

T.C
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

129 753

ELAZIĞ YENİMAHALLE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 45 YAŞ VE
ÜSTÜ KADINLARIN MENOPOZ HAKKINDAKİ BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Leyla GÜNGÖR

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
BECERİ YATIRIMI PROJESİ

DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

ELAZIĞ-2003

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Doç.Dr. Yasemin AÇIK

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Danışman

Uzmanlık Sınavı Jüri Üyeleri

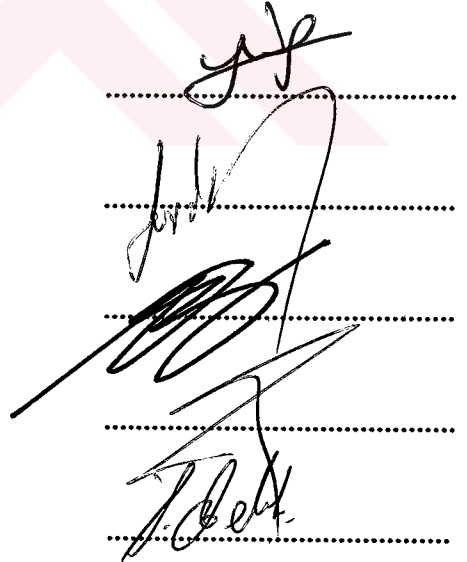
Doç.Dr. Yasemin AÇIK

Yrd. Doç.Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Yrd.Doç.Dr. A.Tevfik OZAN

Yrd.Doç.Dr. Ekrem SAPMAZ

Yrd.Doç.Dr. İlhami ÇELİK


.....
.....
.....
.....
.....

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri olan ve hemen hemen her konuda yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç.Dr. Yasemin AÇIK'a, tez danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr. A Ferdane OĞUZÖNCÜL'e, Anabilim Dalımız öğretim üyeleri Sayın Yrd.Doç.Dr. A Tevfik OZAN ve Sayın Yrd.Doç.Dr S. Aytaç POLAT'a ve değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca rotasyonlarım esnasında kendilerinden büyük destek gördüğüm İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları anabilim dallarının değerli öğretim elemanlarına minnettarlığımı bildiririm.

Tez çalışmamın saha araştırması bölümünde büyük katkı sağlayan Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağının başta ebe-hemşireleri olmak üzere tüm personeline yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

İhtisas sürem boyunca benden sabrımı ve yardımımı esirgemeyen eşim Uzm. Dr. M. Yüksel Güngör'e, yaşama sevincim olan çocuklarım Aylin ve Selin'e teşekkür ederim.

Dr. Leyla GÜNGÖR

İÇİNDEKİLER

Konu	Sayfa No
1. Özet.....	1
2. Abstract.....	3
3. Giriş.....	5
3.1 Genel Bilgiler.....	7
3.1.1 Tanım ve Tarihsel Gelişim.....	7
3.1.2 Menopoz Yaşı.....	9
3.1.3 Menopoz Epidemiyolojisi.....	10
3.1.4 Küresel Anlamda Menopoz.....	11
3.2 Menopoz Semptomları.....	12
3.2.1 Vazomotor Belirtiler.....	13
3.2.2 Noro-Psişik Belirtiler.....	14
3.2.3 Genito-Üriner Belirtiler.....	15
3.2.4 Kardio-Vaskuler Belirtiler.....	16
3.2.5 Kas-İskelet Sistemi Belirtileri.....	17
3.2.5.1 Bağ Dokusu.....	17
3.2.5.2 Kemik Dokusu ve Osteoporoz.....	17
3.2.5.3 Kas Dokusu.....	19
3.3 Menopoz ve Seksüel Yaşam.....	19
3.4 Menopozda Hormon Replasman Tedavisi (HRT).....	19
3.4.1 HRT Sıklığı.....	21
3.5 Menopozda Beslenme.....	22
3.6 Menopozda Egzersiz.....	23
4. Gereç ve Yöntem.....	24
5. Bulgular.....	25
6. Tartışma.....	44
7. Kaynaklar.....	53
8. Özgeçmiş.....	65

TABLO LİSTESİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 1.	Dünyada Menopozun Görülme Yaşı.....	9
Tablo 2.	Menopozda Sık Rastlanan Vulvovaginal Şikayetler.....	15
Tablo 3.	Kadınlarda Kardiovasküler Risk Faktörleri.....	16
Tablo 4.	HRT'nin Kesin Kontrendikasyonları.....	20
Tablo 5.	HRT'nin Göreceli Kontrendikasyonları.....	21
Tablo 6.	HRT Kullanımında Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar.....	21
Tablo 7.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı....	25
Tablo 8.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Aile Tipine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 9.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	26
Tablo 10.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Sosyal Güvencesi Olanların Sosyal Güvenlik Kuruluşuna Göre Dağılımı.....	26
Tablo 11.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 12.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Bazı Ortalama Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 13.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Süt, Peynir, Yoğurt Gibi Kalsiyum İçeren Besinleri Haftalık Tüketme Durumuna Göre Dağılımı.....	28
Tablo 14.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı.....	28
Tablo 15.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre Sigara İçme Durumunun Dağılımı.....	29
Tablo 16.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Kahve İçme Durumuna Göre Dağılımı.....	29
Tablo 17.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Yapmış Olduğu Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Dağılımı.....	30
Tablo 18.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopoza Girme Şekilleri.....	30

Tablo No		Sayfa No
Tablo 19.	Doğal Yoldan Menopoza Giren Kadınların Menopoza Girme Şekilleri.....	31
Tablo 20.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopozun Tarifini Yapma Durumlarına Göre Dağılımı.....	31
Tablo 21.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre “Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Görülebilecek Şikayetler Nelerdir?” Sorusuna Verdiği Yanıtların Dağılımı.....	32
Tablo 22.	Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi Alanların, Bilgi Aldıkları Kaynakların Dağılımı.....	33
Tablo 23.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel İstekte Olabilecek Değişikliklere Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	33
Tablo 24.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Eğitimlerine Göre Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel İstekte Olabilecek Değişikliklere Verdiği Yanıtların Dağılımı.....	34
Tablo 25.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Cinsel İlişkiye Bakış Açıları.....	34
Tablo 26.	Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Cinsel İlişkiye Bakış Açıları.....	35
Tablo 27.	Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan, Menopoz Döneminde Olanların Menopoza Girdiği veya Adet Görmediği İçin Memnun Olma Nedenlerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 28.	Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan, Menopoz Döneminde Olanların Menopoza Girdiği Veya Adet Görmediği İçin Memnun Olmama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 29.	Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopoza Bakış Açıları.....	36
Tablo 30.	Menopoz Döneminde Olupta İlaç Tedavisi Alan Kadınların Kullandıkları İlaçların Dağılımı.....	37
Tablo 31.	Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan, Menopoz Döneminde Olanların Eğitim Düzeyine Göre HRT’si Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	38
Tablo 32.	Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olupta HRT Tedavisi Almayanların Almama Nedenleri.....	38

Tablo No	Sayfa No
Tablo 33. Çalışma Kapsamındaki Kadınların HRT Tedavisinde Kullanılan İlaçlara Ait Görülebilecek Yan Etkilerin Ne Olabileceğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	39
Tablo 34. Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olanlarda Menopoz Dönemiyle İlgili Görülen Semptomların Prevalansı.....	40
Tablo 35. Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olanların “Menopoz Döneminde Görülen Sorunları Nasıl Çözüyor Sunuz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	41
Tablo 36. Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olanların Eğitim Düzeyine Göre Menopoz Döneminde Görülen Sorunları Çözme Yollarının Dağılımı.....	42
Tablo 37. Çalışma Kapsamındaki Kadınların “Menopoza Girmeyi Geciktirmek İster misiniz” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	42
Tablo 38. Çalışma Kapsamındaki Kadınların “Sizce Menopoz Hakkındaki Bilgileriniz Yeterli mi?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	43
Tablo 39. Çalışma Kapsamındaki Kadınların “Menopoz Dönemiyle İlgili Bilgi veya Yardım Almak İster misiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	43

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Klimakterik Belirtiler.....	13



1.ÖZET

Menopoz sözcük anlamı olarak adet kanamasının kalıcı olarak kesilmesidir. Ortalama yaşam süresinin uzaması, kadın hayatının üçte bir döneminin menopozda geçmesi nedeniyle menopoz bugün gerçek bir sağlık sorunu olarak kabul edilmekte ve menopozun her yönüyle irdelenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmada; Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınların menopoz dönemine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üzeri toplam 4255 kadından 408'i ($p=0.25$, $t=1.96$) örnekleme alınmıştır. 4255 kadının Ev Halkı Tespit Fiş'lerinden yararlanılarak oluşturulan isim listesinden rastgele sayılar cetveli kullanılarak 408 kadın seçilmiştir. Kadınların 402'sine ulaşılmış ve 399 (%97.8) kişi anket doldurmayı kabul etmiştir.

Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalaması 55.5 ± 7.9 'dur. Ortalama menopoz yaşı 45.9 ± 5.1 olarak tespit edilmiştir. Kadınların %9.8'i halen sigara içmekte, %0.3'ü herhangi bir alkollü içki kullanmakta, %43.3'nün ise kahve içme alışkanlığı bulunmaktadır. %19.3'ü düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Kadınların %80.7'si menopoz kelimesini duyduğunu ifade etmiştir. Menopoz kelimesini duyanların %70.9'u menopozu "adetten kesilme" şeklinde tarif etmiştir. Menopoz dönemiyle ilgili olarak en fazla bildikleri şikayetler; sıkıntı (%60.7), ateş basması (%45.4), terleme (%34.6) gibi şikayetlerdir. Herhangi bir okul mezunu olan kadınlar menopozun uzun dönemde ortaya çıkan kemik erimesi şikayetini, herhangi bir okul mezunu olmayan kadınlara göre daha fazla oranda bilmişlerdir ($p<0.05$). Kadınların %30.6'sı menopoz dönemiyle ilgili olarak herhangi bir kaynaktan bilgi almıştır. En çok bilgi alınan kaynak ise %82.8 ile hekimlerdir. Kadınların %46.9'u menopoz döneminde cinsel hayatta değişiklik olabileceğini belirtmişlerdir. Menopozda olan kadınlar bu dönemle ilgili sorunlarını genellikle ya ortam değiştirerek (%27.8), ya da doktora giderek (%16.4) çözmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak; Çalışma kapsamına alınan kadınların büyük çoğunluğu menopoz kelimesini duymakla birlikte, bu dönemle ilgili sağlık sorunları olarak en fazla akut dönemde görülen vazomotor şikayetleri belirtmişlerdir. Kadınların büyük bölümü menopoz dönemiyle ilgili herhangi bir bilgi almamıştır. Menopoz dönemiyle ilgili şikayetlerin çözümünde hekimleri tercih edenlerin oranı düşüktür. Kadınlara menopoz döneminde görülebilecek değişiklikler ve bunlarla başa çıkmak için

yapılması gerekenler konusunda, sürekli hizmet ve eğitim sunumu sağlayacak bir yapılanmanın, birinci basamak sağlık hizmeti sunumu içerisinde alması konunun anlaşılması ve bu dönemin daha sağlıklı geçirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Kadın, menopoz, bilgi, tutum, davranış



2.ABSTRACT

Menopause means permanent cessation of menstruation. Today menopause is accepted as a real health problem due to the facts that average human life extends and one third of women's life passes in menopause state and consequently the need to examine menopause from each aspect shows itself. In this study it was aimed to determine information, attitude and behaviors in regard to menopause state of 45 years old and older women who live in the region of Yenimahalle Training and Research Health Center.

Samples have been taken from 408 women among a total of 4255 women that are 45 years old and above and that live in the region of village clinic ($p=0.25$, $t=1.96$). Via random numbers table 408 women has been selected from the name list created by using the Household Determination Cards of 4255 women. 402 women could be reached and 399 (97.8%) of them have accepted to fill the questionnaire.

Age average of the women who participated in the study is 55.5 ± 7.9 . Average menopause age has been determined as 45.9 ± 5.1 . 9.8% of the women still smoke, 0.3% of them take alcoholic beverages, 43.3% has coffee drinking habit. 19.3% of them has stated that they make regular physical exercises. 80.7% of the women have stated that they heard the term menopause. 70.9% of the ones who heard the term menopause have explained it as "cessation of menstruation". The complaints experienced the most in the menopause period are as follows; depression (%60.7), getting hot all over (%45.4), sweating (%34.6) etc. Compared to the women who haven't graduated from any school, women who have graduated from school of any kind have stated their complaints of osteolysis in a higher rate ($p<0.05$). 30.6% of women haven't collected any information from any source regarding menopause period. The source that is used the most is 82.8% doctors. 46.9% of women have stated that there may be changes in their sexual life in menopause period. The women who experience menopause state has stated that they tried to overcome their problems regarding this state, generally by changing their environment (27.8%) or by going to a doctor (16.4%)

Consequently; most of the women who participated in the study has heard the term menopause however as health problems of this state they have stated mostly their vasomotor complaints experienced in the acute period. Most of the women haven't gathered any information regarding menopause state. The rate of the person who prefers to consult to a doctor regarding their complaints in menopause period is

low. Building a structure that will provide service and training continuously for changes that may be seen in the menopause period and for ways to handle those changes, considering this in first level health service procurement and understanding the situation clearly shall contribute to experience this state in a healthier way.

Key words: Woman, menopause, information, attitude, and behavior



3.GİRİŞ

Menopoz, her kadın için doğal, fizyolojik bir olay olmasına karşın oluşturacağı sonuçlar açısından patolojik olarak kabul edilebilir. Son yıllarda klimakterium ve menopoza artan ilginin başlıca nedeni; ortalama yaşam süresindeki ve hayat standartlarındaki artıştır. Bu nedenle menopoz bugün gerçek bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir (1).

Toplumumuzda menopoz semptomları çoğunlukla ateş basması, terleme, sıkıntı, uykusuzluk vb. gibi vazomotor semptomlar olarak algılanmakta ve bu sorunları atlatan kişiler “menopozu yendik” diyebilmektedirler. Üstelik bu kişiler çevrelerinde de oldukça etkili olabilmektedirler (2). Ellibeş yaşından sonra kadınlarda kardiyovasküler hastalık görülme sıklığı 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artar. Osteoporoz nedeniyle kemik kırılmaları görülmeye başlar. Bu kırıkların tedavilerinin uzun süreli olması, hastanın hayatını tehdit etmesi, tedavi sonrası tekerlekli sandalyeye bağımlı bırakması gibi nedenlerle menopoz önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Bazı kadınlarda menopoz belli belirsiz bir geçiş dönemi iken, bazılarında şiddetli semptomlara, büyük sıkıntılara neden olur. Ortaya çıkan semptomlar ve bunların yoğunluğu da kadınların yaşantıları içerisindeki pek çok değişkenden etkilenmektedir. Belirtilerin dışı vurumunda kültürel öğeler etkilidir. Menopozda tüm kadınların bir hormon eksikliği hastalığı yaşadıkları doğru bir yaklaşım değildir. Kadının menopoza ilişkin bilgisi, yaklaşımı ve beklentileri ortaya çıkan semptomları belli bir oranda etkilemektedir (3).

Kadınların menopoz dönemini daha sağlıklı ve huzurlu olarak geçirmesi ve kendilerine olan güvenlerinin tekrar kazandırılması için gerekli önlemlerin alınması bireysel ve toplumsal düzeyde önem taşımaktadır. Bu konuda en büyük sorumluluk ise sağlık personeline düşmektedir. Sağlık personelinin bu konuda göz önünde bulunduracağı temel stratejilerin ve tıbbi yaklaşımların saptanabilmesi için kadınların bu döneme ilişkin yakınmalarının bölgesel düzeyde belirlenmesi önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar menopozal semptomların şiddetiyle toplumun kültürü ve menopoza bakış açısı arasında yakın ilişki olduğunu göstermiştir (4).

Bu dönemdeki sağlık yaklaşımı, koruyucu hekimlik hizmetinin verilmesine yönelik olmalıdır. Premenopozal dönemde verilecek sağlık hizmeti, östrojen replasman tedavisine ek olarak aile planlaması, sigarayı bırakma, alkol alımının

sınırlanması, vücut ağırlığının korunması, kalp hastalığı ve osteoporozaya karşı koruma, ruhsal iyilik halinin sürdürülmesi, kanser tarama ve ürolojik sorunların giderilmesi amaçlarını sağlamalıdır (3).



3.1 GENEL BİLGİLER

3.1.1. Tanım ve Tarihsel Gelişim

Menopoz kelime anlamı olarak adet kanamasının kalıcı olarak kesilmesidir (1). Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstürasyonun kalıcı olarak sonlanması”dır (5). Menopoz sözcüğü eski Yunancadan köken almaktadır. Men (ay) ve pausis (sonlanma, kesilme, durma) kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşmuştur (3,6).

İlk semptomların görüldüğü klimakteriumun başlangıcından menopoza kadar geçen süreye premenopoz (yaklaşık 10 yıl), menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süreye ise postmenopozal dönem denmektedir (6). Perimenopoz ise WHO'nun tanımına göre; menopoz öncesinde yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstrüel periyodu izleyen bir yıllık süreyi içerisine alan dönemdir (7). Söz edilen değişimleri doğal olarak yaşamının yanı sıra, bazı kadınlar sağlık nedenlerinden dolayı (yumurtalık kistleri, tümörleri, rahim myomları gibi) cerrahi yolla menopoza girmektedirler (8)

Klimakterium kelimesi Yunanca klimakter kelimesinden türetilmiştir. Yaş dönümü de denilen klimakterium kadının üreme çağından, üreme sonrası çağa geçişini gösteren bir evre olup 40 yaşları civarında başlar ve yaklaşık 20-30 yıl sürerek yaşlılık dönemi olarak kabul edilen 65 yaşına kadar sürer (9).

Erken menopoz; menopozun 40 yaşından önce görülmesi, geç menopoz ise, 55 yaş ve sonrasında menopozun görülmesidir (10).

Tarihsel olarak incelendiğinde, menopoza ilişkin yaklaşımların zaman içinde değişikliğe uğradığı görülmektedir. Ondokuzuncu yüzyılda, orta yaş dönemindeki kadınların yaygın olarak depresyon ve kaygıyı ifade eden “invölüsyonel melankoli”yi (involutional melancholia) yaşadığı görüşü kabul edilmekteydi. Yirminci yüzyılın başlarında da depresyon, gerginlik, çabuk sinirlenme ve kişilikteki değişimler, menopozun başlangıcına işaret eden belirtiler olarak değerlendirilerek menopoz döneminde ortaya çıkan kişilik bozuklukları ve nörotik belirtiler menopozun bir sonucu olarak kabul edilmiştir. “Menopoz sendromu” terimi orta yaş dönemindeki kadınlarda meydana gelen tüm duygusal problemleri ifade etmektedir. Menopozun pek çok kadını “deli” ettiği düşüncesi zamanla çoğu kültürde kabul edilen bir kalıp yargı haline gelmiş ve sözü edilen psikolojik belirtiler kadınların orta yaş dönemlerinde beklenen bir durum olmuştur (11).

1950'li yıllara gelindiğinde, menopozun kadının ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olduğu ve kadınların büyük çoğunluğunun bu dönemde depresyon yaşadığı görüşü oldukça yaygındı. Özellikle, yoğun şikayetleri nedeniyle hastanelerin jinekoloji ve psikiyatri kliniklerine başvuran kadınlar üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, menopoz döneminde olan tüm kadınlara genellenmekteydi. Bu dönemde geleneksel biyolojik-tıbbi (biomedical) yaklaşım, menopozu kadının zihinsel, duygusal ve fiziksel sağlığı üzerinde olumsuz doğurguları olan östrojen eksikliği hastalığı olarak ele almaktaydı (12). Ancak, 1970'li yıllarda ve 1980'li yılların başında hastane kliniklerine paralel olarak sahada daha kontrollü bir şekilde yapılan çalışmalar, sözü edilen görüş ile çelişkili bulguların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Genellikle enlemesine-kesitsel yöntemle yapılan bu çalışmalardan elde edilen bulgular, sadece vazomotor belirtilerin (sıcak basması ve gece terlemeleri gibi) ve vajinal kuruluğun menopozla doğrudan ilişkili olduğunu açık biçimde ortaya koymuştur. Buna karşılık duygusal problemler ile menopoz arasındaki ilişki sözü edilen araştırma bulgularına göre belirsizdir. Bu nedenle orta yaş dönemindeki kadının tüm sıkıntılarını menopozla ilgili hormon değişimlerine yüklemenin hatalı olacağı belirtilmiştir (13).

1980'li yıllara gelindiğinde, başta Kuzey Amerika ve Avrupa olmak üzere geniş örneklem gruplarının kullanıldığı nedensel araştırmalar yapılmıştır. Sözü edilen saha araştırmaları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, menopozun orta yaş dönemindeki kadının sağlığında vazomotor belirtiler ve vajinal kuruluk dışında bir değişikliğe neden olmadığını, daha önceki araştırma bulguları ile belirlenen vazomotor belirti sıklığının ise %70 yerine, %50 ile %60 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (13). Söz konusu belirtilerin en önemli yordayıcılarının cerrahi yolla menopozla girme ve sigara içme alışkanlığının olduğu, diğer etkenlerin daha fazla ve daha ayrıntılı araştırılmaya gereksinimi olduğu ifade edilmiştir (13). Ayrıca araştırma bulguları, menopoz döneminde ortaya çıktığı öne sürülen tüm belirtilerin hormon düzeyindeki değişimlerden kaynaklanmadığını, orta yaş döneminde yaşanan sosyal ve psikolojik değişimlerin de bu dönemdeki belirtilerle ilgili olabileceğini açıkça ortaya koymuştur (14-16). Özet olarak, bu doğrultuda yapılan çalışmalar sonucu menopoz yaşantısının evrenselliği reddedilmiş, bunun yerine sosyokültürel bağlamın kadının menopozu algılamasında ve yaşamasında nasıl bir rol oynadığını incelemenin önemi üzerinde durulmuştur (17, 18).

3.1.2 Menopoz Yaşı

Menopoz için dünya genelinde kesin bir yaşı ortaya konması oldukça güçtür. Ancak doğal menopoz yaşının 45-55 yaşları arasında olduğu (19) ve ırklar arasında farklılık olduğu rapor edilmiştir (20). Amerika'da ortalama menopoz yaşı 51.4 olarak belirtilirken (10, 21), Japonya'da menopozun 50 yaş civarında yaşandığı bildirilmiştir (21). Türkiye'de menopoz yaşı çeşitli kliniklerin bildirimine göre 45-50 yaşları arasında değişmektedir (9, 22, 23).

Tablo 1: Dünyada Menopozun Görülme Yaşı

Roma imparatorluğu.....	<30 yaş
Ortaçağ.....	33 yaş
19.yy	38 yaş
1900.....	41 yaş
1906.....	47.3 yaş
1919.....	47.9 yaş
1976.....	50.2 yaş
1978.....	50.4 yaş (10).

Menopoz yaşının hangi olaylardan etkilendiği daima araştırma konusu olmuş ve olmaktadır. Ortaya pek çok faktör atılmış olmasına karşın söz konusu faktörlerin kesin olduğuna dair görüş birliği yoktur. Bu faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir (3);

- Menarş yaşı erkense menopoz gecikir.
- Çalışan kadınlarda daha erken menopoz olur.
- Bekar kadınlarda daha erken menopoz olur.
- Çok doğum yapmış kadınlarda menopoz geç olur.
- Yüksek sosyoekonomik durumdaki kadınlarda menopoz geç gelişir.
- Doğum kontrol haplarının kullanımı menopozu geciktirir.
- Sigara içimi menopoz yaşını öne alır.
- Yüksek rakımda yaşayan kadınlarda menopoz 1-2 yıl erken olur.
- Beslenme alışkanlıkları menopoz yaşında etkili olabilir (3).

3.1.3 Menopoz Epidemiyolojisi

Menopoz, üzerinde her gün tartışılan ve güncelliğini koruyan bir sağlık problemidir. İlerleyen teknoloji ile uzayan yaşam süresi, kadınların menopoz döneminde geçirdikleri süreyi de uzatmakta ve olası risklerle karşılaşma ihtimali de artmaktadır.

Günümüzde batı ülkelerinde beklenen yaşam süresi kadınlar için 80 seneyi aşmıştır (24). Türkiye’de 1993’de yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre doğuştan yaşam umudu erkekler için 62.7, kadınlar için 67.3’tür. Bu değerler 2000 yılında erkekler için yaklaşık 66.7, kadınlar için 72.2’dir (25). Türkiye için menopoz yaşı yapılan çalışmalarda 45-50 yaşları arasında (26-29) olduğu göz önünde bulundurulduğunda kadın hayatının yaklaşık üçte biri menopoz döneminde geçmektedir.

Ayrıca 1990 yılında dünya nüfusunun 470 milyonu postmenopozal kadın iken, 2030 yılında bu rakamın artarak 1.2 milyara ulaşması beklenmektedir. 1990 yılında postmenopozal dönemdeki kadınların %40’ı gelişmiş ülkelerde, %60’ı ise gelişmekte olan ülkelere aittir. 2030 yılında postmenopozal kadın oranı gelişmiş ülkelerde %24’e ineceği, gelişmekte olan ülkelere ise %76’ya çıkacağı tahmin edilmektedir (24). Ülkemizde gelişmekte olan ülkeler arasında olduğu için, postmenopozal kadın yaşamının önümüzdeki yıllarda önemli bir sorun olacağını gözler önüne serilmektedir.

Menopoz semptomları arasında en sık rastlanan ve rahatsız eden semptom vazomotor semptomlar olmakla birlikte toplumlar arasında prevalansında farklılıklar göstermektedir (30). Avrupalı kadınlarda vazomotor belirtiler sık görülmekte iken (30) uzak doğulu kadınlarda sıklığı azalmaktadır (31-33). Vazomotor semptomlar gelişmiş toplumlarda kadınların %70-75’i tarafından yaşam kalitelerini azaltan durum olarak tarif edilmektedir (30).

Menopoz sonrası kadınlarda kardiovasküler komplikasyonlar da hızlı bir artış olmakta ve erkeklerle olan fark önemli ölçüde kapanmaktadır. Menopoz öncesi erkeklere göre son derece seyrek görülen myokard enfarktüsü, menopoz sonrası hızla artmaktadır. Bu hızlı artışın en önemli sebebinin menopoz olduğu bildirilmiştir (34).

Osteoporoz kemik kırıklarına neden olarak, yaşamın kalitesini azaltmakta ve hastanın bazen yaşamı boyunca bakıma ihtiyaç duymasına neden olmaktadır (35). Osteoporozla bağlı kırıklar en çok omurgalarda, el bileğinde ve kalçada görülmektedir. Vertebralarda ve el bileğinde oluşan kırıklar morbidite açısından

önem taşırken, %15-20 oranında ölümlle sonuçlanabilen kalça kırığı mortalite açısından çok önemlidir (36). ABD’de osteoporoz nedeniyle oluşmuş her yıl 1,5 milyon kırık vakası bildirilmektedir. Kabaca bunların 700.000 omurga, 250.000 kalça, 250.000 el bileği ve 300.000 de diğer kısımlarda oluşmuş kırıklardır. Osteoporoz nedeniyle yılda yapılan harcama ABD sağlık sisteminde en az 10 milyar dolardır. Tüm ülkelerde osteoporozla bağlı fraktür oluşumu 1990’da 1.7 milyon iken, 2050 yılında 6.3 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 65 yaşından sonra her üç kadından birinde omurga, ileri yaşlarda ise kalça kırığı olacağı bildirilmektedir (37).

3.1.4 Küresel Anlamda Menopoz

Menopozun çeşitli yönleri evrenseldir ve dünyanın çeşitli bölgelerindeki tüm kadınlar tarafından paylaşılmaktadır. Bunlardan biri ortalama menopoz yaşıdır. Gelişmiş batı ülkelerinde 50 civarında olan menopoz yaşı (10) doğu ülkelerinde 40'lara kadar inmektedir (38). Batı ülkelerinde menopozun ileri yaşlarda görülmesinde protein ve yağlardan zengin diyet, daha iyi sağlık bakımı, spor yapma ve eğitim sayılabilir. Menopoz yaşının kültürden kültüre, ülkeden ülkeye değişmesinin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir. Genetik veya çevresel faktörlerin, kültürel ya da metodolojik değişikliklerin bu olayda rol oynayabileceği düşünülmektedir (39).

Menopozun bir diğer küresel boyutu bu dönemde görülen fizyolojik semptomlardır. Ama yine de tüm kadınlar tarafından evrensel olarak paylaşılan semptomlar dizisinden söz etmek zordur (39). Japon kadınları üzerinde çalışan Lock ve Novaho kızalderililerini anlatan Wright’a göre bu kültürlerin dilinde menopoz veya sıcak basması kelimeleri yoktur (40, 41). Yıldırım ve ark. Gölbaşı Bölgesinde yaşayan menopozdaki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların büyük çoğunluğunda ateş basması şikayeti olduğu saptanmıştır (27).

Tüm kadınlar tarafından paylaşılan menopoza ait son bir görüş de yalnızca fizyolojik semptomlar değil kendi kültürlerinin bu semptomları algılamalar üzerine etkisidir. Her kadın kendi kültürüne göre yetiştirilir, kendi inançları, tavırları ve yaşama ve tabi ki menopoza ait değer yargıları içinde onun menopozu fizyolojik ve duygusal algılamaya yanıtlarını içeren bir harita hazırlanırken menopoza ilişkin öğrendiklerini kendi kültürüyle uyum içerisinde olmasına dikkat edilmelidir (39, 42). Dows’un bildirdiğine göre, Newfoundland kadınları için menopoz öncesi ve sonrası bir çöküş dönemi olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde kadın sessizce acı çeker

ama şikayet etmez. Batılı ülkelerde ise İtalya, Almanya, Amerika'da kadınlar bu dönemi yaşlılığın dönüm noktası olarak kabul eder ve daha negatif bir süreç olarak algırlar (39).

Ülkemizde menopoza yaklaşım, algılama, sevk ve idaresinde son yıllarda oldukça büyük değişiklikler görülmektedir. Daha önceleri utanma ya da toplumda yanlış anlaşılma korkusuyla menopoz dönemini gizlice acı çekerek geçiren Türk kadını fizyolojik ve birlikte yaşamaya alışılması gereken bir dönem olduğunun bilincine varmaktadır. Gerek kitlesel iletişim araçları medya ve TV, gerekse sivil toplum ve sağlık örgütlerinin çalışmasıyla her geçen gün kadınıımızın menopoza karşı bilgisi ve ilgisi artmaktadır (39).

3.2 Menopoz Semptomları

Menopoz öncesi oluşmaya başlayan yaşlanma süreci ve hormonal değişiklikler ve menopoz ile endojen östrojen düzeyleri düşmesi bir takım fizyolojik değişikliklere neden olur (3). Menopozda östrojen eksikliğine bağlı klinik sonuçlar iki farklı süreç içinde görülür. Bunlardan birincisi, kısa dönemde görülen değişikliklerdir ki, bunlar arasında sıcak basması, terleme ve çarpıntı gibi vazomotor bozukluklar, irritabilite, ağlama isteği, endişe, uyku bozuklukları, ruhi değişiklikler, depresyon, anksiyete, kendine güvensizlik, unutkanlık, konsantrasyonda bozukluklar gibi bazı psikolojik belirtiler ile özellikle deri ve ürogenital sistemde, mukoza ve bağ dokusunun atrofisi sonucu meydana gelen, derinin incilmesi, kuruluk, turgorunu kaybetmesi, renk değişiklikleri, pollaküri, sıkışma ve üriner inkontinans, vaginit, vajinada kuruluk, akıntı, dolgunluk, vaginismus, disparoni gibi şikayetlerle libidonun azalmasıdır (43). İkincisi ise uzun dönemde görülen osteoporoz ve kardiovasküler sisteme ait belirtilerdir (44).

Menopoz döneminin akut ve kronik semptomları Şekil 1'de verilmiştir (1).

Şekil 1: Klimakterik Belirtiler

<u>Süre</u>	<u>Sistem</u>	<u>Belirtiler</u>
Süre Akut (Aylar)	1-Vazomotor	Sıcak basması Gece terlemesi Çarpıntı Baş ağrısı
	2-Psikolojik	Hafıza kaybı İnsomnia Anksiyete Mood değişiklikleri
	3-Ürogenital	Genital traktus atrofisi Alt üriner traktus semptomları İnkontinans
	4-Kardiovasküler	Enfarktüs
	5-Kas-İskelet Sistemine ait	Eklem ağrıları Sırt ağrısı Osteoporoz
Kronik (Yıllar)		

3.2.1. Vazomotor Belirtiler

Vazomotor değişiklikler vazodilatasyon sonucu “hot flush” (ciltte ısı artışı) ile başlayan bir süreçtir. Dilimizde sıcak basması olarak adlandırılmıştır. Menopoz semptomları arasında en sık karşılaşılan ve rahatsız eden semptomdur. Bir çok toplumda prevalansı çok büyük farklılık göstermektedir (45).

Sıcak basmaları süreci, menopozda erken dönemde başlar ve kendiliğinden sonlanır (1-5 yıl). Doğal, cerrahi veya tıbbi menopozun oluşumunda ilk 3 aylık bir süreçte başlayan ve kadınların %80’inin çeşitli derecelerde yaşadığı bir semptomdur. Bu şikayet kadınların %85’inde bir yıl içinde, %25-50’sinde beş yıl içinde geçmektedir (46). Menopoz döneminde görülen diğer semptomlara göre ilerleyen zaman içerisinde azalır. Ancak bazı kadınlarda 6 ay içinde sona ereceği gibi 30 yıl kadar da sürebilir. Sıcak basmalarının sosyo-ekonomik, demografik değişkenlere bağlı olmadığı bilinmektedir. İş durumu, sosyal statü, medeni hal sıcak basmalarıyla

anlamalı bir korelasyon göstermemektedir (47). Yine menarş yaşı, gebelik sayısı ile sıcak basması arasında bir korelasyon tespit edilememiştir (48).

Sıcak basmasında gözle izlenebilen; toraks, boyun ve yüze doğru ilerleyen kızarıklığıdır. Önce periferik kan akımı artar, 5 dakika içerisinde cilt sıcaklığı en üst seviyeye ulaşır. Kan akımındaki artış cilt damarlarıyla sınırlıdır. Kas damarlarındaki kan basıncı nöbet sırasında stabildir. Daha sonra cilt yoluyla ısı kaybı sonucu vücut ısısı düşer. Son olarak plazma LH (Lüteinizan Hormon) düzeyinin yükseldiği öne sürülmektedir (49).

Sıcak basmasından hemen önce kalp atım hızı ve cilt dolaşım hızında artış başlar ve aniden terleme olur . Cilt ısısında 1 ila 7 derece Celcius, kalp atımında ise 4 ila 35 atım arasında artma olur (49). Sıcak basmasını takiben çarpıntı, basınç hissi, halsizlik ve baş dönmesi olabilir (49).

Uyku ile sıcak basmasının ilişkisi çok belirgindir. Geceleri uyanmakla sonuçlanan tarzda görülme eğilimi vardır. Uyanma epizodlarının sıcak basma anıyla keşiştiği tespit edilmiştir (50).

Menopozdaki baş ağrısı tipi migren tipi baş ağrısıdır (45). Premenopozal dönemde östrojen hormonundaki oynamalardan dolayı migren ataklarının sıklığında artış olmaktadır. Keza östrojeni yerine koyma tedavisi alan menopozdaki kadınlarda sıklık östrojen kullanımı migren ataklarını arttırmaktadır (51). Menopozda ise migren sıklığında azalma olur. Migren ataklarındaki bu azalma östrojenin kan seviyesinin iyice düşmesinden kaynaklanır (45).

3.2.2 Nöro-Psişik Belirtiler

Nöro-psişik belirtiler üzerinde ciddiyetle durulması gereken değişikliklerdir. Ciddi boyutta ve sayıda kadın menopozla beraber bu tür şikayetlerle hekime müracaat etmektedir (45).

Menopoza özgü majör depresyon tablosunun görülmediği bilinmektedir (52-54). Ancak menopoz döneminde kadınlar çoğunlukla mutsuzdur. Yorgun, tükenmiş bir halde görülürler. Çabuk sinirlenmeler gözlenebilir. Ağlama nöbetleri olabilir. Uykusuzluktan yakınırılar. Bellek sorunları, dikkati bir noktaya yoğunlaştıramama şikayetleri siktir. Bu belirtilerle şekillenen “minor depresif tablo”nun kişinin psiko sosyal durumu ile ve kişilik yapısıyla ilgili olduğunu söylenebilir (55). Östrojen ile depressif belirtiler arasındaki ilişki tam olarak netlik kazanmamıştır. Zira çeşitli

çalışmalar östrojen azalmasının depresyona yol açtığını belirtmesine rağmen, aksini iddia eden sonuçlar da bildirilmiştir (52-54).

Östrojenlerin hafıza için önemli olan nöro-kimyasal ve nöro-anatomik yapılar üzerine olumlu etkisi mevcuttur (56). Ayrıca östrojen Alzheimer hastalığında patognomonik olan asetilkolin yapımını da artırır (57).

3.2.3 Genito-Üriner Belirtiler

Östrojen yetmezliğine bağlı olarak ürogenital sistemde meydana gelen atrofi menopozun erken dönemlerinde başlar. Ancak semptom ve şikayetler hemen atrofi başlar başlamaz değil, genellikle 60 yaş civarında görülür ve ilerki dönemlerde, yaşlanma ile daha da önem kazanır. İlk ve en sık karşılaşılan şikayet vaginal kuruluktur. Alt idrar yolları sistemine bağlı tekrar edici enfeksiyonlar yaşlıların %13'ünde görülür ve geriatrik hastaların ürosepsise maruz kalmaları açısından bu konu çok önemlidir. 60 yaşın üzerindeki kadınların 1/3 kadarı ürogenital sistemle ilgili sıkıntılarla karşılaşırlar. Bu oran 75 yaş ve üzerinde ise 2/3'tür (58,59).

Menopozda sık rastlanılan vulvovaginal şikayetler Tablo 2'te verilmiştir.

Tablo 2: Menopozda Sık Rastlanılan Vulvovaginal şikayetler

Vaginal kuruluk ve irritasyon
Vulvovaginal kaşıntı
Vaginal basınç hissi
Kokulu akıntı
Disparoni
Postkoidal kanama
Dizüri
Pollaküri
Sık üriner enfeksiyon
Üriner stres inkontinans

3.2.4 Kardiovasküler Belirtiler

Kardiyovasküler hastalıklar kadınlarda daha az görülmesine karşın, her iki cinsiyette de en sık görülen ölüm nedenleri arasında ilk sırayı almaktadır (60). Ülkemizde de 1997 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre en çok öldüren hastalıklar sırasıyla koroner kalp hastalıkları (KKH), kanserler ve serebrovasküler hastalıklardır (61). Menopozda kadınlar artmış kardiovasküler hastalık riskiyle karşı karşıyadır. Koroner hastalık sonucu oluşan belirtiler östrojenin azalması sonucunda menopozdaki kadında değişik şekilde ortaya çıkar. Bu belirtiler iskeminin oluşturduğu belirtilerdir. Aritmi, ağrı, çarpıntı şeklinde ortaya çıkar (62, 63).

Menopoz öncesi kadınlarda, aynı yaştaki erkeklere oranla 2.5-4.5 kat daha az kardiovasküler hastalık riskine sahip olmakla birlikte, 55 yaşını aşmış bir kadında koroner damar hastalığı görülme sıklığı, 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artış gösterir (1). Bunun nedeni olarak overlerdeki yaşlanma suçlanmıştır. Ancak olay sadece östrojen eksikliği olarak nitelendirilmemelidir (61). Östrojen eksikliği yanında daha bir çok faktör, postmenopozal dönemde kadının kardiovasküler riskini belirler (61, Tablo 3).

Tablo 3: Kadınlarda Kardiovasküler Risk Faktörleri

Genetik
Obesite
Hipertansiyon
Diabetes Mellitus
Sigara Kullanımı
Aile Hikayesi
Hematolojik Faktörler ve Homosistein
Sedanter Yaşam Şekli
Postmenopozal Östrojen Eksikliği

Menopoz sonrası kadınlarda kardiyovasküler hastalık sıklığında artma ile birlikte dikkati çeken bir diğer özellik ise, Kardiyovasküler komplikasyonlardır. Kadınlarda bu komplikasyonlar daha dramatik seyreder. Dittrich ve ark. (64)

myokard enfarktüsü sonrasında 1 yıllık yaşam beklentisinin kadınlarda erkeklere nazaran daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Bu durumun nedeni, büyük bir olasılıkla kadınlarda enfarktüsün daha ileri yaşlarda görülmesi ve dolayısıyla daha az tolere edilebilmesidir. Ayrıca Miyocardial revaskülarizasyon sonuçları kadınlarda daha az yüz güldürücüdür (65, 66).

3.2.5 Kas-İskelet Sistemine Ait Belirtiler

Bağ, kemik ve adale dokusu kas-iskelet sisteminin en önemli kompartmanlarını oluştururlar. Menopozda ortaya çıkan kas-iskelet sistemine ait belirtiler adale ağrısı, eklem ağrısı, vücut hacminde azalma, kemik kırıkları, hareket esnekliğinde azalma, tüm atletik ve motor hareketlerde azalma şeklindedir (43).

3.2.5.1 Bağ dokusu

Bağ dokusu üç ana grup madde tarafından oluşmuştur.

- 1- Yapısal grup (Kollajen, Elastin, Fibrillin)
- 2- Özelleşmiş proteinler (Fibronektin, Fibrillin, Laminin)
- 3- Vücut proteinlerine bağlı grup (Uzun zincirli disakkarit olan proteoglikanlar) (43).

Ağırlıklı olarak incelenmesi gereken yapı kollajendir. İnsan vücudunda 19 çeşit kollagen bulunmaktadır. Tip I kollagen vücuttaki kollajenin %90'nını oluşturur. Bu tip kollagen cilt ve kemiklerde ağırlıklı olarak bulunur (43). Menopozla birlikte hızlanan kollajendeki değişiklikler cilt, kemik ve bağ dokusunda derin etkiler oluşturmaktadır. Menopozda kollajendeki olumsuzluk yaratan değişimin hızı östrojen tedavisiyle azaltılabilmektedir (67).

3.2.5.2 Kemik Dokusu ve Osteoporoz

Kemik dokusu organik ve inorganik olarak iki bölümden oluşmaktadır. Organik bölüm inorganik bölümün bağlanması ve elastikiyetini sağlar (43). Menopozda ortaya çıkan osteoporozla ait belirtiler kemikteki organik kısımdaki değişikliklere ve mineral (Ca) azalmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (68, 69).

Osteoporoz çeşitli şekillerde tarif edilebilir. 1993 teki Statement konferansındaki tanımına göre “ **Düşük kemik kitlesi, kemiğin kırılabilirliğinin artmasına ve sonuç olarak kırık riskinin artmasına yol açan, kemik dokusunun mikro yapısının bozulması ile seyreden bir hastalıktır**” şeklinde tanımlanmıştır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü, BMD (Bone Mineral Density) ölçümlerine dayanan tanımları daha çok benimsemektedir (1). Buna göre;

- 1- Normal: BMD, ortalama genç erişkin değerlerinden 1 SD'den fazla sapma görülmemesi,
- 2- Düşük kemik kitlesi (osteopeni): BMD, ortalama genç erişkin değerlerine göre 1-2.5 SD sapma görülmesi,
- 3- Osteoporoz: BMD, ortalama genç erişkin değerlerine göre 2.5 SD'nin üzerinde sapma elde edilmesi,
- 4- Ağır Osteoporoz: BMD, ortalama genç erişkin değerlerine göre 2.5 SD'nin üzerinde sapma görülen ve bir veya daha fazla travmasız kırık bulunması (1).

Kalça kırığına bağlı kronik komplikasyonlar görülebilir. Basınca bağlı yaralar gelişir. Bu hastaların rehabilitasyonu sıklıkla başarısızdır. Böyle hastaların %50'si günlük aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyarlar. %15-25'i bakım kurumuna yatırılırlar. %10-20'si kalça kırığından sonra ölür. Sigara kullanımı osteoporozu ve bu tabloyu ağırlaştırır (70).

Osteoporozda risk etkenleri şöyle sıralanabilir: Cinsiyet (kadınlarda risk erkeklere oranla 4 kattır), yaş, kalsiyum eksikliği, ırk, fiziksel etkinliğin olmaması, kalıtım, sigara ve alkol tüketimi, kemik kaybına yol açacak bazı hastalık (astım ve artrit gibi) tedavilerinde kullanılan ilaçlar (37, 71).

Osteoporoz kadınlar için neden önemli?

- 1- Kadınlar erkeklere göre daha düşük iskelet kütlelerine sahiptir.
- 2- Yaşlandıkça oluşan kemik kaybı her iki cinsten de görülmesine rağmen, kayıp menopoz nedeniyle kadınlarda daha fazladır.
- 3- Kadınlar daha uzun süre yaşadığı için daha fazla osteoporoz riskiyle karşı karşıyadır.
- 4- Yaşlı kadınlar nedeni kesin bilinmemekle beraber erkeklerden daha sık düşmektedir (37).

3.2.5.3 Kas Dokusu

İnsan vücudunda iki tip kas bulunmaktadır. Düz kaslar istemsiz, diğerleri ise istemli hareket eder. Pelvik tabanı oluşturan kaslar menopozda gevşeyerek çeşitli şikayetlere yol açarlar. Genital organlarda yer değiştirmeler ortaya çıkar (43).

Menopozla çizgili kaslarda ortaya çıkan güçsüzlük hissi ve diğer fiziksel hareket yeteneği kayıpları konusunda yapılmış doğrudan bir çalışma yoktur. Ancak menopozda östrojen tedavisi alanlarda postural dengenin daha iyi olduğu ve bu hastalarda kırıkların daha az görülmesi, östrojenin kas gücünü koruduğunu düşündürmektedir (72).

3.3 Menopoz ve Seksüel Yaşam

Klimakteriumda meydana gelen hormonal ve biyolojik değişimler, seksüel fonksiyonu yakından etkilemektedir. Yapılan poliklinik çalışmalarına göre 50 yaş ve üzeri kadınlardaki seksüel yakınmaların, daha genç yaş gruplarına göre anlamlı şekilde fazla olduğu belirtilmektedir (73). Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalar 35 yaş ve altı kadınlarda haftada 1 ve daha fazla seksüel ilişki oranının %45.1, 50 yaş üzeri kadınlar da ise %20.3 olduğu saptanmıştır (74, 75). Postmenozal dönemde seksüel ilginin anlamlı bir düzeyde azaldığı ve bunun da menopoz yaşı ile uyumlu olduğu bildirilmiştir (76, 77).

Postmenopozal seksüel yaşamın belirlenmesinde önemli özelliklerinden birisi, kadının bu dönemi seksüel açıdan ne şekilde gördüğüdür. Örneğin kişi bu dönemi her şeyin sonu gibi algılayabilir ve her yönü ile olumsuz düşünceye sahip olabilir. Oysa farklı bir kişi, bu dönemi normal bir şekilde karşılar ve yaşam şeklini ona göre düzenler. Bazı kişiler tarafından seksüalitenin doğurganlık ile aynı anlamda algılanması, fertilitenin kaybolduğu bu dönemlerde seksüel düşüncenin anlamını yitirmesine de neden olabilir (73).

3.4 Menopozda Hormon Replasman Tedavisi

Hormon Replasman Tedavisinin (HRT) amacı; kadın hayatını uzatmak değil, yaşanan ömür içinde premenopozal-menopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesini arttırmaktır (2).

Hormon bilgilerindeki gelişmeler ve menopozun patofizyolojisinin daha iyi anlaşılması kadın hayatının bu döneminin östrojen eksikliğinden kaynaklandığı gerçeğine götürmüştür. Ancak bu bilgilere ulaşmak asırlar sürmüştür (2).

17. yüzyılda Avrupa'da menstrüel akıntının zehirli olduğuna dair inanış, menopozlu yılları akmayıp vücutta kalan kanın etkileri olarak değerlendirilmiştir. Bu dönemde tedavi flebotomi, serviks sülük yapıştırılması, cilt koterizasyonu gibi yöntemlerle yapılmaktaydı (78, 79).

2000'li yıllara yaklaşırken HRT deki fayda zarar analizine göre; kadının kardiovasküler hastalık nedeni oluşabilecek mortalitesini azaltmak, HRT'nin uzun kullanımı ile ortaya çıkacak ve hafif olarak artmış rölatif risk içindeki meme kanserinden daha önemlidir denilmektedir (80).

50'li yıllarına ulaşan bir kadının ömür boyu kardiovasküler hastalıktan ölme riski %31 iken kanserden ölme riskinin %3 olduğu ve HRT ile kardiovasküler mortalitesinin %50 azaltılabildiğini düşünürsek HRT'nin önemi açığa çıkar (2).

Menopozal döneminin akut semptomlarından olan vazomotor değişiklikler, uyku bozuklukları, nöro-endokrin sorunlar HRT ile düzelir (2). Anksiyete, depresyon vb. sorunlarda ise HRT sonrası önemli düzeyde iyileşme sağlanabilmektedir (81).

HRT kullanımının önemli amaçlarından biri menopozun uzun dönemli sorunlarından olan osteoporozu ve onun semptomlarını (82), diğeri ise kardiovasküler hastalıkları ve onun semptomlarını iyileştirmektir (83-85).

HRT'nin kesin, rölatif kontrendikasyonları ve HRT kullanımında dikkat edilecek hususlar sırasıyla Tablo 4,5,6 de verilmiştir (86).

Tablo 4: HRT'nin Kesin Kontrendikasyonları

Gebelik

Aktif derin ven trombozu

Aktif karaciğer hastalığı

Nüks endometrium kanseri

Nüks meme kanseri

Kadının tedaviyi istememesi

Tablo 5: HRT'nin Göreceli Kontrendikasyonları

Anormal vaginal kanama
Göğüste kitle (incelenmemiş)
Endometrium kanseri
Meme kanseri
Ailede yoğun meme kanseri anamnezi
Geçirilmiş derin ven trombozu
Ailede derin ven trombozu anamnezi

Tablo 6: HRT kullanımında Dikkatli olunması Gereken Durumlar

Diabet	Yüzeyel tromboflebit
Safra kesesi taşı	Epilepsi
Karaciğer hastalığı hikayesi	Sistemik lupus eritomatozis
Endometriozis	Multibl skleroz
Myom	Yeni geçirilmiş myocard infarktüsü
Varis	Hipertrigliseridemi
Migren	

3.4.1 HRT Sıklığı

Hormon replasman tedavisinin faydalarının ispatlanmış olmasına ve bu konuda medya baskısının bulunmasına karşın tüm dünyada postmenopozal kadın grubundaki HRT kullanım oranı artmakla birlikte, beklenildiği kadar yüksek değildir (86).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1982'de 13.6 milyon HRT reçetesi yazılmışken, 10 yılda bu rakam 36.4 milyona çıkmıştır (87). ABD'de menopozdaki kadınların %20'sinin HRT aldığı (88, 89) ve HRT alanların ancak %40'ının bir yıldan daha uzun süre tedaviye devam ettikleri bildirilmiştir (88). Yapılan bir

çalışma, kadınların %30'unun yazılan HRT reçetesini gidip eczaneden almadıklarını göstermiştir (89).

HRT Avrupa ülkelerinde ortalama %11.7 oranında kullanılmaktadır. Bu oran Kuzey Avrupa'da %10 rakamlarında iken, Güney Avrupa'ya inildikçe %5'lere kadar düşmektedir (90, 91).

3.5 Menopozda Beslenme

Günümüzde beslenmeye önem vermenin doğal yoldan kadın sağlığını iyileştirmede önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmıştır. Yaşamın her döneminde çeşitli besinler önemli role sahip olmakla birlikte her dönemde gereksinim duyulan besin miktarları değişiklik gösterir (92).

Menopozla birlikte kadın vücudunda çok önemli metabolik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişikliklerin en önemlisi yağ metabolizması ile ilgili olmaktadır. Menopozla birlikte damar kolesterol metabolizması değişir. Erkeklerde olduğu gibi bu durum damar sertliği oluşum ile sonuçlanır. Aynı zamanda bu yaşlarda hipertansiyon gelişimi de başlar. Her iki durum beraberinde kalp hastalığı riskinin artışına neden olur. Menopozla birlikte azalan estrogen hormonu nedeni ile kemik metabolizmasında önemli rol oynayan kalsiyum fosfor emilimi azalır ve kemik erimesine zemin hazırlanmış olur. Yaşın ilerlemesine paralel olarak metabolizma hızı yavaşlamaktadır. Daha önceleri alınan kalori formu korunurken ilerleyen yaşla birlikte aynı kalori alınsa da vücut ağırlığında artma meydana gelmektedir (93).

Menopozda, sindirim sisteminden emilimi yavaş kompleks karbonhidratlar tercih edilmelidir. Besinlerdeki selüloz oranı yüksek olmalıdır (93, 94).

Bitkisel yağlar, Omega 3 yağ asitleri LDL reseptörlerini uyarıcı bir etkiye sahiptirler. Kolesterol yükselişinin kontrolünde yararlı olurlar (93, 94).

Hayvansal kaynaklı proteinlerin seçimi sırasında kolesterol içeriğine dikkat edilmelidir (94).

Tuz kısıtlaması çok defa gereklidir (93, 94).

Kalsiyumdan zengin beslenme yapılmalıdır. Doğal yolla alınan kalsiyuma takviye olarak 500 mg kalsiyumun ilaç olarak alınması uygun olacaktır (93, 94).

Kısaca menopozda beslenme fiberden zengin, rafine karbonhidrattan fakir, hayvansal kaynaklı yağ oranı düşük bir diyet şeklinde olmalıdır (94).

Menopoz döneminde sigara, alkol ve aşırı kahve tüketiminden kaçınılmalıdır (37).

3.6 Menopozda Egzersiz

Menopozda ortaya çıkan tablonun bir diğer tedavi yolu ise egzersizdir. Menopoz dönemindeki egzersiz, diabetli olmayanlar için bir gece boyu açlıktan sonra (12 saatlik) sabah kahvaltısı öncesi en uygun zamandır. Diabetliler için ise, yemeklerden 1-3 saat sonra aerobik egzersiz şeklinde uygundur. Egzersizlerin süresi 20-60 dakika olmalıdır. 20 dakikadan az egzersiz yeterli aktivasyonu sağlamaz. 60 dakikanın üzeri egzersiz ise serbest yağ asidi mobilizasyonunun aşırılığı nedeni ile insülin rezistansı üzerinde olumsuz etki yapar (94).

Ani olarak yapılan ağır fiziksel aktiviteye kalp uyum sağlayamayabilir. Bu nedenle fiziksel aktivitenin dozu yavaş yavaş arttırılmalıdır. Kemik erimesi açısından ağırlık egzersizleri özellikle önerilmektedir. Ancak ağırlık yaşa ve vücut durumuna göre ayarlanmalıdır. Yürüyüş herkesin kolaylıkla yapabileceği iyi bir egzersizdir (93).

Menopoz döneminin sağlıklı ve mutlu geçirilmesi için primer, sekonder, tersiyer korunma önlemlerinin alınması gerekir. Bu nedenle artık pre-post menopozal semptomların değil, geç semptomlar ve hastalıklar oluşmadan uzun süreli bir koruyucu tedavinin yapılması gereği vardır. Dünya da beklenen ortalama yaşam süresinin uzaması (Türk kadınları için yaklaşık 72 yaş), kadın hayatının üçte bir döneminin menopozda geçmesi, menopoz dönemindeki kadın nüfusunun genel nüfus içindeki oranının yükselmesi nedeniyle günümüzde menopoz dönemi sorunları önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışma Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınların menopoz dönemine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma; Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınların menopoz dönemine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üzeri toplam 4255 kadının isimleri Ev Halkı Tespit Fiş'lerinden yararlanılarak liste haline getirilmiştir. Daha sonra bu kadınların 408 tanesi randomize sayılar cetvelinden yararlanılarak seçilmiştir. Seçilen 408 kadının 402'sine ulaşılmış, 399 (%97.8) kişi anket doldurmayı kabul etmiştir.

Örnekleme büyüklüğüne karar verilirken;

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

formülünden yararlanılmıştır. (45 yaş ve üstü kadının toplam kadın nüfusuna oranı $p=0.25$ $t=1.96$ ve $d=0.04$ olarak alınmıştır.)

Bilgiler, sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınlarla yüz yüze görüşülerek ve anket tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmanın saha çalışması 1 Kasım 2002 ile 31 Aralık 2002 tarihleri arasında yapılmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 10.0 for windows programına kaydedilerek, hata kontrolleri, tablolar ve istatistiksel analizler bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde X^2 ve t testi kullanılmıştır ($P<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir). Ortalamalar standart sapmalar ile birlikte verilmiştir.

5. BULGULAR

A- Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Yaşayan 45 Yaş ve Üzeri Kadınların Sosyo-Ekonomik-Demografik Özellikleri:

Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalaması 55.5 ± 7.9 'dur. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 7'de verilmektedir.

Tablo 7: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	%
45-49	105	26,3
50-54	102	25,6
55-59	70	17,5
60-64	59	14,8
65 ve ↑	63	15,8
Toplam	399	100,0

Kadınların %80.2'si evli, %0.8 ise bekar, %19.0'ı duldur. %96.7'si ev hanımı, %1.8'i devlet memuru ve %1.5'i emeklidir. Çalışmaya alınan kadınların aile tipine göre dağılımı Tablo 8'da verilmiştir.

Tablo 8: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Aile Tipine Göre Dağılımı

Aile Tipi	Sayı	%
Çekirdek Aile	324	81,2
Geniş Aile	75	18,8
Toplam	399	100,0

Çalışma kapsamındaki kadınların %57.1'i okur-yazar değildir (Tablo 9).

Tablo 9: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur-yazar değil	228	57.1
Okur-yazar	40	10.0
İlkokul mezunu	102	25.6
Ortaokul mezunu	6	1.5
Lise mezunu	13	3.3
Üniversite mezunu	10	2.5
Toplam	399	100.0

Kadınların %92.5'inin herhangi bir sosyal güvencesi bulunurken, %7.5 kadının herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sosyal güvencesi bulunan kadınların sosyal güvenlik kuruluşuna göre dağılımı Tablo 10'da verilmektedir.

Tablo 10: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Sosyal Güvencesi Olanların Sosyal Güvenlik Kuruluşuna Göre Dağılımı

Sosyal Güvenlik Kuruluşu	Sayı	%
SSK	229	62.0
Emekli Sandığı	74	20.1
Bağ-Kur	53	14.4
Yeşil Kart	13	3.5
Toplam	369	100.0

Çalışmaya alınan kadınların %4.6'sı üst sosyo-ekonomik düzeyde dir (Tablo 11).

Tablo 11: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı

Sosyo-Ekonomik Düzey* (S.E.D)	Sayı	%
Üst	18	4,5
Orta	92	23,1
Alt	278	69,7
Toplam**	388	97,2

* Üst S.E.D, Yüksekokul mezunu, üst düzey devlet memuru ya da serbest meslek sahibi olupta, kişi başına aylık geliri en az 300 milyon TL olanlar,
Orta S.E.D, Üst ve alt sosyo-ekonomik düzeye girmeyen,
Alt S.E.D, İlkokul ya da altı eğitilmiş belirli bir işi olmayan ve kişi başına en fazla 150 milyon TL geliri olan

**Aylık gelirini bilmeyen 11 kişi dahil edilmemiştir.

B- Çalışmaya Alınan Kadınların Doğurganlık Özellikleri:

Çalışma kapsamındaki kadınların ortalama menarş yaşı 13.8 ± 1.5 , ortalama canlı doğum sayısı 4.6 ± 2.5 'dir (Tablo 12).

Tablo 12: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Bazı Doğurganlık Özelliklerinin Ortalama Dağılımı

	\bar{X}	SD	Minimum	Maximum
Menarş Yaşı	13.8	1.5	10	19
İlk Evlenme Yaşı	18.2	3.9	12	40
Toplam Canlı Doğum	4.6	2.5	0	20
Toplam Yaşayan Çocuk	3.8	1.9	0	12
Toplam Ölen Çocuk	0.8	1.6	0	19
Toplam Ölü Doğum	0.5	0	0	6
Toplam Düşük	0.8	1.5	0	12
Kendiliğinden Düşük	0.4	0.9	0	6
İsteğe Bağlı Düşük	0.5	1.2	0	11

C- Çalışmaya Alınan Kadınların Bazı Beslenme Alışkanlıkları ve Yaşam Tarzları:

Çalışma kapsamındaki kadınların %39.1'i süt, peynir, yoğurt gibi kalsiyum içeren besinleri hafta da 5-9 porsiyon tüketmektedirler (Tablo 13).

Tablo 13: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Süt, Peynir, Yoğurt gibi Kalsiyum İçeren Besinleri Haftalık Tüketme Durumuna Göre Dağılımı

Haftalık Tüketme Miktarı (Porsiyon)	Sayı	%
1-2 porsiyon	115	29.0
3-4 porsiyon	107	27.0
5-9 porsiyon	156	39.4
10 ve ↑	11	2.8
Tüketmeyenler	7	1.8
Toplam	396	100.0

Kadınların %9.8'i halen sigara içmektedir (Tablo 14).

Tablo 14: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı

İçme Durumu	Sayı	%
Halen İçen	39	9.8
Bırakmış	24	6,0
İçmeyen	336	84,2
Toplam	399	100.0

45-49 yaş grubundaki kadınların %16.2'si halen sigara içmekteyken, 65 yaş ve üzeri gruptaki kadınların %3.2'si içmektedir ($p>0.05$, Tablo 15).

Tablo 15: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Yaş Gruplarına Göre Sigara İçme Durumu

Yaş Grupları	Halen içenler		Bırakmış		İçmeyenler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
45-49	17	16.2	8	7.6	80	76.2	105	100.0
50-54	10	9.8	8	7.8	84	82.4	102	100.0
55-59	5	7.1	2	2.9	63	90.0	70	100.0
60-64	5	8.5	1	1.7	53	89.8	59	100.0
65 ve ↑	2	3.2	5	7.9	56	88.9	63	100.0
Toplam	39	9.8	24	6.0	336	84.2	399	100.0

$X^2=13.729$ $SD=8$ $P=0.089$

Halen sigara içen kadınlar günlük ortalama 7.1 ± 8.45 , haftalık ortalama 49.5 ± 59.2 sigara içmektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınların %0.3 alkollü içki kullanırken, %99.7'si alkollü içki kullanmamaktadır. %43.3'nün kahve içme alışkanlığı bulunmaktadır (Tablo 16).

Tablo 16: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Kahve İçme Durumuna Göre Dağılımı

Kahve İçme Durumu	Sayı	%
Günde 2 fincan ve ↑	24	6.0
Günde 1 fincan ve ↓	149	37.3
İçmeyenler	226	56.6
Toplam	399	100.0

Kadınların %19.3'ü herhangi bir fiziksel aktivite yaparken, %80.7'si hiç bir fiziksel aktivite de bulunmamaktadır. Fiziksel aktivite yapanların yaptıkları spor dallarının dağılımı Tablo 17'de verilmektedir.

Tablo 17: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Yapmış Olduğu Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Dağılımı

Fiziksel Aktivite	Sayı	%
Yürüyüş	73	94.8
Aerobik	3	3.9
Kondisyon Bisikleti	1	1.3
Toplam	77	100.0

Herhangi bir fiziksel aktivite yapanların %33.8'i 45-49 yaş grubunda, %24.7'si 50-54 yaş grubunda, %10.4'ü 55-59 yaş grubunda, %15.6'sı 60-64 yaş grubunda, %15.6'sı da 65 ve ↑ yaş grubundadır ($p>0.05$).

D- Çalışmaya Alınan Kadınların Menopoz Yaşı, Menopoza Girme Şekli, Menopoz Dönemi Hakkındaki Bilgileri ve Bilgi Edinme Kaynakları

Çalışma kapsamındaki kadınların %81.2'si menopozdadır. %83.6'sı doğal yoldan, %16.4'ü cerrahi yoldan menopoza girmişlerdir (Tablo 18). Cerrahi yoldan menopoza girenler dışlandığında doğal menopoz yaşı ortalama 45.9 ± 5.1 (min=32, max=60) olarak tespit edilmiştir.

Doğal menopoz yaşı; sigara içenlerde 44.6 ± 4.9 , içmeyenlerde 45.4 ± 5.3 ($p=0.318$), kahve içme alışkanlığı olanlarda 45.7 ± 5.5 , olmayanlarda 45.0 ± 5.1 ($p=0.231$), orta ve üst sed olanlarda 45.7 ± 4.9 , alt sed 45.3 ± 5.3 ($p=0.516$), herhangi bir fiziksel aktivite yapanlarda 45.5 ± 4.5 , yapmayanlarda 45.3 ± 5.5 ($p=0.732$) olarak bulunmuştur.

Çalışma kapsamındaki kadınlardan menopoz döneminde olanların menopoza girme şekilleri Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopoza Girme Şekilleri

Menopoza Girme Şekli	Sayı	%
Cerrahi yoldan	53	16.4
Doğal yoldan	271	83.6
Toplam*	324	100.0

*75 kadın menopoza girmemiştir.

Doğal yoldan menopoza giren kadınların %83.8'i 40-54 yaşları arasında menopoza girmişlerdir (Tablo 19).

Tablo 19: Doğal Yoldan Menopoza Giren Kadınların Menopoza Girme Şekilleri

Menopoza Girme Şekli	Sayı	%
Erkan menopoz (39 ve↓)	28	10,3
Normal menopoz (40-54)	227	83,8
Geç menopoz (55 ve↑)	16	5,9
Toplam	271	100,0

Kadınların %80.7'si menopoz kelimesini duyduğunu, %19.3'ü ise duymadığını belirtmişlerdir. Menopoz kelimesini duyanların %70.9'u menopoza adetten kesilme şeklinde tarif etmişlerdir (Tablo 20).

Tablo 20: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopozun Tarifini Yapma Durumlarına Göre dağılımı

Menopoz Tarifi (Birden fazla şık işaretlenmiştir)	Sayı	%
Adetten kesilmedir*	283	70.9
Doğurganlığın bitmesidir*	66	16.5
Yaşlılığın başlangıcıdır*	37	9.3
Hormonal değişiktir*	31	7.8
İşe yaramazlıktır*	8	2.0
Cinsel hayatta azalmadır*	5	1.3
Cinsel özgürlüktür*	4	1.0
Menopoz kelimesini duyup tarifini bilmeyenler*	26	6.5

*n=399

Çalışma kapsamındaki kadınların eğitim düzeylerine göre “Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Görülebilecek Şikayetler Nelerdir?” sorusuna verdiği yanıtların dağılımı Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre “Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Görülebilecek Şikayetler Nelerdir?” Sorusuna Verdiği Yanıtların Dağılımı

Şikayetler* N=399	Herhangi bir okul mezunu olmayan		Herhangi bir okul mezunu olan		Toplam		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sıkıntı	158	65.3	84	34.7	242	60.7	0.321
Ateş basması	111	61.3	70	38.7	181	45.4	0.024
Terleme	84	60.9	54	39.1	138	34.6	0.051
Sinirlilik	42	66.2	25	33.8	74	18.5	0.847
Baş ağrısı	42	79.2	11	20.8	53	13.3	0.04
Huzursuzluk	36	76.6	11	23.4	47	11.8	0,143
Çarpıntı	16	55.2	13	44.8	29	7.3	0.809
Uyuşukluk	12	63.2	7	36.8	19	4.8	0.703
Kemik erimesi	6	33.3	12	66.7	18	4.5	0.002
Uykusuzluk	11	64.7	6	35.3	17	4.3	0.825
Adet kesilmesi	10	66.7	5	33.3	15	3.8	0.966
Unutkanlık	5	71.4	2	28.6	7	1.8	0.809
Nefes darlığı	3	60.0	2	40.0	5	1.3	0.731
CVH**	2	66.7	1	33.3	3	0.8	0.985
Depresyon	-	-	1	100.0	1	0.3	0.152
İdrar kaçırma	1	100.0	-	-	1	0.3	0.484

*Birden fazla şikayet belirtmişlerdir

**Kardio-Vasküler Hastalık

Tablo 21’de de görüldüğü gibi kadınlar menopoz döneminde görülebilecek şikayetlerden sırasıyla en fazla sıkıntıdan (%60.7), ateş basmasından (%45.4) ve terleme (%34.6)’den bahsetmişlerdir.

Herhangi bir okul mezunu olan kadınlar menopozun uzun dönemde ortaya çıkan kemik erimesi şikayetini, herhangi bir okul mezunu olmayan kadınlara göre daha fazla oranda bilmişlerdir ($p<0.05$, Tablo 21).

Çalışma kapsamındaki kadınların %30.6'sı menopoz dönemiyle ilgili bilgi aldıklarını belirtirken, %69.4'ü herhangi bir yerden bilgi almadıklarını belirtmişlerdir. Menopoz dönemi ile ilgili bilgi alanların, bilgi aldıkları kaynakların dağılımı Tablo 22'te verilmektedir.

Tablo 22: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Dönemi İle İlgili Bilgi Alanların, Bilgi Aldıkları Kaynakların Dağılımı

Bilgi Edindikleri Kaynaklar		
(Birden fazla şık belirtilmiştir)	Sayı (n=122)	%
Hekim	101	82.8
Kitap, dergi	6	4.9
Televizyon, radyo	18	14.8
Komşu, akraba, arkadaş	13	10.7

E- Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopoz Döneminde Cinsel Yaşama Bakış Açıları

Kadınların %46.9'u menopoz döneminde cinsel hayatta değişiklik olduğunu, %44.6'sı cinsel hayatta herhangi bir değişiklik olmayacağını ifade etmişlerdir. %8.3 ise bu konuyla ilgili bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Cinsel istek azalır diyenlerin oranı %48.0'dır (Tablo 23).

Tablo 23: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel İstekte Olabilecek Değişikliklere Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Cinsel İstek	Sayı	%
Azalır	191	47.9
Değişmez	178	44.6
Bilmiyorum	30	7.5
Toplam	399	100.0

Cinsel istekte azalma diyenlerin %74.3'ü herhangi bir okul mezunu değildir (P=0.000, Tablo 24).

Tablo 24: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Eğitimlerine Göre Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel İstekte Olabilecek Değişikliklere Verdiği Yanıtların Dağılımı

Herhangi Bir Okul Mezunu	Cinsel istek azalır		Cinsel istek Değişmez		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmayan	142	74.3	100	56.2	26	86.7	268	67.2
Olan	49	25.7	78	43.8	4	13.3	131	32.8
Toplam	191	100.0	178	100.0	30	100.0	399	100.0

$X^2=19.380$

Sd=2

P=0.0001

Çalışma kapsamındaki kadınların %42.9'u cinsel ilişkinin ileri yaşlarda da olması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 25).

Tablo 25: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Cinsel İlişkiye Bakış Açıları

Cinsel İlişki	Sayı	%
Sadece gençlik çağına özgü	199	49.9
İleri yaşlarda da olması gerekli	171	42.8
Fikri olmayanlar	29	7.3
Toplam	399	100.0

Herhangi bir okul mezunu olmayan kadınların %57.1'i cinsel ilişkinin sadece gençlik çağına özgü olduğunu belirtmişlerdir (p=0.0001, Tablo 26).

Tablo 26: Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Eğitim Düzeylerine Göre Cinsel İlişkiye Bakış Açıları

Herhangi Bir Okul Mezununu	Gençlik çağına özgü		İleri yaşlarda da olması gerekli		Fikri olmayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmayan	153	57.1	91	34.0	24	9.0	268	100.0
Olan	46	35.1	80	61.1	4	3.8	131	100.0
Toplam	199	49.9	171	42.8	29	7.3	399	100.0

$X^2=26.809$

Sd=2

P=0.0001

F- Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopoza Bakış Açıları

Çalışma kapsamındaki kadınlardan, menopoz döneminde olanların %43.5'i (141 kişi) menopoza girdiği veya adet görmediği için memnun olduklarını belirtmişlerdir. Memnun olma nedenleri Tablo 27'de verilmektedir.

Tablo 27: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan, Menopoz Döneminde Olanların Menopoza Girdiği Veya Adet Görmediği İçin Memnun Olma Nedenlerinin Dağılımı

Memnun Olma Nedenleri	Sayı	%
Adet görmemek temizliktir	42	29.8
İbadetler daha rahat yapılıyor	8	5.7
Artık çocuk olmayacağı için	11	7.8
Menopoz döneminin rahat geçmesinden	80	56.7
Toplam	141	100.0

Menopoz dönemindeki kadınların %56.5'i (183 kişi) ise menopoza girdiği veya adet görmediği için memnun olmadığını belirtmişlerdir. Memnun olmama nedenleri Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan, Menopoz Döneminde Olanların Menopoza Girdiği Veya Adet Görmediği İçin Memnun Olmama Nedenlerinin Dağılımı

Memnun Olmama Nedenleri	Sayı	%
Adet görünce rahathıyordum	37	20.2
Sağlık problemlerinin olmasından	146	79.8
Toplam	183	100.0

Kadınların %70.4'ü menopozu normal bir olay, doğal bir süreç olarak kabul ederken, %20.6'sı menopoz hastalık olarak kabul etmektedir (Tablo 29).

Tablo 29: Çalışma Kapsamındaki Kadınların Menopoza Bakış Açıları

Menopoz	Sayı	%
Normal, doğal bir süreçtir	281	70.4
Doğal bir süreç+hastalıktır	19	4.8
Hastalıktır	82	20.5
Hastalık, eksiklik, sakatlıktır	7	1.8
Fikri olmayanlar	10	2.5
Toplam	399	100.0

G-Çalışma Kapsamındaki Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanma Oranları ve HRT'ye Bakış Açıları

Çalışma kapsamındaki kadınların %61.7'si menopoz döneminde görülen şikayetlerin tedavisinin olduğunu belirtirken, %35.8'i bu şikayetlerin tedavisinin olmadığını belirtmiştir. %2.5'inin ise bu konuyla ilgili bilgileri bulunmamaktadır.

Menopoz döneminde görülen şikayetlerin tedavisinin olduğunu belirten kadınların %93.9'u menopoz döneminde tedavi görülmeli derken, %6.1'i menopoz döneminde tedavi görmeyen gereksiz olduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışma kapsamındaki kadınlardan menopoş döneminde olan kadınların (324 kişi) %17.9'u (58 kişi) menopoş tedavisi aldığını, %82.1'i (266 kişi) ise tedavi almadığını belirtmişlerdir.

Menopoş tedavisi alan kadınların kullanmış oldukları ilaçların dağılıını Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30: Menopoş Döneminde Olupta İlaç Tedavisi Alan Kadınların Kullandıkları İlaçların Dağılıını

Kullandığı İlaç Grubu	Sayı	%
Hormon ilaçları	14	24.1
Kalsiyum içeren ilaçlar	8	13.8
Hormon+kalsiyum	26	44.8
Vitamin ilaçları	2	3.5
İsmini bilmediği ilaçlar	8	13.8
Toplam	58	100.0

Menopoş dönemindeki kadınlarda HRT kullanma oranı %12.3 (40/324) olarak tespit edilmiştir (Tablo 30). Kadınlar ortalama 16.4±21.9 (min=1 ay, max=120 ay) ay HRT tedavisi almıştır.

Herhangi bir okul mezunu olanların %22.0'ı HRT alırken, herhangi bir okul mezunu olmayanların %8.6'sı HRT'si almaktadır (Tablo 31, p=0.001).

Tablo 31: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan, Menopoz Döneminde Olanların Eğitim Düzeyine Göre HRT'si Alma Durumunun Dağılımı

Herhangi Bir Okul Mezunu	HRT Alıyor		HRT Almıyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmayan	20	8.6	213	91.4	233	100.0
Olan	20	22.0	71	78.0	91	100.0
Toplam	40	12.3	284	87.7	324	100.0

$X^2=10.849$

Sd=1

P=0.001

Çalışma kapsamındaki kadınlardan menopoz döneminde olupta HRT tedavisi almayanların almama nedenleri Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olupta HRT Tedavisi Almayanların Almama Nedenleri

Almama Nedenleri	Sayı	%
Menopozda tedavi olmaya gerek yoktur	118	44.4
İhmalikten	30	11.3
Menopoz tedavisinin olduğunu bilmiyordum	26	9.8
Doktor ile kooperasyon noksanlığından	22	8.3
Maddi imkansızlıktan	19	7.1
Yan etkilerinden dolayı	12	4.5
Fayda göremeyeceği endişesinden	12	4.5
Alışkanlık yapabileceğinden	3	1.1
Kanama yapabileceği korkusundan	1	0.4
Herhangi bir sebebi yok	3	1.1
Cevap vermeyenler	20	7.5
Toplam	266	100.0

HRT'nde kullanılan ilaçların ne gibi yan etkileri vardır? Sorusuna kadınların vermiş olduğu yanıtların dağılımı Tablo 33'de verilmiştir.

Tablo 33: Çalışma Kapsamındaki Kadınların HRT Tedavisinde Kullanılan İlaçlara Ait Görülebilecek Yan Etkilerin Ne Olabileceğine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Yan Etkiler	Sayı	%
Kanser yapıcı etkisi	19	4.8
Mide bulantısı, İştah acıcı etkisi	11	2.7
Bağımlılık yapıcı etkisi	7	1.7
Sinir, baş ağrısı, halsizlik	5	1.3
Tüülenme	3	0.8
Göğüslerde şişlik	3	0.8
Kanama	2	0.5
Kalbe zararlı	2	0.5
Böbreklere zararlı	2	0.5
Konuyla ilgili bilgisi olmayanlar	290	72.7
Yan etkisi yoktur	48	12.0
Cevapsız	7	1.7
Toplam	399	100.0

Tablo 33'te de görüldüğü üzere kadınların %72.7'si HRT'nin yan etkileri konusunda herhangi bir bilgiye sahip değildiler.

H- Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olanlarda Menopoz Dönemiyle İlgili Görülen Semptomların Prevalansı

Çalışma kapsamındaki kadınlardan menopoz döneminde bulunanlarda en sık görülen ilk üç şikayet sırasıyla %78.1 ile ateş basması, %76.2 ile terleme, %71.9 ile unutkanlık gelmektedir (Tablo 34).

Tablo 34: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olanlarda Menopoz Dönemiyle İlgili Görülen Semptomların Prevalansı

Semptomlar	N=324	
(Birden fazla şık belirtilmiştir)	Sayı	%
Ateş basması	253	78.1
Terleme	247	76.2
Unutkanlık	233	71.9
Kemik ve adale ağrısı	226	69.8
Yorgunluk	219	67.6
Baş ağrısı	214	66.0
Sıkıntı	209	64.5
Uykusuzluk	182	56.2
Çarpıntı	181	55.9
Alınganlık, içe kapanıklık	140	43.2
Barsak alışkanlığında değişiklik	75	23.1
Yaşlanma korkusu	74	22.8
İştah değişikliği	64	19.8
Kardio-vasküler hastalık	44	13.6
Cinsel ilişkide ağrı	40	12.3

Çalışma kapsamındaki kadınlardan menopoz döneminde olanların “menopoz döneminde görülen sorunları nasıl çözüyor sunuz?” Sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 35’te verilmiştir.

Tablo 35: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olanların “Menopoz Döneminde Görülen Sorunları Nasıl Çözüyor sunuz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Çözüm Yolları N=324	Sayı	%
Ortam değiştirerek (dışarı, balkona çıkmak, komşuya gitmek)	90	27.8
Doktora giderek	53	16.4
İlaç kullanarak	19	5.9
Çözemiyorum	14	4.3
Yalnız kalarak	7	2.2
Duş alarak	5	1.5
Kuran okuyarak	4	1.2
Çocuklara kızarak	3	0.9
Kıyafet değiştirerek	2	0.6
Elişi yaparak	2	0.6
Hiçbir şey yapmıyorum	124	38.3
Cevapsız	1	0.3
Toplam	324	100.0

Kadınların eğitim düzeylerine göre menopoz döneminde görülen sorunları çözme yollarının dağılımı Tablo 36’de verilmiştir.

Tablo 36: Çalışma Kapsamındaki Kadınlardan Menopoz Döneminde Olanların Eğitim Düzeyine Göre Menopoz Döneminde Görülen Sorunları Çözme Yollarının Dağılımı

Çözüm Yolları	Herhangi bir okul mezunu olan		Herhangi bir okul mezunu olmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiçbir şey yapmayanlar	31	34.1	93	39.9	124	38.3
Doktora gidenler	14	15.4	39	16.7	53	16.4
Çözemiyorum diyenler	-	-	14	6.0	14	4.3
Kendince bir yöntem kullananlar*	46	50.5	87	37.3	147	45.4
TOPLAM	91	100.0	233	100.0	324	100.0

*Ortam değiştirerek, ilaç kullanarak, yalnız kalarak, duş alarak, kuran okuyarak, çocuklara kızarak, kıyafet değiştirerek, elışı yaparak diyenler bir grup olarak alındığında;

$X^2=8.908$

Sd=3

P=0.031

Çalışma kapsamındaki kadınların %55.4'ü menopoza girmeyi geciktirmek istemişlerdir (Tablo 37).

Tablo 37: Çalışma Kapsamındaki Kadınların “Menopoza Girmeyi Geciktirmek İster misiniz” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Menopoza Girmeyi Geciktirmek İster misiniz?	Sayı	%
Evet	221	55.4
Hayır	176	44.1
Kararsız	2	0.5
Toplam	399	100.0

Kadınların %62.2'si menopoz dönemiyle ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 38).

Tablo 38: Çalışma Kapsamındaki Kadınların “Sizce Menopoz Hakkındaki Bilgileriniz Yeterli mi?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Verilen Yanıtlar	Sayı	%
Yeterli	35	8.8
Kısmen yeterli	94	23.6
Yetersiz	248	62.2
Kararsız	22	5.5
Toplam	399	100.0

Çalışma kapsamındaki kadınların %45.9’u menopoz dönemiyle ilgili bilgi veya yardım almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 39).

Tablo 39: Çalışma Kapsamındaki Kadınların “Menopoz Dönemiyle İlgili Bilgi veya Yardım Almak İster misiniz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Verilen Yanıtlar	Sayı	%
Evet	183	45.9
Hayır	130	32.6
Kararsız	86	21.6
Toplam	399	100.0

6.TARTIŞMA

Çalışma kapsamındaki kadınların %26.3'ü 45-49 yaş, %25.6'sı 50-54 yaş, %17.5'i 55-59 yaş, %14.8'i 60-64, %15.8'i ise 65 ve yukarı yaş grubundadır (Tablo 7). Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağının 2002 verilerine göre 45 ve üzeri yaş grubunda olan kadın sayısı 4255'tir. Bunun %25.2'si 45-49 yaş, %19.8'i 50-54 yaş, %15.6'sı 55-59, %14.9'u 60-64 ve %24.5'i 65 yaş ve üzeri yaş grubundadır (95). Çalışma grubuna seçilen kadınların yaş gruplarına göre dağılımı, çalışmanın yürütüldüğü sağlık ocağının yaş gruplarına göre dağılımına benzerdir.

Kadınların %81.2'si çekirdek ailede, %18.8'i ise geniş ailede yaşamaktadır (Tablo 8). Güngör ve ark. (96) aynı sağlık ocağında yapmış olduğu çalışmada çekirdek ailede yaşayanların oranı %85.5, geniş ailede yaşayanların oranı %14.5 olarak tespit edilmiştir. Aynı bölgede yapılan iki çalışmada da yaşanan aile tipi oranları birbirine benzemektedir. Elde edilen veriler bölgede çekirdek aile tipi yaşam tarzının daha fazla tercih edildiğini göstermektedir.

Çalışmamızdaki kadınların %57.1'i okur-yazar değildir. %10'u okur-yazar, %25.6'sı ilkokul, %1.5'i ortaokul, %3.3'ü lise, %2.5'i üniversite mezunudur (Tablo 9). Güngör ve ark. (96) yapmış olduğu çalışmada kadınların %36.9'u okur-yazar değilken, %11.7'si okur-yazar, %40.6'sı ilkokul, %3.3'ü ortaokul, %6.1 lise, %1.4 yüksekokul mezunudur. Çalışmamızdaki okur-yazar olmayan kadın oranı Güngör ve ark. (96) yapmış olduğu çalışmadaki okur-yazar olmayan kadın oranından fazla, ilkokul mezunu olan kadın oranı ise düşüktür. Bunun nedeni olarak Güngör ve ark. yapmış olduğu çalışmada daha genç nüfusu almalarından kaynaklanmış olabilir.

Kadınların %92.5'nin herhangi bir sağlık güvencesi vardır. %62.0'ı SSK'ya, %20.1'i Emekli Sandığına, %14.4'ü Bağ-Kur'a bağlıyken, %3.5'i Yeşil Kartlıdır (Tablo 10). Güngör ve ark. (96) yaptığı çalışmada katılımcıların %91.2'sinin herhangi bir sağlık güvencesi vardır. %54.8'i SSK'ya, %23.5'i Emekli Sandığına, %15.8'i Bağ-Kur'a bağlıdır. %5.9'unun Yeşil Kartı bulunmaktadır. Çalışmamızdaki sosyal güvence verileri Güngör ve ark. aynı bölgede yapmış olduğu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınların menarş yaşı ortalaması 13.8 ± 1.5 'tir (Tablo 12). Başer ve ark. (28) çalışmasında ilk adet görme yaşı ortalaması 13.5, Şenol ve ark. (26) yapmış olduğu çalışma da 13.6, Tezcan ve ark. (97) yapmış olduğu bir çalışma da ise 13.4 olarak bulunmuştur. Türkiye değeri de 13.5'tir (98). Çalışmaya

alınan kadınların menarş yaşı ortalaması diğer çalışmalarla ve Türkiye ortalamasıyla uyumludur.

Çalışmamızdaki ilk evlenme yaşı ortalaması 18.2 ± 3.9 'dur (Tablo 12). Başer ve ark. (28) çalışmasında ilk evlenme yaşı ortalaması 19.6, Şenol ve ark. (26) yapmış olduğu çalışmada ise 18.5 olarak bulunmuştur. Ülkemiz genelinde ilk evlenme yaşı ortancası 25-29 yaşlarında olan kadınlar için 20 iken, 45-49 yaşlarındaki kadınlar için 18.3'tür (99). Çalışmaya alınan kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması bahsedilen çalışmalarla ve Türkiye ortalamasıyla uyumludur.

Canlı doğum ortalaması araştırmamızda 4.6 ± 2.5 olarak tespit edilmiştir (Tablo 12). Karaoğlu ve ark. (100) yapmış olduğu çalışmada canlı doğum ortalaması 2.8, Başer ve ark. (28) çalışmasında 2.8, Açık ve ark. (101) çalışmasında 2.8, Çöl ve ark. (102) çalışmasında ise 2.5 olarak bildirilmiştir. Türkiye genelinde 1978'de kadın başına 4.3 olan doğum sayısı 1995-1998 döneminde kadın başına 2.6 doğuma düşmüştür (99). Ancak doğu ile batı arasında fark bulunmaktadır. Doğuda 1993 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre toplam doğurganlık hızı 4.4 (98), 1998 TNSA verilerine göre 4.2' dir (99). Çalışmamızdaki canlı doğum ortalaması Türkiye ortalaması ile uyumludur.

Çalışma kapsamındaki kadınların %39.4'ü süt, peynir, yoğurt gibi kalsiyum içeren gıdaları hafta da 5-9 porsiyon, %2.8'i 10 ve yukarı porsiyon tükettiklerini belirtmişlerdir. %56.0'ı haftada 1-4 porsiyon tüketirken, %1.8'i ise hiç tüketmemektedir (Tablo 13). Güngör ve ark. (29) bayan öğretmenler üzerinde yapmış olduğu çalışmada öğretmenlerin %40.4'ü süt, peynir, yoğurt gibi kalsiyum içeren gıdaları hafta da 10 ve yukarı, %39.6'sı 5-9 porsiyon arası tüketmektedir. Şenol ve ark. (26) menopoz polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada kadınların %83.0'ı günlük diyetlerinde süt, peynir veya yoğurdu aldıklarını belirtmişlerdir. Tezcan ve ark. (97) yaptığı çalışmada bayan öğretmenlerin %87.8'i her gün düzenli olarak süt veya süt ürünlerinden en az birini tükettiği belirtilmiştir. Çalışmamızdaki kadınların kalsiyum içeren gıdaları tüketme oranları Güngör ve ark., Şenol ve ark. ve Tezcan ve ark. yapmış olduğu çalışmalardan daha düşük oranlardadır. Bunun nedeni olarak çalışma grubumuzdaki kadınların eğitim seviyesinin düşük olmasından ve bu konuyla ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olabilir.

Kadınların %9.8'i halen sigara içmektedir (Tablo 14). Şenol ve ark.(26) menopoz polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada halen

sigara içen kadın oranı %17.3, Dedeoğlu ve ark. (103) Antalya'da yaptığı bir çalışma da kadın sağlık personelinde sigara içme oranı %46.2 olarak açıklanmıştır. Sezer ve ark. (104) Elazığ ilinde çalışan hemşire ve ebeler üzerinde yaptığı çalışmada halen sigara kullanma oranı %55.7, PİAR'ın 1988 yılında yapmış olduğu bir çalışma da Türk kadınları için bu oran %24.3 (105), BİGTAŞ araştırmasına göre ise kadınların %13.5'i halen sigara içmektedir (106). Çalışma kapsamındaki kadınların sigara içme oranları diğer çalışmalara göre düşük seviyede olması sevindirici bir bulgudur.

Çalışma kapsamındaki kadınların %43.3'nün (sık sık veya arasıra içenler) kahve içme alışkanlığı bulunmaktadır (Tablo 16). %19.3'ü herhangi bir fiziksel aktivite yapmaktadır. Güngör ve ark. (29) yaptığı çalışmada kahve içme alışkanlığı olan bayan öğretmen oranı %67.5, herhangi bir fiziksel aktivite yapma oranı ise %39.6'tır. Tezcan ve ark. (97) yaptığı çalışma da %57.5 öğretmenin kahve içme alışkanlığı olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmaya (97) göre herhangi bir fiziksel aktivite yapma oranı %31.8 olarak belirtilmiştir. Onat ve ark. (107,108) yapmış olduğu çalışmada 20-29 yaş grubu kadınların %5'inin fiziksel aktivite düzeyleri ortanın üzerinde, 40-49 yaş grubu kadınların ise %2'sinin fiziksel aktiviteleri ortanın üzerinde bulunmuştur. Yine Arslan ve ark. (109) toplumun çeşitli yaş gruplarında yaptığı araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızdaki kahve içme alışkanlığı oranı Güngör ve ark ile Tezcan ve ark. yaptığı çalışmaya göre daha düşüktür. Kahve içme oranının düşük olması sevindirici bir bulgudur. Ülkemizde dahil olduğu 6 Avrupa ülkesinde yapılan (MEDOS-Mediterranean Osteoporosis Study) çalışmada fazla kahve içme ile kalça kırığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (37). Çalışmamızdaki fiziksel aktivite yapma oranları Onat ve ark. ile Arslan ve ark. yapmış olduğu çalışmalara göre yüksektir. Bu da toplumun bu konudaki duyarlılığının artmasına veya çalışmalardaki değerlendirme farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Menopoz için dünya genelinde kesin bir yaş ortaya konması oldukça güçtür. Ancak doğal menopoz yaşının 45-55 yaşları arasında olduğu (19) ve ırklar arasında farklılık olduğu rapor edilmiştir (20). Amerika da ortalama menopoz yaşı 51.4 olarak bildirilmektedir (10). Türkiye'de Erciyes Üniversitesi'nde yapılan bir çalışma da ortalama menopoz yaşı 45.9 (26), Gölbaşı Bölgesi'nde yapılan çalışma da 46.7 (27) Başer ve ark. (28) yapmış olduğu çalışma da 43.9, Güngör ve ark. (29) çalışmasında 46.6 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki doğal menopoz yaşı 45.9 ± 5.1 olarak tespit edilmiştir. Doğal menopoz yaşı Türkiye'de yapılan çalışmalarla benzerlik

göstermektedir. Ancak ülkemiz kadınları Amerika da yaşayan kadınlardan daha önce menopoza girmektedir. Batılı ülkelerde menopozun ileri yaşlarda görülmesinin nedenleri arasında buralarda yaşayan kadınların beslenme alışkanlıklarından, daha iyi sağlık bakımı almalarından, spor yapmalarından ve eğitim düzeylerinden kaynaklanmış olabilir.

Menopoz kelimesini duyan kadın oranı %80.7'dir. Hsien-An Pan ve ark. (110) Tayvanlı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada menopoz kelimesini duyan kadın oranı %97'dir. Çalışmamızdaki kadınların eğitim seviyelerinin düşük olmasının, konu ile ilgili sağlık personelinin eğitim ve hizmet eksikliğinin, bizim çalışmamızdaki oranın düşük çıkmasında etkili olduğu kanaatindeyiz.

Menopoz kelimesini duyan kadınların %70.9'u menopoza adetten kesilme olarak, %16.5'i doğurganlığın bitmesi, %9.3'ü yaşlılığın başlangıcı, %7.8'i hormonal değişiklik olarak tarif etmişlerdir (Tablo 20). Güngör ve ark. (29) çalışmasında menopoza adetten kesilme olarak tarif eden kadın oranı %95.4, Peykerli ve ark. (111) yapmış olduğu bir çalışmada ise %47.9'u menopoza hormonal değişiklik, %23.0'ı yaşlılığın başlangıcı, %20.9'u doğurganlığın bitmesi olarak tanımlamışlardır. Çetinkaya ve ark. (112) yaptığı çalışmada menopoza adetten kesilme olarak tarif edenlerin oranı %77.1 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızdaki kadınların büyük bölümü menopoza adetten kesilme olarak tarif etmişlerdir. Güngör ve ark. (29) ile Çetinkaya ve ark. (112) yapmış oldukları çalışmalarda da kadınların büyük bölümü menopoza adetten kesilme olarak tarif etmişlerdir. Peykerli ve ark. (111) çalışmasında ise kadınlar menopoza daha çok hormonal değişiklik olarak tarif etmişlerdir. Bu da iki çalışmaya alınan kişilerin menopoz konusundaki bilgi aldıkları kaynakların veya kullanılan soru takımlarının farklılığından ileri gelmiş olabilir.

Kadınlar menopoz döneminde görülebilecek şikayetlerden sırasıyla sıkıntıdan (%60.7), ateş basmasından (%45.4) ve terlemeden (%34.6) bahsetmişlerdir. Kardiovasküler şikayetlerden bahseden kadın oranı %0.8, kemik erimesinden bahseden kadın oranı ise %4.5'tir (Tablo 21). Başer ve ark. (28) çalışmasında da en çok bilinen menopoz şikayetleri sırasıyla sıkıntı (%95.0), ateş basması (%92.5) ve terlemedir (% 85.5). Bayan öğretmenlerin menopoz dönemi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışını değerlendiren çalışma da ise, öğretmenler menopoz dönemi şikayetlerinden en çok vazomotor semptomlardan, ikinci sırada psikolojik semptomlardan, üçüncü sırada ise osteoporozdan bahsetmişlerdir (29). Aynı

çalışmada (29) kardiovasküler şikayetlerden söz etme oranı %5.4'tür. Özmen ve ark. (113) yaptığı çalışmada en sık bildirilen menopoz semptomları sinirlilik, terleme, isteksizlik, ağrılı cinsel ilişkidir. Tayvanlı kadınlar üzerinde yapılan çalışma da ise en çok bilinen ilk üç menopoz şikayeti %61 ile sıcak basması, %51 ile kızarıklık, %49 ile insomnia'dır (110). Yukarıdaki verilerde gösteriyor ki Türk ve Tayvanlı kadınlar menopoz şikayetlerinden en çok vazomotor sistemi ilgilendiren semptomları bilmektedirler. Menopozun uzun dönemde ortaya çıkan kronik semptomları bilme oranları düşüktür. Çalışmamızda herhangi bir okul mezunu olan kadınlar, herhangi bir okul mezunu olmayan kadınlara göre menopozun uzun dönem semptomlarından olan kemik erimesini daha fazla oranda bilmişlerdir ($p < 0.05$, Tablo 21).

Çalışma kapsamındaki kadınların %30.6'sı menopoz dönemiyle ilgili bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Bilgi alınan kaynaklara baktığımızda ilk sırayı %82.8 ile doktorlar almaktadır. Televizyon, radyo gibi kitle iletişim araçlarından bilgi edinen kadın oranı %14.8, komşu, akraba ve arkadaşlardan bilgi edinen kadın oranı %10.7, kitap, dergilerden bilgi edinen kadın oranı ise %4.9'dur (Tablo 22). Başer ve ark. (28) çalışmasında kadınların %73.0'ı menopozla ilgili bilgilerini çevreden, %5.5'i mesleki eğitimleri sırasında, %4.0'ı kendi deneyimlerinden edindiklerini belirtmişlerdir. Hsien-An Pan ve ark. (110) yaptığı çalışmada Tayvanlı kadınlar menopozla ilgili bilgileri sırasıyla %43.0 ile gazete ve dergi gibi okuma materyallerinden, %22.0 ile arkadaş, %18 ile tıp personelinden almışlardır. Çalışmamızda menopoz dönemiyle ilgili bilgi edinen kadın oranı düşüktür. Ancak bilgi aldığını belirten kadınların bilgi kaynağı olarak hekimleri seçmesi olumlu bir davranıştır.

Kadınların %47.9'u menopoz döneminde cinsel istekte bir azalma meydana gelebileceğini, %44.6'sı herhangi bir değişiklik olmayacağını belirtmiştir. %49.9 kadın cinsel ilişkiyi sadece gençlik yıllarına özgü bir olay olarak tanımlamışlardır. Herhangi bir okul mezunu olmayan kadınların %57.1'i, herhangi bir okul mezunu olan kadınların %35.1'i cinsel ilişkiyi gençlik çağına özgü bir olay olarak görmektedir ($p=0.0001$, Tablo 26). Peykerli ve ark. (111) yaptığı çalışmada kadınların %32.1'i menopozda cinsel hayatın azalacağını belirtirken, %6.4'ü çok azalacağını, %60.1'i ise değişmeyeceğini ifade etmişlerdir. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların %69.7'si cinsel hayatta değişme olmayacağını belirtirken, Eğitim seviyesi düşük olanların %55.0'ı değişmeyeceğini belirtmiştir. Çalışmamızda cinsel hayatta değişme olmayacağını belirten kadın oranı Peykerli ve ark. (111) yapmış

olduğu çalışmaya göre daha düşük seviyededir. Bu da her iki çalışmadaki kadınların sosyo-kültürel bakımdan farklı yerlerde yaşamalarından ve çalışmamızdaki kadınların eğitim seviyelerinin düşük oluşundan kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızdaki verilerde göstermiş ki eğitim seviyesi yükseldikçe menopoza dönemindeki cinsel yaşama pozitif bakış açısı baskın olmuştur. Postmenopozal seksüel yaşamın belirlenmesinde önemli özelliklerinden birisi, kadının bu dönemi seksüel açıdan ne şekilde gördüğüdür. Örneğin kişi bu dönemi her şeyin sonu gibi algılayabilir ve her yönü ile olumsuz düşünceye sahip olabilir. Oysa farklı bir kişi, bu dönemi normal bir şekilde karşılar ve yaşam şeklini ona göre düzenler (73). Menopoz döneminde cinsel ilgi kaybı, orgazma ulaşma da zorluk görülebilir (114). Bu nedenle menopoz ve postmenopozal dönemde ortaya çıkabilecek cinsel sorunlarla baş etmek için, bu dönemlerde olan kadınların normal cinsellik fizyolojisinde ne gibi değişikliklerin olabileceği konusunda eğitilmeleri gerekir.

Çalışma kapsamındaki kadınların %70.4'ü menopoz dönemini normal, doğal bir süreç olarak görmektedir (Tablo 28). Menopoza girdiği için memnun olan kadın oranı %43.5 iken, memnun olmayan kadın oranı %56.5'dir. Memnun olma nedenleri arasında kanamaların getirdiği sıkıntıların sona ermesi, gebe kalma riskinin ortadan kalkması, ibadetlerin daha rahat yapılması gibi nedenler sıralanmaktadır (Tablo 28). Chen ve ark. (115) Tayvandaki orta yaş Çinli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, Çinli kadınların %91,7'si menopoza doğal bir süreç olarak kabul ettiğini ve bu kadınların menopoza pozitif yönden baktığını belirtmişlerdir. Doğu ve Batı kültürlerindeki kadınları karşılaştıran çalışmalar, Doğudaki kadınların menopoza doğal bir süreç olarak gördükleri ve batıdaki yaşlılarına göre yaşamın bu dönemini daha olumlu değerlendirdiklerini göstermiştir (40,116-119).

Çalışmamızdaki HRT kullanma oranı %12.3 olarak tespit edilmiştir. Hsien-An Pan ve ark. (110) yaptığı çalışmada HRT kullanma oranı %10.0, Haines CJ ve ark. (120) çalışmasında Tayvanda yaşayan Hong Kong'lu kadınlarda HRT kullanma oranı %6, Çin'li kadınlarda %1 olarak bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) HRT kullanımının %16-25 arasında değiştiği tespit edilmiştir (87). HRT Avrupa ülkelerinde ortalama %11.7 oranında kullanılmaktadır (91). Çalışmamızda herhangi bir okul mezunu olan kadınlarda HRT kullanma oranı, okul mezunu olmayan kadınlardan daha yüksektir (P=0.001, Tablo 31). HRT almayan kadınların HRT almama nedenleri sırasıyla; %44 menopozda tedavi görülmesinin gereksiz olduğu anlayışı, %11.3 ihmallik, %9.8 bilgisizlik, %8.3 doktor ile kooperasyon

noksanlığı gibi nedenlerdir (Tablo 32). Çalışmamızdaki HRT kullanma oranı uzak doğu ülkelerinden yüksek ABD'den düşüktür. Menopoz dönemi ve dolayısıyla HRT ilgili bilgi düzeyi arttıkça HRT kullanma oranında artacağı kanısındayız.

Kadınlar ortalama 16.4 ± 21.9 (min=1 ay, max=120 ay) ay HRT tedavisi almıştır. %72.7 kadın HRT'nin yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 33). En çok bilinen yan etki ise %4.8 ile kanser yapıcı etkisidir (Tablo 33). HRT'nin avantajları olmakla birlikte fazla sayıda kadın ya hiç başlamamakta veya tedaviyi erken kesmektedir. Tedaviyi erken kesenlerin değişik sebepleri olmakla birlikte çoğunluğunda kanser korkusu, klimakterik semptomların geçmesi ve bu nedenle HRT'ye artık gerek kalmadığı düşüncesi başlıca sebeplerdendir (121).

Çalışma kapsamındaki kadınlardan menopoz döneminde bulunanlarda en sık görülen ilk üç şikayet sırasıyla %78.1 ile ateş basması, %76.2 ile terleme, %71.9 ile unutkanlıktır (Tablo 34). Kemik ve adale ağrısı olan kadın oranı %69.8, Kardiovasküler hastalığı olan kadın oranı ise %13.6'dır (Tablo 34). Carda ve ark. (122) yaptığı bir çalışmada sıcak basması ve kas iskelet sistemi ağrısı oranlarını sırasıyla %73.9 ve %82.3 olarak bildirilmiştir. Oldenhave ve ark. (123) Hollanda da yaptığı çalışma da perimenopozal kadınların %85 kadarında sıcak basması ve gece terlemesi şikayeti mevcuttur. Hsien-An Pan ve ark. (103) Tayvanlı kadınlarda yaptığı çalışma da sıcak basması %38'inde ve gece terlemesi %18'inde tespit edilmiştir. Başer ve ark. (28) yaptığı çalışma da menopoz dönemindeki kadınlar da en sık görülen üç şikayet ateş basması, terleme, yorgunluk olarak belirtilmiştir. Unutkanlık %85.7, kemik ve adale ağrısı %82.1 olarak bildirilmiştir. Veriler de gösteriyor ki, çalışmamızdaki kadınlar da en fazla vazomotor semptomlar görülmektedir. Avrupalı kadınlarda da vazomotor belirtiler sık görülmekte iken uzak doğulu kadınlarda vazomotor belirtilerin sıklığı azalmaktadır. Bu farklılığın sebebi iklimden, kültür farklılığından, beslenmeden kaynaklanıyor olabilir. Zira fitoöstrojen içeren gıdalar uzak doğuda beslenme de oldukça tercih ediliyor (124). Bu beslenme tarzının bizde sık görülen vazomotor semptomların prevalansını düşürmüş olabilir.

Çalışma kapsamındaki kadınlardan menopoz döneminde olanlar menopoz döneminde görülen semptomları sırasıyla ortam değiştirerek (%27.8), doktora giderek (16.4), ilaç kullanarak (5.9) çözmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 35). %38.3 ise bu şikayetler için hiçbir şey yapmadığını belirtmiştir (Tablo 35). Herhangi bir okul mezunu olmayan kadınlar, herhangi bir okul mezunu olan

kadınlara göre menopoz dönemi sorunlarını daha fazla oranda çözemediklerini ifade etmişlerdir (P<0.05, Tablo 36). Başer ve ark. (28) yaptığı çalışma da kadınların %46.4'ü doktora giderek, %14.2'si duş alarak menopoz döneminde görülen şikayetlerden kurtulmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. %17.8'i ise hiçbir şey yapmadığını belirtmiştir. Çalışmamızdaki kadınlar menopoz döneminde görülen şikayetleri çözmeye doktorları fazla tercih etmemektedir. Daha çok geleneksel bir yöntemle veya hiçbir şey yapmadan bu şikayetlerin geçmesini tercih etmişlerdir. Bu da çalışmamızdaki kadınların konu hakkındaki eğitimlerinin yetersiz oluşundan, HRT tedavisi hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olabilir.

Kadınların %55.4'ü menopoza girmeyi geciktirmek istediklerini (Tablo 37), %62.2'si menopoz konusunda bilgilerinin yetersiz, %23.6'sı kısmen yeterli olduğunu (Tablo 38) ve %45.9'u menopoz dönemiyle ilgili bilgi ve yardım almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 39). İngiltere'de ülke çapında yapılan bir araştırma kadınların 2/3 gibi büyük bir bölümünün menopoz nedenini bilmediklerini ve bu kadınların %80'inin bu konuda menopoza girmeden önce bilgi edinmek istediklerini göstermiştir (125). Menopoz konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu belirten kadın oranı her iki çalışmada benzerdir. Ancak çalışmamızdaki bilgi edinmek isteyen kadın oranı İngilteredeki çalışmaya (125) göre düşük seviyededir. Bu da toplumumuzun menopoz semptomlarını çoğunlukla ateş basması, terleme, sıkıntı, uykusuzluk vb. vazomotor semptomlar olarak algılaması ve bu sorunları atlatan kişilerin menopozu yendik diyebilmelerindedir (2). Bu düşünce tarzı çalışmamızdaki bilgi edinmek isteyen kadınların oranını aşağıya çekmiş olabilir.

Sonuç olarak; Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 45 yaş ve üzeri kadınların büyük bölümünün menopoz konusundaki bilgileri yetersizdir. Önemli bir kısmı kalsiyum içeren besinleri yeteri kadar tüketmemekte, %9.8 sigara içmekte ve %43.3'nün kahve içme alışkanlığı bulunmaktadır. Kadınlarımız batılı akranlarına göre daha erken yaşlarda menopoza girmektedir. Menopoz döneminde görülen şikayetlerden en fazla vazomotor sisteme ait şikayetler bilinmekte ve en çok bu sıkıntılardan şikayet etmektedirler. Menopoz dönemi ile ilgili bilgi edinen kadın oranı düşüktür. En çok bilgi edinme kaynağı hekimlerdir. Çalışma kapsamındaki kadınların büyük bir bölümü menopozu doğal bir süreç olarak görmekle birlikte, önemli bir kısmı da menopoza girdiği için memnun değildir. Menopoz konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ifade eden kadın oranı yüksek olmakla birlikte bilgi edinmek isteyen kadın oranı düşüktür.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilebilir:

- Doğurganlık çağındaki kadınlar, menopozun nedenleri, semptomları ve bunlarla baş etme yolları hakkında başta sağlık ocaklarında görev yapan hekimler ve ebe-hemşireler olmak üzere sağlık personeli tarafından eğitilmelidir,
- Eğitimi yapacak olan sağlık personelinin bilgi düzeyi hizmet içi eğitim programlarıyla yeterli hale getirilmeli ve motive edilmelidir,
- Menopozu algılama da kültürün etkisi büyüktür. Menopoz bir “tabu ve kader” olmaktan çıkarılmalı, kadınlarda bu yönde tutum ve davranış değişikliği geliştirilmelidir,
- Kadınlara yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fizik egzersiz yapma sigara içmeme ve stresle başa çıkma yollarını içeren sağlıklı yaşam stilini benimsetecek eğitim ve hizmet sunumuna öncelik verilmelidir.
- Kadınların alkol ve aşırı kafein kullanımı engellenmeli, konu ile ilgili eğitim toplantıları yapılmalıdır,
- Ayrıca menopoz döneminde görülebilecek değişiklikler ve bu dönemin mutlu sağlıklı geçmesi için yapılması gerekenler konusundaki bilgilere medyada da yer verilmesi konunun anlaşılır olmasına ve kamu oyunda diri tutulmasına katkı sağlayacaktır.

7.KAYNAKLAR

1. Ertüngealp E. Menopoz ve osteoporoz tarihçesi, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). Menopoz ve Osteoporoz kitabından, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2000:1-10.
2. Hassa H. Hormon replasman tedavisi, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). Menopoz ve Osteoporoz kitabından, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul 2000: 142-177.
3. Atasü T, Gezer A. Menopoz: tanım ve terminoloji, Atasü T (editör). Menopoz tedavisi ve kanser kitabından, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2001:13-26.
4. Gray RH. The menopause, epidemiological and demographic considerations. Beard RJ (ed). In: The menopause. Lancaster: MTP, 1976:25-40.
5. Teed H, Burger HG. The menopausal transition. Studd J (ed). In: The management of the menopause, Parthenon Publishing, New York London, 1988; 69-75.
6. Davey DA. Dsfunktional uterine bleeding, Charles R (ed). Dewhurst's textbook of obstetrics and gynaecology for postgraduaetes, Bath Press Publishers, Oxford, 1995:590-609.
7. Hurd WW. Menopause. Berek JS (ed). Novak's Gynecology 20th edition, Williams&Wilkins, Baltimore, 1994.
8. Patterson MM, Lynch AQ. Menopause: Salient issues for counselors. J Couns Dev 1988; 67:185-188.
9. Yıldırım A. Menopozda oluşan fizyolojik değişiklikler, Hassa H (editör). Klinikte menopoz kitabından, Gestet Basımevi, Eskişehir, 1996:1-13.
10. Çetin MT. Klimakterik dönemde kanama düzensizlikleri, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). Menopoz ve Osteoporoz kitabından, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul 2000: 28-37.

11. Ballinger CB. Psychiatric aspects of the menopause. *British Journal of Psychiatry*, 1990;156:773-787.
12. Palmlund I. The social construction of menopause as risk. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 1997;18: 87-94.
13. Hunter, M. S. Somatic experience of the menopause: A Prospective study. *Psychosom Med*, 1990;52:357-367.
14. Greene JG, Cooke DJ. Life stress and symptoms at the climacterium. *Br J Psychiatry*, 1980;136: (1980). 486-491.
15. Mitchell ES, Woods NF. Symptom experiences of midlife women: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Maturitas*, 1996; 25:1-10.
16. Coope J. Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. *Maturitas*, 1996; 23: 159-168.
17. Lock M. Menopause in cultural context. *Exp Gerontol*, 1994;29: 307-317.
18. Kaufert PA. The social and cultural context of menopause. *Maturitas*, 1996; 23: 169-180.
19. WHO: Research on the menopause in the 1990s. Technical Report Series 866. Geneva, 1996.
20. WHO: Research on the menopause, Technical Report Series 670. Geneva, 1981.
21. Kono S, Sunawagay Y, Higa H, Sunawagay H. Age of menopause in Japanese women. *Maturitas*, 1990;12 :43-49.
22. Aksoy M, Palaz E, Semerci E. Menopozun kadında vücut ağırlığı, beslenme alışkanlığı, fizyolojik ve psikolojik durumlarına etkisi. *Sağlık Dergisi*, 1989; 61:51-59.
23. Batioğlu S, Songül S, Keleş G, Durmuş Z. Ortalama menopoz yaşı. *Dr. Z.T.B. Kadın Hastanesi Kadın Doğum Dergisi*, 1990;2:19-22.

24. Hulka S, Meirik O. Research on the menopause. *Maturitas* 1996;23: 109-12.
25. Sağlık Bakanlığı (Türkiye): Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Macro International Inc, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2000, Ankara, Türkiye 2001.
26. Şenol V, Özdemir A, Çetinkaya A, Öztürk Y. Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı menopoz kliniğine başvuran kadınların menopoza girme yaşımı etkileyen faktörler bakımından değerlendirilmesi. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 1996.
27. Yıldırım U, Maral I, Özkan S, Bumin MA. Ankara Gölbaşı bölgesinde menopozdaki kadınların menopoz dönemi ile ilişkili olan yakınmaları. *Sağlık ve Toplum*, 1999;2:22-25.
28. Başer M, Taşçı S, Aykut M, Öztürk Y. Kadınların menopoza ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 1994:358-361.
29. Güngör L, Oğuzöncül AF, Açık Y, Güngör MY. Elazığ yenimahalle eğitim ve araştırma sağlık ocağı bölgesinde bulunan ilköğretim ve liselerde görev yapan bayan öğretmenlerin menopoz hakkındaki bilgi, düşünce ve tutumları, *Fırat Tıp Dergisi*, 2002;1:623-629.
30. Atasü T, Tekin Hİ. Menopozun Semptomları, Atasü T (editör). Menopoz tedavisi ve kanser kitabından, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2001:109-135.
31. Ho SC, Chan SG, Yip YB, Cheng A, Yi QL, Chan C. Menopausal symptoms and symptom clustering in Chinese women. *Maturitas* 1999;33:219-217.
32. Boulet MJ, Oddens BJ, Lehert P, Vemer HM, Visser A. Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. . *Maturitas* 1994;19:157-176.
33. McCarthy T. The prevalence of symptoms in menopausal women in the Far East: Singapore segment. . *Maturitas* 1994;19:199-204.

34. Lobo RA. Cardiovascular implications of estrogen replacement therapy. *Obstet Gynecol*, 1990;75:18S-25S.
35. Hekim N. Menopozun oluşumu ve devamındaki endokrinolojik değişiklikler ve getirdiği sorunlar, Atasü T (editör). *Menopoz tedavisi ve kanser*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2001:63-94.
36. Tüzün F. Osteoporozun tanımı, sınıflaması ve epidemiyolojisi, osteoporoz sempozyumu, İstanbul, 1999;9-15.
37. Dilşen G. Osteoporoz, menopoz ve osteoporoz, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz kitabından*, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul 2000;347-366.
38. Flint M, Samil RS. Cultural and subcultural meaning of the menopause, *Ann NY Acad. Sci*, 1990:134-592.
39. Özekici Ü. Küresel anlamda menopoz değerlendirilmesi, Atasü T (editör). *Menopoz tedavisi ve kanser kitabından*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2001:27-34.
40. Lock M. Contested Meaning of the Menopause. *The Lancet*. 1991;337:1270-1272.
41. Wright A. Across-cultural and comparison of menopausal symptoms. *Med Antropol*, 1983; 7-20.
42. Saraçoğlu F. Menopoz ve hormon replasman tedavisi. *Hemşire Dergisi* 1997; 4:37-48.
43. Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi, Kınışçi, Gökşin, Durukan ve ark. (editörler). *Klimakterium ve Menopoz kitabından*. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996;1312-1319.
44. Erel CT. Menopozda genitouriner trofik bozukluklar, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz kitabından*, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2000:42-89.

45. Atasü T, Tekin Hİ. Menopozun semptomları, Atasü T (editör). Menopoz tedavisi ve kanser, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2001:109-135.
46. Thompson B, Hart SA, Durno D. Menopausal age and symptomatology in general practice. *J Biol Sci.* 1973; 5: 71-82.
47. McKinlay SM, Jefferys M. The menopausal syndrome, *Br J Prev Soc Med.* 1974; 18:108-115.
48. Sherman BM, Wallace RB, Bean JA, Chang Y, Schlabaugh L. The relationship of menopausal hot flashes to medical and reproductive experience, *J Gerontol.* 1981;36:306-309.
49. Kronenberg F, Cote LJ, Linkie DM, Dyrenfurth I, Downey JA. Menopausal hot flashes: Thermoregulatory, cardiovascular and circulating catecholamine and LH changes. *Maturitas,* 1984; 6:31-43.
50. Erlik Y, Tataryn IV, Meldrum DR, Lomax P, Bajorek JG, Judd HL. Association of waking episodes with menopausal hot flashes. *JAMA,* 245; 1741-1744.
51. Gass M, Rebar M. Hormone replacement for the new millenium. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000; 27:611-623.
52. Dennerstein L, Burrows GD. A review studies of the psychological symptoms found at the menopause. *Maturitas,* 1978;1:55-64.
53. Pearce J, Hawton K, Blake F. Psychological and sexual symptoms associated with the menopause and the effects of hormone replacement therapy. *Br J Psychiatry,* 1995; 167:163-173.
54. World Health Organization Scientific Group: Research on the menopause, Technical Report Series 670. World Health Organization, Geneva, 1981.
55. Hallstrom T, Samuelsson S. Changes in women's sexual desire in middle life: the longitudinal study of women in Gothenburg. *Arch Sex Behav.* 1990;19:259-268.

56. Kugler C, Seus R, Krauskoph R, Brecht HM, Raschig A. Differences in psychic performance with guanfacine and clonidine in normtensive subjects. *Br J Clin Pharmacol.* 1980; 1:71S-80S.
57. Luine VN, Khylichevskaya RI, McEwen Bs. Effect of gonadal steroids on activities of monoamine oxidase and choline acetylase in rat brain. *Brain Res.* 1975; 86:293-306.
58. Iosif CS, Bekassy Z. Prevalans of genitourinary symptoms in the late menopause. *Acta Obstet Gynecol Scand,* 1984; 63:257-260.
59. Samsioe G. Medical and surgical strategies for treating urogynecological disorders. *Int J Fertil Menopausal Stud,* 1996; 41:136-141.
60. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26 years follow-up of the Framingham population. *Am Heart J,* 1986;111:383-390.
61. Türkiye İstatistik Yıllığı 1997. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara, 1998.
62. Bush TL. The epidemiology of cardiovascular disease in postmenopausal women. *Ann N Y Acad Sci.* 1990;592:263-271.
63. Seyisoğlu H. Menopozal dönemde kardiovasküler sistem, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz kitabından, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul,* 2000:96-104.
64. Dittrich H, Gilpin E, Nicod P, Cali G, Henning H, Ross J Jr. Acute myocardial infarction in women: influence of gender on mortality and prognostic variables. *Am J Cardiol,* 1988;62:1-7.
65. Loop FD, Golding LR, MacMillan JP, Cosgrove DM, Lytle BW, Sheldon WC. Coronary artery surgery in women compared with men: analyses of risks and long-term results. *J Am Coll Cardiol* 1983;1:383-390.

66. Cowley MJ, Mullin SM, Kelsey, Kent KM, Gruentzig AR, Detre KM et al. Sex differences in early and long-term results of coronary angioplasty in the NHLBI PTCA Registry. *Circulation*, 1985;71:90-97.
67. The Writing Group for the PEPI. Effect of hormone therapy on bone mineral density: results from the postmenopausal estrogen/progestin intervention (PEPI) trial. *JAMA*, 1996; 276:1389-1396.
68. Brincat M, Moniz CF, Kabalan S, Versi E, O'Dowd T, Magos AL et al. Decline in skin collagen content and metacarpal index after the menopause and its prevention with sex hormone replacement. *Br J Obstet Gynaecol*, 1987; 94:126-129.
69. Brincat M, Kabalan S, Studd JW, Moniz CF, de Trafford J, Montgomery J. A study of the decrease of skin collagen content, skin thickness and bone mass in the postmenopausal woman. *Obstet Gynecol*, 1987;70:840-845.
70. Banning upon osteoporosis: A guide to prevention and treatment. Washington DC: National Osteoporosis Foundation, 1989.
71. Ergin Ö. Kalsiyum eksikliği ile gelen hastalık osteoporoz, *Bilim ve Teknik Dergisi*, 1999;382:90-91.
72. Naessen T, Lindmark B, Larsen HC. Better postural balance in elderly women receiving estrogens. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:412-416.
73. Seyisoğlu H. Menopoz ve seksüel yaşam, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). Menopoz ve Osteoporoz kitabından, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2000:385-395.
74. Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. *Int J Fertil Menopausal*, 1995;1:16-22.
75. Bachmann GA, Leiblum SR, Grill J. Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet Gynecol*, 1989;73:425-427.
76. Meston CM. Aging and sexuality, *West J Med*, 1997;167:285-290.

77. Cawood EH, Bancroft J. Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. *Psychol Med*, 1996;26:925-936.
78. Van Keep PA. The history and rationale of hormone replacement therapy. *Maturitas* 1990;12:163-170.
79. Wilbush J. Climacteric disorders-historical perspectives. Studd JWW, Whitehead MI eds. In: *The Menopause*, Blackwell Scientific, Oxford, 1988; 1-14.
80. Colditz GA, Hankinson SE, Hunter DJ, Willet WC, Manson JE, Stampfer MJ et al. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med*. 1995; 332:1589-1593.
81. Kaptanoğlu C. Psikiyatrik açıdan menopoz. Hassa H (editör). *Klinikte Menopoz kitabından*. Gested Basım Ltd. İstanbul. 1996;27-37.
82. Batmaz F. Osteoporoz, osteoporozu bağlı ağrı ve tedavisi Hassa H (editör). *Klinikte Menopoz kitabından*. Gested Basım Ltd. İstanbul, 1996:39-52.
83. Grodstein F, Stampfer MJ. Estrogen replacement therapy and CVD. *Menopausal Medicine*. 1994;2:1-5.
84. Timuralp B. Menopoz ve Kardiyovasküler Sistem. Hassa H (editör). *Klinikte Menopoz kitabından*. Gested Basım Ltd. İstanbul, 1996:13-25.
85. Yıldırım A. HRT ve kardiyovasküler sistem ilişkisi. Hassa H (editör). *Klinikte Menopoz kitabından*. Gested Basım Ltd. İstanbul, 1996:137-146.
86. Madazlı R, Atasü T. Hormon replasman tedavisi, kullanımı ve takibi, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). *Menopoz ve Osteoporoz kitabından*, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2000:487-504.
87. Jewelewicz R. New developments in topical estrogen therapy. *Fertil Steril*. 1997; 67:1-12.
88. Hammond CB. Women's concerns with hormone replacement therapy compliance issues. *Fertil Steril*. 1994; 62:157S-160S.

89. Ravnikar VA. Compliance with hormone therapy. Am J Obstet Gynecol. 1987; 156:1332-1334.
90. Oddens BJ, Boulet MJ, Lehert P, Visser AP. A study on the use of medication for climacteric complaints in western Europe-II. Maturitas. 1994;19:1-12.
91. Rozenbaum H. Menopause in Europe. Birkhauser MH, Rozenbaum H (eds). (In): Menopause. Editions Eska. Paris. 1996; 13-19.
92. Ünlü O. Kadın sağlığı ve diyet, postmenopozal dönemde diyet ve diğer alternatif yöntemler, Atasü T (editör). Menopoz Tedavisi ve Kanser kitabından. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2001:589-605.
93. <http://www.kadinvegebelik.org/menopoz/MenopozdaBeslenme.htm>
28.08.2003 te bağlantı yapıldı.
94. Korugan Ü. Menopozda beslenme, Menopoz ve Osteoporoz, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). Menopoz ve Osteoporoz kitabından, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2000:343-345.
95. Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı 2002 verileri, Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü Arşivi. Elazığ.
96. Güngör MY, Açık Y. Elazığ Yenimahalle Eğitim ve Araştırma sağlık ocağı bölgesinde 35 ve üstü yaş grubunda hipertansiyonun prevalansı ve kontrolündeki eksikliklerin saptanması, Uzmanlık Tezi, 2001;31.
97. Tezcan S, Altıntaş H, Aydın Y, Çıkrıkçı İ, Doğu BB, Erdem G, Kutsal E. Ankara oran sağlık ocağı bölgesine bağlı ilköğretim okullarında çalışan kadın öğretmenlerde osteoporoz risk faktörlerinin boyutunun saptanması, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 1999;1:5-9.
98. Sağlık Bakanlığı (Türkiye) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara; 1994.

99. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Demografik ve Health Surveys Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara;1999.
100. Karaoğlu L, Öztürk C, Pehlivan E. Çorum ili sağlık ocağı bölgesinde yaşayan evli kadınlarda doğurganlık ve etkileyen faktörler, İ.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 9:33-40.
101. Açık Y, Dinç E, Eren S, Sezer H, Ergüder T, Oğuzöncül F, Polat A. Elazığ il merkezinde yaşayan kadınların aile planlaması konusunda bilgi, tutum ve uygulamaları, F.Ü. Sağlık Bil. Dergisi 1998; 12:11-18.
102. Çöl M, Akdur R, Çalışkan D. Park sağlık ocağı bölgesinde doğurganlık özellikleri ve kontraseptif yöntemlerin kullanımı, Sağlık Dergisi (Sağlık Bakanlığı) 1995;67:50-61.
103. Dedeoğlu N, Dönmez L, Aktekin M. Antalya'da sağlık personelinde tütün kullanımı. Sağlık İçin Sigara Alarmı 1994;1:7-11.
104. Sezer RE, Açık Y, Bilgin N, Horasan E, Gökdoğan F, Öztürk Z. Ve ark. Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerde sigara kullanımı, Sağlık İçin Sigara Alarmı 1994;1:12-18.
105. PİAR. Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması, İstanbul 1988.
106. BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, (1993). Ministry of Health.
107. Onat A, Dursunoğlu D, Kahraman G, Ökçün B, Dönmez K, Keleş İ, Sansoy V. Türk Erişkinlerinde Ölüm ve Koroner Olaylar: TEKHARF Çalışması Kohortunun 5-Yıllık Takibi. Türk Kardiyol Dern Arş. 1996a:24:8-15.
108. Onat A, Avcı GŞ, Soydan İ, Koylan N, Sansoy V, Tokgözoğlu L. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığının Dünü ve Bugünü- TEKHARF Çalışmasının Sağladığı Üç Boyutlu Harita. Bristol-Myers Squibb. Karakter Color Matbaası. 1996b:1-129.

109. Arslan P. Türk Toplumunun Sağlık Durumu, Diyet ve Fiziksel Aktivite Örüntüsü. Seminar on Food Safety and Nutrition Policy: Developments in Safety Assessment and Nutrition Science. Working Document. 22-23 November 1999. Ankara.
110. Hsien-An Pan, Meng-Hsing Wu, Chao-Chin Hsu, Bor-Lin Yao, Ko-En Huang. The perception of menopause among women in Taiwan, *Maturitas* 2002;41:269-274.
111. Peykerli G, Ekşi A, Vehit H. Bir grup Türk kadınının menopozla ilgili duygu ve düşünceleri. Atasü T (editör). Menopoz Tedavisi ve Kansere kitabından, Nobel Tıp Kitapevi, 2001:35-45.
112. Çetinkaya F, Naçar M, Aslan A, Ekinci E. 35-60 yaş kadınların menopoza bakış açıları, 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı, Sivas 2003;141.
113. Özmen M, Ertan T, Seyisoğlu H, Tanman Ç, Çiğeroğlu B, Ertüngealp E ve ark. Menopoz döneminde depresyon ve anksiyete düzeylerinde etkili sosyokültürel ve hormonal faktörler. I. Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Simpozyumu, İstanbul, 1993,57.
114. Eker E. Menopozda Psikiyatrik sendromlar ve cinsellik, Ertüngealp E, Seyisoğlu H (editörler). Menopoz ve Osteoporoz kitabından, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul, 2000:38-41.
115. Chen YL, Voda AM, Mansfield PK. Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause. *Menopause* 1998;5:28-34.
116. Lock, M. Ambiguities of aging : Japanese experience and perceptions of menopause. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986;10: 23-46.
117. Lock, M. Menopause in cultural context. *Experimental Gerontology*, 1994;29: 307-317.
118. Lock M, Kaufert P, Gilbert P. Cultural construction of the menopausal syndrome: The Japanese case. *Maturitas*, 1988;10:317-332.

119. Adler SR, Fosket JR, Kagawa-Singer M, McGraw SA, Wong-Kim E, Gold E, et al. Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese women in the US. *Maturitas*, 2000;35:11-23.
120. Haines CJ, Rong LI, Denis TKHC, Leung HY. The perception of the menopause and the climacteric among women in Hong Kong and southern China. *Prev Med* 1995;24:245-4248.
121. Bolaji II, Djahanbabakhch O. Hormon replasman tedavisi triadı, Atasü T editör. *Menopoz Tedavisi ve Kanser kitabından, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul* 2001:505-532.
122. Carda SN, Bilge SA, Ozturk TN, Oya G, Ece O, Hamiyet B. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas* 1998;30:37-40.
123. Oldenhave A, Jaszmann LJ, Haspels AA, Everaerd WT. Impact of climacteric on well-being: a survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:772-780.
124. Chim H, Tan BHI, Ang CC, Chew EMD, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore, *Maturitas*, 2002;41:275-282.
125. Gambling MD. Edit, *Menopozu karşılamak*, Documenta Ciba-Geigy, An international forum for the doctor, Ciba-Geigy Lmted. Basel, Switzerland, 1994:5-10.

ÖZGEÇMİŞ

1969 yılında Elazığ'da doğdum. İlköğretim ve liseyi Elazığ'da tamamladıktan sonra 1986 yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesini kazandım ve 1992 yılında fakülteden mezun oldum. Elazığ il merkezinde Muharrem Göktayoğlu ve Fevzi Çakmak Sağlık Ocaklarında, Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğinde, sorumlu hekimlik ve poliklinik hekimliği yaptım. Ocak 2000 tarihinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak göreve başladım.

Anabilim Dalımızın "Sağlığı Geliştirme ve Sigarayla Mücadele Derneği"nde yönetim kurulu üyesi olarak, "Yaşam Boyu Kadın ve Üreme Sağlığı Derneği"nde ise kurucu üye olarak görev aldım.

Paramedikal olarak üniversite yıllarında Dicle Üniversitesi Bayan Voleybol Takımında 5 yıl boyunca faal olarak oynadım. Ayrıca Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Bayan Basketbol Takımında görev aldım. Evli ve iki kız annesiyim.

T.C. FURKAN ÜNİVERSİTESİ
DOKÜMANTASYON MERKEZİ