileceğini göstermiştir. Yapılan çalışmalarda, menarş ve menopoz yaşları arasında ilişki bulunamamıştır. Ev kadınları ve kırsal kesim kadınlarının işçi ve diğer meslek grubu kadınlara göre menopoza bir yıl daha geç girdiği, bekâr kadınlarda menopozun evli kadınlara göre daha erken başladığı, sigara bağımlılarının 1.5 yıl kadar daha önce menopoza girdiği, son gebelik yaşının menopoz yaşının yüksekliği ile bağlantılı olduğu,

kötü beslenme ile erken menopoza arasında bir ilişki olabileceği ileri sürülmüş, alkol tüketimi ve obezitenin geç menopoza neden olabileceği belirtilmiştir (Çağlayan 2004, Erdem 2006, Güney 2006).

Sigara içiminin kesin biçimde folikül tükenmesini hızlandırdığı saptanmıştır. Kadınların anne ve kız kardeşleriyle menopoza yaşlarının yakın olması genetik ilişkiyi desteklemektedir. Kanser tedavisi için çeşitli kemoterapi ajanları uygulanan ve/veya pelvik radyoterapi alan kadınlar da erken menopoza için risk altındadırlar. Bir kadın epilepsi tedavisi aldıysa, pelvik cerrahi geçirdiyse, toksik kimyasal ajanlara maruz kaldıysa, depresyon tedavisi aldıysa, kalp hastalığı öyküsü varsa ve hiç doğumu yoksa menopoza yaşının daha erken olacağını destekleyen sınırlı kanıtlar mevcuttur (Berek ve Hurd 1996, Çağlayan 2004, Taşkın 2007).

2.1.4.Menopozda Klinik Şekiller

2.1.4.1.Doğal Menopoz ve Evreleri

Doğal menopoz, overyal fonksiyonların ortadan kalkması sonucu adetlerin kalıcı olarak kesilmesidir.

Premenopozal Dönem: Östrojen hormonunun azalmaya başlamasıyla ortaya çıkan ilk semptomların görüldüğü andan, menopoza kadar geçen süreye premenopozal dönem denir ve bu dönem 2-6 yıllık süreyi kapsar. Bu fazda menstural siklus bozulmuş, fertilité azalmış, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi yakınmalar görülmeye başlamıştır (Tortumluoğlu 2003, Güney 2006, Özkan 2006).

Perimenopozal Dönem: Menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstruel periyodu izleyen bir yıllık süreyi de içerisine alan dönemdir (Tortumluoğlu 2003, Güney 2006, Özkan 2006).

Postmenopozal Dönem: Östrojen hormonunun eksikliğinin, bedenin fizyolojik ve psikolojik dengesi üzerine sistematik etkiler oluşturmaya başladığı andan, yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi kapsayan ve yakınmaların fazla olduğu döneme postmenopozal dönem denir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilite ortadan kalkmıştır (Tortumluoğlu 2003, Güney 2006, Özkan 2006).

2.1.4.2.Cerrahi Menopoz

Doğal menopozdan önce her iki overin, histeroktomi ameliyatıyla birlikte ya da sadece Bilateral Salphingo Ooforektomi (BSO) ile çıkarılması sonucu oluşan menopoz, cerrahi menopoz olarak tanımlanmaktadır. Bu tür cerrahi operasyonlarda genellikle uterus ve yumurtalıklar birlikte çıkarılır (total histerektomi). Cerrahi menopozda; menopoz semptomları normal menopoza göre daha şiddetlidir. Çünkü normal menopozda yumurtalıkların tükenmesi yavaş yavaş olup vücut belli bir şekilde duruma adapte olurken, cerrahi menopozda bu süreç ani olarak gerçekleşir. Total histerektomi operasyonları sonucu menopoza girenlerde, ameliyattan 15-20 gün sonra menopoz tedavisine başlanır (Güney 2006, Özkan 2006, Varma ve ark 2006).

2.1.4.3.Erken Menopoz

Adetten kesilme 40 yaşından erken gerçekleşmişse buna “erken menopoz” denilmekte, tıbbi literatürde “prematür menopoz” olarak adlandırılmaktadır. Menopozun 30 yaşından daha erken ortaya çıkması durumuna ise “Prematür Ovaryen Yetmezlik” adı verilir. Bu şekilde yumurtalıkların çok erken dönemde tükenmesi, kadınlarda psikolojik ve fizyolojik yönden pek çok problemi de beraberinde getirir. Prematür menopoz nedenleri multifaktöriyel olarak değerlendirilmektedir. Etkileri kesin olmamakla birlikte nedenleri şu şekilde sıralanabilir: Menarş yaşı, sosyoekonomik durum, sigara ve alkol kullanımı, doğum kontrol haplarının kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve genetik faktörler. Prematür menopoza neden olan bu faktörlerin belirlenmesi, bu bireylerin menopoz dönemini en hafif

şekilde geçirmelerine ve prematür menopoz gerçekleşmeden önce risk tayini yapılabilmesine olanak verecektir (Şanlıoğlu 2001, Arıkan 2005, Güney 2006).

2.1.5.Menopoz Döneminde Görülen Sorunlar

Menopozda ovarian fonksiyonlardaki değişiklik ile klimakterik semptomlarda gözlenir (Bastos ve ark 2006). Menopoz dönemi boyunca bazı kadınlarda belirgin değişiklikler ortaya çıkarken, bazı kadınlarda daha hafif değişiklikler görülebilir. Erken dönemde over fonksiyonlarının bozulmasıyla birlikte östrojen eksikliği semptomları ortaya çıkar. Kadınların yaklaşık %70-80'inde östrojen yetmezliğine bağlı değişiklikler izlenmektedir. Menopozal dönemde yaşanan sorunlar kısa süreli vazomotor, atrofik ve psikolojik değişiklikler, uzun süreli olarak kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporoz içermektedir (Erdem 2006, Güney 2006).

Kısa süreli Sorunlar

- 1- Vazomotor Değişiklikler: Ateş basması, gece terlemesi, baş dönmesi, baş ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, bulantı
- 2- Atrofik Değişiklikler: Vajinal kuruluk, dispepsi, üretral sendrom, ciltte kuruluk, saç dökülmesi
- 3- Psikolojik Değişiklikler: Anksiyete, irritabilite, depresyon, uykusuzluk, bellek kaybı, değişken ruh hali, libidoda azalma, konsantrasyon eksikliği (Erdem 2006, Güney 2006).

Uzun Süreli Sorunlar

- 1- Kardiyovasküler Hastalıklar
- 2- Osteoporoz (Erdem 2006, Güney 2006).

2.1.5.1. Kısa Süreli Sorunlar

2.1.5.1.1.Vazomotor Sorunlar

Menopozda vazodilatasyon ve vazokontrüksiyon şeklindeki değişiklikleri kadınlar "sıcak basması" ve "gece terlemesi" şeklinde yaşarlar (Erel 2004, Şen 2005). Vazomotor değişiklikler menopozu takip eden 10 yıl boyunca devam edebilir. Genellikle 30 saniye ile 5 dakika arasında süren sıcak basması, günde 1-2 ataktan, 50 atağa kadar çıkabilen sıklıkta olabilir (Erel 2004, Fredman 2005, Güney 2006). Bununla beraber sıcak basmaları 6 ay içinde ortadan kalkabileceği gibi 30 yıla kadar da sürebilir (Atasü 2001). Kadınların %75'i menopoz boyunca sıcak basması deneyimini yaşarlar (Tortumluoğlu 2003).

Menopozun erken döneminde başlayan sıcak basmaları; sıklık, süre ve yoğunluk açısından bireylere göre farklılıklar göstermekle birlikte kendiliğinden sonlanmaktadır. Sıcak basması, yüzde, boyunda ve göğüste ani başlayan ısı artımı, kızarıklık ve terleme ve taşikardi (kalp atım sayısında artma) şeklindedir. Her episod ortalama 2.7 dakika sürmekle birlikte, 1 ila 6 dakika arasında devam edebilmektedir. Sıcak basmasını takiben sıcaklığın düşmesi ve terleme ile sonuçlanır. Cilt ısısı ortalama olarak 0.1 ila 0.7 derece, kalp atımı ise 4-35 atım artmaktadır. Kızarıklık vücudun üst kısmına yayıldıktan sonra diğer vücut bölgelerine de yayılır. Kızarıklık sırasında fiziksel rahatsızlık duyulur. Deride renk değişikliğine yol açar. Çoğu kadın bu durumdan rahatsızlık duyar. Damarlardaki daralmanın arkasından damarlarda genişleme izler ve böylece sıcak basmasının arkasından üşüme takip eder. Aynı olay gece uykuda da olur. Sıcak basması izlemi sırasında seri kan örneklerinin alınması, LH düzeyi ile ateş basması arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Her ısı artışında LH'nin yükseldiği saptanmıştır (Şen 2005, Özkan 2006).

Kadının psikolojik yapısı ve hormon düzeyi bu sıcak basmalarının şiddetine ve sıklığına çok etkilidir. Ani hormon eksilmeleri olan durumlarda olay çok daha şiddetlidir. Bu olay özellikle ameliyat ile yumurtalıkların alındığı kadınlarda kendini çok belirgin gösterir. Sıcak basması tek başına olan bir belirti değildir. Çarpıntı, boğulma hissi, terleme, ciltte uyuşukluk, huzursuzluk ve benzeri ek hislerde duyulur (Saraçoğlu 1998, Şen 2005).

Menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve rahatsız eden semptom vazomotor semptomlar olmakla birlikte, toplumlar arasındaki prevalansı farklılık göstermektedir (Güngör 2003, nursingworld.org). Hollanda’da yapılan bir çalışmada 40-65 yaş grubundaki kadınların, %57’sinin vazomotor semptomlarının olduğu ve bu semptomların menopoz sonrası ortalama 5.5 yıl daha devam ettiği bildirilmektedir (Oldenhove ve ark 1993). Thunell ve arkadaşlarının (1998) İsviçre’de yaptığı bir çalışmada ise menopozal dönemdeki kadınların %62’sinin vazomotor sorun yaşadıkları belirtilmektedir. Avrupalı kadınlarda vazomotor belirtiler sık görülmekte iken uzak doğu ülkelerindeki kadınlarda daha az orandadır. Vazomotor semptomların sıklığı, şiddeti ve süresi toplumun kültürü ve menopoza karşı tutumu ile yakın bir ilişki içinde olduğu belirtilmektedir (Saraçoğlu 1998, Erdem 2006).

2.1.5.1.2.Sindirim Sistemi Sorunları

Östrojenin azalması, ağız kuruluğu, kötü tat ve diş eti hastalıklarına yol açabilir. Ayrıca kolon spazmı ile birlikte distansiyon, konstipasyon ya da diyare, hemoroidde artış ve iştahta artma görülebilir (Evlice ve ark 2002, Erdem 2006, Varma ve ark 2006).

2.1.5.1.3.Emosyonel Sorunlar

Menopoz kadının bedenini ve beynini dramatik şekilde etkileyen, fiziksel ve emosyonel dengenin bozulmasına yol açan bir olaydır. Menopoz döneminde meydana gelen psikososyal ve biyolojik değişiklikler emosyonel değişiklikleri tetiklemektedir. Menopoz pek çok kadının yaştan kaynaklanan rol, sorumluluk ve ilişkiler değişimini yaşadığı, eşin ölümü veya hastalığı, boşanma veya ayrılık, işsizlik, ebeveyn ölümü, yaşlıların bakımı, çocukların bağımsızlığını kazanıp evden ayrılması, yeni bir çevreye taşınma ve sosyal destek kaybı gibi olumsuzlukların yaşandığı bir dönemdir (Ergöl 1999, Erdem 2006, Özkan 2006).

Menopoz döneminde kadınlar çoğunlukla mutsuzdur. Yorgun, tükenmiş bir halde görülürler. Çabuk sinirlenmeler gözlenebilir. Ağlama nöbetleri olabilir. Hafıza sorunları, dikkati bir noktaya yoğunlaştıramama şikayetleri sıktır. Bu belirtilerle şekillenen "minör depresif tablo"nun kişinin psiko-sosyal durumu ile ve kişilik yapısıyla ilgili olduğunu söylenebilir. Östrojen ile depressif belirtiler arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır. Bazı çalışmalar östrojen azalmasının depresyona yol açtığını belirtmesine rağmen, aksini iddia eden sonuçlar da bildirilmiştir. Farklı kültürel ve etnik faktörlerden, menopozal semptomlar ve depresif semptomların etkilendiği düşünülmüştür (Güngör 2003, Erdem 2006).

Menopoz dönemindeki kadınların %10-91'inde sinirlilik, %13-86'sında depresyon, %82'sinde konsantrasyon bozukluğu, %9-77'sinde uyku bozuklukları, %75'inde unutkanlık yaşadıkları bildirilmiştir (Çağlayan 2004). Grisso ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada; Afrikalı ve Amerikan kadınların depresif semptomları, beyaz Amerikalı kadınlardan daha fazla yaşadıkları bulunmuştur. Değişik kültür ve etnik gruplarda, menopozal semptomların ve depresif semptomların ifade edilmesinin etkilendiği düşünülmüştür.

2.1.5.1.4. Uyku Bozuklukları

Uyku canlıların temel biyolojik işlevlerinden biridir. Uyku problemleri yaş ile birlikte her iki cinstede görülebilmektedir. Menopozal kadınlarda hipoöstrojeniye bağlı REM uykusunun azalması, sıcak basması ve gece terlemesi şikayetlerinin artması uyku bozukluklarına sebebiyet vermektedir. Bunlara paralel olarak oluşan uyku bozuklukları ve uyku kesintileri postmenopozal kadında irritabilite, anksiyete, sinirlilik, halsizlik, unutkanlık, konsantrasyon bozukluklarına yol açmaktadır (Özcebe ve Üstünsöz 2001, Biri ve ark 2004, Özkan 2006).

2.1.5.1.5.Ürogenital Sistem Sorunları

Menopozda serviksten ve yüzeysel glandlardan sekresyonların azalmasıyla vajina epitelinde incelme, elastikiyetinde ve kan akımında azalma sonucu atrofik vajinit görülür. Mons pubiste kıllanma azalır. Labium majör deri altı yağ dokusu ve elastikiyeti azalır. Vulvo distrofileri artar (Şen 2005, Erdem 2006). Vajinada epitel incelir, beyazlaşır, direnci azalır. Postmenopozal kanamaların %15 kadarı vajinal travmaya bağlı gelişmektedir (Şen 2005). Vajinal pH 3.5-4.5'tan 6.0-8.0'e yükselir. Alkali ortam vajinayı enfeksiyona karşı uygun ortam haline getirir (Wines ve Wilsteed 2001, Gezer 2004). Menopozal dönemde genital atrofiler; vajinada kuruluk ve yanma, ileri dönemlerde vulvada oluşan darlıklar, koitus güçlüğü ve dispareni yaratarak cinsel fonksiyonlar üzerine olumsuz yönde etki gösterir (Şanlıoğlu 2001, Erdem 2006).

Östrojen yetmezliğine bağlı olarak ürogenital sistemde meydana gelen atrofi menopozun erken dönemlerinde başlar. Ancak semptom ve şikayetler hemen atrofi başlar başlamaz değil, genellikle 60 yaş civarında görülür ve ilerki dönemlerde, yaşlanma ile daha da önem kazanır. İlk ve en sık karşılaşılan şikayet vaginal kuruluktur. Alt idrar yolları sistemine bağlı tekrar edici enfeksiyonlar yaşlıların %13'ünde görülür ve geriatrik hastaların üroresepsise maruz kalmaları açısından bu konu çok önemlidir. Altmış yaşın üzerindeki kadınların 1/3 kadarı ürogenital sistemle ilgili sıkıntılarla karşılaşır. Bu oran 75 yaş ve üzerinde ise 2/3'tür (Saraçoğlu 1998, Güngör 2003).

Üretranın epitel katlarının azalması ile incelme, üretra ve çevre dokuların mukoza tonüsünde azalma olur. Bu durum mesanede boşalma eşiğinin düşmesine neden olur. İdrar tutma zorlaşır. Böylece dizüri, sıkışma, inkontinans, stres inkontinans, sık sık idrara çıkma gelişir. Kardinal bağ ve pelvis taban kaslarındaki değişikliklere bağlı olarak stres inkontinansı görülebilir (Chamberlin ve Hamilton 2005). Premenopozal üriner inkontinans prevalansı %11.6 iken, 45 yaşında %20-25, 60 yaşında %35-40'dır (Şen 2005, Çınar 2006).

Menopoz süresince kadının ve eşinin cinsel davranışları birçok faktörden etkilenmektedir. Bazı kadınlar üreme yeteneğinin kaybı, seksüel ilişkinin kesilmesinin bir işareti olarak algılamaktadırlar. Bu nedenle cinsel ilişki zevk alınan bir doyum kaynağı

olmaktan çok görev olarak yorumlanmaktadır. Bazı kadınlarda menopoz, kadının gebe kalma korkusunu ortadan kaldıracağı için seksüel yaşamını olumlu yönde etkileyebilmekte, daha rahat cinsel ilişkiye girmesini sağlamaktadır (Şen 2005, Çınar 2006).

2.1.5.1.6.Saç ve Deride Değişimler

Menopozun başlaması ile deride hücresel düzeyde değişiklikler meydana gelir. Deride genel bir incelme ve elastikiyet kaybı vardır. Özellikle yüz, boyun ve ellerde görünüm tipiktir. Ağız ve göz etrafında karakteristik değişiklikler olur. El üstündeki değişiklik kolayca fark edilir. Deride epidermis inceler ve yaşlanmayla birlikte bazal tabaka inaktif hale gelir. Deri altındaki venler detaylı bir şekilde belirginleşir. Ayrıca ciltte hiperpigmentasyon, depigmentasyon da sıkça rastlanan belirtiler arasındadır (Ergöl 1999, Şen 2005).

Bu hücresel düzeydeki değişiklikler, elastik konnektif dokuların hücre bölmelerinde yavaşlama, hücrelerin atrofiye uğraması, hücrelerin dejenere olması ve doku onarımındaki azalmadır. Menopozdan sonraki ilk beş yıl içinde deri kollajeninin kaybı %30'dur. Sonraki 20 yıl boyunca her postmenopozal yıl için ortalama %2.1'lik bir azalma gözlenir. Postmenopozal dönemdeki kadınlarda ise yüz derilerindeki incelmenin, elastikiyet kaybının ve kollajen dokudaki azalmanın yavaşladığı görülmektedir (Ergöl 1999, Erdem 2006).

Menopozun ikinci yarısında deri duyarlılığında yılda %1.1 artış, viskositesinde yılda %1.3 artış ve elastikiyetinde %1.5 azalma olduğu görülür. Östrojen seviyesinin azalması ve adrenokortikal aktivitenin artması ile çene, dudak üstü, göğüs ve karında kalın tüylerin çıkmasına eğilim artmakta, buna karşılık saçlar, koltukaltı ve pubis kılları seyrekleşmektedir (Erdem 2006, Özkan 2006).

2.1.5.1.7.Merkezi Sinir Sistemi Sorunları

Östrojen hormonu birçok organ ve dokunun gelişiminde rol oynadığı gibi santral sinir sisteminin organizasyonu ve gelişiminde de kalıcı etkilere sahiptir. Otoradyolojik çalışmalar ile hipofiz, hipotalamus, limbik ön beyin ve serebral korteksin bazı lokalizasyonlarında östrojen özel nükleer reseptörlerinin varlığı ortaya konmuştur. Östrojenler beyin biyokimyasını, serotonin dahil bir çok nörotransmitter aminlerin konsantrasyonlarını değiştirerek etkilemektedir. Menopoz döneminde östrojenin azalması ile birlikte beyin hücre sayısında azalma, kısa süreli hafıza kayıpları, görme, tat alma, duyma, koku duyularında zayıflama görülür. Östrojenin uyarıcı etkisine karşın progesteronun kuvvetli anestezik etkisi vardır (Erdem 2006, Özkan 2006).

2.1.5.2. Uzun Süreli Sorunlar

2.1.5.2.1.Kas - İskelet Sistemi Sorunları

En yüksek kemik kitlesinin elde edildiği 25-30 yaşlardan sonra kemik kitlesi kayıpları başlar. Düşük östrojen düzeylerine bağlı kayıp menopoz dönemi boyunca da devam eder. Bir kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının %75'i menopoz sonrası dönemde meydana gelir. Menopoz sonrası bu kayıp hızlanıp yılda %2 ile %5'i bulur ve özellikle postmenopozal dönemin ilk 15-20 yıl içerisinde total vücut kemik kitlesi yaklaşık %30 oranında azalır. Bu kaybın %52-66 kadarı östrojen eksikliğine, geri kalanı ise yaşlanmaya bağlı olarak meydana gelir (Tuna 2005). Daha sonra postmenopozal kırıklar görülmeye başlar (Erdem 2006).

Osteoporoz; düşük kemik kütlesi ve kemik mikro mimarisinde bozulma ve buna bağlı olarak kemiklerde kırılabilirliğin artması, genellikle omurga, radius ve kalçada olmak üzere fraktür riskinin yükselmesi ile tanımlanan bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Ayrıca osteoporoz önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Günümüzde dünya nüfusunun yaş ortalamasının gittikçe artıyor olması, osteoporozun görülme sıklığını da artırmaktadır.

Bununda gelecekte, toplumlar üzerinde ekonomik bir yük oluşturması beklenmektedir (Özgürtaş ve ark 2000, Hvas L 2006). Kemik dokusundaki kayıpların önemli bir miktarı menopoz başlamasından sonraki ilk 10 yılda görölür ve bu kayıp artarak devam eder (Özgürtaş ve ark 2000, Chesnut ve Rosen 2001). Osteoporozda ilk belirti genellikle vertebral kemiklerdeki çökme sonucu ortaya çıkan boy kısalmasıdır. Erken belirtilerden bir diğeri de özellikle sırtın alt kısmında görölün sırt ağrısıdır. Kayıpların devam etmesiyle birlikte menopozun ileri dönemlerinde kemikte kırıklar oluşmaya başlar (Edwards ve ark 2006). İlk kırıklar, genellikle trok-lomber vertebralarda spontan çökme kırığı şeklinde görölür. Hafif bir yük kaldırma sonucu ani başlayan sırt ve bel ağrısı ile kendini belli eder (Bediz 2003). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada kırık vakasının %14.3 olduğu bildirilmektedir (Erkin ve Akınbingöl 2004).

Osteoporozla bağlı yaralanmalar sonucu, uzun süre hastane bakımı, hareket kabiliyetinde azalma, yaşam kalitesinde düşme ve tüm bunlara bağlı depresyona girme sıklığı da artmaktadır. ABD’de sadece tıbbi tedavi için yapılan yıllık harcamalar 13 milyar dolar üzerindedir (Özgürtaş ve ark 2000, Özcebe ve Üstünsöz 2001). İtalya’da 2002 yılında 65 yaş üzerinde kalça fraktürlerinde hastane giderlerinin 400 milyon Euro olduğu tahmin edilmektedir (Rossini ve ark 2005).

Osteoporozun mortalite ve morbiditesinin en büyük sorumlusu ise kalça kırıklarıdır (Bediz 2003). Özellikle kalça kırıklarının bakım ve tedavi maliyetinin diğeri kırıklara oranla daha yüksek olmasına rağmen, bütün kırıklar hastane bakımı ve cerrahi tedavi gerektirmektedir. Bu durum hastaların hastanede kalma süresini etkilemektedir. Hastaların ortalama olarak 30 gün hastanede kaldığı bildirilmektedir (Uslu 2004).

2.1.5.2.2. Kardiyovasküler Sorunlar

Kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda daha az görölmesine karşın, her iki cinsiyette de en sık görölün ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Menopozda kadınlar artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle karşı karşıyadır. Koroner hastalık sonucu oluşan belirtiler östrojenin azalması sonucunda menopozdaki kadında değişik şekilde

ortaya çıkar. Bu belirtiler iskeminin oluşturduğu belirtilerdir. Aritmi, ağrı, çarpıntı şeklinde ortaya çıkar. Menopoz öncesi kadınlarda, aynı yaştaki erkeklere oranla 2.5-4.5 kat daha az kardiyovasküler hastalık riskine sahip olmakla birlikte, 55 yaşını aşmış bir kadında koroner damar hastalığı görülme sıklığı, 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artış gösterir. Kadınlarda ortalama Yüksek Dansiteli Lipoprotein (HDL) -Kolesterol seviyesi 55-60 mg/dl olup, erkeklerden ortalama 10 mg/dl daha yüksektir. Bu fark menopozal yıllar boyunca da devam etmektedir. Total Kolesterol ve Düşük Dansiteli Lipoprotein (LDL) seviyeleri premenopozal kadınlarda erkeklerden daha düşüktür ve yaşlanmayla kademeli olarak artar, menopozla birlikte hızla yükselir. Menopozdan sonra 60 yaş dolaylarında aterojenik lipid seviyeleri erkektekinden yüksek hale geldiğinde kadınlardaki koroner hastalık riski ikiye katlanır. Bu değişiklikler diyetteki değişikliklerle azaltılabilir. Menopozdaki bu lipid değişiklikleri östrojen tedavisiyle geri döndürülebilir (Saraçoğlu 1998, Güngör 2003).

Östrojen eksikliği yanında daha birçok faktör, postmenopozal dönemde kadının kardiyovasküler riskini belirler. Kardiyovasküler hastalıklar yönünden bazı kadınlar ilave riskler taşımaktadır. Bunlar arasında ileri yaş, prematür menopoz, hipertansiyon, lipid yükseklikleri, sigara içmek, obezite, diyabet, 60 yaşından önce annede ya da kız kardeşte veya 50 yaşından önce babada Koroner Arter Hastalığı (KAH) bulunması ve ırk faktörü bulunmaktadır. Menopoz sonrası kadınlarda kardiyovasküler hastalık sıklığında artma ile birlikte dikkati çeken bir diğer özellik ise, kardiyovasküler komplikasyonlardır. Kadınlarda bu komplikasyonlar daha dramatik seyreder (Saraçoğlu 1998, Güngör 2003).

2.1.6. Menopozda Tedavi Yöntemleri

2.1.6.1. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Menopozal dönemdeki kadınlarda, vazomotor semptomların, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkların riskini azaltabilmek için uygun tedavi yöntemleri sunulmaktadır. Menopoz dönemindeki kadınların yarısının depresyonda ya da sinirlilik durumu yaşadıkları ve her üç kadından birinde disparenyaya, vajinal kuruluk ya da libido kaybının ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınlara

yaşadıkları sıkıntıları azaltmaya yönelik geleneksel bir tedavi olan HRT'nin kullanımı önerilmektedir. Bugün dünyadaki kadınların %10'nun HRT tedavisi aldığı düşünülmektedir. Ancak menopozal dönem sıkıntılarında kullanılan HRT'nin bu alandaki rolü hala karışıktır (Saraçoğlu 1998, Erdem 2006).

Geçen 20 yıl boyunca hormon replasman tedavisine başlanmasının ana nedenleri olarak; menopoz semptomlarının rahatlatılması, osteoporozun önlenmesi ve tedavi edilmesi, kalp damar hastalığının morbidite ve mortalitenin önlenmesi, ürogenital sistemde östrojen eksikliği sonucu oluşan atrofik semptomların giderilmesi ve uzun dönemde Alzheimer hastalığının önlenmesi olarak belirtilmiştir (Güngör 2003, Özşener 2005).

Literatürde HRT'nin faydalarını içeren kanıtlar olmasına rağmen hala cevaplanmamış sorular ve riskleri vardır (Şanlıoğlu 2001). Yapılan çok sayıda gözlemsel çalışma HRT kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre, halk sağlığı için ciddi sorunlara yol açabilen osteoporoza bağlı kırıkların ve kalp damar hastalığı riskinde azalma olduğunu göstermiştir. 1990 yıllarının başlangıcından itibaren randomize kontrollü çalışmalar planlanmış ve günümüzde sonuçları alınmaya başlanması ile HRT hakkındaki görüşlerimizi büyük oranda değiştirmiştir. Çalışma sonuçları; HRT'nin meme kanseri, myokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalık ve tromboembolik hastalık riskinde artışa yol açtığı ile ilgili bulgular ileri sürmüştür (O'Connel 2005, Özşener 2005).

Yine son yıllarda yapılan çalışmalarda Women's Health Initiative (WHI) sağlıklı postmenopozal kadınlarda HRT'nin etkilerini incelemiştir. Ortaya çıkan sağlık riskleri nedeniyle 5.2 yıl sonunda çalışmanın durdurulan östrojen/progesteron kolunda kardiyovasküler olay riskinde artış olduğu gözlenmiştir. Böylece hormon replasmanının kardiyovasküler hastalıklardan primer korunma amaçlı kullanılmaması gerektiği ortaya konmuştur. Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), WHI çalışmasının devam etmekte olan "sadece östrojen kolunda", kadınlarda felç riskini artırdığı için kullanımı durdurulmuştur (Thorp ve ark 2001, Nanette 2005, Erdem 2006).

Bazı çalışmaların sonuçlarında, hormon replasman tedavisinin kardiyovasküler hastalıkların görülme oranını %50 oranında azalttığı bildirilmiştir. Ancak WHI çalışma sonuçları östrojen kullanımını tekrar tartışmaya açmış ve daha önceki bilgilerin aksine kardiyovasküler hastalıklar üzerine bir etkisinin olmadığı yönünde olmuştur (Öge 2004, Erdem 2006).

ABD’de menopoz dönemindeki kadınların %20’sinin HRT aldığı ve HRT alanların ancak %40’ının bir yıldan daha uzun süre tedaviye devam ettikleri bildirilmiştir. HRT kullanımı Norveç’te %28, Avustralya’da %26 iken Japonya’da %2.5’a düşmektedir (Güngör 2003, Thunell ve ark 2004).

Menopozal dönemdeki kadınların %75’i vazomotor semptomlar yaşamasına rağmen, bu kadınların yalnızca yarısı rahatsızlık duymaktadır. Kadınların yaklaşık %20’sinde vazomotor sıkıntılar bir yıldan az sürerken, %50’sinde beş yıl ve daha uzun süre vazomotor şikayetleri yaşamaktadır. Geleneksel östrojen tedavisi, kadınların %90’ında vazomotor semptomların kontrolünde etkilidir (Erdem 2006).

Ülkemizde de Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği, WHI ve Million Women Study (MWS) yayınlarının ışığında konuyu inceleyerek sonuçlarını bildirmişlerdir. Derneğin raporuna göre; sıcak basmalarında hormon tedavisi ile ilgili olarak vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları ve genito-üriner atrofi için günümüzde halen hormon tedavisi kadar etkin başka bir seçenek bulunmamaktadır (Erel 2004).

2.1.6.2. Alternatif Yöntemler

Alternatif tıp bilim dışı bir kavram olmamakla beraber bu konudaki araştırma ve çalışmalar sürmektedir. Alternatif tıp, geleneksel ve günümüz batı tıbbının her ikisinin de dışında kalan geniş yelpazedeki şifa uygulamalarını içermektedir. Alternatif tıp, günümüz batı tıbbıyla birlikte, onun etkisini azaltmadan, hastanın durumunu iyileştirmek üzere kullanılmaktadır. Alternatif tıp klasik tıbbı reddetmek yerine, klasik tıbbın çaresiz kaldığı

durumlarda devreye girmektedir. Böylece kişinin daha hızlı iyileşmesini sağlayan olumlu bir etkisi vardır (NCAM 2005).

2.1.6.2.1. Bitkisel kaynaklı hormonlar

Birçok kadın, yaşamın normal bir evresi olan menopozda bitkisel kaynaklı ilaçları kullanmak istemiştir (Morelli ve Naqun 2002). Ancak tüm bu bitkisel kaynaklı ilaçların sıcak basmalarını iyileştirmede plasebo kontrollü randomize çalışmalarda etkinliği tam olarak gösterilememiştir. Bu bitkisel kaynaklı ilaçların yan etkileri arasında dispepsi, bulantı, kusma, diğer gastrointestinal rahatsızlıklar, baş ağrısı, hipotansiyon, halsizlik ve görme bozuklukları vardır (Erdem 2006).

2.1.6.2.1.1. Bitkisel Östrojenler (Fitoöstrojenler)

Yapısal ve fonksiyonel olarak östradiol içeren veya benzer östrojenik aktiviteye sahip bitki bileşenleridir. İsoflavon ve lignan en önemli fitoöstrojenlerdir. İsoflavonlar; soya, nohut gibi baklagillerde ve kırmızı yoncada, Lignanlar ise yağlı tohumlarda yüksek konsantrasyonlarda bulunurlar. Özellikle Japon ve Çin diyetlerinde olduğu gibi yüksek isoflavon içeren diyetlerde, menopozun vazomotor belirtilerinde gözle görülür bir azalma olduğu görülmektedir (Erel 2004, NCAM 2005).

Soya ve soya ürünleri yüksek konsantrasyonlarda fitoöstrojen (isoflavon, flavon) içermesi nedeniyle menopoz semptomlarının hafifletilmesinde kullanılır (Hasler ve Finn 1998). Soya fasülyesinden doğal olarak yararlanıldığı gibi soya; soya filizi, soya sütü, soya eti, soya yağı, soya unu, soya kepeği, soya sosu ve tofu olarak da tüketilmektedir (Şen ve Sevil 2008). Soyanın tüketiminin, sıcak basmasının oluş derecesini önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Menopoz döneminde Asyalı kadınların batılı kadınlardan daha az sıcak basmaları olduğu bilinmektedir. Bunda beslenme alışkanlıkları en önemli etkenlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Asyalı kadınlar beslenme alışkanlıkları gereği soyayı çok tüketmektedir, böylece hafif ve orta dereceli olan sıcak basmalarında %50-60 oranında azalma olduğu bildirilmektedir. Plasebo kontrollü yapılan son çalışmalarda günlük 60gr

soya proteini alan kadınların %45'inde sıcak basmalarının önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır. Başka bir pilot çalışmada, günlük 50 mgr isoflavone ve 400mgr soya özü alan menopoz dönemindeki kadınların altı hafta sonunda sıcak basmasının oluş derecesinde önemli ölçüde azalma olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalarda da, vazomotor semptomların sıklığı, şiddeti ve süresinde önemli azalmalar olduğu belirtilmiştir (Tortumluoğlu 2003, Erel 2004, Erdem 2006).

Fransa'da isoflovinin etkilerini araştırmak için bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada 12 hafta boyunca, 35mgr ve 70mgr isoflovin kapsülleri verilen kadınlar Greene'nin geliştirdiği "adetten kesilme" skalası kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Sonuçlar karşılaştırıldığında, yüksek doz verilen kadınlarda vazomotor semptomları azaltmada ve somatik semptomların gelişmesini erken dönemde engellemede önemli olduğu bildirilmiştir. Baş ağrısı, memelerde duyarlılık, ödem, yorgunluk, iştahsızlık gibi yan etkilerinin ılımlı düzeyde olduğu ve iki dozun yan etkileri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak bu çalışmada soya içeren isoflovinin, geleneksel hormon tedavisi için kontrendikasyonu olan kadınlarda bir alternatif tedavi olarak kullanılması önerilmiştir (Jou ve ark 2005).

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimleri Birliği (ACOG), soya ve izoflavonların vazomotor belirtilerin kısa süreli tedavisinde faydalı olabileceğini, ancak östrojenle etkileşme olasılığı nedeniyle özellikle östrojene bağımlı kanser hastalarında dikkat edilmesi gerektiğini bildirmektedir (Messina 2002, Carrol 2006).

2.1.6.2.1.2 Black Cohosh (Kara Yılan Otu)

Kara yılan otunun mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, bütün çalışmalar kara yılan otunun menopozal semptomları büyük ölçüde düzelttiğini göstermektedir. Ancak bu çalışmalar, kara yılan otunun üreticiler tarafından yeterli destek görmediğini vurgulamaktadır (Neff 2004). Kara yılan otu bitkisinin gövdesi ya da kökleri kapsül, hapların içindeki katı bitki özü, sıvı bitki özü ve çay şeklinde taze ya da kuru olarak

kullanılmaktadır. Günde 1-2 adet yemeklerden önce ya da sonra alınması önerilmektedir (NCAM 2005).

Kara yılan otu ilk defa, 1987 yılında Almanya’da yapılan plasebo-kontrollü bir çalışmada yorumlanmıştır. Kara yılan otu, günümüzün klinik uygulamasında; sıcak basması, depresyon, emosyonel labilite, terleme ve uyku bozuklukları gibi peri ve postmenopozal semptomların hafifletilmesinde kullanılmaktadır. Menopozal dönemdeki 80 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada östrojene karşı kara yılan otunun etkisine bakılmıştır. On iki hafta boyunca kara yılan otunun kullanan kadınların, vazomotor semptomlarında ve vajinal epitelyumlarında düzeltilmeler olduğu saptanmıştır. Kara yılan otunu kullanan grubun vazomotor semptomlarındaki azalmanın, plasebo ve östrojen kullanan gruba göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Morelli ve Naqun 2002). Bunun aksine farklı bir çalışmada, kara yılan otunun etkisi, plasebo grubu ve östrojen grubundan daha farklı bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda kara yılan otu, tavsiye edilen dozlarda (günlük 40-80/mg) genellikle iyi tolere edilmiş, sadece bazı vakalarda hafif gastrointestinal semptomlara yol açmıştır. Yüksek dozlarda (5-12/gr) vertigo, tremor, zayıf nabız, tansiyonda düşme, bulantı, kusma ve sinir sistemi irritasyonu yapabilmektedir. Kara yılan otunun uzun süreli kullanımının etkisi tam olarak bilinmemektedir. Almanya’da bitkisel ilaçların, menopoz semptomlarının tedavisinde kullanımı uygun bulunmuştur. Yalnız bu bitkisel ilaçların altı aydan daha kısa süreli kullanımları önerilmiştir (Ünlüer 2005, Erdem 2006).

2.1.6.2.1.3. Dong Quai (Melek Otu)

Bu bitkinin vazodilatör ve antispazmatik etkisi vardır. Çinliler bu bitkiyi 2000 yılından beri kullanmakla birlikte ama 1997 yılından beri önemli bir çalışma yapılmamıştır. Plasebo kontrol çalışmasında 71 menopozal semptom yaşayan kadınlara 24 hafta boyunca melek otu ve plasebo alan kadınlar arasında farklı sonuçlar bulunamamıştır. Araştırma sonuçları melek otunun vazomotor sıkıntıları azaltmada çok kullanışlı olmayacağını bildirmektedir. Çin’de bu bitki tek başına değil, başka türdeki bitkilerle birlikte kullanılmaktadır. Melek otu diğer bitkilerle beraber kullanılırsa etkisinin arttığı

bildirilmiştir. Bugün bu bitkinin tek başına kullanıldığı çalışmalarda, vazomotor semptomlara, plasebodan daha fazla etki etmediği belirtilmiştir (Hamm ve Dahl 2002, Morelli ve Naquin 2002, Erdem 2006).

2.1.6.2.1.4. Evening Primrose (Akşam Çuha Çiçeği)

Akşam yıldızı olarak da bilinen çuha çiçeği gamelonik asit içeren çiçek tohumlarını üretir, prostaglandin E1 prekürsörüdür ve vazomotor semptomları rahatlatığı düşünülmektedir. Yeşil renkli çiçek zarfı çıkarılıp atılır. Çiçekler gölgede kurutulur. Kurumuş çiçeklerden bir-iki tatlı kaşığı alınıp üzerine bir bardak kaynar su dökülerek ve 15-20 dakika demlendirilerek bir infüzyon hazırlanır. Bu infüzyondan günde iki-üç kez birer bardak içilir (Ustaoglu 2006, Şen ve Sevil 2008). Yan etkileri gastrointestinal sorunlar ve baş ağrısıdır. Bir çalışmada menopoza semptomlarının görüldüğü 56 kadında, çuha çiçeği yağı verilen kadınlarda vazomotor semptomların azalması, plasebo grubu ile aynı bulunmuştur (Morelli ve Naquin 2002, Hamm ve Dahl 2002, Erdem 2006). Çuha çiçeğinin yan etkilere ve ilaç etkileşimlerine neden olan antikoagülan maddeler içerdiği belirtilmektedir. Dolayısıyla da menopozal semptomları rahatlatmada kadınlara tavsiye edilmemelidir (ACOG 2001).

2.1.6.2.2 Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar

2.1.6.2.2.1 Egzersiz

Menopozda ortaya çıkan yakınmaların bir diğer tedavi yolu ise egzersizdir. Hareketsizlik hızlı kemik kaybı için bir etkidir. Kadınların egzersiz programına menopoz öncesi başlaması idealdir. Menopoz dönemindeki egzersiz, diyabetli olmayanlar için bir gece boyu açlıktan sonra (12 saatlik) sabah kahvaltısı öncesi en uygun zamandır. Diyabetliler için ise, yemeklerden bir-üç saat sonra aerobik egzersiz şeklinde uygundur. Egzersizlerin süresi 20-60 dakika olmalıdır. Yirmi dakikadan az egzersiz yeterli

aktivasyonu sağlamaz. Altmış dakikanın üzeri egzersiz ise serbest yağ asidi mobilizasyonunun fazlalığı nedeni ile insülin rezistansı üzerinde olumsuz etki yapar (Güngör 2003, Kızılırmak 2003).

Ani olarak yapılan ağır fiziksel aktiviteye kalp uyum sağlayamayabilir. Bu nedenle fiziksel aktivitenin dozu yavaş yavaş arttırılmalıdır. Kemik erimesi açısından ağırlık egzersizleri özellikle önerilmektedir. Ancak vücut ağırlığı yaşa ve vücut durumuna göre ayarlanmalıdır. Yürüyüş herkesin kolaylıkla yapabileceği iyi bir egzersizdir. Aerobik egzersizler haftada beş gün ve kas gevşetici egzersizlerde haftada iki-üç kez yapılması hedeflenmelidir. Menopozdan sonra üreme organları ve çevresindeki kasların tonüsü azalır. Kegel egzersizleri bu kasları güçlendirir ve düzenli yapıldığında uterus prolapsusunu, stres inkontinansını önleyebilir. Ancak egzersiz bırakıldığında şikayetler geri dönebilir. Menopoz döneminin sağlıklı ve mutlu geçirilmesi için primer, sekonder, tersiyer korunma önlemlerinin alınması gerekir. Bu nedenle sadece pre-post menopozal semptomların değil, geç semptomlar ve hastalıklar oluşmadan önce uzun süreli bir koruyucu tedavinin yapılması gereği vardır (Güngör 2003, Kızılırmak 2003).

Son yapılan çalışmalarda düzenli egzersiz yapan kadınların yaşadıkları sıcak basmasının şiddetinin, egzersiz yapmayan diğer kadınlara göre daha az olduğunu bildirilmiştir. İsviçre’de yapılan bir çalışmada sıcak basması yaşayan kadınların sadece %5’nin düzenli olarak egzersiz yaptığı belirtilmiştir (Morelli ve Naquin 2002). Elavsky ve arkadaşları’nın (2005) yaptıkları çalışmanın sonucunda da yüksek fiziksel aktivitesi olan menopozal dönemdeki kadınlarda vazomotor problemlerin daha az yaşandığı bulunmuştur.

Ayrıca yapılan çalışmalarda egzersizin KAH’nın tedavisinde ve önlenmesinde, genital sistem sorunlarını ve depresif sendromları azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Danacı ve ark 2000, Morelli ve Naquin 2002, Öge 2004). Başka bir çalışmada osteoporozdan korunmada düzenli yapılan egzersizin önemli olduğu bildirilmiştir (Özgürtaş ve ark 2000). Yaşamın erken dönemlerinde başlayan ve düzenli olarak devam eden egzersiz çalışmaları, ileri dönemde meydana gelecek kemik kütlelerinde kayıpları en aza indirdiği bulunmuştur. Düzenli yapılan egzersizin, yürüyüşün, koşmanın, tenis oynamanın kemik yapısını güçlendirerek kas gücünü artırdığı belirtilmiştir (Akan 1999, Erdem 2006).

2.1.6.2.2.2 Yoga

Yüzyıllardan beri uzak doğu kültürünün vazgeçilmez egzersiz yöntemlerinden biri olan yoganın son yıllarda osteoporoz rehabilitasyonunda da yararlı olabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bir çok dalı olan yoga öğretisinin bedenle ilgili olan kısmına Hatha yoga adı verilir. Hatha yoga egzersizleri bedensel farkındalığı artırmaya yönelik duruşlardır. Yoga egzersizlerinin denge, germe, gevşeme, kuvvetlendirme yolu ile postmenopozal kadınlarda, gerginlik, uykusuzluk, depresyon, postür ve kemik mineral yoğunluğu (KMY) üzerinde olumlu etkileri vardır. Yoganın postmenopozal osteoporozdaki etkisi, KMY'nu arttırmaktan çok, emosyonel stabiliteyi sağlamak, postürü düzenlemek, denge, koordinasyonu düzenlemek ve vücudun esnekliğini arttırmaktır. Bireyin kendi potansiyel enerjisini açığa çıkarıp, bu enerjiyi bedensel ve ruhsal uyumu için kullanması bedensel farkındalığı arttırmaktadır. Yoga eğitiminin, postmenopozal osteoporozlu kadınlarda ağrı, statik denge, fiziksel ve sosyal işlevler, genel sağlık algılaması üzerinde olumlu etkileri olduğu söylenebilir. Yoga eğitimi osteoporozlu bireylerin rehabilitasyonunda klasik egzersiz programlarına alternatif olabilecek bir modalite olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılan çalışmalar, yoganın stresi, kalp hızını ve kan basıncını azalttığını ve sağlığı olumlu etkilediğini göstermektedir (Go ve Champaneria 2002, Kronenberg ve Fugh 2002, Tüzün ve ark 2004, NCAM 2005).

2.1.6.2.2.3 Gevşeme teknikleri

Stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri diğer bir alternatif tedavi yöntemidir. Stresin vücutta bazı değişikliklere sebep olduğu bilinmektedir. Bunlar; trombosit agregasyonunda, epinefrin düzeyinde, vitamin ve mineral tüketiminde, kolesterol düzeyinde artma şeklindedir. Bu nedenle sempatik aktivasyonu azaltan gevşeme tekniklerinin kullanılması, sıcak basması gibi semptomları önlemede yararlı olabilir. Derin soluk alıp verme, gevşeme tekniklerinin en basitidir. Gevşeme teknikleri kolay ve kullanışlıdır. Hiçbir olumsuz etkisi yoktur. Gevşeme teknikleri ile birey, vücudundaki gerginlikleri farketmekte, kaslarını kontrol edebilmekte ve vücudunun gergin parçalarını gevşetmeyi ve rahatlamayı öğrenebilmektedir. Gevşeme tekniklerini öğrendikten sonra

birey, kendi kendisine kullanabilir. Yapılan çalışmalarda, diyafragmatik solunum teknikleri ile benzer gevşeme cevaplarının alınabileceği, anksiyete, depresyon, kan basıncı artışı ve sıcaklık basmasının şiddetinin ve sıklığının azaltılabileceği gösterilmiştir (Yıldırım 1991, NCAM 2005, Taşkın 2007).

2.1.6.2.2.4 Diyet

Diyet ve yaşam tarzlarının kültürel farklılık göstermesi nedeniyle menopozdaki yaklaşımda farklı olmaktadır (Karadavut ve ark 2002, Küçükardalı ve ark 2006). Günümüzde beslenmeye önem vermenin doğal yoldan kadın sağlığını iyileştirmede önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmıştır. Yaşamın her döneminde çeşitli besinler önemli role sahip olmakla birlikte her dönemde gereksinim duyulan besin miktarları değişiklik gösterir (Güngör 2003).

Menopozla birlikte kadın vücudunda çok önemli metobolik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişikliklerin en önemlisi yağ metabolizması ile ilgilidir. Menopozla birlikte damar kolesterol metabolizması değişir. Erkeklerde olduğu gibi bu durum damar sertliği oluşumu ile sonuçlanır. Aynı zamanda bu yaşlarda hipertansiyon gelişimi de başlar. Her iki durum beraberinde kalp hastalığı riskinin artışına neden olur. Menopozla birlikte azalan östrojen hormonu nedeni ile kemik metabolizmasında önemli rol oynayan kalsiyum, fosfor Emilimi azalır ve kemik erimesine zemin hazırlanmış olur. Yaşın ilerlemesine paralel olarak metabolizma hızı yavaşlamaktadır. Daha önceleri alınan kalori formu korunurken ilerleyen yaşla birlikte aynı kalori alınsa da vücut ağırlığında artma meydana gelmektedir (Güngör 2003, Kızılırmak 2003).

Menopozda, sindirim sisteminden Emilimi yavaş kompleks karbonhidratlar tercih edilmelidir. Besinlerdeki selüloz oranı yüksek olmalıdır. Bitkisel yağlar, Omega 3 yağ asitleri LDL reseptörlerini uyarıcı bir etkiye sahiptirler. Kolesterol yükselişinin kontrolünde yararlı olurlar. Hayvansal kaynaklı proteinlerin seçimi sırasında kolesterol içeriğine dikkat edilmelidir (Güngör 2003).

Osteoporozun önlenmesi ve tedavisi için yeterli kalsiyum ve D vitamini önemi bilinmektedir. Kalsiyum ve D vitamini desteği oluşacak kemik kaybını önlemektedir. Menopozda, günlük kalsiyum kaybı 28 mg olup, bu kayıp osteoporoz ile sonuçlanmaktadır. Kaybı karşılayabilecek günlük kalsiyum gereksinimi 900 mg'dır. Amerika'da, günlük 700 IU D vitamini ve 500 mg kalsiyum alımının, 65 yaş ve üstü yetişkinlerde, kemik kırıklarını azalttığı bildirilmektedir. Güçlü antioksidan özelliği olan E vitamininin, ateroskleroza önlediği bildirilmektedir. Ayrıca sıcak basması, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, sinirlilik, çarpıntı sıklığını azaltmakta ve kalsiyum metabolizmasında rol oynadığı bilinmektedir. KAH'nın önlenmesinde, 22 ile 50 yaşları arasında 400 IU ve 50 yaş üzerindeki kadınlara 600 IU E vitamini önerilmektedir (Karadavut ve ark 2002, NCAM 2005, Küçükardalı ve ark 2006, Taşkın 2007).

B vitaminlerinin KAH ve osteoporozu önlemede önemli rol oynadığı bildirilmektedir. B vitaminin en önemli kaynağı süt, süt ürünleri ve kırmızı etler. Menopozda KAH ve osteoporozun önlenmesinde B6, B12 ve folik asit desteğine ihtiyaç vardır. Magnezyumun osteoporozu ve KAH riskini azalttığı bildirilmektedir. Kemiklerdeki yeterli rezervi korumak için günde 1600 mg magnezyum alınması gerekmektedir. Bu miktardaki magnezyum trabeküler kemik kaybını önemli derecede azaltmaktadır. Daha yüksek dozlarda kullanım ise özellikle kalsiyum eksikliğinde kalsiyum/ magnezyum dengesini bozacağından önerilmemektedir (Kocabalkan ve ark 2000, NCAM 2005).

C, K, P (bioflavonoid) vitaminleri, manganez, boron, selenyum, çinko menopoz döneminde eksikliği görülen, osteoporoz ve KAH yönünden önemli olan diğer vitamin ve minerallerdir. Bu nedenle kemik yapısı ve damarları korumak için diğer ana vitamin ve minerallerle birlikte alınması önerilmektedir (Erdemli ve ark 2002, NCAM 2005).

Çoğu kez tuz kısıtlaması gerekli olabilir. Kısaca menopozda beslenme fiberden zengin, rafine karbonhidrattan fakir, hayvansal kaynaklı yağ oranı düşük bir diyet şeklinde olmalıdır. Menopoz döneminde sigara, alkol ve aşırı kahve tüketiminden kaçınılmalıdır (Güngör 2003).

2.1.6.3 Hormon Dışı Tedaviler

2.1.6.3.1 Antikonvülzan İlaçlar

Antikonvülzan ilaçlar günde 900 mg dozda kullanımının, randomize plasebo kontrollü bir çalışmada sıcak basmalarını %45 oranında azalttığı gösterilmiştir (Guttuso ve ark 2003). Başka bir çalışmada ise antikonvülzanların 300-1200 mg dozlarda başarı ile kullanılmıştır (Albertazzi ve ark 2003). Antikonvülzanlar diğer vazomotor şikayetlere ve eklem kas ağrılarına da iyi geldiği bildirilmiştir (Erel 2004, Erdem 2006).

2.1.6.3.2 Bifosfanat İlaçlar

Bifosfanatlar son yıllarda üretilen, ağızdan alınma elverişli kemik yoğunluğunu arttıran ilaçlardır. Ülkemizde Etidronat, Alendronat, Risedronat bulunmaktadır. Alendronat ve risedronatın hem günlük, hem de haftada bir alınabilecek formları mevcuttur. Yapılan çalışmalarda günlük ve haftalık alım arasında etkinlik ve yan etkiler bakımından fark bulunamamıştır. Bifosfonatların en sık yan etkileri karın ağrısı, diare, özafagus, mide ve ince barsaklarda ülserler gibi gastrointestinal bozukluklardır. Bifosfanat kullanımına başlamadan önce olası hipokalsemiyi önlemek için kalsiyum ve D vitamini eksikliği varsa muhakkak düzeltilmelidir. Ancak kalsiyum ile bifosfanatların aynı anda alınması durumunda emilim bozulduğu için eş zamanlı alınmaması gerektiği unutulmamalıdır. Bifosfanatlar genelde iyi tolere edilen, önemli yan etkileri olmayan ilaç gruplarıdır (Erel 2004, Erdem 2006).

2.1.7 Menopozda Hemşirelik Yaklaşımları

Menopoz dönemde kadının sağlık bakımının istendik düzeye yükseltilmesi için sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin; kadınların sağlık sorunlarının saptanması ve bu sağlık sorunlarının giderilmesinde eğitici, danışman ve destekleyici roller üstlenmesi gerekmektedir. Hemşire menopoz dönemdeki kadını, menopoz dönemine özgü yaşanan sorunlar ve başetme yolları hakkında bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamalarını

düzeltilmek için sağlık eğitimi planlamalı ve uygulamalıdır. Bu hemşirelik işlevlerinin planlanıp uygulanması kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesi için önemli ve gereklidir. Bu amaca yönelik hemşirelik işlevleri aşağıdadır (Tortumluoğlu 2004, Erdem 2006).

2.1.7.1.Vazomotor Değişikliklerle Başetme Yolları

Vazomotor değişikliklerle başetme yolları şunlardır (Şanlıoğlu 2001, Erdem 2006, Taşkın 2007):

- Kalabalık ve sıcak ortamlardan uzak durması
- Alkol, kahve, çay ve sıcak içecekler, baharatlı yiyeceklerden uzak durması
- Heyecan ve stresden uzak kalması
- Sıcak basmasını kontrol etmesi (örn: sakin ve rahat bir yerde oturup gözlerini kapatarak, soğuk su içinde yüzdüğünü hayal etmek, karda yalınayak yürümek,.. gibi)
- Sıcak basması semptomunun başladığında karın kaslarını kullanarak derin, yavaş burundan nefes almak ve ağızdan nefes vermek.
- Sıcak basması sırasında vantilatör, duş almak, vücudun belli yerlerine buz parçaları uygulamak gibi teknikleri kullanması
- Gece uyurken oda sıcaklığının normal (18°C civarında) olmasını sağlaması
- Düzenli olarak egzersiz yapması
- Isınma duygusu sırasında kolay çıkarılabilecek giysiler giyilmesi
- Rahat bir yere oturarak derin ve yavaş nefes alıp vermesi
- E vitamini alması veya E vitamini içeren buğday tohumu, hububat, bitkisel yağlar, soya fasulyesi, yer fıstığı veya ıspanak yemesi,
- B kompleks vitaminleri veya bunu içeren yiyeceklerin (hububat, süt, yoğurt, bira mayası) alınması.

2.1.7.2.Derideki Değişikliklerle Başetme Yolları

Derideki değişikliklerle başetme yolları şunlardır (Şanlıoğlu 2001, Erdem 2006):

- Günde en az 8 bardak su içmesi
- E, B,A ve C vitamini ağırlıklı beslenmesi
- Yağlı kremlerle cilt bakımı yapması
- Sigaradan uzak durması
- Güneşten korunması
- Ilık su ile banyo yapması
- Banyo yağı kullanması
- Sık sık nemlendirici krem kullanması
- Sabun yerine nemlendirici temizleyiciler kullanması
- Pamuklu giysiler tercih etmesi
- Lekeleri yok etmek için lazer, dondurma tekniği veya elektrik akımı gibi teknikleri kullanması
- Tüylenme için lazer veya epilasyon tercih etmesi
- Farklı saç kesimleri kullanması
- Ciltlerini düzenli kontrol etmeleri ve benlerdeki herhangi bir değişimi haber vermesi.

2.1.7.3.Üro-genital Sistem Değişiklikleriyle Başetme Yolları

Üro-genital sistem değişiklikleri ile başetme yolları şunlardır (Şanlıoğlu 2001, Erdem 2006, Taşkın 2007):

- Düzenli kegel egzersizleri yapması
- Genital hijyenine dikkat etmesi
- Konstipasyonun önlenmesi
- Günde 8-10 bardak su içmesi
- C vitamini, kızılçık, kuşburnu (idrarın asiditesini artıran) ve yoğurt tüketmesi

- Cinsel ilişki öncesi ve sonrası bir bardak su içmesi
- Eşler arasında iletişimin artırılması
- Ön sevişme için yeterli zamanın ayrılması
- Duyarlı dokuların dikkatli uyarılması
- Suda çözünen kayganlaştırıcı ve nemlendiricilerin kullanılması
- Seksüel pozisyonlarda değişikliklerin yapılması
- Düzenli seksüel aktivitenin sürdürülmesi
- Vajinal kuruluk ya da üriner belirtilerden şikayetçi olan kadınlara kalça düzlemi (Kegel) egzersizlerinin nasıl yapılacağı öğretilmeli (Pelvik taban kas egzersizi olan Kegel egzersizinin günde altı kere, her biri 15 saniyeden 15 tekrar halinde yapılması önerilir) .

Kegel egzersizleri şöyle yapılmalıdır;

Yavaş: Pubo koksikal kaslar sıkılır ve gevşetilir.

Hızlı: Kaslar mümkün olduğunca hızlı olarak sıkılır ve gevşetilir.

İçe çekme-dışa itme: Vajinada var olduğu düşünülen suyu yukarı doğru emer gibi pelvik taban sıkılarak yukarı çekilir, sonra bu suyu itmeye çalışır gibi aşağı doğru ıkınılır (Şanlıoğlu 2001, Taşkın 2007).

2.1.7.4.Kas – İskelet ve Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleriyle Başetme Yolları

Kas-iskelet ve kardiyovasküler sistem değişiklikleri ile başetme yolları şunlardır (Şanlıoğlu 2001, Erdem 2006, Taşkın 2007):

- Kalsiyum ve D, E, B vitamininden zengin beslenmesi
- Düzenli egzersiz yapması
- Yağlı karbonhidratlı besinlerden kaçınması
- Yemeklerde sıvı yağ ve özellikle zeytin yağı tüketmesi
- Sebze ve meyve ağırlıklı beslenmesi
- Protein kaynağı olarak bitkisel proteinleri ve beyaz et tüketmesi.

2.1.7.5.Emosyonel Değişikliklerle Başetme Yolları

Emosyonel değişikliklerle başetme yolları şunlardır (Şanlıoğlu 2001, Erdem 2006):

- B,C ve E vitaminden zengin beslenmesi
- Kendisine sıkıntı yaratan durumları listeleyip çözmesi
- Yeni uğraşlar bulması
- Düzenli egzersiz yapması
- Dinlenmek için kendine zaman ayırması
- Kişisel bakımına önem vermesi
- Uykusuzluk için, uyku zamanı, sıcak süt, papatya çayı ve kediotu çayı içmesi, yatma zamanı ya da akşam yemeğinden sonra, kahve, çay, çikolata ve kola almaması gerektiği
- Stresi azaltma teknikleri kullanması
- Düzenli uyuması
- Uyumadan önce aklına bir konu veya sorun getirmemesi
- Sigara içmemesi, uygun diyet alması
- Doğal yoldan östrojen içeren, anason, fesleğen, fasulye, Karaman kimyonu, frenk maydanozu, meyan kökü, soya fasulyesi filizleri, adaçayı alması
- Giyim, makyaj ve bakımlarına özen göstermeleri önerilebilir .

2.1.7.6.Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleriyle Başetme Yolları

Merkezi sinir sistemi değişiklikleriyle başetme yolları şunlardır (Erdem 2006, Taşkın 2007):

- Beyin jimnastiği yapması
- Küçük not defteri taşıması
- Dinlenmek için kendine zaman ayırması
- Düzenli uyuması
- B,C ve E vitamininden zengin beslenmesi
- Sigara, alkol gibi kötü alışkanlıklardan uzak durması
- Doymuş yağlardan uzak durması, sıvı yağlar özellikle zeytinyağı tercih edilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Aydın ili Merkez 9 Nolu Sağlık Ocağı bölgesindeki kadınlarda görülen menopozal yakınmalarla, bu yakınmalarda kullandıkları başetme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aydın il merkezi 9 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde 17 Eylül 2007- 31 Aralık 2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın bu bölgede yapılmasına Aydın ilinin en fazla nüfusa sahip olan sağlık ocağı olması ve farklı sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin bu bölgede yaşaması nedeniyle karar verilmiştir. Sağlık ocağı şehir merkezine yürüme mesafesindedir. İçinde halk pazarı bulunmaktadır. Bölgede bulunan konutlar hem apartman/site, hem de müstakil tiptedirler. Şebeke suyu ve kanalizasyon sistemi vardır. Bölgedeki aileler soba ve kalorifer sistemi ile ısınmaktadırlar. Okul bulunmaktadır. Sağlık Ocağında 7 hekim, 6 hemşire, 12 ebe, 1 sağlık memuru, 2 memur ve 1 hizmetli çalışmaktadır. Ebe/hemşireler yaptıkları anne ve çocuk izlemleri sırasında ihtiyaç halinde menopoz dönemine yönelik eğitim hizmeti sunmaktadır. Bölge halkı sağlık ocağı hizmetlerinden yeterince yararlanmaktadır. (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü İstatistikleri 2006).

3.3. Araştırmanın Evreni

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü istatistik şubesinin Ocak -Aralık 2006 verilerine göre Aydın il Merkezi 9 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 40- 60 yaş grubunda 3297 kadın bulunmaktadır. Bu kadınların tamamı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü İstatistikleri 2006).

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklemin büyüklüğü evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemden birey sayısını belirlemek amacıyla;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot pq}{y^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq}$$

N=Evren hacmi

n= Örneklem hacmi

p=Görülme sıklığı

q=1-p=Görülmememe sıklığı

t= yanılma payı (t) değeri (1.96)

y=Öngördüğünüz yanılma, sapma

formülü kullanılarak hesaplanmış, araştırmanın örneklemini menopoz dönemindeki 132 kadın oluşturmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2005). Araştırmanın örneklemini oluşturan 132 kadını seçmek için 40- 60 yaş grubundaki 3297 kadının mensup olduğu ailelere ait ev halkı tespit fişleri diğerlerinden ayrıldı daha sonra olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak çalışma grubu belirlenmiştir.

Araştırmaya 40-60 yaş arasında olup, okuma yazma bilen, araştırmaya katılmayı kabul eden, doğal olarak menopoza girmiş, HRT almayan kadınlar dahil edilmiştir.

Ruhsal sağlık sorunu olanlar, işitme problemi olanlar, okuma yazma bilmeyen, ooferoctomi yapılarak menopoza giren ve HRT alan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Verilerin toplanmasında konuya ilişkin literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından, menopozal dönemdeki kadınların yaşadıkları sağlık sorunlarını ve bu sorunlarla başetme yollarını belirlemek amacıyla geliştirilen soru kağıdı ve Menopozal Yakınma Tarama Listesi kullanılmıştır (Ergöl 2001, Güngör 2003, Tortumluoğlu 2003, Saka ve ark 2005).

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru kağıdı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kadınların bireysel özelliklerinden oluşan 24 soru ve ikinci bölümde ise menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlarla başetme yollarını belirleyen 15 adet soru yer almaktadır. Menopozal yakınmaları belirlemek için istatistiksel yöntemle 1996 yılında Hotun tarafından geçerlilik ve güvenilirliği saptanan Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL) yer almaktadır (Ek 1).

3.5.1.1. Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL):

İlk kez Neugarten ve Kranies (Neugarten ve Kranies 1965) tarafından standardize edilen 28 maddeli MYTL'den günümüze değin araştırmacılar tarafından özellikleri ve madde sayısı farklı pek çok yakınma çeklistleri geliştirilmiştir.

MYTL kadının gereksinimlerine uygun bakım ve tedavinin planlanması, kadının kendini objektif olarak değerlendirmesini sağlamasının yanı sıra gereken tedavi dozunu ayarlamakta ve izlemede değerli bilgiler verir. MYTL 1996 yılında Hotun tarafından Türk toplumunun kültürel özelliklerine göre düzenlenmiş, geçerlilik ve güvenilirliği sınılandıktan sonra kullanılmıştır. Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup var/yok şeklinde değerlendirilmektedir. Toplam bir puanı yoktur. Ölçekte menopozal yakınmaların varlığı, yokluğu, endişe yaşama durumu, öneri alma durumu değerlendirilmektedir (Hotun 1998). Ölçeği kullanmak için ölçeği hazırlayan Nevin (Hotun) Şahin'den yazılı ve sözlü izin alınmıştır (Ek 4).

3.5.1.2. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen soru kağıdındaki (Ek 1) soruların anlaşılabilirliğini ve işlerliğini belirlemek amacıyla Aydın ili merkez 9 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde çalışma grubuna seçilmemiş 13 kadına ön uygulama yapılmıştır.

3.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Önce 9 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde bulunan ev halkı tesbit fişlerinden 40-60 yaş menopoza giren kadınların ev halkı tesbit fişleri ayrılmıştır. Sonra bu ev halkı tesbit fişlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile araştırma kriterlerine uygun olan 132 kadının adresleri alındı. Kadınların evlerine gidilerek araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözel ve yazılı olarak onamları alınmıştır. Daha sonra bu kadınlar ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanarak soru formu ve Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL) doldurulmuştur. Veri toplama formunun kadınlara uygulanması yaklaşık 35-45 dakika sürmüştür. Araştırmaya katılmak istemeyen kadın olmamıştır. İlk ziyarette evde bulunamayan kadınlara ikinci ve üçüncü ziyaret düzenlenmiş ve ulaşılmıştır. Araştırma verileri 17.09.2007-31.12.2007 tarihleri arasında toplanmıştır. Görüşme sonunda kadınların menopoza yönelik soruları cevaplanmış, ihtiyaca göre eğitim verilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için Aydın ili İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Tarih:20.09.2007, No:526) (Ek 3) ve Aydın Valiliği'nden (Tarih: 20.09.2007, No:526) (Ek 3) yazılı izin alınmıştır. Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından (Tarih:21.09.2007, No:241) (Ek 2) uygun bulunmuştur. Kadınlara araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü olarak bilgi verilmiş ve yazılı onam (Ek 5 ve 6) alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 11,5 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kadınların yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışma yılı, algıladıkları gelir durumu, medeni durumları, kadınların eşlerinin eğitim durumları, menopoz dönemine ilişkin bilgi alma, bilgi alınan kaynaklar, hastalık durumu ve sigara içme durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini; kadınların menopozal yakınmaları, menopozal yakınmalarda başatma yöntemleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 9 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 40-60 yaş menopoz dönemdeki kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle sadece bu bölgede yaşayan kadınlara genellenebilir.

Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Bu nedenle cinsellik gibi bazı mahremiyet içeren konularda tam doğru bilgi verilmemiş olabilir.

4. BULGULAR

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

Çizelge 4.1.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları-I

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
40-44 yaş	23	17.4
45-49 yaş	42	31.8
50-54 yaş	54	40.9
55-60 yaş	13	9.8
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	11	8.3
İlkokul	55	41.7
Ortaokul	11	8.3
Lise	31	23.5
Üniversite ve üzeri	24	18.2
Eş Eğitim Düzeyi (n= 116)**		
İlkokul*	38	32.8
Ortaokul	8	6.9
Lise	32	27.6
Üniversite ve üzeri	38	32.8
Medeni Durum		
Evli	116	87.9
Bekar	16	12.1
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	66	50.0
Çalışan	66	50.0
Çalışma Yılı (n= 66)***		
20 ve 20 yıl altı	21	31.8
21-25 yıl	37	56.1
26 yıl ve üstü	8	12.1
Yapılan İş		
Ev Hanımı	66	50.0
Memur	32	24.2
İşçi	18	13.6
Serbest Meslek	16	12.1
Gelir Durumu		
Yeterli	104	78.8
Yetersiz	28	21.2

*Okur-yazar olan bir kişi ilköğretim eğitimi olan grubuna dahil edilmiştir.

**Sayı ve yüzdelere evli olan kadınlar üzerinden alınmıştır.

*** Sayı ve yüzdelere çalışan kadınlar üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %40.9'u 50-54 yaş grubu arasında dağılım göstermiştir. Kadınların yaş ortalaması 48.98 ± 3.87 olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumları incelendiğinde %41.7'sinin ilkökul, %23.5'inin lise, %18.2'sinin üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların eşleri %32.8'i üniversite ve üzeri, %32.8'i ilkökul, %27.6'sı lise mezunudur. Araştırmadaki kadınların %87.9'u evlidir. Kadınların %50'si çalışmayan, %50'si çalışan kadınlardan oluşmaktadır. Çalışan kadınların %56.1'inin çalışma yılı 21-25 yıl arasındadır. Çalışan kadınların %24.2'si memur olarak çalışmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %78.8'inin gelir durumlarının yeterli olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.1).

Çizelge 4.1.2. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları-II

Özellikler	Sayı	%
Hastalık Durumu		
Hastalığı olan	70	53
Hastalığı olmayan	62	47
Hangi Hastalık Mevcut (n = 70)*		
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	31	44.3
Endokrin Sistem Hastalıkları	28	40.0
Diğer Hastalıklar	11	15.7
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	57	43.2
Kullanmayan	75	56.8
Kullanılan İlaç Grubu (n = 57)**		
Antihipertansif	27	47.4
Diyabetik+Antihipertansif	18	31.6
Diyabetik	12	21.1
Evlilik Memnuniyeti (n= 116)***		
Çok memnunum	22	19.0
Memnunum	91	78.4
Hiç memnun değilim	3	2.6
Ailede Kararlara Katılma		
Evet	119	90.2
Hayır	2	1.5
Kısmen	11	8.3
Boş Zamanları Değerlendirme		
Ev işi	59	44.7
El işi- İbadet	45	34.1
İbadet	28	21.2
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	31	23.5
Hayır	101	76.5
Günlük İçilen Sigara Sayısı (n=31)****		
1-10 Adet	18	58.1
11 ve üzeri	13	41.9

* Sayı ve yüzdeler hastalığı olan kadınlar üzerinden alınmıştır.

** Sayı ve yüzdeler sürekli ilaç kullanan kadınlar üzerinden alınmıştır.

*** Sayı ve yüzdeler evli kadınlar üzerinden alınmıştır.

**** Sayı ve yüzdeler sigara kullanan kadınlar üzerinden alınmıştır.

Araştırmadaki kadınların %53'ünün kronik hastalığı mevcut olup, bunlardan %44.3'ünde kardiyovasküler sistem hastalığı bulunmaktadır. Hastalığı bulunan kadınlardan %43.2'sinin sürekli kullandığı ilaç bulunmakta ve %47.4'ü antihipertansif grubu ilaç kullanmaktadır. Kadınların %78.4'ünün evlilik hayatından memnun oldukları, %90.2'sinin aile içi kararlara katıldığı, %44.7'sinin boş zamanlarını ev işi yaparak geçirdiği, %76.5'inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1.2).

Çizelge 4.1.3. Kadınların menopoza ilişkin bilgi durumlarına göre dağılımları

Bilgi Durumları	Sayı	%
Bilgi Alma Durumu		
Aldı	91	68.9
Almadı	41	31.1
Bilginin Alındığı Kaynaklar (n = 91)*		
Doktor	39	42.9
Kitle iletişim araçları	22	24.2
Komşu-Akraba	16	17.6
Ebe-hemşire	14	15.4
Alınan Bilgiler (n = 91)*		
Menopoz belirtileri	75	82.4
Menopozda dikkat edilecek hususlar	9	9.9
Menopozda beslenme	7	7.7

* Sayı ve yüzdeler bilgi alan kadınlar üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %68.9'unun menopoz dönemine yönelik bilgi aldığı, bilgi alan kadınların bu bilgileri %42.9'unun doktordan aldığı, bilgi alan kadınların %82.4'ünün menopoz belirtilerine yönelik bilgi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1.3).

Çizelge 4.1.4. Kadınların menopoza algılama durumlarına göre dağılımları

Dönemi Algılama Biçimi	Sayı	%
Dönemi Olumlu Algılayanlar (n=75)*	75	56.8
Normal bir dönem	49	65.3
Adetten kurtuluş	16	12.1
Gebelikten kurtuluş	10	7.6
Dönemi Olumsuz Algılayanlar (n=57) **	57	43.2
Sıkıntılı bir dönem	35	61.4
Yaşlılığın başlangıcı	16	28.8
Kadınlığın kaybı	6	10.5

*Sayı ve yüzdeler dönemi olumlu algılayan kadınlar üzerinden alınmıştır.

** Sayı ve yüzdeler dönemi olumsuz algılayan kadınlar üzerinden alınmıştır.

Kadınların %56.8'i menopoza dönemini olumlu algılamakta ve olumlu algılayan kadınların %65.3'ü menopoza normal bir dönem olarak düşünmektedir. Kadınların %43.2'si ise menopoza dönemini olumsuz algılamakta ve olumsuz algılayanların %61.4'ü sıkıntılı bir dönem olarak düşünmektedir (Çizelge 4.1.4).

4.2. Kadınların Menopozal Yakınma Tarama Listesine (MYTL) Göre Dağılım Bulguları

Çizelge 4.2.1. Kadınların MYTL'ye göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	Yakınma Durumu				Endişe Durumu				Öneri Alma Durumu			
	Var		Yok		Var		Yok		Aldı		Almadı	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sıcak basması-gece terlemesi	96	72.7	36	27.3	8	8.3	88	66.7	11	11.5	85	88.5
Uykusuzluk-yorgunluk	91	68.9	41	31.1	5	5.5	86	94.5	29	31.9	62	68.1
Baş ağrısı-baş dönmesi	46	34.8	86	65.2	3	6.5	43	93.5	16	34.8	30	65.2
Sinirlilik-gerginlik	94	71.2	38	28.8	14	14.9	80	85.1	27	28.7	67	71.3
İçe kapanma-ağlama	53	40.2	79	59.8	2	3.8	51	96.2	8	15.1	45	84.9
Eklem-kas ağrıları	85	64.4	47	35.6	3	3.5	82	62.1	42	49.4	43	50.6
İştah değişikliği-kilo artışı	80	60.6	52	39.4	3	3.8	77	96.3	2	2.5	78	97.5
Konstipasyon-hemoroid	40	30.3	92	69.7	2	5.0	38	95.0	11	27.5	29	72.5
Çarpıntı	42	31.8	90	68.2	8	19.0	34	81.0	15	35.7	27	64.3
Deride kuruma-pullanma	50	37.9	82	62.1	1	2	49	98.0	5	10.0	45	90
Yüzde tüylenme-pubik kullarda seyrelme	61	46.2	71	53.8	-	-	61	100	-	-	61	100
Disparoni	30	22.7	102	77.3	-	-	30	100	5	16.7	25	83.3
Cinsel ilgi azlığı	76	57.6	56	42.4	1	1.3	75	98.7	3	3.9	73	96.1
Sık ve ağırlı miksiyon	33	25.0	99	75.0	1	3	32	97.0	8	24.2	25	75.8
Adet düzensizliği	11	8.3	121	91.7	-	-	11	100	2	18.2	9	81.8

Araştırmaya katılan kadınların %72.7'sinin sıcak basması-gece terlemesi, %71.2'sinin sinirlilik-gerginlik, %68.9'unun uykusuzluk-yorgunluk, %64.4'ünün eklem-kas ağrıları, %60.6'sının iştah değişikliği-kilo artışı, %57.6'sının cinsel ilgi azlığı, %46.2'sinin yüzde kılınma-pubik kıllarda seyrelme, %40.2'sinin içe kapanma-ağlama, %37.9'unun deride kuruma-pullanma, %34.8'inin baş ağrısı-baş dönmesi, %31.8'inin çarpıntı, %30.3'ünün konstipasyon-hemoroid, %25'i sık ve ağrılı miksiyon, %22.7'si dispareni, %8.3'ü adet düzensizliği yakınması yaşadığını belirtmiştir (Çizege 4.2.1).

Kadınların %19'unun çarpıntı yakınmasında, %14.9'unun sinirlilik-gerginlik yakınmasında, %8.3'ünün sıcak basması-gece terlemesinde, %6.5'inin baş ağrısı-baş dönmesinde, %5.5'inin uykusuzluk-yorgunlukta, %5'inin konstipasyon-hemoroidde, %3.8'inin içe kapanma-ağlama ve iştah değişikliği-kilo artışında, %3.5'inin eklem-kas ağrılarında, %3'ünün sık ve ağrılı miksiyonda, %2'sinin deride kuruma-pullanmada, %1.3'ünün cinsel ilgi azlığı yakınması durumunda endişe yaşadıkları belirlenmiştir. Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, dispareni, adet düzensizliği yakınmalarında kadınların endişe yaşamadıkları bulunmuştur (Çizege 4.2.1).

Araştırmadaki kadınların %49.4'ünün eklem-kas ağrılarına, %35.7'sinin çarpıntıya, %34.8'inin baş ağrısı-baş dönmesine, %31.9'unun uykusuzluk-yorgunluğa, %28.7'sinin sinirlilik-gerginliğe, %27.5'inin konstipasyon-hemoroide, %24.2'sinin sık ve ağrılı miksiyona, %18.2'sinin adet düzensizliğine, %16.7'sinin dispareniye, %15.1'inin içe kapanma-ağlamaya, %11.5'inin sıcak basması-gece terlemesine, %10'unun deride kuruma-pullanmaya, %3.9'unun cinsel ilgi azlığına, %2.5'inin iştah değişikliği-kilo artışına yönelik öneri aldıkları bulunmuştur. Yüzde kılınma-pubik kıllarda seyrelme yakınmasına yönelik öneri almadıkları belirlenmiştir (Çizege 4.2.1).

4.3. Kadınların Yaşadıkları Menopozal Yakınmalarda Kullandıkları Başetme Yöntemlerine İlişkin Bulguları

Çizelge 4.3.1. Kadınların yaşadıkları menopozal yakınmalarda kullandıkları başetme yöntemlerine göre dağılımları-I

Menopozal Yakınmalarda Başetme Yöntemleri	Sayı	%
Sıcak basması-gece terlemesi (n=96)*		
İnce giysiler giymek	41	42.7
Dışarı çıkmak	41	42.7
Duş almak	31	32.3
Uykusuzluk-yorgunluk (n=91)*		
İlaç kullanmak	37	40.7
Televizyon izlemek	33	36.3
Kitap okumak	26	28.6
Baş ağrısı-baş dönmesi (n=46)*		
İlaç almak	38	82.6
Dinlenmek	13	28.3
Bir uygulama yapmamak	3	6.5
Sinirlilik-gerginlik (n=94)*		
Dışarı çıkıp yalnız kalmak	40	42.6
Farklı işlerle uğraşmak	24	25.5
Etrafındaki kişilere bağırarak	21	22.3
İlaç kullanmak	18	19.1
İçe kapanma-ağlama (n=53)*		
Ağlamak	50	94.3
Yakınları ile konuşmak	7	13.2
Eklem-kas ağrıları (n=85)*		
İlaç kullanmak	44	51.8
Yürüyüş yapmak	36	42.4
Egzersiz yapmak	27	31.8
İştah değişikliği-kilo artışı (n=80)*		
Diyet yapmak	50	62.5
Yürüyüş yapmak	24	30.0
Herhangi bir uygulama yapmamak	19	23.8
Konstipasyon-hemoroid (n=40)*		
Sebze ağırlıklı beslenmek	26	65.0
Bol su içmek	24	60.0
İlaç kullanmak	10	25.0

* Bazı kadınlar birden fazla başetme yöntemi kullandıkları için n’de artış olmuştur.

Sıcak basması-gece terlemesi yakınmasında kullanılan başetme yöntemleri incelendiğinde %42.7'sinin ince giysiler giydiği, %42.7'sinin dışarı açık havaya çıktığı, %32.3'ünün duş aldığı başvurulmuş uygulamalardır. Uykusuzluk-yorgunluk yakınmasında %40.7'sinin ilaç aldığı, %36.3'ünün televizyon izlediği, %28.6'sının kitap okuduğu belirlenmiştir. Baş ağrısı-baş dönmesi yakınmasında kadınların %82.6'sının ilaç kullandığı, %28.3'ünün sessiz, sakin bir ortamda dinlendiği kullandıkları başetme yöntemleridir, %6.5'inin ise herhangi bir uygulama yapmadığı belirlenmiştir. Sinirlilik-gerginlik yakınmasında kullanılan başetme yöntemleri incelendiğinde %42.6'sının yalnız kalmak için dışarı çıkmayı, %25.5'inin müzik dinlemek, takı yapmak gibi farklı işlerle uğraşmayı, %22.3'ünün etrafındaki kişilere bağırmasını, %19.1'inin ilaç kullanmayı tercih ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.3.1).

İçeride kapanma-ağlama yakınmasında kadınların %94.3'ünün ağladığı, %13.2'sinin yakınları ile konuşup rahatladığı kullanılan başetme yöntemleridir. Eklem-kas ağrılarında kadınların %51.8'i ilaç kullanmayı, %42.4'ü yürüyüş yapmayı, %31.8'i egzersiz yapmayı tercih etmektedir. İştah değişikliği-kilo artışında kadınların başetme yöntemi olarak %62.5'inin diyet yapmayı, %30'unun yürüyüş yapmayı tercih ettikleri, %23.8'inin ise herhangi bir uygulama yapmadığı bulunmuştur. Konstipasyon-hemoroidde kadınların %65'inin sebze ağırlıklı beslendiği, posalı gıdalar yediği, %60'ının bol su içtiği, %25'inin doktor önerisiyle ilaç kullandığı kullandıkları başetme yöntemleridir (Çizelge 4.3.1).

Çizelge 4.3.2. Kadınların yaşadıkları menopozal yakınmalarda kullandıkları başetme yöntemlerine göre dağılımları-II

Menopozal Yakınmalarda Başetme Yöntemleri	Sayı	%
Çarpıntı (n=42)* Dinlenmek Açık havaya çıkmak İlaç kullanmak	31 11 7	73.8 26.2 16.7
Deride kuruma-pullanma (n=50)* Nemlendirici krem kullanmak Bol su içmek Herhangi bir uygulama yapmamak	38 14 6	76.0 28.0 12.0
Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme (n=61)* Herhangi bir uygulama yapmamak Epilasyon yapmak	43 19	70.5 30.1
Disparoni (n=30)* Herhangi bir uygulama yapmamak Eşiyle birlikte olmamak Kayganlaştırıcı krem-jel kullanmak	14 11 5	46.7 36.7 16.7
Cinsel ilgi azlığı (n=76)* Herhangi bir uygulama yapmamak Eşiyle birlikte olmamak	46 29	61.3 38.7
Sık ve ağrılı miksiyon (n=33)* Bol su içmek Maydanoz suyu içmek İlaç kullanmak	25 6 5	75.8 18.2 15.2
Adet düzensizliği (n=11) Herhangi bir uygulama yapmamak Doktora başvurmak	9 2	81.8 18.2

* Bazı kadınlar birden fazla başetme yöntemi kullandıkları için n’de artış olmuştur.

Çarpıntı yakınmasında kadınların kullandıkları başetme yöntemleri incelendiğinde %73.8'inin sessiz, sakin bir yerde dinlendiği, %26.2'sinin açık havaya çıktığı, %16.7'sinin doktor önerisiyle ilaç kullandığı belirlenmiştir. Deride kuruma-pullanma yakınmasında kadınların %76'sının nemlendirici krem kullanmayı, %28'inin bol su içmeyi tercih ettikleri, %12'sinin ise herhangi bir uygulama yapmadığı belirlenmiştir. Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme yakınmasında kadınların %30.1'inin epilasyon yaptığı, %70.5'inin ise herhangi bir uygulama yapmadığı bulunmuştur (Çizelge 4.3.2).

Disparoni yakınmasında %46.7'sinin herhangi bir uygulama yapmadığı, %36.7'sinin eşiyle birlikte olmadığı, %16.7'sinin ilişki sırasında kayganlaştırıcı krem, jel kullandıkları belirlenmiştir. Cinsel ilgi azlığı yakınmasında kadınların %61.3'ünün herhangi bir uygulama yapmamayı, %38.7'sinin eşi ile birlikte olmamayı tercih ettikleri görülmüştür. Sık ve ağrılı miksiyonda %75.8'inin bol su içtiği, %18.2'sinin maydanoz suyu içtiği, %15.2'sinin ilaç kullandığı kullanılan başetme yöntemleridir. Adet düzensizliği yakınmasında kadınların %81.8'inin herhangi bir uygulama yapmadığı, %18.2'sinin doktora başvurduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3.2).

4.4. Kadınların Menopozal Yakınmaları İle Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Çizelge 4.4.1. Kadınların menopozal yakınmalarının yaş gruplarına göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	YAŞ GRUPLARI						X ²	df	P
	40-49 Yaş		50-60 Yaş		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi									
Var	45	34.1	51	38.6	96	72.7	0.789	1	0.374
Yok	20	15.2	16	12.1	36	27.3			
Uykusuzluk-yorgunluk									
Var	43	32.6	48	36.4	91	68.9	0.464	1	0.496
Yok	22	16.7	19	14.4	41	31.1			
Baş ağrısı-baş dönmesi									
Var	22	16.7	24	18.2	46	34.8	0.057	1	0.812
Yok	43	32.6	43	32.6	86	65.2			
Sinirlilik-gerginlik									
Var	47	35.6	47	35.6	94	71.2	0.075	1	0.784
Yok	18	13.6	20	15.2	38	28.8			
İçe kapanma-ağlama									
Var	26	19.7	26	19.7	53	40.2	0.020	1	0.888
Yok	39	29.5	41	31.1	79	59.8			
Eklem-kas ağrıları									
Var	44	33.3	41	31.1	85	64.4	0.608	1	0.436
Yok	21	15.9	26	19.7	47	35.6			
İştah değişikliği-kilo artışı									
Var	39	29.5	41	31.1	80	60.6	0.020	1	0.888
Yok	26	19.7	26	19.7	52	39.4			
Konstipasyon-hemoroid									
Var	23	17.4	17	12.9	40	30.3	1.566	1	0.211
Yok	42	31.8	50	37.9	92	69.7			
Çarpıntı									
Var	20	15.2	22	16.7	42	31.8	0.065	1	0.799
Yok	45	34.1	45	34.1	90	68.2			
Deride kuruma-pullanma									
Var	20	15.2	30	22.7	50	37.9	2.751	1	0.097
Yok	45	34.1	37	28.0	82	62.1			
Yüzde tüylenme-pubik kılıklarda seyrelme									
Var	30	22.7	31	23.5	61	46.2	0.000	1	0.989
Yok	35	26.5	36	27.3	71	53.8			
Disparoni									
Var	14	10.6	16	12.1	30	22.7	0.103	1	0.748
Yok	51	38.6	51	38.6	102	77.3			
Cinsel ilgi azlığı									
Var	38	28.8	38	28.8	76	57.6	0.041	1	0.839
Yok	27	20.5	29	22.0	56	42.4			
Sık ve ağrılı miksiyon									
Var	14	10.6	19	14.4	33	25.0	0.818	1	0.366
Yok	51	38.6	48	36.4	99	75.0			
Adet düzensizliği									
Var	7	5.3	4	3.0	11	8.3	0.995	1	0.319
Yok	58	43.9	63	47.7	121	91.7			

Menopozal yakınmalar ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=0.789$, $p>0.05$), uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=0.464$, $p>0.05$), baş ağrısı-baş dönmesi ($X^2=0.057$, $p>0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=0.075$, $p>0.05$), içe kapanma-ağlama ($X^2=0.020$, $p>0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=0.608$, $p>0.05$), iştah değişikliği-kilo artışı ($X^2=0.020$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=1.566$, $p>0.05$), çarpıntı ($X^2=0.065$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=2.751$, $p>0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=0.000$, $p>0.05$), disparoni ($X^2=0.103$, $p>0.05$), cinsel ilgi azlığı ($X^2=0.041$, $p>0.05$), sık ve ağrılı miksiyon ($X^2=0.818$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=0.995$, $p>0.05$) dahil tüm menopozal yakınmalar ile kadınların yaş grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 4.4.1).

Çizelge 4.4.2. Kadınların menopozal yakınmalarının eğitim düzeyine göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	EĞİTİM DÜZEYİ						X ²	df	P
	İlköğretim		Lise ve üzeri		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi									
Var	60	45.5	36	27.3	96	72.7	2.514	1	0.113
Yok	17	12.9	19	14.4	36	27.3			
Uykusuzluk-yorgunluk									
Var	59	44.7	32	24.2	91	68.9	5.096	1	0.035
Yok	18	13.6	23	17.4	41	31.1			
Baş ağrısı-baş dönmesi									
Var	35	26.5	11	8.3	46	34.8	9.156	1	0.002
Yok	42	31.8	44	33.3	86	65.2			
Sinirlilik-gerginlik									
Var	63	47.7	31	23.5	94	71.2	10.140	1	0.001
Yok	14	10.6	24	18.2	38	28.8			
İçe kapanma-ağlama									
Var	39	29.5	14	10.6	53	40.2	8.475	1	0.004
Yok	38	28.8	41	31.1	79	59.8			
Eklem-kas ağrıları									
Var	56	42.4	29	22.0	85	64.4	5.597	1	0.018
Yok	21	15.9	26	19.7	47	35.6			
İştah değişikliği-kilo artışı									
Var	46	34.8	34	25.8	80	60.6	0.058	1	0.810
Yok	31	23.5	21	15.9	52	39.4			
Konstipasyon-hemoroid									
Var	23	17.4	17	12.9	40	30.3	0.016	1	0.898
Yok	54	40.9	38	28.8	92	69.7			
Çarpıntı									
Var	31	23.5	11	8.3	42	31.8	6.070	1	0.014
Yok	46	34.8	44	33.3	90	68.2			
Deride kuruma-pullanma									
Var	26	19.7	24	18.2	50	37.9	1.328	1	0.249
Yok	51	38.6	31	23.5	82	62.1			
Yüzde tüylenme-pubik kullarda seyrelme									
Var	42	31.8	19	14.4	61	46.2	5.163	1	0.023
Yok	35	26.5	36	27.3	71	53.8			
Disparoni									
Var	19	14.4	11	8.3	30	22.7	0.399	1	0.527
Yok	58	43.9	44	33.3	102	77.3			
Cinsel ilgi azlığı									
Var	53	40.2	23	17.4	76	57.6	9.585	1	0.002
Yok	24	18.2	32	24.2	56	42.4			
Sık ve ağrılı miksiyon									
Var	19	14.4	14	10.6	33	25.0	0.010	1	0.919
Yok	58	43.9	41	31.1	99	75.0			
Adet düzensizliği									
Var	4	3.0	7	5.3	11	8.3	1.499	1	0.123
Yok	73	55.3	48	36.4	121	91.7			

Kadınların menopozal yakınmaları ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=5.096$, $p<0.05$), baş ağrısı-baş dönmesi ($X^2=9.156$, $p<0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=10.140$, $p<0.05$), içe kapanma-ağlama ($X^2=8.475$, $p<0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=5.597$, $p<0.05$), çarpıntı ($X^2=6.070$, $p<0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=5.163$, $p<0.05$), cinsel ilgi azlığı ($X^2=9.585$, $p<0.05$) gibi menopozal yakınmaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda bu yakınmalar, eğitim düzeyi düşük olan kadınlara göre daha az görülmektedir.

Sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=2.514$, $p>0.05$), iştah değişikliği-kilo artışı ($X^2=0.058$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=0.016$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=1.328$, $p>0.05$), disparoni ($X^2=0.399$, $p>0.05$), sık ve ağrılı miksiyon ($X^2=0.010$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=1.499$, $p>0.05$) gibi menopozal yakınmalarda ise eğitim düzeyleri anlamlı farklılık oluşturmamıştır (Çizelge 4.4.2).

Çizelge 4.4.3. Kadınların menopozal yakınmalarının çalışma durumlarına göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	ÇALIŞMA DURUMU						X ²	df	P
	Çalışan		Çalışmayan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi Var Yok	45 21	34.1 15.9	51 15	38.6 11.4	96 36	72.7 27.3	1.375	1	0.241
Uykusuzluk-yorgunluk Var Yok	39 27	29.5 20.5	52 14	39.4 10.6	91 41	68.9 31.1	5.979	1	0.014
Baş ağrısı-baş dönmesi Var Yok	14 52	10.6 39.4	32 34	24.2 25.8	46 86	34.8 65.2	10.811	1	0.001
Sinirlilik-gerginlik Var Yok	41 25	31.1 18.9	53 13	40.2 9.8	94 38	71.2 28.8	5.321	1	0.021
İçe kapanma-ağlama Var Yok	20 46	15.2 34.8	33 33	53 79	53 79	40.2 59.8	5.328	1	0.021
Eklem-kas ağrıları Var Yok	36 30	27.3 22.7	49 17	37.1 12.9	85 47	64.4 35.6	5.584	1	0.018
İştah değişikliği-kilo artışı Var Yok	39 27	29.5 20.5	41 25	31.1 18.9	80 52	60.6 39.4	0.127	1	0.722
Konstipasyon-hemoroid Var Yok	22 44	16.7 33.3	18 48	13.6 36.4	40 92	30.3 69.7	0.574	1	0.449
Çarpıntı Var Yok	15 51	11.4 38.6	27 39	20.5 29.5	42 90	31.8 68.2	5.029	1	0.025
Deride kuruma-pullanma Var Yok	29 37	22.0 28.0	21 45	15.9 34.1	50 82	37.9 62.1	2.060	1	0.151
Yüzde tüylenme-pubik kılıklarda seyrelme Var Yok	24 42	18.2 31.8	37 29	28.0 22.0	61 71	46.2 53.8	5.151	1	0.023
Disparoni Var Yok	17 49	12.9 37.1	13 53	9.8 40.2	30 102	22.7 77.3	0.690	1	0.406
Cinsel ilgi azlığı Var Yok	36 30	27.3 22.7	40 26	30.3 19.7	76 56	57.6 42.4	0.496	1	0.481
Sık ve ağırlı miksiyon Var Yok	17 49	12.9 37.1	16 50	12.1 37.9	33 99	25.0 75.0	0.040	1	0.841
Adet düzensizliği Var Yok	7 59	5.3 44.7	4 62	3.0 47.0	11 121	8.3 91.7	0.893	1	0.345

Kadınların menopozal yakınmaları ile çalışma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde bir işte çalışıyor olmanın, uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=5.979$, $p<0.05$), baş ağrısı-baş dönmesi ($X^2=10.811$, $p<0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=5.321$, $p<0.05$), içe kapanma-ağlama ($X^2=5.328$, $p<0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=5.584$, $p<0.05$), çarpıntı ($X^2=5.029$, $p<0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=5.151$, $p<0.05$) yakınmaları üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Çalışan kadınlarda bu menopozal yakınmaların daha az görüldüğü saptanmıştır.

Çalışma durumunun sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=1.375$, $p>0.05$), iştah değişikliği-kilo artışı ($X^2=0.127$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=0.574$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=2.060$, $p>0.05$), disparoni ($X^2=0.690$, $p>0.05$), cinsel ilgi azlığı ($X^2=0.496$, $p>0.05$), sık ve ağrılı miksiyon ($X^2=0.040$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=0.893$, $p>0.05$) yakınmaları üzerinde ise anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır (Çizelge 4.4.3).

Çizelge 4.4.4. Kadınların menopozal yakınmalarının medeni durumlarına göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	MEDENİ DURUMU						X ²	df	P
	Evli		Bekar		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi									
Var	85	64.4	11	8.3	96	72.7	0.145	1	0.703
Yok	35	23.5	5	3.8	36	27.3			
Uykusuzluk-yorgunluk									
Var	79	59.8	12	9.1	91	68.9	0.073	1	0.576
Yok	37	28.0	4	3.0	41	31.1			
Baş ağrısı-baş dönmesi									
Var	38	28.8	8	6.1	46	34.8	1.841	1	0.175
Yok	78	59.1	8	6.1	86	65.2			
Sinirlilik-gerginlik									
Var	81	61.4	13	9.8	94	71.2	0.424	1	0.344
Yok	35	26.5	3	2.3	38	28.8			
İçe kapanma-ağlama									
Var	41	31.1	11	8.3	53	40.2	6.572	1	0.010
Yok	75	56.8	5	3.8	79	59.8			
Eklem-kas ağrıları									
Var	75	56.8	10	7.6	85	64.4	0.028	1	0.866
Yok	41	31.1	6	4.5	47	35.6			
İştah değişikliği-kilo artışı									
Var	66	50.0	14	10.6	80	60.6	4.308	1	0.019
Yok	50	37.9	2	1.5	52	39.4			
Konstipasyon-hemoroid									
Var	36	27.3	4	3.0	40	30.3	0.041	1	0.622
Yok	80	60.6	12	9.1	92	69.7			
Çarpıntı									
Var	37	28.0	5	3.8	42	31.8	0.003	1	0.958
Yok	79	59.8	11	8.3	90	68.2			
Deride kuruma-pullanma									
Var	44	33.3	6	4.5	50	37.9	0.001	1	0.973
Yok	72	54.5	10	7.6	82	62.1			
Yüzde tüylenme-pubik kılıklarda seyrelme									
Var	57	43.2	4	3.0	61	46.2	2.396	1	0.069
Yok	59	44.7	12	9.1	71	53.8			
Sık ve ağırlı miksiyon									
Var	29	22.0	4	3.0	33	25.0	0.000	1	1.000
Yok	87	65.9	12	9.1	99	75.0			
Adet düzensizliği									
Var	10	7.6	1	0.8	11	8.3	0.000	1	0.748
Yok	106	80.3	15	11.4	121	91.7			

Araştırmaya katılan kadınların menopozal yakınmaları ile medeni durumları arasındaki ilişki incelendiğinde içe kapanma-ağlama ($X^2=6.572$, $p<0.05$), iştah değişikliği kilo artışı ($X^2=4.308$, $p<0.05$) yakınmaları üzerinde medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Evli olmayan kadınların bu yakınmaları daha çok yaşadığı görülmüştür.

Kadınların medeni durumu, sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=0.145$, $p>0.05$), uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=0.073$, $p>0.05$), baş ağrısı-baş dönmesi ($X^2=1.841$, $p>0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=0.424$, $p>0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=0.028$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=0.041$, $p>0.05$), çarpıntı ($X^2=0.003$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=0.001$, $p>0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=2.396$, $p>0.05$), sık ve ağırlı miksiyona çıkma ($X^2=0.000$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=0.000$, $p>0.05$) yakınmaları üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (Çizelge 4.4.4).

Çizelge 4.4.5. Kadınların menopozal yakınmalarının gelir durumlarına göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	GELİR DURUMU						X ²	df	P
	Yetersiz		Yeterli		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi									
Var	20	15.2	76	57.6	96	72.7	0.030	1	0.862
Yok	8	6.1	28	21.2	36	27.3			
Uykusuzluk-yorgunluk									
Var	22	16.7	69	52.3	91	68.9	1.540	1	0.215
Yok	6	4.5	35	26.5	41	31.1			
Baş ağrısı-baş dönmesi									
Var	12	9.1	34	25.8	46	34.8	1.004	1	0.316
Yok	16	12.1	70	53.0	86	65.2			
Sinirlilik-gerginlik									
Var	20	15.2	74	56.1	94	71.2	0.001	1	0.977
Yok	8	6.1	30	22.7	38	28.8			
İçe kapanma-ağlama									
Var	17	12.9	35	26.5	53	40.2	6.766	1	0.009
Yok	11	8.3	69	52.3	79	59.8			
Eklem-kas ağrıları									
Var	21	15.9	64	48.5	85	64.4	1.744	1	0.187
Yok	7	5.3	40	30.3	47	35.6			
İştah değişikliği-kilo artışı									
Var	18	13.6	62	47.0	80	60.6	0.202	1	0.653
Yok	10	7.6	42	31.8	52	39.4			
Konstipasyon-hemoroid									
Var	9	6.8	31	23.5	40	30.3	0.057	1	0.811
Yok	19	14.4	73	55.3	92	69.7			
Çarpıntı									
Var	7	5.3	35	26.5	42	31.8	0.762	1	0.383
Yok	21	15.9	69	52.3	90	68.2			
Deride kuruma-pullanma									
Var	10	7.6	40	30.3	50	37.9	0.071	1	0.790
Yok	18	13.6	64	48.5	82	62.1			
Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme									
Var	13	9.8	48	36.4	61	46.2	0.001	1	0.979
Yok	15	11.4	56	42.4	71	53.8			
Disparoni									
Var	5	3.8	25	18.9	30	22.7	0.480	1	0.488
Yok	23	17.4	79	59.8	102	77.3			
Cinsel ilgi azlığı									
Var	18	13.6	58	43.9	76	57.6	0.655	1	0.418
Yok	10	7.6	46	34.8	56	42.4			
Sık ve ağırlı miksiyon									
Var	6	4.5	27	20.5	33	25.0	0.242	1	0.623
Yok	22	16.7	77	58.3	99	75.0			
Adet düzensizliği									
Var	3	2.3	8	6.1	11	8.3	0.264	1	0.608
Yok	25	18.9	96	72.7	121	91.7			

Kadınların gelir durumunun, menopozal yakınmaları üzerinde sadece içe kapanma-ağlama yakınmasını ($X^2=6.766$, $p<0.05$) etkilediği ve istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi düşük olan kadınlarda içe kapanma-ağlama yakınması daha sık görülmektedir.

Gelir durumu sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=0.030$, $p>0.05$), uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=1.540$, $p>0.05$), baş ağrısı-baş dönmesi ($X^2=1.004$, $p>0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=0.001$, $p>0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=1.744$, $p>0.05$), iştah değişikliği-kilo artışı ($X^2=0.202$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=0.057$, $p>0.05$), çarpıntı ($X^2=0.762$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=0.071$, $p>0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=0.001$, $p>0.05$), disparoni ($X^2=0.480$, $p>0.05$), cinsel ilgi azlığı ($X^2=0.655$, $p>0.05$), sık ve ağrılı miksiyona çıkma ($X^2=0.242$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=0.264$, $p>0.05$) yakınmaları üzerinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamaktadır (Çizelge 4.4.5).

Çizelge 4.4.6. Kadınların menopozal yakınmalarının menopozal döneme yönelik bilgi alma durumlarına göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	BİLGİ ALMA DURUMU						X ²	df	P
	Alan		Almayan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi Var Yok	67 24	50.8 18.2	29 12	22.0 9.1	96 36	72.7 27.3	0.119	1	0.730
Uykusuzluk-yorgunluk Var Yok	62 29	47.0 22.0	29 12	22.0 9.1	91 41	68.9 31.1	0.089	1	0.765
Baş ağrısı-baş dönmesi Var Yok	26 65	19.7 49.2	20 21	15.2 15.9	46 86	34.8 65.2	5.084	1	0.024
Sinirlilik-gerginlik Var Yok	64 27	48.5 20.5	30 11	22.7 8.3	94 38	71.2 28.8	0.111	1	0.739
İçe kapanma-ağlama Var Yok	31 60	23.5 45.5	21 20	15.9 15.2	53 79	40.2 59.8	3.483	1	0.062
Eklem-kas ağrıları Var Yok	55 36	41.7 27.3	30 11	22.7 8.3	85 47	64.4 35.6	1.998	1	0.157
İştah değişikliği-kilo artışı Var Yok	52 39	39.4 29.5	28 13	21.2 9.8	80 52	60.6 39.4	1.472	1	0.225
Konstipasyon-hemoroid Var Yok	31 60	23.5 45.5	9 32	6.8 24.2	40 92	30.3 69.7	1.964	1	0.161
Çarpıntı Var Yok	26 65	19.7 49.2	16 25	12.1 18.9	42 90	31.8 68.2	1.424	1	0.233
Deride kuruma-pullanma Var Yok	38 53	28.8 40.2	12 29	9.1 22.0	50 82	37.9 62.1	1.874	1	0.171
Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme Var Yok	38 53	28.8 40.2	23 18	17.4 13.6	61 71	46.2 53.8	2.338	1	0.126
Disparoni Var Yok	21 70	15.9 53.0	9 32	6.8 24.2	30 102	22.7 77.3	0.020	1	0.886
Cinsel ilgi azlığı Var Yok	52 39	39.4 29.5	24 17	18.2 12.9	76 56	57.6 42.4	0.022	1	0.881
Sık ve ağırlı miksiyon Var Yok	22 69	16.7 52.3	11 30	8.3 22.7	33 99	25.0 75.0	0.106	1	0.745
Adet düzensizliği Var Yok	8 83	6.1 62.9	3 38	2.3 28.8	11 121	8.3 91.7	0.000	1	0.777

Kadınların menopozal döneme yönelik bilgi alma durumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişkide sadece baş ağrısı-baş dönmesi yakınmasında ($X^2=5.084$, $p<0.05$) anlamlı fark saptanmıştır. Bilgi almayan kadınlarda bu yakınma daha fazla görülmüştür.

Döneme yönelik bilgi alma durumu sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=0.119$, $p>0.05$), uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=0.089$, $p>0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=0.111$, $p>0.05$), içe kapanma-ağlama ($X^2=3.483$, $p>0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=1.998$, $p>0.05$), iştah değişikliği-kilo artışı ($X^2=1.472$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=1.964$, $p>0.05$), çarpıntı ($X^2=1.424$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=1.874$, $p>0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=2.338$, $p>0.05$), disparoni ($X^2=0.020$, $p>0.05$), cinsel ilgi azlığı ($X^2=0.022$, $p>0.05$), sık ve ağırlı miksiyona çıkma ($X^2=0.106$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=0.000$, $p>0.05$) yakınmaları üzerinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamaktadır (Çizelge 4.4.6).

Çizelge 4.4.7. Kadınların menopozal yakınmalarının menopozal dönemi algılama biçimlerine göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	DÖNEMİ ALGILAMA BİÇİMİ						X ²	df	P
	Olumlu		Olumsuz		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi Var Yok	49 26	37.1 19.7	47 10	35.6 7.6	96 36	72.7 27.3	4.787	1	0.029
Uykusuzluk-yorgunluk Var Yok	48 27	36.4 20.5	43 14	32.6 10.6	91 41	68.9 31.1	1.979	1	0.160
Baş ağrısı-baş dönmesi Var Yok	24 51	18.2 38.6	22 35	16.7 26.5	46 86	34.8 65.2	0.625	1	0.431
Sinirlilik-gerginlik Var Yok	50 25	37.9 18.9	44 13	33.3 9.8	94 38	71.2 28.8	1.750	1	0.186
İçe kapanma-ağlama Var Yok	25 50	18.9 37.9	27 30	20.5 22.7	53 79	40.2 59.8	2.672	1	0.102
Eklem-kas ağrıları Var Yok	46 29	34.8 22.0	39 18	29.5 13.6	85 47	64.4 35.6	0.710	1	0.400
İştah değişikliği-kilo artışı Var Yok	47 28	35.6 21.2	33 24	25.0 18.2	80 52	60.6 39.4	0.309	1	0.578
Konstipasyon-hemoroid Var Yok	22 53	16.7 40.2	18 39	13.6 29.5	40 92	30.3 69.7	0.077	1	0.781
Çarpıntı Var Yok	23 52	17.4 39.4	19 38	14.4 28.8	42 90	31.8 68.2	0.106	1	0.745
Deride kuruma-pullanma Var Yok	28 47	21.2 35.6	22 35	16.7 26.5	50 82	37.9 62.1	0.022	1	0.882
Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme Var Yok	35 40	26.5 30.3	26 31	19.7 23.5	61 71	46.2 53.8	0.014	1	0.904
Disparoni Var Yok	16 59	12.1 44.7	14 43	10.6 32.6	30 102	22.7 77.3	0.192	1	0.661
Cinsel ilgi azlığı Var Yok	36 39	27.3 29.5	40 17	30.3 12.9	76 56	57.6 42.4	6.520	1	0.011
Sık ve ağırlı miksiyon Var Yok	18 57	13.6 43.2	15 42	11.4 31.8	33 99	25.0 75.0	0.093	1	0.761
Adet düzensizliği Var Yok	9 66	6.8 50.0	2 55	1.5 41.7	11 121	8.3 91.7	2.046	1	0.113

Kadınların menopozal dönemi algılama biçimleri ile menopozal yakınmalarından sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=4.787$, $p<0.05$) ve cinsel ilgi azlığı ($X^2=6.520$, $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Menopozu olumsuz algılayan kadınlarda bu yakınmaların daha fazla yaşandığı görülmüştür.

Menopozal dönemi algılama biçimi uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=1.979$, $p>0.05$), baş ağrısı-baş dönmesi ($X^2=0.625$, $p>0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=1.750$, $p>0.05$), içe kapanma-ağlama ($X^2=2.672$, $p>0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=0.710$, $p>0.05$), iştah değişikliği-kilo artışı ($X^2=0.309$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=0.077$, $p>0.05$), çarpıntı ($X^2=0.106$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=0.022$, $p>0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=0.014$, $p>0.05$), disparoni ($X^2=0.192$, $p>0.05$), sık ve ağrılı miksiyona çıkma ($X^2=0.093$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=2.046$, $p>0.05$) yakınmaları üzerinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamaktadır (Çizelge 4.4.7).

Çizelge 4.4.8. Kadınların menopozal yakınmalarının hastalık durumlarına göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	HASTALIK DURUMU						X ²	df	P
	Var		Yok		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi Var Yok	53 17	40.2 12.9	43 19	32.6 14.4	96 36	72.7 27.3	0.670	1	0.413
Uykusuzluk-yorgunluk Var Yok	50 20	37.9 15.2	41 21	31.1 15.9	91 41	68.9 31.1	0.431	1	0.511
Baş ağrısı-baş dönmesi Var Yok	32 38	24.2 28.8	14 48	10.6 36.4	46 86	34.8 65.2	7.750	1	0.005
Sinirlilik-gerginlik Var Yok	50 20	37.9 15.2	44 18	33.3 13.6	94 38	71.2 28.8	0.003	1	0.953
İçe kapanma-ağlama Var Yok	33 37	25.0 28.0	19 43	14.4 32.6	53 79	40.2 59.8	3.748	1	0.053
Eklem-kas ağrıları Var Yok	46 24	34.8 18.2	39 23	29.5 17.2	85 47	64.4 35.6	0.113	1	0.736
İştah değişikliği-kilo artışı Var Yok	42 28	31.8 21.2	38 24	28.8 18.2	80 52	60.6 39.4	0.023	1	0.880
Konstipasyon-hemoroid Var Yok	25 45	18.9 34.1	15 47	11.4 35.6	40 92	30.3 69.7	2.066	1	0.151
Çarpıntı Var Yok	30 40	22.7 30.3	12 50	9.1 37.9	42 90	31.8 68.2	8.371	1	0.004
Deride kuruma-pullanma Var Yok	28 42	21.2 31.8	22 40	16.7 30.3	50 82	37.9 62.1	0.285	1	0.593
Yüzde tüylenme-pubik kılıklarda seyrelme Var Yok	36 34	27.3 25.8	25 37	18.9 28.0	61 71	46.2 53.8	1.632	1	0.201
Disparoni Var Yok	17 53	12.9 40.2	13 49	9.8 37.1	30 102	22.7 77.3	0.206	1	0.650
Cinsel ilgi azlığı Var Yok	45 25	34.1 18.9	31 31	23.5 23.5	76 56	57.6 42.4	2.747	1	0.097
Sık ve ağırlı miksiyon Var Yok	18 52	13.6 39.4	15 47	11.4 35.6	33 99	25.0 75.0	0.041	1	0.840
Adet düzensizliği Var Yok	6 64	4.5 48.5	5 57	3.8 43.2	11 121	8.3 91.7	0.011	1	0.916

Kadınların hastalık durumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki incelendiğinde baş ağrısı-baş dönmesi ($X^2=7.750$, $p<0.05$) ve çarpıntı ($X^2=8.371$, $p<0.05$) yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Hastalık durumu var olan kadınların baş ağrısı-baş dönmesi ve çarpıntı yakınmalarını daha fazla yaşadıkları görülmüştür.

Hastalık durumu sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=0.670$, $p>0.05$), uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=0.431$, $p>0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=0.003$, $p>0.05$), içe kapanma-ağlama ($X^2=3.748$, $p>0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=0.113$, $p>0.05$), iştah değişikliği-kilo artışı ($X^2=0.023$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=2.066$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=0.285$, $p>0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=1.632$, $p>0.05$), disparoni ($X^2=0.206$, $p>0.05$), cinsel ilgi azlığı ($X^2=2.747$, $p>0.05$), sık ve ağrılı miksiyona çıkma ($X^2=0.041$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=0.011$, $p>0.05$) yakınmalarında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamaktadır (Çizelge 4.4.8).

Çizelge 4.4.9. Kadınların menopozal yakınmalarının sigara kullanma durumlarına göre dağılımları

Menopozal Yakınmalar	SİĞARA KULLANMA DURUMU						X ²	df	P
	Kullanan		Kullanmayan		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sıcak basması–gece terlemesi Var Yok	25 6	18.9 4.5	71 30	53.8 22.7	96 36	72.7 27.3	1.281	1	0.258
Uykusuzluk-yorgunluk Var Yok	23 8	17.4 6.1	68 33	51.5 25.0	91 41	68.9 31.1	0.522	1	0.470
Baş ağrısı-baş dönmesi Var Yok	10 21	7.6 15.9	36 65	27.3 49.2	46 86	34.8 65.2	0.120	1	0.729
Sinirlilik-gerginlik Var Yok	19 12	14.4 9.1	75 26	56.8 19.7	94 38	71.2 28.8	1.946	1	0.163
İçe kapanma-ağlama Var Yok	11 20	8.3 15.2	41 60	31.1 45.5	53 79	40.2 59.8	0.259	1	0.611
Eklem-kas ağrıları Var Yok	18 13	13.6 9.8	67 34	50.8 25.8	85 47	64.4 35.6	0.708	1	0.400
İştah değişikliği-kilo artışı Var Yok	20 11	15.2 8.3	60 41	45.5 31.1	80 52	60.6 39.4	0.259	1	0.611
Konstipasyon-hemoroid Var Yok	8 23	6.1 17.4	32 69	24.2 52.3	40 92	30.3 69.7	0.388	1	0.533
Çarpıntı Var Yok	6 25	4.5 18.9	36 65	27.3 49.2	42 90	31.8 68.2	2.901	1	0.089
Deride kuruma-pullanma Var Yok	16 15	12.1 11.4	34 67	25.8 50.8	50 82	37.9 62.1	3.248	1	0.072
Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme Var Yok	14 17	10.6 12.9	47 54	35.6 40.9	61 71	46.2 53.8	0.018	1	0.893
Disparoni Var Yok	7 24	5.3 18.2	23 78	17.4 59.1	30 102	22.7 77.3	0.000	1	0.982
Cinsel ilgi azlığı Var Yok	16 15	12.1 11.4	60 41	45.5 31.1	76 56	57.6 42.4	0.590	1	0.443
Sık ve ağırlı miksiyon Var Yok	4 27	3.0 20.5	29 72	22.0 54.5	33 99	25.0 75.0	3.162	1	0.075
Adet düzensizliği Var Yok	2 29	1.5 22.0	9 92	6.8 69.2	11 121	8.3 91.7	0.188	1	0.665

Kadınların sigara kullanması ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki incelendiğinde, sıcak basması-gece terlemesi ($X^2=1.281$, $p>0.05$), uykusuzluk-yorgunluk ($X^2=0.522$, $p>0.05$), baş ağrısı-baş dönmesi ($X^2=0.120$, $p>0.05$), sinirlilik-gerginlik ($X^2=1.946$, $p>0.05$), içe kapanma-ağlama ($X^2=0.259$, $p>0.05$), eklem-kas ağrıları ($X^2=0.708$, $p>0.05$), iştah değişikliği-kilo artışı ($X^2=0.259$, $p>0.05$), konstipasyon-hemoroid ($X^2=0.388$, $p>0.05$), çarpıntı ($X^2=2.901$, $p>0.05$), deride kuruma-pullanma ($X^2=3.248$, $p>0.05$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($X^2=0.018$, $p>0.05$), disparoni ($X^2=0.000$, $p>0.05$), cinsel ilgi azlığı ($X^2=0.590$, $p>0.05$), sık ve ağırlı miksiyona çıkma ($X^2=3.162$, $p>0.05$), adet düzensizliği ($X^2=0.188$, $p>0.05$) yakınmaları üzerinde sigara kullanmanın istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (Çizelge 4.4.9).

5.TARTIŞMA

5.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamında 132 kadın yer almıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 48.98 ± 3.87 bulunmuştur. Karaçam ve Şeker'in (2007) Aydın ilinde yaptıkları çalışma sonucuna göre menopozlu kadınların yaş ortalamaları 48.62 olarak araştırma ile benzer sonuçlar bulunmuştur.

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde çoğunluğunun (%58.3) ilköğretim (%8.3 ortaokul, %41.7 ilkokul, %8.3 okur yazar) düzeyinde eğitim aldıkları belirlenmiştir. Ülkemizde 2003 TNSA verilerine göre kadınların %61.1'i ilköğretim, %17'si lise ve üzeri düzeyde eğitim almıştır. Çalışmada kadınların eğitim düzeyinin ülkemizdeki kadınların eğitim düzeyi ile paralel olduğu gözlenmektedir. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%87.9) evli, %50'sinin çalıştığı, çoğunluğunun (%78.8) gelir durumunun yeterli olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1.1). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ortaya konulan verilere göre kadınların sosyo-demografik özellikleri bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (Ertem 1998, Tortumluoğlu 2003, Erdem 2006). Evli olan kadınlardan %78.4'ünün evlilik hayatlarından memnun olduğu, çoğunluğunun (%76.5) sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1.3). Tortumluoğlu'nun (2003) yaptığı çalışmada da kadınların %41.7'sinin evlilik hayatlarından memnun olduğu, % 90.4'ünün sigara kullanmadığı şeklinde bu çalışma ile benzer sonuçlar bulunmuştur.

Kadınların %44.7'sinin boş zamanlarını ev işi yaparak geçirdikleri belirlenmiştir. Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında kadınların boş zamanlarını çoğunlukla (%56.3) el

işi yaparak, Uptan (1999) çalışmasında ise kadınların boş zamanlarını çoğunlukla televizyon izleyerek geçirdikleri bulunmuştur.

Araştırmada kadınların menopoza ilgili %68.9'unun bilgi aldığı ve daha çok (%82.4) menopoza belirtilerine yönelik bilgi aldıkları saptanmıştır. Kadınların bu bilgileri çoğunlukla (%42.9) doktorlardan edindiği belirlenmiştir (Çizelge 4.1.4). Ergöl (2001) klimakterik kadınlarla yaptığı çalışmasında, kadınların %55.3'ünün döneme yönelik bilgi almadıklarını ve bilgi alan kadınların ise bu bilgiyi en yüksek oranla %42.2'si doktorlardan aldıklarını saptamıştır. Güngör'ün (2003) çalışmasında kadınların %82.8'inin menopoza ilgili bilgilerini doktorlardan, %14.8'inin kitle iletişim araçlarından, %10.7'sinin komşu, arkadaş ve akrabalarından aldıkları belirtilmektedir. Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında kadınların büyük çoğunluğunun döneme yönelik bilgi almadıkları (%65.5), bilgi alan kadınların ise (%34.5) bu bilgiyi çoğunlukla doktorlardan (%70) aldıkları saptanmıştır. Erdem'in (2006) çalışmasında kadınların yalnızca %12'sinin menopoza dönemiyle ilgili bilgi aldığı, bilgi alınan kaynaklara bakıldığında ilk sırayı televizyon, radyo gibi kitle iletişim araçları alırken sağlık personelinin bilgi alma oranı oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Meksika'da (2000) klimakterik kadınlarda yapılan bir çalışmada ise kadınların %83.8'inin menopozal yakınmalara yönelik bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Pan ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada en yaygın bilgi kaynağı olarak gazete ve magazinleri bildirmişlerdir. Araştırmada ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre kadınların döneme yönelik daha fazla bilgi aldıkları görülmektedir. Bu araştırmada ve yapılan diğer çalışmalarda hemşire/ebelerin menopoza dönemindeki kadınlara bilgi kaynağı olması, beklenilenden az düzeyde görülmektedir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlarda menopoza ilişkin hizmet verilen danışmanlık birimlerinin olmamasından kaynaklanabilir.

Araştırma bulgularına göre kadınların %56.8'i menopoza yaşamın normal bir dönemi olarak görmeleri, adetten kurtuldukları ve gebe kalmaktan kurtuldukları için dönemi olumlu olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %43.2'si menopoza döneminin sıkıntılı bir dönem olduğu, yaşlılığın başlangıcı, kadınlığın kaybı nedenleriyle olumsuz olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.4). Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında kadınların %59.8'i klimakterik dönemi vücutta değişiklikler olması, cinselliğin azalması ve doğurganlığın kaybolması nedenleriyle kötü olarak algıladıklarını;

%17.2'si ise korunma yöntemi kullanmak zorunda kalmadıkları, ibadetleri aksatmadan yaptıkları, toplumda saygınlık kazandıkları, menstruasyon sıkıntılarından ve gebe kalmaktan kurtuldukları için bu dönemi iyi olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Doğu ülkelerinde yapılan çalışmalarda kadınların menopoza dönemini batı ülkelerinde yaşayan kadınlara göre daha olumlu olarak algıladıkları ve bu dönemi daha sorunsuz ve rahat geçirdikleri saptanmıştır (Lock 1991, Lock 1994, Lock 1998, Rizk ve ark 1998, Dennerstein 1999, Punyahotra 1999, Pan ve ark 2001, Chim ve ark 2002, Mazhar ve Gul-e-Erum 2003). Batı ülkelerinde yaşayan kadınların ise, menopozal dönemi yaşlılığın bir işareti, cinsel yaşamın, güç ve güzelliğin kaybı olarak algıladıkları belirlenmiştir (Lowdermik ve ark 1997, Jimenez ve Perez 1999, Hvas 2001). Bu araştırmada ve diğer araştırmalardaki menopozu olumlu yada olumsuz algılama nedenleri benzerlik göstermekte, fakat bu araştırmada kadınların menopoza dönemini yapılan diğer araştırmalara göre daha fazla olumlu algıladıkları belirlenmiştir. Araştırmada olumlu algılamayı, kadınların menopoza dönemine ilişkin bilgi almalarının etkilemiş olabileceği söylenebilir.

5.2. Kadınların Menopozal Yakınma Tarama Listesine (MYTL) Göre Dağılım Bulgularının İncelenmesi

Kadınların menopozal dönemde en sık yaşadıkları ilk üç yakınma sırasıyla; sıcak basması-gece terlemesi (%72.7), sinirlilik-gerginlik (%71.2), uykusuzluk-yorgunluk (%68.9) olduğu, en az yaşadıkları yakınmaların ise adet düzensizliği (%8.3), disparoni (%22.7), sık ve ağırlı miksiyon (%25) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2.1). Saka ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada menopoz dönemindeki kadınlarda en sık ifade edilen yakınmalarının sıcak basması %65.18, sinirlilik %63.39, çarpıntı %55.3, uykusuzluk ve yorgunluk %50 olarak ifade edilmiştir. Erdem'in (2006) çalışmasına göre kadınların menopozal dönemde en sık yaşadıkları ilk üç sorun sırasıyla % 97 ile vazomotor, % 91 ile emosyonel ve % 79 ile merkezi sinir sistemi, en az yaşadıkları sağlık sorunları ise % 65 ile kardiyovasküler sistem, % 52 ile ürogenital ve % 40 ile gastrointestinal sistem sorunları olduğu saptanmıştır. Araştırmanın ülkemizde yapılan araştırma sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Kadınların menopozaal dönemde en sık endişe yaşadıkları ilk üç yakınma sırasıyla; çarpıntı (%19), sinirlilik-gerginlik (%14.9), sıcak basması-gece terlemesi (%8.3) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2.1). Tortumluoğlu (2003) çalışmasında kadınların %29.4'ünün sıcak basması-gece terlemesi, %25.2'sinin baş ağrısı-baş dönmesi, %24.3'ünün uykusuzluk-yorgunluk, %24.3'ünün eklem-kas ağrıları ve %23.4'ünün sinirlilik-gerginlikle ilgili olarak endişe yaşadıklarını, Hotun (1996) kadınların %53.9'unun eklem-kas ağrılarında, %52.3'ünün sıcak basması-gece terlemesinde, %50.8'inin sinirlilik-gerginlikte, %48.3'ünün baş ağrısı-baş dönmesinde ve %45.5'inin uykusuzluk-yorgunluk nedeniyle endişe yaşadıklarını belirlemişlerdir. Bu araştırmada kadınların çoğunun menopoza yaşamın normal bir dönemi olarak algılamaları, bu konuda bilgi alma oranlarının yüksek olması menopozaal yakınmalara ilişkin endişelerini azalttığı düşünülebilir.

Kadınların menopozaal dönemde en sık öneri aldıkları ilk üç yakınma sırasıyla; kas-eklem ağrıları (%49.4), çarpıntı (%35.7), baş ağrısı-baş dönmesi (%34.8) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2.1). Tortumluoğlu (2003) çalışmasında kadınların %11.3'ünün sıcak basması- gece terlemesinde, %10.1'inin baş ağrısı- baş dönmesinde, %9.2'sinin uykusuzluk-yorgunluk ve %7.4'ünün ise sinirlilik-gerginlikle ilgili olarak, Hotun (1996) ise kadınların %26.5'inin eklem-kas ağrılarında, %22.7'sinin sıcak basması-gece terlemesinde, %22.4'ünün baş ağrısı-baş dönmesinde, %19.3'ünün sinirlilik gerginlikte ve %18.4'ü de uykusuzluk-yorgunlukta öneri aldıklarını saptamışlardır. Araştırmada genel olarak sağlık şikâyetleri hayatı tehdit edecek şekilde olmadığı takdirde kadınların menopoza ve semptomları doğal olarak kabul ettikleri, doktora gitmeyi gerektirecek bir durum olarak algılamadıkları, öneri almadıkları düşünülebilir.

5.3. Kadınların Yaşadıkları Menopozaal Yakınmalarda Kullandıkları Başetme Yöntemlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Kadınların sıcak basması-gece terlemesi yakınmasına yönelik başetme yöntemleri olarak çoğunluğunun yakınma durumunda ince giysiler giydiği (%42.7), dışarı açık havaya çıktığı (%42.7), duş aldığı (%32.3) başvurulan uygulamalardır (Çizelge 4.3.1). Çalışmada sıcak basması-gece terlemesinde kadınların tercih ettikleri başetme yolları beklenen

davranışlardır. Ergöl'ün (2001) çalışmasında, araştırmaya katılan kadınların % 22.3'ünün yaşadıkları vazomotor soruna yönelik başetme yolu olarak giysilerini çıkardığı ve duş aldığı; Erdem'in (2006) çalışmasında kadınların vazomotor sorununa yönelik başetme davranışı olarak çoğunluğunun %66.2'sinin üstündeki kıyafetleri değiştirdiği, %53.8'inin kolay çıkarılabilecek giysiler tercih ettiği gibi çalışma ile benzer yöntemler kullandıkları belirlenmiştir.

Kadınların uykusuzluk-yorgunluk yakınmasına yönelik başetme yöntemleri olarak çoğunluğunun ilaç aldığı (%40.7), televizyon izlediği (%36.3), kitap okuduğu (%28.6) başvurulan uygulamalardır (Çizelge 4.3.1). Kadınlar sorun ile başetmede beklenen davranış yöntemlerini kullanmamaktadırlar. Sorun karşısında çoğunlukla tıbbi tedaviye başvurulmaktadır. Öte yandan uyumadan önce sıcak bir banyo veya ılık içeceklerin alınması, düzenli yatma saatlerinin oluşturulması, kitap okunması, yatmadan önce uykuyu bozabilecek etkenlerden uzak kalınması (alkol, sigara, çay, kahve alma gibi) gibi yöntemlerin menopoz dönemindeki kadınların uyku ve dinlenme gereksinimlerini gidermede etkili olduğu bilinmektedir (Şanlıoğlu 2001, Erdem 2006).

Baş ağrısı-baş dönmesi yakınmasında kadınların kullandıkları başetme yöntemleri olarak çoğunluğunun ilaç kullandığı (%82.6), sessiz, sakin bir ortamda dinlendiği (%28.3), herhangi bir uygulama yapmadığı (%6.5) belirlenmiştir (Çizelge 4.3.1). Erdem'in (2006) çalışmasında baş ağrısı-baş dönmesi yönelik başetme davranışı olarak çoğunluğunun %87.5'inin ağrı kesici bir ilaç kullandığı; Ergöl'ün araştırmasında başağrısı yaşayan kadınların (%13.1) doktora gitme, stres azaltma teknikleri, çeşitli terapi teknikleri gibi uygun başetme yolları kullanıldığı belirlenmiştir. Çalışmada kadınların sorun karşısında daha çok ilaç kullanmaya başvurdukları görülmektedir.

Menopozal döneme ait bilgilerin çoğunlukla doktorlardan alınması nedeniyle verilen önerilerin daha çok farmakolojik yöntemler olabileceği için uykusuzluk-yorgunluk ve baş ağrısı-baş dönmesi yakınmalarında kadınların başetme yöntemi olarak genelde ilaç kullandıkları görülmüştür.

Sinirlilik-gerginlik yakınmasında kullanılan başetme yöntemleri incelendiğinde çoğunluğunun yalnız kalmak için dışarı çıkmayı (%42.6), müzik dinlemek, takı yapmak gibi farklı işlerle uğraşmayı (%25.5), etrafındaki kişilere bağırma (%22.3) ve ilaç kullanmayı (%19.1) tercih ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.3.1). Erdem (2006) çalışmasında kadınların emosyonel durumda sorun yaşama durumlarıyla başetme yolu olarak %39.1'inin temiz hava almak için dışarı çıkıp dolaşdığını, %36.9'unun etrafındakilere bağırma (%22.3) tercih ettiğini bulmuştur. Ergöl'ün (2001) çalışmasında emosyonel durumda sorun yaşayan kadınların %13.7'sinin doktora gitme ve HRT kullanma, B, C ve E vitamininden zengin beslenme, sıkıntı ve stres yaratan durumları listeleyip çözüm arama gibi davranışları kullandıkları bulunmuştur. Kadınların ilaç dışında alternatif yöntemleri de kullandıkları görülmektedir. Araştırmada kadınların en fazla endişe yaşadıkları yakınma türü olduğu için ilaç kullanma oranında azımsanmayacak düzeydedir.

İçe kapanma-ağlama yakınmasında kadınların kullandıkları başetme yöntemleri olarak çoğunluğunun ağladığı (%94.3), yakınları ile konuşup rahatladığı (%13.2) kullanılan başetme yöntemleridir (Çizelge 4.3.1). Erdem (2006) çalışmasında kadınların içe kapanma-ağlama sorunuyla başetme yolu olarak %64.3'ünün ibadet ettiği, %42.9'unun tek başına kalmak istediği, %37.8'inin ağladığı kullanılan uygulamalardır.

Eklem-kas ağrıları yakınmasında kullanılan başetme yöntemleri incelendiğinde çoğunluğunun ilaç kullandığı (%51.8), yürüyüş yaptığı (%42.4), egzersiz yaptığı (%31.8) belirlenmiştir (Çizelge 4.3.1). Erdem (2006) çalışmasında kadınların kas-iskelet sistemi sorunuyla başetme yolu olarak sırasıyla ağrı kesici ilaç aldığı, doktora gittiği, ağrıyan bölgelere masaj yaptığı saptanmıştır. Hotun'un (1996) araştırmasında ise kadınların %75.7'sinin en fazla çözüm aradığı yakınma, eklem ve kemik ağrısı sorunu olduğu bulunmuştur. Araştırmada kas-eklem ağrılarınin kadınların yaşam kalitelerini ve hareket yeteneklerini etkilediği, kas ve eklem ağrısı sorununu ciddiye aldıkları ve ağrıyı çözmeye yönelik en fazla öneri aldıkları yakınma olduğu gözlenmiştir.

Kadınların iştah değişikliği-kilo artışında kadınların başetme yöntemi olarak çoğunlukla diyet yapmayı (%62.5), yürüyüş yapmayı (%30), herhangi bir uygulama yapmamayı (%23.8) tercih ettikleri bulunmuştur (Çizelge 4.3.1). Kadınların etkin başetme yöntemlerini kullandıkları görülmüştür.

Konstipasyon-hemoroid yakınmasında kadınların çoğunluğunun başetme yöntemi olarak sebze ağırlıklı beslendiği, posalı gıdalar yediği (%65), bol su içtiği (%60), doktor önerisiyle ilaç kullandığı (%25) saptanmıştır (Çizelge 4.3.1). Erdem'in (2006) çalışmasında kadınların büyük bir çoğunluğunda başetme yolu olarak sırasıyla sebze ağırlıklı beslenme, günde 8-10 bardak su içme, sabahları aç karnına ılık su içme ve düzenli olarak kayısı, erik gibi lifli gıdalar tüketmesi gibi davranışlar olarak belirlenmiştir. Kadınların yakınma ile ilgili uygun başetme yöntemlerini uyguladıkları, yakınma nedeniyle yaşam kaliteleri çok etkilenen kadınların doktora başvurarak öneri aldıkları ve ilaç kullandıkları düşünülebilir.

Çarpıntı yakınmasında kadınların kullandıkları başetme yöntemleri incelendiğinde çoğunluğunun sessiz, sakin bir yerde dinlendiği (%73.8), açık havaya çıktığı (%26.2), doktor önerisiyle ilaç kullandığı (%16.7) belirlenmiştir (Çizelge 4.3.2). Erdem (2006) çalışmasında kadınların, kardiyovasküler sistem sorunuyla başetme yolu olarak bir yere oturup heyecanın geçmesini beklediği, dua ettiği ve yakınlarıyla ya da ailesiyle birlikte olmayı istedikleri saptanmıştır. Yakınma karşısında endişe duyan kadınların, doktordan ilaç önerisi aldıkları düşünülebilir.

Deride kuruma-pullanma yakınmasında kadınların çoğunluğunun başetme yöntemi olarak nemlendirici krem kullanmayı (%76), bol su içmeyi (%28), herhangi bir uygulama yapmamayı (%12) tercih ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.3.2). Ergöl'ün (2001) araştırmasında deride kuruluk- pullanma sorunu yaşayan kadınların başetme yolu olarak herhangi bir uygulama yapmadıkları; Erdem'in (2006) çalışmasında kadınların %51.9'unun nemlendirici krem ya da vazelin kullandığı ve %14.8'inin gün içinde en az 8-10 bardak sıvı tüketme davranışı gösterdiği belirtilmiştir. Araştırmada kadınların uygun başetme yöntemleri kullandıkları görülmektedir. Herhangi bir uygulama yapmayan kadınların bu sorunu önemsemedikleri düşünülebilir.

Kadınların yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme yakınmasında çoğunluğunun başetme yöntemi olarak epilasyon yapmayı (%30.1), herhangi bir uygulama yapmamayı (%70.5) tercih ettikleri bulunmuştur (Çizelge 4.3.2). Ergöl'ün (2001) araştırmasında saç-

tüylerde dökülme sorunu yaşayan kadınların başetme yolu olarak herhangi bir uygulama yapmadıkları bulunmuştur. Erdem (2006) çalışmasında kadınların saç ve deride sorun yaşama durumlarıyla başetme yolu olarak kadınların çoğunluğunun %97.4'ünün herhangi bir uygulama yapmadığı, %93.8'inin tüylerini almayı tercih ettiği gibi çalışma ile benzer sonuçlar bulunmuştur. Uygulama yapmayan kadınların sorunu önemsemedikleri düşünülebilir.

Disparoni yakınmasında kadınların çoğunluğunun başetme yöntemi olarak herhangi bir uygulama yapmamayı (%46.7), eşile birlikte olmamayı (%36.7), ilişki sırasında kayganlaştırıcı krem, jel kullanmayı (%16.7) tercih ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.3.2). Ergöl'ün (2001) araştırmasında disparanoya ve cinsel isteksizlik sorunu yaşayan kadınların herhangi bir uygulama yapmadıkları (%97.2) bulunmuştur. Kadınların cinsel hayatları ile ilgili konuları mahrem tutup, sorunlarını paylaşmadıklarından dolayı bu sorun karşısında uygun başetme yöntemlerini kullanmadıkları düşünülebilir.

Cinsel ilgi azlığı yakınmasında kadınların kullandıkları başetme yöntemleri incelendiğinde çoğunluğunun herhangi bir uygulama yapmamayı (%61.3), eşi ile birlikte olmamayı (%38.7) tercih ettikleri bulunmuştur (Çizelge 4.3.2). Kadınların artan yaşla birlikte cinsel ilişki sıklığının azalması, bunu bir sorun olarak görmemeleri bu konuda başetme yöntemi kullanmamalarına neden olduğu düşünülebilir.

Kadınlarda sık ve ağırlı miksiyon yakınmasında çoğunluğunun başetme yöntemi olarak, bol su içtiği (%75.8), maydanoz suyu içtiği (%18.2), ilaç kullandığı (%15.2) bulunmuştur (Çizelge 4.3.2). Erdem'in (2006) çalışmasında kadınların ürogenital sistem sorunuyla başetme yolu olarak %64.3'ünün tuvalet ihtiyacı geldiğinde bekletmeden ihtiyacını karşıladığı, %58.6'sının doktora gittiği, %48.3'ünün gün içerisinde en az 8-10 bardak su tükettiği, %44.8'inin genital bölge hijyenine dikkat ettiği, %37.9'unun pamuklu iç çamaşırı giydiği, %34.5'unun idrarın asiditesini artıracak içecekler tükettiği ve %6.9'unun herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır.

Adet düzensizliği yakınmasında kadınların başetme yöntemi olarak herhangi bir uygulama yapmadığı (%81.8), doktora başvurduğu (%18.2) belirlenmiştir (Çizelge 4.3.2).

Şanlıoğlu (2001) çalışmasında kadınların %33.5'inin menopoz döneminde görülen kanamalarda ne yapılması gerektiğini bilmediklerini, %57'sinin bir sağlık kuruluşuna başvurmak gerektiğini, %3'ünün ise hiçbir şey yapılmaması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmada adet düzensizliği yaşayan kadınların sayısının az olması ve bu sorunda endişe duymamaları yakınma durumunda herhangi bir uygulama yapmamalarını etkilediği düşünülebilir.

5.4. Kadınların Menopozal Yakınmaları İle Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların İncelenmesi

Yaş Grupları

Kadınların menopozal yakınmaları ile yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Konuyla ilgili olarak Bardel ve ark (2002) yaptığı bir çalışmada bu çalışma ile benzer sonuçlar bulunmuş, yaştan menopozal yakınmalar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığını belirtmiştir. Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında ise kadınların yaş gruplarına göre sıcak basması-gece terlemesi, dispareni ve adet düzensizliği yakınmalarında anlamlı fark bulunmuştur.

Eğitim Düzeyi

Çalışmada kadınların, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, çarpıntı, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, cinsel ilgi azlığı gibi menopozal yakınmalarında eğitim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.4.1). Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda bu yakınmalar, eğitim düzeyi düşük olan kadınlara göre daha az görülmektedir. Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında kadınların eğitim düzeyi ile uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik ve eklem-kas ağrısı gibi yakınmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlemiş ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınların menopozal yakınmaları daha az yaşadığı ifade edilmiştir.

Çalışma Durumu

Kadınların çalışma durumunun uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, çarpıntı, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme yakınmaları üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Çalışan kadınlarda bu menopozal yakınmaların daha az görüldüğü saptanmıştır. Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur, uykusuzluk yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları ve sık-ağrılı miksiyon yakınmaları ile çalışma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Medeni Durumu

Çalışmaya katılan kadınların medeni durumlarının, içe kapanma-ağlama, iştah değişikliği kilo artışı yakınmaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Evli olmayan kadınların bu yakınmaları daha çok yaşadığı görülmüştür. Eşleri olmayan kadınların eş desteği eksikliği nedeni ile içe kapanma-ağlama yakınmasını daha çok yaşadıkları düşünülebilir. Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında ise aksine iştah değişikliği-kilo artışı yakınmasının evli olmayan kadınlarda, evli kadınlara oranla daha az görüldüğünü ve anlamlı farklılık olduğunu saptamıştır.

Gelir Durumu

Kadınların gelir durumlarının içe kapanma-ağlama yakınması üzerinde etkili olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi düşük olan kadınlarda içe kapanma-ağlama yakınması daha sık görülmektedir. Tortumluoğlu (2003) çalışmasında kadınların gelir düzeyine göre uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi,

sinirlilik-gerginlik ve eklem-kas ağrısı yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuştur.

Bilgi Alma Durumu

Kadınların menopozal döneme yönelik bilgi alma durumlarının baş ağrısı-baş dönmesi yakınması üzerine etkili olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır. Bilgi almayan kadınlarda bu yakınma daha fazla görülmüştür. Tortumluoğlu (2003) çalışmasında klimakterik döneme yönelik bilgi alma durumlarına göre kadınların sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk, yorgunluk, baş ağrısı, sinirlilik ve çarpıntı yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır.

Dönemi Algılama Biçimi

Kadınların menopozal dönemi algılama biçimlerinin, sıcak basması-gece terlemesi, cinsel ilgi azlığı yakınmaları üzerinde etkili olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır. Menopozu olumsuz algılayan kadınlarda bu yakınmaların daha fazla yaşandığı görülmüştür. Tortumluoğlu'nun (2003) çalışmasında dönemi kötü algılayanlarda eklem-kas ağrısı, cinsel ilgide azalma ve sık-ağrılı miksiyon yakınmaları dönemi iyi algılayanlara göre daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

Hastalık Durumu

Kadınların kronik hastalık durumlarında baş ağrısı-baş dönmesi ve çarpıntı yakınmalarını daha fazla yaşadıkları, istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir.

Sigara Kullanma Durumu

Kadınların menopozal yakınmaları ile sigara kullanma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tortumluoğlu (2003) çalışmasında ise sigara kullanan kadınlarda sıcak basması-gece terlemesi yakınmalarının daha sık görüldüğünü saptamıştır.

SONUÇ

Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve başetme yollarını belirlemek amacıyla 132 kadın üzerinde yapılan araştırmanın sonuçları şunlardır:

- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 48.98 ± 3.87 ve %58.3'ünün ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları görülmüştür. Kadınların çoğunluğunun (%87.9) evli, %50'sinin çalıştığı, %78.8'inin gelir durumunun yeterli olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.1.1).
- Evli olan kadınlardan %78.4'ünün evlilik hayatlarından memnun olduğu, %76.5'inin sigara kullanmadığı, %44.7'sinin boş zamanlarını ev işi yaparak geçirdikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.1.2).
- Araştırmada kadınların menopozla ilgili bilgi aldığı (%68.9) ve daha çok (%82.4) menopoz belirtilerine yönelik bilgi aldıkları saptanmıştır. Kadınların bu bilgileri doktorlardan (%42.9) edindiği belirlenmiştir (Çizelge 4.1.4).
- Araştırma bulgularına göre kadınların menopoza yaşamın normal bir dönemi olarak gördükleri, adetten kurtuldukları ve gebe kalmaktan kurtuldukları için dönemi olumlu (%56.8) olarak algıladıklarını, menopoz döneminin sıkıntılı bir dönem olduğu, yaşlılığın başlangıcı, kadınlığın kaybı nedenleriyle olumsuz (%43.2) olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.1.4).

- Kadınların menopozal dönemde en sık yaşadıkları ilk üç yakınmanın sırasıyla; sıcak basması-gece terlemesi (%72.7), sinirlilik-gerginlik (%71.2), uykusuzluk-yorgunluk (%68.9) olduğu, en az yaşadıkları yakınmaların ise adet düzensizliği (%8.3), dispareni (%22.7), sık ve ağrılı miksiyon (%25) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2.1).
- Kadınların menopozal dönemde en sık endişe yaşadıkları ilk üç yakınmanın sırasıyla; çarpıntı (%19), sinirlilik-gerginlik (%14.9), sıcak basması-gece terlemesi (%8.3) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2.1).
- Kadınların menopozal dönemde en sık öneri aldıkları ilk üç yakınmanın sırasıyla; kas-eklem ağrıları (%49.4), çarpıntı (%35.7), baş ağrısı-baş dönmesi (%34.8) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2.1).
- Sıcak basması-gece terlemesi yakınması kadınlar arasında en fazla yaşanan (%72.7) yakınmadır. Kullanılan başetme yöntemleri incelendiğinde ince giysiler giymek (%42.7), dışarı açık havaya çıkmak (%42.7), duş almak (%32.3) başvuru alan uygulamalardır. Yakınmanın yaşanmasında yaş gruplarının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, hastalık durumunun ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir. Fakat menopozal dönemi olumlu algılayanlarda yakınmanın daha az yaşandığı görülmüştür.
- Uykusuzluk-yorgunluk yakınması %68.9 oranında yaşanmakta, bu yakınma karşısında ilaç almak (%40.7), televizyon izlemek (%36.3), kitap okumak (%28.6) kullanılan başetme yöntemleridir. Eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Yakınmanın yaşanmasında yaş gruplarının, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık durumunun ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.

- Baş ağrısı-baş dönmesi yakınması %34.8 oranında yaşanmaktadır. Yakınma durumunda ilaç kullanmak (%82.6), sessiz, sakin bir ortamda dinlenmek (%28.3) kullandıkları başetme yöntemleridir, %6.5'inin ise herhangi bir uygulama yapmadığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan, çalışan, bilgi almayan ve hastalığı olmayan kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Yakınmanın yaşanmasında yaş gruplarının, medeni durumun, gelir durumunun, dönemi algılama biçiminin ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- Sinirlilik-gerginlik yakınması kadınlarda %71.2 düzeyinde görülmektedir. Kullanılan başetme yöntemleri incelendiğinde yalnız kalmak için dışarı çıkmayı (%42.6), müzik dinlemek, takı yapmak gibi farklı işlerle uğraşmayı (%25.5), etrafındaki kişilere bağırma (%22.3), ilaç kullanmayı (%19.1) tercih ettikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.3.1). Eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Yakınmanın yaşanmasında yaş gruplarının, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- İçer kapanma-ağlama yakınmasında kadınların %40.2'sinde yaşanmaktadır. Yakınma durumunda kadınların ağladığı (%94.3), yakınları ile konuşup rahatladığı (%13.2) kullanılan başetme yöntemleridir. Eğitim düzeyi yüksek olan, çalışan, gelir düzeyi yeterli kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Yakınmanın yaşanmasında yaş gruplarının, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisinin olmadığı belirlenmiştir.
- Eklem-kas ağrılarında kadınların %64.4'ünün yaşadığı bir yakınmadır. Kadınlar yakınma durumunda ilaç kullanmayı (%51.8), yürüyüş yapmayı (%42.4), egzersiz yapmayı (%31.8) tercih etmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Kadınların yaş gruplarının, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun yakınmanın yaşanmasında etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

- İştah değişikliği-kilo artışında kadınların başetme yöntemi olarak diyet yapmayı (%62.5), yürüyüş yapmayı tercih ettikleri (%30), %23.8'inin ise herhangi bir uygulama yapmadığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- Konstipasyon-hemoroid kadınların %30.3'ünde yaşandığı; yakınmada sebze ağırlıklı beslenmek, posalı gıdalar yemek (%65), bol su içmek (%60), doktor önerisiyle ilaç kullanmak (%25) kadınların kullandıkları başetme yöntemleridir (Çizelge 4.3.1). Çalışan kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, eğitimin, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- Çarpıntı yakınması kadınların %31.8'inde görülmektedir. Kullandıkları başetme yöntemleri incelendiğinde sessiz, sakin bir yerde dinlendiği (%73.8), açık havaya çıktığı (%26.2), doktor önerisiyle ilaç kullandığı (%16.7) belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- Deride kuruma-pullanma yakınması kadınların %37.9'unda görülmektedir. Kadınların nemlendirici krem kullanmayı (%76), bol su içmeyi tercih ettikleri (%28), %12'sinin ise herhangi bir uygulama yapmadığı belirlenmiştir. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.

- Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme yakınması kadınların %46.2'sinde yaşanmaktadır. Kadınların epilasyon yaptığı (%30.1), %70.5'inin ise herhangi bir uygulama yapmadığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- Disparoni yakınması kadınlarda %22.7 oranında yaşanmaktadır. Bu yakınmada %46.7'sinin herhangi bir uygulama yapmadığı, eşiyle birlikte olmadığı (%36.7), ilişki sırasında kayganlaştırıcı krem, jel kullandıkları (%16.7) belirlenmiştir. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- Cinsel ilgi azlığı yakınması kadınların %57.6'sında yaşanmaktadır. Kadınların bu yakınmada %61.3'ünün herhangi bir uygulama yapmamayı, eşi ile birlikte olmamayı (%38.7) tercih ettikleri görülmüştür. Menopozal dönemi olumlu algılayan kadınlarda yakınma daha az yaşanmaktadır. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.
- Sık ve ağrılı miksiyon yakınması kadınlarda %25 oranında yaşanmaktadır. Kadınların yakınma durumunda bol su içtiği (%75.8), maydanoz suyu içtiği (%18.2), ilaç kullandığı (%15.2) kullanılan başetme yöntemleridir. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.

- Adet düzensizliği yakınması kadınların %8.3'ünde görülmektedir. Kadınların %81.8'inin herhangi bir uygulama yapmadığı, %18.2'sinin doktora başvurduğu belirlenmiştir. Yakınmanın yaşanmasında kadınların yaş gruplarının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, medeni durumun, gelir durumunun, bilgi alma durumunun, dönemi algılama biçiminin, hastalık ve sigara kullanma durumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışma birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşire ve ebelerin menopoza döneme yönelik daha etkin eğitim vermelerinin gerekli olduğunu göstermiştir. Hemşirelerin ve ebelerin her türlü sağlık bakımı verirken, menopoza dönemdeki kadınları bu dönemdeki temel gereksinimleri açısından da ele alarak değerlendirmeleri ve danışmanlık yapmaları gerekmektedir. Menopozun bir kayıp değil, değişiklik olarak algılanmasını sağlayacak biçimde sürekli eğitim programlarının olması ve kadınların bu programlara katılımlarının sağlanması önerilebilir.

ÖZET

Araştırma, Aydın ili Merkez 9 Nolu Sağlık Ocağı bölgesindeki kadınlarda görülen menopozal yakınmalarla, bu yakınmalarda kullandıkları başetme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada veriler, Aydın il sınırlarında bulunan Merkez 9 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde oturan menopoz dönemindeki kadınlar için hazırlanmış “Soru Formu” ve “Menopozal Yakınmaları Tarama Listesi” aracılığıyla yüz yüze görüşülerek 17 Eylül 2007- 31 Aralık 2007 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini Merkez 9 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde oturan araştırma kriterlerine uygun olan, basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen menopoz dönemindeki 132 kadın oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formül ile hesaplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Kadınların yaş ortalaması 48.98 ± 3.87 olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumları incelendiğinde %41.7'sinin ilkokul, %23.5'inin lise, %18.2'sinin üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %87.9'unun evli, %50'sinin çalıştığı, %78.8'inin gelir durumunun yeterli olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %68.9'unun menopoz dönemine yönelik bilgi aldığı, bilgi alan kadınların bu bilgileri %42.9'unun doktordan aldığı, %56.8'inin menopoz dönemini olumlu algıladığı, %43.2'sinin ise menopoz dönemini olumsuz algıladığı saptanmıştır.

Kadınların menopozal dönemde en sık yaşadıkları ilk üç yakınmanın sırasıyla; sıcak basması-gece terlemesi (%72.7), sinirlilik-gerginlik (%71.2), uykusuzluk-yorgunluk (%68.9) olduğu, endişe yaşadıkları ilk üç yakınmanın sırasıyla; çarpıntı (%19.0), sinirlilik-gerginlik (%14.9), sıcak basması-gece terlemesi (%8.3) olduğu, öneri aldıkları ilk üç yakınmanın sırasıyla; kas-eklem ağrıları (%49.4), çarpıntı (%35.7), baş ağrısı-baş dönmesi (%34.8) olduğu belirlenmiştir.

Kadınların yakınmalar karşısında çeşitli başetme yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin ve ebelerin menopozal dönemdeki kadınlara menopoza yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması düzenli eğitim programlarının uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, menopozal yakınmalar, başetme yöntemleri.

SUMMARY

This is a descriptive study and was performed to investigate menopausal complaints and coping strategies among the women provided health care by Health Clinic 9 in the city of Aydın, Turkey. Data were collected at face to face interviews with a questionnaire and Menopausal Complaints Screening Checklist between 17 September 2007 and 31 December 2007. A simple random sampling was used to select 132 menopausal women. Data were analyzed with descriptive statistics and Chi-square test.

The mean age of the women was 48.98 ± 3.87 years. 41.7% of the participants were primary school graduates, 23.5% were high school graduates, 18.2% were university graduates or had higher education, 87.9% were married, 50% were employed and 78.8% had sufficient income. 68.9% of the women received information about menopause. 42.9% of the participants received this information from a doctor, 56.8% had a positive attitude towards menopause, but 43.2% had a negative attitude towards menopause.

The most frequent three menopausal complaints were flushing-night sweating (72.7%), nervousness-irritability (71.2%) and sleeplessness-tiredness (68.9%), the most frequent three complaints the women felt anxious with were palpitation (19.0%), nervousness-restlessness (14.9%) and flushing-night sweating (8.3%) and the most frequent three complaints they asked for recommendations about were musculoskeletal pain (49.4%), palpitation (35.7%) and headache-dizziness (34.8%).

The women had various strategies to cope with the complaints. Education and counselling provided by nurses for menopausal women should be more effective and appropriate education programs should be conducted regularly.

Key words: Menopause, menopausal complaints, coping strategies.

KAYNAKLAR

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins (2001), *Clinical management guidelines for obstetriciangynecologists: use of botanicals for management of menopausal symptoms*, Obstet Gynecol, 97: 1-11.

Akan N (1999), *Osteoporoz olgusunda hemşirenin bilmesi gerekenler*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2), 1-9.

Albertazzi P, Bottazzi M, Purdie DW (2003), *Gabapentin for the management of hot flushes: a case series*, Menopause, 10:214-217.

Arıkan İİ (2005), *Postmenapozal hastalarda vücut kitle indeksi ve hormon profilinin endometriyal kalınlığa etkisi*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Arslan H, Altınsoy N (2004), *Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi*, Kadın Cinsel Sağlığı, 360-363

Arslan H, Altınsoy N (2004), *Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi*, Androloji Bülteni, 19, 360-363.

Bastos, CA, Oppermann K, Fuchs SC (2006), *Determinants of ovarian volume in pre-menopausal transition, and post-menopausal women: a population-based study*, Maturitas, 53, 405-412.

Bardel A, Wallender MA, Svardsudd K (2002), *Hormone replacement therapy and symptom reporting in menopausal women*. Maturitas, 41(1):7-15.

Bayraktar R, Uçanok Z (2004), *Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi*, Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:5, Cilt:2, Yıl:5, Nisan-Haziran

Biri A, Bakar Ç, Maral I (2004), *40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgileri, menopoz ile ilgili yakınmaları ve hormon replasman tedavisi kullanma durumları*, Jinekoloji-Obstetrik, Cilt:14, Sayı:2, 68-72.

Bediz D (2003), *I. Basamakta menapoz ve osteoporozda karşılaşılan sorunlar*, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, 70-72.

Berek JS, Hurd WW (1996), *Menopause*, Novak's Gynecology, Williams & Wilkins Baltimore USA, 981-991

Boulet MJ, Oddens BJ, Lehert P, Vemer HM, Visser A (1994), *Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries*, Maturitas 19(3);157-176

Cairu L, Göran S (2003), *Menopause-related symptoms*, Am J Obstet Gynecol, 189-6: 1646-1653.

Canbaz S, Sünter AT, Süren C, Pekşen Y (2005), *Kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri, gebelik ve doğum sonu dönemdeki çalışma koşulları*, Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal of Kocatepe, 6: 39-44 / Mayıs

Carrol D (2006), *Menapoz döneminde sıcak basmaları için hormon dışı tedaviler*, Güncel Tıp Dergisi, 14(5), 23-32.

Chamberlin G, Hamilton DF (2005), *Menopoz ve tedavisi*, Obstetrik ve Jinekoloji, Nobel Tıp Kitapevi, sayfa: 55-65, Ankara.

Chesnut CH, Rosen CJ (2001), *Antirezorptif tedavilerin osteoporotik kırıkların azaltılmasındaki etkilerine yeniden bakış*, Journal of Bone and Mineral Resarch, 16(12), 2163-2173.

Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EMD, Chong YS, MS (2002), *The prevalence of menopausal symptoms in a community in singapore*, Maturitas, 41 (4):275-282.

Cobin RH, Bledsoe MB, Futterweit W (1999), *AACE Medical guidelines for clinical practice for management of menopause*, Endocrine Practice, 5(6), 355-366, 1999

Conboy I, Domar A, Connel EO (2001), *Women at mid-life: symptoms, attitudes, and choices, an internet based survey*, Maturitas, 38(29):211-215.

Cutson T, Meuleman E (2000), *Managing menopause*, American Family Physician, 61(5), 1.

Çağlayan EK (2004), *Hormon replasman tedavisinin perimenopoz ve postmenopozal kadınlarda psikolojik semptomlara etkisi*, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.

Danacı A, Oruç S, Adıgüzel H, Yıldırım A (2000), *Menopoz döneminde cinsel, psikolojik ve hormonal değişkenlerin ilişkisi*, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(4): 293-299.

Dennerstein L (1996), *Well-being symptoms and the menopausal transition*, Maturitas 23(2):147-157.

Edwards BJ, Iris M, Ferkel E (2006), *Postmenopausal woman with minimal trauma fractures are unapprised of the existence of low bone mass or osteoporosis*, Maturitas, 53, 260-266.

Elavsky S, McAuley E (2005), *Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause*, Maturitas, 52, 374-385.

Erdem Ö (2006) *Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve başetme yolları*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Erdemli E, Serin S, Tekelioğlu M (2002), *Osteoporoza yeni çözüm*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55(1), 11-16.

Erel CT (2004), *Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir?*, TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 6:53-57.

Ergöl Ş (1999), *Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi, uygulama ve tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Ankara.

Erkin G, Akımbingöl M (2004), *Kemik mineral yoğunluğu ölçümü yapılmış olan geriatrik olguların özellikleri*, Geriatri, 7(2), 84-88.

Ertem GK (1998), *Menopoz polikliniğine başvuran kadınların menopoza ilişkin yakınmalarına verilen planlı eğitiminin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Evlice Ye, Tamam L, Karataş G (2002), *Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:108-112.

Fredman RR (2005), *Hot flashes: behavioral treatments, mechanisms and relation to sleep*, The American Journal of Medicine, 118(12), 1245-1305.

Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Juang KD, Chin LM (2001), *The kinmen women health investigation (kíwí): a menopausal study of a population aged 40-54*, Maturitas;39:117-124.

Gezer A (2004), *Menopoz ve osteoporoz*, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Güneş Kitabevi, Ofset Matbaacılık, 1163-1165, Ankara.

Go VL, Champaneria MC (2002), *The new world of medicine: prospecting for health*, Nippon Naika Gakkai Zasshi; 20: 159-63.

Guttuso TJ, Kurlan R, McDermott MP (2003), *Kieburz: gabapentin's effects on hot flashes in postmenopausal women: a randomized controlled trial*, Obstet Gynecol 2003;101:337-345.

Güney N (2006) *Park sağlık ocağı bölgesinde 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz yaşı ve perimenopozal semptomların tespiti*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Güngör L (2003), *Elazığ yenimahalle eğitim ve araştırma sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınların menopoza hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları*, Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ.

Grisso JA., Freeman EW, Maurin E (1999), *Racial differences in menopause information and the experience of hot flashes*, Journal of General Internal Medicine, 14, 98-103.

Hamm BR, Dahl NV (2002), *Herbs, Menopause and Dialysis*, Seminars in Dialysis, 15(1), 53-59.

Hasler C, Finn S (1998), *Soy: just a hill of beans?*, Journal Womens Health, 7: 519-523.

Hotun N (1996), *Kadınların klimakterik dönemine özgü gereksinimleri ve hemşirenin rolü*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Hotun N (1998), *Bir kilometre taşı: menopoza*, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları, Yayın no:2, İstanbul

Hvas L (2001), *Positive aspects of menopause*, A qualitative study, Maturitas 39:11-17.

Hvas L (2006), *Menopausal women's positive experience of growing older*, Maturitas, 54(3), 245-251

Işık G, Vural G (2001) *Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri*, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 1(1):39-48.

Jou HJ, Ling PY, Wu SC (2005), *Comparison of 70mg and 35mg isoflavone soya supplement for menopause symptoms*, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 159-160.

Jimenez LJ. Perez SG (1999), *The attitude of the woman in menopause and its influence on the climacteric*, Ginecol Obstet Mex., 67:319-322.

Kabukçu N (2000), *Çukurova üniversitesi tıp fakültesi balcalı hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine menopoza nedeni ile başvuran kadınların sağlık sorunlarının ve etki eden faktörlerin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Karaman D (2007), *Çalışan ve çalışmayan fertil çağındaki kadınlarda istemsiz gebelik sıklığı ve gebe kalmak istememe nedenleri*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Karanisaoğlu H (1989), *Menopozda cinsel işlev bozuklukları ve hemşirelik yaklaşımı*, Hemşirelik Bülteni, (III) 14: 103-106.

Karadavut K, Başaran A, Çakçı A (2002), *Osteoporoz dünyasında d vitaminin yeri*, Geriatri, 5(3), 115-122.

Kızılırmak A (2003), *Menopoz dönemindeki kadınların menopoz nedeniyle sağlık kuruluşlarından yararlanma durumu*, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Karaçam Z, Şeker S (2007), *Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women*, Maturitas, Volume 58, Issue 1, 20, Pages 75-82

Kocabalkan F, Baykal Y, Bozoğlu E (2000), *Yaşlılarda kardiyovasküler risk faktörü olarak homosistein*, Geriatri, 3(2), 69-73.

Koebnick C, Reimann M, Carlson A (2005), *The acceptability of isoflavones as a treatment of menopausal symptoms: a european survey among postmenopausal women*, Climacteric, 8, 230-242.

Küçükardalı Y, Solmazgül E, Kaplan M, Şahan B, Salmanoğlu M (2006), *huzurevinde yaşayan yaşlı popülasyonunda osteoporoz taraması*, Turkish Journal of Geriatrics, 9(1):25-29.

Kronenberg F, Fugh-Berman A (2002), *Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trial*, Ann Intern Med, 137: 805-13.

Lock M (1991), *Symptom reporting at menopause: a review of cross-cultural findings*, J Br Menopause Soc., Dec;8(4):132-6.

Lock M (1994), *Menopause in cultural context*, Exp Gerontol, 29(3-4):307-17.

Lock M (1998), *Menopause: lessons from anthropology*, Psychosom Med., Jul-Aug;60(4):410-9.

Loh FH, Khinb LW, Saw SM (2005), *The age of menopause and the menopause transition in a multiracial population: a nationwide Singapore study*, Maturitas (in press).

Lowdermik DL, Perry SE, Bobok IM (1997), *Maternity and women's health care infertility*, St Louis Mosby, 1200-1213.

Malacara JM, Çetina TC, Bassol S (2002), *Symptoms at pre- and postmenopause in rural and urban women from three States of Mexico*, Maturitas, 43:11-19.

Mazhar SB, Gul-e-Erum (2003), *Knowledge and attitude of older women towards menopause*, Journal Coll Physicians Surg Pakistan, 13(11):621-4.

Messina MJ (2002), *Soy Foods and soybean isoflavones and menopausal health*, Nutrition in Clinical Care, 5(6), 272-282.

Mishra G, Kuh D (2006), *Perceived change in quality of life during the menopause*, Social Science & Medicine, 62, 93-102, 2006.

Morelli V, Naquin C (2002), *Alternative therapies for traditional disease states: menopause*, Am Fam Physician, 66(1), 29-34.

Nanette S (2005), *The menopausal transition*, The American Journal of Medicine, 118, 8-13.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCAM) (2005), *Menopause*, Erişim: [http://nccam.nih.gov/health/menopause.htm], Erişim Tarihi: 13.03.2008

Neugarten B, Kraines J (1965), “*Menopausal syptoms*” in *women of various ages*, Psychosom Med, 27, pp. 266-273.

Neff MJ (2004), *NAMS Releases position statement on the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause*, American Family Physician, 70, 2.

Newton K, Reed SD, Grothaus L, (2005), *The herbal alternatives for menopause study: background and study design*, Maturitas, 52:134-146.

O’Connell E (2005), *Mood, energy, cognition, and physical complaints: a mind/body approach to symptom management during the climacteric*, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 34(2), 274-279.

Oldenhav A, Jaszmann LJB, Haspels AA (1993), *Impact of climacteric on wellbeing: A survey based on 5213 women 39-60 years old*, Am J Obstet Gynecol; 168:772-780.

Oskay Ü (1995), *Kadınların menopoz dönemindeki sağlık sorunlarına ilişkin bilgilerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Öge A (2004), *Yaşlanmayla oluşan endokrin değişiklikler tedavi yaklaşımları*, Türk Geriatri Dergisi, 7(2), 117-121.

Özgürtaş T, Yıldız C, Kutluay T (2000), *Osteoporozun tanımı, teşhisi ve tedavisi*, Sağlık ve Toplum, 10(4), 1-4.

Özcebe H, Üstünsöz A (2001), *Menopoz ve postmenopozal dönemde kadın sağlığı*, Aktüel Tıp Dergisi, Cilt:6, Sayı:1, 60-67.

Özkan A (2006), *Cerrahi yolla menopoza giren kadınlara verilen eğitimin, menopozal yakınmaları algılamasına ve yaşam kalitesine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özdemir O, Çöl M (2004), *The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara*, Maturitas, 49, 211–219.

Özşener S (2005) , *Menopoz ve osteoporoz*, 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı, 54-56.

Pan HA, Wu MH, Hsu CC, Yao BL, Huang KE (2002), *The perception of menopause among women in taiwan*, Maturitas, 41 (4); 269-274.

Punyahotra S (1999), *An asian perspective of the menopause*, Maturitas 27(1):3

Rizk DD, Bener A, Ezimokhai M (1998), *The age and symptomatology of natural menopause among united arab emirates women*, Maturitas, 29(3); 17: 97-202

Rossini M, Piscitelli P, Fitto F, Camboa P, Angeli A, Guida G (2005), *Incidence and socioeconomic burden of hip fractures in Italy*, Reumatismo, 57(2): 97-102

Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palanci Y, Toksöz P (2005) *Diyarbakır il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları*, Dicle Tıp Dergisi, Cilt:32, Sayı:2, (77-83).

Saraçoğlu F (1998) *Menopoz ve HRT*, Geriatri, 1(2), 76-88.

Shea JL (2006), *chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes*, Climacteric, 9,30-39.

Seçkin NC, Şener AB, Turhan NÖ, Gökmen O, Orhon E, Bulgurlu (1998), *The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in turkish women*, Maturitas, 30(1):37-40.

Somer E (1997) *Managing menopause with diet*, (includes related article on soy foods), Erişim: [[http:// www.find.article.com](http://www.find.article.com)], Erişim Tarihi: 15.03.2008

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (2005), Biyoistatistik, Alp Ofset Matbaacılık, s:264-267, Ankara.

Şanlıoğlu S (2001), *Kastamonu merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45-60 yaş grubu kadınların menopoz ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Şen YÇ (2005), *Menopoz kadınında uyku kalitesinin saptanması ve uyku kalitesini bozan etkenlerin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Şen E, Sevil Ü (2008), *Menopoz semptomlarında tamamlayıcı tedaviler*, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 16- Sayı 62: 136-142 (ISSN 1304- 4869)

Şirin A (1995). *Kadın ve menopoz*, İzmir Ege Üniversitesi Basımevi, s: 1-82..

Taşkın L (2007), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 7. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Thorp MJ, Gavin NI, Ohsfeld RL (2001), *Hormone Replacement therapy in postmenopausal women: utilization of health care resources by new users*, American and Gynecology, 185(2), 318-319.

Thunell L, Stadbrg E, Milsom IA (2004), *Longitudinal Population Study of Climacteric Symptoms and Their Treatment in a Random Sample of Swedish Women*, Climacteric, 7, 357-365.

Tokuç B, Kaplan PB, Balık GÖ, Gül H (2006), *Trakya üniversitesi hastanesi menopoş polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi*, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, Cilt: 3 Sayı: 4 Sayfa: 281-287

Tortumluoğlu G (2003), *Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopoşal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Tortumluoğlu G (2004), *Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü*, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN:1303-5134.

Tortumluoğlu G (2004), *Asyalı ve Türk kadınlarında menopoş*, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN:1303-5134.

Tuna V (2005), *Cerrahi menopoş ve doğal menopoş olgularında kan lipid profili. trombotik sistem, arteriyel elastisite ve psikoseksüel parametrelerdeki değişiklikler*, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Tüzün Ş, Aktaş İ, Akarımak Ü, Sipahi S, Tüzün F (2004), *Postmenopoşal osteoporozda yoga eğitiminin denge ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*, Osteoporoz Dünyasından, 10 (3): 118-122.

Uslu H (2004), *Postmenopoşal Raloksifen HCI kullanımının serum kemik mineral yoğunluğu skorlarına etkisi*, Uzmanlık Tezi, Zeynep Kamil Kadın - Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Ustaoglu Y, (2006) *Şifalı Bitkiler*, Erişim: [<http://www.ercenkforum.com /archive /index. php ?t-116.html>], Erişim Tarihi: 03.04.2008

Uptan S (1999), *Klimakterik dönemdeki kadınların öz-bakım gücünün artırılmasında hemşirenin rolü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ünlüer E (2005) *Postmenopoşal kadınlarda yılan otu tedavisinin vasküler elastisite, kan lipid profili ve vazomotor semptomlar üzerine etkilerinin araştırılması*, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Özdel O, AmukT (2005) *Doğal ve cerrahi menopoşda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki*, Klinik Psikiyatri, 8:109-115.

Velasco MV, Hernandez E, Ojeda-Mijares RI, Pozos-Cavanzo JL, Camacho-Rodriguez MA, Cardona-Perez JA (2000), *Experience and knowledge about climacteric and menopause in women in mexico city*, Gac Med Mex, 136(6):555-564.

Yahya S (2003), *Age, pattern and symptoms of menopause among rural women of lahore*, Journal of Ayub Medical College, 14, 3.

Yıldırım İ (1991), *Stres ve stresle başa çıkma da gevşeme teknikleri*, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 6/ 175-189 .

Wines N, Wilsteed E (2001), *Menopause ve skin*, Australasian Journal of Dermatology, 42, 149-160.

Woods NF, Mitchell ES (2005), *Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives*, The American Journal of Medicine, 118(12), 14-24.

[[http:// nursingworld.org/mods/archive/mod130/temp.htm](http://nursingworld.org/mods/archive/mod130/temp.htm)], Erişim Tarihi: (26.04.2008)

ÖZGEÇMİŞ

Nesrin Oğurlu 05.06.1980 yılında Aydın'ın Çine ilçesinde doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Çine'de tamamlamıştır. 1998 yılında Çine 70. Yıl Sağlık Meslek Lisesinin Hemşirelik Bölümünden mezun olmuş, aynı yıl Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hemşire olarak göreve başlamıştır. 1999 yılında Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde lisans öğrenimine başlamış, 2003 yılında mezun olmuştur. 2006 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum - Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD'da yüksek lisans programına başlamıştır. Şu an Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak görevlendirilmiş bulunmakta ve halen çalışmalarına devam etmektedir.

TEŞEKKÜR

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda tez çalışmam süresince danışmanlık yaparken her türlü yardımlarını esirgemeyen danışman Sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Hilmiye Aksu'ya ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma gösterdikleri desteklerden dolayı çok teşekkür ediyorum.

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli önerileriyle bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan Sayın Prof. Dr. Ümran Sevil'e ve Sayın Yard. Doç. Dr. Zekiye Karaçam'a çok teşekkür ediyorum.

Tezimin verilerinin toplanması aşamasında yardımları geçen Aydın Merkez 9 Nolu Sağlık Ocağı doktor, hemşire, ebe ve yardımcı personeline yardımlarından dolayı teşekkür ediyorum.

Araştırmamıza katılmayı kabul eden hastalara teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak tüm yaşamım boyunca her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen sevgili anneme, babama, eşim Yrd. Doç. Dr. Mustafa Oğurlu'ya, biricik çocuklarım Ayşe Hilal ve Burak Tahir'e sonsuz teşekkür ediyorum.

KADINLARIN ÇALIŞMA DURUMUNUN, MENOPOZAL YAKINMALARINA VE BAŞETME YÖNTEMLERİNE ETKİSİ

Kadınlar yaşamlarının 1/3'ni menopozal dönem ve bu döneme özgü yakınmalarla geçirmektedirler. Benzer hormonal değişiklikler geçirmelerine rağmen, kadınların yaşadıkları menopozal yakınmalar değişiklikler göstermektedir. Son yıllarda ülkemizde de kadınlar çalışma hayatında aktif olarak yer almaktadırlar. Bu araştırma çalışan ve çalışmayan kadınların menopoz dönemindeki yakınmalarını ve bunlarla başetme yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu amaçla düzenlenen anket formunu doldurmanız istenmektedir. Sorularımıza vereceğiniz cevaplar, sadece istatistikî bilgi olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.

Sosyo-Demografik Veriler

1. Yaşınız

2. Eğitim durumunuz nedir?

- () 1. Okur-yazar () 2. İlkokul Mezunu () 3. Ortaokul Mezunu
() 4. Lise Mezunu () 5. Üniversite ve üstü

3. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- () 1. Okur-Yazar () 2. İlkokul Mezunu () 3. Ortaokul Mezunu
() 4. Lise Mezunu () 5. Üniversite

4. Medeni Durumunuz nedir?

- () 1. Evli () 2. Bekar () 3. Diğer

5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

6. Cevabınız evet ise kaç yıldır çalışıyorsunuz? Yıl

7. Ne iş yapıyorsunuz?

.....

8. Sigara kullanıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

9. Sigara Kullanıyor iseniz günde ne kadar kullanıyorsunuz? Günde..... adet

10. Herhangi bir hastalığınız var mı? () 1. Evet () 2. Hayır

11. Cevabınız evet ise hastalığınızı yazınız.

.....

12. Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? () 1. Evet () 2. Hayır

13. Cevabınız evet ise kullandığınız ilacın adı nedir?

14. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendirirsiniz?

- () 1. Yetersiz (Gelir giderden az)
() 2. Yeterli (Gelir gidere denk)
() 3. Yüksek (Gelir giderden çok)

15. Ailenizde siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında yaşayan bireyler var mı?

() 1. Var () 2. Yok

16. Ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birey var mı? () 1. Evet () 2. Hayır

17. Bakıma muhtaç birey varsa, kaç kişi?

18. Evlilik hayatınızdan memnun musunuz?

() 1. Çok memnunum () 2. Memnunum

() 3. Memnun değilim () 4. Hiç memnun değilim

19. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

() 1. Ev işi yaparak () 2. İbadet ederek () 3. El işi yaparak ve ibadet ederek

() 4. Hiçbir şey yapmadan () 5. Sosyal aktivitelerle () 6. Diğer.....

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

() 1. Evet 2. Hayır

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

() 1. Ebe-Hemşire () 2. Doktor () 3. Komşu ve akrabalar

() 4. Kitle iletişim araçları () 5. Diğer

22. Hangi bilgileri aldınız?

.....

23. Ailede kararlara katılıyor musunuz?

() 1. Evet () 2. Hayır () 3. Kısmen

24. Menopozal dönemi nasıl algıyorsunuz?

.....

.....

Başetme Yöntemleri ile ilgili Sorular

1. Sıcak basması - gece terlemesi sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

2. Uykusuzluk- yorgunluk sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

3. Baş ağrısı – baş dönmesi sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

4. Sinirlilik- gerginlik sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

5. İçe kapanma- ağlama sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

6. Eklem- kas ağrıları sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

7. İştah değişikliği, kilo artışı sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

8. Kabızlık, hemoroid sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

9. Çarpıntı sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

10. Deride kuruma, pullanma sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

11. Yüzde tüylenme, pubik kıllarda seyrelme sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

12. Cinsel ilişki sırasında ağrı sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

13. Cinsel ilgi azlığı sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

14. Sık ve ağrılı idrara çıkma sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

15. Adet düzensizliği sorunu yaşıyorsanız, bu sorunla başetmek için neler yapıyorsunuz?

.....
.....

MENOPOZAL YAKINMA TARAMA LİSTESİ (MYTL)

Menopozal yakınmalar	Yakınma Durumu		Endişe Durumu		Öneri Alma Durumu	
	Var	Yok	Var	Yok	Aldı	Almadı
Sıcak basması – gece terlemesi						
Uykusuzluk – yorgunluk						
Baş ağrısı – baş dönmesi						
Sinirlilik – gerginlik						
İçe kapanma – ağlama						
Eklem – kas ağrıları						
İştah değişikliği , kilo artışı						
Konstipasyon , hemoroid						
Çarpıntı						
Deride kuruma , pullanma						
Yüzde tüylenme, pubik kıllarda seyrelme						
Disparoni						
Cinsel ilgi azlığı						
Sık ve ağrılı miksiyon						
Adet düzensizliği						

EK-2 ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU ONAYI



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 010-180
Konu :

8.7.2008

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU-
ASYO Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı- AYDIN

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 03.07.2008 tarihinde yapılan olağan toplantısında
çalışmanızla ilgili alınan XV nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR XV

Protokol No : 2007/00183

Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı- AYDIN

Etik Kurul'un 20.09.2007 tarih, 11 sayılı ve IV nolu kararıyla ön onay verilen; Aydın
Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim
Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "Kadınların çalışma durumunun, menopozal yakınmalarına
ve başetme yöntemlerine etkisi" isimli tek merkezli araştırmasının sonuç raporu görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin
tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK-3. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ VE VALİLİK ONAYI

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B 104 ISM 409 00.09-605.99-678
Konu : Araştırma İzni.

16248

20 EYLÜL 2007

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
AYDIN

ILGI : 12.09.2007 tarih ve 5444 yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **Nesrin OĞURLU**'nun 17.09.2007 - 31.12.2008 tarihleri arasında **"Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Menopozal Yakınmalar ve Baş Etme Yöntemlerinin Karşılaştırılması"** konusunda Aydın 9 No'lu Sağlık Ocağında çalışma programı doğrultusunda hizmeti aksatmayacak şekilde tez çalışması yapabilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Valilik Onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


O.NURİ ÇOBANOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKİ : 1 Adet.

Yazı İşleri Müdürlüğü GELEN EVRAK	
Tarihi	20.09.2007
Dosya No.	526
Kayıt No.	4443
Havale Edildiği Birim	Yazı İşleri

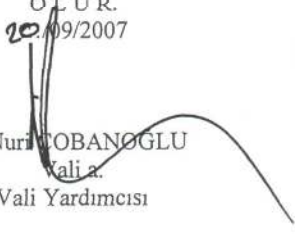
T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B 104 ISM 409 00.09-605.99
Konu : Araştırma İzni Onayı.

VALİLİK MAKAMINA
AYDIN

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **Nesrin OĞURLU**'nun 17.09.2007 - 31.12.2008 tarihleri arasında "**Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Menopozal Yakınmalar ve Baş Etme Yöntemlerinin Karşılaştırılması**" konusunda Aydın 9 No'lu Sağlık Ocağında ekteki çalışma programı doğrultusunda hizmeti aksatmayacak şekilde tez çalışması yapabilmeleri hususunu tensiplerinize arz ederim.


Dr. Mehmet ÇOBANOĞLU
Sağlık Müdürü

O L U R.
20/09/2007

O. Nuri ÇOBANOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK-4

ÖLÇEK KULLANMA İZİNİ

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi sayın Nesrin Oğurlu'nun "Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi" başlıklı tezinde tarafımdan geliştirilen "Menopozal Yakınmaları Tarama Listesi" isimli ölçeğimizi kullanması için izin veriyorum.

Başarılar diliyorum.

Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin

Florence Nightingale Hemşirelik

Yüksekokulu

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
ABD.

Öğretim Üyesi

Adres:

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu 34381

Abide-i Hürriyet Cad.

Şişli/İSTANBUL

Tel: 0212 224 49 87 (27082)

Fax: 0212 224 49 90

E-posta: nevinsahin34@yahoo.com

Re: Ölçek kullanma izni

18 Kasım 2008 Salı, 12:35

Kimden: "nevinisah@istanbul.edu.tr" <nevinisah@istanbul.edu.tr>

Kime: nesrinogurlu@yahoo.com.tr

MYTLIZIN.doc (23KB)

- > Hocam merhabalar. Ben Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Doğum-Kadın
- > Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.'dan Yüksek Lisans öğrencisi
- > Nesrin OĞURLU. Kadınların Çalışma Durumunun Menopozal Yakınmalarına ve
- > Başetme Yöntemlerine Etkisi başlıklı tezimde kullanmak üzere Menopozal
- > Yakınmaları Tarama Listesi isimli ölçeğinizi kullanmak için izin
- > istiyorum.Çok teşekkürler, saygılar...
- >
- >
- >
- > Yahoo! Türkiye açıldı! <http://yahoo.com.tr>
- > İnternet üzerindeki en iyi içeriği Yahoo! Türkiye sizlere sunuyor!

--
Yard.Doç.Dr. Nevin H. Şahin
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD.
Öğretim Üyesi
İş:0212 440 00 00/27082
GSM: 0533 7294337

EK-5

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “Kadınların Çalışma Durumunun , Menopozal Yakınmalarına ve Başetme Yöntemlerine Etkisi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Nesrin OĞURLU çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Nesrin OĞURLU’ya çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Nesrin OĞURLU ile tam bir uyum içinde çalışacağıma bir sorum olduğunda hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.
5. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
6. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Kadının adı, soyadı, adresi .

İmza, tarih :

Araştırmacının adı, soyadı, adresi :

Nesrin OĞURLU , Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü AYDIN

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve araştırmacıya verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK-6

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

..... (*).....

Bu çalışmaya katılmaya karar vermeden önce sizi bilgilendirecek olan bu belgeyi incelemeniz önemlidir. Yine de bu konu ile ilgili sorularınızı araştırmacıya sorabilirsiniz. Çalışmaya katılıp katılmamak sizin isteğinize bağlıdır.

Çalışmanın amacı çalışan ve çalışmayan kadınlarda görülen menopozal yakınmaları belirlemek ve kullandıkları başetme yöntemlerini karşılaştırmaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde size menopozla ilgili olarak bazı sorular, yaşadığınız sıkıntılar ve bu sorunları nasıl çözdüğünüz sorulacaktır. Çalışmaya katıldığınız zaman bu verilerinizin kullanılmasına izin verdiğiniz takdirde size herhangi bir ücret verilmeyecek ve sizden para istenmeyecektir. Her bir kişi ile yaklaşık 15-20 dakika görüşmeyi planlıyoruz. Size herhangi bir uygulama-işlem yapılmayacaktır. Araştırmamıza katılmanız isteğinize bağlıdır, istediğiniz herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmamıza katılmayı kabul ettiğinize dair bu formu (bilgilendirilmiş olur formu) imzalamanız gerekiyor. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Çalışmaya karar vererseniz kimliğinizin gizli kalması koşuluyla bu araştırmadan elde edilen bilgi ve bulguların istendiğinde ilgili makamlara verilebileceğini ve yayınlanabileceğini önceden kabul etmek durumundasınız.

Araştırma hakkında daha detaylı bilgiyi Nesrin OĞURLU'dan alabilirsiniz. Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih,
Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı , İmzası, Tarih
Nesrin OĞURLU

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih,
Görevi:

+ Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve araştırmacıya verilecektir.