

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Tez Yöneticisi: Doç.Dr.Anahit COŞKUN

**KADINLARIN KLİMAKTERYUM DÖNEMİNE  
ÖZGÜ GEREKSİNİMLERİ VE  
HEMŞİRENİN ROLÜ**

DOKTORA TEZİ

NEVİN HOTUN

İstanbul - 1996

## İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kadın Yaşamında Klimakteryum Dönemi	3
2.1.1. Klimakteryum Döneminin Fizyo-patolojisi	5
2.1.2. Üreme Sistemi Değişiklikleri	7
2.1.3. Diğer Sistem Değişiklikleri	8
2.1.4. Psiko-sosyal Değişiklikler	11
2.2. Klimakterik Süreçte Yaşanan Sorunlar	13
2.2.1. Menapozal Yakınmalar	14
2.2.2. Kronik Sağlık Sorunları	18
2.2.2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar	19
2.2.2.2. Osteoporotik Hastalıklar	21
2.3. Klimakteryumda Tedavi	27
2.3.1. Hormon Replasmanı (Tamamlama) Tedavisi	29
2.3.2. Non-Hormonal Tedavi	37
2.4. Klimakteryum Dönemindeki Kadının Temel Gereksinimleri ve Hemşirelik Yaklaşımı	40
2.4.1. Uygun Beslenmenin Sürdürülmesi	41
2.4.2. Yeterli Uyku ve Dinlenme	46
2.4.3. Fiziksel Aktivite	48
2.4.4. Düzenli Seksüel Yaşam	50
2.4.5. Vazomotor Değişikliklere Uyum	52
2.4.6. Gebelikten Korunma	54
2.4.7. Stresle Başa Çıkma	56
2.4.8. Deri Değişiklikleri İle Başa Çıkma ve Estetik	59
2.4.9. Kişisel Değer ve Benlik Saygısının Sürdürülmesi	61
2.4.10. HRT Danışmanlığı	61
2.4.11. Sosyal Destek	62
2.5. Menopoz Kliniklerinin Yönetimi	63
2.5.1. Örnek Menopoz Kliniği Yönetim Modeli	65
2.5.2. Örnek Menopozal Destek Programı	76

3-	ARAŞTIRMANIN AMACI.....	79
4-	GEREÇ VE YÖNTEM.....	82
	4.1. Araştırmanın Tipi.....	82
	4.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	82
	4.3. Araştırmanın Yeri.....	82
	4.4. Verilerin Toplanması.....	83
	4.4.1. Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu.....	83
	4.4.2. Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL).....	84
	4.4.3. MYTL'nin Geçerlik ve Güvenirliği.....	85
	4.5. Verilerin Analizi.....	87
5.	BULGULAR.....	88
	5.1. Olguların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Klimakterik Parametrelerle İlişkileri ve İlgili Veriler.....	89
	5.2. Olguların Jino-Obstetrik Özellikleri ve Klimakterik Parametrelerle İlişkileri İle İlgili Veriler.....	101
	5.3. Olguların Sağlık Davranışları ve Klimakterik Parametrelerle İlişkileri ile İlgili Veriler.....	108
	5.4. Olguların Klimakterik Parametrelerinin Dağılımları Ve İlişkileri İle İlgili Veriler.....	117
	5.5. Olguların Menopozal Yakınma, Endişelenme, Öneri Alma Durumlarının Dağılımları ve Klimakterik Parametrelerle İlişkileri İle İlgili Veriler.....	129
6.	TARTIŞMA.....	138
	6.1. Olguların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Klimakterik Parametrelerle İlişkilerinin Tartışılması.....	138
	6.2. Olguların Jino-Obstetrik Özellikleri ve Klimakterik Parametrelerle İlişkilerinin Tartışılması.....	143
	6.3. Olguların Sağlık Davranışları ve Klimakterik Parametrelerle İlişkilerinin Tartışılması.....	145
	6.4. Olguların Klimakterik Parametrelerinin ve İlişkilerinin Tartışılması.....	150
	6.5. Olguların Menopozal Yakınma, Endişelenme, Öneri Alma Durumlarının Dağılımları ve Klimakterik Parametrelerle İlişkilerinin Tartışılması.....	155
7.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	167
	7.1. Sonuçlar.....	167
	7.2. Öneriler.....	170

8. ÖZET	173
9. SUMMARY	175
10. KAYNAKLAR	177
11. EKLER	190
11.1.Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu	190
11.2.Menopozal Yakınma Tarama Listesi	194
12. ÖZGEÇMİŞ	195



## 1. GİRİŞ

Günümüzde sağlığın toplum gelişmesindeki önemi giderek artmaktadır. Dünya'da teknolojinin hızlı gelişimi, sanayileşme nüfus artışı, ekolojik ve coğrafi gelişme ve değişimler, çevre kirliliği, ekonomik sosyal ve kültürel değişimler, beklenen yaşam süresinin yükselmesi, sağlık sistemindeki değişimleri kaçınılmaz kılmaktadır. Günün koşullarından etkilenecek değişen sağlık sistemlerine paralel olarak hemşirelik mesleği de gelişmeler göstermektedir(139,144).

1978 Alma-Ata, 1981 Cenevre, 1988 Fez toplantıları sonucunda "2000 Yılında Herkese Sağlık" ve "Temel Sağlık Hizmetleri" felsefeleri geliştirilmiştir. Bu felsefeler doğrultusunda, WHO, halkın sağlık düzeyinin korunup yükseltilmesi ve hastalıklardan korunması amacıyla hemşireyi anahtar insan gücü olarak belirlemiş, yeni rol ve görevler yüklemiştir(107,144).

Türkiye 1985 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre nüfusun % 4.2'si 65 ve yukarı yaş grubundadır. Bu oranın 2000'li yıllarda % 6'ya ulaşması beklenmektedir. Bugün kadın için 63 olan "doğumda beklenen yaşam süresi"nin 2000'li yıllarda en az 75 olması hedeflenmektedir. Beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artışı ve bu yaştaki potansiyel sağlık sorunlarının fazlalığı nedeniyle hemşirelik bakımına gereksinim duyan bağımlı nüfusun sayısı da çoğalmaktadır(143,144).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar, yaşamların 1/3'ünü klimakteryum döneminde geçirmektedir. Klimakteryum döneminin en belirgin özelliği ovarian yetmezlik sonucu gelişen östrojen çekilmesidir.

Bu, başta adet kesilmesi *menopoz* ile birlikte pekçok biyopsikososyal değişikliğide beraberinde getirmektedir. Çoğu kez orta yaş değişiklikleri ile de örtüşen bu dönemde kadın, bedensel, ruhsal, ailesel ve toplumsal sorunlar yaşamaktadır. Kadının deneyimlediği yakınma ve sorunlardan başka bu dönemde, kadın mortalite ve morbiditesinde önemli yer tutan osteoporoz ve kalp hastalıkları insidansı da artmaktadır. Bu sağlık sorunları, kadının sağlığını, işgücünü, kararlarını, verimliliğini, yaşam kalitesini etkilediği gibi sağlık giderlerinin de önemli nedenidir(43,45,54,58,63,75,84,86,88,89, 90,92,113,115,116,118,134...).

Son 20-30 yıllık menopozla ilgili büyük çalışmalar, kadının klimakteryum biyolojisi ve onun klinik sonuçları ile ilgili detaylı bilgiler kazandırmıştır. Yüzyılımızda beklenen yaşam süresinin uzaması, menopozal yakınmalar ve menopozun alevlendirdiği sağlık sorunlarının, kadınların yaşamlarının kalite ve kantitesini olumsuz etkilemesi, menopozun tedavisini gündeme getirmiştir. Günümüzdeki gelişmeler, menopozal kadına yardımda "*medikal yaklaşım*"ın yeterli olmadığını, "*multidisipliner sağlık bakımı yaklaşımı*"nın gerekli olduğunu göstermektedir. Menopozal kadının ,ekibin bir profesyoneli olarak, hemşirelik bakımı ve desteğine gereksinimi vardır. Hemşire, kadına sağlığını ilerletme davranışlarını benimseterek, fizik ve mental potansiyelini geliştirebilir(6,10,14,27,28,29,38,42,43,44,45,54,56, 60,62,80,83,87,88,89,93,116,128,129,135).

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kadın Yaşamında Klimakteryum Dönemi

Kadının yaşam dönemlerinden biri olan *klimakteryum*, Grekçe "merdiven basamağı" anlamındadır. Bu dönem, cinsel olgunluk çağından üreme fonksiyonlarının son bulduğu dönem ile senyuma arasındaki yaşam dilimini oluşturur(43,45,86,93,137).

Tüm yaşam dönemlerinde olduğu gibi klimakteryum döneminde de "biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşanmaktadır. Bu dönemin en çarpıcı değişikliği, adetten kesilme, yani "*menopoz*"dur. Yunanca "menos" ay ve "pause" durmak, kelimelerinden oluşan menopoz, ilk kez 1857'de Tilt'in çalışmasında tanımlanmıştır. Ülkemizde kadının "bir yaşam döneminin adı" olarak bilinen menopoz, WHO'nun tanımına göre "over aktivite kaybından dolayı menstruasyonun sona ermesi"dir(29,43,44,45,54, 118,137).

Menopoz, retrospektif bir tanıdır. Çünkü, menstrasyonun kesildiğini güvenle kabul edebilmek için, son adeti "12 aylık bir amenore" izlemelidir. WHO'nun kabul ettiği tanımlamaya göre menopozdan önceki 2-6 yıllık süreye "*premenopozal dönem*", son adetten sonra geçen bir yıllık süreye "*perimenopozal dönem*", sonraki 6-8 yıllık süreye "*postmenopozal dönem*" adı verilmektedir. Tüm menopozal dönemlerin içinde bulunduğu yaşam dönemi ise "*Klimakteryum dönemi*" olarak kabul edilmektedir. Bununla beraber, "perimenopozal dönem" tanımlamasını, "klimakteryum dönemi" ile eş anlamlı olarak kullanan literatürler de vardır(29,44,45,118,137).

Menopoza yol açan ovarian yetmezlik farklı *linik şekiller* gösterebilir. Bunlar:

*Doğal (spontan=fizyolojik) Menopoz:* Kadınların % 50'si, 45-51 yaşlarında adetten kesilirken, 60 yaşına kadar, düzenli adet görenlerde vardır. Bunun yanısıra, *ortalama menopoz yaşı 51* civarında standartlaşmıştır. Menopozun başlangıcı için menarşta olduğu gibi sosyo kültürel faktörlerin yanı sıra bireysel farklılıkların da etkisi vardır(27,28,45,54,113,118).

*Erken (prematüre) menopoz:* 40 yaşından önce bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkan ovarian yetmezlik nedeniyle adetten kesilmeye *klimakteryum prekoks* denir. Kadınların % 8'i 40 yaşında önce menopoza girer. Ooferektomi, aşırı radyasyona maruz kalma, uzun süreli emzirme, ciddi şişmanlık, hipotriodizm, sık gebelik, kürtaj ve düşükler, hoyrat doğum yardımları, genel sağlığın bozulması, erken menopoza neden olabilen durumlardır(45,89).

*Cerrahi (yapay=sunni) menopoz:* Çeşitli nedenlerle histerektomi ile birlikte ya da sadece iki taraflı overlerin cerrahi olarak çıkarılması (bilateral ooferektomi) ile ortaya çıkan menopozdur. Histerektomi ile birlikte ooferektomi yapılmamış ise, overler aktivitelerini sürdüreceğinden kadın menopoza girmez. Ancak bazı literatürlerde, sadece histerektomi yapılan olgularda da, operasyon sırasında, overleri besleyen arterlerin hasarı ve overlerin kanlanması bozulması ile ortaya çıkan atrofi nedeniyle, sıcak basması gibi menopozal yakınmaların görülebildiği bildirilmektedir(34,86)

Menopozla ilgili M.Ö.'den günümüze kadar gelen çalışmalarda menopoz yaşı, neredeyse 51 civarında evrenselleşmiştir. Bununla beraber menopoz yaşını etkileyen bazı faktörler de vardır(27,43,118).



**Bu faktörlerden başlıcaları şunlardır:**

**Genetik Faktörler:** Menopoza girmede kesin ve en önemli faktörlerden biridir. Bir ailenin tüm kadınları hemen hemen aynı yaşlarda adetten kesilmektedir(27,43).

**Genital faktörler:** Menopozun ortaya çıkmasında over fonksiyonlarındaki dengenin önemli rolü vardır. Düzenli adet gören kadınların, düzensiz adet görenlere oranla daha geç menopoza girdiği bildirilmektedir. Yine menopoz yaşı ile doğurganlık ilişkisi tartışılmaktadır. Kontraseptif kullanımının, over fonksiyonlarını baskılayarak menopoz yaşını yükselttiği öne sürülmektedir. Menarş yaşının menopoz yaşı üzerine etkisi ile ilgili çelişkili bulgular vardır(19,95,108).

**Psşik Faktörler:** Psşik travmaların menopozun ortaya çıkışını çabuklaştırdığı bilinmektedir. Uzun süre hapisane hayatı, savaş, göç gibi olaylarda adetten ani ve erken kesilme ortaya çıkabilmektedir(27,43,95).

**Fizik ve Çevresel Faktörler:** Soğuk iklimlerde yaşayanlar, ağır ve zor şartlarda çalışanlar, daha erken menopoza girmektedir. Çeşitli etkenler sayılabilirse de en açık bulgu, sigara içmenin erken menopoza neden olmasıdır(77,83,93,108).

Ayrıca, ağır metabolik hastalığı olanlar ve aşırı şişmanların daha erken menopoza girdiği bildirilmektedir(118).

**Sosyal Faktörler:** Kadınların, eğitim, evlilik durumu, köy ya da kent yerleşimi, sosyal sınıf gibi sosyal faktörlerin menopoz yaşı üzerine etkilerinden söz ediliyorsa da kanıtlanmış değildir(118).

### **2.1.1. Klimakteryum Döneminin Fizyo-patolojisi**

Klimakteryumda ortaya çıkan reproduktif endokrinolojik değişiklikler, diğer değişikliklere temel oluşturmaktadır(29,45).

15-49 yaşlar arasında yaşanan reproduktif çağdan, non-reproduktif çağa geçilen bu dönemde önemli değişiklikler yaşanmaktadır.

Gebeliğin 5. haftasında dişi fetüste gonadal kabarıklığa göç eden oogoniumlar, mitotik bölünme sonucu 20. hafta civarında 6-7 milyona ulaşır ve primordial foliküller gelişir. Daha sonra fetal hipofiz bezi, Folikül Stimulan Hormon (FSH) ve Luteinizan Hormon (LH) salgılayarak, over foliküllerinin maturasyon ve dejenerasyonunu uyarır. Bunun sonucu, yenidoğan overinde kalan folikül sayısı 1-2 milyondur. Pubertede ise ancak 400-600 bin folikül kalmıştır. Üreme çağında, bunun yaklaşık 400'ü ovulasyonla atılır. Sağlıklı bir kadında reproduktif yılların sonlarına doğru (38-42. yaşlarda) overlerdeki folikül ve stromada azalma ve atrezi başlar. Ovulasyon seyrekleşir, fertilité düşer, ovulasyonsuz sikluslar başlar. Over fonksiyonlarının azalması ile folikül fazı kısalmır, endometrium proliferasyon fazında kalır. Önce progesteron daha sonra östrojen düzeyi giderek düşmeye başlar. Östrojen ve progesteronun hipotalamik ve adenohipofizer kompleks üzerine negatif feedback uyarısı yetersizleşir. Folikül sayısı azaldıkça premenopozal dönemde kalan foliküllerin FSH uyarımına direnci de artar. Azalan negatif feedback inhibisyon ile hipofiz aşırı uyarılır. FSH ve LH yavaş yavaş yükselmeye başlar. FSH düzeyinin 40 mIU/ml üzerine çıkması over foliküllerinin FSH'a artan direncini yansıtırken 100 mIU/ml'nin üzerindeki değer, foliküler tükenmeyi gösterir. Reproduktif çağ, proliferasyon fazı değerlerine göre, FSH 13, LH'da ise 3 kat artış vardır. Bu artışlar, postmenopozal yıllarda maksimuma ulaşır. Yetmiş yaş civarında ise üreme çağı değerlerinin altına düşer(29,33,34,35,43,45,54,58,86,89,93...).

Doğal menopozda, gonadotropin düzeyleri yavaş ve progresif olarak artarken, cerrahi menopozda bu artış hızlı olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, 20 gün sonra FSH'un 70 mIU/ml, LH'un ise 50 mIU/ml'nin üzerine çıktığı gösterilmiştir(43).

Bilindiği gibi östrojenin 3 farklı formu vardır. Bunlar, reproduktif yıllarda over foliküllerinden salgılanan *Östrodiol (E<sub>2</sub>)*, sadece gebelikte

salgılanan *Östriol (E<sub>3</sub>)* ve periferal dokulardan sentezlenen *östron (E<sub>1</sub>)*'-dur(118).

Menopoza ulaşıncı, ovarion folikül sekresyonunun kesilmesine bağlı olarak, doğal östrojen formu olan östradiol giderek çekilir. Menopozal kadınlarda adrenal bezler, çok az miktarda östradiol salgılamaya devam eder. Postmenopozal kadınlarda dolaşımdaki temel östrojen, östrondur. Östron, yağ, kas, karaciğer, beyin, böbrek ve adrenal bezlerde, androstenedion'un ve testosteron'un dönüşümü ile sentezlenir. Yağ dokusu fazla olduğundan, fazla kilolu kadınlarda dolaşımdaki östron düzeyi daha yüksektir(43,54,56,58,73,89,93,116,118).

Östrojenin menopoz sonrası ortalama serum düzeyi 35 pq/lt'dir. Korpus Luteum yetersizliği sonucu progesteron düzeyi % 30'lara kadar düşmektedir. Az miktardaki progesteron, adrenal bezler tarafından üretilmeye devam eder(45,54,89,93).

Overlerde oluşan bu fonksiyonel değişiklikler, başta üreme sistemi olmak üzere, tüm sistem ve dokularda bazı değişiklik ve semptomlara neden olmaktadır.

### 2.1.2. Üreme Sistemi Değişiklikleri

Östrojenin azalmaya başlaması ile menstruasyon paterninde, hipomenore, hipermenore, oligomenore, amenore ve disfonksiyonel kanama gibi değişiklikler olabilir. Yine, östrojen çekilmesi genital organların, epitel ve mukozasında incelme, düzleşme, gevreme, bağ dokusu ve kaslarda atrofi, organların ağırlık ve ölçüsünde azalma, küçülme olur. Bunun sonucu uterovaginal prolaps, rektosel ve sistosel gelişebilir. Vaginal epitelde, glikojen azalması ile pH'nin alkaliye kayması sonucu enfeksiyon, iritasyon ve pruritise sıkça rastlanır. Menopozal kadında, internal genital atrofi sonucu, vaginal lubrikasyon, labial kanlanma ve klitoral ereksiyon azalır, orgazm daha kısa sürer(43,44,45,54,56,58,73,83,89,93,97).

### 2.1.3. Diğer Sistem Değişiklikleri

Tüm bedende lokalize östrojen reseptörleri bulunduğundan, östrojen seviyesindeki azalma, genital sistem ile birlikte, diğer sistem ve dokularda da değişikliklere yol açar(118).

Klimakteryumda östrojen düzeyinin azalması ile total kolesterol (TC), trigliserid düzeyleri yükselir. Enzimlerden LDL artarken, HDL yavaş yavaş azalır. Bu değişim sonucu hafif çarpıntı, tansiyonda yükselme, ateroskleroz, angina pectoris ve koroner kalp hastalığı riski artar. Özellikle serebral ateroskleroz sonucu dikkat azalması, unutkanlık ortaya çıkabilir(19,29,44,45,54,58,73,89,93,116,118).

Östrojen düzeyinin düşmesi, östrojen reseptörlerinden zengin olan üriner sistemde atrofik değişikliklere yol açabilir. Tüm ürogenital yollarda incelme, tonus kaybı, prolapsus sonucu, dizüri, pollaküri, stres inkontinans, sıkışma inkontinansı gelişebilir. Üriner inkontinans başlangıcı ile menopoza arasında oldukça anlamlı ilişki bulunmuştur(14,43,44,45,54,83).

Kemik ve iskelet üzerinde önemli etkileri olan östrojenin çekilmesi sonucu, osteoblastların aktiviteleri azalır ve iskeletten kalsiyum çekilmesi artar. Bu etkiler ile menopoza sonrası kemik kaybı yıllık % 1.2, cerrahi menopoza yıllık % 3.9 civarındadır. Postmenopozal kadınlarda total kemik miktarının % 50'sinden fazlası ilk 7 yıl içinde kaybedilir. Osteoporoz yanında eklem ve kas ağrıları da gelişir(24,43,54).

Östrojen azalması ile ortaya çıkan atrofi, cilt ve deride de belirgindir. Ayrıca, ciltte fokal hiperpigmentasyon, depigmentasyon, kuruma, buruşma ve elastikiyette azalma olur. Östrojen düzeyinin azalması ve adrenokortikal aktivite artması ile çene, dudak üstünde, göğüste ve karında kalın tüyler çıkma eğilimi artar. Subkütanöz yağ ve bağ dokusu kaybı ile göğüslerde sarkma, yassılaşma, pubik kıllarda seyrelme olur(29, 43, 54, 86, 118).

Östrojen reseptörlerinden zengin olan ağız mukozasında postmenopozal ağız kuruluğu, tükrük salgısında artış olur. Ağızda kötü tad ve dişeti hastalıkları gelişebilir. İştahta artma ya da azalma, çeşitli şekillerde dispepsi görülebilir. Kolon spazmıyla birlikte intestinal distansiyon ve konstipasyon ortaya çıkabilir(29,43,45,54,86,137).

Klimakterik kadında, östrojen azalması sonucu görülen önemli değişikliklerden biri de vazomotor değişikliklerdir. Mekanizması tümüyle aydınlatılamayan vazomotor değişikliklerin belirtileri 3 şekilde görülür. Yüz kızarması (flushes), sıcak basması (hot flash) ve gece terlemesidir. Fakat genellikle üç belirti birden "sıcak basması" olarak adlandırılır. Üzerinde en çok çalışılan klimakterik değişiklik, vazomotor değişiklikleridir(6,8,9,23,28,29,37,42,43,46,50,56,69,73,86,115...).

Sıcak basması aniden, istemsiz, ısı dalgalanmaları şeklindedir. Göğsün üstü ve boyundan başlayarak yüz ve başa doğru yayılan kızarma ve ısınma hissidir. Deri rengi, birden pembeden parlak kırmızıya doğru değişir. Süresi (ortalama 3.3 dk) ve sıklığı (ortalama 3 saatten az/günde) bireysel farklılık gösterir. Isı artışından sonra, özellikle etkilenen bölgelerde, yoğun terleme ile ısı düşer. Özellikle gece oluşan ısı değişimleri ve terleme uykudan uyandıracak kadar şiddetli olabilir(11,23,29,46,47,59,69,86,118).

Voda, sıcak basmalarını şöyle derecelendirmektedir(86).

**Orta sıcak basması:** Çok hızlı yayılan ılıklik duygusu vardır, derinin nemlenmesi de buna eşlik edebilir.

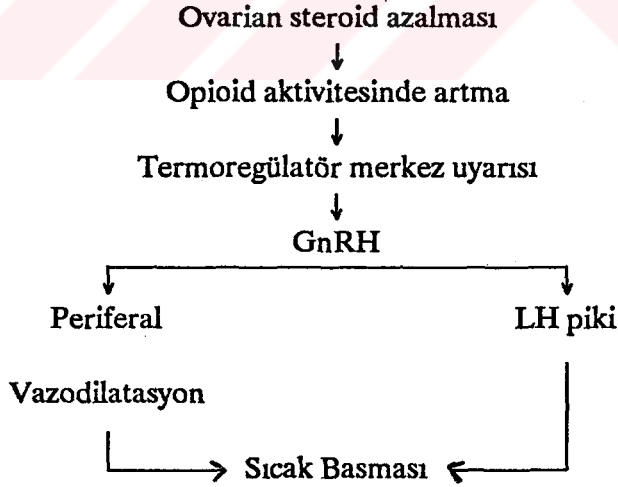
**Ciddi sıcak basması:** Daha güçlü ısınma duygusu, sıklıkla terleme ve ateş ile birlikte dir.

**Çok ciddi sıcak basması:** Şiddetli ve yoğun ısınma duygusu, bol terleme ve kızarma ile birlikte dir. Kadının aktivitesini engelleyecek düzeydeki sıcak basması, sersemlik, ürperme, konsantrasyon yetersizliği ve göğüs

ağrısına da neden olabilir.

Sıcak basması ile ilgili çalışmalarda, prevalans % 25'ten % 85'le- re kadar geniş yayılım göstermektedir. Thomson ve arkadaşları, İskoç kadınları üzerinde, yaptıkları çalışmada, sıcak basması ve terlemenin en sık rastlanan menopozal yakınma olduğunu saptamışlardır. Kletzky ve Borenstein, sıcak basması sıklığını % 50, Speroff ve arkadaşları % 85 olarak bildirmişlerdir(69,86,100).

Sıcak basmasının nöroendokrinolojisi henüz tam açıklanamamıştır. En çok desteklenen *Casper'in mekanizmasıdır*. Casper'e göre; üreme yaşamı boyunca östrojen ve progesteronun fizyolojik düzeyi, hipotalamus ve beyin sapındaki endojen opioid konsantrasyonunu sabit tutar. Menopozda doğru, östrojen azalması ile opioid aktivitesinde artma ortaya çıkar. Artan endojen opioidler, GnRH salgısını ve termoregülasyon merkezini uyarak, periferel vazodilatasyon ve pulsatil LH salınımı artırır. Ortaya çıkan LH piki ile sıcak basmaları görülür(23,27,29,46,50,51,69,89,93, 113,118).



Şekil 1 : Sıcak Basmasının Mekanizması (Casper,R.F., Yen,S.S.C.: Neuroendocrinology of Menopausal Flushes: An Hypothesis of Flush Mechanism)(23).

Sıcak basmasını nöro-endokrinal faktörler ile açıklayan teori ise nörotransmitterlerden *katekolamin*lerle ilgilidir. Katekolamin aktivitesindeki bozukluğun beyinde vazodilatasyon ile sıcak basmasını başlattığı öne sürülmektedir. Katekolaminler, sadece hipotalamus ve hipofiz fonksiyonlarını etkilemekle kalmaz, davranışların modülasyonu ve motor aktiviteden de sorumludur(50,51,93,113).

Başka bir teoriye göre; hipotalamik nörotransmitterlerdeki değişikliklerle, norepinefrin seviyesinde yükselme sonucunda ortaya çıkan östrojenin negatif feedback kaybının, hipotalamustaki termoregülatör merkezi uyararak sıcak basmasını başlattığı düşünülmektedir. Ayrıca, prostaglandin salınımının vazodilatatör etki ile vazomotor aktiviteyi etkileyebileceği savunulmaktadır(29,50,51,93,118).

#### 2.1.4. Psikososyal Değişiklikler

Klimakterik dönemde ortaya çıkan organik ve endokrinolojik değişiklikler, sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik değişiklik ve yakınmalara da yol açmaktadır(1,27,38,42,44,45,48,49,54,57,62,72,94...).

Menopozal değişikliklerin kadının psikolojisi üzerine etkilerini açıklayan çeşitli teoriler geliştirilmiştir(45).

Benedik tarafından geliştirilen *psiko-analitik teori*, hormonal fonksiyonlarla, psikolojik durum arasındaki dengeye dayanır. Normalde organizmada oluşan duygusal gerilim, *endojen hormonal trankilizanlar* ile nötralize edilir. Hormon seviyesindeki azalma, bu dengeyi bozar. Bu teoriye göre gerilimler giderilemediğinden dolayı menopozal dönemdeki kadın, irritable, kızgın ve depresif olur. Ayrıca, doğal östrojenlerin azalması, endojen trankilizantlardan olan, *Serotonin*in sentezi için gereken *Serbest triptofan*, azaltarak depresyonu predizpoze edebilir(45).

*Otonom Sinir Sistemine* dayalı diğer teori ise, östrojene duyarlılık geliştiren Otonom Sinir Sisteminde östrojen azalması ile bu dengenin

değişmesine bağlanır. Bu denge bozulması, Otonom Sinir Sistemi'nin kontrolü altındaki tüm sistemlere yansır. Yine bu sistem ve hipotalamus arasındaki ilişkinin dengesinin bozulması, anksiyete, konfüzyon, depresyon, irritabilite gibi psikolojik semptomlara neden olabilir. Ancak psişik belirtilerin oluşmasında, kişilik yapısı, kültür ve inanışlar, çevre koşullarının yanında, kadının menopozu algılaması da önemli bir faktördür(58).

Klimakteryum dönemindeki kadının yaşamında, başatmesi gereken, kendi yaşamına ve ailesine ait önemli değişiklikler ortaya çıkmaktadır(93).

Menopoz döneminde yaşanan en önemli ailesel değişikliklerden biri *Çocukların evlilik veya eğitim nedenleriyle evden ayrılmalarıdır*. Deykin (1966) bu ayrılığın yarattığı uyum sorunlarını *boş yuva sendromu (Emptynest syndrome)* olarak adlandırılmıştır. Bart (1971) geleneksel annelik rolünü benimseyen, ev dışında çalışmayan kadınlarda, bu sendroma rastlandığını vurgulamaktadır. Balinger (1975) çalışmasında, son bir yıl içinde, çocukları evden ayrılan kadınlarda psikiyatrik bozukluk gelişme riskinin arttığını saptamıştır. Oysa ev dışında çalışan, sosyal ve ekonomik sorumlulukları olan kadınlar menopozal değişikliklerden daha az etkilenmektedir(11,28,29,40,42,43,44,45,49,54).

Kadının menopozal değişikliklere adaptasyonunu belirleyen anahtar, onun sosyal rol ve kişiliği arasındaki *uyumdur*. Kadının kişiliği orta yaş değişikliklerine hazırlığı ve savunma stratejilerini kullanması onun sosyal uyumunu etkilemektedir(38,45,54,68).

Hunter, klimakterik dönemdeki fizyolojik değişikliklerin depresyon gelişimine etkisinin % 2, bu döneme özgü psikososyal etkenlerin etkisinin ise % 51 olduğunu bildirmektedir. McKinlay, 45-55 yaşlar arasındaki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, depresyon gelişiminde rol oynayan faktörleri,



- İşle ilgili kaygılar,
  - Kişinin adolesans dönemde çocuğunun olması,
  - Eşiyle ilişkilerinin bozuk olması,
  - Yaşlı ve bakıma ihtiyacı olan anne veya babasının olması,
- şeklinde sıralamıştır(72,94).

Sonuç olarak, klimakteryum döneminde görülen ruhsal belirtiler ve depresyon, tek başına menopozla değil, orta yaş dönemine özgü psikososyal sorunlarla da ilgilidir. Orta yaş kabul edilen 40-60 yaş arası dönem her insanın sosyal, ailesel, bedensel çeşitli sorunlarla başetmesi gereken bir dönemdir. Orta yaş dönemiyle çakışan menopozal dönemlerde ortaya çıkan durumları, sadece menopozla açıklamaya çalışmak yanılgılara yol açabilir(121).

## 2.2. Klimakterik Süreçte Yaşanan Sorunlar

Yeterince uzun yaşayan her kadının deneyimlediği menopoz, önemsiz ve kısa süreli bir rahatsızlık değil, gerçek olarak kadını uzun yıllar boyu etkileyen bir süreçtir. Bu yaşam döneminde, bedensel, hormonal ve psikososyal değişimler geçiren kadının yaşam kalitesini artırmak ve sağlığı sürdürüp, geliştirmek amacıyla klinik tıp, biyoloji, hemşirelik, epidemiyoloji antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi konusu insan olan bilimlerin koordinasyon (eş güdüm) ile çalışmasına gereksinim vardır. Oysa menopozla ilgili çalışmalar 20-30 yıllık yakın bir geçmişe sahiptir. Özellikle tıbbın, menopoza ilgisinin gecikmesini anlamak güçtür. Nachtigall'e göre, menopoz sadece kadına özel bir problem olduğu için, ihmal edilmiştir. Günümüzde kadın hareketleri ve kadın haklarının gelişimi her disiplinde söz sahibi olan kadınların artması sonucunda kadınların bu yaşam dönemi ile ilgili çalışmalar hızlanmıştır. Çünkü sorun artık kadınların tek tek sorunu değil, ailelerin iş dünyasının ve toplumların sorunu sayılmaktadır(27,42,44,48,54,79,98).

Menopozun kadının, psiko-sosyal ve bedensel sağlığını etkilemekle kalmadığı, onun işgücünü, kararlarını ve verimliliğini de etkilediği anlaşılmıştır. Bugün, medyanın da ilgi odağı haline gelen

menopoz, giderek tabu olmaktan çıkarak, konuşulur, tartışılır ve araştırılır hale gelmiştir(42,44,62,69,75,98).

### 2.2.1. Menopozal Yakınmalar

Menopoz fizyolojik olarak gözlenebilir ve ölçülebilir bir durum olmasına rağmen, yakınma ya da semptomlar, toplumlara ve bireylere göre farklılıklar göstermektedir.

1965'te Neugarten ve Kraines ile başlayan menopozal semptomlar ile ilgili çalışmalar, günümüzde artarak sürmektedir. 1970'li yıllarda davranış ve sosyal bilimciler, menopozu kültürel yönden incelemeye başlamışlardır(44).

Menopoz ve semptomları hakkında ilk bilgiler, Avrupa ve Kuzey Amerika'da yapılan araştırmalardan elde edilmektedir. Neugarten ve Kraines (1965), Jefferys (1974), Greene (1976), Greene ve Cooke (1980), McKinlay (1985), Holte (1991), Wasti (1991) çalışmalarında menopozun semptom ve bulgularının her yerde aynı olmadığı sonucuna varmışlardır. Carrier (1987), toplumlar arasında ve toplum içinde farklılıklar tanımlamıştır. Eskimolar ve Amerikan Hintlerinde, Fransız ve İrlandalıları göre çok farklı deneyimler gözlenmiştir(8,42,44,67,69,72,86,100).

Menopozal semptomların prevalansı ile ilgili detaylı bilgiler sağlayan prospektif çalışmalar 1980'lerde epidemiyolog, sosyolog ve psikologlar tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Tilt'in 1982'lerde 25 yıl boyunca 500 kadına ait gözlemlerini yayınladığı raporunda farklı sıklıklarda 105 hastalık ve semptom yer almaktadır(6,100).

International Health Foundation'un beş Avrupa ülkesinde yaptığı çalışmada saptanan semptomlar, sıcak basması (% 55), sinirlilik (% 41), yorgunluk (% 40), terleme (% 39), baş ağrısı (% 38), uykusuzluk (% 32), içe kapanma (% 30) olarak sıralanmıştır. Bu çalışmada irritabilite, baş dönmesi, eklem ve kas ağrıları insidansı da oldukça yüksektir(69).

Menopozu sadece biyomedikal yöntemlerle değerlendirmek hatalı bir yaklaşımdır. Toplumsal farklılıklar, yaşanan semptomların sıklığını ve niteliğini etkilemektedir. 1981-1982 yıllarında Massachusetts'de (USA), 45-55 yaş arası 8050 kadın ile yapılan çalışmada yorgunluk (% 38.1), baş ağrısı (% 37.2), içe kapanma (depresif duygulanım) (% 35.9), sıcak basması (% 34.8) en sık rastlanan semptomlardır. Aynı yıllarda Mannitoba'da (Kanada) 40-59 yaş grubu 1328 kadın ile yapılan çalışmada da benzer olarak yorgunluk (% 39.8), baş ağrısı (% 33.8), sıcak basması (% 31), uykusuzluk (% 30.4) yaygın semptomlar olarak sıralanmıştır. 1983-84 yıllarında Japonya'da 45-55 yaş grubu 1316 kadın ile yapılan araştırmada, baş ağrısı (% 27.5), sırt ağrısı (% 24.2), sıcak basması (% 12.3) preavalansı daha düşüktür. Farklı olarak konstipasyon (% 24.5) yakınması daha fazla bulunmuştur. Bu da Japonların diyetlerinde daha yoğun piriç tüketmeleri ile ilişkilendirilmiştir(6,44).

Benzer toplumsal yapıdaki kadınlarda bile farklı bölgeler, sosyo-ekonomik özellikler kadınların semptom bildirmelerini etkilemektedir. Karachi (Pakistan)'de 1991'de Wasti ve arkadaşları, doğal menopozlu 650 kadın üzerindeki çalışmalarında sosyo-ekonomik durumu farklı 3 grup oluşturmuşlardır. Fakir gruptaki kadınların 1/5'i, orta-yüksek gelir grubundakilerin 1/2'si semptom bildirmişlerdir. Gece terlemesi, sıcak basması ve psikolojik semptomlar orta-yüksek gelir grubundaki kadınlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(140).

Menopozal semptom bildirmede önemli bir faktör de kadının doğal ya da cerrahi menopoz geçirmesidir. Cerrahi menopozda ortaya çıkan akut endokrinolojik değişimler ile kadın, dramatik ve çalkantılı yoğun semptomlar yaşamaktadır. Bu olguların % 55-75'inde depresyon geliştiği bildirilmektedir(27,62).

Kadının orta yaşlarda yaşadığı semptomları belirleyen diğer bir faktör de, yaşadığı klimakterik faz (dönem)'dir. Nolan, 47 orta yaş kadın üzerinde yaptığı çalışmada, vazomotor semptomları, premenopozal

dönemden çok peri-post menopozal kadında yüksek bulunmuştur. Perimenopozal kadın, premenopozal ya da postmenopozal kadından daha az yaşamından memnun bulunmuştur(100).

Menopozal semptomların prevalansını etkileyen önemli bir durum da kadının yaşadığı stres ve anksiyete düzeyidir. Stres ve anksiyete düzeyleri, yaş ve kimlik (rol) değişimleri ile ilişkilerde değişmelere bağlanmaktadır(11,42,44,100).

### *Yaş Değişiklikleri*

Orta yaş dönemindeki kadının yaşla ilgili tepkilerini toplumsal değerleri belirler. Doğu kültürlerinde yaş ile kadının statüsü artarken, batı toplumlarında gençliğin ve verimliliğin kaybı olarak değerlendirilebilir. Yaşlanmanın olumsuz imajlarla eşleştiği toplumlarda ciltteki *ilk kırışık* şok yaratır. Ciltteki buruşma ve çizgiler, saçlarda beyazlaşma, kilo artışı ve yağlanma, kadında cazibe kaybı olarak kabul edildiğinde menopozal yakınmalar artar. Oysa yaş ile daha yüksek statüyle ödüllendirilen Rajput Hint kadınları üzerinde Flint ve Samil'in çalışmalarında, bu kadınların hiç semptom bildirmediği saptanmıştır(42,69).

### *Rol değişimi*

Orta yaşlarda kadın yaşamında *yaşamsal roller* olarak görülen *Çocuk doğurma ve yetiştirme* rollerinde değişme nedeniyle sınırlamalar deneyimlenirler. Bu değişme kendini hazırlayamayan kadınlarda, yalnızlık, ümitsizlik, depresyon ortaya çıkabilir. Bireysel olarak kendi değerini sorgulayan kadın, yaş tutma sürecine benzeyen süreçte, sinirlilik irritabilite, uykusuzluk, iştah azalması, baş ağrısı gibi anksiyeteyi artıran durumlar yaşayabilir. Bart, psikiyatri kliniklerinde yatan orta yaşlı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmasında, kadınların % 65'inin annelik rolünün kaybı üzüntüsü ile deprese olduklarını bulgulamıştır(42,100).

### *İlişkilerde Değişme*

Kadın için orta yaş, yaşamındaki, eşi, çocukları ve ebeveynleri gibi önemli bireylerle ilişkilerinde değişmeler yaşadığı bir dönemdir. Çocuklar, evden ayrılıp, özgürlüklerini ilan edebilir. Kadın eşinden ayrılabilir, eşini ya da ebeveynlerini kaybedebilir. Ebeveynlerin ciddi yetenek kaybı ile sonuçlanan hastalık ve sakatlıklar ile bakım sorumlulukları artabilir. Ev kadını ise, kocası uzun çalışmalar ile terfi edebilir. Sorumlulukları arttığından eşine ayırdığı zaman ve ilgi azalabilir. Çalışıyor ise, emekliye ayrılabilir, iş arkadaşları ile ilişkileri zayıflayabilir. Emeklilik orta yaşlardan, yaşlılığa geçişi belirleyen toplumsal bir dönüm noktası olarak kadının sonraki yaşamını derinden etkiler(103).

Van Keep ve Kellerhals, çalışmayan kadınlardaki klimakterik semptomların, çocuklar evden henüz ayrıldıktan sonraki zamandan daha da ağır olduğunu saptamışlardır. Çalışmayan kadınlarda menopoz döneminde evde çocuğu olmanın semptomlardan koruyucu olduğu savunulmaktadır(100).

Bazı evli çiftlerde, orta yaşlarda seksüalite azalması ile ilgili yanlış inançlar, ilişkilerini bozabilir ya da psikolojik değişikliklerden dolayı seksüel güçlükler yaşanabilir. Evlilik doyumu az olan kadınlarda, çocukları duygusal gelişimlerini tamamladığında evlilik ilişkilerinde bozulmalar açığa çıkabilir(11,42).

Sonuç olarak, araştırma verilerine göre, toplumsal kültür, sağlık davranışları, yaşam felsefesi, coğrafya ve iklim özellikleri, etnik özellikler, kadına verilen değer ve roller klimakteryum döneminde, kadının yaşadığı değişiklikleri ve bunlara bağlı ortaya çıkan yakınmaları etkilemektedir.

*Biyokültürel* bir olay olarak kabul edilen menopoz ve menopozal yakınmalarla ilgili toplumsal analizlerin yapılması gereklidir. Toplumumuz için menopozal yakınmaların, prevalansı ve yakınmaları etkileyen faktörlerin tanınması, klimakterik kadına yaklaşımda belirleyici olacaktır. Oysa bu konuda yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır(44,79).

### 2.2.2. Kronik Sağlık Sorunları

Menopoz, sadece sınırlı değişikliklerin, küçük bir kadın grubunu etkilediği bir dönem değildir. Aynı zamanda kısa ya da uzun bir latent periyod sonrası ortaya çıkabilen bozukluklar ve hastalıklarda vardır. Bunlar sadece tek tek kadınların değil, ailenin, toplumun sorunlarıdır(62,80,86,92,93...).

Menopoz ile başlayarak, postmenopoz ve senyumdaki kadını etkileyen kronik durumlardan, özellikle osteoporoz ve kardiovasküler hastalıklar, mortalite ve morbiditeyi arttıran sağlık sorunlarıdır. Kadınların hayatta kalma süresini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bu sağlık sorunları, menopozal kadının ve ona sağlık hizmeti sunanların tanınması ve başatmesi gereken durumlardır. 40-50'li yaşlarda menopoza girecek kadınları, 70'li yaşlarına sağlıklı olarak hazırlamak için buzdağının altında kalan, olgunun fark edemediği bu sağlık sorunları ile de ilgilenilmelidir(62,92).

Tüm dünyada ve özellikle gelişmiş ülkelerde, olduğu gibi ülkemizde de, yüzyılımızda doğuştan beklenen yaşam süresi giderek yükselmektedir. 90'lı yıllarda 70 yaş civarında olan kadınlarımızın ortalama doğuştan beklenen yaşam süresinin 2000'li yıllarda 75'in üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu verilere göre, yaşamlarının 1/3'ünü postmenopozal ve senyumda geçirecek kadınlarımıza iyi bir yaşam kalitesi sunmak, sağlık hizmetlerinin temeli olmalıdır(143,144).

Bakım maliyetleri oldukça yüksek olan bu sağlık sorunları, uygun tanı, tarama, bakım, eğitim ve tedaviyle önlenabilir. Önemli olan, sağlık politikaları ve sağlık bakım sisteminde, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermektir(62).

Menopoz olgusunun yönetilmesinde multidisipliner yaklaşım temel alınmalıdır(62).

### 2.2.2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH-CVD)

Menopozdan önce kadınlarda KVH görülme oranı, erkek popülasyonundan 6-10 kez daha düşüktür. Ancak menopoz sonrası östrojen düzeyi azalması sonucu bu oran, yükselerek 1:2'ye ulaşır. 50 yaşını aşmış kadınlardaki ölümlerin yaklaşık % 53'ü KVH nedeniyle olmaktadır(89,93).

Serum lipit ve lipoproteinlerinin erkek ve kadında KVH insidansında önemli rol oynadıklarının epidemiyolojik çalışmalarla berilenmesinden sonra seks steroidleri ve lipidler üzerine etkileri araştırılmaya başlamıştır.

Hemen hemen tamamı karaciğerde yapılan lipoproteinleri, trigliserid, fosfolipid, kolesterol ve proteinlerden oluşur. Lipoproteinler, plazmada lipid taşıyıcıları olarak görev yaparlar. 3 önemli lipoprotein grubu vardır:

- *Çok Düşük Dansiteli Lipoproteinler* (Very Low Density Lipoprotein-VLDL): Bunlar yüksek konsantrasyonda trigliserid, ortalama konsantrasyonda kolesterol ve fosfolipid içerir.
- *Düşük Dansiteli Lipoproteinler* (Low Density Lipoprotein-LDL) Az trigliserid fakat yüksek oranda kolesterol içerir.
- *Yüksek Dansiteli Lipoproteinler* (High Density Lipoprotein HDL) yaklaşık % 50 oranında protein ve düşük konsantrasyonda lipid içerir.

Yüksek Dansiteli Lipoproteinler (HDL), doku hücrelerinden kolesterolü uzaklaştırarak, karaciğere getiren ve metabolize olmasını sağlayan taşıyıcılardır. VLDL'ler enerji kaynağı olmaları yanında, trigliseridlerin perifere taşınmasında kullanılır. Trigliseridler, değişik metabolik süreçler için enerji sağlamak amacı ile, kolesterol, fosfolipidler

ve türevleri organizmada diğer intrasellüler fonksiyonlar için kullanılır. Lipoprotein lipazın katalizörlüğü ile VLDL, intravasküler LDL'ye dönüşerek sinir dokularına hücre membranlarına ve kolesterol gereken dokulara kolesterolün major taşıyıcısıdır(35,54,62,75,82,86,92,100,110,113,118,129...).

Lipid ve lipoprotein metabolizmasında yaş ve cinsiyetin belirleyici rol oynadığı bilinmektedir. Serum Total Kolesterol (TC), LDL, VLDL ve trigliseridler yaşa bağlı olarak her iki cinste de artmaktadır. Ancak bunların düzeyi 20-50 yaşlar arasındaki erkeklerde, kadınlara oranla anlamlı olarak yüksektir. Kadınlarda 5. dekatta menopoz sonrası, östrojen azalmasına bağlı olarak ortaya çıktığı varsayılan, lipid ve lipoprotein paternindeki değişimler sonucu serum total kolesterolü, LDL, VLDL, trigliseridler yükselerek erkekteki değerine ulaşır. Tüm yaşamları boyunca, kadınların HDL fraksiyonları erkeklerden yüksektir(28,34,54,58,89,130).

Yapılan çalışmalar kan kolesterolünde % 1'lik azalmanın koroner kalp hastalıkları insidansında % 2'lik azalma ile sonuçlandığını göstermektedir(28,89).

1985'te National Lipids Concensus Development Conference (NLCDC), 40 yaş üstü orta ve yüksek lipid fraksiyonu risk değerlerini şöyle sınıflandırmıştır(28).

	<u>Orta-risk</u>	<u>Yüksek-risk</u>
Total kolesterol	<240	>260
HDL	<35	<31
LDL	130-160	>160
Kolesterol/HDL	4.5-6.0	>6.0



Menopozal geçiş boyunca iki yıl süreli izlenen kadınların longitüdinal çalışma sonuçlarında, östrojenin dereceli olarak azalması ile LDL ve TC (total kolesterol)'da artma ve HDL'de azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(28).

Kardiovasküler hastalıklar (KVH), için lipid profilinden başka risk faktörleri de vardır. Yüksek kan basıncı, obesite, sigara içme, glikoz intoleransı, sedanter yaşam, oral kontraseptif kullanımı, stres ve aile anamnezi, KVH için önemli risk faktörlerindedir(35,45,90).

Menopozal kadında vücut yağının temel (majör) belirleyicisi olan Body Mass Index (BMI)'te artış görülmektedir. Özellikle adipoza dokusunda lipoprotein lipaz düzeyi ve BMI (kg/m<sup>2</sup>) doğru orantılıdır. Klimakterik kadınlar arasında meme ve abdominal bölümlerindeki lipoprotein lipaz aktivitesi daha yüksektir. Kardiyovasküler hastalıklar için bölgesel yağ dağılımında, abdominal yağ dağılımı önemli bir faktör olarak gösterilmektedir(89,129).

Östrojen seviyesinde ani değişikliğe yol açan bilateral ooferektomi geçiren kadında KVH riski dramatik olarak artar. Cerrahi menopozun yol açtığı akut östrojen seviyesi düşmesi, temel lipid değerlerini etkileyerek KVH hızını arttırır. Bununla beraber, over fonksiyonlarındaki değişiklikler ile yaşın etkilerini ayırdetmek oldukça güçtür(56).

#### 2.2.2.2. Osteoporotik Hastalıklar

Yaşam kalite ve kantitesini etkileyen osteoporoz, kadın sağlığı üzerinde çok yönlü etkileri olan, multifaktöryel metabolik bir kemik hastalığıdır. Osteoporoz, artan fraktür hızı ile ileri yaşlardaki kadınlarda önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. Postmenopozal yıllarda her 10 yıl için % 10-15 kemik kütlesi kaybedilir(43,63,76,87,89,93,102,138).

Kadında vertebral fraktür, erkeğin 10 katı, femur kırığı 2 katı daha fazladır. 90 yaşına erişen kadınların % 32'si, erkeklerin % 17'si kalça kırığı deneyimler. İngiltere'de hergün 14 kadın, fraktürün komplikasyonları nedeniyle ölmektedir. Fraktürün ilk 6 ayı içinde mortalite oranı % 10-15'tir. Osteoporoz ve komplikasyonlarının bakımı ve tedavisi için yıllık ABD, 40-10 milyar USD, İngiltere 130 milyon sterlin harcamaktadır(3,14,16,20,26,63,70).

Dequeker'in "gürültüsüz hırsız" olarak tanımladığı osteoporozis uzun, presemptomatik fazı içeren, sinsi başlayan bir hastalıktır. Erken tanı ve tedaviyle önlenilebilir osteoporozun patogenezini anlayabilmek için sistematik ve lokal etkenler tarafından kontrol edilen koordineli bir hücresel olaylar zinciri olan kemik oluşumunu incelemek gereklidir(44,50,95,102).

Yaşayan (canlı) bir doku olan kemikte 2 tip işlev gören hücreler vardır. Yeni kemik yapımında (formasyon sürecinde) rol alan osteoblastlar ve kemik yıkımından (resorpsiyon sürecinden) sorumlu olan osteoklastlardan oluşur. Ayrıca monositler, lenfositler ve mast hücrelerinin de bu süreçte katkısı vardır. Resorpsiyon sürecinde osteoklastlar, kemiği özellikle, geniş bölgelerde aşındırarak, ekstraselüler sıvı içine kalsiyum tuzları salarak, boşluklar meydana getirir. Yaklaşık 3 haftada 1 mm çapında bir tünel oluşturur. Bu sürenin sonunda yeni kemik oluşmaya başlar. Osteoklastların açtığı tünel doluncaya kadar, boşluğun iç yüzeylerinde, birbirini izleyen tabakalar halinde yeni kemik dokusu oluşacak biçimde kemik yapımı sürer(2,3,18,19,25,28,35,63,89).

Hızlı büyüme dönemleri hariç, kemiklerde, formasyon ve resorpsiyon hızı birbirine eşittir. Böylece total kemik kütlesi (Body Mineral Density BMD) sabit kalmaktadır. Yaşamın 3-4. dekadında BMD, en yüksek düzeyine ulaşır (Pike Bone Mass PBM). Daha sonra aşamalı ve doğrusal bir kayıp başlar. Vücut pozisyonu değişmeden, kemik dansitesi giderek azalır. Menopozun ortaya çıkmasıyla osteoblastlar, oluşan defektlerin tamirini başaramadığında kemikte, resorpsiyon süreci ağırlık kazanarak kemik kütlesi kayıpları başlar(2,3,17,18,19,25,69,84,89,109,124,135).

Yaklaşık 90 gün süren, sürekli bir döngünün (remodeling) gerçekleştiği kemikler 2 farklı yapıdadır. İskeletin % 80'i, kalın dış duvar ve kabukları oluşturan kortikal kemik, % 20'si hızlı dönüş (turn-over) hızına sahip, iç ağları oluşturan, süngerimsi yapıdaki trabeküler kemikten oluşur. Trabeküler kemiklerin büyük yüzey alanı, hızlı metabolik aktivite ile yılda % 25'i değişime uğrarken, kortikal kemiğin, yıllık dönüş hızı % 2-3 ile sınırlıdır. Over yetmezliğini takiben, trabeküler kemik kaybı, her yıl % 5-10, kortikal kemik kaybı % 2'dir. Kalsiyum tuzlarının depo yeri olan trabeküler kemikler, yetersiz kalsiyum alımında zayıflar, aralarında boşluklar gelişir. Korteksi incelik ve güçsüzleşir. Buna *involyüsyonel kemik kaybı* denir. Ana maddesi trabeküler kemiklerden oluşan femur boynu ve vertebral kemikler postmenopozal osteoporozdan en fazla etkilenen bölgelerdir. Daha ileri yaşam dönemlerindeki fraktür insidansı hem kortikal hem de trabeküler madde içeren pelvis, humerus, tibia, femur, vertebra, önkol, batak, kaburgada artmaktadır. Boy kısalması ve dorsal kifoza (dowagers kamburu = Deve hörgücü) menopozal kadınlarda sık rastlanmaktadır. 65 yaşın üstündeki Kafkasyalı kadınların osteoporoz sonucu vertebrada oluşan ezilmeye bağlı olarak ortalama % 25'inin kamburlaştığı bildirilmektedir(2,3,16,19,33,43,63,84,89,91,93,109,122).

Dinamik kemik döngüsü (remodeling siklusu)'nün diğer bileşenleri, kalsiyum ( $Ca^{++}$ ) vitamin D (Vit D), parathormon (PTH) ve kalsitonindir(109).

Kemik kütlelerinin oluşumunda ve sürmesinde kalsiyum temel yapıtaşıdır. Vit D'nin aktif formu (1,25 dihidrokolekalsiferol) bağırsak mukozasında kalsiyum bağlayıcı protein sentezini başlatarak  $Ca^{++}$  emilimini aynı zamanda kemiklerden de  $Ca^{++}$ 'un kana verilmesini sağlar. Eksikliğinde serum  $Ca^{++}$  düzeyi düşer. Paratroid bezlerinden, PTH hormon salgılanır. PTH, böbreklerden kalsiyum geri emilimini, böbreklerde 1,25 Dihidroksikolekalsiferolü oluşturarak, kalsiyumun emilimini ve osteoklast aktivitesini uyararak kemiklerdeki kalsiyumun kana geçmesini sağlayarak serum  $Ca^{++}$  düzeyini uygun sınırlarda tutar(18,108,135).

Kanda kalsiyum miktarının artması ile uyarılan tiroit bezinin C hürceleri tarafından salgılanan kalsitonin, kalsiyumun kandan kemiklere geçmesini sağlayarak, kan kalsiyum düzeyini düşürür(2,3,18,19,25,35,84, 122).

Kemik metabolizmasının regülasyonunda rol oynayan diğer hormonlar, glukokortikoidler, testosteron büyüme hormonu, insülin ve tiroit hormonlarıdır(62).

### *Postmenopozal Osteoporozda Etkili Faktörler*

Menopozdan sonra ortaya çıkan osteoporozda yaş, genetik, beslenme özellikleri, yaşam stili, alkol, sigara kullanımı gibi faktörlerin yanında, over yetmezliği sonucu gelişen seks steroidlerinin çekilmesinin öncelikli sebep olduğu düşünülmektedir(2,9,19,25,68,76,86,100,122,123...).

### *Seks Steroidleri*

Seks steroidleri konsantrasyonları ve kemik kaybı arasındaki ilişki, prospektif olarak onaylanmıştır. Özellikle östrojenlerin kemik metabolizmasındaki resorptionu (emilimi) bastırma ve protektif (yapıcı) etkisi önemlidir(84,89,122).

Östrojenin kemikler üzerine etkileri şunlardır:

- İntestinal kalsiyum emilimini arttırır ve idrarla kalsiyum kaybını azaltır.
- Kalsitonin yapımını stimule ederek kemiklerden kalsiyum çekilmesini önler.
- Dolaşım sistemindeki Vitamin D aktif formunu yükseltir. Galenger ve ark. sağlıklı kişilerde Vit D ve kalsiyum absorbsiyon seviyesi arasında pozitif korelasyon bulmuştur(2).

17  $\beta$  östradiol, kemik hücrelerinde bulunan östrojen reseptörleri ile SaOS-2 hücrelerindeki proliferasyon üzerine sinerjistik etki yapar.

$E_1$  ve  $E_2$ 'nin düşük konsantrasyonunun özellikle büyük kemik kaybına yol açtığı bildirilmektedir. Son çalışmalarda 2.5-5 yıllık menopozlu 178 kadının % 25'i "hızlı kemik kaybedici" olarak sınıflandırılmıştır(124).

Trabeküler kemik, östrojene kortikal kemikten daha duyarlıdır. Seks steroidlerinin konsantrasyonlarının azalması ile spinal kemik kütlesindeki değişiklik arasında pozitif ilişki bulunmuştur(2,19,25,76,86,122,123).

Klimakteryum döneminde, ortaya çıkan ovarian yetmezliğin kemikler üzerindeki olumsuz etkileri kesin olmasına rağmen, mekanizması açık değildir. Çeşitli teoriler geliştirilmiştir.

Yaygın kabul gören teori, östrojenin, kemikler üzerindeki etkilerine *kalsitonin* aracılığıyla hipotezine dayanmaktadır. Antikemik emilimi hormonu olan kalsitonin, fizyolojik olarak, osteoklast aktivitesini inhibe ederek, kemik emilimini (resorption) azaltır. Dolaşımdaki kalsitonin seviyesi, kadında, erkekte daha düşüktür. Menopozdan sonra daha da düşer. Postmenopozal östrojen açığı kalsitonin açığını şiddetlendirmektedir. Yine osteoporotik olgularda, PTH ve aktif Vit D seviyelerinde azalma bulunmuştur(9,19,100).

Son çalışma bulguları daha karmaşık radioimmunoassay sistemleri kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır(122).

Postmenopozal osteoporoziste, seks steroidlerinin azalmasından başka faktörlerde etkili olabilir.

### ***Diğer Etkili Faktörler***

Osteoporotik fraktürler daha çok ileri yaşta, Asyalı, beyaz ırktan ince, narin beden yapılı, pozitif aile anamnezi olanlarda görülmektedir(2,18,19,83,122,126).

Beslenme, alkol-sigara kullanımı ve yaşam stili önemli diğer faktörlerdir.

### *Postmenopozal Osteoporozdan Korunma*

Postmenopozal osteoporozdan korunmak için yaşam boyu yeterli kalsiyum alınması gerekir. Albanese ve ark. çalışmasında spontan fraktür yaşayanların anlamlı şekilde düşük kalsiyum tüketen, kemik mineral dansitesi düşük kadınlar olduğunu göstermişlerdir. RDA (Recommend Dietary Allowences) yetişkin gereksinimini karşılamak için günde 80 mg kalsiyum alınmasını önerirken, Maletta, postmenopozal kadınların yeterli kalsiyum dengesini sağlamak için günde 1500 mg kalsiyum tüketmesi gerektiğini savunmaktadır. Kalsiyum metabolizmasında önemli bir faktör olan protein alımı ile ilgili DSÖ (WHO) ve FAO (Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü) 35-65 yaş grubu kadın için 55-65 gr/gün olarak belirlemişlerdir. Premenopozal kadında süt ve ürünleri ile alınan kalsiyum, kemik kaybını geriletirken, diğer yandan fazla protein alımı kalsiyum absorpsiyonu için gerekli olan Vit D, 51 ve yukarı yaş grubu kadın için 400-1000 IU önermektedir(5,118,129).

Diğer yandan kafein alımı ile  $Ca^{++}$  dengesi ve kemik kütlesi arasında negatif korelasyon bildirilmektedir. Günde 1 gr'dan fazla kafein alımı, üriner  $Ca^{++}$  atımını arttırmaktadır(5,62,109,129).

Alkol alımının osteoblastlar üzerindeki direkt baskılayıcı etkisi ile iskelet demineralizasyonuna yol açtığı bildirilmektedir. Yine, sigara içiminin hormonların eliminasyonunu hızlandırarak, serum östrojen seviyesini azalttığı öne sürülmektedir. Daniel ve ark. kadın içicilerin içmeyenlerden daha fazla vertebral fraktür yaşadığını rapor etmektedir(5,91,95,122,129,135).

Yapılan çalışmalar, yaşam aktivite seviyesinin kemik kütlesini pozitif olarak etkilediğini göstermektedir. İmmobilizasyon sırasında serum kalsiyumu ve üriner kalsiyum seviyeleri, intestinal kalsiyum absorpsiyonu artarken, PTH (parathormon) serum konsantrasyonu ve kalsitriolü azalır, kemik mineral dansitesi (BMD) düşer(2,109,122,135).

Dünyada en sık görülen hastalık olan osteoporozun, ülkemizde yaygın olduğu düşünülmektedir. Ancak, bu konuda geniş kapsamlı bir çalışma olmadığından osteoporozun Türkiye'deki gerçek insidansı ve prevalansı ile ülke ekonomimize getirdiği yük bilinmemektedir(62).

### 2.3. KLİMAKTERYUMDA TEDAVİ

Yüzyılımızda beklenen yaşam süresinin uzaması, menopozal yakınmalar ve menopozun alevlendirdiği sağlık sorunlarının, kadınların yaşam kalite ve kantitesini olumsuz etkilemesi, menopozun tedavisini gündeme getirmiştir(1, 41, 43, 54, 55, 56, 61, 62, 74, 80, 81, 88, 89, 93, 101, 105, 116, 120, 128, 130, 134, 136, 141).

Menopozal kadınlarda uygulanacak tedavide aranan ideal standartlar oluşturulmuştur. Bu standartlar şunlardır:

- Klimakterik yakınmaları etkin şekilde ortadan kaldırmalı.
- Kadını ürogenital atrofiden korumalı,
- Postmenopozal kemik kaybını önleyici etkiye sahip olmalı,
- Lipit metabolizmasını olumsuz etkilememeli,
- Over endometrium ve meme kanseri riskini azaltmalı,
- Kolelitiyazis, trombo-embolizm, hipertansiyon, glikoz intoleransı açısından risk taşımamalı,
- Kadının psiko-sosyal işlevlerine katkıda bulunarak onun yaşamı içinde aktif olarak kalmasını sağlamalı, yaşam kalitesini yükseltmelidir(62,80,88,93).

Son 20-30 yıldır menopozla ilgili büyük araştırmalar kadının klimakteryum biyolojisi ve onun klinik sonuçları hakkında detaylı veri sağlamıştır.

Kadının menopozda eksilen hormonlarını yerine konması fikri, 1920'li yıllarda ortaya çıkmıştır. İlk defa Ovarian hormonlar, 1920'de kurutuluş koyun overlerinden elde edilerek, kullanılmıştır. 1923'te Allen ve

Dosey östrojenleri *trofik seks hormonları* olarak nitelemişler ve kullanmışlardır. 1938'de sentetik östrojenler geliştirilmiştir. 1966 yılında Robert B Wilson tarafından yazılan *Feminine Forever* adlı kitap, Amerika'da pekçok tartışmalara yol açmıştır. Dr. Wilson'un kitabında östrojeni her derde deva mucize ilaç olarak göstermesi, östrojen kullanımında patlamaya yol açmıştır. 1960'lı yılların sonları, 1970'li yılların başlarında Amerika'da hormonlar tedavide yaygın olarak kullanılmıştır. Progesteron ile karşılanmamış (unoppose) ve yüksek doz östrojen tedavisi, anormal kanama, adenomatöz endometrium, endometrial hiperplazi ve karsinom riskindeki artışla ilgili bulunarak kullanımını azalmıştır. Östrojen tedavisiyle endometriumda oluşan değişikliklerin olası sebepleri, östrojen metabolizmasında bozukluklar, daha fazla östrojenin hücreye girişine izin veren, östrojen bağlanma düzeylerinin azalması ve endometriumun östrojen uyarısına duyarlılığın artmasıdır(1,27,43,44,56,69,89,93).

Östrojen ve meme kanseri arasındaki risk ile ilgili kanıt bulunmamıştır. Ancak, tedavi öncesi var olan tümörün büyümesinin hızlandığı, riskin yüksek doz ve uzun süreli (> 15 yıl) kullanımla ilişkili olduğu bildirilmektedir(29,43,56,89,93).

Tıp otoriteleri, kadınlar ve medya arasında hormonal tedavi konusunda tartışmalar sürerken günümüzde komplikasyonsuz ve en az yan etki yaratacak tedavi modelleri üzerinde çalışmalar yoğunlaşmaktadır. Araştırma sonuçlarının ortaya koyduğu gerçek 70 yaşını aşmış kadınlarda, endometrial kanserden ölme risk 1/20.00 iken osteoporotik fraktürden ölüm riski 1/60'tır. A.B.D.'de Postmenopozal kadın ölümlerinin %50'sinin nedeni KVH'dır. Oysa Klimakterik yıllarda tedavi edilen olgularda KVH %50-80 oranında azalmaktadır. Bu gerekçelerle bugün tıpta genel eğilim, menopoza yaklaşan veya giren ve belirgin bir kontrendikasyonu bulunmayan tüm kadınların tedavi edilmesi yönündedir(43, 51, 54, 58, 59, 62, 69, 74, 88, 89, 91).



### 2.3.1. Hormon Replasman (Tamamlama) Tedavisi (HRT)

Menopozal dönemde östrojenin çekilmesi ile ortaya çıkan semptomların ve uzun vadede ortaya çıkan aterosklerotik kalp hastalıkları ve osteoporozun önlenmesinde, östrojen ve progesteronun dışarıdan verilmesine Hormon Replasman (Tamamlama) Tedavisi (HRT) denir. Uterusu alınmış kadınlarda, endometriumun proliferasyon ve neoplazma riski orkadan kalktığı için yalnız başına östrojen replasman tedavisi (ERT) uygulanmaktadır(41,58,63,74,84,89,100,116,128).

Çeşitli çalışmalarda, HRT kullanımını % 3-32 arasında bildirilmektedir. İtalya'da % 3, Belçika, İngiltere, Fransa'da % 10, Almanya'da % 25, ABD genelinde % 17, Kaliforniya'da % 32 oranında HRT kullanılmaktadır(61,62,134).

Araştırmalar sonucu geliştirilen yeni bileşim ve dozlardaki östrojen ve progesteron, gerek tek başına, gerek kombine olarak tedavilerde yer almaktadır(45,62,105).

#### *HRT'de kullanılan ajanlar*

##### *Östrojenler*

- Estriol (süksinat)
- Mikronize Estradiol (E<sub>2</sub>)
- 17-Beta E<sub>2</sub>
- Konjuge Equine Estrojen (CEE)
- Tibolone (östrojenik, progestonik ve zayıf androjenik etkili)

##### *Progesteronlar*

- Non-Ethindrone (asetat) (C-19 progestin)
- Medroxy-progesterone (asetat) (C-21 progestin MDPA)
- Deso-gestrel
- Nor-gestrel
- Levo-norgestrel
- Mikronize progesteron

## HRT'DE YAYGIN KULLANILAN YÖNTEMLER

### *Yalnız Östrojen Tedavisi: (Estrogen Replacement Therapy-ERT)*

Endometrial koruma gerektirmeyen, histerektomili kadınlarda kullanılır. En yaygın kullanılan sentetik olmayan doğal östrojenlerdir. Conjugate Equine Estrojen (CEE), 0.625 mg/gün kullanılır. Çeşitli alternatifler düzenlenebilir(19,29,43,58,59,86,93,122,137).

- Δ CEE: 0.625 mgr/gün, P.O 1-21. günler kullanılıp 7 gün ara verilir.
- Δ CEE: 0.625 mg/gün P.O. Kesintisiz olarak kullanılır.
- Δ Transdermal Östrojen: 0.05 mgr/gün 1-21. günler kullanılıp 7 gün ara verilir

### *Kombine Hormon Tedavisi (Hormon Replacement Therapy - HRT)*

- Siklik Kombine HRT: Uterusu alınmamış kadınlarda siklik olarak östrojen ve progesteron kullanılır.
- Δ CEE 0.625 mg/gün P.O. 1-25 günler veya 1-28. günler  
MDPA 2x5 mgr/gün. P.O. 6-25. günler veya 14-28. günler
- Δ Transdermal östrojen: 0.05 mg/gün patch  
MDPA 2x5 mgr/gün P.O. 16-25. günler ya da 14-28. günler
- Devamlı kombine HRT: Uterusu olan kadınlarda devamlı olarak östrojen ve progesteron kullanılır.
- Δ CEE; 0.625 mgr/gün P.O. ayın her günü  
MDPA: 1x2.5 mgr/gün P.O. ayın her günü

**Yalnız Progesteron Tedavisi:** Menopozda östrojen kullanımı kontrendike olduğunda ya da ön incelemelerde endojen östrojen sentezine bağlı östrojen yetersizliklerinin bulunmadığı durumlarda, endometrial kanser riskini azaltmada dönem dönem progestin kullanılabilir.

3 ay 20 mg/gün P.O progesteron'un vazomotor semptomları ve genital atrofiyi azalttığı bulgulanmıştır(58,59).

#### ***Etki Mekanizması***

HRT'de verilen **ekzogen östrojen**, hücre membranını geçerek, sitoplazmasındaki özel bir protein reseptörüne bağlanır. Hücresel düzeydeki östrojenik aktivite, spesifik protein reseptörüne bağlıdır. Östronun da stimulator (uyarıcı) etkileri belirlenmekle beraber, en güçlü hücre biosentezi uyarıcısı östradiol olarak görülmektedir. **Progesteron** ise endometriumdaki östrojen reseptörlerinin sayısını azaltarak, 17  $\beta$  estradiol dehidrogenaz aracılığı ile östradiolün daha zayıf steroid olan östriol'e dönüşümünü sağladığı çalışmalarla gösterilmiştir. Nordqvitz, in vitro progesterona maruz kalan endometrial hücrelerde DNA ve RNA sentezini azaldığını göstermiştir(29,43,83,84,89).

Bu mekanizma ile östrojen, lipit ve lipoproteinler üzerindeki **antiaterojenik** etkisi ile vasküler direnci azaltırken, **kardioprotection** etkisi ile LDL reseptörlerini indükleyerek, HDL-kolesterolü parçayan lipolitik lipazı bozarak, yüksek dansiteli lipoproteinleri (HDL), artırırken düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düşürmektedir. HDL seviyesindeki 10 mg/dl kadar küçük yükselme, KVH (CVD) riskini % 40-50 azaltmaktadır(28,43,59,62,74,89,122,130).

#### ***HRT UYGULAMA YOLLARI***

**Oral HRT:** En sık kullanılan yoldur. Oral yolla alınan E<sub>2</sub> hızla gastrik mukozadan emilip, enterohepatik dolaşıma geçerek karaciğerde etkilerini açığa çıkarır.

Oral yol, dozun daha kesin hesaplanabilmesi, siklik tedavi uygulanabilmesi, gerektiğinde tedavinin derhal kesilebilmesi nedenleriyle tercih edilir. Ayrıca en yüksek kardioprotection bu yolla sağlanabilir(29,43,62,93,128).

**Transdermal HRT:** Östradiol-17 $\beta$  içeren transdermal patchler kronik hastalığı olanlarda seçilebilir. Doğal over fonksiyonlarını sürdürmede kullanılan lokal patchler, pıhtılaşma faktörlerinde ve diğer karaciğer problemlerinde değişiklik oluşturmaz(19,29,56,93,128).

**Subkütan HRT:** 50-100 mg aktif madde içeren östradiol peletleri, özellikle, çift taraflı oofektomiden sonra, cerrahi işlem sırasında ya da daha sonra lokal anestezi ile karın duvarının subkütan dokusuna veya gluteal bölgeye trokar veya kanülle yerleştirilir. Genellikle implantların 6 ayda bir yenilenmesi gerekir. Östrojen düzeyleri ve iyileşme 3-10 gün içinde meydana gelmektedir. Uterusu olan kadınlarda tedaviye ayın 7-12. günleri oral progesteron eklenir(43,59,128).

Studd ve arkadaşlarının çalışmalarında, östradiol implant kullanan 45 sağlıklı postmenopozal kadında, tedavisiz kontrol grubu ile karşılaştırıldığında plazma östradiol düzeyi ve spinal femoral torakanter kemik dansitesi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur(128).

**Vaginal HRT:** Konjuge östrojenlerin 2-4 gr'lık, östriol'ün 1 gr'lık vaginal krem formları ve vaginal ovulleri, alt üriner sistem ile ilgili lokal semptomların giderilmesinde kullanılmaktadır. Vaginal östrojenlerin, kandaki düzeylerinin oral yola oranla daha çabuk yükseldiği ve uzun süre yüksek kaldığı bildirilmiştir(43,89,93).

Üstün ve arkadaşlarının çalışmasında, 3 haftalık 0.5 mg/gün östriol vaginal supposituvar tedavisi sonunda vaginal atrofi ve diğer urogenital semptomların iyileşmesinde ileri derecede istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Fakat topikal östrojenlerin sistemik semptom proflaksisinde yeri yoktur(136).

**Parenteral HRT:** Östrojenler, ( $E_2$ ), kas içi (IM) ve (CEE) damar içi (IV) ve intranazal olarak da kullanılabilir(29,59).

Bunlardan başka, silikon halka, perkütanöz, jel formlarında östrojenler de tedavi de kullanılabilir(28,29,58,59).

### **TEDAVİ AŞAMALARI**

**Tedaviye başlama:** HRT başlamadan önce olgu multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmelidir(45,93).

**Anamnezde** tüm kişisel ve ailevi özelliklere ilişkin bilgiler alınmalıdır. **Jinekolojik öyküde** menstruel düzen, son adet tarihi, histerektomi, ooferektomi öyküleri, nedenleri, tarihi son, kullandığı kontraseptif yöntem, oral kontraseptif kullanımı, süresi, yan etkileri, özellikleri araştırılmaktadır. **Obstetrik Öyküde** doğum, gebelik, kürtaj, abortus sayıları sonuçları öğrenilmelidir.

**Medikal Öyküde** hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar (CVD-KVH) Diyabetes Mellitus (DM), safra kesesi hastalıkları, karaciğer hastalıkları trombo-embolik, nörolojik, psikiyatrik hastalıklar ve tiroit hastalıkları geçirilen operasyonlar öğrenilmelidir.

Ayrıca, olguda sigara, ilaç alışkanlıkları, insülin antikoagülan tedavisi vs. varsa HRT ile etkileşimi açısından değerlendirilmelidir.

**Genel Fizik Muayene (FM)** yapılmalıdır. Boy, kilo, vital bulgular (Özellikle TA) alınmalıdır. Olgunun yaş ve semptomlarının bağlı olarak EKG ve Akciğer grafisi istenebilir.

**Jinekolojik muayenede** vulvo, vagina, forniksler, serviks, korpus, adneksler, douglas ve memeler inspeksiyon ve palpasyonla değerlendirilir. Travaginal ve/veya transabdominal ultrasonografik değerlendirme yapılır. Gerekli görülürse meme ultrasonografisi, mammografik inceleme de istenebilir(93).

*Laboratuvar İncelemeleri* olarak, rutin biyokimyasal testlerden özellikle trigliserid, Total Kolesterol (TC), HDL-Kolesterol, LDL-Kolesterol karaciğer fonksiyon testleri ve açlık kan şekeri ölçümü yapılmalıdır. FSH, LH ve östradiol seviyeleri, gerekliyse araştırılır. FSH 30-40 IU/ml'den büyük olduğunda HRT başlanma zamanı kabul edilmektedir. Gerekli olduğunda kanser markırlarını (özellikle Ca-125)'da bakılabilir(93).

*Endometrial Değerlendirme* olguya güvenle HRT başlamak ve emin olarak izlemek için yapılmalıdır. Endometrial değerlendirme amacıyla;

- Endometrial Biyopsi (EB)
- Endometrial Vaginal Ultrasonografi (EVU)
- Siklus öyküsü (S.Ö) izlenebilir.
- *Endometrial Biyopsi (EB)*

HRT öncesi endometrial biyopsi (EB), tartışmalı bir konudur. Bugün yeni geliştirilen tek kullanımlık "suction" cihazları (Karman kanül, Gynasampler, Pipelle) ile endometrium, güvenle, ucuz ve ayaktan (hastaneye yatmadan) tanılabilmektedir(58,59,62,82,93).

Endometrial biyopsinin rutin yapılmasına karşı çıkanlar obesite, endometrial hiperplazi ya da kronik anovulatuvar siklus öyküsü olan vakalarda yapılmasını savunmaktadır. Bazı ekoller ise ilk endometrial biyopsinin, HRT başladıktan 3 siklus sonra yapılarak olgudaki semptomatolojik yanıtı görerek değerlendirmeyi önermektedir(62).

#### - *Endometrial Vaginal Ultrasonografi*

Endometriumun değerlendirilmesinde yaygınlaşan non-invazif bir yöntemdir. Endometrial kalınlık 5-6 mm sınır kabul edilerek, bunun üzerindeki olgularda endometrial biyopsi yapılmaktadır.

### - Siklus Öyküsü

Düzenli siklusları olan ya da ara kanamasız, amenoreik olgularda endometrial vaginal ultrasonografide endometrial kalınlık (<5 mm) güvenli sınırlarda ise HRT başlanabilir.

### *Kemik Mineral Dansitesinin Değerlendirilmesi*

Osteoporoz için risk faktörü taşıyan kişilerde, HRT öncesi *Kemik Mineral Dansitesi (KMD-BMD)* ölçümleri yapılmalıdır. Bundan başka kemik kaybı, biyokimyasal belirleyicilerle (hidroksiprolin kalsiyum, alkalen fosfataz vb) de değerlendirilmelidir.

### **HRT İZLEMİ**

Farklı izlem protokolleri olmasına rağmen, yaygın kullanılan protokoller şunlardır:

#### *Siklik kombine HRT kullanımında;*

- Kardiyovasküler hastalık riski varsa 6 ayda bir lipit profili,
- Osteoporoz sorunu varsa 2 yıl ara ile Kemik Mineral Dansitesi,
- Yaşa ve bireyin özelliklerine göre, mammografi, meme muayenesi, ara kanamalar, endometrial kalınlaşma varsa endometrial biyopsi ve servikal sitoloji ile olgu izlenmelidir(93).

#### *Devamlı Kombine HRT kullanımında;*

- 6 ay ara ile ultrasonografi, gerekirse endometrial biyopsi
- Bulgular normal ise 1-2 yılda bir endometrial biyopsi ile izlenir.

Her vizitte, yaşam bulguları ve tartı alınmalıdır. Kadının tedavi şemasına uyma durumu, yan etki ve kontrendikasyonları değerlendirilmeli, gerekirse dozaj ayarlaması ve farklı kombinasyonlar düzenlemelidir. Ayrıca kadının menopoza biyopsikososyal adaptasyonu değerlendirilmeli, farklı gereksinimleri varsa giderilmelidir(43,45,89,93).

## **HRT'DE YAN ETKİ VE KONTRENDİKASYONLAR**

### **HRT'de Yan Etkiler**

#### **Östrojen**

Bulantı  
 Memelerde gerginlik, dolgunluk  
 Servikal mukusta artma  
 Kilo alma  
 PMS'a benzer semptomlar  
 Başağrısı-irritabilite  
 Kontakt lens kullanım zorluğu  
 Sıvı retansiyonundan dolayı migren  
 Astım, epilepsi gibi durumlarda artış  
 Uterin Leiomyomata artışı  
 Endometrial hiperplasi

#### **Progesteron**

Akne  
 Memelerde gerginlik  
 Abdominal egrinlik  
 Libidoda değişme  
 Laterji  
 İnsomnia  
 Saçlarda dökülme  
 Hirsutizm  
 Depresyon  
 Kaşıntı ve isilik  
 PMS'a benzer semptomlar

Östrojen yan etkilerini hafifletmede, dozajın düşürülmesi, tedavi yolunun değiştirilmesi (non-oral yol) yardımcı olabilir. Meme gerginliği östrojen ve progesteron terapi sürdürülerek azaltılabilir. Progestinin yan etkileri ise ya dozaj ayarlaması ya da diğer progestinlerle değiştirilmesi ile hafifletilebilir(43,62,88,89,93).

Fizyolojik ve epidemiyolojik bulgulara göre, östrojen kullanımı, safra asidi konsantrasyonunu azaltırken, safra kolesterolünü arttırır ve böylece safra kesesinin kolesterol saturasyonunu yükseltir. Hormon ilavesinin safra kesesi hastalıklarının gelişimini ve safra kesesi taşı (kolelitiaz) oluşumunu artırdığını gösteren çalışmalar vardır(43,56,59).

Kombine HRT'nin birçok avantajı olmasına rağmen her kadın için uygun değildir. Olgular bu "kesin ve güçlü kontrendikasyonlar" açısından titizlikle değerlendirilmelidir(43,45,57,62,74,93).

#### **Kesin kontrendikasyonlar**

- Tanı konmamış anormal vaginal kanama,
- Meme ve üreme organ kanserleri
- Akut karaciğer hastalıkları



- Tromboflebit veya trombo-embolizm öyküsü
- İskemik atak geçirme

#### ***Güçlü Kontrendikasyonlar***

- Fonksiyonel karaciğer yetmezliği
- Hipertansiyon
- Diyabet
- Serebro-vasküler hastalıklar
- Pankreatik hastalıklar
- Orak hücreli anemi
- Yakın gelecekte elektif cerrahi
- Geniş leiomiomata
- Östrojenle artan hipertansiyon, migren, başağrısı

#### ***Nispi Kontrendikasyonlar***

- Uterin Fibroidler
- Epilepsi
- Astma
- Varis

HRT tedavisinin kontrendikasyonları konusunda da farklı klinik yaklaşımlar olabilir. Bu ekolün kontrendikasyonlar arasında saydığı bir durum diğerleri için endike kabul edilebilir. John Studd meme kanserini tek kontrendikasyon olarak bildirmektedir(69).

### **2.3.2. Non-Hormonal Tedavi**

Klimakteryumdaki kadında hormonal tedavi dışında nonhormonal tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır(45).

Günümüzde HRT % 3-32 kullanım hızına sahiptir. Kullanılan östrojenler cinsine bağlı olarak görülen çekilme kanamaları ya da düzensiz kanamalar ve progestinlerin premenstruel sendroma benzer yan etkileri nedeniyle tedavinin yarıda bırakılmasının sebep olabilmektedir. Ayrıca,

olguların hormon kullanımına karşı tavırları ya da hormon kullanılmasında ki kontrendikasyonlar nedeniyle non-hormonal tedavi seçenekleri üzerinde çalışmalar sürdürülmektedir(69,89).

### *Kullanılan Droglar*

**Clonidine:** Alfa-2 andronerjik agonistlerden olan Clonide (dixarit/catapres) santral sempatik aktivasyonu düşürerek, sıcak basmalarını azalttığı bildirilmiştir. Günlük dozu 2x0.1 mgr P.O'dur(19, 27, 43, 47, 50, 51, 62).

**Veralipride:** Santral etkili antidopaminerjik olup, menopozal sıcak basmalarını % 60-80 giderdiği rapor edilmiştir. Günlük doz 100 mgr'dır(62).

**Methyldopa ve Beta Blokerler:** Menopozal sıcak basmalarında rahatlatıcı oldukları saptanmıştır(43,58,62).

**Bifosfonatlar (Etiolronate, Pamidronate):** Yeni oluşan kemiklerin mineralizasyonunu zayıflatma ve kemiğin biçim değiştirme oranını azaltmaktadır. Antiresorptive etkili Etidronate'un siklik şekilde oral 6 aylık tedaviden sonra osteoporozlu kadınlarda kemik dansitesini arttırdığı bulunmuştur(62,89,116).

**Kalsitonin:** Salmon ve sentetik kalsitoninler günlük ya da gün aşırı Sc ya da nazal olarak uygulandığında, kemik kütlelerinin korunmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Uzun zincirli bir polipeptid hormon olan kalsitonin, osteoklastlar üzerinde direkt etki ile kemik emilimini inhibe eder, fakat diğer menopozal yakınmaları gidermez(59,84).

Uygun kalsitonin formu, 1.5 gr kalsiyum ile kombine olarak 5-21. günlerde siklik olarak verildiğinde çok etkilidir(58,59,62,122).

**Kalsitriol:** Vitamin D'nin en aktif metabolitidir. ABD ekolleri 24 saatlik idrarda kalsiyum atımının düşük, serum, paratiroid hormonun yüksek olduğu olgularda kalsitriol kullanımını önermektedir(17,62).

**Florid:** Kemik stimülörü olarak bilinen bu ajan, 6-10 yıllık kullanım ile yılda % 8-10 oranında kemik kütlesini arttırmaktadır(17,59,62).

Non-hormonal tedavi seçenekleri arasında, kemik formasyonu stimule eden paratiroid hormon (PTH) büyüme hormonu (Growth Hormon-GH) ve Büyüme Faktörleri (GF), ilgili araştırmalar sürmektedir. Ayrıca antidepresanlar, trankilizanlar ve çinkoda bazı menopozal yakınmaların sağaltımında kullanılmaktadır(18,19).

Menopozal olguların tedavisinde, bu seçeneklerden başka ülkemizde ve batılı literatürlerde yeri olmayan *doğal (bitkisel) kaynaklı ajanlar* da söz edilmektedir. Özellikle Çin'de ilaç yapımında kullanılan bir çeşit kök olan *Ginseng* yüzyıllardır doğu ülkelerinde tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Etki mekanizması tam olarak bilinmeyen Ginseng'in metabolik hızda değişiklikler yaparak, bedensel fonksiyonların normale dönmesi ve sıcak strese adaptasyonda ve rahatlama da yardımcı olduğu, ayrıca, enerji düzeyi üzerinde olumlu etkiler yaptığı bildirilmektedir. Menopozal rahatsızlık üzerine Ginseng'in etkilerini bilimsel olarak araştıran kontrollü çalışmalar olmamasına rağmen, özellikle sıcak basmalarını yatıştırmak ve tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır(45).

Tedavi seçenekleri yanında olgunun diyet, egzersiz ve diğer yaşam stili faktörleri de düzenlenmelidir. Kadının yeni yaşam dönemine uyumu ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi için tedavi etkin hemşirelik bakımı ile kombine olarak sürdürülmelidir(6,29,48,52,62,88,93,116).

#### 2.4. KLİMAKTERYUM DÖNEMİNDEKİ KADININ TEMEL GEREKSİNİMLERİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Klimakteryum dönemi, kadın yaşamının 1/3'ünü kapsamaktadır. Merkezinde menopozun olduğu bu dönem, biyopsikososyal değişim ve semptomlarla birlikte yaşanmaktadır. Günümüzde bu dönem, adetten kesilen kadının, birçok yakınmaları alışmakla geçirdiği bir dönem olmaktan çıkmıştır. Doğal ve fizyolojik olay olan menopoz, hastalık değildir; ancak gebelikte olduğu gibi olası risk ve patolojiler nedeniyle, yoğun gözlem destek, bakım, tedavi ve sağlık eğitimini gerektirir(29,62,88,93,116).

Son gelişmeler, menopozal kadına yardımda sadece medikal tedavinin yeterli olmadığı, multidisipliner sağlık bakımının gerekli olduğunu göstermiştir. Tıbbın ve diğer bilimlerin (biyoloji, psikoloji, sosyoloji, antropoloji ve epidemiyoloji vb) üzerinde yoğun olarak çalıştığı ve bilgi ürettiği menopoza hemşireliğin de katkısı kaçınılmazdır(6,29,48,52,62,88,116).

Hemşireliğin bilimselleşmesini başlatan Florence Nightingale'den bu yana, hemşirenin rol ve işlevlerinde önemli değişim ve gelişmeler olmuştur. Pek çok hemşire kuramcı tarafından, farklı şekillerde idealize edilen hemşirelik mesleğinin temel işlevi, bireye (sağlıklı/hasta) temel gereksinimlerini karşılamada yardım etmektir. Henderson'un "Temel İnsan Gereksinimleri", Orem'im "Öz-bakım", Rapor, Logan ve Tierney'in, "Günlük Yaşam Aktiviteleri" kuramında sözü edilen ortak kavram, bireyin temel (vazgeçilmez) gereksinimleridir. Dorothea E.Orem'e göre, bireyin benlik kavramı, iletişimi ve kültürü ile şekillenen temel insan gereksinimleri (özbakım gereksinimleri), karşılanmadığında, bireyin sağlık durumu olumsuz etkilenmektedir. Hemşire, kadına orta yaş ile ilgili beklentileri, değerleri ve sosyal destekleri ile kendini tanımasını ve sağlığında aktif rol almasını sağlayabilir. Böylece kadın sağlığını ilerletme davranışlarını benimseyerek, fizik ve mental potansiyelini geliştirebilir(29,54,88,99,139).

Hemşirelik literatüründe, diğer yaşam dönemlerine ilişkin pek çok bilgi olmasına rağmen klimakteryum dönemi, üzerinde en az çalışılan

konulardandır. Sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde anahtar rolü olan hemşirelik, yaşamın her döneminde olduğu gibi klimakteryum dönemindeki kadına da bütünsel (holistik) bir anlayışla yaklaşmalıdır(30,54,92).

Araştırmalar, kadınların pek çoğunun menopozun ne olduğunu, bedenlerinde neler olduğunu bilmediklerini göstermiştir. Tedavi edici (sekonder) hizmetlerde çalışan hemşirelerin yanısıra, koruyucu (primer) ve rehabilite edici (tersiyer) hizmetlerde, hatta eğitim ve yönetim alanlarında görev yapan hemşireler, bilimsel bilgi ve yaklaşımları ile klimakterik kadınlar için kaynak kişi olmalıdır(30,54).

Hemşire, diğer yaşam dönemleri kadar önemli değişim ve olası risklere sahip olan klimakterik kadınların gereksinimlerini bilmeli ve bu gereksinimlerin giderilmesi ile ilgili bilgi, beceri ve tutum geliştirmelidir.

Pekçok kuramcı tarafından incelenen "Temel İnsan Gereksinimleri" klimakterik kadın için de vazgeçilmez gereksinimlerdir. Bunun yanı sıra klimakteryumdaki biyopsikososyal değişiklikler nedeniyle farklı ve özel bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, tüm insanlarca ortak olan gereksinimlere ek olarak klimakteryum dönemine özgü gereksinimlerin de hemşirelik bakımında özel ve önemli yeri vardır. Bu özellikler ve öncelikler doğrultusunda klimakterik *kadınların temel bakım gereksinimlerinin* incelenmesi gereklidir(29).

#### 2.4.1. Uygun beslenmenin sürdürülmesi

Menopozal kadın için, beslenmenin sağlığı sürdürme ve yükseltmede önemli rolü vardır. Hemşire, menopozal kadına, beslenmenin önemini benimseterek, beslenme ilkeleri ile ilgili pratik bilgiler vermeli-dir(27,44,86,129,138).

USA Department of Agriculture and Health Services tarafından düzenlenen diyet rehberinde:

- tüm besin gruplarından tüketme
- aşırı şeker ve tuzdan uzak durma
- aşırı yağ (sature) ve kolesterolden uzak durma
- istenen kiloyu sürdürme önerilmektedir.

Kadına, besin grupları ve günlük menü planlama ile ilgili somut bilgiler verilmelidir.

Sağlıklı bir diyet, tüm besin gruplarını içermelidir. dört temel besin grubu vardır.

**Birinci grup**'ta yer alan sebze ve meyvelerden rahatlıkla tüketilebilir. Tek sınırlama, özellikle taze meyve ve suyu ile ilgilidir. Bunlar, çok fazla alınırsa obesiteye katkıda bulunur. Sebzeler aynı zamanda vitamin kaynaklarıdır. Kadına Vitamin C (üzüm, çilek, limon, karpuz, kavun, narenciyeler, yeşil yapraklı sebzeler), Vitamin A kaynakları (domates, muz, şeftali gibi meyveler, yeşil yapraklı sebzeler) tanıtılmalıdır.

**İkinci grup**'ta bulunan taneli tahıl ve hububatlar da menopozal diyetle yer almalıdır. Bu gruptaki besinler, özellikle buğday, B vitamini açısından oldukça zengindir. Tahıllarla birlikte, et, sebze ve meyvelerde, tohum yağlarında buluna E vitamin ise, menopozal dönemde, bacak krampalarını azaltmak, sıcak basmalarını iyileştirmek ve duygusal iyiliği sağlamak amacıyla önerilmektedir. Özellikle stres periyodunda, vücudun E vitamini gereksinimi artmaktadır(27,61,119,129).

**Üçüncü grup**'ta süt ve süt ürünleri yer alır. Bu grup, menopozal kadın için elzem kalsiyum ( $Ca^{++}$ ) kaynaklarıdır. Günümüzde önerilen  $Ca^{++}$  miktarı 1000 mg/gün'dür. Heaney ve arkadaşları menopozdan sonraki  $Ca^{++}$  dengesini sürdürebilmek için 1500-2000 mg/gün kadar arttırılmasını önermektedir. Diğer bazı otoriteler, günlük  $Ca^{++}$  alımını 10-50 mg/kg başına olarak düzenlemektedirler(2,18,19,25,33,122).

Yeterli kalsiyum ( $Ca^{++}$ ) alımı, kemik emilimini bastırarak, kemik mineralizasyonu ile kemiği güçlendirerek, osteoporoz gelişimini yavaşlatır. Lindsay, kalsiyumun hızlı kemik kaybı sürecinde değil, özellikle Kemik Kütlesi Piki (PBM)'ne kadar alınmasının önemli olduğunu savunmaktadır(2,5,25,63,84,114,129,135).

Elemental kalsiyum ilavesi oldukça pahalıdır. Daha ekonomik olan  $CaHCO_3$  (Kalsiyum karbonat) tabletlerinin total ağırlığının % 40'ı kalsiyum formudur. Uygun ezgersiz ve diyet alışkanlıkları yerinde olan kadınlarda 500 mg  $CaHCO_3$  gece, ılık bir bardak süt ile birlikte alındığında, kas krampları osteoporoz ve uykusuzluğa karşı etkili olur. Asit ortamda biyoyararlılığı artığından yiyeceklerle birlikte alınmalıdır. Aşırı kalsiyum alımı, negatif kalsiyum dengesine yol açabileceğinden dolayı kalsiyum ilavesi yapılan kadında 6 ayda bir, üriner kalsiyum değerlendirilmelidir. Ayrıca diyet lif kullanımında  $Ca^{++}$  emilimi azaldığından kadın bu konuda uyarılmalıdır(5,27,84,114,122,129).

Kalp-damar sağlığı açısından sütün kaymağını alma ya da yağ oranını düşürülmüş (% 2'lik) sütten yapılan ürünler seçilmelidir. Tam süt 150 kalori (cal) verirken, kaymağı alınmış süt 86 cal % 2'lik düşük yağlı süt 121 cal verir. Aynı zamanda düşük yağlı yoğurt, peynir seçilebilir(27,129).

Hiç süt tüketemeyen "laktose intoleransı" olan ya da süt tüketimi sınırlı olan kadınlar, tolere edebildiği ölçüde yoğurt almalıdır. Ayrıca bu bireyler "Laktose hidroliz" enzimi ilavesiyle süt tüketebilirler(61,129).

**Dördüncü grupta** temel yapı taşlarımız olan proteinler bulunur. Günlük protein tüketimi, klimakterik kadın için 50-55 gr/gün'ü geçmemelidir. Çünkü protein alımı 2 kat artarsa, idrarla kalsiyum atımı % 50 artar. Menopozal kadın, bakliyat gibi bitkisel protein kaynakları, balık, kümes hayvanları gibi beyaz et kaynaklarını seçmelidir. Yüksek yağ oranları nedeniyle, kümes hayvanlarının derisi yenmemelidir.

Besin grupları dışında diyetle önemli yeri olan başka besin öğeleri de vardır. Bunlar:

**Şeker:** Besin olarak şeker, kaynağı dikkate alınmaksızın aynı kalori değerindedir. Yüksek kalorisi nedeniyle istenen kiloyu sürdürmek için sınırlı tüketilmelidir(129).

**Tuz:** Tuzu dengeli bir diyet 500-1500 mg. sodyum (Na) içerebilir. Aşırı tuzlu beslenmeden kaçınılmalıdır(92).

**Yağ:** Günlük alınan yağ miktarı, ülkeden ülkeye, hatta aynı ülkede, bir yöreden diğerine değişmektedir. Diyetle yağlar, margarin, sıvı bitkisel yağlar, tereyağı, et, tavuk ve yumurta içindeki yağlardan alınmaktadır. Sağlıklı bir erişkinin bir günde 60 gr kadar yağ tüketmesi normaldir. Amerikan Heart Assciation (AHA), diyetledeki kaloringin sadece % 30-35'inin (% 10 sature, % 10 poliunsatüre) yağlardan, oluşmasını, yüksek kolesterol içeren besinler, özellikle, yumurta, sakatat, tam yağlı süt, yüksek yağlı besinlerin yüksek karbonhidrat ile yer değiştirilmesini, kırmızı et alımının en aza indirilmesini önermektedir. Balık yağının kalp hastalıklarından koruyucu ve iyileştirici etkisi vardır. Diyetledeki kaloringin % 30'a kadar yağının azaltılmasının diğer yararları ise, meme, uterus ve kolon kanseri riskini azaltmasıdır. Bu nedenle klimakterik kadınlara besin hazırlamada yağ azaltmanın yolları öğretilmelidir(85,119,129).

***Bu amaçla;***

- Kızartma ya da ızgarada süzğü (askı) kullanılması
- Kızartmalarda, yağsız (yapışmaz) tavalar kullanılması,
- Sos ve salatalarda, krema, tereyağı, süt yerine yoğurt, şarap, meyve ve sebze suları kullanılması önerilebilir.

Aşırı tuz ve şeker ile yiyeceklerini çeşnilendirmeye alışan kadınlar, bu tatlandırıcıların tümü elimine edilirse, yiyecekleri iştahsızlık verici bulabilir. Menopozal kadında eğer ilave sağlık sorunları yoksa (hipertansiyon, diabet vs) bunları bir miktar azaltmak yeterlidir. Kadına yeşillik, baharat vs. çeşnilerle şeker veya tuz hiç eklemeyen ya da çok az ekleyerek yeni tadları keşfetmesine olanak verilmelidir(129).



Hazır gıdalar (konserve vb) evde hazırlananlardan daha fazla tuz ve şeker içerir. Hemşire, kadına bu tür besinleri satın alırken etiketteki içerik ve miktarları kontrol etmesini belirtmelidir.

Besin öğeleri dışında, kadınlarda alkol, sigara, çay, kahve, kolalı içecek tüketimi de oldukça yaygındır. Menopozal kadına, bu alışkanlıkları konusunda danışmanlık gerekebilir.

Alkol tüketimi, osteoblastlar üzerine direkt baskılayıcı etkileri ile kemik mineralizasyonunu olumsuz etkiler. Sigaranın kardiyovasküler hastalık riskini artırmasından başka, hormonların eliminasyonunu hızlandırarak, östrojen seviyesini düşürdüğü öne sürülmektedir. Ayrıca, alkol ve sigara, sıcak basmasını başlatmada etkili bulunmuştur. Kafeinin günde 1 gr'dan fazla alımı, bireyi önemli ölçüde etkiler. Sıcak basmasında da etkili bulunan kafeinin Heaney ve Recker'in araştırmalarında kalsiyumun kullanılmasını etkileyerek, yüksek üriner kalsiyum seviyesine neden olduğu gösterilmiştir. Ayrıca fazla kafein tüketimi, fibrokistik meme hastalıklarının oluşumunda etkili bulunmuştur. Çay ise uykusuzluk ve sıcak basmasına neden olabilmektedir. Özellikle II. Dünya savaşından sonra kullanımı yaygınlaşan kolalı içecekler, bazı beslenme süreçleri yoluyla, kalsiyumun emilimini azaltmaktadır. Bu tür içeceklerin uykusuzluk ve sinirliliğe yol açtığı da öne sürülmektedir(5,7,27,29,47,71,84,88,93,113,122,129,135).

Kadının özel durumlarını da dikkate alarak, iyi dengelenmiş bir diyet, tüm besin öğelerini, sıvı ve elektrolitleri (Na, K<sup>+</sup> Cl vs), vitaminleri (A,B,C,D,E vs.) ve mineralleri (Ca<sup>++</sup>, Mg, Fe, Zn, İyot, Fosfor, Flor vs) eksiksiz olarak karşılamalıdır(28,54,75,116,129).

Hemşire, menopozal kadından 3-7 günlük periyotta tükettiği tüm yiyecek ve içecekleri kaydetmesini istemelidir. Bu kayıtlar ve rutin kilo izlemi ile birlikte kadının diyeti değerlendirilmelidir. Gerekirse uzman diyetisyen danışmanlığı alınmalıdır(60,93,129).

Bazı menopozal kadınlar, hipoöstrojenizm nedeniyle alışılmadık ağız kuruluğu ve tükürük viskozitesinde artış bildirmişlerdir. Bu tür yakınmaları olan kadınlara, iyi bir diş hijyeni, dişeti masajı ve nane şekeri vb. ajanların kullanımını önerilebilir(44).

#### 2.4.2. Yeterli Uyku ve Dinlenme

Uyku, insan yaşamının temel ve vazgeçilmez gereksinimlerinin en önemlilerindedir. Yaş ilerledikçe uyku süresi azalır, yüzeysel ve kesintili olur. 45 yaş sonrası 7 saat uyku, normal kabul edilir(86).

Uyku 4 basamaktan oluşur. I. basamak uyku ile uyanıklık arası dönemdir. Sonraki basamak hafif uyku, III. basamak ise derin uyku basamağıdır. Delta basamağı da denen bu dönemde bedenin dinlenmesi gerçekleşir. IV. basamak hızlı göz hareketleri anlamına gelen REM, rüyaların görüldüğü dönemdir. Ruhsal dinlenme bu dönemde gerçekleşir.

Gecenin ilk yarısı delta uykusundan, ikinci yarısı REM uykusundan zengindir. 60 yaş üzerinde delta uykusu son derece azalır. İyi dinlenmeyen kadında, bedensel yorgunluklar artar.

Menopozda östrojen çekilmesi, düzenli uykuda önemli rolü olan serotonin metabolizmasını azaltarak, uyku bozukluklarına neden olabilir.

Hemşire, menopozal kadının uyku ve dinlenme gereksinimini gidermede bazı önerilerde bulunabilir:

- Gerektiğinden fazla uyumaya çalışılmamalıdır. Ayrıca yatakta fazla zaman geçirmek de uykuyu bölmeye ve yüzeyleştirmeye yol açar. Bu yüzden yatakta geçirilen süre kısa tutulmalıdır. Yatak, sadece uyumak için kullanılmalıdır(12).

- Sabahları düzenli olarak belli bir saatte uyanılmalıdır. Bu, bedenin günlük ritmini düzenli tutarak, uykuya dalmayı kolaylaştırır(12).
- Derin uykuyu sağlamada düzenli egzersizin önemli rolü vardır. Egzersiz sırasında salgılanan serotonin, derin dinlenmeyi, sağlayan delta uykusunu da düzenleyen maddedir. Uyku açısından ideal egzersiz, öğleden sonra ya da akşam üzeri yapılmalıdır(12,27,93).
- İyi uyumak için oda ısısı 24°C civarında olmalıdır. Çok soğuk ya da sıcak ortam uykuyu bozabilir(12).
- Uyumak için sessiz ortam seçilmelidir. Gürültülü ortam, delta ve REM uykusunu azaltır, uyku birinci ve ikinci basamakta kalır. Sese karşı duyarlılığın kadınlarda, erkeklere oranla daha fazla olduğu bildirilmektedir. Fakat uyanma eşiği bireyden bireye farklıdır ve uykunun hangi basamakta olduğuna bağlıdır.
- Uykudan önce ılık süt ve benzeri içecekler, uykuya dalmayı kolaylaştırabilir.
- Akşamları içilen çay ve kahve de uykuyu bozabileceğinden, uzak durulmalıdır. Yine alkolün fazla miktarda alınmasının REM'i azalttığı bildirilmektedir(5,7,27,72,88,93,122).
- Fiziksel ve duygusal yüklenme uykuyu bozabileceğinden kaçınılmalıdır.
- Uykuya dalmada güçlük, insanın öfkeli ve gergin olmasına neden olabilir. Uykuya dalmak için çaba harcamak yerine kalıp bir şeylerle meşgul olmak (kitap okumak vs) çoğu kez yardımcı olabilir.
- Uyku için ilaç alımı, kısa süreli olarak sorunu çözerse de uykusuzluk sorunu için yararsız, hatta zararlıdır(12,21).

### 2.4.3. Uygun Fiziksel Aktivite

Olumlu sağlık davranışlarından biri olan uygun fiziksel aktivite yaşam boyu sŸrdŸrŸlmelidir. Fiziksel aktivite, çocukluktan itibaren vŸcut mekaniği ve postŸr kazanılmasına yardım etmesi yanında, iskeletin kemik kŸtlesinin (BMD) oluşmasında önemli bir faktrdŸr. Egzersiz sadece osteoporozla başetmeyi ve kardiyovaskŸler sağlığı korumayı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda, sosyal ve psikolojik sağlığı koruma ve yŸkseltme, genel sağlık dŸzeyini yŸkseltme, kendine gŸven kazandırma, sigarayı bırakma gibi sayısız yararları vardır(2,12,25,27,29,45,59,84,86,88,93,108,116,122,129).

Lanyon'a göre, egzersiz sırasındaki mekanik uyarılar, osteoblast fonksiyonları uyarıcı lokal elektrik uyarılara dnŸřmektedir. Egzersiz ile uyarılan bŸyŸme hormonu (Growth Hormon), net kemik formasyonunu etkilemektedir. alışmalar, egzersizin kemik mineralizasyonunu artırdığı ve involŸsyonel kemik kaybını önlediğini göstermektedir. İmmobilizasyon ile Paratroid Hormon (PTH), serum konsantrasyonuna yol açar. Yine menopozal yaşlardaki kadınlar Ÿzerinde yapılan çalışmalarda, egzersize fiziksel yanıtta artma yanında, iş performansında yŸkselme, sosyal ilişkilerde iyileşme ve depresyonda azalma saptanmıştır(2,5,44,45,59,84,109,122,123,129,135).

Egzersiz programının ana unsurları, sıklık, sŸre, yoğunluk ve egzersizin şeklidir. Egzersiz için önerilecek en basit kriterler:

**Sıklık:** Haftada en az 3 olmak Ÿzere, 3-5 kez olmalı.

**SŸre:** Her egzersiz programı 30 dakikadan az olmamalı.

**Yoğunluk:** Bireyi rahatsız etmeyen bir yoğunlukta maksimum kalp hızı rezervi % 60-90, max. O<sub>2</sub> alımı % 50-80 olmalıdır(63,75).

Egzersizın uygun temposu, normal konuşmayı sürdürme ve zorlanmama ile saptanır. Kadın, rahat sohbet edemiyorsa, yoğun tempodur(75,102).

Smith, haftada 3 gün, günde 30-45 dakikalık, egzersizin 5-10 dakikadan itibaren arttırılmasını önermektedir. Jacobson 50-75 yaşlarındaki haftada en az 3 kez, düzenli egzersiz yapan kadınlardaki lomber kemik dansitesinin, 15-20'li yaşlardaki aktif kadınlara benzer değerde olduğunu göstermiştir(2,29,59,129).

Menopozal kadının bireysel özelliklerine, aktivite durumuna ve yaşam stiline uygun "Fiziksel Aktivite Programı" düzenlenmelidir. Bu yaşlardaki kadınlar için minimum 30 dakika aerobik, yürüyüş ve merdiven çıkma önerilen egzersiz rehberidir. Bu süre, giderek arttırılır. Uzun kır yürüyüşleri, hızlı yürüme (jogging), ip atlama, bisiklete binme, kürek çekme, yüzme, yogo, dans gibi günlük yaşam içine yerleştirilen egzersizlerin, genel sağlığın ilerletilmesine ve menopozal sağlık sorunlarının sağaltımına katkısı önemli düzeydedir(5,24,36,63,84,117,122,125).

Ağırlık kaldırma, iskelet kütlesini artırma ve korumada en yararlı aktivitedir. Schneider, Mcdonald, Smith, ağırlık kaldırmanın kemik mineral içeriğini (BMD) arttırdığını göstermişlerdir. Menopozal kadınlara elde yük taşımaları, alış-verişi yardımsız yapmaları önerilebilir. Sinaki'nin egzersiz protokolü sırtta ağırlık çantası ile hergün 10 sırt germe hareketini içermektedir(2,29,33,54,88,109,117,122,125).

Egzersiz sırasında önemli bir unsur da kalsiyum alımıdır. Araştırmalar, kalsiyum alımı 800 mg/günde olmadıkça egzersiz ile kemiklerde kütle artışı sağlanamadığını göstermiştir(84).

Hemşire, sakatlık, kısıtlılık ve intoleransı olan menopozal kadınları "Fiziksel Aktivite Programı" nı düzenlemede fizyoterapist ile işbirliği yapmalıdır.

#### 2.4.4. Düzenli Seksüel Yaşam

Kadının yaşamında önemli bir yeri olan menopoza döneminde, bazen cinsel uyarana genital-fizyolojik tepkilerin azalması ya da kaybı bazen de gebe kalma korkusu kalmadığından libidoda artış görülebilmektedir. Klimakterik kadının seksüel yeteneklerini etkileyen belirleyiciler, yaş ve menopoza bağlı fizyolojik değişiklikler, uyumlu bir partnerin varlığı, hastalık vs. kronik sorunlar, davranış kalıpları ve sosyal değerlerdir(72,83,118).

Kinsey'in raporunda 60 yaşın üzerindeki kadınlarda, ortalama ilişki sıklığı, haftada 1-4 olarak belirtilmiştir. Lieblum ve Bachman, 50 yaşlarından sonraki kadınlarda, seksüel ilginin genel olarak azaldığını savunmaktadır. Genç yetişkin yaşamları sırasında haftada 1-2 kez düzenli ilişki paterni sürdüren kadınlarda, ilerleyen yaş ile seksüel uyarıya fizyolojik yanıtın şiddet ve süresi zayıflamaktadır. Bunun yanısıra Master ve Johnson'un ortaya koyduğu "biyopsikososyal model"de cinsel tepki, kadının yüksek beyin merkezlerinde bulunan psikoseksüel birikimler ve ruhsal bedensel uyarılar ile oluşmaktadır. Günümüzde ileri yaşlarda olağan sınırlardaki hormonal değişikliklerin kadınların cinsel dürtüsünü çok az etkilediği, yani kadının cinsel davranış kalıbının bir kez yerleşmesi ile cinsel dürtünün hormon düzeyinden bağımsız olduğu düşüncesi değer kazanmaktadır. Bunun yanısıra seksüel aktivitelerine devam eden kadınlarda daha az vaginal atrofi ve sıcak basması görüldüğü saptanmıştır(10,14,38,44,45,72,83,116,133).

Bu dönemdeki hemşirelik yaklaşımı dikkatli tanılama, destekleme, danışmanlık ve eğitim içerir(72,116).

Kadının seksüalite ile ilgili olumsuz yaklaşımı, sosyal töreler ve tabular, stres altında yaşama, aşırı yorgunluk, yoğun üzüntü, partnerin uygunsuzluğu, disparoniye yol açabilecek genitel atrofi ve libido kaybı dikkatle değerlendirilmelidir(10,14,28,29,38,42,53,62,70,75).

Hemşire, kadının sosyal töreler ve tabular konusundaki görüşlerini ifade etmesine uygun ortam hazırlamalıdır. Yaşam boyu, farklı şekillerdeki seksüel aktivitenin devamının normal ve sağlıklı bir durum olduğu benimsetilmelidir. Bu yaşlardaki uyumlu çiftlerde, tinsel ve tensel iletişim yollarının keşfedilmesi, çifti seksüel doyuma götürebilir. Klimakterik kadın ve eşi ile seksüel davranış paternleri tartışılıp, uygun önerilerde bulunabilir:

Bu öneriler:

- Eşler arası iletişimin artırılması,
- Ön sevişme için yeterince zaman ayrılması,
- Duyarlı dokuların dikkatli uyarılması,
- Suda çözünen kayganlaştırıcı (K-Y Jel, Lubafax) ve nemlendiriciler kullanılması,
- Seksüel pozisyonlarda değişiklikler,
- Perineal kas tonusunun arttırmak için egzersiz (Kegel egzersizi) uygulaması,
- Düzenli seksüel aktivitenin sürdürülmesi şeklinde sıralanabilir.

Özellikle partneri olmayan ya da fiziksel sınırlılığı olan kadınlar için masturbasyon (özdoym) doyum verici bir seksüel aktivitedir. Kadın seksüel tabularını giderebilirse, masturbasyon, seksüel gerginliği çözen, doku dolaşımı ve lubrikasyonu ilerleten yararlı bir egzersizdir(11, 14, 27, 29, 38, 45, 83, 88, 97, 133).

Ayrıca HRT, menopozal kadında dispareniyi düzelterek, seksüel iyiliği sağlama ve libidoyu artırmada etkili bulunmuştur. Oral ya da lokal östrojen preparatları, üro-genital atrofiyi de tedavi etmektedir(14,38,83,113,133).

Klimakterik kadında sık sık sorun olan "vaginitis"in tedavisinde oral ya da topikal HRT dışında "Acidophilus tablet"leri, oturma banyoları ve vaginal yoğurt duşları önerilmektedir. Kadının perineal hijyen (pamuklu

iç çamaşırı seçimi, genito-üriner iritanlardan kaçınma vb) sık idrara çıkma, bol su içme konusunda bilgi verilmelidir(14,29,39,133).

Stres inkontinansı yakınması olan kadına -Kegel ezgersizleri- yardımcı olabilir. İdrar kaçırmaktan korkan kadınlar için küçük, ince (yaprak) ped kullanımı güven vericidir(93,118).

Üro-genital semptomlar ve seksüel problemler yaşayan kadında beden imajı değişikliği ile kaygı ve özgüven yetersizliği gelişebilir. Hemşire bu konuda uyanık olmalı ve empatik bir yaklaşımla güven ve destek sağlamalıdır.

Seksüel sorunların çözümünde kadının eline bir reçete tutuşturmak yeterli değildir. Master ve Johnson kadınların düzenli olarak destek görüşmelerine katılmalarının, alt üriner sistem üzerindeki hipoöstrojenizm etkilerini yavaşlattığını öne sürmektedir(44,128).

#### 2.4.5. Vazomotor Değişikliklere Uyum

Özellikle premenopozal dönemdeki kadınlarda, hormonal dalgalanmalar ve düzensizlikler sonucu sıcak basması ve gece terlemeleri en sık yakınmalardır. Günlük yaşam ve aktivitelerini uyku düzenlerini etkileyen bu yakınmalar, kadınları tedavi aramaya iten en sık nedendir. Bu ciddi yakınmalar, seksüel ilgi ve aktiviteyi de olumsuz etkiler(6,8,9,23,28,29,37,100).

Kadınlarda bireysel özellikler gösteren bu yakınmalar için *günlük tutma* en objektif göstergedir. Hemşire kadına günlük kayıt tutma ile ilgili bilgiler vermelidir. Bu günlükte, yakınmanın günün hangi saatlerinde ne sıklıkla olduğu, ne kadar sürdüğü, etkileyen faktörler, kadının anlayıp kaydedebileceği şekilde yer almalıdır. Bu, her kadın için farklılık gösteren faktörlerin bilinmesi, hemşirenin önerilerine de rehberlik edecektir(86).



Kadına verilecek yardımcı öneriler ise şunlardır:

- Aşırı sıcak ortamdan uzak durulmalı, ortamı sıvısı 24,5°C civarında bulunmalıdır.

- Sıcak basmasını başlattığı belirlenmişse, sigara, çay, kahve, alkol ve baharatlı yiyeceklerden uzak durulmalıdır.

- Sıcak basmalarını başlatmada rolü olan, stresli, gergin, heyecanlı ortam ve olaylardan uzak durmaya çalışılmalıdır.

- Isınma duygusu sırasında kolay çıkarılması için kat kat giyilmelidir. Ayrıca seçilen iç çamaşırları, teri emen cinsten olmalı, naylon içermemelidir.

- Isınma duygusu başladığında kendini titremeye zorlamak da ısı kaybetmede etkili olabilir.

- Ortama göre uygun soğutma tekniklerinden yararlanılabilir. Fan, ısınan bölgelere buz uygulama, yaş soğuk uygulama, olanak varsa ılık dış ısı kaybetmede yararlı olabilir.

- Ayrıca, sıcak basması sırasında, sakin ve rahat bir şekilde oturup, gözlerini kapatarak, karda yalınayak (ayakkabısız) yürümeyi hayal etmenin sıcaklık duygusunu azaltabildiği bildirilmiştir(86).

- Progressif relaksasyon, sempatik uyarıları azaltan, güvenli davranışsal girişimlerdir(47,50,118).

Vazomotor yakınmaların tedavisinde hem östrojen hem de progesteron etkili olabilir. Tek başına 20 mg/günde MDPA, sıcak basmalarının tedavisinde etkili bulunmuştur(58,118).

Tedavide HRT'yi tercih etmeyen kadınlar için Ginseng, 90-360 mg/günde primrose yağı (çuha çiçeği), 1 tbl/günde melbrosia (bal arısı

poleni), 400-800 IU/günde vitamin E ve diyete E,B kompleks, vitamini ve çinko eklenmesi etkili olabilir)(27,69,93,116).

Kadının menopoza hazırlığı ve olumlu kabulü, vazomotor değişikliklere uyum ve başa çıkma gücünü arttıracaktır.

#### 2.4.6. Gebelikten Korunma

Klimakterik kadın için olası bir gebelik anne ve bebek için yüksek sağlık riski taşıdığından kontrasepsiyonun büyük önemi vardır. Bu yüzden hemşire, bu yaşlardaki kadına ve eşine "kontrasepsiyon" danışmanlığı yapmalıdır(118,142).

Doğurganlıkları azalan premenopozal dönemdeki kadınlar için, etkinliği düşük olan yöntemlerin uygun olabileceği varsayılırsa da bu dönemde gebe kalmak, özellikle travmatik olabilir. Bu yüzden son menses-ten 12 ay sonrasına kadar etkin bir yöntemle korunulmalıdır. Yöntem seçiminde, bu dönemdeki kadınların özellikleri gözönüne alınmalıdır. 35 yaş üzeri kadınlar genellikle tek eşle ve seyrek cinsel ilişkiye girerler. Şişmanlık, diabet, hipertansiyon gibi kronik sağlık sorunları yanında, genito-üriner enfeksiyonlara da sıkça rastlanır. Sigara kullanımı da bu kadınlar için risk oluşturabilir. Ayrıca yöntem seçiminde, çiftin önceki deneyimleri, kadına HRT uygulaması etkili faktörlerdendir(27,118,142).

Her iki eşin de benimsediği ve işbirliği yaptığı *Doğal Aile Planlaması Yöntemleri* bir alternatif olabilir. İleri yaşlarda kadınlarda görülen düzensiz adetler nedeniyle ovulasyonu saptamak zor olabilir. Bu yöntemi kullanmak isteyen çifte doğru ve düzenli kullanım konusunda danışmanlık verilmelidir. *Geri Çekme* yöntemine uzun süre etkin olarak kullanmış çiftler için uygun olabilir(54).

*Bariyer Yöntemler* ileri yaşlardaki çiftler için seçeneklerdir. Özellikle spermisitler, vaginal kuruluk ve disparoni yakınması olan kadınlar için kayganlaştırıcı (lubrikatif) işlevi görürler. Prezervatif ve diyafram ile

birlikte spermisit kullanımı ise kontraseptif etki yanında HBV ve HIV (AİDS) dahil Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) a karşı koruyucudur. Ayrıca R.İ.A. kullanımı da bu kadınlar için etkinliği yüksek bir seçenektir. Yan etki olarak adet miktarında artma ve adetler arası kanamalar görülebilir. Ancak yine de R.İ.A uygulamasından uzun süre sonra görülen kanama düzensizliklerinde uterus patolojisi araştırılmalıdır. Ayrıca, menopozdan bir yıl sonra R.İ.A, çıkarılmalıdır. Daha geç kalındığında servikal stenoz gelişeceğinden işlem zorlaşabilir(118,143).

*Hormonal Kontraseptifler* etkinliği yüksek seçeneklerdir. Ancak oral ya da parenteral Kombine hormonal kontraseptifler ile ilgilifarklı görüşler gündemdedir. F.D.A (Food and Drog Administration) hormonal kontraseptifler üzerinde yaş limitinin, sağlıklı ve sigara içmeyen kadınlarda uzatılabileceğini öne sürmektedir. Hormonal kontraseptifler HRT kullanmayan kadınlarda, klimakterik yakınmaları (özellikle, vazotomor ve psik semptomlar ve üro-genital sorunları) azaltabilir. Menstruasyonla ilgili PMS, dismenore ve düzensiz adet sorunlarını tedavi edebilir. Osteoporoza karşı osteojenik koruma sağlar, cildin yaşlanmasını önler, libidoyu olumlu etkiler. Bunun yanısıra ileri yaşla birlikte görülen kardiyovasküler hastalık riskini ve kan basıncını arttırabilir. Bu etkilerin yanı sıra, 40 yaşın üzerinde, sigara içenlerde, şişmanlık, hipertansiyon, diyabet gibi risk faktörüolan durumlarda, hormonal kontraseptifler ilk seçenek olmamalıdır. Ayrıca, kadın HRT kullanıyorsa bu, gözönüne alınmalıdır. Ovulasyon devam ediyorsa, HRT etkili koruma sağlamaz ek bir yönteme gereksinim vardır. O.K.S. kullanımı, HRT dozunda etkileyebilir. *Diğer parenteral kombine kontraseptifler* (enjekte edilenler) de aynı kullanım koşullarına bağlıdır(118,143).

*Yalnız progestin içeren yöntemler* ("minihaplar, deri altı implantların enjekte edilen kontraseptifler"), östrojenin trombo-emboli hipertansiyon vs. yan etkileri nedeniyle kombine kontraseptifleri kullanamayan kadınlar için uygun seçeneklerdir. Düzensiz kanama yan etkisi nedeniyle, bu yöntemi kullanan kadınlarda, jinekolojik sorunlar maskelenebilir. Amenoreye neden olabildiği için menopoz farkedilemeyebilir(143).

#### 2.4.7. Stresle Başa çıkma

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Çevresel, sosyal ve ruhsal stres vericiler, fizyolojik (kalp vuruş sayısında hızlanma, kan basıncında artış, kas geriliminde artış vb) duygusal (endişe, karamsarlık vb), zihinsel (unutkanlık, dikkati toplayamama vb) etkiler yaratarak, üretkenliğin azalması, zevk alamama, yakın ilişkilerde uzaklaşmaya neden olur. Menopoz, gelişimsel bir stres kaynağıdır. Kişiler, gelişim dönemlerinde bilişsel davranışsal ve fiziksel değişikliklere başarılı şekilde uyum sağlayamazlarsa, gelişimsel stres, kriz durumuna dönüşebilir. Kriz potansiyelinin arttığı bir dönem olan, orta yaşa, başarılı adaptasyon daha önceki dönemlerin başarılı geçmesine, kişiye destek olan sistemlerin varlığına, rol modellerinin kişi ve çevresince kabulüne bağlıdır(21,22,72,79).

Adolf Meyer'in 1949'da 5000 kişi üzerindeki çalışmasında ilk sıralarda yer alan, stres yaşantılarından eşin ölümü, boşanma aileden birinin kaybı, emekli olma, cinsel problemler, özellikle orta yaş kadının sık olarak karşılaştığı stres kaynaklarıdır(21).

Hemşire, menopoz ve orta yaş stresi yaşayan kadına yardım edebilir. Orta yaşlarda, değişiklikler ilgili güçlükler deneyimleyen kadına yardımda 2 girişim yöntemi kullanılabilir(42).

#### *Duygusal havalandırma (Ventilating Feeling)*

Stres yaşayan kadının, duygularını açıkça paylaşması temeldir. Alışılmış (sıradan) olmayan duyguların rahatlatılmasında, en uygun yaklaşımdır. Semptomların sebebinin ne olduğunun hızla tanımlanmasını, uygun hemşirelik girişimleri yoluyla ortadan kaldırılmasını hafifletilmesini ya da başa çıkılmasını sağlar.

"Duyguların havalandırılması (ortaya çıkarılması)" teşvik edilirken, hemşire, kadının şu an yaşadığı semptom ve güçlükler kadar, menopo-

zu algılamasını ve endişelerini de ortaya çıkarmalıdır. Hemşirenin bilmesi gereken en önemli konu, kadın yaşamındaki endişelerin derecesi ne olursa olsun, kesinlikle bireyseldir. Bu yüzden bireyselliği dikkate alan bir yaklaşım gereklidir.

### ***Bilişsel Yeniden Yapılandırma (Cognitive Restruction)***

Bu yöntemin temelinde:

- Kadının inançları kadar, önceden kabul ettiği düşüncelerini tanımak,
- Farklı bakış açısı geliştirecek olumlu inançlar kurmak,
- Pozitif yolla düşünmek için duyguların nasıl etkilenebileceğini gözönüne almak, bulunur.

Gelişimsel fazda, kadının kendisi hakkındaki düşünceleri genellikle olumsuzdur. Fakat kadının duyguları, düşünceleri yoluyla etkilenebilir. Hemşire, birey olarak hala rollerinin olduğu, kimliğinin değişmediği konusunda kadını ikna edebilir. Bu, kimliği ve rollerini ayırt etmeyi anlamasına yardım edebilir. "Bilişsel yeniden yapılandırma" gerçek, pozitif ve pratik yardım sağlar.

Hemşire, klimakterik kadına stresi azaltma tekniklerini öğretebilir.

### ***Stresi Azaltma Yöntemleri***

• ***Solunum egzersizleri***, alveollerin açılması, kan dolaşımının hızlanması, oksijenin perifere ulaşması ile kişiyi sakinleştirir.

• ***Relaksasyon teknikleri***, nörovejetatif sinir sisteminin tonusunu değiştirecek, çizgili kaslardaki gerginliği azaltırken, dolaylı olarak da iç salgı, kalp, kan basıncı ve solunumda düzelme sağlar.

Bu teknikler

- Otojenik gevşeme
- Progresif gevşemedir.

• *Biyofeedback*, insanın bilinçli olarak anlamadığı, fark etmediği normal ve normal dışı fizyolojik tepkilerin, bilinçli durum gelmesi amacıyla uygulanan tekniklerdir.

• *Self-hipnoz*, kişinin kendini hipnotize ederek, kendini düzeltmeye çalışmasıdır.

• *Yoga-Zen*, Uzun süreli düşünüş ve trans oluşturarak, kişiyi huzur ve sükunete kavuşturma tekniğidir.

• *Meditasyon*; Kişinin özel ve rahat oturma pozisyonunda, düşüncelerini belli bir noktada toplamasıdır.

• *Fizik egzersiz*, düzenli ve ölçülü yapılan spor, beden sağlığı yanında duygusal boşalma, sükunet, rahatlık, zihni gevşetmeye katkıda bulunur.

• *Müzik dinleme*; hoşlandığı müziği dinleme, herkesin bildiği terapi tekniğidir.

• *İçini dökme*, gerginlik içinde olan kişi, ilgili kişiye içini dökerek rahatlayabilir.

• *Dua etme*, dini inanışların huzur, sükunet ve dayanıklılık getirdiği bilinmektedir.

- *Aile, toplum ve grup desteği*; menopozal kadının ailesinin, özellikle eşinin desteğine gereksinimi vardır. Akran gruplarındaki paylaşımlar da oldukça değerlidir.

- *Meşguliyetler*; stresi azaltmada meşguliyet iyi bir yoldur. Pasteur, kütüphaneler ve laboratuvarlarda bulunan huzurdan söz ederek, okuyan, araştıran insanların üzülme zamanı olamayacağını savunur.

Yapılan çalışmalarda, stres ve sıcak basması arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Yine relaksasyon ve stresi azaltma yöntemlerinin sıcak basmasını olumlu etkilediği bildirilmektedir. Gelişimsel stres kaynağı olan menopozla, başa çıkma potansiyeli yükselen kadının, yaşam doyumu ve üretkenliği de artacaktır(12,21,44,47,72).

Cerrahi menopozlu olguların % 55-75'inde depresyon geliştiği bildirilmektedir. Özellikle "Bilateral Salpingooferektomi" (BSO) geçiren kadınlar, "travmatik menopoz" yaşayacağından, hemşire, gerek hastanede gerekse taburcu olduktan sonra *post-op depresyon* riskinin yüksekliğine karşı uyanık olmalıdır. Cerrahi menopozlu olguda, güçsüzlük, içe kapanma, çevreye ilgisizlik, kolay ağlama gibi bulguları dikkatle izlemeli ve moral destek sağlamalıdır. Kadının menopoza uyumunu sağlamada menopoz kliniği hemşiresi ile işbirliği yapmalıdır(27).

#### 2.4.8. Deri Değişiklikleri ile Başa Çıkma ve Estetik

En büyük organ olan deri, fiziksel olduğu kadar, estetik açıdan da oldukça önemlidir. Derideki değişikliklerin derecesini, kişinin yaşının yanı sıra, fiziksel aktivite, beslenme, biyokimyasal, çevresel faktörler ve emosyonel durumu belirler. Klimakteryumda östrojen azalmasına bağlı fokal hiperpigmentasyon, depigmentasyon yanında, kasların fibroz dokulara dönüşümü, epidermiste incelme ve sübkütan yağ dokusunun atrofisi ile deri turgorunda bozulma ortaya çıkar. Ciltte kuruluk, buruşma, kırışma memelerde sarkma gibi değişiklikler, fizyolojik fonksiyon bozukluğu ve hastalık olmamasına rağmen gençliğin ve cazibenin kaybı olarak değerlendirilir.

lır. Kadında benlik saygısı (öz saygı= self esteem) zedelenebilir(118).

Hemşire, bu tür sorunlar yaşayan kadınlara rehberlik ve danışmanlık sunmalıdır.

- Sağlıklı beslenme ve bol su içilmesi, pek çok yararının yanı sıra deri sağlığı için de önemlidir.

- Fiziksel sağlık programları, kasların gerginliğini ve sertliğini, vücudun dengesini ve esnekliğini sağlama yanında, sirkulo-respiratuvar dayanıklılığı da arttırarak deri sağlığına da katkıda bulunur.

- Kozmetik endüstrisi, cilt değişiklikleri ve saçların beyazlaşması ile ilgili olarak, orta yaş kadınına destek olabilir. Lipozom içeren ürünlerin, özellikle yüz cildini daha yumuşak ve pürüzsüz hale getirdiği ve ciltteki su miktarını artırdığı saptanmıştır.

- Menopozal kadında, adrenokortikal aktivite artışına bağlı olarak çıkan çene, dudak üstü, göğüs ve karında kalın tüyler, ağda ve epilasyon ile azaltabilir(118).

- Ayrıca HRT'nin deri kollagenini ve cilt kalınlığını arttırarak deri buruşukluklarını önlediği savunulmaktadır(118).

Kadının cazibe tanımı, benlik saygısı etkilendiğinden kadın bu değişikliklerle başa çıkmasında asıl önemli faktör, olumlu beden imajı geliştirmesidir. Saçlardaki akları, ciltteki kırışıklıkları kabullenme, başka değerleri, ilgileri olan kadınlarda daha kolay olmaktadır. Fiziksel olarak "genç kalarak yılanmak" mümkün olmadığına göre "yıllara yaşam katma" felsefesi kadının yaşam kalitesinin belirleyicisi olacaktır(72,118).



#### 2.4.9. Kişisel Değer ve Benlik Saygısının Sürdürülmesi

Toplum yaşamında bireyin, toplumsal rolünü gereğince oynayabilmesi düzenli ve mutlu bir yaşam sürdürebilmesi, toplum içinde bir anlam kazanabilmesine bağlıdır. Yaşla ortaya çıkan değişimler, bireyin kişiliğini ve öz değeri (benlik saygısı)'ni önemli ölçüde etkiler. Yüksek benlik değerine sahip olma, kendini tanıma, gerçekçi olarak değerlendirme ile kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimseme sonucunda, kendine karşı sevgi, saygı ve güven duymadır. Kişinin kendisi hakkındaki yargısı, başkalarının onu, olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesinden çok daha önemlidir. Kadında da bu yargı toplumda yaşlı kadının biçilen roller, değer sistemleri, geleneksel kültür ile etkileşimle oluşur. Ayrıca kadının kendine saygısını yükseltmek için sağlığını geliştirme ve desteklemeye gereksinim vardır(44,93,118).

Hemşire, benlik saygısı ve yaşam doyumu düşük ve menopoza adaptasyonu yetersiz kadınlara karşı uyanık olmalı ve destek stratejileri geliştirmelidir.

Öz bakım davranışlarının geliştirilmesi, bireysel savunma stratejileri ve akran gruplarına katılım, menopozal kadında, benlik saygısını artıracaktır. Araştırmalar, egzersizin olumlu (güzel) görünüşü sağlayarak, benlik saygısını artırdığını göstermektedir(72).

#### 2.4.10. HRT Danışmanlığı

Dünyada ve ülkemizde kullanımı giderek yaygınlaşan HRT hakkında kadına güncel ve çağdaş bilgi sağlanmalıdır(83,86,93).

Menopozal kadın, semptomların ciddiyeti, HRT'nin olası yan etki ve riskleri ile yaşam kalitesinin sürdürülmesi kararıyla karşı karşıyadır. Hemşire, tedavi hakkında bilgi sağlama ve karar vermede destek sağlamalıdır. Sözlü ve yazılı danışmanlık yanısıra kadına tıbbi kararlara katılması konusunda da rehberlik edilmeli, HRT ile ilgili bilgilenmesi ve karar verebilmesi için yeterince süre tanınmalıdır(54,113).

HRT başlamaya karar veren kadına, tedavi planı ile ilgili detaylı bilgi verilmelidir. Çalışmalarda HRT başlanan kadınların üçte birinin tedaviyi yarıda bıraktığı gösterilmiştir. Bunun iki temel sebebi, meme ve uterus kanser korkusu ile kanamanın tekrar başlamasıdır. Kadının kullanacağı preparatın olası yan etki ve riskleri detaylı olarak açıklanmalıdır. Yeterli ve güvenli danışmanlık, tedaviye devamı ve motivasyonu destekleyecektir(83,89,93).

HRT'ye başlayan kadına tedavi dışında diğer yaşam stili faktörleri (beslenme, egzersiz...) ile ilgili düzenlemeler ve danışmanlık da yapılmalıdır. Bireysel ve grup danışmanlığı ile *yazılı rehberin* yetersiz kalabileceği durumlar için kadının her zaman arayabileceği bir *telefon hattı* olmalıdır. Güvenilir ve basit bilgi, telefonla verilerek kadın rahatlatılabilir, gerekliyse kliniğe davet edilebilir.

#### 2.4.11. Sosyal Destek

Orta yaşlarda, insanların toplumsal ilişkileri bir bakıma onların toplumsallaşma yeteneklerinin de anlatımıdır. Toplumsal yaşamda, siyasal, dinsel etkinlikler, dernek ya da kulüp üyeliği, eğlence toplantıları gibi etkinliklere katılım, eğitim ve sosyo-ekonomik durum ile yakından ilişkilidir(70).

Özellikli klimakteryum gibi streslerle dolu dönemlerde arkadaşlık çok önemli olmaktadır. Yakın arkadaş, menopozal kadının en güvendiği ve önem verdiği kişidir. Knox (1977) yetişkin arkadaşlığının temel boyutlarını şöyle belirlemektedir(103).

- En önemli boyut *yaşantı benzerliği*dir. Deneyim, etkinlik ve ilgi paylaşımını içerir. Bu, menopozal kendin kadın için oldukça değerlidir.

- İkinci boyut *karşılıklıdır*. Destek olma, bağlılık, kabul edicilik ve güvenirlilik özelliğini içerir.

- Üçüncü boyut *uyuşabilme* boyutudur. Birlikte haz alma özelliğini içerir. Ortak hobiler, ilgiler, arkadaşlığı daha anlamlı kılar.

- Dördüncü boyut, *yapısal* boyuttur. Coğrafi yakınlığı sürekliliği ve uygunluğu içerir.

- Beşinci boyut ise, arkadaşların *birbirine model olma* rehberlik etme özelliklerini içerir.

Menopozal kadın arkadaşlık ilişkileri kurup, geliştirmek üzere, kendi-kendine yardım grupları sosyal dernek, kulüpler yanında briç, satranç kulüplerine devam konusunda desteklenmelidir(27).

Menopoz kliniklerinde, destek grupları oluşturulup, grup tartışmaları sohbet toplantıları düzenlenebilir(27,29,72,93,103).

## 2.5. MENOPOZ KLİNİKLERİNİN YÖNETİMİ

### *Menopoz Kliniklerinin Gelişimi*

Menopozal yakınmalar ve menopozun olası risklerinden korunmada, HRT kullanımının yaygınlaşması, HRT'nin formülasyonlarının ve reklamlarının artması, bu kliniklerin gelişimini zorlamıştır. "Kadın sağlığı (Well-woman) Klinikleri", "Menopozal Klinik", "Klimakterik tıp", "Hormon Replasmanı Kliniği" gibi pek çok farklı isimleri olsa da tümü, tedavi ve yardım arayan menopozal kadınlara sağlık hizmeti sunmaktadır. Notelovitz ve arkadaşları, kadınların primer sağlık bakımı gereksinimini gideren bu tür kliniklerin gelişimini desteklemişlerdir. Ayrıca, son yıllarda kadının bireyselliğinin farkına varması, kadın hareketleri (feminizm)'nin gelişimi, artan tüketici hakları ve medyanın yaygınlaşması kadın sağlığına olumlu etkiler yapmıştır(42,43,44,48,80,98).

### *Menopoz Kliniklerinin Tarihçesi*

İlk menopoz kliniği 1973'te İngiltere, Londra'daki King College Hospital'da jinekolog John Studd tarafından kurulmuştur. Dr.Studd, klimakteryumda, vücuttaki hormonal değişiklikleri araştırma, tedavi ve yan etkilerinin sonuçlarını değerlendirme ve jinekolojik bakımın bir parçası olarak menopoz kliniklere olan gereksinimi göstermeyi amaçlamıştır(43,69).

İngiltere'de 1985'te 40'a ulaşan menopoz kliniği sayısı bugün hızla artmaktadır(43,44,69).

A.B.D.'de ise menopozal problemleri olan kadınlara yardım amacıyla "Kadın Sağlığı (Well-Woman) Kliniği" 1982'de kurulmuştur(48,118).

Türkiye'de ilk menopoz kliniği 17 Haziran 1991'de Ankara Doğumevi Hastanesi'nde Dr.Oya Gökmen tarafından kurulmuştur. 12 yataklı klinikte, 12 kişilik ekiple multidisipliner tedavi ve bakım hizmeti verilmektedir.

Mac Lennan, "Menopoz Kliniklerinin İşletilmesi" ile ilgili çalışmasında, bu hizmetin, eğitim hastanelerinden başka, bölge hastaneleri ve toplum sağlığı merkezlerinde de verilebileceğinden söz etmektedir. Ülkemizde ise bu hizmet, kadın hastalıkları ve doğum klinikleri bulunan, sekonder (ikincil) sağlık bakımı hizmeti sunan hastaneler içerisinde, poliklinik hizmetleri kapsamında ve sadece *medikal yaklaşımla* sürdürülmektedir(87).

Günümüzdeki gelişmeler, menopozal kadının yakınma ve olası risklerle başetmesinde sadece medikal yaklaşımın yeterli olmadığını, multidisipliner sağlık bakımı yaklaşımının gerekli olduğunu göstermektedir. Tıbbi tedavi yanında kadının, yoğun danışmanlık ve desteğe gereksinimi vardır. Menopozal kadına, gereksinimleri için sistematik ve kapsamlı hemşirelik bakımı ve desteği sağlanmalıdır(6,44,48,54,81,88).

### 2.5.1. ÖRNEK MENOPOZ KLİNİĞİ YÖNTEMİ MODELİ

Menopozal destek ve bakım sağlamak amacıyla örnek "menopoz kliniği modeli" geliştirilmiştir. Bu model, ikincil (sekonder) sağlık hizmetleri veren hastanelerin yanı sıra birincil (primer) sağlık hizmeti veren polikliniklerde de uygulanabilir(48,54).

#### *Hizmet Ekibi*

Kadına, kapsamlı sağlık hizmeti sunacak bu ekipte, multidisipliner yaklaşıma uygun olarak, uzman jinekolog, uzman hemşire, psikiyatrist, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, radyolog, sosyal çalışmacı ve sağlık eğitimcisi bulunmalıdır. Fakat ülkemiz koşulları, bu kadar geniş yelpazede profesyonelin birarada bulunmasına olanak vermeyebilir. Bu nedenle hizmet bir jinekolog ve uzman hemşirenin koordinatörlüğü ile sürdürülebilir. Lisans eğitimi süresince, uygulama, eğitim ve yönetim yanında koordinatörlük rolüne de hazırlanan hemşire, hizmet ekibinde anahtar üye konumunu üstlenebilir. Diğer profesyonellerden gerek duyulduğunda konsültasyon istenebilir, ya da kadın gönderilebilir(44,54).

#### *Klinik Ortam*

Menopozal kadına, kapsamlı kadın sağlığı hizmeti verecek bu klinikte en az 3 bölüm bulunmalıdır.

Başvuranların beklediği, TV ve video donanımı olan ferah bir bekleme salonu, hemşirenin danışmanlık ve eğitim amacıyla kullanacağı broşür, kitapçık, pano, posterler ile düzenlenmiş bir oda, hekimin muayene, ultrasonografi ve diğer uygulamalar (P,C, endometrial biyopsi) için uygun donatılmış bir oda ayrılmalıdır. Ayrıca klinikte sürekli bulunan diğer profesyoneller varsa onlara da uygun donatılmış bir oda ve bir egzersiz salonu bulunmalıdır.

#### 2.5.1.1. İlk görüşme ve Hemşirelik Tanılaması

Menopozal kadın ilk başvurusunda, klinik hemşiresi tarafından karşılanmalıdır. Uzman menopoz hemşiresi J.Morton, kendi kliniklerinde hemşirenin sivil giyindiğini bildirmektedir. Kadın ve heşire arasında engel yaratabileceğinden hemşirenin üniforma giymemesi önerilmektedir. Ayrıca sıcak ve ilgili karşılama, uygun hitap da oldukça önemlidir. Otoriteler en

uygun olanın, kadına "adı" ile hitap etmek olduğunu savunmaktadır. "Hasta" sıfatı kullanılmaya özen gösterilmelidir(58,87).

İlk görüşme hemşirenin özel donatılmış odasında yapılmalı ve 30-40 dakika sürmelidir. Kadın ile birlikte geldiyse, eşi de görüşmeye dahil edilmelidir. Uygun terapötik iletişim yöntemleri kullanılmalıdır. İletişim sorunlarına yol açabilecek utanma, çekinme ve karamsarlık gibi durumlara karşı uyanık olmalıdır(6,87).

Bireyin bakım gereksinimlerinin saptanmasını içeren "hemşirelik tanılması" bilgi toplam ve toplanan bilgilerin analizine dayanır. İlk karşılaşmada başlayan hemşirelik tanılması, hemşirelik girişimlerinin planlanması ve değerlendirilmesi aşamalarında da sürmelidir(15).

Hemşire tanılama sırasında 3 temel noktaya dikkat etmelidir.

**Kadının devam motivasyonu:** Menopozal kadın, ailesi veya hekim tarafından gönderilmişse, uyum güçlüğü çekebilir. Danışmanlığa direnç gösterebilir.

**Daha önce HRT uygulaması:** Kadına daha önceki HRT uygulaması, gelişen yan etkiler, uygunsuz doz vs. nedenlerle bırakılmış olabilir. Bu durumda daha iyi terapi rejimi seçilmesi veya tedavinin nedenleri, mantığı açıklanabilir.

**Menopoz ve HRT ile ilgili korkular:** Tedavi başlanmadan önce kadının menopoz ile ilgili düşünceleri, korkuları, inançları ile ilgili bilgi sahibi olunmalıdır. HRT hakkında doğru-yanlış bildikleri, korkuları, beklentileri konusunda açıkça konuşulmalıdır. Kadının direkt olmayan soru ve ifadelerine dikkat edilmelidir(87).

Dikkatli, duyarlı ve aceleye getirmeden yapılan tanılama bakım ve danışmanlığın planlanması için çok önemlidir. Tanılama araçları, hemşirenin mesleki bilgi ve deneyimleri, gözlem ve görüşmelerinin yanı sıra,

kayıtlar ile laboratuvar muayene bulgularıdır(6,15).

### I. Öykü Alma ve Kayıt Tutma

Menopozal kadından, jinekolojik, obstetrik, tıbbi ve cerrahi anamnez yanında öz ve soy geçmişi, ilaç kullanımı, genel sağlık davranışları ile ilgili veriler alınmalıdır (Form I).

İdeali, kadın için tek bir dosya tutulması, bu dosyada ilgili bölümlerin, ilgili profesyonellerce işlenmesidir. Bu ortak veri tabanı olan profesyoneller için zamandan ekonomiyi sağlayacaktır.

Tanılama formundan başka, her kadına ilk görüşmede "Menopozal Yakınma Tarama Listesi" ve "Osteoporoz Tarama Listesi" uygulanmalıdır(87).

Menopozal Semptom Çeklistleri (MSC), ilk kez 1965'te Neugar-ten ve Kraines tarafından geliştirilmiştir. Bu listeler günümüze kadar pek çok araştırmacı tarafından kullanılmıştır. Çeşitli çalışmalarda Green (1976) 30 semptomluk, Holte ve Mikkelsen (1991) 21 semptomluk, Avis ve Kaufert (1993) 16 ana semptomluk listeler kullanmışlardır(8,66,79).

Menopozal değişiklik ve yakınmaları etkileyen, sosyo-kültürel farklılıkların gözönüne alınarak, Türk kadınlarına özgü "Menopozal Yakınma Tarama Listesi" geliştirilerek, istatistik açıdan geçerlik ve güvenilirliği saptanmalıdır(8,66).

Laboratuvar testlerinden daha hızlı ve ucuz olan bu listelerin yararları, kadının gereksinimlerine uygun ortam ve tedavinin planlanması ve kadının kendini objektif olarak değerlendirmesini sağlaması yanısıra gereken HRT dozunu ayarlamakta ve izlemede değerli bilgiler vermesidir(87) (Form II).

Bunlardan başka olgunun osteoporoz eğilimini saptamada kullanılan "Osteoporoz Risk Faktörleri Tarama Listesi" oldukça değerli bilgiler sağlar (Form III).

## FORM I

## OLGU TANIM FORMU

Adı ve Soyadı

Protokol No:

Yaşı

Tarih:

Son adet tarihi:

Klimakterik Dönem: ( ) premenopoz ( ) Erimenopoz ( ) Postmenopoz

Yaşam Bulguları

T.A.: ...../....mmHg, Nabız: ...../dk, Beden ısısı: ....°C,

Boyu ..... cm, Beden ağırlığı: ..... kg, BMİ.....

Medikal Anamnez:

Cerrahi anamnez: ( ) Histerektomi ( ) BSO ( ) Tüp ligasyonu

Jinekolojik Anamnez:

Obstetrik Anamnez:

Ailesel Anamnez:

Sosyal Anamnez:

Allerji/ilâç kullanımı:

Osteoporotik risk faktörleri

Menopozal yakınmalar

Devam motivasyonu

Temel korkular

Önceki HRT

Bakım gereksinimleri:



## Form II

Menopozal Yakınma Tarama Listesi  
MYTL

	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 ağrısı						
İştah değişikliği, kilo artması						
Konstipasyon/diare						
Çarpıntı						
Deride kuruma, pullanma						
Yüzde tüylenme, pubik kıllarda seyrelme						
Disparoni						
Cinsel ilgi azlığı						
Sık ve ağrılı miksiyon						
Adet düzensizliği						

**Form III**  
**Osteoporoz Risk Faktörleri Tarama Listesi**

Erken Menopoz

Uzamış Amenore

Uzamış steroid tedavisi

İnce beden yapısı

Sigara içme

Yoğun alkol alımı,

Hareketsiz yaşam

Fazla kafein alımı

Az kalsiyum alımı

Diüretik, antiasit kullanımı

## ***II. Muayene ve Laboratuvar Bulguları***

Her kadının vital bulguları (özellikle TA) boy ve kilo kontrolü yapılmalıdır. Genel Fizik Muayene (FM), jinekolojik ve meme muayenesine yardım edilmeli ve muayene bulgularının açıklamalarının anlaşıldığından emin olunmalıdır(30).

Endometrial biyopsi ya da probe kürtaj yapılacaksa hasta ve malzemenin hazırlığı, işleme yardım, materyalin ilgili birime ulaştırılması ve sonucun izlenmesi, kaydedilmesi hemşireliğin sorumluluğudur(30).

HRT başlanmadan önce bazı testler yapılması zorunludur. Kadına bunun gerekçesi açıklanmalıdır. Kanın biokimyasal analizleri, lipit profili, karaciğer enzim düzeyleri, idrar testleri ve servikal sitoloji zorunlu testlerdir. Mammografi rutin istenebilir(87).

Endometrial biyopsi (EB) ve Probe Kürtaj (PC), atipik kanamalı ya da endometrial kalınlığı 5 mm'nin üzerinde olan kadınlarda yapılır(62).

Hormonal testler, overlerin zayıflamaya başlamasını saptamak için araştırılabilir. FSH, LH ve östriol titrasyonu izlenebilir. Premenopozal 4 yıl içinde FSH yüksektir(62,87).

Kemik dansitometrisi ile populasyon taramasının maliyeti oldukça yüksek olduğundan sadece osteoporotik risk faktörü yüksek olanlardan istenir. Tüm kadınlara DEXA ya da çift Foton Absorboiyometri (DFA) önermek pahalı bir yöntemdir. Sıklıkla Tekli Foton Absorbsiyometri (SFA) önerilir. Terapi başladıktan bir yıl sonra tekrarlanarak, terapinin etkileri izlenebilir(34,63,121,127).

Tiroit fonksiyon testleri rutin değildir. Tiroit hastalık ve semptomları ve klinik bulguları varsa yapılır(87).

HRT başlanmadan önce postmenopozal kadınlarda, asemptomatik kanser taramasında nadiren "Progesteron Challenge Test" kullanılır. Bu testte 10 gün süreyle 10 mg progesteron (MDPA)/günde verilerek endometrial gelişme izlenir. Kanama olursa, endometrial durumu tanımlamaya yardım edebilecek E.B veya P.C yapılır.

HRT öncesi nadiren yapılan diğer testler, adrenal steroidler, ürener kalsiyum ( $Ca^{++}$ ), hidroksiprolin/kreatinin oranı, renal fonksiyon testleridir(87).

Uygulanan tüm test ve muayenelerin amacını ve uygulama yöntemlerini ve sonuçlarını kadına anlayabileceği şekilde açıklamalı, tüm kararlara katılımını sağlamalıdır(30).

Hemşire, görüşme, muayene laboratuvar testleri ve kayıtlar ile elde ettiği tüm verileri "hemşirelik tanılama"nda kullanmak üzere değerlendirmeli ve analiz etmelidir(15,30).

#### **2.5.1.2. Hemşirelik Girişimlerinin Planlanması**

Menopoz kliniğine başvuran her olgunun anamnezi, test ve muayene bulguları, hemşirenin gözlem ve kayıtları ile gereksinimleri saptanarak, hemşirelik girişimleri planlanır. Planın merkezinde kadın, çevresinde ise eşi, ailesi ve diğer profesyoneller vardır. Hemşirelik planında, kadının yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyin kendi çabası ile gerçekleştirilen etkinlikler ağırlıktadır(15).

Hemşirelik kuramlarının pek çoğunda yeri olan "Temel İnsan Gereksinimleri" doğrultusunda, menopozal kadınların ortak gereksinimleri de incelenerek oluşturulan menopozal olguların temel bakım gereksinimleri şunlardır:

- 1- Uygun beslenmenin sürdürülmesi
- 2- Yeterli uyku ve dinlenme
- 3- Uygun fiziksel aktivite
- 4- Düzenli seksüel yaşam
- 5- Vazomotor değişikliklere uyum
- 6- Gebelikten korunma
- 7- Stresle başa çıkma
- 8- Deri değişikliklerle başa çıkma ve estetik
- 9- Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi
- 10- HRT danışmanlığı
- 11- Sosyal destek

Ayrıca, olgunun, bireysel özellik ve gereksinimleri değerlendirilerek, uygun girişimler eklenmelidir. Planlama oldukça esnek tutulmalıdır.

#### **2.5.1.3. Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi**

Kliniğe devam eden her olgu için hazırlanan hemşirelik bakım planı, gereksinimlerin giderilme durumlarına göre sürekli olarak değerlendirilmelidir. Giderilemeyen kısmen giderilmiş ya da yeni ortaya çıkan gereksinimler, sürekli geri bildirimlerle kontrol edilmeli, tanılama ve girişimler için başa dönülmelidir. Hemşirelik bakımının değerlendirilmesi de tanılama ve planlama gibi dinamiktir. Bu nedenle değerlendirme hem bir sonuç hem de başlangıçtır(15).

#### **2.5.1.4. İzlem ve Rehberlik**

Kliniğe devam eden her olgu için izlem protokolü hazırlamalıdır (Form IV). Olgunun izlem sıklığı, kadının sağlık durumuna, medikal tedavinin türüne, bakım gereksinimlerinin derecesine, kadını menopoza adaptasyonuna bağlıdır. Her görüşme ve izlemler kayıtlara geçirilmeli, hemşirelik girişimleri değerlendirilirken, tanılamada sürdürülmelidir(6,15).

Menopozal kadınların fizik ve mental potansiyelini geliştirme ve sağlığını ilerletme davranışlarını kazanmalarında yoğun rehberliğe gereksinimleri vardır. Hemşire, bu gereksinimi gidermek üzere sözlü ve yazılı danışmanlık sunmalıdır(37).

Sözel danışmanlık için bireysel ve grup programları düzenlenebilir. Pek çok ortak gereksinimi olan menopozal kadınlar için 5-6 seanslık *Menopozal Destek Programları* hem eğitsel gereksinimlerini hem de gruba ait olma ve sosyal destek duygusu ile sosyal ve entellektüel gereksinimlerini de karşılar. Koşullara ve gereksinimlere göre esnek şekilde oluşturulan "Menopozal Destek Programları" doğru ve gerçek bilgilerle menopoza adaptasyonu yükseltecektir. Özel ve farklı gereksinimleri olan kadınlar için bireysel danışmanlık, önemli ve değerlidir(37).

Sözel danışmanlık için önemli bir unsur da *danışma telefonudur*. Güvenilir ve basit bilgi arayan menopozal kadın, sorunlarını ve sorularını telefon aracılığı ile hemşireye rahatça iletebilir. Gerekirse kliniğe davet edilebilir. Bu telefon servisi, ideal olarak sadece iş saatlerinde değil, 7 gün, 24 saat sürekli kullanılabilir olmalıdır(6,58,87).

Sözel danışmanlık ve telefon danışmanlığı kadar, bilgi gereksinimini gidermede önemli bir kaynak da *yazılı materyallerdir*. Klinikte hemşirenin ve diğer profesyonellerin kullanacakları zamanı da azaltan bu "rehber kitapçık" her an el altında bulunduğu oldukça değerlidir. Kadına menopozal bilgi eksikliğini giderme, kliniğe ve tedaviye devam konusunda motivasyon ve destek sağlar. Bu rehber kitapçık, ayrıca, kliniğe ya da "Menopozal Destek Programı"na devam edemeyen kadınlar içinde oldukça değerli bir kaynaktır(37).

Yapılan kontrollerde HRT gerekli bulunmamış ya da HRT önerildiği halde kadın reddediyorsa, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri, sağlık kontrolleri ve alternatif bakım alabilmek için kliniğe devam edebilmelidir.

Menopozal destek programını tamamlayan kadın, ayda 1 iletişim toplantılarına devam edebilir. Toplantılara katılmak istemiyorsa rutin tıbbi kontrollere geldiğinde, bireysel danışmanlık ve destek sürdürülmelidir.

**Form IV**  
**Olgu İzlem Protokolü**

Adı-soyadı:

Görüşme tarihi:

Tanılan Gereksinimler

Beslenme ( )

Uyku ve Dinlenme ( )

Egzersiz ( )

Seksüalite ( )

Kontrasepsiyon ( )

Estetik ( )

Beden İmaji ( )

Stres yönetimi ( )

Sosyal destek ( )

HRT danışmanlığı ( )

Özel gereksinimler ( )

Kullandığı HRT : Tedavisiz ( ) HRT ( ) ERT ( ) Progesteron ( ) Oral ( )  
Tranndermal ( ), Enjektabl ( )

Menopozal Destek Programına Katılım: ..... Seans

Telefon hattını kullanma ( )

Rehber kitapçık kullanımı ( )

Konsültasyonlar gereksinimi( )

Bireysel danışmanlık gereksinimi( )

Bir sonraki görüşme tarihi ( )

İzleyen Hemşire

### 2.5.2. Örnek Menopozal Destek Modülü

<b>Konu</b>	: Menopozu Tanıma ve başa çıkma
<b>Amaç</b>	: Bu oturumlar sonunda katılımcılar: - Menopozal değişiklikleri tanıyıp, başa çıkma yöntemlerini öğrenebilmeli - Menopozu adaptasyonda başarılı olabilmelidir.
<b>Yöntem</b>	: Anlatım Soru-Cevap Tartışma
<b>Süre</b>	: 120 dk/günde, 5 seans, hafta sonları, gündüz veya gece
<b>Kullanılan Araç ve Gereçler</b>	: Büyük kağıt (flipchart)/yada tahta, kalem Video kaset ve player Pelvik maket Meme maketi Resim ve şemalar
<b>Dağıtılacak Materyal</b>	: Menopoz rehber kitabı
<b>Grup</b>	: 6-10 kadın
<b>Program yürütücüsü</b>	: 1 menopoz hemşiresi
<b>Ortam</b>	: Duvarları ilgili pano ve resimlerle donanımı rahat bir oda



Sears No	AKIŞ	YÖNTEM	İÇERİK
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Katılımcılarla tanışılır</li> <li>● Rehber kitapçıları verilir</li> <li>● Menopoz ile ilgili yakınma ve duygular konuşulur</li> </ul>	<p>Soru-cevap</p> <p>Anlatım</p> <p>Tartışma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grup ortamı oluşturma</li> <li>● Pekçok kadının ortak yakınma ve duyguları olduğu gösterme</li> <li>● Aile ve arkadaş gruplarındaki empati ve desteğin önemini vurgulama</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Video kaset izlenir</li> <li>● Kadın üreme sistemi ve klimakterik değişikliklerle ilgili</li> </ul>	<p>Anlatım</p> <p>Resim ve şemalar</p> <p>gösterme tartışma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kadın üreme sistemi</li> <li>● Anatomi</li> <li>● Fizyoloji</li> <li>● Menarş</li> </ul> <p>ile ilgili bilgi verme ve resimlerle gösterme. Menses sorunları ve deneyimleri konuşma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klimakteryumdaki bedensel, psikosozyal değişikliklerle ilgili bilgi verme ve deneyimleri tartışma</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Maket üzerinde pelvik muayene gösterilir</li> <li>● Meme ve serviks kanserine ilişkin bilgi verilir</li> <li>● Klimakteryumdaki genito-üriner değişiklikler ve başedilmesine yönelik bilgiler verilir</li> </ul>	<p>Anlatım</p> <p>Pelvik model</p> <p>Meme modeli</p> <p>Tartışma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Serviks ve meme kanseri ile ilgili bilgi verme</li> <li>● Pelvik model üzerinde pelvik muayene ile servikal smear ve sitoloji ile ilgili bilgi verme. Pelvik muayene ile ilgili deneyimleri paylaşma</li> <li>● Kendi-kendine meme muayenesi öğretme ve model üzerinde uygulama</li> <li>● Genito-üriner yakınmalar</li> <li>● Vajinal enfeksiyon ve kuruluk</li> <li>● Sistit</li> <li>● Disparoni</li> <li>● Stres, urge inkontinans, Vulvitis, pruritis ile ilgili bilgi verme ve kendi-kendine bakım girişimlerini anlatma</li> </ul>

Sears No	AKIŞ	YÖNTEM	İÇERİK
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grupta bulunma ile ilgili görüşleri konuşulur</li> <li>● Klimakteryumdaki diğer yakınmalar ve başa çıkma girişimleri anlatılır</li> <li>● Beden imajı ve korunması ile açıklama yapılır</li> </ul>	Soru-cevap tartışma anlatım	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grup içinde olma ilgili duygu ve düşünceleri paylaşma</li> <li>● Klimakteryumdaki diğer yakınmalar <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sıcak basması, gece terlemesi</li> <li>- Menses bozuklukları ve amenore</li> <li>- Uykusuzluk, yorgunluk</li> <li>- Baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması</li> <li>- Unutkanlık, dikkat azalması</li> <li>- İçe kapanma, ağlama isteği</li> <li>- Sinirlilik, gerginlik</li> <li>- Kilo artışı, iştah değişiklikleri</li> <li>- Cinsel istekte azalma</li> <li>- Eklem ve kas ağrıları</li> <li>- Tansiyonda değişiklikler</li> </ul> </li> </ul> <p>ile ilgili bilgi verme ve başa çıkmak için kendi-kendine bakım girişimleri anlatma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Beden imajı ve korunmasına yönelik bilgiler ve öneriler sunma</li> </ul>
V	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klimakteryumda "tedavi" ile ilgili bilgi verilir</li> <li>● Alternatif bakma girişimleri ile ilgili bilgi verilir</li> </ul>	anlatım soru-cevap	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hormon Replasman Tedavisi</li> <li>● Etkileri</li> <li>● Yan etkileri</li> <li>● Uygulanan rejimler</li> </ul> <p>ile ilgili bilgi verme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klimakteryumda beslenme ve egzersiz ile ilgili öneriler sunma</li> </ul>
VI	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Genel tekrar ve amaçlar gözden geçirilir</li> </ul>	Soru-cevap	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Menopoz nedir, ne değildir?</li> <li>● Menopozal değişiklikler nelerdir ve nasıl başa çıkabiliriz?</li> </ul> <p>temel sorularına katılımcıların yanıtlarını alma ve anlaşılmayan noktaları tekrarlama ve pekiştirme</p>

### 3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Yüzyılımızın önemli gerçeklerinden birisi de toplam nüfusa oranla yaşlı nüfusun artışıdır. Beklenen yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfustaki kronik sağlık sorunlarının ve bakım gereksinimlerinin artması kaçınılmazdır.

Kadınların cinsel olgunluk çağından sonraki yaşam dilimi olan *Klimakteryum döneminin* en çarpıcı değişikliği *adetten kesilme* yani *menopoz*dur. Doğal ve fizyolojik bir olay olan menopozun yol açtığı biyopsikososyal değişiklikler, kadında pek çok yakınma ve olası patolojilere yol açabilir. Araştırmalar, over hormonlarının azalması ile kadınların % 79'unun fiziksel, % 63'ünün emosyonel semptom deneyimlediklerini ortaya koymaktadır. Bunun dışında, bu dönemde artış gösteren kronik sağlık sorunlarından, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar, kadınların yaşam kalitesi ve kantitesini olumsuz etkilemektedir(43, 44, 54, 58, 59, 63, 86, 88, 89, 90, 113, 115, 116, 118, 134...).

Kadınların hayatta kalma süresini ve yaşam kalitesine önemli ölçüde etkileyen ve sağlık bakım maliyetlerini artıran bu dönemdeki sağlık sorunları, menopozal kadının ve ona sağlık hizmeti sunanların tanınması ve başatmesi gereken temel konulardır. Ayrıca "biyokültürel bir olay" olarak nitelenen menopoz, kadın ve yetiştiği kültürlere göre farklı nitelik ve özellikler göstermektedir. Yaşamlarının 1/3'ünü postmenopozal ve senyumda geçirecek olan kadınlarımızın sağlığını ve yaşam kalitesini sürdürme ve ilerletmede "bütünsel sağlık bakımı" nı benimseyen hemşirelik disiplinin de bilgi içeriğini genişletme gereksinimi vardır(6, 11, 14, 27, 29, 38, 43, 44, 48, 54, 57, 60, 62, 80, 83, 87, 88, 89, 93, 116, 128, 129, 137...).

Hemşirelik literatüründe, diğer yaşam dönemlerine ilişkin yoğun bilgi birikimi olmasına rağmen, klimakteryum dönemi ile ilgili çalışmalar yetersiz ve sınırlıdır.

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliğinde diğer yaşam dönemleri kadar önemli ve kültürlere özgü değişimi ve olası riskler taşıyan klimakteryum dönemindeki kadının bakım gereksinimlerinin belirlenerek, hemşirenin rol ve işlevlerinin tanımlanması gereksinimi vardır(6,79,88).

Araştırmamız, literatür ve mesleki gözlemlerimiz doğrultusunda ulaşılan şu *varsayımlar* doğrultusunda planlanmıştır.

- \* Klimakteryum dönemindeki kadında, diğer yaşam dönemlerine göre farklı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.
- \* Bu yaşam dönemindeki kadınların bireysel ve toplumsal gereksinimleri, diğer dönemlere göre farklılık gösterir.
- \* Kültürlerin menopoza yüklediği anlamlar, kadının yaşadığı değişiklik ve yakınmaları etkiler.
- \* Etkin tedavi ve bakım ile menopozal sorunların önlenmesi veya hafifletilmesi olasıdır.
- \* Bu dönemde kadının, hemşirenin bakım ve desteğine gereksinimi vardır.
- \* Etkili sağlık bakımı sunarak hemşire, kadının fiziksel ve mental potansiyelini artırarak sağlık davranışlarını geliştirebilir.

Çalışmamız, kadınlarımızın, klimakteryum dönemindeki yakınma ve gereksinimlerini belirleyip, bu dönem kadının bakımında rol alan hemşirenin rol ve sorumluluklarını tanımlayarak, Doğum ve Kadın Hastalıkları hemşireliğinin temel bilgi birikimine katkıda bulunmak amacıyla planlanmıştır.

Bu temel amaç doğrultusunda *araştırmanın hedefleri* ise şunlardır:

- 1- Klimakterik kadınların demografik, obstetrik ve jinekolojik verilerinin görüşme formu ile saptanması
- 2- Kadınlarda, özellikle klimakteryumdan özel ve önemli yeri olan sağlık davranışları ile ilgili durumların belirlenmesi
- 3- Bu dönem kadınların özel gereksinimlerinin karşılıklı görüşme ve görüşme formu ile saptanması
- 4- Klimakterik kadının, bakım gereksinimlerinin giderilmesinde hemşirenin rol ve sorumluluklarının literatür bilgilerinin ve gözlemlerin ışığında tanımlanması
- 5- Bir menopoz kliniği yönetim modeli geliştirilmesi
- 6- Bir Menopozal Destek Modülünün oluşturulması
- 7- Türk kadınının, klimakterik yakınmalarını değerlendirmede objektif bir tarama listesi geliştirilerek, geçerlik ve güvenilirliğinin saptanması

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Tipi

Ağustos 93 - Ağustos 95 tarihleri arasında gerçekleştirilen betimleyici amaca yönelik kesitsel (Cross-Sectional) bir araştırmadır(131).

### 4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da yaşayan 45-65 yaş arasındaki kadınlar oluşturmuştur. Bu evrenden 5/10.000 oranında "Tabakalı Örneklem Yöntemi" ile belirlenen örnek büyüklüğüne göre 221 kadın örneklem alınmıştır. Ayrıca İstanbul ili içinde kapsamlı menopoz tedavisi sürdüren hastanelerden "küme örneklem yöntemi" yöntemine göre seçilen 4 hastaneye araştırmamız süresince başvuran kadınlar içinden "basit rastlantısal yöntem" ile seçilen toplam 100 kadın örneklemimize dahil edilerek toplam 321 olgu çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırma amacımıza uygunluğu açısından cerrahi menopozlu kadınlar örneklem dışında tutulmuştur.

### 4.3. Araştırmanın Yeri

Çalışmamızda, menopoz tedavisi görmeyen grup için İstanbul'un farklı semtlerinde, çalışmayı kabul eden kadınlarda kendi evlerinde görülmüştür.

Menopoz tedavisi gören olgular, İ.Ü.Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (n:25), İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (n:25), SSK Bakırköy Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (n:25) ve Süleymaniye Doğumevi (n:25)'nde bulunan Menopoz Polikliniklerinden seçilmiştir.

Bu hastanelerin seçiminde

- Üniversite, Devlet ve SSK hastanelerinin farklı özelliklerinin örnekleme yansıtılma gereği
- Menopoz kliniklerine başvuru sayısının fazla olması
- Menopoz tedavisini uzun süredir ve daha sistematik olarak sürdürmeleri gözönüne alınmıştır.

#### 4.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, "Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu" ile araştırmacı tarafından geliştirilen "Menopozal Yakınma Tarama Listesi" kullanılmıştır(132).

Karşılıklı görüşme yöntemiyle gerçekleştirilen veri toplama aşamasında olguların mahremiyetine uygun görüşme ortamı sağlanmıştır.

##### 4.4.1. Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu

Olgulara özel bir odada uygulanan görüşme formu, sosyo-demografik, jino-obstetrik özellikleri, sağlık davranışları ve klimakterik özellikleri ile ilgili toplam 44 sorudan oluşmuştur: Her bir görüşme ortalama 30-40 dakika sürmüştür.

Klimakterik özellikler içinde, menopozal yaş, menopozu tanımlama, menopozu algılama, menopoz yılı, klimakterik dönem ve HRT kullanımı "klimakterik parametreler" olarak değerlendirilmiştir.

#### 4.4.2. Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL)

Kadınlarımızın klimakterik dönemler boyunca deneyimlediği yakınmaları belirlemek amacıyla, "Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL)" geliştirilmiştir.

"Menopozal Semptom Checklist (MSC)": olarak pek çok çalışmada kullanılmıştır. İlk kez 1965'te Neugarten ve Kraines'in standardize ettiği 28 itemli araçtan günümüze değin pek çok araştırmacının tarafından item sayısı ve özellikleri farklı listeler geliştirilmiştir(8,42,44,66,69,72,79,86,100).

Menopozun "biyokültürel" özelliğinden dolayı her kültürde farklı tür ve şiddette yakınmalar görülebilir. Bu yüzden Türk kadınına özgü yakınmaları içeren *Menopozal Tarama Listesi* geliştirilmesi zorunluluğu doğmuştur. Literatür, pilot, çalışma ve mesleki gözlemler doğrultusunda geliştirilen "Menopozal Yakınma Tarama Listesi"nde yer alan yakınmalar şunlardır.

##### *Menopozal Yakınma Tarama Listesi*

- 1- Sıcak basması-gece terlemesi
- 2- Uykusuzluk-yorgunluk
- 3- Baş ağrısı-baş dönmesi
- 4- Sinirlilik-gerginlik
- 5- İçe kapanma-Ağlama
- 6- Eklem, kas ağrıları
- 7- İştah değişikliği-kilo artışı
- 8- Kabızlık-hemoroid
- 9- Çarpıntı-nefes darlığı
- 10- Deride kuruma, pullanma
- 11- Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme
- 12- Disparoni
- 13- Cinsel ilgi azlığı
- 14- Sık ve ağrılı miksiyon



### 15- Adet düzensizliği

Ayrıca her bir yakınma ile ilgili kadının endişe duyup-duymadığı ve bu yakınmaya ilişkin öneri alıp-almadığı bu listede yer almıştır.

#### 4.4.3. Menopozal Yakınma Tarama Listesinin (MYTL) Geçerlik ve Güvenirliği

Literatür, pilot çalışma ve gözlemler doğrultusunda hazırlanan aracın "geçerlik ve güvenirligi" çalışma grubumuza uygulanarak sınanmıştır.

Aracın geçerliliğini sınamada, kapsam geçerliliğini değerlendirmede "mantıksal ve rasyonel yaklaşım olarak" kabul edilen *konunun uzmanlarına inceleme yöntemi* benimsenerek bir grup uzman görüşüne başvurulmuş ve 15 maddelik son şekli verilmiştir(132).

Daha sonra, aracın yapı geçerliliğini sınamada çok yaygın bir yöntem olan *faktör analizlerine* başvurulmuştur. MYTL'nin faktör analizleri "Covariance Matrix" ile değerlendirilmiştir.

Madde	Faktör I	Madde	Faktör II	Madde	Faktör III	Madde	Faktör IV	Madde	Faktör V
1	0.7003	12	0.8999	5	0.4282	10	0.7117	14	0.8312
2	0.6145	15	0.9043	7	0.5792	11	0.6839		
3	0.6176			8	0.7270				
4	0.7337			9	0.4161				
6	0.5348			13	0.5443				
Eigenvalue	3.311		1.7199		1.945		1.0941		1.0458
Yüzde	22.1		11.5		8.0		7.3		7.0

15 maddeden oluşan Menopozal Yakınma Tarama Listesi "Rotated Factor Matrix" çözümlenmesinde 5 faktör yapısına ayrılmıştır. 5 faktörlü çözümlenmede, Faktör I ve III'de 5'er madde, Faktör II ve IV'de 2'şer madde, Faktör V'de 1 maddede yer almıştır.

Faktörlerin korelasyon değerleri incelendiğinde faktör I için 0.73-0.53, Faktör II için 0.90-0.89, Faktör III için 0.72-0.41, Faktör IV için 0.71-0.68 arasında değiştiği, Faktör V için 0.83 olduğu bulundu.

Faktörlerde yer alan yakınmalar şöyle idi

<i>Faktör I</i>	<i>Faktör II</i>	<i>Faktör III</i>
Sıcak basması-gece terlemesi	Disparoni	İçe kapanma, ağlama
Uykusuzluk-yorgunluk	Cinsel ilgil azlığı	İştah değişikliği-kilo artışı
Başağrısı, baş dönmesi		Konstipasyon/diare
Sinirlilik-gerginlik		sık ve ağırlı miksiyon
Eklem-kas ağrıları		çarpıntı ve nefes darlığı
<i>Faktör IV</i>		<i>Faktör V</i>
Deride kuruma, pullanma		Adet düzensizliği
Yüzde tüylenme ve		
pubik kıllarda seyrelme		

Faktör analizlerinin başlıca amacı grup olarak bulunmaya eğilimli maddeleri saptamaktır (Kim & Müller 1978). Geliştirdiğimiz MYTL'de Faktör I'de daha fazla vazomotor yakınmalar, Faktör II'de psiko-seksüel yakınmaları, faktör III'de Psiko-somatik yakınmalar Faktör IV'de deri değişiklikleri ile ilgili yakınmalar, Faktör V ise sadece adet düzensizliğini içeren menstruel değişiklikler yer almıştır. Green'in 30 maddelik ölçeğinde maddeler 3, Holte-mikkelsen'in 21 maddelik ölçeğinde 5, Hunter ve arkadaşlarının ölçeğinde 7 faktör yapısına ayrılmıştı(42,44,69,72,86,96,100).

Geliştirilen MYTL'nin güvenilirliğinin sınanmasında "iç tutarlılığı" belirleyen, aynı gruba uygulanan *testin ikiye bölünmesi* yöntemi kullanılmıştır. 15 maddelik tarama listesinin 8 maddelik birinci bölümünün  $\alpha$  (alpha) değeri: 0.66, 7 maddelik ikinci bölümün  $\alpha$  (alpha) değeri: 0.61 bulunmuştur. 2 bölümün  $\alpha$  (alpha) değerlerinin  $>0.50$  ve birbirlerine yakın

bulunması, MYTL'nin maddelerinin homojen ve tutarlı olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca iç tutarlılığı araştıran diğer testlerden Spearman-Brown korelasyon katsayısı 0.59, Guttman Split-Half korelasyon katsayısı 0.58 olarak saptanmıştır.

*Tablo 4.2. MYTL'deki maddelerin Madde-Toplam Puan Korelasyonları*

<i>Madde</i>	<i>r</i>
1	0.54
2	0.48
3	0.47
4	0.58
5	0.35
6	0.47
7	0.44
8	0.59
9	0.42
10	0.61
11	0.56
12	0.85
13	0.39
14	0.70
15	0.84

Araçtaki maddelerin korelasyon değerleri 0.35-0.84 arasında dağılım göstermiştir. Tüm maddelerin Madde-Toplam Puan korelasyonları 0.20'nin üzerinde bulunduğundan maddelerin tamamı ölçek kapsamına alınmıştır.

#### 4.5. Verilerin Analizi

Kadınların demografik, jino-obstetrik özellikleri, sağlık davranışları ve klimakterik parametreleri ile menopoza yakınmaları, toplam yakınma, toplam endişe ve toplam aldığı öneriler arasındaki ilişki, yüzdelerle Chi-Square ( $\chi^2$  testi), Yates Düzeltmeli Chi-Square ( $\chi^2$  y.testi), "t" testi, korelasyon, varyans analizi ile değerlendirilmiştir(131).

Verilerimizin analizi, bilgi işlem merkezinde SPSS-X paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiş ve bulgular bölümünde sunulmuştur.

## 5. BULGULAR

Gereç ve yöntem bölümünde açıklandığı şekilde gerçekleştirilen çalışmamızın sonuçları ve istatistiksel analizleri, tablolar halinde sunulmuştur.

Çalışma bulgularımız 5 bölümde incelenmiştir.

Birinci bölümde olguların yaş, eğitim, medeni durum, meslek, aylık gelir durumu gibi sosyal özelliklerinin dağılımları ve klimakterik parametrelerle ilişkileri tablolanmıştır.

İkinci bölümde olguların kahve, çay, sigara, alkol vb. alışkanlıkları, dernek-kulüplere üyelik, boş zamanları değerlendirme alışkanlıklarının dağılımları ve klimakterik parametrelerle ilişkileri verilmiştir.

Üçüncü bölümde, olguların smear, meme muayenesi yaptırma jinekoloğa başvurma, beslenme ve egzersiz yapma gibi sağlık davranışlarının dağılımı ve klimakterik parametrelerle ilişkileri sunulmuştur.

Dördüncü bölümde, olguların menopoz yılları, klimakterik dönemler, menopozu algılama, menopozu tanımlama, HRT kullanma gibi klimakterik parametrelerin dağılımları ve birbiriyle ilişkileri tablolanmıştır.

Beşinci bölümde ise olguların menopozal yakınma, bu yakınmalardan endişelenme ve bu yakınmalara ilişkin öneri alma durumlarının dağılımları ve klimakterik parametrelerle ilişkileri verilmiştir.

### 5.1. Olguların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Klimakterik Parametreler İle İlişkisi

*Tablo 1 : Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları*

<i>Yaş Grupları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	$\bar{X} \pm SD$
45-47 yaş	90	28.0	51.55 $\pm$ 5.84
48-50 yaş	90	28.0	
51-53 yaş	39	12.2	
54-56 yaş	39	12.2	
57-59 yaş	15	4.6	
60-62 yaş	23	7.1	
63-65 yaş	25	7.8	
Toplam	321	100.0	

Olgularımızın % 56'sı 45-50 yaşları arasında idi. Yaş grubu aritmetik ortalaması ( $\bar{X}$ ) 51.55, standart sapması (SD) $\pm$ 5.84 olarak bulundu.

Olgularımızın beden ağırlığı 42-109 kg, boy uzunluğu 145-176 cm arasında değişmekteydi. Ortalama beden ağırlığı 69.13 $\pm$ 10.69 kg, boy uzunluğu 144.84 $\pm$ 46.88, Beden Kütle İndeksi (BKİ-BMİ) 27.04 $\pm$ 4.19 olarak bulundu. 7 olgunun beden ağırlığı, 30 olgunun boy uzunluğu alınamamıştır.

Tablo 2 : Olguların Sosyal Özelliklerinin Dağılımı

Sosyal Özellikler		Sayı	%
Medeni Durum (N:321)	Evli	245	76.3
	Eşi ölmüş	68	21.2
	Ayrılmış (Boşanmış)	7	2.2
	Bekar	1	0.3
Birlikte yaşadığı kimseler (N:321)	Eş	42	13.1
	Eş ve çocuklar	208	64.8
	Çocuklar	58	18.1
	Yalnız (Tek başına)	10	3.1
	Ana-baba	3	0.9
Eğitim Durum (N:321)	Okur yazar değil	90	28.0
	Okur yazar	38	11.9
	İlkokul Mezunu	122	38.0
	Orta, lise mezunu	44	13.7
	Üniversite mezunu	27	8.4
Meslek (N:321)	Ev kadını	259	80.7
	Memur	37	11.5
	İşçi	10	3.1
	Serbest Meslek	6	1.9
	Emekli	9	2.8
Aylık Gelir (N:301)	5 milyon ve altı	176	51.8
	6-10 milyon	79	24.6
	11-15 milyon	15	4.7
	16-20 milyon	14	4.4
	21-25 milyon	15	4.7
	26 milyon ve üstü	2	0.6

Olgularımızın *sosyal özelliklerine* bakıldığında, % 76.3'ünün evli, % 23.7'sinin bekar, ayrılmış ya da eşinin ölmüş olduğu; % 64.8'inin eş ve çocukları, % 18.1'inin çocukları, % 13.1'inin eşi, % 0.9'unun ana-babalarıyla % 3.1'inin yalnız yaşadığı; % 38.0'nin ilkokul, % 13.7'sinin orta-lise, % 8.4'ünün üniversite mezunu olduğu, % 28.0'nin okumaz-yazmaz, % 11.9'unun okur-yazar olduğu; % 80.7'sinin ev kadını, % 19.3'ünün işçi, memur ve serbest meslek sahibi olduğu, aylık gelir durumlarının, % 54.8'inin 5 milyon ve altı, % 24.6'sinin 6-10 milyon, % 4.7'sinin 11-15 milyon, % 4.4'ünün 16-20 milyon, % 4.7'sinin 21-25 milyon, % 0.6'sinin 26 milyon ve üzerinde olduğu bululandı. 20 olgu ortalama aylık gelirleri ile ilgili veri vermemiştir.

Olguların (N:47) en son çocuklarının evden ayrılma zamanını araştırdığımızda, % 68.0'nin 1 yıldan kısa, % 17.1'inin 1-2 yıl önce, % 14.9'unun 2 yıldan uzun süre önce evden ayrıldığı olguların % 82.9'unun henüz çocuklarıyla birlikte yaşadığı, % 2.5'inin ise hiç çocuğu olmadığı saptandı.

Kadınların birlikte yaşadığı kişiler ile toplam yakınma ( $\chi^2$ : 11.315;  $p>0.05$ ), endişe ( $\chi^2$ : 8.780;  $p>0.05$ ) öneri alma ( $\chi^2$ : 19.702;  $p>0.05$ ) ilişkisi istatistiksel olarak anlamsız bulundu.

Tablo 3 : Olguların Bazı Sosyal Özellikleri İle Menopozu Tanımlamalarının İlişkisi

Sosyal Özellikler	Menopozu tanımlama (N:272)						$\chi^2$ ve "p" değerleri	
	Olumlu		Olumsuz		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Medeni durum	Evli	148	70.8	61	29.2	209	76.8	0.882 (Yates) p>0.05
	Bekar, dul, boşanmış	44	69.8	19	30.2	63	23.2	
Eğitim durumu	Okur-yazar olmayan	35	55.6	28	44.4	63	23.2	12.372 p<0.01
	Okur-yazar	27	79.4	7	20.6	34	12.5	
	İlkokul	83	79.0	22	21.0	105	38.6	
	Orta-lise	28	65.1	15	34.9	43	15.8	
	Üniversite	19	70.4	8	29.6	27	9.9	
Çalışma durumu	Ev kadını	153	72.2	59	27.8	212	77.9	0.281 (Yates) p>0.05
	Çalışan Kadın	39	65.0	21	35.0	60	22.1	

\* Menopozu tanımlamayan 49 olgu karşılaştırma dışında tutulmuştur.

Olgularımızın *medeni durumlarına* göre menopozu tanımlamaları incelendiğinde evlilerin % 70.8'i diğerlerinin % 69.8'i olumlu tanımlarken, evlilerin % 29.2'si, bekarların % 30.2'si olumsuz tanımlamışlardı ve aralarındaki fark istatistiksel yönden önemsizdi (p > 0.05).

*Eğitim durumlarına* göre ise, okuryazarların %79.4'ü olumlu, %20.6'sı olumsuz, ilköğretim mezunlarının %79.0'ı olumlu, %21.0'ı olumsuz, üniversite mezunlarının %70.4'ünün olumlu, %29.6'sının olumsuz, orta-lise mezunlarının %65.1'inin olumlu, %34.9'unun olumsuz, okuryazar olmayanların %55.6'sının olumlu, %44.4'ünün olumsuz tanımladığı ve olguların eğitim durumları ile menopozu tanımlamaları arasındaki ilişki istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı bulundu (p < 0.01).

Kadınların *Çalışma durumları* ile menopozu tanımlamaları karşılaştırıldığında, ev kadınlarının %72.2'sinin, çalışan kadınların ise %65.0'ının olumlu tanımladığı, aralarındaki farkın istatistiksel yönden önemsiz olduğu (p > 0.05) saptandı.



**Tablo 4 : Olguların Bazı Sosyal Özellikleri ile Toplam Yakınma, Endişe ve Öneri Alma Durumlarının İlişkisi**

Top. yakınma Sosyal özellikler (N:321)		Yakınma Yok		1-3 Yakınma		4-6 Yakınma		7 ve ↑ Yakınma		Toplam		$\chi^2$ ve "p" değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Medeni durum	Evli	3	1.2	26	10.6	64	26.2	152	62.0	245	76.3	0.1045 p>0.05
	Evli değil	2	2.6	6	7.9	28	36.8	40	52.7	76	23.7	
Çalışma durumu	Çalışan	3	4.8	6	9.7	14	22.4	39	62.9	62	19.3	0.5785 p>0.05
	Çalışmayan	9	3.5	26	10.0	68	26.3	156	60.2	259	80.7	
Ev kadınlarının daha önce çalışma durumu	Çalışmış	1	1.4	11	15.9	23	33.3	34	49.3	69	26.6	7.4082 p>0.05
	Çalışmamış	8	4.2	16	8.4	45	23.7	121	63.7	190	73.4	
Toplam Endişe Sosyal özellikler (N:321)		Endişe yok		1-3 Endişe		4-6 Endişe		7 ve ↑ Endişe		Toplam Endişe		$\chi^2$ ve "p" değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Medeni durum	Evli	45	18.4	58	23.7	70	28.6	72	29.4	245	40.8	3.4237 p>0.05
	Evli değil	19	25.0	22	29.8	17	22.4	18	23.7	76	59.1	
Çalışma durumu	Çalışan	14	22.6	14	22.6	11	17.7	23	37.1	62	19.3	5.1719 p>0.05
	Çalışmayan	50	19.3	66	25.5	76	29.3	67	25.8	259	80.7	
Ev kadınlarının daha önce çalışması durumu	Çalışmış	19	27.5	16	23.2	17	24.6	17	24.6	69	26.6	3.3652 p>0.05
	Çalışmamış	33	17.4	50	26.3	57	30.0	50	26.3	190	73.5	
Toplam öneri Sosyal özellikler (N:321)		Öneri yok		1-3 Öneri		4-6 Öneri		7 ve ↑ Öneri		Toplam		$\chi^2$ ve "p" değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Medeni durum	Evli	116	47.3	82	33.5	22	9.0	25	10.2	245	40.8	2.0057 p>0.05
	Evli değil	35	46.1	22	28.9	11	14.5	8	10.5	76	59.1	
Çalışma durumu	Çalışan	28	45.2	18	29.0	7	11.3	9	14.5	62	19.3	2.5968 p>0.05
	Çalışmayan	123	47.5	86	33.2	26	10.0	24	9.3	259	80.7	
Ev kadınlarının daha önce çalışması durumu	Çalışmış	31	44.9	27	39.1	4	5.8	7	10.1	69	26.6	2.5968 p>0.05
	Çalışmamış	92	48.4	59	31.1	21	11.1	18	9.5	140	73.4	

Olguların bazı sosyal özellikleri ile toplam yakınma endişe ve öneri alma durumlarının ilişkisi incelendiğinde, evli olanların % 1.2'sinin yakınması, % 18.4'ünün endişesi olmadığı, % 47.3'ünün öneri almadığı, % 62.0'ının 7 ve fazla yakınması, % 29.4'ünün 7 ve üzeri endişesi olduğu, % 10.2'sinin 7 ve fazla öneri aldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel yönden önemsiz olduğu, çalışanların % 4.8'sinin yakınması, % 22.6'sinin endişesi olmadığı, % 45.2'sinin öneri almadığı, % 62.9'unun yakınma % 3Top.yakınma.1'inin endişe, % 9.5'inin aldığı öneri sayısı 7 ve fazlası ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı, daha önce herhangi bir işte çalışan ev kadınlarının % 44'ünün yakınması, % 27.5'inin endişesi olmadığı, % 45.2'sinin hiç öneri almadığı, % 49.3'ünün yakınma, % 24.6'sının endişe, % 14.5'inin aldığı öneri sayısının 7 ve daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiki olarak anlamsız olduğu belirlendi.

Tablo 5 : Olguların Bazı Sosyal Özelliklerinin, HRT Alma Durumları İle İlişkisi

Sosyal Özellikler (N:321)	HRT						$\chi^2$ ve "p" değerleri	
	Alan		Almayan		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Medeni durum	Evli	81	81.0	164	74.2	245	76.3	5.695 p>0.05
	Dul	15	15.0	53	24.0	68	21.2	
	Boşanmış	3	3.0	4	1.8	7	2.2	
	Bekar	1	1.0	-	-	1	0.3	
Meslek	Ev kadını	70	70.0	189	85.5	259	80.7	15.338 p<0.02
	Memur	19	19.0	18	8.1	37	11.5	
	İşçi	4	4.0	6	2.1	10	3.1	
	Serbest Meslek	1	1.0	5	2.3	6	1.9	
	Emekli	6	6.0	3	1.4	9	2.8	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	16	16.0	75	34.0	90	28.0	25.585 p<0.01
	Okur-yazar	9	9.0	29	13.1	38	11.8	
	İlkokul	37	37.0	84	38.0	121	37.7	
	Orta-lise	24	24.0	20	9.0	44	13.7	
	Üniversite	14	14.0	13	5.9	27	8.4	
Aylık gelir	5 milyon ve altı	35	35.0	143	67.8	178	58.5	39.212 p<0.01
	6-10 milyon	31	31.0	50	23.7	79	26.2	
	11-15 milyon	9	9.0	8	3.8	15	5.0	
	16-20 milyon	9	9.0	7	3.3	14	4.7	
	21 milyon ve üzeri*	16	16.0	3	1.4	17	5.6	

\* "21-25 milyon ve 26 milyon ve üzeri satırları yetersiz olgu nedeniyle birleştirildi.

Olguların bazı sosyal özelliklerine göre HRT alma durumları araştırıldığında, HRT alanların % 81.0'ı evli, % 15.0'in eşi ölmüş, % 3'ü boşanmış, % 1'i bekarı. *Mesleklerine bakıldığında* HRT alanların % 70.0'ı ev kadını, % 19.0'u memur, % 4.0'ı işçi, % 1.0'ı serbest meslek sahibi, % 6.0'ı emekliyd. *Eğitim düzeylerine göre* HRT alma durumları incelendiğinde, ilkokul mezunlarının % 37.0'si orta-lise mezunlarının % 24.0'ı okuma-yazmazların % 16.0'ı üniversite mezunlarının % 14.0'ı, okur-yazarların % 9.0'ı HRT kullanıyordu. *Aylık gelir durumlarına göre* ise 5 milyon ve altında geliri olanların % 67.8'i, 6-10 milyon geliri olanların % 23.7'si, 11-15 milyon geliri olanların % 3.8'i 16-20 milyon geliri olanların % 3.3'ü, 21 milyon ve üzerinde geliri olanların % 1.4'ü HRT almıyordu.

HRT alma durumları ile olguların medeni durumlarının ilişkisi, istatistiksel yönden anlamsız ( $p > 0.05$ ) meslekler ile ilişkisi ( $0.01 > p > 0.02$ ) anlamlı, eğitim durumlarının ilişkisi ( $p < 0.001$ ) ve gelir durumlarının ilişkisi ( $p < 0.001$ ) çok ileri derecede anlamlı olduğu bulunandı.

Ortalama aylık gelirleri ile olguların toplam yakınma durumlarının ilişkisi incelendiğinde, aralarında anlamlı istatistiksel fark bulunmadığı ( $\chi^2: 13.585; p > 0.05$ ) saptandı.

Tablo 6 : Olguların Alışkanlıklarının Dağılımı

<i>Alışkanlıklar (N:321)</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	
	Sigara içen	73	22.7
	Sigara içmeyen	24.8	79.3
Sigara içme durumu	Alkol içen	8	2.5
Alkol içme durumu	Alkol içmeyen	292	91.0
	Bazen içen	21	6.5
	İçmeyen	163	50.8
Kahve içme/günde durumu	1-2 fincan	75	23.3
	3-4 fincan	10	3.2
	5 fincan ve fazlası	3	0.9
	Arasına içen	70	21.8
Kola içme/günde durumu	İçmeyen	207	64.5
	1-3 bardak	28	8.7
	Arasına içen	86	26.8
Boş zamanlarını değerlendirme	Elişi yapma	64	19.3
	Ev işi yapma	87	27.1
	TV, Radyo İzleme	10	3.1
	Komşu-Arkadaşa gitme	13	4.0
	Bahçe işleriyle uğraşma	3	2.0
	İbadet etme	6	1.9
	Kitap gazete okuma	6	1.9
	Torun bakma	6	1.9
	Birden fazla uğraşı olan	126	39.3
Dernek-kulüplerine üye olma	Üye olan	22	6.9
	Üye olmayan	299	93.1

Olguların alışkanlıkları incelendiğinde, % 22.7'sinin sigara içtiği, % 2.5'inin alkol içtiği, % 4.1'inin 3 fincan üzeri/gün kahve içtiği, % 8.7'sinin 1-3 bardak/gün kola içtiği saptandı. Boş zamanları değerlendirme uğraşları araştırıldığında, tümünün 1 ya da birkaç uğraşı olduğu, sosyal dernek ve kulüplere üye olanların % 6.9 olduğu bulgulandı.

Olguların menopozal yaşları ile sigara içme durumları karşılaştırıldığında anlamlı istatistiksel fark bulunmadı ( $t:-1.07$ ;  $p>0.05$ ).

Dernek-kulüplere üye olma durumu ile olguların menopozu olumlu ya da olumsuz tanımlamaları arasındaki ilişkide anlamlı istatistiksel fark bulunmadığı belirlendi ( $\chi^2: 0.016$ ;  $p>0.05$ ,  $\chi^2: 0.349$ ;  $p>0.05$ ,  $\chi^2: 1.453$ ;  $p>0.05$ ).

**Tablo 7 : Olguların Bazı Alışkanlıkları İle Toplam Yakınma, Yakınma ve Öneri Alma Durumlarının İlişkisi**

Toplam Yakınma Alışkanlıklar (N:321)		Yakınma Yok		1-3 Yakınma		4-6 Yakınma		7 ve ↑ Yakınma		Toplam Yakınma		$\chi^2$ ve "p" değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara içme durumu	İçen	3	4.1	6	8.2	17	23.3	47	64.4	73	22.7	p>0.05
	İçmeyen	9	3.6	26	10.5	65	26.2	148	58.7	248	77.3	
Alkol içme durumu	İçen	1	12.5	-	-	3	37.5	4	50.0	8	2.5	p>0.05
	Bazen içen	9	3.1	29	9.9	76	26.0	178	61.0	292	91.0	
	İçmeyen	2	9.5	3	14.3	3	14.3	13	61.9	21	6.5	
Derneklere üye olma dur.	Üye olan	2	9.1	3	13.6	5	22.7	12	54.5	22	6.9	p>0.05
	Üye olmayan	10	3.3	29	9.7	77	25.8	183	61.2	299	93.1	
Toplam Endişe Alışkanlıklar (N:321)		Endişe Yok		1-3 Endişe		4-6 Endişe		7 ve ↑ Endişe		Toplam Endişe		$\chi^2$ ve "p" değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara içme durumu	İçen	14	19.2	21	28.8	17	23.3	21	28.8	73	22.7	p>0.05
	İçmeyen	50	20.2	59	23.8	70	28.2	69	27.8	248	77.3	
Alkol içme durumu	İçen	1	12.5	3	37.9	2	25.0	2	25.0	8	2.5	p>0.05
	Bazen içen	57	19.5	70	24.0	81	27.7	84	28.98	292	91.0	
	İçmeyen	6	28.6	70	33.3	4	19.0	4	19.0	21	6.5	
Derneklere üye olma dur.	Üye olan	6	27.3	8	36.4	2	9.1	6	27.3	22	6.9	p>0.05
	Üye olmayan	58	19.4	72	24.1	85	28.4	84	28.1	299	93.1	
Toplam Öneri Sosyal özellikler (N:321)		Öneri Yok		1-3 Öneri		4-6 Öneri		7 ve ↑ Öneri		Toplam Öneri		$\chi^2$ ve "p" değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara içme durumu	İçen	36	49.3	17	23.3	9	12.3	11	15.2	73	22.7	p>0.05
	İçmeyen	115	46.4	87	35.1	24	9.7	22	8.2	248	77.3	
Alkol içme durumu	İçen	2	25.0	4	50.0	-	-	2	25.0	8	2.5	p>0.05
	Bazen içen	140	47.9	94	32.2	29	9.9	29	9.9	292	91.0	
	İçmeyen	9	42.9	6	28.6	4	19.0	2	9.5	21	6.5	
Derneklere üye olma dur.	Üye olan	2	40.9	8	36.4	2	9.1	3	13.6	22	6.9	p>0.05
	Üye olmayan	142	47.5	96	32.1	31	10.4	30	10.0	299	93.1	

Toplam yakınma, endişe ve öneri alma durumları ile kadınların bazı alışkanlıklarının ilişkisi incelendiğinde, sigara içenlerin % 4.1'inin yakınması, % 19.2'sinin endişesi olmadığı, % 49.3'ünün öneri almadığı, % 64.4'ünün yakınma, % 28.8'inin endişe, % 15.2'sinin aldığı öneri sayısının 7 ve daha fazla ve aralarındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız ( $p>0.05$ ) olduğu; alkol içenlerin % 12.5'inin yakınma ve endişesi olmadığı, % 25.0'nının öneri almadığı; % 50.0'nının yakınma, % 25.0'ninin endişe ve aldığı öneri, sayısının 7 ve daha fazlası olduğu ve aralarındaki farkın istatistiki olarak önemsiz ( $p>0.05$ ) olduğu; derneklere üye olanların % 9.1'inin yakınma, % 27.3'ünün endişesi olmadığı, % 40.9'unun öneri almadığı; % 54.5'inin yakınma, % 27.3'ünün endişe ve % 13.6'sının aldığı öneri sayısının 7 ve daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.

Tablo 8 : Olguların Bazı Alışkanlıkları İle HRT Alma Durumlarının İlişkisi

Alışkanlıklar (N:321)		HRT Durumu						$\chi^2$ ve "p" değerleri
		Alan		Almayan		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Sigara içme durumu	İçen	35	35.0	38	17.2	73	22.7	12.423 (Yates) p<0.01
	İçmeyen	65	65.0	183	82.8	248	77.3	
Alkol içme durumu	İçen	2	2.0	6	2.7	8	2.5	4.804 p>0.05
	İçmeyen	87	87.0	205	92.8	292	91.0	
	Bazen içen	11	11.0	10	4.8	21	6.5	
Dernek, kulübe üyelik	Üye olan	15	15.0	7	3.2	22	6.9	15.099 (Yates) p<0.01
	Üye olmayan	85	85.0	214	96.8	299	93.1	

Olguların bazı alışkanlıkları ile HRT alma durumları karşılaştırıldığında, HRT alanların % 35.0'ı sigara içerken, % 65.0'ı içmiyordu; % 2.0'ı alkol içerken, % 87.0'ı hiç içmiyor, % 11.0'ı bazen içiyordu, sosyal dernek ve kulüplere üye olanların % 3.2'si, üye olmayanların % 96.8'i HRT almıyordu.

Olguların sigara içme ve dernek, kulübe üye olma ile HRT alma durumlarının ilişkisi istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı, alkol içme durumlarının ilişkisi anlamsız bulundu.

**Tablo 9 : Olguların Kendine Öngördüğü Rollerin Öncelik Sırasına Göre Dağılımları**

<i>Rollerin sıralaması</i>	<i>Birinci sıra</i>		<i>İkinci sıra</i>		<i>Üçüncü sıra</i>		<i>Dördüncü sıra</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Roller (N:321)</i>								
Anne	24.8	77.3	35	10.9	7	2.2	2	0.6
Kadın	30	9.3	54	16.8	94	29.3	16	5.0
Eş	23	7.2	102	31.8	52	16.2	10	3.1
İş kadını	11	3.4	21	6.5	19	5.9	25	7.8

Kadınların kendilerine öngördüğü rollerin öncelik sırasına göre dağılımları incelendiğinde % 77.3'ünün anne, % 9.3'ünün kadın, % 7.2'sinin eş, % 3.4'ünün iş kadını rolünü birinci derecede önemseydiği görülmüştür. Olgularımızın % 76.3'ü iş kadını, % 41.7'si eş, % 39.6'sı kadın, % 9.0'ı anne rolünü ilk 4 sırada saymamışlardı.

Kadınların menopoz yılları ile öngördüğü rollerin sıralanmasında annelik rolünü birinci sırada sıralayanların % 45.6'sınının 1-5 yıldır menopozda olduğu, menopoz yılları arttıkça bu oran % 6.5'e düştüğü, buna karşın 1-5 yıldır menopozda olanların % 39.1'inin birinci sırada saydığı eş rolü 6-15. yıllarda azalırken, 16. yıldan sonra tekrar (% 17.4) arttığı belirlendi.

Olguların menopoz yaşı ile kendine ön gördüğü rollerin ilişkisi incelendiğinde annelik, kadın ve eş rolünün ilişkisi istatistik olarak anlamsız (f: 0.146; p>0.05, F: 1.291; p>0.05, F: 0.282; p>0.05) iş kadını rolünün ilişkisi ile anlamlı (F: 3.601; p<0.01) bulundu.



## 5.2. OLGULARIN JİNO-OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ VE KLİMATERİK PARAMATRELERLE İLİŞKİSİ

*Tablo 10 Olguların Menarş Yaşı Dağılımları*

<i>Menarş yaşı</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i><math>\bar{X} \pm SD</math></i>
10	2	0.6	
11	15	4.7	13.86±3.46
12	54	16.8	
13	69	21.4	
14	68	21.2	
15	49	15.3	
16	36	11.2	
17	16	5.0	
18	5	1.6	
<b>Toplam</b>	<b>314*</b>	<b>100</b>	

\* 7 olgu menarş yaşını hatırlayamamıştı.

Olgularımızın ortalama menarş yaşı  $13.86 \pm 3.46$  idi. Menarş yaşları ile menopoz yaşları (N:251) arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmadı (F:0.034,  $p > 0.05$ ).

*Tablo 11 : Olguların Geçmişteki Premenstruel Öykülerinin Dağılımı*

<i>Primenstruel</i>	<i>Öykü (N:321)</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Adet Siklusu	Düzenli	263	81.9
	Düzensiz	58	18.1
Premenstruel Sendrom (PMS)	Vardı	93	29.0
	Yoktu	228	71.0
Dismenore	Vardı	120	37.4
	Yoktu	201	62.6

Olguların geçmişteki perimenstruel yakınma durumları incelendiğinde % 81.9'unun adet siklusunun düzenli olduğu, % 71.0'ünün PMS, % 26.6'sının dismenore yakınmasının olmadığı belirlendi.

Menopoz yaşı ile olguların geçmişteki perimenstruel öykülerinin ilişkisi incelendiğinde adet siklusu düzeni ( $t:1.16$ ;  $p>0.05$ ), PMS ( $t:-0.40$ ;  $p>0.05$ ) ve dismenore ( $t: -0.23$ ,  $p>0.05$ ) ile menopoz yaşının ilişkisi anlamsız bulundu.

**Tablo 12 : Olguların Geçmişteki Perimenstruel Öyküsü ile Toplam Yakınma Endişe Durumlarının İlişkisi**

Toplam Yakınma Perimenstruel öykü (N:321)		Yakınma Yoktu		1-3 Yakınma		4-6 Yakınma		7 ve ↑ Yakınma		Toplam Yakınma		$\chi^2$ "ve" $p$ değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Adet siklusu	Düzenli	10	3.8	30	11.4	66	25.1	157	59.3	263	81.9	3.4157 p>0.05
	Düzensiz	2	3.4	2	3.4	16	27.6	38	65.5	58	18.1	
PMS	Vardı	5	5.7	8	8.6	24	25.8	56	60.2	93	29.0	1.1947 p>0.05
	Yoktu	7	3.1	24	10.5	58	25.4	139	61.0	228	71.0	
Dismenore	Vardı	4	33.3	10	31.3	31	25.8	75	62.5	120	37.4	0.7014 p>0.05
	Yoktu	8	4.0	22	10.9	51	25.4	120	59.7	201	62.6	
Toplam Endişe Perimenstruel öykü (N:321)		Endişe Yoktu		1-3 Endişe		4-6 Endişe		7 ve ↑ Endişe		Toplam Endişe		$\chi^2$ "ve" $p$ değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Adet siklusu	Düzenli	49	18.6	69	26.2	71	27.0	74	28.1	263	81.9	1.2652 p>0.05
	Düzensiz	15	25.9	11	19.0	16	27.6	16	27.6	58	18.1	
PMS	Vardı	18	19.4	18	19.4	26	28.0	31	33.3	93	29.0	2.9957 p>0.05
	Yoktu	46	20.2	62	27.2	61	26.8	59	25.9	228	71.0	
Dismenore	Vardı	25	20.8	26	21.7	30	25.0	39	32.5	120	37.4	2.5654 p>0.05
	Yoktu	39	19.4	54	26.9	57	28.4	51	25.4	201	62.6	

Olgularımızın geçmişteki perimenstrel öyküleri ile toplam yakınma ve endişe durumlarının ilişkisi araştırıldığında, adet siklusu düzenli olanların % 3.8'inin yakınması, % 18.6'sının endişesi olmadığı; % 59.7'sinin yakınma, % 28.1'inin endişe sayılarının 7 ve daha fazla ve aralarındaik ilişkinin istatistiksel yönden anlamlı olmadığı; geçmişte PMS'ü olanların % 5.7'sinin yakınması, % 19.4'ünün endişesi olmadığı; % 59.7'sinin yakınma, % 33.3'ünün endişe sayılarının 7 ve daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız ( $p>0.05$ ) olduğu; dismenore yakınması olanların % 33.3'ünün yakınması, % 20.8'inin endişesi olmadığı; % 62.5'inin yakınma, % 32.5'inin endişe sayısının 7 ve daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi.

*Tablo 13 : Olguların Menopoz Yaşı Dağılımları*

<i>Menopoz yaşı</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	$\bar{X} \pm SD$
40 yaş ve altı	21	8.3	46.78 $\pm$ 4.20
41-45 yaş	83	33.1	
46-50 yaş	101	40.3	
51-55 yaş	40	16	
56-60 yaş	5	2	
61 yaş ve üzeri	1	0.3	
<b>Toplam</b>	<b>251*</b>	<b>100.0</b>	

\* 70 olgu henüz menopoza girmemiştir.

Olgularımızın menopoz yaşı aritmetik ortalaması ( $\bar{X}$ ): 46.78 Standart sapması (SD) $\pm$ 4.20 idi.

Olguların annelerinin menopoz yaşları ise  $\bar{X}$ : 47.07 $\pm$ 5.01 olarak bulgulandı.

Annelerinin menopoz yaşları ile olguların menopoza yaşlarının ilişkisi araştırıldığında (t: 0.192, p<0.01) ilişki anlamlı bulundu.

Tablo 14 : Olguların Obstetrik Öykülerinin Dağılımı

Olguların Obstetrik Öyküleri (N:321)		Sayı	%	$\bar{X} \pm SD$
Gebelik Sayısı	0	7	2.2	4.73±2.45
	1-3	77	24	
	4-6	133	41.4	
	7 ve üzeri	104	32.4	
Doğum Sayısı	0	11	3.4	3.5±2.0
	1-3	145	45.1	
	4-6	122	38.0	
	7 ve üzeri	43	13.5	
Düşük/kürtaj sayısı	0	89	27.7	1.84±1.65
	1-3	190	59.2	
	4-6	31	9.7	
	7 ve üzeri	11	3.7	

Olguların obstetrik öykülerini araştırdığımızda, % 41.4'ünün 4-6 kez gebe kaldığı, % 45.1'inin 1-3 doğum yaptığı, % 59.2'sinin 1-3 kez düşük/kürtaj yaşadığı saptandı. Çalışma grubunun gebelik sayısı ortalaması 4.73±2.45, doğum sayısı ortalaması 3.5±2.0, düşük/kürtaj sayısı ortalaması 1.84±1.65 olarak bulgulandı.

Tablo 15 : Olguların Menopoz Yaşları ile Obstetrik Öykülerinin İlişkisi

Obstetrik Öykü	Menopoz Yaşı (N:251)		X	±SD	"F" ve "P" Değerleri
	Sayı				
Gebelik sayısı	0	5	48.00	4.12	p>0.05
	1-3	59	46.52	3.42	
	4-6	105	46.37	4.40	
	7 ve ↑	82	47.42	4.41	
Doğum sayısı	0	7	46.71	3.98	p>0.05
	1-3	112	46.54	3.83	
	4-6	96	47.06	4.75	
	7 ve ↑	36	46.80	3.89	
Düşük ve kürtaj sayısı	0	68	46.97	3.70	p>0.05
	1-3	154	46.47	4.36	
	4-6	19	47.84	4.28	
	7 ve ↑	10	48.30	4.39	

Kadınların menopoz yaşları ile obstetrik öykülerinin ilişkisi araştırıldığında doğum, gebelik ve düşük-kürtaj sayılarının menopoz yaşlarına göre anlamlı fark göstermediği bulgulandı.

Olgularımızın obstetrik öyküleri ile toplam yakınma sayılarının ilişkisi incelendiğinde, doğum sayıları ve düşük-kürtaj sayılarının toplam yakınma sayılarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemediği ( $\chi^2$ : 8.564;  $p > 0.05$  ve  $\chi^2$ : 5.003;  $p > 0.05$ ) belirlendi.

**Tablo 16 : Olguların iki yıldan uzun emzirme durumlarının dağılımı**

<i>2 yıldan uzun emzirme</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Çocuk yok	7	2.2
Emziren	91	28.8
Emzirmeyen	223	69.5
Toplam	321	100.0

Olguların çocuklarını iki yıldan uzun emzirme durumları incelendiğinde sadece % 28.8'sinin emzirdiği saptandı. İki yıldan uzun emzirme ile menopoz yaşının ilişkisi istatistiksel olarak anlamsız ( $t:2.36; p>0.05$ ) bulundu.

### 5.3. OLGULARIN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE KLİMATERİK PARAMETRELERLE İLİŞKİLERİ

*Tablo 17 : Olguların Sağlık Davranışlarının Dağılımı*

Sağlık Davranışları (N:321)		Sayı	%
En az 1 kez smear yaptırma	Yaptıran	136	42.4
	Yaptırmayan	185	57.6
Düzenli smear yaptırma	Yaptıran	57	17.8
	Yaptırmayan	264	82.2
Meme muayenesi yaptırma	Yaptıran	117	26.4
	Yaptırmayan	204	63.6
Kendi kendine meme muayenesi yapabilme	Bilen	99	30.8
	Bilmeyen	222	69.2
Düzenli jinekoloğa gitme	Giden	91	28.3
	Gitmeyen	230	71.4
Hangi durumlarda hekime başvuracağını bilme	Bilen	112	34.9
	Bilmeyen	209	65.1
Beslenme ilkelerini bilme	Bilen	74	23.1
	Bilmeyen	247	76.9
Düzenli egzersiz yapma	Yapan	46	14.3
	Yapmayan	275	85.7

Olgularımızın klimakteryum döneminde özel önemi olan sağlık davranışlarını incelediğimizde, % 42.4'ünün en az bir kez, % 17.8'inin düzenli smear yaptırdığı, % 26.4'ünün meme muayenesi yaptırdığı, % 30.8'inin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapabildiği % 28.3'ünün düzenli jinekoloğa gittiği % 34.9'unun hangi durumlarda hekime başvurulacağını % 23.1'inin beslenme ilkelerini bildiği % 14.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı saptandı.



Tablo 18 : Olguların Menopoz Yaşı İle Sağlık Davranışlarının İlişkisi

Menopoz yaşı (N:251)		Sayı	$\bar{X}$	$\pm SD$	"t" ve "p"	
Sağlık Davranışları						
En az bir kez smear yap.	Yaptıran	109	46.73	3.708	0.17	p>0.05
	Yaptırmayan	142	46.82	4.551		
Düzenli smear yaptırma	Yaptıran	51	46.88	4.330	0.18	p>0.05
	Yaptırmayan	200	46.76	4.175		
Meme Mua. yaptırma	Yaptıran	100	47.02	3.615	0.76	p>0.05
	Yaptırmayan	151	46.62	4.548		
KKMM	Bilen	79	46.97	4.092	0.49	p>0.05
	Bilmeyen	172	49.69	4.255		
Düzenli jinek. gitme	Giden	75	47.09	3.546	0.83	p>0.05
	Gitmeyen	176	46.65	4.450		
Derhal hekime baş.gerek.dur.	Bilen	90	46.72	3.877	0.18	p>0.05
	Bilmeyen	161	46.81	4.379		
Beslenme ilke-lerini bilme	Bilen	60	46.65	3.626	0.31	p>0.05
	Bilmeyen	191	46.82	4.371		
Egzersiz yapma	Yapan	39	46.51	3.136	0.55	p>0.05
	Yapmayan	212	46.83	4.370		

\* 321 olgunun 251'i menopoza girmişti.

Olguların menopoz yaşları ile sağlık davranışlarının ilişkisi incelendiğinde, sağlık davranışları açısından menopoz yaş ortalamaları istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 19 : Olguların Sağlık Davranışları İle Menopoz Yıllarının İlişkisi

Sağlık Davranışları (N:321)	Menopoz yılları		1 yıldan az		1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve ↑		Toplam		" $\chi^2$ " ve "p" değerleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
En az bir kez smear yapma	44	23.8	44	23.8	67	36.2	34	18.4	21	11.4	19	10.3	185	57.6	23.425	p<0.001
Düzenli smear yapma	8	14.0	8	14.0	41	171.9	4	7.0	3	5.3	1	1.8	57	17.8	19.527	p<0.001
Meme muayenesi yapma	22	18.8	22	18.8	106	40.2	45	17.0	26	9.8	20	7.6	264	82.2	24.661	p<0.001
KKMM	23	23.2	23	23.2	75	36.8	32	15.7	4	3.4	2	1.7	117	36.4	15.105	p<0.05
Düzenli jinekoloğa gitme	20	22.0	20	22.0	57	62.6	10	11.0	4	4.4	-	-	91	28.3	20.826	p<0.01
Derhal hekime başvurulacak dur.bilme	25	22.3	25	22.3	90	39.1	39	17.0	25	10.9	21	9.1	230	71.7	2.634	p>0.05
Beslenme ilkelerini bilme	18	24.3	18	24.3	39	52.7	15	20.3	2	2.7	-	-	74	23.1	13.177	p<0.01
Düzenli egzersiz yapma	10	21.7	10	21.7	27	58.7	6	13.0	2	4.3	1	2.2	46	14.3	5.057	p>0.05
	65	23.6	65	23.6	120	43.6	43	15.6	27	9.8	20	7.3	275	85.7		

Olgularımızın menopoz yılları ile sağlık davranışlarının ilişkisini araştırdığımızda, menopoz yılı 1 yıldan kısa olan olgularımızın, % 22.8'inin en az bir kez ve % 14.0'ının düzenli smear % 18.8'ini meme muayenesini yaptırdığı, % 23.2'sinin K.K.M.M.'ni bildiği % 22.0'ının düzenli jinekoloğa gittiği, % 22.3'ünün hekime başvurulacak durumları % 24.3'ünün beslenme ilkelerini bildiği, % 21.7'sinin düzenli egzersiz yaptığı, menopoz yılı 16 yıl ve üzerinde olan olguların % 1.5'inin en az bir kez, % 1.8'sinin düzenli smear yaptırdığı, % 1.7'sinin meme muayenesi yaptırdığı, % 3.0'ının K.K.M.M.'ni bildiği, hiçbirinin düzenli jinekoloğa gitmediği, % 4.5'inin hekime başvurulacak durumları bildiği, hiç birinin beslenme ilkelerini bilmediği, % 2.2'sinin düzenli egzersiz yaptığı saptandı.

Menopoz yıllarına göre olgularımızın, sağlık davranışlarından en az bir kez smear yaptırma, düzenli smear yaptırma, meme muayenesi yaptırma, K.K.M.M.'ni bilme, düzenli jinekoloğa gitme, beslenme ilkelerini bilme ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 20 : Olguların Toplam Yakınma Sayıları İle Sağlık Davranışlarının İlişkisi

Sağlık Davranışları (N:321)	Toplam Yakınma Sayısı		Yakınma		1-3		4-6		7 ve ↑		Toplam		" $\chi^2$ " ve "p" değerleri
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
En az bir kez smear yaptırma	4	2.9	13	9.6	38	27.9	81	56.6	136	42.4			1.026 p>0.05
	8	4.3	19	10.3	44	23.8	114	61.6	185	57.6			
Düzenli smear yaptırma	2	3.5	10	17.5	11	13.4	34	17.4	57	17.8			5.071 p>0.05
	10	3.8	22	8.3	71	26.9	161	61.0	264	82.2			
Meme muayenesi yaptırma	10	4.9	20	9.8	56	27.5	118	57.8	117	36.4			3.615 p>0.05
	2	1.7	12	10.3	26	22.2	77	65.8	204	63.6			
K.K.M.M Bilme	5	5.1	15	15.2	22	22.2	57	56.6	99	30.8			5.372 p>0.05
	7	3.2	17	7.7	60	27.0	138	62.2	222	69.2			
Düzenli jinekoloğa gitme	5	5.5	11	12.1	19	20.9	56	61.5	91	28.3			2.914 p>0.05
	7	3.0	21	9.1	63	27.4	139	60.4	230	71.7			
Hekime başvurulacak durumları bilme	3	2.7	12	10.7	38	33.9	59	52.7	112	34.9			7.189 p>0.05
	9	4.3	20	9.6	44	21.1	136	65.1	209	65.1			
Beslenme ilkelerini bilme	5	6.8	14	18.9	20	27.0	35	47.3	74	23.1			13.018 p<0.01
	7	2.8	18	7.3	62	25.1	160	64.8	247	76.9			
Düzenli egzersiz yapma	2	4.3	9	19.6	17	37.0	18	39.1	46	14.3			11.881 p<0.001
	10	3.6	23	8.4	65	23.6	177	64.4	275	85.7			

Olgularımızın toplam yakınma sayıları ile sağlık davranışlarının ilişkisi incelendiğinde hiç yakınması olmayanların % 2.9'unun 7 ve üzeri yakınması olanların % 56.6'sının en az bir kez smear yaptırdığı; hiç yakınması olmayanların % 3.5'inin, 7 ve üzeri yakınması olanların, % 17.4'ünün dzenli smear yaptırdığı; hiç yakınması olmayanların % 4.9'unun 7 ve üzeri yakınmaları olanların % 57.8'inin meme muayenesi yaptırdığı, hiç yakınması olmayanların % 5.1'inin, 7 ve üzeri yakınması % 56.6'sının KKMM'ni bildiği; hiç yakınması olmayanların % 5.5'inin 7 ve üzeri yakınması olanların % 61.5'inin dzenli jinekoloğa gittiği; hiç yakınması olmayanların % 2.7'sinin 7 ve üzeri yakınması olanların % 52.7'sinin hekime başvurulacak durumları bildiği; hiç yakınması olmayanların % 6.8'inin 7 ve üzeri yakınması olanların % 47.3'ünün beslenme ilkelerini bildiği; hiç yakınması olmayanların % 4.3'ünün 7 ve üzeri yakınması % 39.1'inin dzenli egzersiz yaptığı belirlendi.

Toplam yakınma sayıları ile olguların sağlık davranışlarından beslenme ilkelerini bilme ve dzenli egzersiz yapma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 21 : Olguların Toplam Endişe Sayıları İle Sağlık Davranışlarının İlişkisi

Sağlık Davranışları (N:321)	Toplam Endişe Sayısı		Endişe Yok		1-3		4-6		7 ve ↑		Toplam		" $\chi^2$ " ve "p" değerleri
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
En az bir kez smear yaptırma	Yaptıran	23	16.9	35	25.7	34	25.0	44	32.4	136	42.4	3.098	p>0.05
	Yaptırmayan	41	22.2	45	24.3	53	28.6	46	24.4	185	57.6		
Düzenli smear yaptırma	Yaptıran	7	12.2	16	28.1	14	24.6	26	35.1	57	17.6	3.707	p>0.05
	Yaptırmayan	57	21.3	64	24.2	73	27.7	70	26.5	264	82.2		
Meme muayenesi yaptırma	Yaptıran	44	21.6	49	24.0	60	29.4	51	25.0	204	63.6	3.872	p>0.05
	Yaptırmayan	20	17.1	31	26.5	27	23.1	39	33.3	117	36.4		
K.K.M.M Bilme	Bilen	20	20.2	24	24.2	26	26.3	29	29.3	99	30.8	0.149	p>0.05
	Bilmeyen	44	19.8	56	25.2	61	27.5	61	27.5	222	69.2		
Düzenli jinekologa gitme	Giden	19	20.9	21	23.1	18	19.8	33	36.3	91	28.3	5.800	p>0.05
	Gitmeyen	45	19.6	59	25.7	69	30.0	57	24.8	230	71.7		
Hekime başvurulacak durumları bilme	Bilen	24	21.4	31	27.7	31	27.7	26	23.2	112	34.9	2.164	p>0.05
	Bilmeyen	40	19.1	49	23.4	56	26.8	64	30.6	209	65.1		
Beslenme ilkelerini bilme p<0.01	Bilen	22	29.7	22	29.7	17	23.0	13	17.6	74	23.1	9.882	
	Bilmeyen	42	17.0	58	23.5	70	28.3	77	31.2	247	76.9		
Düzenli egzersiz yapma	Yapan	15	32.6	14	30.4	16	21.7	7	15.2	46	14.3	8.196	p<0.05
	Yapmayan	49	17.8	66	24.0	77	28.0	83	30.2	275	85.7		

Olgularımızın toplam endişe sayıları ile sağlık davranışları karşılaştırıldığında, hiç endişesi olmayanların % 12.3'ünün 7 ve üzeri endişesi olanların % 35.1'inin düzenli smear yaptırdığı; hiç endişesi olmayanların % 16.9'unun, 7 ve üzeri endişesi olanların % 32.4'ünün en az bir kez smear yaptırdığı; hiç endişesi olmayanların % 21.6'sının 7 ve üzeri endişesi olanların % 25.0'ının meme muayenesi yaptırdığı; hiç endişesi olmayanların % 20.2'sinin 7 ve üzeri endişesi olanların % 29.3'ünün KKMM'ni bildiği; hiç endişesi olmayanların % 20.9'unun, 7 ve üzeri endişesi olanların % 36.3'ünün düzenli jinekologa gittiği; hiç endişesi olmayanların % 21.4'ünün, 7 ve üzeri endişesi olanların % 23.2'in hekime başvucak durumları bildiği; hiç endişesi olmayanların % 21.4'ünün, 7 ve üzeri endişesi olanların % 17.6'sının beslenme ilkelerini bildiği, hiç endişesi olmayanların % 32.6'sının 7 ve üzeri endişesi olanların % 15.2'sinin düzenli egzersiz yaptığı saptandı.

Toplam endişe sayısı ile olguların sağlık davranışlarından beslenme ilkelerini bilme ve düzenli egzersiz yapma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 22 : Olguları HRT kullanımı ile sağlık davranışlarının ilişkisi

Sosyal özellikler (N:321)		Toplam Endişe		Kullanan		Kullanmayan		Toplam		" $\chi^2$ " ve "p" değerleri	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Düzenli smear y.	Yaptıran	50	50.0	7	3.2	57	17.8	103.398	p<0.001		
	Yaptırmayan	50	50.0	214	96.8	264	82.2				
En az 1 kez smear y.	Yaptıran	82	82.0	54	24.4	136	42.4	93.435	p<0.001		
	Yaptırmayan	18	18.0	167	75.6	185	57.6				
En az bir kez meme muayenesi y.	Yaptıran	82	82.0	35	15.8	117	36.4	130.109	p<0.001		
	Yaptırmayan	18	18.0	186	84.2	204	63.6				
KKMM	Bilen	52	52.0	47	21.3	99	30.8	30.487	p<0.001		
	Bilmeyen	48	48.0	174	78.7	222	69.2				
Düzenli jinekologa gitme	Giden	69	69.0	22	10.0	91	28.3	118.167	p<0.001		
	Gitmeyen	31	31.0	199	90.0	230	71.7				
Derhal hekime başvurulacak durum.	Bilen	45	45.0	67	30.3	112	34.9	6.533	p<0.001		
	Bilmeyen	55	55.0	154	69.7	209	65.1				
Beslenme ilkelerini bilme	Bilen	33	33.0	41	18.6	74	23.1	3.101	p<0.001		
	Bilmeyen	67	67.0	180	81.4	247	76.9				
Düzenli egzersiz yapma	Yapan	19	19.0	27	12.2	46	14.3	2.580	p>0.05		
	Yapmayan	81	81.0	194	87.8	275	85.7				

Olguların HRT kullanımı ile sağlık davranışlarının ilişkisini incelediğimizde, HRT alan olguların % 50.0'ünün kullanmayanların % 3.2'sinin düzenli smear, HRT alanların % 82.0'ünün HRT almayanların % 24.4'ünün en az bir kez smear yaptırdığı, HRT alanların % 82.0'nin almayanların % 15.8'inin meme muayenesi yaptırdığı, HRT alanların % 52.0'ünün almayanların % 21.3'ünün KKMM'ni bildiği, HRT alanların % 69.0'ünün almayanların % 10.0'ünün düzenli jinekoloğa gittiği, HRT alanların % 45.0'ünün almayanların % 30.3'ünün hekime başvurulacak durumları bildiği, HRT alanların % 33.0'ünün almayanların % 18.6'sının beslenme ilkelerini bildiği, HRT alanların % 19.0'ünün, almayanların % 12.2'sinin düzenli egzersiz yaptığı saptandı.

HRT kullanımı ile olguların sağlık davranışlarından, düzenli smear yaptıрма, en az bir kez smear yaptıрма, düzenli meme muayenesi yaptıрма, KKMM'ni bilme, düzenli jinekologa gitme, hekime başvurulacak durumları bilme, beslenme ilkelerini bilme arasında istatistiksel açıdan önemli fark bulundu.



#### 5.4. OLGULARIN KLİMAKTERİK PARAMETRELERİNİN DAĞILIMI VE İLİŞKİLERİ

*Tablo 23 : Olguların Klimakterik Dönemlere Göre Dağılımları*

<i>Klimakterik Dönemler</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Premenopozal dönem	75	23.4
Perimenopozal dönem	47	14.6
Postmenopozal dönem	199	62.0
Toplam	321	100.0

Olguların klimakterik dönemlere göre dağılımları incelendiğinde % 23.4'ünün premenopozal, % 14.6'sının perimenopozal, % 62.0'ının postmenopozal dönemde olduğu bulgulandı.

**Tablo 24 : Olguların Klimakterik Dönemlere Göre Dağılımlarının Toplam Yakınma Endişe Duy-  
ma ve Öneri Alma Durumları İle İlişkisi**

Toplam Endişe Sosyal özellikler (N:321)		Premenopozal Dönem		Perimenopozal Dönem		Postmenopozal Dönem		Toplam		$\chi^2$ ve "p" değerleri
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Toplam yakınma	Yakınma yok	5	7.1	1	1.9	6	3.0	12	3.7	3.8095 p>0.05
	1-3 yakınma	6	8.6	5	9.6	21	10.6	31	10.0	
	4-6 yakınma	19	27.1	15	28.8	48	24.1	82	25.5	
	7 ve ↑ yakınma	40	57.1	31	59.6	124	62.3	195	60.8	
Toplam endişe	Endişe yok	19	27.1	10	19.2	35	17.6	64	20.0	4.1544 p>0.05
	1-3 endişe	13	18.6	14	26.9	53	26.6	80	25.0	
	4-6 endişe	20	28.6	14	26.9	53	26.6	87	27.0	
	7 ve ↑ endişe	18	25.7	14	26.9	58	29.1	90	28.0	
Toplam öneri	Öneri yok	31	44.3	31	59.6	89	44.7	151	47.0	12.8265 p>0.05
	1-3 öneri	24	34.3	10	19.2	70	35.2	104	32.4	
	4-6 öneri	12	17.1	4	7.7	17	8.5	33	10.3	
	7 ve ↑ öneri	3	4.3	7	13.5	23	11.6	33	10.6	

Kadınların klimakterik dönemleri ile toplam yakınma, endişe ve öneri alma durumlarının ilişkisi incelendiğinde, premenopozal olguların % 7.1'inin, perimenopozal olguların % 1.9'unun, postmenopozal olguların % 3.0'ünün yakınması olmadığı; premenopozal olguların % 57.1'inin, perimenopozal olguların % 59.6'sının, postmenopozal olguların % 62.3'ünün 7 ve daha fazla yakınması olduğu; premenopozal olguların % 27.1'inin perimenopozal olguların % 19.2'sinin, postmenopozal olguların % 17.6'sının hiç endişesi olmadığı; premenopozal olguların % 25.7'sinin, perimenopozal olguların % 26.9'unun, postmenopozal olguların % 29.1'inin toplam 7 ve daha fazla endişesi olduğu; premenopozal olguların % 15.9'unun perimenopozal olguların % 22.6'sının, postmenopozal olguların % 20.0'ünün hiç öneri almadığı; premenopozal olguların % 40.2'sinin perimenopozal olguların % 20.8'inin, postmenopozal olguların % 28.0'ünün toplam 7 ve daha fazla öneri aldığı bulgularıdır.

Olguların klimakterik dönemlere göre dağılımları ile toplam yakınma, endişe duyma ve öneri alma durumlarının ilişkisi istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

**Tablo 25 : Olguların Menopoz Yıllarına Göre Dağılımları**

<i>Menopoz yılları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
1 yıldan az	75	23.4
1-5 yıl	147	45.8
6-10 yıl	49	15.3
11-15 yıl	29	9.0
16 yıl ve üstü	21	6.5
<b>Toplam</b>	<b>321</b>	<b>100.0</b>

Olguların menopoz yıllarına göre dağılımları incelendiğinde % 23.4'ünün 1 yıldan daha az, % 45.8'inin 1-5 yıl, % 15.3'ünün 6-10 yıl, % 9.0'ının 11-15 yıl % 6.5'inin 16 yıl ve daha üzeri olduğu bulgulandı.

*Tablo 26 : Olguların Menopozu Tanımlama Durumları*

<i>Menopozu tanımlama</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i>Sınıflama</i>
Bilmiyor, tanımlamıyor	49	15.3	Nötr
Adetten kesilme	149	46.4	Olumlu (+)
Çocuk doğuramama	7	2.2	Olumsuz (-)
Yaşlanma	18	5.6	Olumsuz (-)
Hastalık	6	1.9	Olumsuz (-)
Rahatlama, gelişme	7	2.2	Olumlu (+)
Sıkıntı, stres, bunalım	32	9.9	Olumsuz (-)
Eksiklik, yetersizlik	11	3.4	Olumsuz (-)
Doğallık, normallik	36	11.2	Olumlu (+)
Üretkenliğin bitmesi	6	1.9	Olumsuz (-)
<b>Toplam</b>	<b>321</b>	<b>100.0</b>	

Olguların menopozu tanımlamakta kullandığı adetten kesilme, rahatlama-gelişme, doğallık-normallik şeklindeki 3 ifade olumlu, çocuk doğuramama, yaşlanma, hastalık, sıkıntı-stres-bunalım, eksiklik-yetersizlik, üretkenliğin bitmesi şeklindeki 6 ifade olumsuz olarak değerlendirildi.

Olguların toplam % 59.8'i (n:192) olumlu, % 24.9'u (n:80) olumsuz tanımlarken, % 15.3'ü (n:49) menopozu tanımlayamadı.

**Tablo 27 : Olguların Menopozu Tanımlamaları ile Menopoz Yıllarının İlişkisi**

<i>Menopoz yılı</i>	<i>Menopozu Tanımlama (N:272)</i>						<i>"χ<sup>2</sup>" ve "p" değerleri</i>
	<i>Olumlu</i>		<i>Olumsuz</i>		<i>Toplam</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
1 yıldan az	53	85.5	9	14.5	62	22.8	
1-5 yıl	91	67.9	43	32.1	134	49.3	
6-10 yıl	27	65.9	14	34.1	41	15.1	10.545
11-15 yıl	14	66.7	7	33.3	21	7.7	p<0.05
16 yıl ve ↑	7	50.0	7	50.0	14	5.1	
Toplam	192	70.6	80	29.4	272	100	

Olguların menopoz yılları ile menopozu tanımlamalarının ilişkisini araştırdığımızda, menopoz yılı 1 yıldan az olanların % 85.5'inin, 1-5 yıl olanların % 67.9'unun, 6-10 yıl olanların % 65.9'unun, 11-15 yıl olanların % 66.7'sinin, 16 yıl ve fazlası olanların % 50.0'inin olumlu tanımladığı belirlendi.

Kadınların menopoz yılları ile menopozu tanımlamaları karşılaştırıldığında, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

**Tablo 28 : Olguların Menopoz Dönemini Algılama Durumlarının Dağılımları**

<i>Menopoz Dönemini Algılama</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Kayıp	107	33.3
Değişiklik	159	49.5
Büyüme-olgunlaşma	50	15.6
Yanıtsız	5	1.6
<b>Toplam</b>	<b>321</b>	<b>100</b>

Kadınların menopoz dönemini algılama dönemleri araştırıldığında olguların % 49.5'i bu dönemi değişiklik % 15.6'sı büyüme ve olgunlaşma olarak algılarken, % 33.3'ü kayıp olarak algıladıkları belirlenmiş, % 16'sı bu konuda fikir belirtmemişlerdi.

Olgulara menopozun evdeki konumlarını değiştirip değiştirmediği sorulduğunda % 19.0'u (n:61) değiştirdiğini, % 81.0'ı (n:260) değiştirmediğini belirtmişlerdir.

**Tablo 29 : Olguların Menopozu Tanımlama Durumları ile Kendini ve Aile İçi Konumu Algılama Durumlarının İlişkisi**

Algılama	Menopoz Tanımlama (N:272)							$\chi^2$ ve "p" değerleri
	Olumlu		Olumsuz		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Menopozun algılanması	Kayıp	49	54.4	41	45.6	90	33.6	15.961 p<0.001
	Değişiklik	103	78.0	29	22.0	132	49.3	
	Büyüme-olgunlaşma	36	78.3	10	21.7	46	17.2	
Evdeki konumun değişmesi	Değişen	31	56.4	24	43.6	55	20.2	6.718 (Yates)
	Değişmeyen	161	74.2	56	28.8	217	79.8	p<0.01

\* Menopozu tanımlamayan 49 olgu değerlendirme dışında tutuldu.

Olgularımızın menopozu tanımlamaları ile menopozu algılamaları karşılaştırıldığında olumlu tanımlayanların % 54.4'ünün kayıp, % 78.0'sinin değişiklik, % 78.3'ünün büyüme ve olgunlaşma olarak algıladığı, olumsuz tanımlayanların ise % 45.6'sının kayıp, % 22.0'inin değişiklik, % 21.7'sinin büyüme-olgunlaşma olarak algıladığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulguları (p<0.001).

Evdeki konumunun değişme durumu ile olguların menopozu tanımlama durumlarının ilişkisi incelendiğinde, değiştiğini ifade edenlerin % 56.4'ünün olumlu, % 43.6'sının olumsuz tanımlandığı, değişmediğini ifade edenlerin % 74.2'sinin olumlu, % 28.8'inin olumsuz tanımlandığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiki olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0.01).

**Tablo 30 : Olguların Menopozu Algılama Durumları İle Toplam Yakınma, Endişe Duyuma ve Öneri Alma Durumlarının İlişkisi**

		Menopozu Algılama Durumu (N:321)								$\chi^2$ ve "p" Değerleri
		Kayıp		Değişiklik		Büyüme		Toplam		
Top.Yak.En.Ön.Al		n	%	n	%	n	%	n	%	
Top. yakınma	Yakınma yok	3	2.8	7	4.4	2	4.0	12	3.8	12.764 p<0.05
	1-3 yakınma	12	11.2	16	10.1	4	8.0	32	10.1	
	4-6 yakınma	16	15.0	52	32.7	11	22.0	79	25.0	
	7 ve ↑ yakınma	76	71.0	84	52.8	33	36.0	193	61.1	
Top.Endişe	Endişe yok	17	15.9	36	22.6	10	20.0	63	19.9	13.694 p<0.05
	1-3 endişe	26	24.3	39	24.5	13	26.0	78	24.7	
	4-6 endişe	21	19.6	51	32.1	13	26.0	85	26.9	
	7 ve ↑ endişe	43	40.2	33	20.8	14	28.0	90	28.5	
Toplam öneri	Öneri yok	58	54.2	74	46.5	17	34.0	149	47.2	8.316 p>0.05
	1-3 öneri	29	27.1	51	32.1	21	42.0	101	32.0	
	4-6 öneri	7	6.5	19	11.9	7	14.0	33	10.4	
	7 ve ↑ öneri	13	12.1	15	9.4	5	10.0	33	10.4	

Olguların menopozu algılamaları ile toplam yakınmalarının ilişkisi incelendiğinde menopozu kayıp olarak algılayanların % 2.8'inin yakınmasız, % 71.0'ünün 7 ve üzeri yakınması olduğu, değişiklik olarak algılayanların % 4.4'ünün yakınmasız, % 52.8'inin 7 ve üzeri yakınması olduğu büyüme olarak algılayanların % 4.0'ünün yakınmasız, % 36.0'ünün 7 ve daha fazla yakınması olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı bulunduğu saptandı ( $p < 0.05$ ).

Kadınların toplam endişe sayıları ile menopozu algılamalarının ilişkisi araştırıldığında, menopozu kayıp olarak algılayanların % 15.9'unun endişesi olmadığı, % 40.2'sinin 7 ve daha fazla endişesi olduğu, değişiklik olarak algılayanların % 22.6'sının endişesi olmadığı, % 20.8'inin 7 ve daha fazla endişesi olduğu, büyüme olarak algılayanların % 20.0'ünün endişesi olmadığı, % 28.0'ünün 7 ve daha fazla endişesi olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ).

Menopozu algılama ile olguların toplam öneri alma durumları



karşılaştırıldığında, % 12.1'inin 7 ve daha fazla öneri aldığı, değişiklik olarak algılayanların % 46.5'inin hiç öneri almadığı, % 9.4'ünün 7 ve daha fazla öneri aldığı, büyüme olarak algılayanların % 34.0'ının hiç öneri almadığı, % 10.0'ünün 7 ve daha fazla öneri aldığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 31 : Olguların Menopoz Dönemi İle ilgili Bilgi Alma Durumlarının ve Bilgi Kaynaklarının Dağılımları**

<i>Bilgi kaynakları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Hekim	58	18.1
Hemşire, ebe	31	9.7
Basın-TV Radyo	39	12.1
Komşu-arkadaş	2	0.6
Birden fazla	4	1.2
Bilgi almama	137	58.3
<b>Toplam</b>	<b>321</b>	<b>100.0</b>

Kadın menopoz dönemi ile ilgili bilgi alma durumları ve bilgi kaynakları araştırıldığında % 58.3'ünün bu konuda bilgi almadığı, % 18.1'inin hekimden, % 12.1'inin medyadan, % 9.7'sinin hemşire veya ebeden, % 0.6'sının komşu-arkadaştan, % 1.2'sinin birden fazla kaynaktan aldıkları saptandı.

**Tablo 32 : Olguların Menopozla İlgili Bilgi Alma Durumları İle Toplam Yakınma, Endişe Durumlarının İlişkisi**

Toplam Yakınma, Endişesi (N:321)		Menopozla ilgili bilgi alma durumu						$\chi^2$ ve "p" değerleri
		Bilgi Alan		Bilgi Almayan		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
	Yakınma yok	4	33.3	8	66.7	12	3.7	
Toplam yakınma	1-3 Yakınma	18	56.2	14	43.8	32	10.0	4.505 p>0.05
	4-6 Yakınma	33	40.2	49	59.8	82	25.5	
	7 ve ↑ Yakınma	72	36.9	123	63.1	195	60.7	
	Endişe yok	25	39.1	39	60.9	64	19.9	
Toplam Endişe	1-3 Endişe	37	46.3	43	53.8	80	24.9	4.511 p>0.05
	4-6 Endişe	37	42.5	50	57.5	87	27.1	
	7 ve ↑ Endişe	28	31.1	62	68.9	90	28.0	

Olguların menopozla ilgili bilgi alma durumları ile toplam yakınma sayıları karşılaştırıldığında, bilgi alanların % 3.3'ünün yakınması olduğu, % 40.2'sinin 7 ve daha fazla yakınması olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiki açıdan anlamsız olduğu bulgularıdır.

Olguların menopozla ilgili bilgi alma durumları ile toplam endişe sayıları karşılaştırıldığında bilgi alanların % 39.1'inin endişesiz % 31.1'inin 7 ve üzerinde endişesi olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel yönden anlamsız olduğu saptandı.

**Tablo 33 : Olguların HRT Kullanma Durumları ve Kullanma Sürelerinin Dağılımı**

HRT Kullanma süresi (ay)	Sayı	%
0-12	54	54.0
13-24	25	25.0
25-36	14	14.0
37-48	7	7.0
Toplam	100	100.0

Kadınların HRT kullanma süreleri araştırıldığında, % 54.0'ının 0-12, % 25.0'ünün 13-24, % 14.0'ünün 25-36, % 7.0'ünün 37-48 aydır HRT kullandığı belirlendi.

HRT kullanma durumları ile olguların yaşlarının ilişkisi incelendiğinde, HRT kullananların ortalama yaşları, kullanmayanlardan, istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha gençti ( $t:-2.81$ ;  $p<0.01$ ).

**Tablo 34 : Olguların HRT Kullanma Durumlarının Menopozu Tanımlama ve Menopoz Yıllarının İlişkisi**

Menopozu Tanımlama	Alan		HRT		Toplam		$\chi^2$ ve "p" değerleri
	n	%	n	%	n	%	
Olumlu	58	63.7	134	74.0	192	70.06	3.092 Yates
Olumsuz	33	36.3	47	20.0	80	29.4	$p>0.05$
<b>Menopoz Yılları</b>							
1 yıldan az	11	14.6	64	85.4	75	23.4	
1-5 yıl	72	48.9	75	54.0	147	45.8	40.783
6-10 yıl	10	20.4	39	79.6	49	15.3	$p<0.001$
11-15 yıl	4	13.8	25	86.2	29	9.0	
16 yıl +	3	14.3	18	85.7	21	6.5	

Kadınların HRT kullanma durumlarının, menopozu tanımlama ile karşılaştırıldığında HRT alanların % 36.3'ünün almayanların % 26.0'ının olumsuz olarak tanımladığı aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi.

Menopoz yılları ile HRT alma durumlarının ilişkisi incelendiğinde HRT alanların menopoz yıllarının % 14.6'sının 1 yıldan az, % 48.9'unun 1-5 yıl, % 20.4'ünün 6-10 yıl, % 13.8'inin 11-15 yıl, % 14.3'ünün 16 yıl ve üzerinde olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi.

**Tablo 35 : Olguların HRT Kullanma Nedenlerine Göre Dağılımları**

<i>HRT kullanma nedeni</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Hiç duymadım	126	57.0
Hekime gitmedim	56	25.6
Kanser yaptığını duydum	12	5.7
Kullanmama engel var	6	2.7
Hekimim önermedi	20	9.0
Toplam	221	100

Kadınların HRT kullanmama nedenlerini incelediğimizde, % 57.0'ının bu tedaviyi hiç duymadığı, % 25.6'sının hekime gitmediği, % 5.7'sinin kanser yaptığını duyduğu, % 2.7'sinin kullanmasında engel olduğu % 9.0'ının hekimin önermediği saptandı.

### 5.5. OLGULARIN MENOPOZAL YAKINMA, ENDİŞELENME VE ÖNERİ ALMA DAĞILIMLARI VE KLİMAKTERİK PARAMETRELERLE İLİŞKİLERİ

Tablo 36 : Olguların Menopozal Yakınma, Endişelenme ve Öneri Alma Durumlarının Dağılımı

Yakınmalar		Yakınma		Endişe		Öneri Alma	
		n	%	n	%	n	%
Sıcak basması-Gece terlemesi	Var	234	72.9	168	52.3	73	22.7
	Yok	87	27.1	153	47.7	248	77.3
Uykusuzluk-yorgunluk	Var	229	71.3	146	45.5	59	18.4
	Yok	92	28.7	175	54.5	262	81.6
Baş ağrısı-baş dönmesi	Var	221	68.8	155	48.3	72	22.4
	Yok	100	34.2	166	51.7	249	77.4
Sinirlilik, gerginlik	Var	239	74.5	163	50.8	62	19.3
	Yok	82	25.5	158	49.2	259	80.7
İçe kapanma-Ağlama	Var	160	49.8	101	34.5	44	13.7
	Yok	161	50.2	220	68.5	277	86.3
Eklem, kas ağrısı	Var	243	75.7	173	53.9	85	26.5
	Yok	78	24.3	148	46.1	236	73.5
İştah değişikliği, kilo artması	Var	142	44.2	81	25.2	43	13.4
	Yok	179	55.8	240	74.8	278	86.6
Konstipasyon/Diare	Var	113	35.2	69	24.5	31	9.7
	Yok	208	64.8	252	78.5	290	90.3
Çarpıntı	Var	172	53.6	119	37.1	56	17.4
	Yok	149	46.4	202	62.9	265	82.6
Deride kuruma, pullanma	Var	67	20.9	31	9.7	23	7.2
	Yok	254	79.1	290	90.3	298	92.8
Yüzde tüylenme pubik kıllarda seyrelme	Var	82	25.5	39	12.1	18	5.6
	Yok	239	74.5	282	87.9	303	94.4
Disparoni	Var	136	42.4	61	19.0	21	6.5
	Yok	185	57.6	260	64.0	300	93.5
Cinsel ilgi azlığı	Var	152	47.4	71	22.1	23	7.2
	Yok	169	52.6	250	77.9	298	92.8
Sık ve ağrılı miksiyon	Var	113	35.2	63	19.6	28	8.7
	Yok	208	64.8	258	80.4	293	91.3
Adet düzensizliği	Var	83	25.9	46	14.3	30	9.3
	Yok	238	74.1	275	85.7	291	90.7

Olgularımızın menopozal yakınmaları incelendiğinde, en yaygın yakınmaların % 75.7'inin eklem-kas ağrıları, % 74.5'inin sinirlilik-gerginlik, % 72.9'unun sıcak basması, % 71.3'ünün uykusuzluk-yorgunluk olduğu, en az yakınmaların, % 20.9'unun deride kuruma, pullanma, % 25.5'inin yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, % 25.9'unun adet düzensizliği olduğu bulgulanmıştır. Diğer yakınmalar ise, % 68.8'i başağrısı-baş dönmesi, % 55.6'sı çarpıntı, % 49.8'i içe kapanma-ağlama, % 47.4'ü Cinsel ilgi azlığı, % 44.2'si iştah değişikliği-kilo artışı, % 42.4'ü disparoni, % 35.2'si sık ve ağrılı miksiyon ile konstipasyon/diare idi.

Çalışma grubumuzun menopozal yakınmalarına ilişkin endişe durumlarını araştırdığımızda, en fazla endişe % 53.9'u eklem-kas ağrısı, % 52.3'ü sıcak basması, % 50.8'i sinirlilik-gerginlik, % 45.5'i yorgunluk-uykusuzluk yakınması ile ilgili bulunmuştur. En az endişe, % 9.7'si deride kuruma, pullanma, % 12.1'i yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, % 14.3'ü adet düzensizliği, % 19.6'sı sık ve ağrılı miksiyon olarak sıralanıyordu.

Olguların menopozal yakınmalarına ilişkin öneri alma durumları incelendiğinde, alınan önerilerin % 26.5'i eklem-kas ağrısı, % 22.7'si sıcak basması, % 22.4'ü başağrısı-baş dönmesi, % 19.3'ü sinirlilik-gerginlik, % 18.4'ünün uykusuzluk-yorgunluk, % 17.4'ü çarpıntı, % 13.7'si içe kapanma-ağlama, % 13.4'ü iştah değişikliği-kilo artışı, % 9.7'si konstipasyon-diare, % 9.3'ü adet düzensizliği, % 8.7'si sık ve ağrılı miksiyon, % 7.2'si cinsel ilgi azlığı ve deride kuruma ve pullanma, % 6.5'i disparoni, % 5.6'sı yüzde tüylenme ve pubik kıllardan seyrelme ile ilgili olduğu belirlendi.

**Tablo 37 : Olguların Toplam Yakınma, Endişe ve Öneri Alma Durumlarının Dağılımları**

Toplam Sayı	Yakınma		Endişe		Öneri	
	n	%	n	%	n	%
0	12	3.7	64	19.9	151	47.0
1-3	32	10.0	80	24.9	104	32.4
4-6	82	25.5	87	27.1	33	10.3
7 ve ↑	195	60.8	90	28.1	33	10.3
Toplam	321	100.0	321	100.0	321	100.0

Kadınların ifade ettikleri yakınma, endişe ve öneri alma sayıları gruplandırıldığında; % 3.7'sinin yakınmasız, % 10.0'ünün 1-3, % 25.5'inin 4-6, % 60.8'inin 7 ve daha fazla yakınması olduğu; % 19.9'unun endişesiz, % 24.9'unun 1-3, % 27.1'inin 4-6, % 28.1'inin 7 ve daha fazla endişesinin olduğu, % 47.0'in hiç öneri almadığı, % 32.4'ünün 1-3, % 10.3'ünün 4-6 ve 7 ve üzerinde öneri aldığı bulgularıdır.

Tablo 38 : Olguların Menopoz Yaşları İle Menopozal Yakınmalarının İlişkisi

Menopozal Yakınmalar		Menopoz Yaşı			"t" ve "p" değerleri	
		Sayı	$\bar{X}$	$\pm SD$		
Sıcak basması-Gece terlemesi	Var	60	47.00	3.996	0.47	p>0.05
	Yok	191	46.71	4.268		
Uykusuzluk-Yorgunluk	Var	69	46.53	3.644	-0.63	p>0.05
	Yok	18	46.87	4.936		
Baş ağrısı-baş dönmesi	Var	80	46.37	3.760	-1.12	p>0.05
	Yok	171	46.97	4.38		
Sinirlilik-gerginlik	Var	66	47.21	4.157	0.97	p>0.05
	Yok	185	46.63	4.214		
İçe kapanma-Ağlama	Var	127	46.88	3.789	0.37	p>0.05
	Yok	124	46.68	4.593		
Eklem-kas ağrısı	Var	57	46.19	3.786	-1.30	p>0.05
	Yok	194	46.95	4.305		
İştah değişikliği, kilo artması	Var	138	47.12	4.389	1.43	p>0.05
	Yok	113	46.37	3.933		
Konstipasyon-diyare	Var	164	46.57	3.832	-0.52	p>0.05
	Yok	87	46.98	4.831		
Çarpıntı	Var	117	46.94	3.943	0.58	p>0.05
	Yok	134	46.64	4.419		
Deride kuruma-pullanma	Var	195	46.86	4.164	0.53	p>0.05
	Yok	56	46.51	4.344		
Yüzde tüylenme, pubik kıllarda seyrelme	Var	185	46.70	4.238	-0.53	p>0.05
	Yok	66	47.01	4.108		
Disparoni	Var	142	46.73	4.188	-0.20	p>0.05
	Yok	109	46.84	4.230		
Cinsel ilgi azlığı	Var	127	46.54	4.377	-0.92	p>0.05
	Yok	124	47.03	4.010		
Sık ve ağırlı miksiyon	Var	149	46.2	4.056	-0.30	p>0.05
	Yok	92	46.89	4.454		
Adet düzensizliği	Var	197	46.88	4.174	-0.73	p>0.05
	Yok	54	46.40	4.302		

Kadınların menopoz yaşları ile menopozal yakınmalarının ilişkisi incelendiğinde anlamlı istatistiksel fark bulunamadı.



Tablo 39 : Olguların Menopoz Yılları İle Menopozal Yakınmaların İlişkisi

Yakınmalar	Menopoz Yılları		1 yıldan az		1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve üzeri		Toplam		$\chi^2$ ve "p" değerleri
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sıcak basması-Gece terlemesi	Var	51	21.8	110	47.0	30	16.2	21	9.0	14	6.0	234	72.9	2.141	
	Yok	24	27.6	37	42.5	11	12.6	8	9.2	7	8.0	87	27.1	p>0.05	
Uykusuzluk-yorgunluk	Var	52	22.7	96	41.9	43	18.8	19	8.3	19	8.3	229	71.3	13.464	
	Yok	23	25.0	51	55.4	6	6.5	10	10.9	2	2.2	92	28.7	p<0.01	
Baş ağrısı-baş dönmesi	Var	50	22.6	97	43.9	39	17.6	21	9.5	14	6.3	221	68.8	3.583	
	Yok	25	25.0	50	50.0	10	10.0	8	8.0	7	7.0	100	31.2	p>0.05	
Sinirlilik, gerginlik	Var	57	23.8	107	44.8	40	16.7	21	8.8	14	5.9	239	74.5	2.369	
	Yok	18	22.0	40	48.8	9	11.0	8	9.8	7	8.5	82	25.5	p>0.05	
İçer kapanma-Ağlama	Var	36	22.5	65	40.6	29	18.1	18	11.3	12	7.5	160	49.8	5.854	
	Yok	39	24.2	82	50.9	20	12.4	11	6.8	9	5.6	161	50.2	p>0.05	
Eklem, kas ağrısı	Var	55	22.6	112	46.1	39	16.0	23	9.5	14	5.8	253	75.7	1.788	
	Yok	20	25.6	35	44.9	10	12.8	6	7.7	7	9.0	78	24.3	p>0.05	
İştah değişikliği, kilo artması	Var	28	19.7	69	48.6	22	15.5	12	8.5	11	7.7	142	44.2	2.553	
	Yok	47	26.3	78	43.6	27	15.1	17	9.5	10	5.6	179	55.8	p>0.05	
Konstipasyon/Diare	Var	26	23.0	48	42.5	21	18.6	12	10.6	6	5.3	113	35.8	2.576	
	Yok	49	23.6	99	47.6	28	13.5	17	8.2	15	7.2	208	64.8	p>0.05	
Çarpıntı	Var	39	22.7	74	43.0	31	18.0	16	9.3	12	7.0	172	53.6	2.680	
	Yok	36	24.2	73	49.0	18	12.1	13	7.7	9	6.0	149	46.4	p>0.05	
Deride kuruma, pullanma	Var	12	17.9	34	50.7	12	17.9	7	10.4	2	3.0	67	20.9	3.744	
	Yok	63	24.8	113	44.5	37	14.6	22	8.7	19	7.5	254	79.1	p>0.05	
Yüzde tüylenme pubik kıllarda seyrelme	Var	21	25.6	34	41.5	17	20.7	4	4.9	6	7.3	82	25.5	5.0522	
	Yok	54	22.6	113	47.3	32	13.4	25	10.5	15	6.3	239	74.5	p>0.05	
Disparoni	Var	26	19.1	68	50.0	22	10.2	10	7.4	10	7.4	136	42.4	3.837	
	Yok	49	26.5	79	42.7	27	14.6	19	10.3	11	5.9	185	57.9	p>0.05	
Cinsel ilgi azlığı	Var	29	19.1	82	53.9	23	15.1	8	5.3	10	6.6	152	47.4	11.008	
	Yok	46	27.2	65	38.5	26	15.4	21	12.4	11	6.5	169	52.6	p<0.01	
Sık ve ağrılı miksiyon	Var	22	29.3	48	32.7	22	44.9	13	44.8	8	38.1	113	35.2	4.825	
	Yok	53	70.7	99	67.3	27	55.1	16	55.1	13	61.9	208	64.8	p>0.05	
Adet düzensizliği	Var	34	41.0	32	38.6	19	12.0	5	6.0	2	2.0	83	25.9	20.925	
	Yok	41	17.2	115	48.3	39	10.4	24	10.1	19	8.0	238	74.1	p<0.001	

Olguların menopoz yılları ile menopoz yakınmalarının ilişkisi incelenildiğinde sadece, uykusuzluk-yorgunluk, cinsel ilgi azlığı ve adet düzensizliği yakınmalarının ilişkisinin anlamlı, diğer yakınmaların ilişkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlendi.

**Tablo 40 : Olguların Menopozu Tanımlamaları ile Menopozal Yakınmaların İlişkisi**

Menopozu Tanımlama (N:272)		Olumlu		Olumsuz		Toplam		" $\chi^2$ "(Yates) ve "p" değerleri
Menopozal Yakınmalar		n	%	n	%	n	%	
Sıcak basması-Gece terlemesi	Var	140	70.4	59	29.6	199	73.2	0.019
	Yok	52	71.2	21	28.8	73	26.8	p>0.05
Uykusuzluk-yorgunluk	Var	135	69.9	58	30.1	193	71.0	0.131
	Yok	57	73.2	22	27.8	79	29.0	p>0.05
Baş ağrısı-baş dönmesi	Var	133	70.7	55	29.3	188	69.1	0.007
	Yok	59	70.2	25	29.3	84	30.9	p>0.05
Sinirlilik, gerginlik	Var	142	68.9	64	31.1	206	75.7	1.121
	Yok	50	75.8	16	24.2	66	24.3	p>0.05
İçe kapanma-Ağlama	Var	89	65.9	46	54.1	135	49.6	2.806
	Yok	103	75.2	34	24.8	137	50.4	p>0.05
Eklem, kas ağrısı	Var	144	70.6	60	29.4	204	75.0	0.000
	Yok	48	70.6	20	29.4	68	25.0	p>0.05
İştah değişikliği, kilo artması	Var	85	67.5	41	52.5	146	53.7	1.106
	Yok	107	73.0	39	26.7	126	43.3	p>0.05
Konstipasyon/Diare	Var	68	68.0	32	32.0	100	36.8	1.510
	Yok	124	72.1	48	27.9	172	63.2	p>0.05
Çarpıntı	Var	103	69.6	45	30.4	118	54.4	0.154
	Yok	89	71.8	35	28.2	124	45.6	p>0.05
Deride kuruma, pullanma	Var	39	61.2	19	32.8	58	21.3	0.397
	Yok	153	74.5	61	28.5	214	78.7	p>0.05
Yüzde tüylenme pubik kıllarda seyrelme	Var	53	72.6	20	27.4	73	26.8	0.195
	Yok	139	69.8	60	30.2	199	93.2	p>0.05
Disparoni	Var	89	74.8	30	25.2	119	43.8	1.798
	Yok	103	67.3	50	32.7	153	56.3	p>0.05
Cinsel ilgi azlığı	Var	93	48.4	38	47.5	131	48.2	0.010
	Yok	99	51.6	42	52.5	141	51.8	p>0.05
Sık ve ağrılı miksiyon	Var	61	31.8	34	42.5	95	34.9	2.860
	Yok	131	68.2	46	57.5	177	65.1	p>0.05
Adet düzensizliği	Var	56	75.7	18	24.3	74	27.2	1.267
	Yok	136	68.7	62	31.3	198	72.8	p>0.05

Olgularımızın menopozu tanımlamaları ile menopozal yakınmalarının ilişkisi incelendiğinde, anlamlı istatistiksel fark bulunmadı.

Tablo 41 : Olguların HRT Alma Durumlarının Menopozal Yakınmalar İle İlişkisi

Yakınmalar	HRT	Alan		Almayan		Toplam		$\chi^2$ (Yates) ve "p" değerleri
		n	%	n	%	n	%	
Sıcak basması-Gece terlemesi	Var	74	74.0	160	72.4	87	29.1	0.009 p>0.05
	Yok	26	26.0	61	27.6	234	72.9	
Uykusuzluk-yorgunluk	Var	68	68.0	161	72.9	92	28.7	0.792 p>0.05
	Yok	32	32.0	60	27.1	229	71.3	
Baş ağrısı-baş dönmesi	Var	67	67.0	154	69.7	100	34.2	0.231 p>0.05
	Yok	33	33.0	67	30.3	221	68.8	
Sinirlilik, gerginlik	Var	80	80.0	159	71.9	82	25.5	2.348 p>0.05
	Yok	20	20.0	62	28.1	239	74.5	
İçe kapanma-Ağlama	Var	49	49.0	111	50.2	161	50.2	0.041 p>0.05
	Yok	51	51.0	110	49.8	160	49.8	
Eklem, kas ağrısı	Var	82	82.0	161	72.9	78	24.3	3.133 p>0.05
	Yok	18	18.0	60	27.1	243	75.7	
İştah değişikliği, kilo artması	Var	58	58.0	84	38.0	174	55.8	11.153 p<0.001
	Yok	42	42.0	137	62.0	142	44.2	
Konstipasyon/Diare	Var	49	49.0	70	31.7	119	37.1	3.801 p<0.05
	Yok	51	51.0	151	68.3	202	62.9	
Çarpıntı	Var	53	53.0	119	53.8	149	46.4	0.019 p>0.05
	Yok	47	47.0	102	46.2	172	53.6	
Deride kuruma, pullanma	Var	23	23.0	44	13.9	25.4	79.1	0.398 p>0.05
	Yok	77	77.0	177	80.1	67	20.9	
Yüzde tüylenme pubik kıllarda seyrelme	Var	22	22.0	60	21.1	23.9	74.5	0.959 p>0.05
	Yok	78	78.0	161	72.9	82	25.5	
Disparoni	Var	42	42.0	94	42.5	175	57.6	0.008 p>0.05
	Yok	58	58.0	127	57.5	136	42.4	
Cinsel ilgi azlığı	Var	58	58.0	94	42.5	169	52.6	6.605 p<0.01
	Yok	42	42.0	127	55.7	152	49.4	
Sık ve ağrılı miksiyon	Var	41	41.0	77	32.6	208	64.8	2.140 p<0.01
	Yok	59	59.0	144	67.4	113	35.2	
Adet düzensizliği	Var	15	15.0	68	30.8	238	74.1	8.930 p>0.05
	Yok	85	85.0	153	69.2	83	25.9	

Kadınların HRT alma durumlarının, menopozal yakınmalar ile ilişkisi incelendiğinde, sadece, konstipasyon-diare, iştah değişikliği-kilo artışı, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağrılı miksiyon ve adet düzensizliği yakınmalarının ilişkisi istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu.

Tablo 42 : Olguların HRT Alma Durumlarının Menopozal Yakınmaları Nedeniyle Endişelenme Durumu İle İlişkisi

HRT Alma Durumu		Alan		Almayan		Toplam		$\chi^2$ (Yates) ve "p" değerleri
Menopozal Yakınmalardan Endişelenme		n	%	n	%	n	%	
Sıcak basması-Gece terlemesi	Var	63	63.0	105	47.5	168	52.3	6.621 p<0.01
	Yok	37	37.0	116	52.5	153	47.3	
Uykusuzluk-yorgunluk	Var	49	49.0	97	43.9	146	45.5	0.724 p>0.05
	Yok	51	54.0	124	56.1	175	54.5	
Baş ağrısı-baş dönmesi	Var	47	47.0	108	48.9	155	48.3	0.096 p>0.05
	Yok	53	53.0	113	50.1	166	51.7	
Sinirlilik, gerginlik	Var	62	62.0	101	45.7	163	50.8	7.317 p<0.01
	Yok	38	38.0	120	54.3	148	49.2	
İçe kapanma-Ağlama	Var	33	33.0	153	68.0	186	58.0	0.158 p>0.05
	Yok	67	67.0	68	30.8	135	42.0	
Eklem, kas ağrısı	Var	61	61.0	112	54.7	173	58.9	2.951 p>0.05
	Yok	39	39.0	109	49.3	148	46.1	
İştah değişikliği, kilo artması	Var	41	41.0	40	18.1	81	25.2	19.137 p<0.01
	Yok	59	59.0	181	81.9	240	74.8	
Konstipasyon/Diare	Var	25	25.0	44	19.9	69	21.5	1.056 p>0.05
	Yok	75	75.0	177	80.1	252	78.5	
Çarpıntı	Var	37	37.0	82	37.1	119	37.0	0.000 p>0.05
	Yok	63	63.0	139	62.9	202	63.0	
Deride kuruma, pullanma	Var	11	11.0	201	91.0	212	66.0	0.300 p>0.05
	Yok	89	89.0	20	9.0	109	34.0	
Yüzde tüylenme pubik kıllarda seyrelme	Var	16	16.0	23	89.6	39	12.1	2.017 p>0.05
	Yok	84	84.0	198	10.4	282	87.9	
Disparoni	Var	28	28.0	33	14.9	61	19.0	7.633 p<0.01
	Yok	72	78.0	188	85.1	266	84.0	
Cinsel ilgi azlığı	Var	38	38.0	33	14.9	71	22.1	21.267 p<0.01
	Yok	62	62.0	188	85.1	250	77.9	
Sık ve ağırlı miksiyon	Var	27	27.0	36	16.9	63	19.6	5.006 p<0.05
	Yok	73	73.0	185	83.7	258	80.4	
Adet düzensizliği	Var	10	10.0	36	16.3	46	14.3	2.218 p>0.05
	Yok	90	90.0	185	83.7	275	85.7	

Kadınların HRT alma durumlarının, menopoz yakınmaları nedeniyle endişelenme durumlarının ilişkisi incelendiğinde, sıcak basması gece terlemesi, sinirlilik-gerginlik, iştahdeğişikliği kilo artması, disparoni, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağırlı miksiyon ile ilgili endişelerin ilişkisi istatistiksel düzeyde anlamlı bulundu.

Tablo 43 : Olguların HRT Alma Durumlarının Menopozal Yakınmalara Yönelik Öneri Alma Durumlarının İlişkisi

HRT Alma Durumu		Alan		Almayan		Toplam		" $\chi^2$ " ve "p" değerleri
Menopozal Yakınmalara İlişkin Öneri Alma		n	%	n	%	n	%	
Sıcak basması-Gece terlemesi	Var	34	34.0	39	17.6	73	22.7	10.478
	Yok	66	66.0	182	82.4	248	77.3	p<0.01
Uykusuzluk-yorgunluk	Var	27	27.0	32	14.5	59	18.4	7.194
	Yok	73	73.0	189	85.5	262	81.6	p<0.01
Baş ağrısı-baş dönmesi	Var	25	25.0	47	21.3	72	22.4	0.551
	Yok	75	75.0	174	78.7	249	77.6	p>0.05
Sinirlilik, gerginlik	Var	26	26.0	36	16.3	62	19.3	4.165
	Yok	74	74.0	185	83.7	259	80.7	p<0.05
İçeride kapanma-Ağlama	Var	20	20.0	24	10.9	44	13.7	4.862
	Yok	80	80.0	197	89.1	277	86.3	p>0.05
Eklem, kas ağrısı	Var	33	33.0	52	23.5	85	26.5	3.171
	Yok	67	67.0	169	76.5	236	73.5	p>0.05
İştah değişikliği, kilo artması	Var	22	22.0	21	9.5	43	13.4	9.269
	Yok	78	78.0	200	90.5	278	86.6	p<0.01
Konstipasyon/Diare	Var	13	13.0	18	8.1	31	9.7	1.860
	Yok	87	87.0	203	91.9	290	90.3	p>0.05
Çarpıntı	Var	20	20.0	36	16.3	56	17.4	0.658
	Yok	80	80.0	185	83.7	265	82.6	p>0.05
Deride kuruma, pullanma	Var	12	12.0	11	5.0	23	7.2	5.104
	Yok	88	88.0	210	95.0	298	92.8	p<0.05
Yüzde tüylenme pubik kıllarda seyrelme	Var	16	16.0	23	10.4	39	12.1	2.017
	Yok	84	84.0	198	89.6	282	87.9	p>0.05
Disparoni	Var	12	12.0	9	4.1	21	6.5	7.076
	Yok	88	88.0	212	95.4	300	93.5	p<0.01
Cinsel ilgi azlığı	Var	15	15.0	8	3.7	23	7.2	13.640
	Yok	85	85.0	213	96.4	298	92.8	p<0.01
Sık ve ağrılı miksiyon	Var	14	14.0	14	6.3	28	8.7	5.080
	Yok	86	84.0	207	93.7	293	91.3	p<0.05
Adet düzensizliği	Var	10	10.0	20	9.0	30	9.3	0.073
	Yok	90	90.0	201	91.0	291	90.7	p>0.05

Olguların HRT alma durumları ile menopozal yakınmalara yönelik öneri alma durumlarının ilişkisi araştırıldığında, sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, iştah değişikliği-kilo artışı, deride kuruma-pullanma; disparoni, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağrılı miksiyon ile ilgili önerilerin ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

## 6. TARTIŞMA

Orta yaşlara kadar yaşayan her kadının deneyimlediği *menopoz*, fizyolojik olarak gözlenebilir ve ölçülebilir bir durum olmasına rağmen yakınma veya semptomlar kültürden kültüre, toplumdaki topluma, hatta kadından kadına değişiklik göstermektedir. Kadınların psiko-sosyal, bedensel sağlığını işgücünü, kararlarını ve verimliliğini etkileyen menopoz, "bio-kültürel" bir olay olarak değerlendirilmektedir(8,37, 42, 43, 44, 62, 69, 72, 76, 79, 98, 100).

Kadınlarda, diğer yaşam dönemlerindeki kadar önemli ve kültür-lere özgü değişimler ile olası riskler taşıyan klimakteryumdaki kadının yaşadığı menopozal yakınmalar ve bu yakınmaları etkileyebilecek durumlar tanımlanarak, kadınların gereksinimleri ortaya konan bu çalışmada, elde edilen bulgular, literatürler doğrultusunda tartışılmıştır.

### 6.1. OLGULARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KLİMakterİK PARAMETRELERLE İLİŞKİLERİNİN TARTIŞILMASI

Klimakterik özelliklerin araştırıldığı çalışmalarda 40-60 yaş grubu kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmamızda ise, östrojen yetersizliğine bağlı uzun vadeli sonuçları da değerlendirebilmek amacıyla üst yaş sınırı 65'e kadar yükseltilmiştir.

Olgularımızın % 56.0'ı 45-50 yaşlar arasında ve aritmetik yaş ortalaması  $51.55 \pm 5.84$  olarak bulunmuştur. Bu sonuç, benzer çalışma verileri ile paralellik göstermektedir (Tablo 1)(8,64,68,94,104,143).

Adipozal dokuların postmenopozal östrojen seviyesine katkısından dolayı Beden Kütle İndeksi (BKİ= BMİ, kg/cm<sup>2</sup>), bu dönem kadını için önemli bir ölçüttür. Harris kendi çalışma grubu için 24.0±3.9 olarak bulduğu BMİ, olgularımızda 27.04±4.19 olarak saptanmıştır. Uluslararası normlara göre kadınlarımız *hafif obese* grubunda yer almaktadır. Bu bulgu, olgularımızın hem endojen östrojen düzeylerini yükseltirken, osteoporotik fraktür riskinden de korumaktadır(6,59,61,76,89,135).

Kadınlarımızın medeni durumları incelendiğinde, % 76.3'ünün evli, % 21.2'sinin eşi ölmüş, % 2.2'sinin boşanmış, % 0.3'ünün bekar olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, Oskay'ın çalışma bulgularına oldukça yakındır. Ayrıca, olguların % 64.8'i eşi ve çocukları, % 13.1'i eşi, % 18.1'i çocukları, % 0.9'u ana-babalarıyla birlikte, sadece % 3.1'inin yalnız yaşadığı saptanmıştır. Literatürde bu yaş grubu kadın için stres kaynağı kabul edilen boşanma, eşin kaybı, yalnızlık gibi durumsal kriz nedenlerine karşı Türk aile yapısının koruyucu etkileri vardır. Büyüyen, hatta evlenen çocukların aile ile birlikte oturmaları, sıkı aile bağları, boşanma, eşin kaybı gibi durumlarda aile desteği gibi *sosyal değerler* yanında annenin baş tacı edildiği *kültürel değerler* ve cennetin anaların ayağında olduğu gibi *dinsel mesajlar* ile kadınlar aile içinde değer bulmaktadır. Van Keep ve Kellerhals, orta yaş krizi (Midlife Crisis) ile başa çıkmada, özellikle çalışmayan kadınlarda, önemli bir desteğin de bu dönemde, çocuklarıyla birlikte yaşamak olduğunu savunmaktadır (Tablo 2)(10,54,57,100,104).

Kadınlarımızın okur-yazarlık oranı % 72.0 olarak bulunmuştur. Bu ülkemizin kadında okur-yazarlık oranına (% 76) oldukça yakın bir sonuçtur. Buna paralel olarak olgularımızın % 80.7'si ev kadınıdır. Bu sonuç, ileri yaşlardaki kadınlarla yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ekonomik olarak ise % 79.4'ünün düşük (10 milyon ve ↓) gelir düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu profillere sahip kadınlarımızın aile ve ev yaşantıları için kendine biçtiği değer ve rolleri öğrenmek amacıyla, kendini aile içinde, hangi rolde gördüğü araştırıldığında % 77.3'ü için "anne rolü" birinci sırada yer almıştır (Tablo 9). Bu geleneksel kültürümüzün bir yansımasıdır. Bart, geleneksel annelik rolünü benim-

semiş, ev dışında çalışmayan kadınlarda, depresyon riskinin arttığını savunmaktadır. Kadınlarımızın geleneksel olarak annelik rolünü benimsemiş olmasına rağmen, % 96.0'ının, eş, çocuklar veya eş ve çocuklar ile birlikte yaşıyor olmalarının, onları Bart'ın tanımladığı *Boş yuva sendromu: Empty-nest Syndrome*na karşı koruduğu düşünülmektedir. Bu savı destekleyen bir bulgu da kadınların birlikte yaşadığı kişiler ile toplam yakınma ( $\chi^2$ : 19.702;  $p > 0.05$ ) durumlarının ilişkisini istatistiksel açıdan anlamsız bulunmasıdır (6,44,45,49,52,54,57,72,86,94,100,104,117,126).

Kadınların menopoza ilgili deneyim, görüş ve duygularını yansıtan menopoza tanımlaması medeni durum, eğitim, çalışma durumu gibi durumlardan etkilenebilir. Çalışma grubumuzda, medeni durum, menopoza tanımlamayı etkilemezken, eğitim durumu yükseldikçe, olumlu tanımlama oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı şekilde arttığı gözlenmiştir (Tablo 3) ( $\chi^2$ : 12.372;  $p < 0.01$ ). Kresrovich ve Frey eğitilmiş kadınların menopoza daha pozitif algıladığını savunmaktadır. La Rocco ve Polit, eğitimle, yaklaşım arasındaki ilişkiyi menopoz hakkında bilgilenme ile ilişkilendirilmiştir. Bu, olgularımızın sonucunu da açıklayabilecek bir yorumdur. Olgularımızın eğitim durumları ile toplam yakınma ( $\chi^2$ : 15.712;  $p > 0.05$ ) endişe ( $\chi^2$ : 17.761;  $p > 0.05$ ) ve öneri alma ( $\chi^2$ : 9.361;  $p > 0.05$ ) ilişkisi anlamsız bulunmuştur. Avis ve McKinlay eğitim yılları arttıkça depresyonun azaldığını göstermişlerdir. Bulgularımız yakınma, endişe ve öneri alma sayılarının eğitimle etkilenmediğini göstermiştir. Bu, olgularımızın genellikle okur-yazar ve ilköğretim düzeyindeki eğitim düzeyinde olması, yüksek öğretim düzeyinde (% 84) fazla kadın bulunmamasına bağlanabilir (72,94).

Ev dışında çalışan kadınların menopoza daha sorunsuz yaşadığı çalışmalarda gösterilmiştir. Olgularımızın ev dışında çalışma durumları ile menopoza tanımlama durumlarının ilişkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 3) ( $\chi^2$ : 0.281;  $p > 0.05$ ). Coleman ve Antonucci, çalışan kadınlar ile ev kadınlarını karşılaştırdığı çalışmalarında, psikolojik iyilik ölçütlerini ve benlik saygısını anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ve fiziksel sağlık ölçütlerinin daha iyi olduğunu göstermiştir. Paykel ve Weiseman da ev dışında çalışmanın kadınları depresyondan koruduğunu öne sürmekte-



dir. Literatürlere benzemeyen bulgularımız geleneksel kültürümüzde, ev kadınlığının önemli bulunması ve çalışma grubumuzun ağırlıklı olarak ev kadınlarından oluşması ile açıklanabilir(6,52,57,94,100).

Kadınların, klimakteryum dönemindeki sosyal koşullarının, yaşanan yakınma ve endişelerini etkileyebileceği açıktır. Olgularımızın medeni durum, çalışma durumları, ev kadınlarının daha önce çalışma durumları ve gelir durumları gibi özelliklerin toplam menopozal yakınma, endişe ve aldığı öneri sayılarının ilişkisi anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4). Greene ve Cooke, boşanma, eşin kaybı gibi yaşam olaylarının, Brown ve Harris Finansal sorunların, somatik ve psikolojik semptom bildirmeyi etkilediğini göstermişlerdir. Jennings ve arkadaşları Massachusetts'teki çalışmalarında, ev dışında çalışmayan kadınlarda full-time çalışanlara göre, daha fazla yakınmaları olduğunu saptamışlardır. Wasti ve arkadaşlarının Pakistan Karachi'deki 3 farklı ekonomik düzeydeki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, fakir grubun 1/5'inin, orta ve yüksek gelir grubunun, 1/2'sinin menopozal açıdan semptomatik olduğunu saptamışlardır. Literatürden farklı olan bulgularımız çalışma kapsamımızda, düşük ve orta gelir grubunun ağırlıkta olması ile açıklanabilir(72,140).

Günümüzde giderek yaygınlaşan menopozun tedavisi ile ilgili olarak kadınların sosyal özelliklerinin ilişkisi dikkate değerdir. Medeni durum ile HRT alma durumlarının ilişkisi, Harris'in çalışmasına paralel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 5) ( $\chi^2$ : 5.695;  $p > 0.05$ ). meslekleri ile karşılaştırdığında ise HRT almayanların % 85.5'inin ev kadınları olduğu ve bu farkın diğer çalışanlara göre, istatistiksel açıdan önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, çalışan kadınların değer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi HRT'den de yararlanma oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, eğitim ve ekonomik düzey gibi faktörler de sağlık hizmetlerinden faydalanmayı etkilemektedir. Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyleri ve gelir düzeyleri yükseldikçe HRT alma oranları da, çok ileri derecede anlamlı olarak yükselmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan çalışan, orta veya yüksek gelir grubundan olan kadınların menopozla ilgili daha fazla bilgili olması, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları

dolayısıyla beklenen bir sonuçtur(72,104,140).

Kadınların, sigara içme, alkol, kahve, kola tüketimleri ile boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıkları ve sosyal ilişkileri gerektiren dernek ve kulüplere üye olma gibi özellikleri, menopozda etkili faktörlerdir. Çalışmamızda, kadınların % 77.3'ünün sigara içmediği, % 91.0'unun alkol içmediği belirlenmiştir (Tablo 6). McKinlay Amerikan kadınlarında sigara içmeme oranını % 61 olarak bulmuştur. Menopozal kadınlarda yaptıkları çalışmalarında sigara içmeme oranlarını, Özsoy ve arkadaşları, % 75.8 olarak belirlemiştir. Bulgularımızı paralel olan bir sonuçta, Türk kadınlarında sigara içme oranının % 24.3 oranında bildirilmesidir(8,78,95,106).

Serum östrojen düzeyini azaltan sigaranın, menopoz yaşını 1-2 yıl erkene alabildiği çalışmalarda gösterilmiştir. Olgularımızda sigara içmenin menopoz yaşını etkilemediği belirlenmiştir (t: -1.07; p>0.05). Bunu, grubumuzda sigara içiminin yaygın olmamasına bağlayabiliriz(91,104,106).

Alkolün osteoblastlar üzerine baskılayıcı etkileri, kolalı içeceklerin fosfor düzeyini yükseltmesi ve kafeinin kalsiyum emilimini azaltarak, menopozal kadında, yakınma ve olası patolojileri etkilediği bilinmektedir. Grubumuzun bu tür alışkanlıkları ile toplam yakınma, endişe ve öneri alma durumlarının ilişkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 7). Bu sonucun, grubumuzda bu tür alışkanlıkların fazla yoğun olmaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir(5,7,27,29,84,88,113,122,129,135).

Orta yaşlarda, insanların toplumsal ilişkilerinde, önemli yeri olan, çeşitli dernek, kulüp v.s. etkinliklerine katılımının toplam menopozal yakınma, endişe ve öneri alma durumlarının ve menopozu tanımlamalarını etkileyebileceği öngörüsüyle yaptığımız istatistiksel analizlerde, anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgularımız ve gözlemlerimizin ortaya koyduğu gerçek, kadınlarımızın dernek kulüp v.s sosyal etkinliklere katılımının sınırlı olduğudur. Dolayısıyla, kadına getirdiği katkılar da sınırlı olacaktır.

HRT alan ve almayan olguları, yukarıda sözü edilen alışkanlıkla-

rı açısından karşılaştırdığımızda Tablo 8'de görüldüğü gibi alkol alma durumlarının ilişkisi önemsiz düzeyde bulunmuştur ( $\chi^2$ : 4.804;  $p > 0.05$ ). Bunu, alkol alan olgularımızın çok sınırlı olması açıklamaktadır. Menopozal yakınmaların şiddetini ve HRT'nin komplikasyonlarını arttıracak bir faktör olan sigara içme, HRT alanlarda (% 35.0) istatistiksel olarak ileri derecede yüksek bulunmuştur ( $\chi^2$ : 12.423;  $p < 0.001$ ). Harris ve arkadaşları, HRT alanlarda sigara içme oranını % 24.6 olarak saptamışlardır. Lindgren ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara içenlerin, HRT'yi daha fazla kullandığı belirlenmiştir. Bulgularımıza paralel olan bu sonuçlar, kadınların HRT ve sigara içme komplikasyonları ile ilgili danışmanlığa gereksinimi olduğunu göstermektedir(29,59,83,88,113).

Toplumsal aktivite ve assertivite göstergesi olan dernek ve kulüplere üyelik ile HRT alma durumlarının ilişkisi incelendiğinde üye olmayanların % 96.8'inin HRT almadığı ve sonucun istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı olduğu bulgulanmıştır ( $\chi^2$ : 15.099;  $p < 0.001$ ). Toplumsal ilişkileri ve etkilenmeleri artıran sosyal aktiviteler yoluyla, HRT ile ilgili bilgilendirme ve yararlanma durumlarının da artması beklenen bir sonuçtur.

## 6.2. OLGULARIN JİNO-OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ VE KLİMAKTERİK PARAMETRELERLE İLİŞKİLERİNİN TARTIŞILMASI

Kadınlarda menopoz yaşını etkileyen faktörler arasında, menarş yaşı da bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalarda menopoz yaşı ile ilişkisi incelenen menarş yaşı, olgularımızda ortalama  $13.86 \pm 3.46$  olarak bulunmuştur (Tablo 10). Geç menarşın, geç menopoza yolaçtığı savının tersine bugün erken menarşın menopoz yaşını yükselttiği savunulmaktadır. Literatürdeki bu çelişkili açıklamalarla ilgili olarak olgularımızın menarş yaşları ile menopoz yaşları arasında anlamlı istatistiki ilişki bulunmamıştır ( $t$ :0.034,  $p > 0.05$ ). Parazzi'nin çalışmasında da bulgularımıza paralel olarak, menopoz ve menarş yaşları ilişkili bulunmamıştır(27,108,118).

Kadınların menstruasyon tepkilerini etkileyen, perimenstruel sorunların, menopoza yaklaşımını ve yakınmalarını etkileyebildiği çalışmalarda gösterilmiştir. Olgularımızın geçmişteki perimenstrüel öyküleri incelendiğinde, % 18.1'inin düzensiz adet % 29.0'ının PMS, % 37.4'ünün dismenore yakınması olduğu Tablo 11'de gösterilmiştir. Coşkun ve Kızılkaya'nın İstanbul'da 750 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında farklı yaş grupları için dismenore sıklığını % 7-26, PMS sıklığını % 5-29 olarak belirlemişlerdir. Kadınlarımızın geçmişteki perimenstrüel öykülerinin menopoza yaklaşımını, toplam yakınma, endişe ve öneri alma (Tablo 12) durumlarını etkilemediği saptanmıştır. Holte ve Mikkelsen, özellikle önceki PMS yakınmalarının klimakteryumdaki yakınmalarla ilişkili olduğunu belirlemiştir. Literatüre uymayan bu durum, daha ileri çalışmalarda detaylandırılabilir(32,68).

Menopoz yaşı ile ilgili ortaçağ ve Helen literatürünü kullanan Amundsen ve Diers, menopoz yaşını 50 olarak belirlemiştir. De Waard (1964) İsviçreli kadınlarda 51.2, McKinlay ve arkadaşları (1965) İngiltere'de 50.8, Burch ve Gunz (1967), Yeni Zelandalılarda 50.7, Magursky ve arkadaşları (1967), Çekoslovakyalılarda 51.2, Thompson ve arkadaşları (1970), İskoçyalılarda 50.1, Fuchs ve Paskarbest (1974) Almanlarda 51.1 olarak belirlemişlerdir. Kadınlarımızın menopoz yaşı ortalaması  $46.78 \pm 4.20$  olarak bulgulanmıştır (Tablo 13). Oskay (1995)'in İstanbul'da yaptığı çalışmada ise ortalama menopoz yaşı  $48.5 \pm 2.37$  olarak, bulgularımızla ( $46.78 \pm 4.20$ ) yakın bulunmuştur(64,91,94,95,104,108).

Literatürlerde, kadınların menopoz yaşını etkileyen önemli bir faktörün de "kendi annelerinin menopoz yaşı" olduğundan söz edilmektedir. Olgularımızın menopoz yaşları ile annelerinin menopoz yaşlarının ilişkisi ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $t: 0.192; p < 0.01$ ). Aynı genetik yapıyı taşımaları nedeniyle, kadınların anneleriyle aynı yaşlarda menopoza girmeleri beklenen bir sonuç(27,43,118).

Kadınların menopoz yaşını etkileyen diğer bir faktör, obstetrik öyküleridir Tablo 14'te görüldüğü gibi olgularımızın ortalama gebelik sayıları  $4.73 \pm 2.45$ , doğum sayıları  $3.5 \pm 2.0$ , kürtaj/düşük sayıları  $1.84 \pm 1.65$  olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, eğitim düzeyi düşük, kontrasepsiyon hizmetlerinin yetersiz olduğu ileri yaşlardaki kadınlarla yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir(104,106,142).

Aralarında yeterince sürenin olmadığı, sık gebelik, doğum, kürtaj ve düşüklükler, erken menopoza sebep olabilmektedir. Olgularımızın doğum, gebelik ve düşük/kürtaj sayıları ile menopoz yaşlarının ilişkisi anlamsız bulunmuştur (Tablo 15). Scharbo, doğum sayıları ile ilgili araştırmaların çelişkili sonuçlarına dikkat çekmektedir(45,118).

Erken menopoza yol açmakla suçlanan bir faktör de "uzun süreli emzirme"dir. Olgularımızda 2 yıldan uzun emzirme ile menopoz yaşının ilişkisi istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (Tablo 6). Overlerin aktivitelerini baskılayan emzirme, toplumumuzda yaygın ise de 2 yıldan uzun emziren olgu sayısının ( $n=91$ ) sınırlı olmasının bu sonucu getirmiş olduğu düşünülmektedir(45,75,95,118).

### **6.3. OLGULARIN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE KLİMAKTERİK PARAMETRELERLE İLİŞKİLERİNİN TARTIŞILMASI**

İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan sağlık sorunları da hayli artmaktadır. Tıbbi tanı, tedavi ve korunma yöntemlerindeki ilerlemeler, halkın sağlık tutumlarında değişimler, sağlık harcamalarındaki artışlar, sağlık bakımının değişik bakış açısıyla sunulmasını zorunlu kılmıştır(47,99,107).

Doyumlu bir yaşam sürmek için insanların sağlık bilincinin güçlendirilmesi, sağlık konularındaki yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmelerine olanak verecek davranış ve becerilerin geliştirilmesini gerektirir(47,99).

Klimakteryum döneminde ortaya çıkan üreme sağlığı sorunlarından korunma, erken tanı ve tedavi girişimleri için kadınlarda düzenli olarak, smear yapma, meme kontrolü yaptırma, kendi kendine meme muayenesi (K.K.M.M) yaptırma, jinekoloğa gitme uygun beslenme ve fizik egzersiz gibi sağlık bilincini artırılarak, öz bakım davranışları geliştirmelidir.

Bu bölümde olgularımızın bu sağlık davranışlarının dağılımı ve klimakterik parametrelerle ilişkileri tartışılmıştır.

Kadınlardaki kanser sıralamasında genellikle ikinci sırada yer alan serviks kanseri, erken tanı ile tedavisi mümkün tek kanser türüdür. Erken tanıda bu test, serviksteki anormal hücrelerin % 90-95'ini doğru olarak belirleyebilen servikal smear'dır. Seksüel yönden aktif kadınların yılda bir, 40 yaşından sonra yılda 2 kez yaptırması önerilmektedir. En az bir kez smear yaptırmak önemli fakat yetersizdir. Çünkü bu test, düzenli olarak yaptırıldığında erken tanıda değer taşımaktadır(30,31).

Kadınların "en az bir kez smear yaptırma" oranları Tablo 17'de görüldüğü gibi % 42.4 "düzenli smear yaptırma" oranları % 17.8 olarak bulunmuştur. Coşkun'un çalışmasında doğurgan çağı kadınların kontrol amacıyla smear yaptırma oranları % 5.9 olarak saptanmıştır. Olgularımızda daha yüksek bulunan oran, bu yaşlarda sağlık sorunlarının tıbbi yardım arama durumlarının daha fazla olması, medya vs. etkileşiminin günümüzde çok daha etkin olmasına bağlanabilir(31).

Kadınların "en az bir kez smear yaptırma" ve "düzenli smear yaptırma" öz bakım davranışları ile menopoza yaş (Tablo 18), toplam yakınma (Tablo 20) ve endişe (Tablo 21) sayıları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat "en az bir kez smear yaptırma" ve "düzenli smear yaptırma" davranışları, menopoz yıllarına göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde, postmenopozal 1-5 yılını yaşayanlarda yüksek bulunmuştur (Tablo 19). En fazla yakınma ve üreme sağlığı sorunları yaşayan bu dönemde tıbbi yardım alma beklendiği gibi daha üst düzeydir. Bu sağlık davranışları, HRT kullanan olgularda çok ileri düzeyde

anlamalı bulunmuştur (Tablo 22). Servikal smear, HRT başlanmadan önce rutin yapılan bir test olduğundan bu sonuç beklenene paraleldir.

Meme kanserleri, kadın kanser türleri için de % 11.7 ile birinci sırada yer almaktadır. Meme kanseri ne kadar erken dönemde tanınırsa, tedavi edilme şansı o oranda fazladır. Hastalığın seyri de geç dönemde bulunanlara oranla çok daha iyidir. Kendi-kendine meme muayenesi (KKMM) ile ameliyat edilebilir durumda 1-4 cm arasındaki kitlelerin tümü belirlenebilir. Greenwald ve arkadaşları KKMM yapan kadınların % 69'unun bu yöntem yardımı ile kendisindeki tümörü zamanında teşhis ettiklerini saptamışlardır. Bu yüzden her kadın KKMM gerçekleştirebilmelidir. Bunun dışında yılda bir kez hakim kontrolü, 35 yaştan sonar mamografi yapılmalıdır. Bayık ve arkadaşlarının, hemşireler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, meme muayenesi yaptıрма oranını % 15.7 olarak belirlemişlerdir. Sağlık çalışanlardaki bu orandan daha yüksek olarak, grubumuzda meme muayenesi yaptıрма oranı Tablo 17'de sunulduğu gibi % 26.4'tür. KKMM yapabilen olgularımız ise % 30.8'dir. Bu oranlar iyi olmakla beraber, yeterli değildir(4,13).

Olgularımızın meme muayenesi yaptıрма ve KKMM bilme ile menopoza yaşı (Tablo 18), toplam yakınma (Tablo 20) ve endişe (Tablo 21) durumlarının ilişkisi istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur. Bu sağlık davranışları, istatistiksel açıdan önemli derecede postmenopozal 1-5 yıllarını yaşayan olgularda yüksek bulunmuştur (Tablo 19). HRT alan olgularda bu sağlık davranışlarının yerleşmiş olması, istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlılık göstermektedir (Tablo 22). Son iki veri birbirini desteklemektedir. Zira en fazla yakınmaya sahip 1-5 yıllık postmenopozal kadın, daha bilinçli ve arayışlar içindedir, tedavi alma oranı daha yüksektir. Bu kadınlarda bu davranışların daha fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Ülkemiz kadınlarında jinekolojik yakınma ve hastalık prevalansları hayli yüksektir. Jinekolojik yakınmaların erken tanı ve tedavisinde periyodik jinekolojik kontrollerin önemi büyüktür. Toplum olarak, kontrol amacıyla hekime gitme alışkanlıklarımız oldukça yetersizdir. Bayık ve arka-

daşları, hemşire örnekleminde, düzenli jinekologa gitme oranını % 11.9, Coşkun 15-49 yaş grubu kadın örnekleminde % 15.13 olarak bulgulamıştır. Sağlık çalışanlarının toplumdan daha geride kaldığı periyodik jinekolojik kontrole gitme oranı, çalışmamızda Tablo 17'de sunulduğu gibi % 28.3 olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, bu yaş kadınların, kontrol amacı gütmese de yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle sık hekime gitmesine bağlanabilir(3,13,30,31).

Olgularımızın "düzenli jinekologa gitme" sağlık davranışı menopoza yaşı (Tablo 18), toplam yakınma (Tablo 20) ve endişe (Tablo 21) duyma ilişkisiz bulunmuştur. Toplam 7 ve üzeri yakınması ve endişesi olanlarda göreceli olarak daha fazla olmasına rağmen, bu sağlık davranışlarının ilişkisi, istatistiksel anlamlılık göstermemektedir. Oysa, menopoz yılları ile ilişkisi incelendiğinde, postmenopozal 1-5 yıl arasındaki olguların çok ileri derecede anlamlı şekilde jinekologa başvurdukları belirlenmiştir (Tablo 19). Yine buna paralel olarak düzenli jinekologa gidenlerin HRT alan olgular olmasının, istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 22). HRT'nin sayılmayan bir yararı da kadına getirdiği düzenli kontrol gereksinimidir. Bu yararı belli yaşlarda artan sağlık sorunlarının taranmasını ve erken dönemde yakalanmasını sağlamasıdır.

Klimakteryum dönemini yaşayan kadınlar için, kontrole gitme rutinleri olsa da bazı durumlarda beklemeden hekime başvurmalıdır. Bunlar, uzun süreli amenoreden sonra vaginal kanama, pis kokulu vaginal akıntı, memelerde kitle veya ağrı gibi durumlardır. Kadın bu beklemeden, derhal hekime başvurulacak durumları bilmeli ve buna göre davranmalıdır(30).

Tablo 17'de gösterildiği gibi kadınlarımızın % 34.9'u hangi durumlarda hekime başvurulacağını bilmektedir. Bu durumları bilme ile, menopoza yaşı (Tablo 18), toplam yakınma (Tablo 20) ve endişe (Tablo 21) doyma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat, menopoz yılları ile ilişkisi incelendiğinde, postmenopozal 1-5 yıldaki olgularda bu bilginin istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 19). Buna paralel olarak HRT kullanan olgularda, "hekime başvurulacak durum-



ları bilme"de istatistiksel açıdan ileri derecede bulunmuştur (Tablo 22). Bu sonuç, ilgisi ve bilinci olan kadınların tıbbi yardım aldığı, tıbbi yardım alanların da daha fazla danışmanlık ve eğitim aldığını göstermektedir.

Yaşam boyu düzenli ve dengeli beslenmenin sağlığı sürdürme ve yükseltmede yeri ve önemi tartışmasıdır. İlerleyen yaş ile beslenme ilkelere de değişmektedir. Geçirilen, anatomo-fizyolojik ve endokrinolojik değişiklikler, menopozal kadının daha özel ve dikkatli beslenmesini gerekli kılmaktadır. Protein alımının kısıtlanması, kırmızı et tüketiminin düşürülmesi, fazla yağ, tuz, şeker ve kolesterolden kaçınılması, kalori alımının azaltılması, buna karşın kalsiyum, diğer vitamin ve minerallerin alımının arttırılması gereklidir. Ayrıca alkol, sigara, kahve ve kolalı içeceklerin tüketimi bırakılmalı ya da en azından azaltılmalıdır(2,5,18,19,25,27,28,33,44,47,54,62,63).

Olgularımızın bu tür beslenme ilkelerini bilme ve buna göre davranma durumları incelendiğinde, sadece % 23.1'inin bunları bildiği ve bu doğrultuda beslendiğini bildirmiştir (Tablo 17).

Menopoz yaşı ile ilişkisiz bulunan ( $t:-0.31$ ;  $p>0.05$ ) bu sağlık davranışı, postmenopozal 1-5. yılını yaşayan kadınlarda, diğer yıllara göre, ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 19) ( $\chi^2: 13.177$ ;  $p<0.01$ ). Bu grup, daha genç ve menopozal sorunları yoğun olarak yaşayan kadınlar olduğu için daha fazla danışmanlık ve bakım aldığı düşünülmektedir.

Kadınların toplam yakınma ve endişe durumları ile karşılaştırıldığında, 7 ve daha fazla yakınması ve endişesi olan kadınların, ileri derecede anlamlı olarak beslenme ilkelerini bilmediği ve uygulamadığı belirlenmiştir (Tablo 20). Menopozal kadına bu konuda bilgi ve davranış kazandırılarak yakınma ve endişelerin azaltılabileceği söylenebilir.

HRT kullanan kadınlarda beslenme ilkelerini bilme arasındaki ilişki, ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Tablo 22) ( $\chi^2: 8.101$ ;  $p<0.01$ ). Tıbbi yardım arayan kadınların bu konuda da ilgi ve motivasyonları yüksek

olacağı beklenen bir sonuçtur. En azından HRT alan kadınların tümünün bu konuda bilgilenmelerini sağlamak amaç edinilmelidir.

Fizik aktivite veya egzersiz olumlu sağlık davranışlarındandır. Beden yapısının şekillenmesi ve kemik kütlesinin oluşmasında önemli bir faktör olması yanında, kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozla başatma, psiko-sosyal sağlığı koruma ve yükseltme gibi sayısız yararları vardır(2,12,25,27,29,45,59,84,86,88,93,108,116,122...).

Düzenli egzersiz yapma, sağlık davranışının kadınlarımızca uygulanması araştırıldığında sadece % 14.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 17). Olgularımızın menopoz yaşı, menopoz yılı ve HRT kullanımı ile egzersiz yapmaları arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmamıştır. Bu (Tablo 19, 20, 22) olumlu sağlık davranışının yaşam boyu sürdürülmesi anlamlıdır. İleriki yaşlarda alışkanlık kazanılması daha güçtür.

Kadınların yaşadıkları toplam yakınma ve endişe düzeyleri düzenli egzersiz yapanlarda, anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Toplam 7 ve daha fazla yakınma ve endişesi olan kadınların anlamlı olarak egzersiz yapmayanlar olduğu belirlenmiştir. İleri yaşlardaki kadınlar ile yapılan çalışmalarda fizyolojik sağlıkta artma, psiko-sosyal iyilik ve iş performansında artış gösterilmiştir. Krolner ve arkadaşları 8 aylık periyotta haftada 2 gün 1 saat egzersiz yapan kadınlarda, lomber kemik mineral içeriğinin % 3.5 arttığını gözlemişlerdir. Yine düzenli egzersiz, hem depresyon hem de düşük enerji düzeyi için antidottur. Egzersizin menopozal yakınmalarının pek çoğunun azaltılması ve önlenmesindeki yararları kadınlara anlatılmalı ve motivasyonlar sağlanmalıdır(2,27,45,54,84,88,109,122).

#### 6.4. OLGULARIN KLİMakterİK PARAMETRELERİNİN DAĞILIMLARI VE İLİŞKİLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda klimakterik dönemlere göre, halen menstruasyon gören olgular *premenopozal*, son adetinden beri, bir yıldan az süre geçmiş olan olgular *perimenopozal* bir yıldan daha uzun süre geçen olgular *postme-*

*nopozal* olarak değerlendirilmiştir. Bu, WHO'nun kabul ettiği ve pek çok literatürde yer alan bir sınıflamadır. Bu sınıflamaya göre olgularımızın % 23.4'ü premenopozal % 14.6'sı perimenopozal, % 62.0'ı postmenopozal dönemde olduğu belirlenmiştir (Tablo 23)(45).

Kadınların orta yaşlarda yaşadığı sorunları belirleyen bir faktör de yaşadıkları klimakterik dönemdir. Olgularımızın klimakterik dönemlere göre toplam yakınma, endişe ve öneri alma durumlarının ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 24). Nolan, çalışmasında perimenopozal kadınların, premenopozal ya da postmenopozal kadından daha az yaşamlarından memnun olduklarını bildirmektedir. Çalışmamızda, en fazla yakınma (% 62.3) ve endişe (%29.1) bildirenlerin postmenopozal kadınlar olduğu saptanmıştır. Bu sonuç kadınlarımızda, menopozun uzun dönemli sorun ve patolojilerin daha ağırlıklı olduğunu göstermektedir(100).

Menopoz yılı kadınların son mensesten bu yana geçen yılları olarak tanımlanabilir. Olguların menopoz yıllarına göre dağılımları araştırıldığında % 23.4'ünün 1 yıldan az % 45.8'inin 1-5 yıl, % 15.3'ünün 6-10 yıl % 9.0'unun 11-15 yıl, % 6.5'inin 16 yıl ve daha uzun süredir menopozda olduğu belirlenmiştir (Tablo 25).

Önemli yaşam deneyimlerinden olan menopozun her kültürde farklı imajları olduğu gibi her kadın tarafından da farklı tanımlanabilir. Kadınlarımızın % 59.8'i menopozu adetten kesilme, rahatlama,gelişme, doğallık-normallik olarak olumlu tanımlarken, % 24.9'u çocuk doğuramama, yaşlanma, hastalık, sıkıntı-stres-bunalım, eksiklik-yetersizlik üretkenliğin bitmesi şeklinde olumsuz tanımlamışlardır (Tablo 26). Avis ve ve McKinlay'ın çalışmalarında da deprese ya da sinirli olma, kaybettiklerine üzülmeye, gerçek kadın olamama, özür lülük (eksiklik) duygusu gibi olumsuz tanımlamalara rastlanmaktadır. Oskay'ın çalışmasında, kadınların % 67.7'si menopozu "adetten kesilme" olarak tanımlamışlardır(10,104,118).

Kadınların menopoza karşı tavırlarını yansıtan tanımlamaları ile menopoz yıllarının ilişkisi incelendiğinde menopoz yılları fazla olanların istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı şekilde daha olumsuz tanımladıkları görülmektedir ( $\chi^2$ : 10.545;  $p < 0.05$ ) (Tablo 27). Toplum içinde kadına, yaşlıya ve üretkenliğe atfedilen değerler, kadının menopoza tanımlamasını ve menopozu algılamasını etkilemektedir. Gould, batı toplumlarında menopozun olumsuz bir olay olarak görüldüğünü belirtirken, doğu kültürlerinde, yaşın kadına prestij kazandırdığını öne sürmektedir. Pekçok yanlış ve çağrışımlara neden olan menopozun kadınlarımızca nasıl algılandığını incelediğimizde, % 33.3'ünün kayıp, % 49.5'inin değişiklik, % 15.6'sının büyüme ve olgunlaşma olarak algıladığını belirlenmiştir (Tablo 28). Ayrıca, olguların % 19.0'u menopozun evdeki konumunu değiştirdiği düşünülmektedir. Fogel ve Woods klimakterik kadınların 2/3'ünün menopoz hakkında pozitif veya nötr, 1/3'ünün negatif olduğunu belirtmektedir. Verilerimize oldukça benzerlik gösteren bu sonuç, kadınlarımızın menopoza yaklaşımının batılı kadınlardan farklı olmadığını düşündürmektedir (10, 42, 45, 48, 52, 54, 72, 86).

Menopozu algılama biçiminin menopozu tanımlamayı etkilemesi olasıdır. Kadınlarımızın menopozu tanımlama ile menopozu algılama ilişkisi araştırıldığında, olumlu tanımlamanın değişiklik (% 78.0) ve büyüme-olgunlaşma (% 78.3) olarak algılayanlarda, ileri derecede anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 29) ( $\chi^2$ : 15.961;  $p < 0.001$ ). Menopozun olumsuz algısını pekiştirecek aile içi rollerde değişme ve statü kaybına yol açan, evdeki konumun değişme durumu incelenmiştir. Evdeki konumun değiştiğini ifade eden olguların % 43.6'sının menopozu olumsuz tanımladığı ve sonucun ileri derecede istatistiksel anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ( $\chi^2$ : 6.718;  $p < 0.01$ ). Deutsch'un *partial (kısmi) ölüm* olarak tanımladığı üreme kaybı, kadının uyum ve benlik kavramını etkileyebilmektedir. Bu durum, olgularımızın da bu doğal yaşam sürecinin olumsuz (negatif) olarak tanımlanmasının nedeni olarak belirtilebilir (10,111,116).

Kadınların menopozu algılama durumlarının klimakterik süreçte toplam yakınma, endişe ve öneri alma durumlarını etkileyebileceği düşünül-

mektedir. Menopozu algılama biçimi ile toplam öneri sayısının ilişkisi önemsiz bulunmuştur ( $\chi^2$ : 8.316;  $p > 0.05$ ). Fakat, menopozu kayıp olarak algılayan kadınların, yakınma ve endişelerinin, anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 30). Bu, menopoz hakkında kötümser yargıları olanların, duygusal ve fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilendiğini savunan çalışmalara paralel bir sonuçtur(68,72).

Ley ve Spelman, daha 1967'lerde menopoz konusunda kadınların bilgi eksikliğinden söz etmişlerdir. Wilson ve Barnet, kadınların bilgilenmelerinin çok gerekli ve yararlı olduğunu öne sürmektedir. Kadınlarımızın % 18.1'inin hekimden, % 12.1'inin medyadan, % 9.7'sinin hemşire veya ebeden, % 0.6'sının komşu veya arkadaştan, % 1.2'sinin ise birden fazla kaynaktan bilgi aldığı, % 58.3'ünün hiç bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 31). Oskay'ın çalışmasında kadınların % 8.2'si hekimden bilgi alırken, hiç biri hemşire veya ebeden bilgi almamışlardır. Martin ve Burnhaim, menopoz konusunda ilgiye rağmen genel bir bilgisizlik olduğunu belirtmektedir. Maslingin çalışmasında, kadınların % 35'inin hekim, % 10'unun hemşire ile menopozla ilgili tartıştığı belirtilmektedir. Çalışma bulgularımıza çok yakın bulunan hemşireden bilgi alma oranı, bu konuda hemşirenin bilgi kaynağı olması beklendiğinden, yetersiz görülmektedir. Menopozal kadınların bilgilenmesinde, radyo, televizyon, gazete, dergi, kitapçık, tartışma grupları gibi informal bilgi kaynakları da önemli yer tutar. Masling'in çalışmasında kadınların % 71'inin informal kaynaklardan bilgi edindikleri belirlenmiştir. Menopozal kadınların sağlık danışmanlığı için hemşirelerin önemli yerinin yanında, informal bilgi kaynaklarımızı da geliştirmemiz gereklidir(52,90,104,106).

Kadınların hazırlıklı ve bilgili olduklarında, menopozal yakınma ve endişelerin azalacağı beklenmektedir. Çalışmamızda, olguların menopozla ilgili bilgilendirilmelerinin toplam yakınma ve endişe durumlarıyla ilişkisi anlamsız bulunmuştur (Tablo 32). Fakat yine de bilgi almayan kadınların % 63.1'inin, 7 ve daha fazla yakınması, % 68.9'unun 7 ve daha fazla endişesi olduğu görülmektedir. Kadının önceden aldığı ve menopoz sonrası sürdürülen eğitim ve danışmanlık ile yakınmalarını ve endişelerini azalt-

mak mümkün olabilir(90).

Menopozal dönemlerde ortaya çıkan semptomların ve uzun süreli olası patolojilerin önlenmesi amacıyla "Hormon Replasmanı Tedavisi HRT" giderek yaygınlaşmaktadır. HRT alan olgularımızın % 16.8'inin 0-12 ay % 7.8'inin 13-24 ay, % 4.4'ünün 25-36 ay, % 2.1'inin 37-48 aydır tedavi gördükleri belirlenmiştir (Tablo 33)(1,41,43,54,55,56,58).

Kadınların HRT kullanma durumları ile olguların yaşlarının ilişkisi Tablo 33'te gösterildiği gibi, HRT kullanan kadınların, yaş ortalamalarının, kullanmayanlardan, istatistiksel yönden anlamlı olarak daha genç olduğu saptanmıştır (t:2.81; p<0.01). Fishbein, daha genç kadınların menozun medikal yönüne daha fazla ilgi gösterdiklerini bildirmektedir. Çalışmamızda genç olguların eğitim, sosyo-ekonomik durum ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının daha avantajlı olmalarının HRT kullanımını artırdığı düşünülmektedir(44).

Tablo 35'te sunulduğu gibi, kadınların HRT kullanmama nedenleri araştırıldığında, % 57'si bu tedaviyi hiç duymadıklarını belirtmişlerdir. Mesling'in çalışmasında kadınların % 23'ü HRT'den habersiz bulunmuştur. Bu sonuç, 20-30 yıllık geçmişi olan HRT'nin ülkemizde yeterince tanınmadığını göstermektedir. Olgularımızın % 25.6'sının doktora gitmediğini söylemesi, menozun doğal ve fizyolojik bir olay olarak algılandığını ve henüz medikal tedaviden habersizliği göstermektedir. Kadınların ön yargısını belirten "kanseri yaptığı" düşüncesi, % 5.7'sinde, HRT kullanmama nedenidir. Linköping'in çalışmasında, kadınların yarısı zararsız olduğu garanti edilirse HRT kullanabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmalarda sözü edilen doktorların ön yargısını belirten "doktorun önermemesi" olguların % 9.0'ında HRT kullanmama nedenidir. Bu nedenle bu tedavinin iyi anlatılması ve anlaşılmasına gereksinim vardır. Olguların % 2.7'si "HRT kullanmada engel durumlar" nedeniyle kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Otoriteler, HRT için kontrendikasyon sınırlarını giderek daha da daraltarak, bu tedaviden daha fazla kadının faydalanmasını sağlamaya çalışmaktadırlar(43,83,85,90,108).

HRT kullanma, olumlu sağlık davranışları yoluyla menopoza yaklaşımları da olumlu kılacaktır. Çalışma grubumuzda Tablo 34'te sunulduğu gibi HRT kullanmanın menopozu olumlu ya da olumsuz tanılamada istatistiksel yönden önemli bir fark yaratmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2$ : 3.092,  $p > 0.05$ ). Bu sonuç HRT'nin sadece "medikal yaklaşım"la sunulduğunu ve menopoza adaptasyonu sağlamakta yetersiz kalındığını düşündürmektedir.

HRT kullanımına premenopozal dönemde başlamanın en etkili yol olduğuna işaret eden literatürler çoğunluktadır. Menopoz yıllarına göre incelendiğinde (Tablo 34), en fazla HRT kullananların postmenopozal 1-5 yıllarını yaşayan olgular olması, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2$ : 40.783;  $p < 0.001$ ). En fazla problemin yaşandığı, menopoz sonrası 1-5. yıllarda kadınların çare arayışlarının ve sağlık hizmetlerine başvurunun fazla olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Kadınların menopoz tedavisi ile ilgili bilgilenmesi ve HRT'nin yaygınlaşması ile HRT giderek premenopozal dönemlere inebilecektir(43,51,54,58,61,62,69,88,89,93).

#### 6.5. OLGULARIN MENOPOZAL YAKINMA, ENDİŞELENME VE ÖNERİ ALMA DAĞILIMLARI İLE KLİMAKTERİK PARAMETRELERLE İLİŞKİLERİNİN TARTIŞILMASI.

Kültürel, toplumsal ve bireysel farklılıklar gösteren menopozal semptomların prevalansları ile ilgili çalışmalar, 1980'lerde epidemiyolog, sosyolog ve psikologlar tarafından uygulanmaya başlamıştır. Ülkemizde bu konuda yapılmış detaylı çalışmalar çok sınırlıdır(6,100).

Bu bölümde, kadınlarımızın deneyimlediği menopozal yakınmaların sıklığı, bu yakınmaların neden olduğu endişe ile bu yakınmalara yönelik öneri alma durumu incelenmiş ve benzer çalışma bulgularıyla tartışılmıştır.

Çalışmada kadınların yaşadığı menopozal yakınmaların belirlenmesinde, *geçerlik ve güvenilirliği* çalışma grubumuzda test edilen *Menopozal Yakınma Tarama Listesi* kullanılmıştır.

Vazomotor değişikliklerden olan sıcak basması, klimakterik semptomların en yaygın olanıdır. Yüz kızarması (flushes) sıcak basması (hot flash) ve gece terlemesi belirtilerinin üçü birden *sıcak basması* olarak değerlendirilmektedir(6,8,9,23,28,29,37,42,43,46,57,69,86,115).

Cross-sectional çalışmalarda kadınların % 70'i sıcak basması bildirmişlerdir. Literatürlere paralel olarak grubumuzda sıcak basması bildirme % 72.9'dur (Tablo 36). Menopozun kültürel anlamı, sıcak basması algısını ve deneyimini etkiler. Lock ve arkadaşlarının, Japonya'da yaptıkları çalışmalarında sıcak basması (% 18.5) daha düşük bulmuşlardır(8,53,65,72).

Kadınlarımızın % 72.9'unun deneyimlediği sıcak basması ile ilgili olarak % 52.3'ünün endişe duyduğu belirlenirken, sadece % 22.7'sinin bu konuda bir öneri aldığı belirlenmiştir. Başka bir deyişle kadınlarımızın 3/4'ünün yakındığı sıcak basması 2/4'ünü endişelendirmekteyken, 1/4'i herhangi bir öneri alabilmiştir. Etyoloji kesin bilinemeyen, fakat çeşitli teoriler geliştirilen sıcak basması, HRT ve çeşitli kendi-kendine yardım girişimleri ve kadının menopoza adaptasyonunun yükseltilmesiyle hafifleyecek veya tamamen ortadan kalkabilecek bir yakınmadır(43,61,62,69,88,89,93).

Menopozal değişiklikler sonucu gelişen uykusuzluk ve yorgunluk yakınması literatürlerde farklı prevalans göstermektedir. Holte'nin Norveçli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada yorgunluk % 70, uykusuzluk % 58, Lock'un Japon kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmada uykusuzluk %11.77, Kanada ve USA çalışmalarında % 30.4 - % 30.6 olarak bulgulanmıştır. Uykusuzluk ve yorgunluğun birarada değerlendirildiği çalışmamıza, olgularımızın % 71.3'ü yakınma bildirmişlerdir. Norveçli kadınların sonuçlarına oldukça benzer bir sonuçtur(8,65,72).

Kadınlarımızın % 71.3'ünün sorun olan uykusuzluk-yorgunluk yakınması % 45.5'ini endişelendirirken, sadece % 18.4'ü bu konuda öneri almıştır (Tablo 36). Sonuçların gösterdiği gibi oldukça yoğun yaşanan



sorunla ilgili kadınların yarısından fazlası endişe duymakta fakat pek azı bu konuda öneri ve çare aramaktadır. Diğerleri ise ya kaderci bir şekilde sineye çekmekte ya da hizmet sunanlarca ihmal edilmektedir.

Menopozal semptom listelerinin tümünde yer alan başağrısı yakınmasını Holte % 58, Lock ve arkadaşları % 27.5, Kaufert % 33.8, McKinlay ise % 37.2 olarak bulgulamıştır. Olgularımızda başağrısı ve başdönmesi yakınması birlikte değerlendirilmiş, % 68.8 olarak belirlenmiştir(8,65).

Uykusuzluk ve serebral ateroskleroz sonucu gelişebilen başağrısı ile ilgili olarak, olguların % 48.3'ünün endişe yaşadığı % 22.4'ünün öneri aldığı belirlenmiştir. Başağrısı, baş dönmesi sıklığına göre, endişelenmenin ve çare aramanın daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuç, başağrısı ve başdönmesi gibi somatik semptomların daha fazla ciddiye alındığını ve çözüm arandığını düşündürmektedir(45,118).

Menopozal yakınmalar arasında sayılan sinirlilik ve gerginlik, medyada sıkça işlenen konulardır. Hormonal dalgalanmalar, sıcak basmaları sonucu homeostazisi bozulan kadın, uykusuzluk ve yorgunluk ile sinirli ve gergin olabilmektedir. Buna menopoza atfedilen olumsuz imajlarda eklenince bu yakınmalar, kadının yaşamını ilişkilerini ve verimliliğini etkileyebilir. Kadınlardaki sinirlilik, gerginlik yakınmasını Holte % 65, Lock % 11.5, Kaufert % 17, McKinlay % 29.9 olarak bildirmektedir. Çalışmamızda Tablo 36'da görüldüğü gibi kadınlarımızın % 74.5'inin sinirlilik, gerginlik yakınması olduğu belirlenmiştir. Diğer çalışma bulgularına göre daha yüksek bulunan bu oran, sıcak basması, uykusuzluk ve başağrısı yakınmalarının fazla oluşuyla paraleldir. Annelik rolünü öncelikli sayan ve çoğunlukla ev dışında çalışmayan kadınlarımızın, bu dönemde yaşabileceği rol ve kimlik değişimleriyle yaşadığı kayıp duygusunun da bu sonucu etkilediği düşünülmektedir(8,45,66).

Sinirlilik ve gerginlik yakınması nedeniyle kadınlarımızın % 50.8'i endişelenmesine rağmen, sadece % 19.3'ü bu yakınmasına ilişkin öneri almıştır. Kadınlarımızın menopoza adaptasyonu, ilave kompensasyon

mekanizmaları ile yeni yaşamına anlam katması konusunda rehberlik ve danışmanlığa gereksinimi olduğu görülmektedir.

Östrojen düzeyinin azalması, menopozal kadında, depresyonda etkisi bilinen plazmadaki serbest triptofan seviyesini azaltarak, depresyonu predispoze edebilir. Bunun yanısıra, kadının orta yaş döneminde yaşadığı ebeveynlerin bakımı veya ölümü, eşin kaybı, çocukların evden ayrılmaları gibi değişiklikler, yaşlanma, ölüm korkusu, psikolojik dengeyi bozarak "mood"u etkileyebilir. kadının benlik saygısını azaltabilir(8,35,43,44).

Kadınlarımızın % 49.8'i içe kapanma ve ağlama yakınması bildirirken Norveçli kadınlarda bu oran biraz daha yüksektir (% 53). Amerikalı kadınların % 30.6'sı, Kanadalıların % 30.4'ü, Japonların % 10.3'ünün depresif duygular yaşadığı belirlenmiştir. McKinlay ve arkadaşlarına göre, depresyonla menopozun ilişkisinde mutlaka kültürel anlamı değerlendirilmelidir. Olgularımızın 1/3'ünün menopozu kayıp olarak algıladığı ve olumsuz değerlendirdiği, hatırlanırsa, bu yakınmanın yüksekliği beklenen bir sonuçtur(8,65,68,94).

Kadınların % 31.5'inin içe kapanma ve ağlama yakınması ile ilgili endişe yaşadığını oysa sadece % 13.7'sinin buna yönelik öneri aldığı belirlenmiştir (Tablo 36). Menopozal kadın, holistik bir yaklaşımla bu duyguları ile başetmesi konusunda desteklenmelidir.

Menopozal yakınmalarla örtüşen orta yaş sağlık sorunlarından olan eklem ve kas ağrıları, klimakterik kadının yaşamını etkileyen yakınmalardır. Çalışmamızda % 75.7 ile en yaygın yakınma olan eklem ve kas ağrılarını Holte % 55, Lock % 14.5, Kaufert % 31.4, McKinlay % 38.6 olarak saptamışlardır. Çalışmamızdaki yüksek oran, kadınlarımızın, düzenli egzersiz yapmama ve grubumuzun üst yaş sınırının, diğerlerinden daha yüksek oluşuna bağlanabilir(8,65,68).

Olgularımızın % 53.9'u eklem ve kas ağrıları ile ilgili endişe duyarken, % 26.5'i buna yönelik öneri almıştır (Tablo 36). Kadınlarımızda en yaygın olan bu yakınma, en fazla çözüm aradığı ve öneri aldığı yakınmasıdır. Kadınların yaşam kalitesine ve hareket yeteneğini engelleyen bu sorunun daha ciddiye alındığını göstermektedir.

Klimakteryumda ortaya çıkan hormonal değişiklikler, bazı metabolik değişikliklere de ortam hazırlamaktadır. Buna bağlı olarak iştahta artma veya azalma, kilo artışı eğilimleri ortaya çıkabilir. Shangold, obesiteden orta yaş hormonal değişikliklerin sorumlu olduğunu kabul etmektedir. Kadınlarımızın % 44.2'sinin yakındığı iştah değişikliği ve kilo artışından, Norveç'li kadınların % 47'si yakınmaktadır. Çeşitli çalışmalarda % 17-49 oranında rastlanan kilo alma yakınması, yaygın menopozal yakınmalar arasında yer almaktadır(8,44).

Kadınlarımızın % 25.2'sinin iştah değişikliği ve kilo alma yakınması ile ilgili endişelendirmesine karşın, % 13.4'ü öneri almışlardır. Kadınların fizyolojik sağlığı yanında beden imajını da etkileyen bu yakınmaya ilişkin kadınların daha fazla yardıma gereksinimleri vardır.

Klimakteryumda ortaya çıkan gastrointestinal değişikliklerden olan konstipasyon veya diare, çalışmamızda % 35.2, Japonlarda % 24.5, Kanadalı'larda % 12.8, Amerika'lılarda % 21.4 olarak belirlenmiştir. toplumların beslenme şekilleri ile de yakından ilgili olan bu yakınmanın, pirinç ağırlıklı beslenen Japonlardan daha yaygın olması ilginç bir bulgudur(8,66).

Kadınlarımızın % 21.5'ini endişelendiren konstipasyon ve diare yakınması ile ilgili, % 9.7'si öneri almışlardır (Tablo 36). Ağır metabolik ve malabsorbsiyonel nedenleri olmadıkça, basit beslenme ve tuvalet alışkanlığı önerileriyle çözülebilecek bir sorun olmasına ve yüksek endişe düzeyine yol açmasına rağmen, yetersiz danışmanlık nedeniyle bu denli yaygın olduğu düşünülmektedir.

Klimakteryumda östrojen düzeyinin azalması ile LDL artarken, HDL'nin yavaş yavaş azalması ile hafif çarpıntı, tansiyonda yükselme ortaya çıkabilir. Bu değişim sonucu gelişen, çarpıntı, kadınlarımızın %53.6'sında, Norveçli kadınların %29'unda bulunmaktadır. Bu yakınma çeşitli çalışmalarda %27-%85 arasında bildirilmektedir(8,45,57,65,68,118).

Kardiyovasküler değişiklikler, gerginlik ve sıcak basmasının zemin hazırladığı bu yakınma nedeniyle kadınlarımızın %37.1'i endişe duymakta iken, %17.4'ü bu konuda öneri almışlardır (Tablo 36). Yoğun endişeye neden olan bu yakınma, kadının yaşadığı diğer yakınma ve sağlık sorunları ile de ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Östrojen çekilmesinin daha uzun vadeli sonuçlarından olan derinin kurumması ve pullanması, kadınlar için organik değil, estetik kaygılar yaratır. Kadınların % 20.9'unun yakındığı bu durum, % 9.7'sini endişelendirmektedir (Tablo 36). Diğerlerinin kaderci olarak değerlendirdiği bu durum ile ilgili kaygı yaşayanların % 7.2'si öneri almışlardır. Olguların 1/5'i yakındığı halde, sadece 1/10'u estetik kaygı yaşamaktadır. Kaygı yaşayanların 3/4'ünün öneri almış olması, estetik duygusunun yaptırımını göstermesi açısından ilginç bir bulgudur(45,118).

Klimakterik kadında, adenokortikal aktivite artışı ile yüzde kalın tüyler çıkması yanında pubik tüylerde de azalma ortaya çıkabilir. Yaşlılığa işaret eden bu bulguya kadınlarımızın % 25.5'inde rastlanmaktadır. daha geç yaş sorunu olan bu bulgu, kadınlarımızın % 12.1'ini endişelendirmektedir. Bu konuda öneri alma ise % 5.6'dır. Kadının beden imajını etkileyerek, kaygılar yaratan ve bu yakınma ile ilgili tartışma ve danışmanlığa gereksinimi vardır(45,57,118).

Hipoöstrojenizm sonucu, vaginada atrofi, incelleme ve hücrelerde glikoz azalması ile asiditede bozulma olur. Vaginal kuruluk, kaşıntı ve iritasyon ile dispareni gelişebilir. İngiltere'de yapılan Cross-Sectional çalışmalarda seksüel problemler, ilgi azalması, vaginal kuruluk ve stres ile ilgili bulunmuştur. Sarrel ve Whitehead, kadınlarda vaginal kuruluk oranını

% 31, İngiliz çalışmaları % 40 olarak bildirmektedir. Fakat, seksüel aktivitelere devam eden kadınlarda daha az vaginal atrofi görüldüğü savunulmaktadır. Libido kaybı ile de ortaya çıkabilen disparoni, kadının üst beyin merkezlerindeki "psiko-seksüel birikimleri" ve "seksüaliteye yaklaşımı" ile yakından ilgilidir. Kadınlarımızın % 42.4'ünün yakındığı disparani, % 19'unu enşidelendirmektedir (Tablo 36). Fishbein, seksüel disfonksiyonları kolayca çözümlenebilecek, önemsiz sorunlar olarak görmektedir. Fakat kadınlarımızın % 6.5'inin bu konuda öneri almış olmaları üzücüdür. Kadınlarımızın seksüalite ile ilgili tabuları ve sorunları, profesyonel yardım ve danışmanlık ile giderilebilir(10,11,29,38,43,45,57,72,83,118,133).

Yine literatürler, östrojen azalması yanı sıra anatomik ve davranış değişiklikler, geleneksel inançlar, emosyonel dengesizlikler ve depresyonun seksüel aktivite ve ilgide azalmaya neden olduğunu savunmaktadır. Neugarten ve Kraines (1965), ise kadınların % 65'inde seksüalitenin değişmediğini hatta daha uyumlu ve doyumlu olduğunu, sadece % 20'den azında seksüel aktivitede önemli azalma olduğunu bildirmişlerdir. Kadınlarımızın % 47.4'ü cinsel ilgi azlığından yakınmaktadır. Hallström, artan yaş ile kadınlar arasında seksüel ilginin azaldığını savunmaktadır. Bunun yanısıra gebelik olasılığı ve kontrasepsiyon gereksinimi olmadığında, cinsel aktivite ve libidoda artış gözlenebilir(8,11,45,54,57,66,68).

Cinsel ilgi azlığı, kadınlarımızın % 22.1'ini endişelendirirken, % 7.2'si bu konuda öneri almışlardır (Tablo 36). Seksüel konuların tabu olmayı sürdürdüğü toplumumuzda, kadınların, bu sorunları ile ilgili profesyonel yardım olmaları sınırlıdır. Aynı şekilde sağlık profesyonelleri de seksüel konularda, duyarsız, bilgisiz ve tutucu davranabilmektedir. Oysa Özsoy ve arkadaşlarının çalışmalarında, kadınların en fazla bilgi almak istedikleri konunun (% 17.2) "menopozda cinsel yaşam" olduğu belirlenmiştir. menopozal kadını "aseksüel" gösteren göreneklere rağmen, seksüalite, kişiliğin vazgeçilmez bir boyutudur. Sağlık profesyonelleri, bu konuda menopozal kadına danışman ve rehber olabilmelidir(45,106,118,133).

Klimakteryumda östrojen azalması, uretrada atrofi ve daralmaya

neden olmaktadır. Bu obstrüksiyon oluşumu, mesane fonksiyonlarını etkileyerek, rezidüel idrar miktarını artırır, sık ve ağrılı miksiyona neden olabilir. Kadınlarımızın % 35.2'sinin yakındığı sık ve ağrılı miksiyonu, Norveçli kadınların % 36'sının yaşadığı bildirilmektedir. Holte'nin bulgularıyla paralel olan bu yakınma kadınlarımızın % 19.6'sını endişelendirirken, sadece % 8.7'si öneri alabilmiştir (Tablo 36). Olağan klimakterik değişikliklere rağmen, kendi-kendine bakım girişimleri ile en azından enfeksiyon gelişmesi önlenabilir. Bu konudaki danışmanlık gereksinimi açık şekilde ortadadır(43,45,57,65).

Premenopozal dönemde başlayan hormonal dalgalanmalar sonucu, menstrasyon paterni bozulmaktadır. Hipomenore, oligomenore, hiperomenore, polimenore ve disfonksiyonel kanamalar görülebilir. Oğularımızın % 25.9'unun adet düzensizliğinden yakındığı belirlenmiştir. Kadınlar tarafından menopozun habercisi olarak değerlendirilen adet düzensizliği, kadınların pekçoğu tarafından bilinmesine rağmen, olguların % 14.3'ü endişelenirken, % 9.3'ü öneri aldığını belirtmiştir. Kadınların menopoza hazırlanması ile bu yakınmaları yaşayan kadınların endişeleri azaltılabilir(45,57,118).

Kadınlarımızın genelde yakınma dağılımları incelendiğinde en yaygın yakınmalar, % 75.7 ile eklem, kas ağrıları, % 74.5 ile sinirlilik-gerginlik, % 72.9 ile sıcak basması-terleme, % 71.3 ile uykusuzluk-yorgunluktur. Japonlarda (% 27.5) Kanadalılarda (% 33.8) ve Amerikalılarda (% 37.2) en yaygın menopozal yakınmanın baş ağrısı olduğu gösterilmiştir. Eklem, kas ağrıları, Japonlarda % 14.5, Kanadalılarda % 33.8, Amerikalılarda % 37.2; gerginlik, Japonlardaki % 11.5, Kanadalılarda % 17.1, Amerikalılarda % 29.9; sıcak basması, Japonlarda % 14.7, Kanadalılarda % 36.1, Amerikalılarda % 38; uykusuzluk Japonlarda % 11.7, Kanadalılarda % 30.4, Amerikalılarda % 30.6 oranında görülmektedir. Norveçli kadınlarda, eklem, kas ağrıları % 55, sinirlilik % 52, gerginlik % 58, sıcak basması % 65, uyku problemleri, % 58 yorgunluk % 70 oranında görülmektedir. Türk kadınlarının Japon, Kanadalı ve Amerikalı kadınlardan fazla, Norveçli kadınlara biraz daha yakın yoğunlukta yakınma deneyimledikleri

söylenebilir(8,65,66).

Yaşanan toplam yakınma sayıları incelendiğinde, kadınlarımızın % 3.7'sinin hiç yakınması olmadığı belirlenmiştir. Semptomsuz Japon kadınların % 26.7, Kanadalıların % 13.8, Amerikalıların % 15.4 olduğu gösterilmiştir. 1-3 Yakınma yaşayan kadınlarımızın % 10.0, 4.6 yakınma yaşayan % 25.5, 7 ve üzeri yakınma yaşayan kadınlarımızın % 60.8 olduğu saptanmıştır. Japonlarda 1-3 yakınma bildirme oranı % 63.4, Kanadalılarda % 60.0, Amerikalılarda % 50.3'tür. Bu oranlar kadınlarımızın 1-6 yakınma bildirme oranından bile daha yüksektir. Fakat kadınlarımızın 7 ve daha fazla yakınma bildirme oranı (% 60.8), Japon (% 9.7), Kanadalı (% 26.2) ve Amerikalı (% 34.1) kadınların 5 ve daha fazla yakınma bildirme oranlarından hayli yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 37)(65,68).

Kadınlarımızdaki menopozal yakınmaların genel dağılımları ve toplamları incelendiğinde, diğerlerinden daha yoğun yakınmalar yaşadığı belirlenmiştir. Bu sonucu etkileyen önemli bir faktör, "araştırmalar arası dizayn farklılığı"dır. Çalışmanın yapıldığı yaş grubu, örnek büyüklüğü ve yapıma yıllarının farklılığı önemli bir etkidir. McKinlay, Amerika (Massachusetts)'da 1981-1982'de 45-55 yaş grubu 8050 kadın üzerinde; Kaufert, Kanada (Mannitoba)'da aynı yıllarda 40-59 yaş grubu 1326 kadın üzerinde, Lock ve arkadaşları, Japonya'da 1983-1984 yıllarında 45-55 yaş grubu 1316 kadın üzerinde gerçekleştirmişlerdir. Çalışmamız ise 45-65 yaş grubu 321 kadın ile yürütülmüştür. Sonucu etkileyebileceği düşünülen önemli bir faktör de "veri toplama amacımız"ın farklılığıdır. Geliştirdiğimiz *Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL)* nde derecelmeye yer verilmiştir. Holte'nin çalışmasında "sık sık - bazen - hiç" gibi ya da Mac Lennan'ın kullandığı "1 hiç, 2 orta, 3 şiddetli" şeklinde bir sınıflandırmaya yer verilmeden, farklı yoğunlukta olsa da var olan tüm yakınmalar kayda alınmıştır. Ayrıca, etyolojisi birbirine yakın, birbirini etkileyen ve pilot çalışma sırasında, kadınlar tarafından birbirinden ayırdedilemeyen yakınmalar aynı maddede yer almışlardır. Tüm bu faktörler, kadınlarımızın yaşadığı yakınmaları yaşadığı menopozal yakınma düzeyli önemli ölçüde yüksek bulunmuştur(8,65,66,68,87).

Kadınlarımızın yaşadığı yoğun yakınmaların sonucunda, bu yakınmalardan kaynaklanan endişe de yükündür. 7 ve daha fazla endişe duyma % 28.1 ve 4-6 endişe duyma % 27.1, 1-4 endişe duyma % 24.9 oranındadır (Tablo 37). Kadının menopoza hazırlığı ve menopozal destek programı ile yakınmaları azaltılabilir veya önlenir, kadının menopoza adaptasyonu yükseltilebilir. Oysa bu konuda hekim, hemşire veya ebeden destek alan kadın sayısı oldukça azdır. Kadınların % 20.6'sı 4 ve daha fazla, % 32.4'ü 1-3 yakınması ile ilgili öneri aldığını bildirmişlerdir. Oysa kadınların % 47.0'ı ise menopozal yakınmaları ile ilgili ne bir öneri ne de bir danışmanlık almıştır. Bu sonuç, kadınlarımızın yaklaşık yarısının menopozal hazırlık, destek, bakım ve tedavi olanaklarından yoksun olduğunu göstermektedir. Bu olumsuz gerçek, hemşireler için hareket noktası olmalıdır.

Literatürlerde, menopozal yakınmaları etkileyebileceği bildirilen pek çok klimakterik parametreden söz edilmektedir. Bunlardan bazıları, menopozal yaşı menopoz yılı, klimakterik fazlar, menopoza yaklaşım ve HRT'dir.

Kadınlarımızın, menopoz yaşları ile menopozal yakınmalarının ilişkileri incelendiğinde anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır (Tablo 38). Holte'nin çalışmasında sıcak basması, uykusuzluk, eklem-kas ağrıları, çarpıntı, sinirlilik yakınmaları ile menopozal yaşın ilişkisi gösterilmektedir. Çalışmamızda ise tüm yakınmalarda menopozal yaş birbirine çok yakındır(8,65).

Tablo 39'da kadınlarımızın menopoz yılları ile menopozal yakınmaların ilişkisi incelenmiştir. Sıcak basması-terleme (% 47.0), başağrısı--başdönmesi (% 43.9) sinirlilik-gerginlik (% 44.8) içe kapanma-ağlama (% 40.6) eklem-kas ağrıları (% 46.1) iştah değişikliği - kilo artışı (% 48.6) konstipasyon/diare (% 42.5), çarpıntı (% 43.0), deride kuruma-pullanma (% 50.7) disparoni (% 50.0) en yoğun, postmenopozal 1-5. yıllarını yaşayan olgular tarafından yaşanmaktadır. Fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Holte'nin çalışmasında, bu yakınmaların, menopoz yılları ile ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belir-



lenmiştir. Sadece uykusuzluk-yorgunluk, cinsel ilgi azlığı yakınmalarının post-menopozal 1-5. yılda istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç Holte'nin çalışmasına paralel bulunmuştur. Sık ve ağrılı miksiyon ise Holte'nin verilerine ters olarak, postmenopozal 6-10. yıllardaki olgularda yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Östrojenin yavaş yavaş çekildiğinin habercisi olarak adet düzensizliği, premenopozal dönemde ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(8,65,66,68).

Kadınların klimakteryumda yaşadıkları yakınmaların sayısı ve düzeyinin kadınların menopoza tanımlamalarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Olgularımızın menopoza tanımlamaları ile menopozal yakınmaları arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmamıştır (Tablo 40). Holte ve Mikkelsen'in çalışmasında olumsuz yaklaşım ile sinirsel yakınmalar, duygulanım değişiklikleri, vazomotor yakınmalar, ürogenital yakınmalar arasında anlamlı istatistiksel fark gösterilmiştir. Kadınlarımızın menopoza genel yaklaşımlarından bağımsız olarak, objectif ve yoğun somatik yakınma yaşadıklarını söyleyebiliriz(68).

Östrojen çekilmesine karşı, belirgin kontrendikasyon taşımayan kadınların tedavi edilmesi yaklaşımı giderek yaygınlaşmaktadır. HRT ile hem kadınların yaşadığı menopozal semptomların hem de uzun dönemli kronik hastalıkların tedavisini sağlamaktadır(1,41,43,54,55,56,59,62,80,81,88).

Olgularımızın HRT kullanımının menopozal yakınmalara etkileri Tablo 41'de verilmiştir. HRT olan kadınlarda iştah değişikliği - kilo artışı, kabızlık-diare, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarının istatistik yönde, anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Sadece adet düzensizliği yakınması, HRT almayanlarda ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulunurken, HRT kullanımının diğer yakınmaları etkilemediği saptanmıştır. HRT'nin menopozal yakınmaları tedavi ettiğini kanıtlayan pek çok literatüre zıt gibi görünen bu sonuçları, HRT başlanma zamanını dikkate alınmadan yorumlamak hatalı olacaktır. HRT'nin etki gösterebilmesi

için belirli bir süre geçmelidir. Yeni başlayanlarda yüksek oranda yakınma bulunması, zaten fazla şikayeti olanların tedavi seçenekleri arayacağı gerçeğinden dolayı, beklenen bir sonuçtur(1,41,43,61,80,88,89,93,116,118,128,130).

Kadınların menopozal yaşantıları sırasında deneyimledikleri yakınmalar nedeniyle endişe duymaları doğal bir sonuçtur. HRT'e başlayan kadınlardaki endişe düzeyleri Tablo 42'de karşılaştırılmıştır. Anlamlı düzeyde yoğun endişe, sıcak basması-terleme, sinirlilik-gerginlik, dispareni cinsel ilgi azlığı sık ve ağrılı miksiyon yakınması ile ilgili olarak HRT alanlarda, iştah değişikliği-kilo artışı ile ilgili anlamlı düzeyde yoğun endişe HRT almayanlarda görülmüştür. Diğer yakınmalar ile ilgili endişelerin HRT alma durumlarının ilişkisi anlamsız düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlar, daha fazla yakınması olan ve endişe taşıyan kadınların tıbbi yardım aradığını göstermektedir.

Klimakterik kadınların sağaltımında, sadece tıbbi yaklaşımın yeterli olmadığı, danışmanlık, rehberlik ve bakım gereksinimlerinin giderilmesi gerektiği düşünülmektedir. HRT alan kadınlar, menopozal yakınmalara yönelik öneri alma durumları Tablo 43'te değerlendirilmiştir. Anlamlı düzeyde fazla öneri HRT alanlarda sıcak basması-terleme, uykusuzluk-yorgunluk iştah değişikliği-kilo artışı deride kuruma pullanma dispareni, cinsel ilgi azlığı ve sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarına yönelik olarak verilmiştir. Bu sevindirici bir bulgu olsa da, öneri alma oranlarının düşük olması ve diğer pek çok yakınmalara ilişkin öneri ve danışmanlık sunulmadığı açıktır.

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 7.1. SONUÇLAR

Çalışmamız, kadınların yaşadığı menopozal yakınma durumları ve bunu etkileyen faktörler ile menopozal kadınların gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmış olup, 321 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir.

*- Araştırma sonucunda;*

- Kadınların % 56'sının 45-50 yaşlar arasında ve yaş ortalamasının  $51.55 \pm 5.84$ , BMİ:  $27.04 \pm 4.19$ , % 76.3'ünün evli, %3.1'inin yalnız yaşadığı, % 38.0'ının ilkökul mezunu, % 80.7'sinin ev kadını, % 79.4'ünün 10 limyon ve daha az gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

- Olguların sosyal özelliklerinden medeni durum, eğitim ve çalışma durumlarının menopozu tanımlama, toplam yakınma, endişe ve öneri alma ve HRT alma durumu ile ilişkisi araştırıldığında, sadece HRT alma ve çalışma durumu ileri derecede ilişkili diğerleri ilişkisiz bulunmuştur.

- Alışkanlıkları incelendiğinde olgularımızın % 22.BMİ'sinin sigara, % 2.5'inin alkol, % 4.1'inin günde 3 fincan ve üzerinde kahve, % 8.7'sinin 1-3 bardak kola içtiği, % 6.9'unun çeşitli dernek veya kulüplere üye olduğu saptanmıştır.

- Kadınların sigara, alkol kullanma ve derneklere üye olma ile toplam yakınma, endişe ve öneri alma durumları ilişkisiz, sigara içenlerde ve dernek kulüplere üye olanlarda, HRT alma anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

- Kadınların kendine öngördüğü rollerin öncelik sırasına göre dağılımları incelendiğinde % 77.3'ünün anne, % 9.3'ünün kadın, % 7.2'sinin eşi, % 3.4'ünün iş kadını rolünü birinci sırada önemsedığı görülmüştür.

- Menarş yaşı  $13.86 \pm 3.46$ , menopoz yaşı  $46.78 \pm 4.20$ , kadınların annelerinin menopoz yaşı  $47.07 \pm 5.01$  olarak saptanmıştır. Kadının menopoz yaşı ile menarş yaşı ilişkisiz, annelerinin menopoz yaşı ile ilişkisi ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

- Geçmişte % 81.9'unun adet siklusu düzenli, % 29'unun PMS'u, % 37.4'ünün dismenore yakınması olduğu ve menopoz yaşı, toplam yakınma, endişe ve öneri alma durumlarının ilişkisinin anlamsız olduğu belirlenmiştir.

- Ortalama gebelik sayıları  $4.73 \pm 2.45$ , doğum sayısı  $3.5 \pm 2.0$  düşük/kürtaj sayısı  $1.84 \pm 1.65$ , obstetrik özellikler ve iki yıldan uzun emzirme ile menopoz yaşının ilişkisiz olduğu saptanmıştır.

- Klimakteryum döneminde özel önemi olan sağlık davranışları incelendiğinde kadınlarımızın, % 42.4'ünün en az bir kız, % 17.8'inin düzenli smear yaptırdığı, % 26.4'ünün düzenli jinekologa gittiği, % 34.9'unun hangi durumlarda hekime başvurulacağı, % 23.1'inin beslenme ilkelerini bildiği, % 14.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı ve bu sağlık davranışları menopoz yaşı ile ilişkisiz, en az bir kez ve düzenli smear yaptırma, meme muayenesi yaptırma, düzenli jinekologa gitme, beslenme ilkelerini bilme, sağlık davranışları, postmenopozal 1.5 yıllarda anlamlı olarak yüksek; 7 ve daha fazla yakınma ve endişe bildirme, besleme ilkelerini bilmeyen ve egzersiz yapmayanlarda anlamlı olarak yüksek; HRT kullananlarda, tüm sağlık davranışları ileri derecede anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

- Klimakterik dönemlere göre olgularımızın % 23.4'ünün premenopozal % 14.6'sının perimenopozal, % 62.0'ünün postmenopozal dönemde; menopoz yıllara göre ise % 23.4'ünün 1 yıldan az, % 45.8'inin 1-5 yıl, % 15.3'ünün 6-10 yıl, % 9.0'ünün 11-15 yıl % 6.5'inin 16 yıl ve daha fazla

olduğu; klimakterik dönemlere toplam yakınma endişe ve öneri alma durumlarının ilişkisiz olduğu saptanmıştır.

- Menopozu tanımlamakta kadınlar, adetten kesilme, rahatlama gelişme, doğallık-normallik gibi 3 olumlu ifade (% 59.8) çocuk doğurama, yaşlanma, hastalık, sıkıntı-stres-bunalım, eksiklik yetersizlik, üretkenliğin bitmesi gibi olumsuz ifade (% 24.9) kullanılırken, % 15.3'ü hiç tanımlamamıştır. Menopoz dönemini kadınların % 33.3'ü kayıp, % 49.5'i değişiklik, % 15.6'sı büyüme-olgunlaşma olarak algıırken, % 19.0'ı menopozun evdeki konumlarını değiştirdiğini belirtmiştir. Menopozu kayıp olarak algılayanlarda ve menopozun evdeki konumunu değiştirdiğini ifade edenlerde, menopozu olumsuz tanımlama anlamlı olarak yüksek, menopozu algılama ile toplam yakınma, endişe ve öneri alma durumlarının ilişkisi anlamsız bulunmuştur.

- Menopoz dönemi ile ilgili olarak kadınların % 18.1'i hekim, % 9.7'si hemşire ve ebe, % 12.1'i basın, TV ve radyo, % 0.6'sı komşu-arkadaş, % 1.2'si birden fazla kaynaktan bilgi aldığını, % 58.3'ü hiç bilgi almadığını belirtmiştir. Menopozla ilgili bilgi alma ile toplam yakınma, endişe durumunun ilişkisinin anlamsız olduğu belirlenmiştir.

- HRT kullanan olguların, % 54.0'ı 0-12 ay, % 25.0, 13-24, % 14.0'ı 25-36, % 7.0'ı 37-48 aydır kullandığı, HRT kullanımı ile menopozu tanımlamanın ilişkisiz, HRT kullananların, istatistiksel olarak anlamlı olarak daha genç ve postmenopozal 1-5. yılını yaşayan olgular olduğu, HRT kullanmayanların % 57.0'ının hiç duymadığı, % 25.6'sının hekime gitmediği % 5.7'sinin kanser yaptığını duyduğu, % 2.7'sinin kontrendikasyonu olduğunu % 9.0'ının hekiminin önermediği saptanmıştır.

- Kadınlarımızın menopozal yakınmaları incelendiğinde, % 75.7'si eklem-kas ağrısı, % 74.5'i sinirlilik-gerginlik, % 72.9'u sıcak basması-terleme, % 71.3'ü uykusuzluk-yorgunluk, % 68.84'ü başağrısı-başdönmesi, % 53.6'sı çarpıntı, % 49.8'i içe kapanma-ağlama, % 47.4'ü cinsel ilgi azlığı, % 44.2'si iştah değişikliği - kilo artışı % 42.4'ü dispareni, % 35.2'si

sık ve ağrılı miksiyon % 35.2'si kontsipasyon/diare, % 25.9'u adet düzensizliği, % 25.5'i yüzde tüyelerine, pubik kıllarda seyrelme, % 20.9'u deride kuruma, pullanma yakınması bildirmişlerdir. Bildirilen yakınma, endişe ve öneri alma toplandığında, % 3.7'si 0, % 10.0'ı 1-3, % 25.5'i 4-6, % 60.8'i 7 ve daha fazla yakınma; % 19.9'u 0, % 24.9'u 1-3, % 27.1'i 4-6, % 28.1'i 7 ve daha fazla endişe; % 47.0'ı 0, % 32.4'ü 1-3, % 10.3'ü 4-6, % 10.3'ü 7 ve daha fazla öneri aldıkları belirlenmiştir.

- Menopozal yakınmalar ile menopoz yaşı ve menopozu tanımlama durumları ilişkisiz; menopoz yıllarına göre, postmenopozal 1-5. yıllarda uykusuzluk-yorgunluk, cinsel ilgi azlığı, premenopozal yıllarda adet düzensizliği istatistiksel açıdan anlamlı, HRT alan kadınlarda, iştah değişikliği - kilo artışı, konstipasyon-diare, cinsel ilgi azlığı sık ve ağrılı miksiyon, HRT almayanlarda adet düzensizlii anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

- HRT alan kadınlarda, sinirlilik-gerginlik, iştah değişikli-kilo artışı, disarparoni, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağrılı miksiyon yakınması ile ilgili endişe düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Sıcak basması ile ilgili endişe düzeylerinin anlamlı olarak yüksek, sıcak basması, uykusuzluk-yorgunluk, iştah değişikliği-kilo artışı, deride kuruma-pullanma, disparani, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağrılı miksiyon ile ilgili öneri alma HRT alanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

## 7.2. ÖNERİLER

Araştırma bulgularımız değerlendirildiğinde, örneklemimizi oluşturan kadınların, menopozal yakınmalarının, bu yakınmalara bağlı endişelerinin hayli yüksek, bu yakınmalara yönelik öneri almalarının çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu veriler doğrultusunda, şu önerilerde bulunabiliriz:

- Kadınların özel ve önemli bir yaşam dönemi olan klimakteryum dönemine, cinsel olgunluk hatta ilk gençlik yıllarından itibaren hazırlanması

- Menopozun yaşamda bir kayıp değil, değişiklik ve büyüme olarak algılanması konusunda kadının desteklenmesi, üretken yıllarından farklı ama verimli, doyumlu ve sağlıklı bir yaşam sürdürebileceği konusunda eğitilmesi,
- Toplumsal kültür ve medyanın olumsuz etkilerinden kadının korunması
- Kadınların düzenli olarak jinekoloğa gitme, smear ve meme muayenesi yaptırma, K.K.M.M. yapma, düzenli ve dengeli beslenme, egzersiz yapma gibi sağlık davranışlarının yaşam boyu sürdürülmesi ve yoğun sigara, alkol kahve, kola tüketimi gibi olumsuz alışkanlıkların bırakılması ile ilgili menopozal kadınların eğitilmesi
- Menopozal kadına yaklaşımda sağlık personelinin ön yargılı tutucu ve aceleci değil, empatik, duyarlı ve sevecen davranması,
- Her alanda çalışan hemşirenin, menopozal kadının yaşadığı değişiklikler, temel gereksinimleri konusunda bilgili, menopozal kadına yaklaşımda becerili olması için mesleki eğitim ve hizmet içi eğitim programları ve lisansüstü programlarla desteklenmesi ve yenilenmesi.
- Kadınların yoğun yakınma yaşadığı menopozal dönemlerde, kadınlara hizmet sunan, kapsamlı ve multidisipliner sağlık kliniklerinin sayısının arttırılması ve yaygınlaştırılması
- Menopoz kliniklerine devam eden (ya da etmeyen) kadınların, menopoz, yaşanan değişiklikler ve başa çıkma yöntemleri ile ilgili olarak eğitilmesi.

- Kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgilendirilmesinde, informal bilgi kaynaklarının (TV, radyo, gazete, dergi vb) zenginleştirilmesi
- Menopozal kadının eğitim ve desteklenmesi için herkesin anlayabileceği "eğitim kitapçıkları"nın hazırlanarak dağıtılması.
- Menopoz kliniklerinde bireysel veya grup danışmanlığı, 24 saat açık telefon hattı, informal bilgi kaynakları bulunması.
- Menopoz hemşireler tarafından menopozal destek programları hazırlanarak sunulması
- Menopoz tartışma grupları oluşturulması
- HRT konusunda kadınların bilgilendirilerek, isteyenlerin menopoz kliniklerine gönderilmesi yararlı olacaktır.



## 8. ÖZET

Çalışmamız, kadınların klimakteryum dönemindeki yakınma ve gereksinimlerini belirleyip, bu dönem kadının bakımında önemli yeri olan hemşirenin rol ve sorumluluklarını tanımlayarak, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliğinin temel bilgi birikimine katkıda bulunmak amacıyla planlanmıştır.

Ağustos 93-95 tarihleri arasında betimleyici amaca yönelik kesitsel yöntemle gerçekleştirilen araştırmanın evrenini, İstanbul'da yaşayan 45-65 yaş arasındaki kadınlar oluşturmuştur. Bu evrenden 5/10.000 oranında "Tabaklı Örneklem Yöntemi" ile belirlenen örnek büyüklüğüne göre 221 kadın ile menopoz tedavisi gören doğal menopozlu 100 kadın örneklem alınmıştır. Menopoz tedavisi gören olgular, İstanbul Üniversitesi, İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (n:25+25= 50), SSK Bakırköy Doğumevi (n:25) ve S.B.Süleymaniye Doğumevi (n:25)'nin menopoz polikliniklerinden seçilmiştir. Verilerin toplanmasında, "Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu" ile araştırmacı tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği çalışma grubunda denenilen "Menopozal Yakınma Tarama Listesi" kullanılmıştır. 15 maddeden oluşan araç "Rotated Factor Matrix" çözümlemesinde, 5 faktör yapısına ayrılmıştır. 5 faktörlü çözümlemede, Faktör I ve III'e 5'er madde, Faktör II-IV'de 2'şer, Faktör V'de 1'er madde düşmüştür. Verilerin analizinde, Chi-Square ( $\chi^2$ ), Yates Düzelteli Chi-Square (Yates  $\chi^2$ ) ve "t" testleri ile korelasyon ve varyans analizi kullanılmıştır.

Kadınların en yaygın menopozal yakınmaları, eklem-kas ağrıları (% 75.7) sinirlilik-gerginlik (% 74.5) sıcak basması-terleme (% 72.9) uyku-

suzluk-yorgunluk (% 68.8), başağrısı-başdönmesi (% 68.8), çarpıntı (% 53.6), içe kapanma-ağlama (% 49.8) ve cinsel ilgi azlığı (% 47.4)'dir.

Menopozal yakınmalar, menopoz yaşı ve menopozu tanımlama ile ilişkisiz, uykusuzluk, cinsel ilaç azlığı, post-menopozal 1-5. yıllarda, adet düzensizliği premenopozal yıllarda, HRT alanlarda, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-diare, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağrılı miksiyon, almayanlarda adet düzensizliği, istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

En yoğun endişe, eklem-kas ağrıları (% 53.9), sıcak basması-terleme (% 52.3), sinirlilik-gerginlik (% 50.8), başağrısı baş dönmesi (%48.3) yakınmaları ile en fazla öneri, eklem-kas ağrıları (% 26.5), sıcak basması-terleme (% 22.7), başağrısı-başdönmesi (% 22.4), sinirlilik-gerginlik (% 19.3) yakınmaları ile ilgili bulunmuştur.

Sonuç olarak, kadınlarımızın klimakteryum döneminde yoğun yakınma ve endişe yaşadığı halde yeterince danışmanlık ve öneri almadığı saptanmıştır.

## 9. SUMMARY

Our study was planned to determine the complaints and needs of the women in climacterium period, to define the roles and responsibilities of nurses taking part in the care of women in this period, and to contribute to basic information in Obstetric and Gynecologic in Nursing.

The setting of this investigation, which was performed between August 1993 and August 1995, using cross-sectional method, was comprised of women, between the ages of 45 and 65, living in Istanbul. From this setting, 221 women were determined as a sample group by using "Layered Sampling Method" in a rate of 5/10.000 and 100 women with normal menopause who were having treatment for menopause were sampled, too. Those cases who were having treatment for menopause were selected from among patients in outpatient clinics for menopause in Istanbul and Cerrahpaşa Medical Faculty Research and Practice Hospital Istanbul University, (n:25+25= 50), Bakırköy Maternity Hospital (n:25), and Süleymaniye Maternity Hospital (n:25). In collecting data, "Menopausal Complaints Check List" which was developed by the investigator and the validity and reliability of which was examined in the study group, and "Interview Form As To Demographic and Climacteric Characteristics of Women" were used. This list, formed by 15 elements, was divided into 5-factor-structure in "Rotated Factor Matrix" analysis. In this 5-factor-analysis, there were 5 elements each in Factor I and III, 2 elements each in Factor II and IV, and 1 element in Factor V. In analysis of the data, chi square ( $\chi^2$ ), Yate's Corrected Chi Square (Yates  $\chi^2$ ) and "t" tests, and correlation and variance analyses were used.

The most common complaints of women concerning menopause were joint-muscle pain (75.7 %) irritability-anxiety (74.5 %) hot flush sweating (72.9 %), insomnia-tiredness (68.8 %), headache-dizziness (68.8 %) palpitation (53.6 %), introversion-crying (49.8 %) and lack sexual desire (47.4%).

Menopausal complaints were found to be unrelated to the age at menopause and to describing menopause. Insomnia and lack sexual desire were found to be statistically significant in postmenopausal 1-5 years; irregularity in menstruation in premenopausal years; change in appetite increase in weight, constipation-diarrhea, lack sexual desire, frequent and painful miction in those having HRT; and irregularity in menstruation in those not having HRT.

The most intense concern was related to joint-muscle pains (53.9 %), hot flush-sweating (52.3 %) irritability-anxiety (19.3 %), headache-dizziness (48.3 %). Most of the recommendations were about joint-muscle pains (26.5 %) hot flush-sweating (22.7 %), headache-dizziness (22.4 %), irritability-anxiety (19.3 %).

As a result, it was found that, although women experienced a great deal of concern and complaints in climacteric period, they didn't have sufficient consultancy and advice.

## 10. KAYNAKLAR

- 1- Abdalla,H.İ., McKay D., Lindsay,R., Leggate,I.: Prevention of bone mineral in postmenopausal women by Norethisterone. *Obstetrics and Gynecology*, 66, p.789-792, 1985.
- 2- Aisenbrey,J.A.: Exercise in the prevention and management of osteoporosis. *Phys. Ther*, 7:67, p.1100-1104, 1987.
- 3- Aksel,S.: Menopozda osteoporoz ve kalsiyum metabolizması. *Jinekoloji ve Obstetrik Derg.*, 5:3 Sem, s.132-136, 1991.
- 4- Akyolcu,N., Kanan,N.: Kadınlarda "Kendi Kendine Meme Muayenesi"-nin yaşam süresinde olumlu etkisi, *Hemşirelik Bülteni*, 8:2, s.72-77, 1987.
- 5- Amschler,D.H.: A lifelong proposition, *Journal of School Health*, 55, p.360-362, 1985.
- 6- Anderson,E., Hamburger,S.: Characteristic of menopausal women seeking assistance, *Am J Obstet Gynecol*, 2:156, p.428-433, 1987.
- 7- Armellini,F., Zambani,M., Frigo,L., Mandrogona,R.: Alcohol consumption, smoking habits and body fat distributioning Italian men and women ages 20-60. *Eur J Clin. Nutr.*, 1:47, p.52-60, 1993.
- 8- Avis,N.E., Kaufert,P.A.: The evolution of menopausal symptoms, *Baillieres Clin. Endocr. Metab*, 1:7, 17-32, 1993.
- 9- Avis,N.E., McKinlay S.M.: A longitudinal analysis of womens attitudes toward the menopause results from the Massachusett, *Maturitas*, 13, p.67-79, 1991.

- 10- Bachman,G.A.: Sexual function in the primenopause, *Obstet Gynecol Clin. North Am*, 2:20, p.379-389, 1993.
- 11- Ballinger,C.B: Psychiatric aspect of the menopause, *British Journal of Psychiatry*, 156, p.773-781, 1990.
- 12- Baltaş,A., Baltaş,S: Stres ve Başa ıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 7. Basım, İstanbul, 1989.
- 13- Bayık,A., Erefe,İ., Özsoy,S.: Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşilerin koruyucu sağlık davranışları, sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, İzmir, 1990.
- 14- Beard,M.K.: Atrofik vaginitis can it be prevented as well as treated, *Postgrad Med*, 6:91, p.257-260, 1992.
- 15- Birol,L.: Hemşirelik Süreci. Temmuz Matb., Ankara, 1989.
- 16- Bloomfield,S.A., Williams,N.T., Lamb,D.R., Jackson,R.D: Non-weight-bearing exercise may increase lumbar spina bone mineral density in healthy post-menopausal women, *Am.J.Phys. Med. Rehabil*, 4:72, Aug, p.204-209, 1993.
- 17- Bourguet,C.C., Hamrick,G.A.: The prevalence of osteoporosis risk factors and physician intervention *J Fam. Pract*, 3:32 mar, p:265-271, 1991.
- 18- Boyle,İ.T.: Bones for the future, *ACTA, Paediatr-Scand. Suppl*, 273, p.58-65, 1991.
- 19- Brockie,J.: Preventive treatment for bone loss, *Nurs. Times*, 19:83 May p.56-57, 1987.
- 20- Buemann,B., Austrup,A.: Three months aerobic training fails to affect 24 hour energy expenditure, *Int J Obes*, 10:16, Oct, p.809-816, 1992.
- 21- Tarhan,N.: Stres ve Hastalıklar. I. Stres Sempozyumu, 29 Mart, İstanbul, 1989.

- 22- Burgess,A.W.: Psychiatric Nursing in the Hospital And Community. Appleton-Lange, California, 5th edition, 1990.
- 23- Casper,R.F., Yen,S.S.C.: Neuroendocrinology of menopausal flushes: An hypothesis of flush mechanism, *Clinical Endocrinology*, 22, p.293-312, 1985.
- 24- Cavanaugh,D.J., Cann,C.E.: Brisk walking does not stop bone loss in postmenopausal women. *Bone*, 4:9, p.201-204, 1988.
- 25- Cauley,J.A., Gutai,J.P.: Endogenous estrogen levels and calcium intakes in postmenopausal women, *JAMA*, 21:260 Dec, p.3150-3155, 1988.
- 26- Cauley,S.A., Kriska,A.M.: A two years randomized exercise trial in older woman. *Atherosclerosis*, 3:Aug, p.247-258, 1987.
- 27- Cobb,J.O.: Demystifyin Menopause, *Can Nurse*, 7:83, Aug, p.17-20, 1987.
- 28- Collins,J.B.: Menopause, *Prim Care*, 3:15, Sep. p.593-606, 1988.
- 29- Cook,M.J.: Perimenopause: An opportunity for health promotion, *JOGNN*, 22:3, May,Jan, p.223-228, 1983.
- 30- Coşkun,A. Karanisoğlu,H.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Ed: H.Seçim, Anadolu Üniversitesi Yayın no:566, Eskişehir, 1992.
- 31- Coşkun,A.: Doğurgan çağı evli kadınların periyodik olarak kontrollere gitme alışkanlığı ve bunu etkileyen faktörler. 1. Ana-Çocuk Sağlığı Sempozyumu Kitabı, s:77-82, İstanbul, 1992.
- 32- Coşkun,A., Kızılkaya,N.: İstanbul ilinde yaşayan doğurgan çağı kadınlarda görülen perimenstruel şikayet durumunun yaş grupları açısından değerlendirilmesi, *Hemşirelik Bülteni*, 9:35, 1995.
- 33- Cumming,S.R., Black,D.: Should perimenopausal women be screened for osteoporosis, *Diagnosis and Treatment*, 104, p.817-823, 1986.

- 34- Cutlar, W.B., Garcia, C.R.: *The Medical Management of Menopause and Premenopause*. J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 1984.
- 35- Çağlayan, Ş.: *Yaşam Bilimi-Fizyoloji*. Panel Matb. İstanbul, 1995.
- 36- Dequeker, İ: Prevention and treatment of osteoporosis. *Ned Tijdschr. Geneeskd*, 20:136 (25), Jun, p.1188-1192, 1992.
- 37- Drennan, V., Mc Geeney S.: Menopausal support, *Nursing Mirror*, 23:160, p.27-30, 1985.
- 38- Dawnes-E.G.: Sexuality of menopausal woman, *Br.J.Hosp.Med.*, 47:6 p.409-410, 1992.
- 39- Dawson, H.B., Jacques, M.S: Dietary calcium intake and bone loss from the spine in healthy postmenopausal women, *American Journal of Clinical Nutrition*, 46, p.685-687, 1987.
- 40- Engel, N.S.: Menopause stage, current life change, attitude toward woman's roles, *Nursing Research*, 36:6, p.353-357, 1987.
- 41- Ettinger, B., Genant, H.K.: Long term estrogen replacement therapy prevents bone loss and fractures, *Annals of Internal Medicine*, 102, p.319-324, 1985.
- 42- Farabaugh, N.F: Menopause or Midlife changes, *midwife-Health-Visit-Community-Nurses*, 1:24, Jan-Feb, p.29-32, 1988.
- 43- Fish, S.: Hormone replacement therapy. *Nursing Mirror*, 157:6, p.i-vii, 1983.
- 44- Fishbein, E.G.: Women at midlife the transition to menopause, women Health, *The Nursing Clinics of North America*, 27:4, 1992.
- 45- Fogel, J.C., Woods, F.N.: *Health Care of Women*. The C.V. Mosby Company, St.Louis, Toronto, London, 1981.
- 46- Gannon, L.: The potential role of exercise in the alleviation of Menstrual disorders and Menopausal Symptoms: A theoretical synthesis of recent research. *Women Health*, 4:2, p.105-127, 1988.



- 47- Gannon L., Hansel S: Correlates of menopausal hot flushes, *J.of Behavioural Medicine*, 10, p.277-285, 1987.
- 48- Garnet,T., Mitchell,A.: Patterns of referral to a menopause clinic, *J. Of The Royal Society of Medicine*, 84, p.128-130, 1991.
- 49- Gath,D., Osborn,M.: Psychiatric disorder and gynaecological symptoms in middle aged women, *British Medical Journal*, 294, p.213-218, 1987.
- 50- Germaine L.M., Freedom,R.R.: Behavioral treatment of menopausal hot flashes: Evaluation by objective methods. *J.of. Consulting and Clinical Psychology*, 12, p.1072-1079, 1984.
- 51- Ginsburg,J., Hardman,P.: Peripheral blood flow in menopausal women who have hot flushes and in those who do not. *B.M.J.*, 6686:298, Jun 3, p.1488-1440, 1989.
- 52- Gorsky,R.D., Kaplan,j.P., Peterson,H.B., Thacker,S.B: Relative risk and benefits of long-term estrogen replacement therapy: A decision analysis, *Obstetrics and Gynecology*, 83:2, Feb, 1994.
- 53- Gould,D.: The myth of the menopause, *Nursing Mirror*, 160:23, Jun 5, p.25-27, 1985.
- 54- Gould,D.: *Nursing Care of Women*. Prentice Hall, New York Toronto, London, Sydney, 1990.
- 55- Grodstein,F., Colditz,G.A., Stampfer,M.J.: Postmenopausal hormone use and cholecystectomy in a large prospective study. *Obstetrics and Gynecology*, 83:1, Jan p.5-7, 1994.
- 56- Greendale,G.A., Judd,H.L.: The menopause health implications and clinical management, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 4:41, p.426-436, 1993.
- 57- Güvenç,B.: *İnsan ve Kültür*. Remzi Kitabevi, 3. Baskı, İstanbul, 1979.
- 58- Haddock,D.A.: A simple way to manage menopause, *Postgrad. Med.*, 3:88, Sep 1, p.131-138, 1990.

- 59- Hale,R.W., Kasasa,T., Krieger,J.: A marathon: The immediate effect of female runners. *Am. Journal of Obstetrics and Gynecol*, 146 p.550-554, 1983.
- 60- Hallfrisch,J., Powell,A., Carefelli,C., Leiser,S.: Mineral balances of men and women consuming high fiber diets with complex or simple carbohydrate, *J. Nutr.* 1:117, Jan p:48-55, 1987.
- 61- Harris,R.B., Laws,A., Reddy,V.M.: Are women using postmenopausal estrogens? A community survey, *Public Health Briefs*, 80, p.1266-1268, 1990.
- 62- Hassa,H.: Klinikte Menopoz-Değerlendirme ve Yönetim: Organon İlaç A.Ş., Yayını, Eskişehir, 1996.
- 63- Heidrich,F., Thompson,R.S.: Osteoporosis prevention: Strategies applicable for general population groups, *Journal of Family Practice*, 25:1 p.33-39, 1987.
- 64- Holte,A.: Influences of Natural menopause on health complaints: A prospective study of healthy Norwegian women, *Maturitas*, 14, p.127-141, 1992.
- 65- Holte,A.: Prevalence of climacteric complaints in a representative sample of middle aged women in Oslo, Norway, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 12, p.303-317, 1991.
- 66- Holte,A, Mikkelsen,A.: The menopausal syndrome. A factor analytic replication, *Maturitas*, 13, p.193-203, 1991.
- 67- Holte,A., Mikkelsen,A.: Menstrual coping style, social background and climacteric symptoms, *Psychiatry and Social Science*, 2, p.41-45, 1982.
- 68- Holte,A., Mikkelsen,A.: Psychisocial determinant of menopausal complaintment, *Maturitas*, 13, p.205-215, 1991.
- 69- Howie,C.: Sparing the flushes, *Nursing Times*, 83:49, p.51-53, 1987.

- 70- Hubbard,P., Muhlenkamp,A., Brown,N: The relationship between social support and self-care practices. *Nursing Research*, 33, p.266-269, 1984.
- 71- Hunt,I.F., Murphy,N.Y: Food and nutrient intake of seventh-day adventist women, *Am. J. Clin Nutr*, 3:48, Sep. p.850-851, 1988.
- 72- Hunter,M.S.: Predictors of menopausal symptoms: Psychosocial aspects, *Baillieres. Clin. Endocrinol. Metab.* 1:7, Jan p.33-45, 1993.
- 73- Hunter,M.S.: Somatic experience of the menopause: A prospective study, *Psychosomatic Medicine*, 52, p.357-367, 1990.
- 74- Hutchinson,W.K., Gutmann,J.: Estrogen replacement therapy (ERT) in high risk cancer patients, *Yale. J. Biol. Med.*, 6:64, p.607-626, 1991.
- 75- İdiculla,A.A., Goldberg,G.: Physical Fitness for the mature woman, *Med. Clin. North. Am.* 1:71, Jan, p.135-148, 1987.
- 76- Johnston,C.C., Hui,S.L., Witt,R.M., Appledorn,R.: Early menopausal changes in bone mass and sex steroids, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 61:5, 1985.
- 77- Kahn,C.R., Weir,G.C.: *Joslin's Diabetes Mellitus*. A waverly Co., 13 Ed., New York, 1994.
- 78- Kılıç,M.: Ailelerin sigara içmelerinin ve bazı çevresel faktörlerin bebeklerde bronşit, trakeit görülme durumuna etkisinin incelenmesi. Ege Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1991.
- 79- Kaufert,P., Lock,M., McKinlay, S., Beyenne J., Coope,J.: Menopause research: The Korpilampi Worskshop, *Soc. Sci. Med*, 22:11, p.1285-1289, 1986.
- 80- Kopera,H., Van Keep,P.A.: Development and present state of hormone replacement therapy, *Int J. Clin. Pharmacol. Ther. Toxicol*, 10:129, p.412-417, 1991.

- 81- Leather,A.T., Holland,E.F, Studd,J.W: The clinical problems of women currently referred to a specialist menopause Clinic. *J. R. Soc. Med.*, 7:86, Jul, p.385-387, 1993.
- 82- Lihndheim,S.R.,Notelovitz,M., Feldman,E.B., Larsen,S.: The independent effect of exercise and estrogen on lipids and lipoproteins in postmenopausal women, *Obstetrics and Gynecology*, 83:2, Feb, 1994.
- 83- Lingren,R., Berg,G., Hammer,M., Zuccon,E.: Hormonal replacement therapy and sexuality in population of Swedish postmenopausal women, *ACTA-Obstet, Gynecol Scand*, 72-4, p.292-297, 1993.
- 84- Lindsay,R.: Prevention of osteoporosis, *Clin. Orthop*, 222, Sep, p.44-59, 1987.
- 85- Lox,C.D.: Effects of marine fish oil (Omega-3) fatty acid on lipid profiles in women, *Gen Pharmacol*, 3:21, p.295-298, 1990.
- 86- Luckman,J., Sorenson,K.C: Medical-Surgical Nursing- A Psycho-Physiologic Approach. Third Edition. W.B.Saunders Com., London, 1987.
- 87- Mac Lennan,A.H.: Running a menopause clinic, *Baillieres. Clin. Endoc. Metab*, 1:7, Jan, p.243-253, 1993.
- 88- Mac Lennan,A.H.: Hormone replacement therapy and the menopause, *Medical Journal of Australia*, 155, p.43-44, 1991.
- 89- Maddox,M.A.: Women at midlife, hormone replacement therapy, *Nursing Clinics of North America, Women Health*, 27:4, p.959-969, 1992.
- 90- Masling,J.: Menopause a change for the better? *Nursing Times*, 84:39, p.35-38,1988.
- 91- McDermott,M.T., Witte,M.C.: Bone mineral content in smokers, *South. Med. J.*, 4:81, apr, p.477-480, 1988.
- 92- McElmurry,B.j., Librizzi,S.J.: The health of older women, *Nursing Clinics of North America*, 21:1, Mar, p.161-171, 1988.

- 93- McKeon,V.A.: Hormone replacement therapy: Evaluation the risks and beneficts, *JOGNN*, 23:8, p.647-657, 1994.
- 94- McKinlay,J.B., Brambilla,D.J.: The relative contributions of endocrine changes and social cirumstances to depression in Midages women, *Journal of Health and Social Behavior*, 28 p.345-363, 1987.
- 95- McKinlay,S.M., Bifano,N.C.: Smoking and age at menopause in women, *Annals of Internal Medicine*, 103, p.350-356, 1985.
- 96- Mikkelsen,A., Holta,A.: A factor analytic study of climacteric symptom, *Psychiatry and Social Science*, 2, p.35-39, 1982.
- 97- Montgomery J.C., Studd,J.W.: Psychological and sexual aspects of the menopause, 5:45, p. 300-302, 1991.
- 98- Nactigall,L.E., Heilman,J.R.: Menopoz. Çev: O.Gökmen, N.Seçkin, B.Şener, Medical Network, 1. Baskı, Ankara, 1994.
- 99- Nahcivan,N.Ö: Sağlıklı gençlerde öz bakım gücü ve aile ortamının etkisi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1993.
- 100- Nolan,J.: Developmental concern and the health of midlife women, *Nursing Clinics of North America*, 1:21, p.154-159, 1986.
- 101- Norman,S.G., Studd.,J.W.:X A survey of wiew on hormone replacement therapy, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101, Oct, p.879-887, 1994.
- 102- Notelovitz,M., Martin,D: Estrogen therapy and variable resistance weight training increase bone mineral in surgical menopausal women, *J Bone, Miner Res*, 6:6, Jun, p.583-590, 1991.
- 103- Onur,B.: Gelişim Psikolojisi. Verso Yayıncılık II. Baskı, Ankara, 1991.
- 104- Oskay,Ü.Y.: Kadınların menopoz dönemindeki sağlık sorunlarına ilişkin bilgilerinin belirlenmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1995.

- 105- Ölçer,F., Kaleli,S., Seyisoğlu,H., Aydınli,K.: Cerrahi menopozda konjuge östrojen ve MDPA kullanımının lipit profiline etkisi. *Jinekoloji ve Obstetrik Derg.*, 5, p.137-144, 1991.
- 106- Özsoy,S.A., Bayık,A.: Ergene Sağlık Ocağı bölgesinde kadınlarda menopozun epidemiyolojik incelenmesi ve menopozla ilgil sorunların belirlenmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Kitabı,s.336-346, İzmir, 1990.
- 107- Öztekin,Z.: Temel Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını No.86/33, Ankara, 1986.
- 108- Parazzini,F., Negri,E., La Vecchia,C: Reproductive and general lifestyle determinants of age at menopause, *Maturitas*, 2:15, p.141-149, 1992.
- 109- Parfitt,A.M.: Implications of architecture for the pathogenesis and prevention of vertebral fracture. *Bone*, 13:2P p.541-547, 1992.
- 110- Posner,B.M., Cupples,L.A., Miller,D.R., Cobb,J.L.: Diet, menopause and serum cholesterol levels in women: The Framingham Study. *Am.Heart.J.* 2P, Feb, p.483-489, 1993.
- 111- Pownall,M: It, only the change of life, *Nursing Times*, 8350, p.36-37, 1987.
- 112- Ravnikaar,V.A.: Diet, exercise, and life style in preparation for menopause, *Obstet Gynecol Clin. North. Am*, 20:2, Jun, p.365-378, 1993.
- 113- Reeder,S.J., Martin,L.L.: Maternity Nursing, J.B.Lippincott Comp. Philadelphia, Sixteenth ed, 1987.
- 114- Riggs, B.L., Wahner, H.W.: Dietary calcium intake and rates of bone loss in women, *Journal of Clinical Investigation*, 80, p.979-982, 1987.
- 115- Ringa,V., Ledeset,B., Gueguen,R., Schick,F., Breart,G: Yakınlarda menopozal döneme giren kadınlarda hormon tedavisiyle ilgili belirleyici faktörler, Jinekoloji ve obstetrics Kongresi, Poster sunularından seçmeler, CİBA, 1992.

- 116- Riis,B., Thomsen,R., Christiansen,C.: Does calcium supplementation prevent postmenopausal bone loss, *The New England Journal of Medicine*, 316:4, p.173-177, 1987.
- 117- Schaberg,L.G., Ballard,J.E: Body composition alterations consequent to an exercise program form pre and postmenopausal woman, *J. Sports Med Phys. Fitness*, 4:30, p.426-433, 1990.
- 118- Scharbo,D.M., Brucker,M.C.: The perimenopausal period: Implications for nurse-midwifery practice, *J Nurse Mid Wifery*, 36:1, p.9-16, 1991.
- 119- Sencer,E.: Beslenme ve Diyet. Güven Matb., İstanbul 1991.
- 120- Seyisoğlu,H., Ercl,T., Yalçınkaya,T., Çolçar,U., Ertüngealp E: Prof-laktik kalsitonin kullanımının erken menozal dönemde kemik metabolizması üzerine etkileri., *Jinekoloji ve Obstetrik Derg.*, 8, s.11-16, 1994.
- 121- Shangold,M.M: Exercise in the menopausal women, *Obstet. Gynecol*, 4:75, Apr, p.535-585, 1990.
- 122- Silverberg,S.J., Lindsay,R.: Postmenopausal osteoporosis, *Med Clin North. Am.*, 1:71, Jan, p.41-57, 1987.
- 123- Simkin,A., Ayalon,J., Leichter,I: Increased trabeküler bone density due to bone-loading exercise in postmenopausal osteoporotic woman, *Calcif, Tissue, Int*, 2:40, p.59-63, 1987.
- 124- Sloopweg,M.L, Ederven,A.G., Schot,D.P., Schoonen,W.G.: Estrogen and progesteron synergistically stimulate human and rat osteoblast proliferation, *J.Endocrinol*, 133:2, May, p.25-28, 1992.
- 125- Smith,E.L., Gilligan,C.: Deterring bone loss by exercise intervention in premenopausal and postmenopausal women, *Calcif. Tissue. Int.*, 5:44, p.312-21 , 1989.
- 126- Stewart,D.E., Boydell,K.: Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause Clinic, *Int.J.Psychiatry Med.*, 3:22, p.213-220, 1992.

- 127- Stevenson,J.C., Marsh,M.S.: The Encyclopedia of visual Medicine Series An Atlas of Osteoporosis. The Parthenon Publishing Group International Publishers in Medicine, Science and Technology Carsterton Hall, Carnforth Lancs, Firsh Publish, 1992.
- 128- Studd,J.W., Holland,E.F.N.: The dose-response of percutaneous oestradiol implants and the skeletons of menopausal women, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101, Sem, p.787-791, 1994.
- 129- Sutnick,M.R.: Nutrition: Calcium, cholesterol and a calories, *Med. Clin. North. Am.*, 1:71, Jan, p.123-1234, 1987.
- 130- Şatıroğlu,H., Dündar,İ., Yorgancı,A.: Menopozda kullanılan farklı hormon replasmanı (HRT) modellerinin karaciğer fonksiyonları ve lipit metabolizması üzerine etkileri, *Yeni Tıp Dergisi*, 1, s:8-15, 1995.
- 131- Şenocak,M.: Tıbbi İstatistik. Sermet Mat., Kırklareli, 1986.
- 132- Tekin,H.: Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme.Yargı Kitap ve Yayınevi, VI. baskı, Ankara, 1986.
- 133- Tekin,N.: İstanbul ilinde AÇSAP merkezlerine başvuran evli kadınların cinsel sorunları ve sağlık ekibi üyelerinin konuya yaklaşımı, İ.Ü.-Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1995.
- 134- Topo,P., Holte,A., Kstner,A.: Climateric hormone therapy use and women's employment in Denmark, Finland and Norway, The Modern Management of the Menopause. A perspective for the 21.st Century.
- 135- Toss,G.: Effect of calcium intake and other life style factors on bone mass, *J Intern Med.*, 2:231, Feb, p.181-186, 1992.
- 136- Üstün,M., Luset,İ., Solak,N., Okan,E., Gülkılık,A.: Kadınlarda postmenopozal dönemdeki ürogenital semptomların östriol vaginal suppozituar ile tedavisi, *Jinekoloji ve Obstetrik Derg*, 8., s.32-36, 1994.
- 137- Uphold,C.R., Graham,M.V.: Clinical Guidelines in Family Practice Barrrae Book, Gineswille, Florida, 1993.



- 138- Van Dam, S., Gillespy, M.: Effect of exercies on glucose metabolism in postmenopausal women, *Am. J. Obstet Gynecol*, 1:159, Jul, p.82-86, 1988.
- 139- Velioglu, P.: Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru, Bozak Matb. İstanbul, 1985.
- 140- Wasti, S., Robinson, S.C.: Characteristics of menopause in three socio economic urban groups in Karachi, Pakistan, 1:16, Jan, p.61-69, 1993.
- 141- Wilson, P.W.F., Garrison R.J.: Postmenopausal estrogen use, cigarette smoking and cardiovascular morbidity in women over 50, *The New England Journal of Medicine*, 24, Oct, p.1038-1043, 1985.
- 142- \_\_\_\_\_: Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Nobel Tıp Kitapları Ltd.Şti, İstanbul, 1995.
- 143- \_\_\_\_\_: T.C.Sağlık Bakanlığı Dünyada ve Türkiye’de Sağlık, Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu, Ankara, 1994.
- 144- \_\_\_\_\_: Sağlık Hizmetlerinde Mecut Durum. 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Ankara, 1992.

## 11. EKLER

### 11.1. KADINLARIN DEMOGRAFİK VE KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİ- NE İLİŞKİN GÖRÜŞME FORMU

- 1- Yaşınız...
- 2- En son adetinizi .... ay/yıl önce gördünüz?
- 3- Kilo ..... Kg
- 4- Boy ..... cm
- 5- BMİ ..... kg/cm<sub>2</sub>
- 6- Medeni durum
  - 1- Evli
  - 2- eşi ölmüş
  - 3- Boşanmış
  - 4- Bekar
- 7- Evde kimlerle yaşıyorsunuz
  - 1- Eş
  - 2- Eş ve çocuklar
  - 3- Çocuklar
  - 4- Ana-baba
  - 5- Yalnız
- 8- En son çocuğunuz evden ne zaman ayrıldı? ..... ay/yıl
- 9- Eğitiminiz:
  - 1- Okumaz-yazmaz
  - 2- Okur-yazar
  - 3- İlkokul mezunu
  - 4- Orta-Lise
  - 5- Üniversite

- 10- Mesleğiniz:
- 1- Ev kadını
  - 2- Memur
  - 3- İşçi
  - 4- Serbest Memur
  - 5- Diğer
- 11- Ev kadını iseniz, daha önce çalıştınız mı?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 12- Ortalama aylık geliriniz ..... TL
- 13- Sigara kullanıyor musunuz?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 14- Yanıtınız evet ise günde kaç adet .....
- 15- Alkol alır mısınız?
- 16- Günde kaç fincan içersiniz ..... fincan/gün
- 17- Günde kaç bardak kola içersiniz ..... bardak/gün
- 18- Ait olduğunuz grup, kulüp, dernek vs. var mı?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 19- Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz? (yazınız)
- .....
- 20- Menarş yaşınız.....
- 21- Geçmişte adetleriniz düzenli miydi?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 22- Adet öncesi gerginlik (PMS) yakınmanız var mıydı?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 23- Adetleriniz ağrılı mıydı?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 24- Annenizin menopoz yaşı .....
- 25- Kaç kez gebe kaldınız .....

- 26- Kaç kez doğum yaptınız .....
- 27- Kaç kez düşük/kürtaj yaptırdınız .....
- 28- Çocuklarınızı 2 yıldan uzun emzirdiniz mi  
1- Evet  
2- Hayır
- 29- Sizce menopoz nedir? (yazınız)  
.....
- 30- Menopoz dönemini nasıl algıyorsunuz?  
1- Kayıp  
2- Değişiklik  
3- Büyüme-olgunlaşma
- 31- Kendinizi aile içinde hangi rolde hissediyorsunuz? (Öncelik sırasına göre numaralayınız)  
( ) 1- Anne  
( ) 2- Kadın  
( ) 3- Eş  
( ) 4- İş kadını
- 32- Menopoz evdeki konumunuzu değiştirdi mi?  
1- Evet  
2- Hayır
- 33- Menopoz döneminin özellikleri ile ilgili bilgi aldınız mı?  
1- Evet  
2- Hayır
- 34- Yanıtınız, evet ise kimden nereden bilgi aldınız?  
1- Doktor  
2- Hemşire, ebe  
3- TV, basın  
4- Komşu, arkadaş  
5- Birden fazla kaynaktan
- 35- Hormon tedavisi görüyor musunuz?  
1- Evet  
2- Hayır
- 36- Yanıtınız evet ise ne zamandır? ..... ay/yıl

- 37- Yanıtınız hayır ise nedeni
- 1- Hiç duymadım
  - 2- Doktora gitmedim
  - 3- Kanser yaptığını duydum
  - 4- Kullanmama engel var
  - 5- Doktorum önermedi
- 38- Hiç servikal smear yaptırdınız mı?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 39- Düzenli servikal smear yaptırır mısınız?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 40- Hiç meme muayenesi yaptırır mısınız?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 41- "Kendi-kendinize Meme Muayenesi K.K.M.M" yapabilir misiniz?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 42- Düzenli jinekolojik muayeneye gidiyor musunuz?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 43- Günlük beslenmenizde mutlaka almanız gereken besinleri ve miktarlarını biliyor musunuz?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 44- Düzenli egzersiz yapar mısınız?
- 1- Evet
  - 2- Hayır
- 45- Derhal doktora başvurmanız gereken durumları biliyor musunuz?
- 1- Evet
  - 2- Hayır

## 11.2. MENOPOZAL YAKINMA TARAMA LİSTESİ

<i>Yakınmalar</i>	<i>Yakınma Var/Yok</i>	<i>Endişe Var/Yok</i>	<i>Öner Var/Yok</i>
Sıcak basması-terleme			
Uykusuzluk-yorgunluk			
Başağrısı-baş dönmesi			
Sinirlilik-gerginlik			
İçe kapanma-ağlama			
Eklem-kas ağrısı			
İştah değişikliği-kilo artışı			
Konstipasyon/diare			
Çarpıntı			
Deride kuruma-pullanma			
Yüzde tüylenme, pubik kıllarda seyrelme			
Disparani			
Cinsel ilgi azlığı			
Sık ve ağırlı miksiyon			
Adet düzensizliği			

## 12. ÖZGEÇMİŞ

Edirne'de doğan Nevin Hotun, ilk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamlamıştır. 1987 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur. 1990 yılında Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisansını tamamlamıştır. Aynı yıl Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı'na araştırma görevlisi olarak atanmıştır. Halen aynı görevini sürdüren Hotun, 1991 yılında, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Aile Planlaması ünitesinde RİA kursunu, 1993 yılında ise Yıldız Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü tarafından düzenlenen Pedagojik Formasyon Kursunu tamamlamıştır.

Türkiye Aile Planlaması Derneği İstanbul Şubesi üyesi ve yönetimi kurulu yedek üyesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği üyesidir.

Nevin Hotun, bekar olup İngilizce bilmektedir.