

156296

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KLİMAKTERİUM DÖNEMİNDEKİ  
KADINLARIN YAŞAM KALİTELERİNİN VE  
UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNİN  
İNCELENMESİ

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan  
Özlem DEMİREL BOZKURT

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ümran SEVİL

İZMİR  
2004

**DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ**

(Adı Soyadı)

(İmza)

**Başkan** : Doç.Dr.Ümran SEVİL

.....  
.....

(Danışman)

**Üye** : Prof.Dr.Ahsen ŞİRİN

.....  
.....

**Üye** : Yrd.Doç.Dr.Aynur SARUHAN

.....  
.....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: .....28.06.2004.....

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimin hazırlanmasında bana büyük katkıları olan değerli danışmanım Sayın Doç.Dr. Ümran SEVİL'e,

Menopoz polikliniğinde tezimin sürdürülmesinde bana yardımını esirgemeyen Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi hemşiresi Sayın Seniha ZEREN'e,

Araştırmanın her aşamasında öneri ve desteğini aldığım Sayın Öğr.Gör. Hafize ÖZTÜRK'e,

Beni cesaretlendiren ve her zaman destek olan oda arkadaşım Sayın Ar.Gör. Aytül PELİK'e ve yine desteğinden dolayı Sayın Öğr.Gör.Birsen KARACA SAYDAM'a,

Daima yanımda olduklarını bana hissettiren sevgili aileme,

Yıllardır en büyük sırdaşım olan, şimdi de beni yalnız bırakmayan dostum Sayın Nurgül ERKAN DIŞBUDAK'a,

Tezim süresince bana olan desteği kelimelerle anlatılamayacak kadar çok olan sevgili eşim Sayın M.Murat BOZKURT'a ayrıca sabrından dolayı tüm sevdiklerime sonsuz teşekkür ediyorum.

İZMİR 2004

Özlem DEMİREL BOZKURT

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	viii
GRAFİKLER DİZİNİ	xi

### BÖLÜM I

#### GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Hipotezler.....	4
1.4. Sayıtlar.....	4
1.5. Araştırmanın Önemi.....	4
1.6. Sınırlılıklar.....	6
1.7. Tanımlar.....	6
1.8. Genel Bilgiler.....	7
1.8.1. Klimakterium Dönemi.....	7
1.8.1.1. Premenopoz.....	7
1.8.1.2. Menopoz.....	8
1.8.1.3. Postmenopoz.....	9
1.8.2. Klimakterium Dönemi Yaşları.....	9
1.8.3. Klimakteriumun Etyolojisi.....	12
1.8.4. Klimakterium Döneminde Yaşanan Sorunlar.....	14
1.8.4.1. Vazomotor Semptomlar.....	15
1.8.4.2. Fizyolojik Değişiklikler.....	17
1.8.4.2.1. Üreme Organlarında Değişiklikler.....	17
1.8.4.2.2. Diğer Sistemlerde Değişiklikler.....	19
1.8.4.3. Kronik Sağlık Sorunları.....	20
1.8.4.3.1. Osteoporotik Hastalıklar.....	20

1.8.4.3.2. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	26
1.8.4.4. Psikolojik Değişiklikler.....	29
1.8.5. Klimakterium Döneminde Cinsel Yaşam ve Doğum Kontrolü.....	33
1.8.5.1. Cinsel Yaşam.....	33
1.8.5.2. Doğum Kontrolü.....	37
1.8.6. Klimakterium Döneminde Tedavi.....	41
1.8.6.1. Hormonal Tedavi.....	41
1.8.6.2. Non-Hormonal Tedavi.....	46
1.8.7. Umutsuzluk.....	49
1.8.8. Yaşam Kalitesi.....	54
1.8.9. Klimakterium Döneminde Kadına Yaklaşımında Hemşireye Düşen Roller.....	60
1.8.10. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerle İlgili Literatür Taraması.....	65

## BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM.....	68
2.1. Araştırmanın Tipi.....	68
2.2. Kullanılan Gereçler.....	68
2.2.1. Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu.....	68
2.2.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu.....	69
2.2.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	71
2.3. Kullanılan Yöntem ve Yöntemler.....	73
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	75
2.5. Araştırmanın Evreni.....	75
2.6. Araştırmanın Örneklemi.....	76
2.7. Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenler.....	76
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	76
2.9. Verilerin Analizi.....	77
2.9.1. Geçerlik Sonuçları.....	77
2.9.1.1. Dil Geçerliği.....	77

2.9.1.2. İçerik/Kapsam Geçerliği (Content Validity).....	79
2.9. 2. Güvenirlik Sonuçları.....	81
2.9.2.1. Zamana Karşı Değişmezlik (Stability, Test-Tekrar Test Güvenirliği).....	82
2.9.2.2. İç Tutarlılık.....	84
2.9.2.2.1. Ölçeğin İki-yarım Test Güvenirliği.....	84
2.9.2.2.2. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı.....	86
2.10. Süre Ve Olanaklar.....	90
2.11. Etik Açıklamalar.....	91

### BÖLÜM III

BULGULAR	92
3.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine ilişkin Bulgular.....	92
3.2. Kadınların Klimakterik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	98
3.3.Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları, Obstetrik Öyküleri, Klimakterik Özellikleri İle Yaşam Kaliteleri Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	106
3.4.Kadınların Yaşam Kalitesi Alt Başlıklarının Birbirleriyle Olan İlişkilerine Yönelik Bulgular.....	136
3.5. Kadınların Yaşam Kaliteleri İle Umutsuzluk Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	137

### BÖLÜM IV

TARTIŞMA.....	138
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	138
4.2. Kadınların Klimakterik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi..	144
4.3. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları, Obstetrik Öyküleri, Klimakterik Özellikleri İle Yaşam Kaliteleri Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	152

4.4. Kadınların Yaşam Kalitesi Alt Başlıklarının Birbirleriyle Olan İlişkilerine Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	162
4.5. Kadınların Yaşam Kaliteleri İle Umutsuzluk Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	163
BÖLÜM V	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	164
5.1. SONUÇ.....	164
5.2. ÖNERİLER.....	171
BÖLÜM VI	
ÖZET.....	173
SUMMARY .....	176
BÖLÜM VII	
YARALANILAN KAYNAKLAR.....	179
EKLER.....	189
EK-I Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu	189
EK-II Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu.....	191
EK-III Beck Umutsuzluk Ölçeği	194
EK-IV Bilimsel Etik Kurul Onayı .....	195
EK-V Yazar Onayı .....	196
EK-VI Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. İzin Kağıdı.....	197
ÖZGEÇMİŞ.....	198

## TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Ortalama, Standart Hata Ve Min-Max Dağılımları.....	80
Tablo 2: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Kendall İyi Uyuşum Katsayısı.....	81
Tablo 3: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Test-tekrar Test Güvenirlilik Sonuçları.....	83
Tablo 4: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Birinci Uygulama İki-Yarım Test Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	85
Tablo 5: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu İkinci Uygulama İki-Yarım Test Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	85
Tablo 6: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Birinci ve İkinci Uygulama Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayıları Sonuçları.....	86
Tablo 7: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Birinci Uygulama Yaşam Kalitesi Alt Başlıklarına Göre Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayıları Sonuçları.....	87
Tablo 8: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Birinci Uygulama Madde Korelasyon Sonuçları.....	88
Tablo 9: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu İkinci Uygulama Madde Toplam Korelasyon Sonuçları.....	89
Tablo 10: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları...	92
Tablo 11: Kadınların Sistemik Hastalık Varlığına ve Varolan Hastalıklarına Göre Dağılımları.....	93
Tablo 12: Kadınların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Dağılımları....	95
Tablo 13: Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	96
Tablo 14: Kadınların Klimakterik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	98
Tablo 15: Kadınlar Menopoza Girme Yaşını Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımları.....	100
Tablo 16: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımları.....	102
Tablo 17: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Bilgi Alma İsteme Durumlarına Göre Dağılımları.....	104



Tablo 18: Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları.....	105
Tablo 19: Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	106
Tablo 20: Kadınların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	107
Tablo 21: Kadınların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	108
Tablo 22: Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	110
Tablo 23: Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	112
Tablo 24: Kadınların Mesleklerine Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	114
Tablo 25: Kadınların Sistemik Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	116
Tablo 26: Kadınların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	117
Tablo 27: Kadınların Menarş Yaşlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	118
Tablo 28: Kadınların Menopoz Yaşlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	119
Tablo 29: Kadınların Menopoza Girdikten Sonraki Geçen Süreye Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	120
Tablo 30: Kadınların Evde Kiminle Yaşadıklarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	121
Tablo 31: Kadınların Evde Yaşayan Çocuğunun Olma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	123
Tablo 32: Kadınların Menopozu Algılama Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	124

Tablo 33: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	126
Tablo 34: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Nereden/Kimden Bilgi Aldıklarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	128
Tablo 35: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Bilgi Almak İsteme Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	130
Tablo 36: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Nereden/Kimden Bilgi Almak İstediklerine Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	131
Tablo 37: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Neden Bilgi Almak İstemediklerine Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	133
Tablo 38: Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	135
Tablo 39: Kadınların Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Korelasyonlarının Dağılımı.....	136
Tablo 40: Kadınların Yaşam Kaliteleri ile Umutsuzluk Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	137

**GRAFİKLER DİZİNİ**

<b><u>Grafik No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
Grafik 1: Kadınların Menopozu Algılama Durumlarına Göre Dağılımları..	101
Grafik 2: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Nereden/Kimden Bilgi Aldıkları.....	103



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler ve sosyal yapıdaki değişimler yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunmuştur. Ülkemizde 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 60 yaş üzeri nüfusun %50 'sini kadınlar oluşturmaktadır (49,94). Bu verilere göre geçmişte klimakterium çağına bile girmeden ölen kadınlar, günümüzde ömürlerinin yaklaşık 1/3'ünü menopoz sonrası dönemde geçirmektedirler. Uzayan yaşam süresi kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından ayrı bir önem kazanmaktadır (35,89,91). Teoman ve ark. (2004) tarafından aktarıldığı üzere, Dünya Sağlık Örgütü, 2030 yılında 1.2 milyar kadının 50 yaşında olmasının beklendiği rapor etmektedir. Bu nedenle, doğal bir süreç gibi görünen menopozun kesinlikle takip ve tedavi edilmesi gerekmektedir (89).

Klimakterium dönemi aynı zamanda sosyal ve psikolojik değişikliklerin de yaşandığı kritik bir geçiş dönemidir. Bu dönemde çalışma isteğinde azalma, dikkat dağılması, unutkanlık, entelektüel başarıda azalma ve gerileme, cinsel ve sosyal bağlarda başlayan kopmalarla yalnızlığa ve yaşlanmaya doğru gidiş korkusu, bazı kadınlarda ruhsal çalkantılara yol açabilmektedir. Hırçınlık, uykusuzluk, hatta depresyonlar ve anti-sosyal davranışlara kadar varabilen, karakter değişmelerine rastlanabilmektedir. Bu gelişmeler eskiden beri var olan nörotik eğilimlerin,

klimakteriumda su üstüne çıkışları şeklinde yorumlanmaktadır. Ciltte ortaya çıkan buruşma, kırışma, memelerde sarkma gibi değişiklikler, fizyolojik fonksiyon bozukluğu ve hastalık olmamasına rağmen menopozal kadın tarafından gençliğin ve cazibenin kaybı olarak değerlendirilerek benlik saygısını zedeleyebilmektedir (6,9,68,84)

Kadınların yaşadıkları, büyük ölçüde kültürel beklentilere, özellikle de menopozun algılanış şekline bağlıdır. Bu dönemdeki ruhsal ve fiziksel belirtilerde kişinin kültürü, sosyal sınıfı ve eğitim düzeyi etkili olmaktadır (73).

Klimakterik dönemdeki kadının sağlık düzeyini yükseltmek için tıbbi tedavinin yanında multidisipliner bir sağlık bakımı da gerekmektedir. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin de bu dönemdeki kadınların sağlık sorunlarının saptanması, bakımın planlanıp, uygulanması ve tüm bu süreçler boyunca eğitici, danışman, uygulayıcı ve destekleyici rolleri üstlenmesi önemlidir (49).

Menopoz, evrensel biyolojik bir olgu olmakla birlikte, orta yaş dönemindeki kadının yaşamında meydana gelen pek çok değişikliklerle iç içe yaşanmaktadır. Bilindiği gibi, orta yaş dönemi pek çok birey için yaşamın yeniden gözden geçirildiği bir dönemdir. Bu nedenle, bu dönemde ortaya çıktığı öne sürülen belirtilerde yaşın, menopoza girmenin ve meydana gelen sosyal ve psikolojik değişikliklerin ayrı ayrı katkısını belirlemek oldukça güçtür (12).

“Yaşam kalitesi” terimi yaygın bir şekilde kullanılmaktadır, fakat tanımında bir fikir birliği yoktur. Çünkü “Yaşam kalitesi” terimi fiziksel, işlevsel, duygusal, sosyal ve bilişsel değişkenler de dahil pek çok yapıyı kapsamaktadır. Farklı hastalıklarda yaşam kalitesini değerlendirmek için duruma özgü araçlar kullanılması gerekmektedir. Menopoz da bu durumlardan biridir (7).

Duruma özgü yaşam kalitesi; kişinin yaşamının fiziksel, duygusal ve sosyal yönlerden ne ölçüde iyi olduğunu tanımlar. Ayrıca bireye özel durumu ve bu duruma

yönelik tedaviden olumsuz bir etkilenmenin olmadığını belirler. Günümüzde yaşam kalitesi ölçümleri, hastalığın ciddiyetini veya tıbbi müdahalenin etkilerini değerlendirmede önemli bir araç olarak görülmektedir (46). Menopozun ve çeşitli sosyo-demografik değişkenlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmeye yönelik pek fazla çalışma yapılmamıştır.

Yaşam kalitesi tanımlarında umut-umutsuzluk kavramına fazla yer verilmemiştir. Ancak her ikisi ayrı bir kavram olmasına karşın umut ve yaşam kalitesi bazı benzer özellikler taşımaktadır. Bu özellikler her ikisinin de çok yönlü kavramlar olduğu doğrultusundadır. Hemşireler, umut ve umutsuzluğu yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etmen olarak görmektedirler. Umut, bir mücadele yöntemi olarak kullanılıp hastalık ile oluşan stresi azaltmada yararlıdır. Stresin azaltılması ise yaşam kalitesini pozitif yönde etkilemektedir ya da tam karşıtı olarak umutsuzluk stresi artırmakta ve dolayısıyla yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (77).

## **1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI**

Hemşirelerin, klimakterium dönemindeki kadınların yaşam kaliteleri ve umutsuzluk düzeylerine ilişkin bilgilere sahip olmaları, kadınların menopozal şikayetlerle baş edebilmeleri konusunda daha fazla destek alabilmelerini sağlayacaktır. Ayrıca kadınların nitelikli yaşam sürmelerini sağlamak, yaşam kalitelerinin yükseltmek için yapılacak hemşirelik bakım planlarına da ışık tutabileceği göz önüne alınarak planlanan bu araştırmanın amacı;

Menopoza özgü yaşam kalitesi anket formunun, Türk toplumu kadınları için geçerlik ve güvenilirliğini yaparak, klimakterium dönemindeki kadınların;

- Yaşam kalitelerini,
- Umutsuzluk düzeylerini,

- Yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri,
- Umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörleri,
- Yaşam kaliteleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

### **1.3.HİPOTEZLER**

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler; (H1)

1. Menopoza özgü yaşam kalitesi anket formu, Türk kadınları için geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
2. Kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sistemik hastalık varlığı) yaşam kalitelerini etkiler.
3. Kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sistemik hastalık varlığı) umutsuzluk düzeylerini etkiler.
4. Kadınların umutsuzluk düzeyleri yaşam kalitelerini etkiler.

### **1.4. SAYILTILAR**

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, analiz yöntemleri, kullanılan araç ve gereçler, araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitedir.

### **1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Günümüzde hemşireliğin rolü, sağlığın bilimsel öğreticisi olması, hastalığı önleyici çalışmalara katılması, sağlık ve hastalığın duygusal öğelerini bilmesi, çeşitli duygusal gereksinimleri tanınması, hastalık sonrası rehabilitasyon gereksinimlerinin karşılanması gibi fonksiyonları da içermesi ile genişlemiş ve daha bilimsel bir özellik kazanmıştır (48).

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

Hemşirelik felsefesine göre, hemşireler karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan bütüncül (holistic) bir yaklaşım içinde hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmelidir. Bu nedenle hemşire, yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı, hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir (15).

Klimakterium döneminde yaşanan değişiklikler beraberinde pek çok sağlık sorununu da getirmektedir. Yaşanan sorunlar hem bireyi, hem aileyi hem de toplumu etkilemektedir. Bu nedenle çok değişik eğitici rolleri bulunan hemşirelerin bu alanda özel bilgilerle donatılmış olması gerekmektedir. Klimakterium döneminde “menopoz hemşireliği” kadın hastalıkları ve doğum hemşireliğinden ayrı bir branş olarak gelişmek zorundadır. Çeşitli Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletlerinde bu durum profesyonel hemşireler tarafından yürütülmektedir (18).

Son gelişmeler, menopozal kadına yardımda sadece medikal tedavinin yeterli olmadığı, multidisipliner sağlık bakımının gerekli olduğunu göstermiştir. Tıbbın ve diğer bilimlerin (biyoloji, psikoloji, sosyoloji, antropoloji ve epidemiyoloji vb.) üzerinde yoğun olarak çalıştığı ve bilgi ürettiği menopoza, hemşireliğin de katkısı kaçınılmaz olmuştur (68,84).

Kadınların klimakterik döneme yönelik yaşadıkları yakınma, menopozal tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek, bu sonuçları sağlığı geliştirmek amacıyla kullanmak sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarındandır. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, kadının klimakterik döneme özgü sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır (91).



## 1.6. SINIRLILIKLAR

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bu hastanede yapılmasının nedeni; hastanenin bir eğitim kuruluşu olması ve üniversite olarak diğer hastanelere rehberlik etmesidir. Menopoz polikliniğinde hemşirenin görev almıyor olması nedeni ile; bu poliklinikte hemşirenin çalışmasının gerekliliği , geçerlik ve güvenilirliği yapılan bu skalanın hemşirenin tanı koymasına yardımcı olacağı ve "menopoz hemşireliğinin" oluşturulması düşünülmektedir. İzmir'de diğer bir üniversite hastanesi olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi menopoz polikliniğinde bir hemşire görev almaktadır.

## 1.7.TANIMLAR

**KLİMAKTERİUM:** Premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz safhalarını içine alan bir süreçtir. Üreme yeteneğinin sona ermesi ile seniumun başlaması (yaklaşık 47.-55. yaşlar) arasındaki geçiş fazıdır (6,65,96).

**MENOPOZ:** Menstrüel siklusun sona ermesidir. "Menopoz" diyebilmek için geçmiş 12 aylık menstrüel periyoda bakmak gereklidir. Kadın bir yıl boyunca hiç adet görmemiş ise "menopoz" denir . Ovaryumların idare ettiği son adet kanamasıdır (6,11,65,96).

**PREMENOPOZ:** Menopozdan önceki 2-6 yıllık zaman bölümü, folikül olgunlaşma bozukluğu, sarı cisim yetersizliği ve ovulasyon olmaması ile tanınır. Klimakteriumun erken yıllarını, 40 yaş sonrasını kapsar (6,51,65,96).

**PERİMENOPOZ:** Menstrüel siklusun düzensizleşmeye başladığı, sıcak basmalarının olduğu, ortalama 45 yaş civarını kapsayan dönemdir. Menopozdan önce ve sonraki iki yıldır. Ortalama dört yıl sürer (11,65,96).

**POSTMENOPOZ:** Menopozdan sonraki birinci yıldan itibaren başlayan süreç, menopozu izleyen 6-8 yıldır (6,51,65,96).

## **1.8. GENEL BİLGİLER**

### **1.8.1.KLİMAKTERİUM DÖNEMİ**

Klimakterium, kadının cinsel olgunluk çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı olarak üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği, 40 yaşında başlayan premenopozal, menopozal ve postmenopozal dönemleri içine alan bir süreçtir (6,17,49,50,68,73,85,87,91). Bu dönemin kadın yaşamında klinik, metabolik ve psikoseksüel özellikleri ile ayrı bir yeri vardır. Bu dönemin en çarpıcı değişikliği adetten kesilme, yani “menopoz”dur. Ülkemizde sıkça bir yaşam döneminin adı olarak anılan menopoz, Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre “over aktivite kaybından dolayı menstrasyonun sona ermesi”dir (6,24,68).

Doğum yapanlarda, düzenli seksüel ilişkileri olanlarda ve erken adet görenlerde menopoz daha geç olarak ortaya çıkmaktadır. Geç adet görenlerde, düzensiz siklusu olanlarda, otuzundan sonra eşini kaybeden veya eşinden ayrılanlarda ve doğurmamışlarda daha erken başlamaktadır. Kırk yaşından önce ortaya çıkan menopoza **prematüre menopoz** denir. Ancak bu durumu, sekonder amenore ile karıştırmamak gerekir. Sekonder amenorede, plazmada gonadotropin miktarları normal olarak bulunur ve ateş basması yakınması yoktur. Oysa prematüre menopozda, gonadotropinlerin plazma değerleri yüksek bulunur ve ateş basmaları ortaya çıkar (98).

#### **1.8.1.1. Premenopoz Dönemi**

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) kabul ettiği tanımlamaya göre menopozdan önceki 2-6 yıllık süreye “premenopozal dönem” denir (48,50,57).

Premenopoz, klimakteriumun ilk fazıdır. 40 yaş civarında başlar, genellikle belirti vermez. Üreme yeteneğindeki ilk yaşlanma bulguları Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) salgısındaki artıştır. FSH düzeyindeki artış, dolaşımda azalmış olan inhibin düzeyleri ile ilgilidir ve negatif feedback etkisi kaybolmuştur. Luteinize Edici Hormon (LH) bundan etkilenmez, çünkü östrojen ve progesteron normal düzeydedir. Bu fazda menstrüel siklus düzeni bozulmuş ve fertilité azalmıştır. Siklusun uzunluğunu foliküler fazın uzunluğu belirler. Bu dönemde adet araları çok değişkendir (20-35 gün) ve %40'ında artık oosit üretimi yoktur. Düzensiz menses, hipomenore, hipermenore, disfonksiyonel kanama gibi siklus bozuklukları görülür. Ovarial foliküllerde atrezi, uterusu fibroid doku gelişimi artar. Yoğun şikayetlerin olduğu dönem perimenopoz dönemidir (34,57,88).

### **1.8.1.2. Menopoz**

Menopoz, Yunanca “menopause” kelimesinden türetilmiştir. “Mena” ay; “pause” kesilme, durma, ara anlamındadır. Overlerde foliküler aktivitenin kaybına bağlı menstruasyonun sürekli durması anlamına gelir. Menopoz retrospektif bir tanıdır. Çünkü menstruasyonun kesildiğini güvenle kabul edebilmek için, kadının son adetini “12 aylık bir amenore” izlemelidir (25,29,34,43,48,57,63,70,85,89). Kadının doğurganlık dönemi, son menstruasyondan en az bir yıl geçtikten sonra tam olarak sona ermektedir. Menstruasyon bir yıl boyunca olmaz ise, gebelik oluşması söz konusu değildir. Altı aydan daha fazla adet gecikmeleri araştırılıp kandaki östrojen ve FSH seviyeleri ölçülerek kesin tanı konabilmektedir (11,47,86,88).

### 1.8.1.3. Postmenopoz Dönemi

DSÖ'nün kabul ettiği tanımlamaya göre, menopozdan sonraki 6-8 yıllık süreye "postmenopozal dönem" adı verilmektedir. Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi kapsar. Over fonksiyonları tamamen durmuştur. Progesteron kaybı nedeniyle fertilité düşer. Östrojen azalması, bedenin fizyolojik ve psikolojik dengesini bozarak sistemik etkiler yaratır. Over fonksiyonları kaybına bağlı gelişen patolojik değişikliklerin (osteoporoz, kardiyovasküler sistem, santral sinir sistemi gibi) yaşandığı dönemdir (34, 48,57).

Premenopozal dönemde başlayan hormonal değişiklikler menopozda da devam eder ve östrojen düzeyinin azalarak, hipofiz bezi üzerindeki negatif geribildirim etkisinin tamamen kalkmasına bağlı FSH kan düzeyinde 10-20 kat oranında ve LH düzeyinde yaklaşık 3 kat oranında artış olur. Bu artış postmenopoz döneminde 1-3 yıl boyunca sürer ve sonra bu hormonların düzeyi giderek azalır (25).

### 1.8.2. KLİMAKTERİUM DÖNEMİ YAŞLARI

Menopoz yaşı ; heredite, annenin menopoz yaşı, sosyal faktörler, beslenme, sigara, hiç çocuk doğurmama ve çevre faktörlerinden etkilenir (77,86).

Klimakterium pek çok kadında 45-48 yaşlarında başlamaktadır, 60 yaşına doğru son bulmaktadır ve senium (ihtiyarlık) başlamaktadır. Menopoz (son adet kanaması) ortalama 51.4 yaşında görülmektedir. Bazı kaynaklarda  $50\pm 3$  olarak geçmektedir (6,12,17,49,50,77,93).

Bayraktar ve Uçanok (2002) tarafından aktarıldığı üzere, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ortalama menopoz yaşı 51 olarak belirtilirken, Japonya'da menopozun 50 yaş civarında yaşandığı bildirilmiştir (12). Ülkemizde ise menopoz yaşı 47'dir (35).

Kazerooni ve ark. (2000) Shiraz'da yaşayan İranlı kadınların doğurganlık davranışlarını inceledikleri çalışmalarında, ortalama menopoza yaşını  $47.80 \pm 3.78$  olarak saptamışlardır (58).

Bayraktar ve Uçanok'un (2002) Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi konulu çalışmalarında belirtildiği gibi, hem kentte (Temiz ve Bayraktar 1999) hem de kırsal kesimde yapılan bir çalışmada (Alıtkan ve Bayraktar, 1999) menopoza girme yaşının ortalama olarak 48 olduğu belirtilmiştir. Kadınların menopoza ilişkin değişimleri 35 yaşından itibaren yaşamaya başladıkları ve bu durumun 50 yaşına kadar devam etmekte olduğu belirlenmiştir (12).

Endüstrileşmiş ülkelerde ortalama menopoza yaş yaklaşık 51'dir. Sigara içen ve çocukları olmayan kadınlarda bu yaş düşmektedir. Düşük menopoza yaş, düşük sosyoekonomik statü ile de ilişkili olabilir. Analizler, menopoza ortalama menstrüel siklusu 26 günün altında olan kadınların, daha uzun sikluslu kadınlardan 1.4 yıl erken ulaştığını göstermiştir. Ayrıca, bir kadının menopoza yaşının, yaşlanmanın biyolojik bir göstergesi olabileceği ve geç bir menopoza daha uzun bir yaşamla ilişkili olabileceği de düşünülmektedir (77).

Pek çok araştırma erken menopoza girmenin en belirli nedenlerinden birinin sigara içme olduğunu belirtmektedir. Sigara içiminin hipotalamik-pitüiter fonksiyonları etkilediği zaten bilinmektedir. Genellikle, sigara içen kadınlar içmeyen kadınlara göre bir yıl daha erken menopoza girmektedirler (43).

Ayrıca bazı araştırmacılar kadının sağ elini yada sol elini kullanma durumu ile erken menopoza arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Harlow and Signorello (2000) tarafından aktarıldığı üzere; Leidy (1990) sol elini kullanan kadınlar arasında menopoza yaşını araştırdığı çalışmasında, sol elini kullanan kadınların sağ elini kullanan kadınlara göre beş yıl daha erken menopoza girdiklerini belirtmektedir. Daha sonra bu konu ile

ilgili yapılan çok merkezli büyük bir çalışma sonucunda ise, kadınların kullandıkları el ile menopoza yaşı arasında ilişki bulunmamıştır. Sağ yada sol el kullanmanın doğuştan bir yetenek olduğu pek çok kişi tarafından düşünülmektedir. Fakat eskiden yaşlılar çocuklarının sol el kullanma eğiliminde olduğunu fark ettiklerinde, çocuklara baskı yaparak sağ el kullanmaya zorlardı. Yaşlı kadınların çoğunun bu nedenle sağ el kullandığı, günümüzde ise bu baskıdan kurtulan gençlerin sol ellerini kullanma eğiliminde oldukları görülmektedir (43).

Menopozdan sonra kadınların çoğunlukla yaşadıkları sıkıntıların, değişimlerin nedeni, overlerden yeterince ürettikleri, ama overlerin tükenmesi sonucu üretilemedikleri özellikle östrojen hormonu eksikliğine bağlıdır (88).

Menopoza yol açan ovarian yetmezlik farklı klinik şekiller gösterebilmektedir. Bunlar;

**Doğal (spontan=fizyolojik) Menopoz:** Kadınların % 50'si, 45-51 yaşlarında adet kesilirken, 60 yaşına kadar düzenli adet görenler de vardır. Menopozun başlangıcı için, menarşta olduğu gibi sosyo-kültürel faktörlerin yanı sıra bireysel farklılıkların da etkisi vardır (48).

**Erken (prematüre) Menopoz:** 40 yaşından önce bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkan ovarian yetmezlik nedeniyle adet kesilmeye "klimakterium prekoks" denir (34,48,62). Kadınların %18'i 40 yaşından önce menopoza girer. Ooforektomi, aşırı radyasyon, uzun süreli emzirme, ciddi şişmanlık, hipotiroidizm, sık gebelik, kürtaj ve düşükler, hoyrat doğum yardımları, genel sağlığın bozulması, erken menopoza neden olabilen durumlardır (29,48,62).

**Cerrahi (yapay=sunni) Menopoz:** Çeşitli nedenlerle histerektomi ile birlikte ya da sadece iki taraflı overlerin cerrahi olarak çıkarılması (bilateral ooforektomi) ile ortaya çıkan menopozdur (34,48,51,62,86). Histerektomi ile birlikte ooforektomi

yapılmamış ise, overler aktivitelerini sürdüreceğinden kadın menopoza girmez. Kemoterapi veya radyasyon gibi nedenlerle de overlerin fonksiyonlarını kaybetmesi sonucu menopoz görülebilmektedir (29,34,48,62). Postmenopozal kadınlar için, elektif bilateral ooforektomi iyi bir medikal yaklaşım olarak kabul edilir (51).

Erken yaşlarda ve beklenmedik bir zamanda gündeme gelen cerrahi menopozda, doğurganlığın yitirilmesinin yanı sıra bedensel sağlığın da bozulmuş olması menopozla ilişkili sorunları daha da ağırlaştırabilir. Cerrahi menopozun depresyon için bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Ancak menopozun tek başına bir psikiyatrik hastalık nedeni olduğu söylenemez (37). Cerrahi menopozun ruhsal etkileri doğal menopozdan fazla olabilir. Kadınların tıbbi tedavi kadar psikolojik desteğe de ihtiyacı vardır. Örneğin pelvik radyasyon, irritasyona, vaginal kuruluğa ve sıcak basmalarına neden olabilir. Kemoterapi , saç kaybı, mide bulantısı, yorgunluk, kilo kaybı ve enerji eksikliğine neden olabilmektedir. Bu durumlarda kadınlara destek olunmalıdır (62).

Cerrahi olarak menopoza giren kadınlar premenopoz dönemini yaşamazlar. Overlerden hormon salgılanması aniden durmuştur. Östrojenin yokluğu nedeni ile bu kadınlar, kalp yetmezliği, osteoporoz gibi sağlık problemleri açısından daha büyük risk altındadır (62).

### **1.8.3. KLİMAKTERİUMUN ETYOLOJİSİ**

Overlerdeki primordial folikül sayısı azalmıştır. Her siklusta, belirli sayıda folikül harcanır (atrezi) ve giderek östrojen biosentezi düşmeye başlamıştır. Overler hipofizin hormon uyarılarına cevap veremezler (6,43).

Östrojen üretimi düştükçe fonksiyon aksamaları, belli bir sıra ile sahneye çıkmaya başlamaktadır (6):

- 40 yaşına doğru ovulasyon seyrekleşir, fertilité düşer.
- Çeşitli siklus bozuklukları başlar ( Luteal faz kısalması, follikül fazı kısalması, disfonksiyonel kanamalar, glanduler kistik hiperplazi kanamaları, seyrek ve az adet).
- Menopozla, over yetmezliğini dışarı vuran, önemli bir dönem başlar.
- Overde estradiol üretiminin son bulmasına rağmen, kanda östrojen seviyesi az da olsa devam eder (6).

Doğumda bulunan 300.000-500.000 primordiyal folikül klimakteriumun başlamasında geniş ölçüde dejenere olmuştur. Hipotalamus ve hipofizin santral regülasyon mekanizmasının fonksiyon gösterdiği sürede, gonadotrop uyarıya ovaryumun yanıtı sona ermiştir (43,96).

Yumurtalıktaki foliküllerin sayısı, menopozun gerçekleştiği yaşı belirler. Yumurtalık foliküllerinin sayımı, bu sayının, yedi aylık fetüste en büyük oranda olduğunu ve doğumda ise yaklaşık olarak 700 000'e düştüğünü göstermektedir. Bu azalma, 40 yaşa kadar düzenli bir şekilde devam etmekte ve temel olarak hiç folikülün kalmadığı menopoz sonrası döneme kadar hızla düşmektedir (77).

Üreme dönemi boyunca kadınların menstrüel siklusları hem düzenlilik hem de uzunluk bakımından farklılık gösterir. Bireyler ve kültürel gruplar arasında da farklılık görülür (77).

ABD'de, 44-55 yaş arasındaki 2570 kadının beş yıl boyunca incelendiği yakın tarihli prospektif bir çalışma, "menopozal geçişin" (menstrüel siklus düzensizliğinin başlangıcından, son menstrüel döneme kadar geçen süre) ortalama 3.8 yıl sürdüğünü göstermiştir (77).

1934'de başlamış olan özel bir prospektif çalışma, 13 yaş üzerindeki 2700 kadının menstrüel siklus kalıplarını 1961'e, ya da son menstrüel dönemlerinden bir yıl sonrasına kadar belgelemiştir. Çalışma, menstrüel siklusun ortalama uzunluğunun 20 yaşta 28



günden, 40 yaşında 26 güne düştüğünü göstermiştir. Bu azalmanın temel nedeni, siklusun foliküler aşamasının kısalmasıdır (77).

Yaklaşan menopozun ön habercileri siklus anomalileri olmaktadır. Ovulasyon seyrekleşmekte, ovulasyonsuz sikluslar sıklaşmakta, fertilité düşmektedir. Sürekli ve düzensiz kanamalar arkasında uterus kanserinin ve diğer organik hastalıkların saklanabileceği unutulmamalıdır. Pek az kadında, menopoz birden yerleşir, öncü siklus düzensizlikleri görülmez (6).

#### **1.8.4. KLİMAKTERİUM DÖNEMİNDE YAŞANAN SORUNLAR**

Yeterince uzun yaşayan her kadının deneyimlediği menopoz, önemsiz ve kısa süreli bir rahatsızlık değil kadını uzun yıllar boyu etkileyen bir süreçtir. Klimakterium döneminde bedensel, hormonal ve psikososyal değişimler geçiren kadının yaşam kalitesini arttırmak ve sağlığını sürdürüp, geliştirmek amacıyla klinik tıp, biyoloji, hemşirelik, epidemiyoloji, antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi konusu insan olan bilimlerin birlikte ve uyumlu çalışmaları gerekmektedir (69).

Menopoz, en basit şekliyle adet kanamasının sona ermesi olarak tanımlanmakla beraber, klimakterium döneminin anlaşılabilmesi için, biyolojik faktörlerin olduğu kadar psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir (12). Klimakterik dönemde yaşanan değişiklikler, kadının yaşam stilini ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu dönem ile birlikte gelişen sorunlar kısa süreli sorunlar ve uzun süreli sorunlar olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Kısa süreli sorunlar aynı zamanda premenopozal döneme ait sorunları, uzun süreli sorunlar da postmenopozal döneme ait sorunları kapsamaktadır (35,49,52,87,96).

**1-Kısa Süreli- Premenopozal Sorunlar:** Kısa dönemde (ortalama ilk 5 yıl), siklus bozuklukları, vazomotor değişiklikler, emosyonel rahatsızlıklar, dikkat ve hafıza sorunları, cinsel yaşamlarındaki sıkıntılar kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sıkıntılar; sıcak basması, ani ve gece terlemeleri, uyku düzensizlikleri, baş dönmesi, baş ağrısı, titreme, psikolojik değişiklikler, anksiyete, irritabilite, depresyon, konsantrasyon bozuklukları, unutkanlık, benlik saygısında azalma, mizaç değişiklikleri (sinirlilik, hırçınlık, saldırganlık, korku) şeklindedir (21,35,49,87,89,96).

**2-Uzun Süreli-Postmenopozal Sorunlar:** Ürogenital atrofi, vulvada puriritis, uterus prolapsusu, enfeksiyona yatkınlık, disparonia (cinsel ilişki sırasında ağrı), idrar inkontinansı, kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları, kemik ve eklem ağrıları, kemik ve mineral kaybı-osteoporoz, deri atrofisi, serebrovasküler sistem rahatsızlıkları uzun süreli gerçek birer sağlık problemidir (21,35,49,61,87,89,96).

Klimakterium döneminde görülen bütün bu sorunları önleyerek yada en aza indirerek, kadınların bu dönemi sağlıklı geçirmeleri için **menopoz poliklinikleri** kurulmuştur. Bu kliniklerde kadınlara klimakterium dönemi ile ilgili sağlık, beslenme ve egzersiz konularında danışmanlık yapılmaktadır. Bu kliniklerde verilen bir diğer hizmet de menopozun yarattığı kısa ve uzun süreli sorunların tedavi edilmesi ve bu tedaviyi alan kadınların düzenli olarak kontrollerinin yapılmasıdır (49).

#### **1.8.4.1. Vazomotor Semptomlar**

Premenopoz döneminde vazomotor şikayetler (sıcak basması, terlemeler, çarpıntı, baş dönmesi, baş ağrısı, kızarma, sinirlilik, uykusuzluk, enerjisizlik) erkenden başlayabilmektedir (6,10,44,50,52,77,88).

**Sıcak basması (hot-flush)** : Semptomların görülme sıklığı % 60-85 arasında olmaktadır. Gerçek ısı artışı olmamaktadır. Sırttan başlayan, boyun ve enseye doğru

yükselen bir sıcaklık hissi ile beraber, vücudun üst yarısında, vazodilatasyonla kızarma görülmektedir. Nabız hızlanmıştır, çarpıntı hissi vardır. Alkol, kahve, heyecan, sıcak basma nöbetlerini arttırabilmektedir. Nöbetlerin sıklığı, süresi ve şiddeti çok değişiktir. Birkaç saniye veya dakika devam edebilir. Çok seyrek yada bütün gün sık sık tekrarlayabilir (24 saatte 1-30 kez). Sıcak basmasını çok şiddetli bir ter boşalması (%30) ve üşüme hissi izlemektedir. Sıcak basması ve terlemeler 5-10 yıl devam edebilir. Yavaş yavaş hafifler ve kaybolurlar. Bazı kadınlarda 1-3 yıl görülmekle birlikte 15 yıla kadar da uzayabilir. Ter boşalmalarının uykudan uyandıracak kadar şiddetli olduğu, gece boyunca birkaç defa tekrarladığı olabilmektedir. Ayrıca uykusuzluk, yorgunluk, ellerde uyuşma, kulak çınlaması şikayetleri de eklenebilmektedir. Sıcak basması olabilmesi için önceden vücutta östrojen bulunması ve daha sonra bu östrojenin azalması gerekmektedir. Sıcak basması nöbetlerinde ilk olarak Luteinize Hormon (LH) yükselmektedir. Daha sonra Adrenokortikotrofik Hormon (ACTH), Gonadotropik Hormon (GTH), kortizol yükselmeleri gözlenmektedir (6,19,22,51,77) .

Uykusuzluk genellikle menopozal bir şikayet olarak belirtilmektedir, fakat genelde gece terlemelerinin neden olduğu uyku bozukluğunun ikincil bir etkisi olarak gerçekleşmektedir. Tansiyon veya sinirlilik, sıcak basmasına neden olabilmekte ve bunların sıklığı, süresi ve yoğunluğu bazı kadınlarda bir plasebo ile azaltılabilmektedir. En yaygın uygulanan östrojen terapisisidir. Tedavide eksik olan hormonun yerine konması yani östrojenin replase edilmesi gerekmektedir (6,22,77).

Menopozla ilişkili sıcak basmalarının yaygınlığı farklı kültürlerde farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Örneğin bu oran Mayalarda %0 olarak bildirilirken, Hong Konglu kadınlarda %10-22, Japon kadınlarda %17 civarında, Taylandlı kadınlarda %23 civarında, Kuzey Amerikalı kadınlarda %45 dolaylarında ve Hollandalı kadınlarda ise %80 oranında bildirilmektedir. Bazı çalışmalar bu semptomların belirtilen

yaygınlığında bazı tutarsızlıkların varlığını göstermiş olsa da, genel olarak sıcak basmaları ve terlemeler, diğer popülasyonlarla karşılaştırıldığında Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınlarda daha yaygın bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yüksek besinsel fitoöstrojen (bitkilerde bulunan östrojen-benzeri bir bileşik) alımı, Avrupalı kadınlarla karşılaştırıldığında, Japonlardaki düşük menopozal semptom oranının olası bir açıklaması olarak öne sürülmektedir (77).

Hormon değişimine dayalı olmayan tedaviler de menopozal semptomları azaltabilmektedir. 45-55 yaş arası 1600 kadını kapsayan bir İsveç çalışması, fiziksel olarak aktif postmenopozal kadınlardaki sıcak basmaları ve gece terlemelerinin, kontrol grubundakilerin yarı oranında görüldüğünü ortaya koymuştur (77).

Sıkça bildirilen semptomlardan bazıları; depresyon, çarpıntılar, baş ağrıları, uykusuzluk, enerjisizlik, sıvı çekilmesi, sırt ağrısı, konsantre olmada zorluk ve telaffuz bozukluğudur. Çoğu çalışma, bu semptomların gerçekleşmesinin, klimakterium dönemi ile ilişkisinin yüksek olacağını göstermektedir. Bireysel semptomları (sıcak basmaları dışında) bastırmaya yönelik östrojen kullanımının bazı çalışmalarda yararlı olmadığı ortaya konulmaktadır (77).

Menopoz sonrası olayların primer nedeni östrojen yetmezliğidir. Östrojen hormonu seviyesindeki azalma, hormonal düzensizlikler ve psikososyal nedenler kadında bir çok fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır (22,50,68).

## **1.8.4.2. Fizyolojik Değişiklikler**

### **1.8.4.2.1. Üreme Organlarında Değişiklikler**

**Vagina:** Vajen boyunda küçülme meydana gelmektedir. Vajen epiteli inceler, soluklaşır. Epitelin glikojen depolama özelliği kaybolarak vajen florası değişmektedir. Vajinal pH:4-4.5 larda iken postmenopozal dönemde 6-8' e ulaşmaktadır. Vagina

kurudur. Kuruluk cinsel birleşmeyi zorlaştırmaktadır (Disparonia). Disparonia, salgı azalması, vagina çeperinin incilmesi ve vaginitis'e bağlanmaktadır. İntravaginal östrojen uygulanır. Kadının sosyal durumu, seks alışkanlığı, duyarlılığı libidoyu etkiler. Libido düşmesi, disparonianın bir sonucu olabilir. Sorunları olan kadınlarda coitus öncesi seksüel uyarıyı uzatma, eşler arası iletişim, pozisyon, Kegel egzersizleri yardımcı olabilir. Kanama ile seyreden atrofik veya senil vaginit tablosu östrojen azalmasına bağlı olarak gelişmektedir (6,11,22,24,52,69,77,78,86).

Östrojen uygulaması, vaginal mukozanın kalınlığını ve salgılarını arttırmada ve dolayısıyla kuruluğu azaltmada etkilidir. Alternatif olarak, vaginal yağlayıcılar, kuruluğa karşı hormonal olmayan ve oldukça etkili bir tedavi sunmaktadır (77).

Cinsel ilişkinin kendisi, genital sistemdeki dolaşımı artıran önemli bir faktör olduğundan cinsel olarak aktif yaşlı kadınlarda vaginal atrofi daha azdır. Cinsel olarak pasif bir grupta karşılaştırıldığında, cinsel olarak aktif kadın grubunda ciddi ölçüde daha az vajinal atrofi oranı bulan bir vaginal sitoloji çalışması bu durumu kanıtlamıştır (77,78).

**Vulva:** Vulvada atrofi görülmektedir. Pubis kılları azalır, vulva derisi incelir, parlak bir görünüm alır. İntroitusda daralmalar meydana gelmektedir. Labia majusda küçülme görülmektedir. Bu değişimler puriritis, vaginal stenoz ve vaginitis gibi nedenlerle cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (22,24,68,78).

**Serviks:** Servikal mukusta azalma, serviks çapında ve uzunluğunda küçülme gözlenmektedir. Servikal kanal iyice daralır ve hatta ileri yaşlarda kapanabilir. Porsiyoyu, bir düğme şeklini alır (22,98).

**Uterus:** Uterus boyutlarında küçülme gözlenmektedir. Erişkin dönemde 2/1 olan corpus/serviks oranı tekrar 1/1'e inmektedir. Üreme çağında ortalama 100 gr ağırlığında olan uterus, östrojen oranındaki azalmaya bağlı olarak 50-60 gr 'a kadar inmektedir.

Endometriyum'da ve myometriyum'da atrofi ve myom varsa bunlarda da küçülme gözlenmektedir (11,22,54,98).

**Tuba Utrinalar:** Atrofi gözlenmekte, uzunluk ve çapları küçülmektedir. Kısalmış ve incelmıştır (22,98).

**Pelvis Tabanı:** Menopoz ile birlikte destekleyici ligamentlerde ve elastik dokuda tonus ve esneklik kaybı oluşmaktadır. Gebelik sayısı, doğum travması, ırk ve genetik gibi predispozan faktörlerle birlikte, östrojen eksikliğine bağlı olarak pelvik organ ve dokularda yumuşama, atrofi ve bağ dokusunda azalma sonucu pelvis organlarında sarkmalar meydana gelebilir. Bunun sonucu olarak, sistosel (mesane fitiği), rektosel, enterosel (barsak fitiği), uterus prolapsusları gözlenmektedir (22,54,61,68,98). Bu gelişmelere bağlı olarak kadınlarda sık idrara çıkma ve idrar yollarında enfeksiyon gibi şikayetlerde bir artış gözlenmektedir (54,98).

**Overler:** Boyları küçülmüş ve ağırlıkları azalmıştır. Overlerin korteksi incelik ve medulla daha küçük bir hal alır (yüzeyi buruşuk görünür). Stromada atrofi, bazen de hiperplazi olabilir. Zaman geçtikçe kalan foliküller atrezik bir hal alır ve overler tarafından üretilen östrojen miktarı sıfır olur. Buna bağlı olarak menstruasyon düzeninde de değişiklikler meydana gelir (54,98).

#### 1.8.4.2.2. Diğer Sistemlerde Değişiklikler

**Solunum Sistemi:** Rezidüel volüm artmakta, vital kapasite azalmaktadır. Alveolar membran hareketleri bozulmuştur. Amfizem gelişebilir (22).

**Sinir Sistemi:** Görme, koku, tat, dokunma duyuları belirgin olarak azalmaktadır. Nöronal iletim yavaşlamakta, öğrenme azalmaktadır. Yakın bellek kısmen kaybolmaktadır. Termoregülasyon merkezi bozulmuştur (22).

**Gastrointestinal Sistem:** İştah azalabilir veya artabilir. Konstipasyon gözlenebilir. Divertikül insidansında artış gözlenmektedir. Safra taşlarının görülme sıklığı artmaktadır (22).

**Deri Ve İskelet Sistemi:** Giderek cilt kalınlığı azalır. Bu arada ciltaltı yağ dokusu ve ter bezlerinde de azalma ile kuruluk gelişir. Bütün bunlar cildin kırışmasına yol açar. Şişman hanımların yağ dokularının fazlalığı ve burada üretilen östrojen cildin gergin ve nemli olmasını sağlar. Sigara cildin kan dolaşımını bozarak hasarı artırır (88). Saç, koltuk altı ve pubis kılları seyrekleşmiştir. Androjen etkisi ile bazı menopozlularda, hafif kıllanma başlamıştır (üst dudaklarda, sakal başlarında, ekstremitelerde, lanugo tüylerinin yerinde kıllanma) (6,78).

Parankim yağ dokusu azalan **memelerde** atrofi hızlanmakta, mamillalar düzleşmekte ve erektilesi azalmakta, gevşeme ve sarkma başlamaktadır. Meme bezi dokusundaki bu atrofik değişiklikler, memenin normal ölçülerini azaltır ve şekillerini değiştirir (6,24,50,54,78).

**Renal Sistem:** Böbrek kan akımı azalmıştır. İdrarı konsantre etme yeteneğinde azalma görülmektedir. Sık sık idrar hissi (dizüri), idrar tutamamak, stress incontinence (%15) kronik cystitis ve üretra mukozasında atrofiye bağlı prolapsus ( Carunculae urethra) görülebilmektedir (6,22,78).

### **1.8.4.3. Kronik Sağlık Sorunları**

#### **1.8.4.3.1. Osteoporotik Hastalıklar**

Osteoporoz, düşük kemik kütlesi ve kemik dokunun mimari yapısının bozulmasıyla karakterize bir hastalıktır ve kemiğin kırılabilirliğinin artmasına ve kırıklara neden olur. Bu nedenle korunulması ve tedavi edilmesi gereken ciddi bir sağlık sorunudur (20).

Kemik kitlesinin artmasına yardımcı faktörler; diyetin yeterli derecede kalsiyum ve D vitamini içermesi, özellikle puberte öncesi çocuklarda, güneş ışığından yararlanma ve fiziksel egzersizdir. Fizik aktivite, kalsiyumun kemik miktarı koruyucu etkisini artırır. Fizik aktivitenin Kemik Mineral Yoğunluğu (KMY) üzerine pozitif etki yapabilmesi için yeterli miktarda kalsiyum alınması gerekmektedir (74).

Fizyolojik stresler kemik kaybını hızlandırabilir; gebelik, emzirme ve hareketsizlik. Kemik kaybı sürecinin en büyük sorumlusu ise östrojen yetersizliğidir. Östrojen seviyesinde önemli düşüş gerçekleştiği bu geçiş evresinde (perimenopoz) kemik kaybı hızlanır. Postmenopozal kadınların çoğu, kırık geçirenler dahil olmak üzere, osteoporozun farkında değildirler ve tedavi almamaktadırlar (2).

#### **Osteoporozu artıran risk faktörleri;**

- Diyette yetersiz kalsiyum,
- Azalmış fiziksel aktivite, uzamış yatak istirahati
- Hiper mobilite,
- Egzersiz ile ortaya çıkan amenore,
- Endokrin hastalığı (cushing sendromu),
- Aşırı alkol, kafein, sigara kullanımı,
- Düşük beden kitle indeksi, ince yapılı olma,
- Cinsiyet,
- Aile öyküsü, yaşın ileri olması,
- Erken (prematür) yada cerrahi menopoz,
- Nulliparite (hiç doğurmamış olmak),
- Geç menarş,
- Genetik,
- Skolyoz varlığı,



- Steroid kullanımı,
- Hipoparatiroidi ve hipotiroidi bulunması
- Beyaz ırk veya Asya'lı ırktan olma, sarı ve kızıl saçlı olma,
- Erkeklerde testesteron eksikliği ve
- Kadınlarda östrojen eksikliği (2,22,27,55,64,66,73,75,77,87,88).

Hareketliliğin idrarla kalsiyum atılımını artırmasından, sigara ve aşırı alkol kullanımının da kemiği oluşturan hücrelerde toksik etki göstermesinden ve kalsiyumun barsaklarda emilimini azaltmasından dolayı risk oluşturmaktadır. D vitamini barsaktan kalsiyum absorpsiyonunu artırmakta ve böbreklerden kalsiyum reabsorpsiyonunu artırarak kemik sertliğini korumakta, böylece osteoporozu önlemektedir (27,55).

Genç kadınlarda amenore veya diğer menstrüel siklus bozuklukları, kemik yoğunluğunda azalmaya neden olur. Östrojen eksikliği, kemik formasyonunu engeller, kemik rezorpsiyonunu artırır ve sonuçta negatif iskelet dengesine neden olur. Östrojen eksikliği durumunda barsak kalsiyum absorpsiyonu da azalır (66).

Osteoporozun neden olduğu ağrı, hareket kısıtlılığı ile vertebral veya non-vertebral kırıklar ile hastaların yaşamını zorlaştırır. Ağrı ve hareket kısıtlılığı ve deformitelerinden dolayı hastalar toplumda kendilerine verilen rolleri tam olarak karşılayamamaktadır. Adıgüzel ve ark.'nın (2000) Osteoporozda Yaşam Kalitesi konulu çalışmalarının sonucuna göre; postmenopozal hastalarda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (1).

Osteoporoz pek çok ülkede başlıca halk sağlığı sorunlarından. Avrupa, Japonya ve ABD'de toplam tahmini 75 milyon kişiyi etkilemektedir ve bunlar arasında çok yaşlı kişiler ve her üç postmenopozal kadından biri bulunmaktadır. Bu rahatsızlığın temel sağlıksal sonucu kemik kırılmasıdır çünkü osteoporotik kemik daha kolay kırılır.

Kalça kırığı, osteoporozdan kaynaklanan ölüm ve sakatlıkların pek çoğundan sorumludur (77).

ABD’de her yıl 250.000’den fazla kalça kırığı görülmekte ve yaklaşık 3.4 milyon gün yatak işgali, 7 milyondan fazla günde kısıtlı aktivite ve 60.000 bakım evi başvurusu ile sonuçlanmaktadır. Her bir kalça kırığının doğrudan sağlıkla ilişkili maliyeti, ABD’nde 33.000 \$, dünya çapında ise 21.000 \$’dır ve kırıklarla ilgili sağlık harcamalarının %63’ünü oluşturmaktadır. Yalnızca ABD’nde osteoporozla bağlı kırıkların yıllık maliyeti, 6-20 milyar \$ arasında tahmin edilmektedir. Bu rakamlara aile veya diğer kaynakların sağladığı desteklerin maliyeti dahil değildir. Bu nedenle ABD’nde Ulusal Osteoporoz Vakfı (NOF) her vizitte iskelet sağlığının değerlendirilmesini ve osteoporozun hipertansiyon gibi ciddi ele alınmasını ve tedavi edilmesini önermektedir. Risk altında olan kadınların belirlenmesinde en önemli parametre Kemik Mineral Yoğunluğu (KMY) dur. Günümüzde 65 yaşın üzerindeki tüm kadınlara KMY ölçümü yapılması önerilmektedir (2).

Vertebral kırıklar, omurga eğriliklerine, kilo kaybına ve ağrıya yol açmaktadır. Şiddetli bir kalça kırığı ağrılıdır ve iyileşme süreci uzun süren bir yatak istirahatini gerektirir. Kalça kırığı olan hastaların %12-20’si 6 aydan önce iyileşemezler. Bu hastaların yarısının, günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi ve %15-25’inin de bu uzun süre boyunca bakıma gereksinimi vardır. Yaşlı hastalar, düşme sonrası verilen bir rehabilitasyon ile çok nadir olarak tam bir iyileşme gösterirler. Fakat yeterli zaman ve rehabilitasyon içinde bakım desteği ile birçok insan bağımsızlığını tekrar kazanıp, aktivitelerine geri dönebilir (64).

Güzeloğlu’nun (1992) Postmenopozal Kadınların Yaşam Kalitesinin Nottingham Health Profile (NHP) İle Sorgulanması konulu çalışmasının sonuçlarına göre; ağrı artışının, fiziksel aktivite azalmasının, yorgunluk, uyku, sosyal izolasyon ve

emosyonel reaksiyonların kadınların yaşam kalitesini ileri derecede etkilediği görülmüştür. Ayrıca, yaş artışı yaşam kalitesini anlamlı şekilde bozmasa da, menopo<sub>z</sub> süresi artışı ağrı artışına ve fiziksel aktivite azalmasına neden olarak yaşam kalitesinde anlamlı bozulmaya neden olmuştur (42).

Postmenopoz dönemindeki bir çok kadının osteoporoz şikayetlerini önleyici olarak araştırmacılar 4 yol önermişlerdir (54).

- 1) Kalsiyum alımını arttırmak,
- 2) D vitamini desteği,
- 3) Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ve
- 4) Fiziksel aktivitelerdir.

Günümüzde kullanılan mevcut tedaviler sadece kemik kaybını durdurur, kemiği tekrar yapılandırılmaz. Fakat araştırmacılar, gelecekte kemik kaybının tersine çevrilebileceğini düşünmektedirler. Mevcut rezervlerin perimenopoz boyunca yapılandırılması gelecekteki kayıpların önlenmesine yardımcı olacaktır. Osteoporoza karşı, postmenopozal kadınlarda kullanılan en etkili tedavi östrojenlerdir. Östrojenin günlük alınan en fazla dozdaki kalsiyumdan bile kemik dokusu üzerindeki yapılandırıcı etkisinin daha fazla olması dikkate değerdir. Bununla birlikte östrojen her yerde deva değildir. Kemikler üzerinde olumlu etkilidir, aynı zamanda vücuttaki diğer organ ve dokular üzerinde de etkileri vardır. Ancak her zaman olumlu etkilerde bulunmaz. Diğer organlar üzerindeki etkileri mutlaka dikkate alınmalıdır (26,64).

#### **Osteoporozdan korunmak için;**

- ✓ Fiziksel aktivite (koşma,yürüme,merdiven çıkma) yapılması,
- ✓ Egzersiz (haftada 3 GÜN, 1 saat) yapılması,
- ✓ Aşırı alkol ve sigaradan kaçınılması,
- ✓ KMY ölçümlerinin yaptırılması,

- ✓ Büyüme çağında yeterli kalsiyum alınması (günde 2 su bardağı süt),
- ✓ Östrojen almayan postmenopozal kadınların 1500-2000mg/gün kalsiyum alması,
- ✓ Yağsız veya yağı azaltılmış süt ve süt ürünlerinin alınması,
- ✓ Lifli besinlerle beslenilmesi (sebze),
- ✓ Yüksek proteinli beslenmeden kaçınılması,
- ✓ Kuru baklagiller ve pekmez , magnezyum ve C vitamini alınması,
- ✓ D vitamini için güneşe çıkılması,
- ✓ Aşırı zayıflıktan ve aşırı şişmanlıktan kaçınılması,
- ✓ Aşırı tuzlu yememek gerekmektedir (20,45,87,88).

Kadınların menopoza ve menopoza sonrası dönemi rahat geçirebilmeleri için bu döneme özgü problemlerin ve özellikle osteoporozun bilincinde olmaları gerekmektedir. Bu nedenle toplum sağlığı hemşireleri başta olmak üzere tüm hemşireler bu konudaki eğitici rollerini yerine getirmelidirler. Osteoporozun önlenilebilir bir hastalık olduğu unutulmamalıdır (27,81).

#### **Düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite;**

- 1) Kemik kitlesini artırarak kırığı önler.
- 2) Kas gücünü, dayanıklılığı ve koordinasyonu artırarak düşmeyi önler.
- 3) Eklem fleksibilite ve stabilitesini artırır ve
- 4) Postürü koruyarak deformiteleri engeller.
- 5) Kardiyorespiratuvar dayanıklılığı artırarak genel performansı yükseltir.
- 6) Emosyonel stabiliteyi sağlayarak psikososyal güveni artırır (20,36).

Klimakterium dönemindeki kadınlar genellikle menopoza belirtileri dışındaki nedenlerle hastaneye yatmaktadır. Bu nedenle sadece kadın sağlığı hemşirelerinin

değil diğerk bölümlerde çalışan hemşirelerin de menopoz dönemindeki kadınları bilgilendirmeleri ve onlara destek olmaları gerekmektedir (81).

Osteoporoz için hemşirelerin postmenopoz döneminde bulunan kadınlara kısaca önerileri şunlar olmalıdır;

- Hareketli bir yaşam sürmeleri ve yatak istirahatinden kaçınmaları,
- Baston vs. gibi desteklerden kaçınmaları,
- Ev içinde kırık oluşumuna karşı bazı önlemler almaları,
- Gün içinde en az bir saat yürüyüş yapmaları,
- Kalsiyum ve D vitamini yönünden yeterli beslenmeleri,
- Alkol, sigara ve kafein gibi risk faktörlerinden kaçınmaları (81).

#### 1.8.4.3.2. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı=KAH), 65 yaş üstündeki kadınların en yaygın ölüm nedenleridir ve bu gerçek, bu hastalıkların bu yaştaki kadınlardaki artışının yaşlanmadan değil menopozdan kaynaklandığının ileri sürülmesine neden olmuştur. Örneğin pek çok çalışma, postmenopozal kadınların, aynı yaşta bulunan fakat menopoza ulaşmamış olan kadınlarla karşılaştırıldığında daha yüksek KAH riskine sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle cerrahi menopoza giren kadınlarda bu risk daha da fazladır. Çeşitli çalışmalar da, oral östrojen tedavisi gören postmenopozal kadınların, bu tedaviyi almayan kadınlarla karşılaştırıldığında daha düşük bir KAH riskine sahip olduğunu göstermektedir(73,77).

40 yaşından önce myokard enfarktüsü, erkeklerde kadınların 10-20 misli fazla görülmektedir. Bu fark hızla kapanmakta ve her iki cinste 70 yaşında 1:1 olmaktadır (6,17,22,78). KAH riski yaş ile birlikte artmaktadır. 55-59 yaşları arasındaki risk, 30-35 yaşlarına göre 50 kat fazladır (60).

**Kardiovasküler hastalığın risk faktörleri;** ileri yaş, erken (prematür) menopoz, ailede hastalık öyküsü (60 yaşından önce annede yada kızkardeşte veya 50 yaşından önce babada KAH), ırk, hipertansiyon, önceden kolesterol yükseklikleri, obesite, diabetes mellitus (şeker hastalığı), fiziksel aktivite azlığı ve sigara kullanımınıdır (60,78,86,88).

**KAH alınacak önlemler;** sigara azaltılmalı, stresten kaçınılmalı, diabet iyi tedavi edilmeli, uygun egzersizler düzenli olarak yapılmalı ve uygun beslenilmelidir (88).

Obesitenin göstergesi olarak en sık kullanılan parametre Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir. Türkiye'de erkekler için  $30 \text{ kg/m}^2$ , kadınlar için  $29 \text{ kg/m}^2$  obesite sınırı olarak alındığında 40-59 yaş grubundaki kadınların %46.6'sı, erkeklerin %15.9'u obez kapsamına girmektedir. DSÖ'nün ERİCA çalışmasında aynı yaş diliminde Batı ve Kuzey Avrupa kadınlarının %13-14'ü, Güney ve Doğu Avrupa kadınlarının %25-30'u obez bulunmuştur. Bu oran (%46.6) Türk kadınlarında obesitenin önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (67).

Menopoz şişman kadınların kan seviyelerinde değişikliklere sebep olur. Bu kadınlarda, lipidler tüm hücreler için yağ kaynağı olarak kullanılır. Kan kolesterol düzeyi ve lipid miktarı belirlenmelidir. Kolesterolün iki komponenti vardır:

- 1) Yüksek dansiteli lipoprotein (HDL): yararlıdır, kan dolaşımını temizlemede etkilidir.
- 2) Düşük dansiteli lipoprotein (LDL): yağların arter duvarlarında birikerek, bunların kan akımının engellenmesine neden olur.

Aradaki fark şu şekilde hatırlanabilir: HDL'nin H'si (healty) sağlıklı, LDL'nin L'si (lethal) öldürücü. Östrojen yetmezliği sonucunda postmenopozal kadınlarda HDL

düşerken LDL'nin yükseldiği görülür. Yükselen LDL ve total kolesterol infarktüs ve ölüme neden olur (6,17,22,64).

Total kolesterol ve trigliserid artar. Tansiyonda hafif yükselme görülmektedir . LDL, kolesterol birikimine neden olarak damarlarda arteroskleroz gelişmesine yol açar. Total kolesterol düzeyinde yükselmenin östrojen yetmezliği ile ilgi olabileceği düşünülmektedir. Lipid metabolizmasını etkileyen faktörler; seks, seks hormonları, yaş, diyet, fiziksel aktivite, heredite ve sigara içmedir (86).

Kadınların erkeklerle aynı riskleri taşıdığı durumlarda bile (sigara içme, yüksek kan kolesterol düzeyi, aile öyküsünde kalp hastalığı) östrojen KAH'a karşı kadınları korumaktadır. Fakat bu koruma geçicidir. Menopoz sonrası geçen her yılla birlikte KAH'ın artışı büyük bir risktir. Tüm bunlara karşın, iyi olan, KAH'nın önlenbilir ya da erken dönem tarama ile tanınabilir, yaşam şekli değiştirilebilir ve bazı hekimlere göre HRT tedavisi uygulanabilir olmasıdır. Doğurgan yıllar boyunca östrojen kadını, KAH'dan korumada yardımcıdır (64).

Östrojenin kap hastalıklarını önleme mekanizması aşağıdaki gibidir (60).

- Koruyucu lipoprotein olan HDL'yi artırır ve zararlı olan LDL'yi azaltır.
- Damar duvarının kolesterolü tutmasını önleyerek, yağ plakalarının oluşmasını azaltır,
- Prostatiklin adı verilen maddenin üretimini artırarak, damarı gevşetir.
- Kalbin kasılma gücünü artırarak, kan pompalama potansiyelini yükseltir.
- İnsüline bağımlı olmayan şeker hastalığı riskini azaltmaz, hatta insülin düzeylerini düşürerek olumlu etkide bulunur.

#### 1.8.4.4. Psikolojik Değişiklikler

Sigmund Freud menopozdaki kadını, “kavgacı, inatçı, cimri, sadist ve anal nörotik” olarak tanımlamıştır. Wilson ise, “Menopoz sendromu kadının, tüm zihinsel süreçlerinin hedef kaybı gösterdiği bir oryantasyon bozukluğudur” diyerek yansıtmıştır (61,87).

Klimakterium döneminde ruhsal durumda dalgalanmalar, iritabilite, sık ve kolay ağlama, halsizlik, gerginlik, sinirlilik, uykusuzluk, erken uyanma, dikkat toplamada güçlük, unutkanlık, isteksizlik v.s. yaşanan psikolojik değişikliklerdir (50,73,87).

Menopoz döneminde kadınların ancak %25'inin şikayetleri, doktora başvururacak kadar fazla olmaktadır. %75'inde yaşam eskisi gibi sarsıntısız sürüp gitmektedir. Sosyal statüsü sağlam, çalışma hayatında başarılı ve kimlik yapısı dengeli kadınlarda, yaşlılığa kendini hazırlayabilenlerde bu dönem çok rahat ve şikayetsiz geçmektedir. Kadınlığın, anneliğin, ailevi sorumlulukların yitirildiğine, sosyal bağlarının koptuğuna inanan ve yalnızlık korkusuna kapılan kadınlarda, şikayetler (ruhsal gerilimlere bağlı olarak) daha şiddetli olabilmektedir (6).

Aydemir ve ark. (1999) tarafından aktarıldığı üzere; Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması'nda (Avis ve McKinley 1991) kadınların % 42'sinin adetlerin sonlanması ile rahatladıklarını belirttikleri, % 35.5'inin kayıtsız kaldıkları, yalnızca % 2.7'sinin keder bildirdikleri belirtilmiştir (8). Hotun'nun (1996) Kadınların Klimakterium Dönemine Özgü Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü konulu çalışmasında belirtildiği gibi; Avis ve McKinley'in çalışmasında menopoz ile ilgili deprese yada sinirli olma, kaybettiklerine üzülmeye, gerçek kadın olamama, özürsüzlük (eksiklik) duygusu gibi tanımlara da rastlanmaktadır (48).



Farklı kültürlerde menopozun etkisini değerlendiren beş çalışmanın bir incelemesinde, aynı kültürdeki kadınlar ve farklı kültürler arasında kadının menopoz deneyiminde önemli farklılıkların olduğu ve menopozal semptomlara neden olan şeyin, fiziksel değişimler, kültürel etkiler ve bireysel algıların bir kombinasyonu olduğu sonucuna varılmaktadır (16).

Özellikle bizim toplumumuzda menopoz anksiyetesinin temelinde seksüel yetmezlik, yalnızlık, izolasyon duygusu yatmaktadır. Bunlar kadının menopozu yaşlılık olarak algıladığını göstermektedir (50).

Kadın yaşamında psikolojik ve fizyolojik etmenlerin ilişkisi, menopoz yıllarında daha da belirginleşir. Menopozda hormonal dengesizliğin neden olduğu fiziksel gerilimler ve her kadının yaşam biçimine , kişiliğine bağlı olarak gösterebileceği duygusal tepkiler farklıdır (53).

Bir kadının kendilik değeri hissi, psikolojik problemleri önlemede geniş bir rol oynar. Daha az rastlanan bazı hallerde ise kadınlar, eski kızlık psikolojisine, özlemlerine dönmek suretiyle, genç kadın davranışını gösterirler. Özellikle hiç evlenmemiş olanlarda, nulliparlarda (hiç doğum yapmamış kadın), ümitsizlik ve hayal kırıklığı ruhsal travma yaratır. Bazı kadınlar gençliklerinde neşeli oldukları halde, bu dönemde mistik ve çekingen olurlar. Geleneksel toplumlarda yaş ile birlikte kadının statüsü artmaktadır ve olgunluk kadına yeni bir güç vermektedir. Yaşlılıkla birlikte kadının statü kazandığı kültürlerde (örneğin Hindistan ve Uzakdoğu) menopozdaki kadınlar arasında depresyon gözlenmemiştir. Bizim ülkemizde kırsal kesimde yaşlı kadının özel bir yeri ve fonksiyonu vardır. Kültürümüzde postmenopozal kadının, gençliğin güç ve enerjisinin rol ve fonksiyon kaybını kompanse edecek seçenekleri vardır (8,87).

Ne yazık ki menopoz orta yaş dönemi ile aynı yıllara rastlamaktadır. Kadınlarda 45-55 yaş, erkeklerde 55-65 yaş dilimleri arasında “yaş dönümü depresyonu” ortaya

çıkılmaktadır. Yaş dönümünde duyarlılık, karamsarlık, umutsuzluk daha da artmaktadır. Bu yaş dilimi içinde aile bireylerinden birinin ölümü, hastalık, cinsel güçlükler, emeklilik, mali durumda değişiklik, eş ile tartışma, farklı göreve atanma, sorumluluk değişikliği, çocuklardan birinin evden ayrılması, yaşam koşullarında değişiklik gibi zorluklar sıklıkla görülmektedir. Elbette bu durumlar klimakterium dönemindeki depresyonu daha da artırmaktadır. Psikolojik bulguların direk östrojen azlığından mı yoksa, bu yaş grubunun ortak sorunları olan yukarıda sayılan sosyal streslere mi bağlı olduğu halen tartışılmaktadır (50,53,87).

Çağlı'nın (1995) kliniğe menopoza şikayetleri ile başvuruda bulunan kadınlar üzerinde yapmış olduğu menopoza dönemi kadınların uyum düzeyleri konulu çalışmasında; daha önce psikiyatrik tedavi görmüş olan menopozal kadınların genel uyum, kişisel uyum, sosyal uyum, kendini gerçekleştirme, duygusal kararlılık, nevrotik eğilim, psikotik belirti, aile ilişkileri, sosyal ilişki, sosyal normlara uyma ve antisosyal eğilim düzeyleri, tedavi olmamışlara göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, araştırmaya katılan menopozal kadınların genel uyum düzeyleri yeterli bulunmuş ve premenopoz döneminde kadınların genel uyum düzeyi menopoza ve postmenopoz dönemlerine göre daha düşük bulunmuştur (23).

Aydemir ve ark.'nın (1999) doğal ve cerrahi menopoza kadınlar üzerinde yapmış oldukları araştırmanın sonuçlarına göre de, HRT' nin kısa dönemde depresyon yönünden risk oluşturabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, menopozun cerrahi yada doğal yoldan ortaya çıkmasının ruhsal belirtiler üzerinde anlamlı farklılık yaratmadığı sonucu bulunmuştur. Batı toplumlarında kullanımı hızla yayılan HRT'nin klimakterium döneminde gelişebilen psikiyatrik belirtileri nasıl etkilediğine ilişkin olarak çalışmacılar arasında aslında tam bir görüş birliği yoktur (8).

Klinik çalışmalar genellikle, Hormon Replasman Tedavisinin (HRT) duygu durumu iyileştirdiğini, klimakterium dönemindeki kadınlarda iyilik hissini artırdığını göstermiştir. HRT ile kombine uygulamada (östrojen ve progesteron) östrojen oranının artırılması progesteronun depresyon yapıcı eğilimini düzeltebilmektedir (70). Yani bir yandan ortaya çıkan depresyonu iyileştirirken, bir yandan da depresyona neden olabilmektedir (8).

Klimakterium döneminde depresyonu azaltmak yada depresyondan korunmak için; kadınların beklentilerinde değişmeler sağlamak, menopozun doğal bir süreç olduğu, seks yaşamlarının ve kadınlığın sona ermediğini vurgulamak, toplumla ilgili etkinlikleri (siyasal, dinsel, dernek, klüp üyeliği, eğlence toplantıları gibi) artırmak, yakın arkadaş ilişkileri sağlamak (ilgili paylaşımı, destek, bağlılık, güvenilirlik, saygınlık), toplumsal özgürlüğü artırmak, yürüyüş yapmak, hava almak, sevilen bir iş ile uğraşmak, yeni uğraşlar edinmek, giyim ve stil değiştirmek, kilo artışını engellemek ve kanser korkusunu engellemek konularında kadınların bilgilendirilmesi yararlı olabilir (50,87).

Klimakterik dönemdeki kadının, döneme yönelik sağlıklı bir beslenme ve düzenli egzersiz yapma alışkanlığının olması, stres yöntemindeki başarısı, kişiler arası destek sistemlerinin olması, kendine değer verip, kendini gerçekleştirmesi ve genel olarak sağlık sorumluluğu bilincinde olması bu dönemi daha az yakınmalarla ve daha rahat geçirmesini sağlayacaktır (91).

## 1.8.5. KLİMAKTERİUM DÖNEMİNDE CİNSEL YAŞAM VE DOĞUM KONTROLÜ

### 1.8.5.1. Cinsel Yaşam

Premenopozal ve postmenopozal dönemin sorunları ve bu dönemde doğurganlığın kontrolü orta yaş kadının önemli sağlık sorunlarından (5). Klimakterik kadınların cinsel yaşamları ile ilgili konularda uygun danışmanlık ve eğitim gereksinimleri vardır (69).

Ülkemizde bugüne kadar yapılan çalışmalar daha çok menopozun ruhsal durumla ilişkisi üzerinde durmuştur. Kadınların yaşamlarının bu döneminde cinsellik alanında neler yaşadıkları konusunda yapılan bazı bilimsel çalışmalar kadınların, klimakterium döneminde fiziksel ve psikolojik sorunların yanı sıra cinsel yaşamları ile ilgili sorunlar da yaşadıkları doğrultusundadır. Tam anlamıyla geçerli olmamakla birlikte birçok kadın için menopoz, seksüel aktivitenin azalmaya başlamasıdır. Azalan hormon düzeyi genital organlarda bazı değişikliklere neden olur ve buna bağlı olarak cinsel isteğin azaldığı düşünülür. Menopoz sonrası dönemde kadınları önemli ölçüde rahatsız eden ve çoğu kez hekime yansımayan, konuşulmayan cinsel yaşamla ilgili sorunlar mevcuttur (25,64,69,84).

Over hormonlarının azalmasına bağlı gelişen seksüel fonksiyon bozukluklarının direkt ve indirekt etkileri vardır. Direkt etkiler, cinsel organlardaki yaşlanma ve gerilemenin sonucudur. Bunlar (88);

- Genital bölge kan akımının ve kıllanmasının azalması,
- Büyük dudaklarda küçülme ve zayıflama,
- Küçük dudakların ve klitoris büzülmesi, vajen dokusundaki yapısal ve kimyasal değişime bağlı olarak ortaya çıkan Ph yükselmesi (Ph: 3.5-4.5'den 5'in üzerine çıkar),

- Vagina epitel ve kas tabakasının incilmesi,
- Vajinal ıslaklığın azalması hatta kuruluk,
- Ağrılı cinsel ilişki, cinsel istek kaybı olarak sıralanabilir.

İndirekt etkiler; yaşlanmayla değişen vücut görünümünün sonucudur. Kişiyi cinsel çekiciliğin kaybolduğu hissini vermektedir. Bu değişikliklerin bazıları, kilo alımı ve şişmanlık, genel olarak tüm dokularda görülen gerginlik ve elastikiyet kaybıdır. Bunların neticesinde ciltte kırışıklık ve kuruluk meydana gelmektedir (88).

Bazı kadınlar, cinsel yaşamın bittiğine ve eşlerine karşı çekiciliklerini kaybettiklerine inanır. Bu inanın yanlış olduğu aksine menopoza sonra daha aktif bir cinsel yaşantı olabileceği, çünkü gebelik korkusu ve korunma gibi kaygıların ortadan kalktığı şeklinde kadınlar bilgilendirilmelidir. Menopozun sanıldığı gibi korkunç geçmesi gerekmez. Aksine son derece neşeli ve yaratıcı dönem özelliğini kazanabilir. Öncelikle fiziksel değişikliklerin, çekiciliği olumsuz yönde etkilemesi şart değildir. Eğer orta yaşlı bir kadın fiziksel sağlığını korur, canlılığını yitmezse her zaman çekici olarak karşılanabilir (23,28,53,69).

Pek çok kültürde cinsellik, kadının toplumdaki rolleri, cinsiyete özgü stres ve yaşlanma gibi konular menopozun fiziksel ve sembolik anlamı ile oldukça yakından ilgilidir. Doğu ve Batı kültürlerindeki kadınları karşılaştıran çalışmalar, Doğudaki kadınların menopozu doğal bir süreç olarak gördüklerini ve Batıdaki yaşlılarına göre yaşamın bu dönemini daha olumlu değerlendirdiklerini göstermiştir (12).

Örneğin İsviçre’de yapılan bir çalışmada, bazı kadınların, cinsel ilişkiye ilginin azaldığı yılların ardından menopozu, ilişkinin durması için bir neden olarak kullandıkları bulunmuştur (64). Kadınların bazılarında ise, gebe kalma korkusu ve kontraseptif kullanma zorunluluğunun olmaması nedeni ile libidoda ve seksüel doyuma ulaşmada artış gözlenmektedir (68).

Klimakterium dönemindeki bazı kadınların kültürümüzden kaynaklanan sosyal etkiler nedeni ile bu dönemi yaşlılık olarak algıladıkları ve menopoza birlikte ortaya çıkan üreme yeteneği kaybını seksüel ilişkinin kesilmesinin bir işareti olarak gördükleri gözlenmektedir (68). Hotun'un (1996) doğal menopoza kadınlar üzerinde yapmış olduğu araştırmanın sonucunda da; kadınların % 59.8'i menopoza adetten kesilme, rahatlama-gelişme, doğallık, normallik olarak olumlu tanımlarken, %24.9'u çocuk doğuramama, yaşlanma, hastalık, stres, sıkıntı-bunalım, eksiklik-yetersizlik, üretkenliğin bitişi şeklinde olumsuz olarak algıladıkları saptanmıştır (48).

Orta yaş döneminde cinselliğin boyutları farklı ve geniştir. Bu dönemde cinsellik, daha çok birlikte rahatlama, gevşeme bir haz paylaşma alışverişini sürdürme amacına yönelik olmalıdır. Cinsel birleşme artık aile oluşturmak için çocuk doğurmak gibi bir bağlamda yaşanmayacağı için bu durum çiftlere bir çeşit özgürlük duygusu verebilir. O güne kadar birbirlerine yönelme fırsatı bulamayan eşler birbirlerini yeniden keşfedebilirler. Bu yaşlardaki uyumlu çiftlerde, tinsel ve tensel iletişim yollarının keşfedilmesi çifti cinsel doyuma götürebilir. Klimakterium dönemindeki kadının cinsel kimliğini sürdürmesi yani "kadınlığını unutmaması" moral açısından da önemlidir. Klimakterik kadınların sağlık açısından bir sorunları yoksa cinsel fonksiyonlarını daha uzun yıllar sürdürmeleri mümkündür (68).

Cinsel ilişki sırasında ağrı, menopoz sonrası cinsel yaşamı en çok etkileyen belirtidir, ancak düzenli koital etkinlik sağlandığında vajen epitelindeki değişiklikler koital güçlüklerle yol açmaz. Menopoz sonrası cinsel isteğin azalmadığı ama yaşa bağlı endokrin ve sirkulator değişikliklerin cinsel uyarılma fazlarının zaman ve süresinde, tepki paterninde değişikliklere yol açtığı bildirilmektedir. Örneğin labial ve vaginal lubrikasyon başlangıcı 15-30 saniyeden beş dakikaya kadar yükselir, klitoris

eksitasyon ve elevasyon süreleri uzar, orgazm süresi kısalarak rezolüsyon dönemi süratlenir (25).

Özellikle partneri olmayan ya da fiziksel sınırlılığı olan kadınlar için masturbasyon (özdoyum), doyum verici bir seksüel aktivitedir. Kadınlar, seksüel tabularını giderebilirlerse, seksüel gerginliklerini çözen, doku dolaşımını ve lubrikasyonu (kaygan hale getirme) arttıran yararlı bir egzersiz yapmış olacaklardır (28,61).

Klimakterik bir kadının cinselliğe yaklaşımını, yaşa ve menopoza bağlı fizyolojik değişiklikler, uyumlu bir partnerin varlığı, kronik sağlık sorunları, fiziksel sınırlılık, davranış kalıpları ve sosyal değerleri belirlemektedir (68).

Kadın menopoz dönemini yaşarken erkeğin de bu yaşlarda cinsel fonksiyonlarında yavaşlama görülür. Yani menopozdaki tüm seksüel tatminsizlik ve isteksizlik sadece kadından kaynaklanmamaktadır. Erkekler de yaşlandıkça bir çok değişiklikler yaşarlar. Penisin sertleşmesi için daha uzun süre ve direk uyarılması gerekebilir. Veya diyabet, artrit ve diğer buna benzer sağlık sorunlarını tedavi etmek için aldıkları ilaçlar (özellikle de yüksek tansiyon ve depresyon ilaçları) ereksiyon veya boşalma problemlerine sebep olabilmektedir. Erkeklerde, yaşlandıkça seksüel aktivitede başarısızlık olacağı korkusu vardır. Kadın, bu durumu eşinin kendisine olan ilgisini kaybettiği şeklinde algılayabilir. Oysa erkekte görülen bu değişiklikler yaşamın sürekli olarak değişen ritmine insanın ayak uydurmasından başka bir şey değildir. Ayrıca bu değişikliklerin kadın ve erkek için aynı olmadığını, karşılıklı sevgi yada cinsel çekimin bu açıdan hiçbir rol oynamadığını, yalnızca biyolojik ritimlerin belirleyici olduklarını görüp anlamları gerekir. Eğer her iki partnerde normal genital değişiklikler hakkında iyi bir şekilde bilgilendirilirse birbirlerinin taleplerine karşı daha anlayışlı

olabileceklerdir. İyi bir iletişim partnerler arasında 70-80'li yıllara kadar sürecek başarılı bir cinsel yaşamın sağlanması için önemlidir (28,64).

#### 1.8.5.2.Doğum Kontrolü

Klimakterik yıllar boyunca kadının sağlık durumu büyük ölçüde onun menopoz öncesi sağlığına dayalıdır. Bu nedenle kadını istenmeyen gebeliklerden koruyan üreme sağlığı hizmetleri, kadının premenopozal ve postmenopozal sağlığını doğrudan etkiler. Premenopoz döneminde az da olsa gebe kalma şansının olabileceği unutulmamalıdır. Bu süreçte gebelik genelde istenilmemektedir. Dolayısıyla menopoza yaklaşan kadınların güvenli ve etkili doğum kontrolüne gereksinimi vardır (69,77).

Çiftler yaşlandıkça ve doğurganlık azaldıkça cinsel ilişkinin sıklığı azalmakla birlikte, eğer doğum kontrolü uygulanmazsa, gebelik olasılığı sürmektedir. Araştırmalar, kırklı yaşlarının başında olan kadınların yarısının hala doğurgan olduğunu göstermiştir. Doğum kontrolü olmadığında, yıllık gebelik riski, 40-44 yaşlarındaki kadınlar için yaklaşık %10, 45-49 yaşlarındaki kadınlar için %2-3'tür. Bir yıldan uzun bir süredir menstrüasyon geçirmeyen 45 yaş üzerindeki kadınlarda daha sonraki menstrüasyon (yumurtalıklardan olabilir) olasılığı %2-10 arasındadır. Menopoz gerçekleşene kadar doğum kontrolüne açıkça bir gereksinim vardır (77).

Genç kadınlarla karşılaştırıldığında, menopoza yaklaşan kadınların, belirli gebelik önleyici yöntemlere karşı medikal kontrendikasyonları olması daha olasıdır. Örneğin düzensiz kanamalara neden olan hormonal yöntemler uygun olmayabilir, çünkü jinekolojik bir problemle ilişkili düzensiz bir kanamayı maskeleyebilir. Düzensiz kanama, menopozun başlangıcını ve doğum kontrolü gereksiniminin bitişinin belirlenmesini de zorlaştırır. Kontrendikasyonları olmayan kadınlar için kombine oral



kontraseptifler (KOK) etkili doğum kontrolü sunabilmenin yanında, bazı menopozal semptomları ve bazı jinekolojik sorunları hafifletebilir (77).

### **Yalnız Progesteron İçeren Kontraseptifler**

Çeşitli şekillerde uygulanabilir: yalnız-progestojen haplar, Norplant gibi levonorgestrel implantlar, DMPA (depot medroxyprogesterone acetate) gibi enjekte edilebilir birikim (depot) biçimleri, ve levonorgestrel-salgılı intrauterin araçları (IUD) (77).

Kilo alma, bulantı gibi yan etkiler kan basıncında artma, baş ağrısı ve depresyon riski daha azdır. Özellikle sigara kullanımı, hipertansiyon, komplike olmayan diyabet ve tromboemboli öyküsü nedeniyle KOK kullanamayan kadınlar yalnız progesteron içeren yöntemleri kullanabilirler (34).

Yalnız progesteron içeren kontraseptifler güvenli ve etkilidir. Ancak, tüm yalnız progesteron içeren kontraseptif türlerinin dezavantajlarından biri, genelde menstrüel döngüyü bozmaları ve düzensiz kanamaya neden olmalarıdır. Bu 40 yaş üstünde bulunan, düzensiz kanamaya daha eğilimli kadınlar için bir problem olabilir, bununla birlikte, düzensizlik progestin kullanımının ilk birkaç haftasında ortaya çıkar ve daha sonra azalır. Yumurtalık foliküllerinde büyüme de olabilir (76,77).

### **İntrauterin Araçlar (IUD)**

Bakır içerikli IUD'ler dünyanın pek çok yerinde kullanılmaktadır. Etkileri uzun sürelidir ve çocuk sahibi olmak istemeyen 35 yaş üstü kadınların gereksinimlerini karşılamaya uygundur. IUD'lerin kullanımı menopoz gerçekleşene kadar uzatılabilir (77).

35 yaş üstü kadınlarda IUD kullanımıyla ilgili temel sorun, zaten yüksek olan uterin kanamayı arttırmasıdır. Kanama veya ağrı durumlarında, kadınları anemiden veya enfeksiyondan korumak ve kanamanın organik nedenlerinin teşhisini hızlandırmak

amacıyla menopozdan bir yıl sonra IUD'nin çıkarılması tavsiye edilir. Daha geç kalınırsa servikal stenoz gelişebileceğinden işlem güçleşir (34,76,77).

Perimenopozdaki bazı kadınlar için doğum kontrolü karışık bir konudur ve kontrasepsiyon seçenekleri sınırlıdır. Hormon içeren oral ya da implante kontraseptifler sigara içen yaşlı kadınlarda risklidir. Diğer seçenekler bariyer metodlardır: kondom, diyafram ve köpükler yada tübligasyon gibi cerrahi bir metot da kullanılabilir (64).

### **Bariyer Yöntemleri**

En yaygın gebelik önleyici bariyer yöntemleri diyafram, kondom ve spermisit'tir. Bunların verimi IUD ve kontraseptiflerinkinden düşüktür. Bariyer yöntemleri kullanan 35-39 yaş arası kadınlarda bildirilen gebelik oranları yılda 100 kadında 1.1'dir. İleri yaş kadınlarında önemli bir problem olan vaginal kurulukta spermisitler kayganlaştırıcı işlev görürler. Menopoz üzerinde olumsuz etkileri yoktur. Kondom, en yaygın kullanılan, kolay ulaşılabilir yöntemdir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı koruma sağlama avantajına sahiptir. Doğru ve düzenli kullanılmadığında başarısızlık oranı yüksektir. İleri yaş erkeklerde ereksiyon sorunu varsa kondom kullanımı zorlaşabilir. Ayrıca kadında vaginal kasların gevşekliği diyafram kullanımını engelleyebilir. Bu nedenle bariyer yöntemlerin doğru ve düzenli kullanımları konusunda danışmanlık verilmesi önemlidir (34,77).

### **Tübligasyon (Cerrahi Sterilizasyon)**

Bir çift, istedikleri büyüklükte bir aileye sahip olduğunda, erkek veya kadın sterilizasyonu iyi bir kontraseptif seçenektir. Çünkü geri dönüşlü bir yöntem gereksinim yoktur. Britanya'da 40 yaş üstündeki çiftlerin %40'ından fazlası aile planlama yöntemi olarak sterilizasyonu seçmiştir ve benzer bir durum pek çok gelişmiş ülkede de söz konusudur. Son araştırmalar, tübligasyonun, over kanserine karşı korunmada ek bir fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Cerrahi sterilizasyon,

enfeksiyon ve diğerk olası komplikasyonları minimize etmek için uygun sağlık bakımı gerektirir. Girişim sonrası korunma kaygısı olmayacaktır. Cinsel ilişkiye olumsuz etkisi yoktur. Menopoz belirtilerini maskeleyemez (34,77).

Kazerooni ve ark. (2000) Shiraz'da yaşayan İrani kadınlr üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında, araştırmaya katılan kadınlr arasında %58.27 ile en yaygın kullanılan yöntemin KOK olduğunu, %28.11'inin kondom, %25.81'inin IUD, %16.38'inin tübligasyon kullandığını ve %1.97 ile en az kullanılan yöntemin vazektomi olduğunu belirlemişlerdir (58).

### **Doğal Aile Planlaması (DAP)**

Geç premenopoz yıllarında doğal doğurganlık kontrolünün uygunluğu ile ilgili çok az veri mevcuttur. Fakat, kadınlrın büyük bir kısmında görülen düzensiz menstrüel döngüler, güvenli dönemlerin kullanımını olumsuz etkilemektedir (77).

### **Önemli sonuçlar**

1. Düşük östrojen ve progesteron içeren kombine oral kontraseptifler, 35 yaş üstündeki sağlıklı, sigara içmeyen kadınlr için uygundur.
2. Yalnız-progesteron içeren kontraseptifler, geç premenopozal kadınlr için uygun olabilir.
3. Hem bakır içerikli hem de progestojen-salgılı IUD'ler, geç premenopozal kadınlr için verimli, uzun etkili ve güvenli kontraseptiflerdir.
4. Bariyer yöntemleri, doğurganlığı ve cinsel ilişki sıklığı düşük olan geç premenopozal kadınlr tarafından tercih edilebilir.
5. Erkek veya kadın sterilizasyonu (vazektomi/tübligasyon), menopoza yaşlaşan kadınlr için iyi bir gebelik kontrolü seçeneğidir (77).

## 1.8.6.KLİMAKTERİUM DÖNEMİNDE TEDAVİ

### 1.8.6.1. Hormonal Tedavi

Günümüzde koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmekte ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik olan bu hizmetler özellikle morbidite azaltılmasında etkili olmaktadır. Kadınlardaki klimakterium döneminin, iyi bir şekilde ele alınması, uygun tedavinin planlanması ve gerekli diğer önlemlerin alınması bu nedenlerle önemlidir. Kadınların beklenen yaşam sürelerinin uzaması, menopozal yakınma ve menopozun arttırdığı sağlık sorunlarının yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumsuz etkilemesi tedaviyi kaçınılmaz kılmaktadır. Menopoz döneminde kısa ya da uzun sürede gelişen sorunların ortadan kaldırılmasında ve en aza indirgenmesinde HRT oldukça etkili olmakta ve bireylerin yaşam kalitesini arttırmaktadır (49).

Menopozun etkilerinin yaşlanma etkilerinden ayırıt edilmesi her zaman kolay değildir. Sıcak basmaları (hot flushes) ve vaginal değişimler gibi bazı menopozal semptomlar oldukça yaygındır. HRT, bu semptomlara karşı yaygın olarak kullanılmaktadır ve postmenopozal kadınlardaki kardiyovasküler sorunları azaltmada da bir rol oynayabilir. Fakat östrojen terapisinin, endometrium kanserine neden olabileceği ve yaşlı kadınlarda meme kanseri oranında bir artış yaratabileceği bilinmelidir (77).

Menopoz ile birlikte ortaya çıkan terleme, ateş basmaları ve yüz kızarmalarının tedavisinde semptomları ortadan kaldıracak östrojen miktarı, östrojenlerin oral, parenteral ve transdermal alınmasına bağlı olarak değişebilir (98).

HRT'nin iki amacı vardır;

- 1- Östrojen eksikliğine bağlı semptomları gidermek,
- 2- Osteoporoz ve KAH'lardaki risk artışını önlemek (88).

HRT'nin bazı temel prensipleri vardır;

- Östrojen kullanılmasında herhangi bir kontrendikasyon olmamalıdır.
- En düşük doz ile başarı hedeflenmelidir. Bu doz vakadan vakaya değişebilir.  
Dozun ayarlanmasında en önemli kriter ateş basmalarının ortadan kalkmasıdır.
- Kullanılan östrojen miktarı endometrial kanamalara neden olmamalıdır.
- Tedaviye semptomlar devam ettiği müddetçe devam edilmelidir (98).

Klimakterium dönemindeki yakınmaların kontrol altına alınmasında HRT önemli yer tutar. Ancak HRT'nin yararlı ve zararlı yönleri vardır (86).

### **HRT'nin Yararları:**

HRT ile vazomotor semptomlarda düzelme gözlenmektedir. Ayrıca postmenopozal dönemde kardiyovasküler sistemde meydana gelen olumsuz etkiler önlenmektedir. HRT ile LDL'nin azaldığı, HDL'nin arttığı gözlenmiştir (22,88).

HRT düşük dozda endometrial hiperplaziyi düşürür, kırıkları önler, ateş basması ve kalp çarpıntılarını tedavi eder, atrofik vaginitisi, kanserleri (meme kanseri ve uterus kanseri dışında) önler (77).

### **Meme kanseri**

Meme kanseri, tüm gelişmiş ülkelerdeki kadınlarda görülen en yaygın hastalıktır. Çeşitli kaynaklar, hormon tedavisi ile meme kanseri riski arasındaki olası bir bağlantının varlığından şüphelenmektedir (77).

Mevcut epidemiyolojik kanıtlar, postmenopozal kadınların beş yıldan az bir süre boyunca östrojen kullanmalarının, meme kanseri riski üzerinde hiçbir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. 5-9 yıl boyunca östrojen kullanan kadınlarda ise risk biraz artmaktadır, fakat çalışmalar çok çeşitli sonuçlar vermektedir. Bununla birlikte 10 yıldan uzun bir süre östrojen kullanımı, meme kanseri riskinde %30-80'lik bir artış

yaratabilir. Östrojenlere progestojenlerin eklenmesi riski arttırıyor olabilir fakat bulgular arasında tutarsızlıklar vardır (77).

### **Jinekolojik kanserler**

Çeşitli çalışmalarda elde edilen bulgular, östrojenlerin endometriumda kansere neden olabileceğini göstermektedir. Kullanımın artışına göre riski artmaktadır (10-15 yıllık kullanım, hiç östrojen kullanmamış kadınlarla karşılaştırıldığında 10 kat fazla risk yaratabilir). Fakat östrojen kullanımı sona erdirildiğinde bu risk azalmaktadır. Uzun vadeli östrojen kullanımı agresif endometriyal kanserlere neden olabilmektedir (77).

Östrojenle birlikte progestojen kullanımı endometriyal kanseri riskini azaltır. Aslında progestojenin eylemi, östrojenin endometriyum üzerinde kanser yaratıcı etkisine karşı çalışır. Çalışmalar endometriyal kanser oranının, tek başına östrojen kullanan kişilerle karşılaştırıldığında hem östrojen hem de progestojen içeren preparasyonlar kullananlar arasında daha az olduğunu ortaya koymaktadır. Aslında ayda 10 gün veya daha fazla süreyle östrojen-progestojen kombinasyonunun kullanımı, hiç hormon kullanmayan menopozal kadınlarla karşılaştırıldığında endometriyal kanser riskinde hiçbir artışa neden olmamakta veya bu artış çok az olmaktadır (77).

Avrupa ve Kuzey Amerika'daki over kanseri çalışmaları, HRT kullanan kadınlar arasında, kullanmayanlardan farklı olarak over kanseri riski belirtmemektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki durumla ilgili bilgi yoktur. Premenopozal kadınlarda veriler, KOK kullanımının, over kanseri riskini azalttığını göstermektedir (77).

HRT ile serviks kanseri arasındaki olası bir ilişkinin tespitine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Sonuçlar kesin değildir ve veriler herhangi bir çıkarımda bulunmak için yeterli değildir (77).

Postmenopozal HRT, klimakterik semptomların giderilmesi ve osteoporozun önlenmesinde de önemli bir yarar sağlamaktadır (41).

HRT, osteoporozun engellenmesinin temel taşlarından biri olmasına rağmen her kadın için uygulanabilecek bir çözüm değildir. Bu tedaviye başlamadan önce menopoz dönemindeki kadınların detaylı bir şekilde sağlık kontrolünden geçirilmesi, HRT için uygun olmayan durumların ortaya çıkarılması ve çeşitli hastalıklar için risk faktörlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Menopoz döneminin başında böyle bir sağlık taramasından geçirilen kadınlar, hayatın geri kalan yıllarında önemli sorunlar doğurabilecek osteoporoz, kalp hastalığı yanı sıra diğer medikal ve cerrahi hastalıklara karşı önleyici tedavilere yöneltilerek önemli bir halk sağlığı hizmeti de yapılmış olmaktadır (40,54).

**Hormon kullanımına engel oluşturan durumlar:**

- Yeni myokard enfarktüsü(MI) geçirmiş olmak,
- Geçici iskemik atak(GİA),
- Serebra vasküler olay(SVO),
- İntracranial hematoma (ICH),
- Karaciğer fonksiyon bozukluğu,
- Meme ve Endometrium kanseri gibi östrojen'e bağımlı neoplazi öyküsü,
- Tromboembolizm,
- Şişmanlık ve
- Aşırı sigara içmek (98).

**Dikkatli ve kontrollü kullanılacak durumlar:**

- Kalpte iskemik hastalık,
- Hipertansiyon,
- Safra kesesi taşı,
- Diabetes Mellitus(DM),
- Hiperlipemi (kanda aşırı miktarda yağ bulunuşu),
- Migren tipi baş ağrıları,

- Myom,
- Pankreas taşı (98).

### **HRT'nin Yan Etkileri;**

Bacak krampları, meme ucu duyarlılığı, uterin kanamalar, göğüslerde gerginlik, sıvı tutulması, kilo alımı, bulantı ve kusma, servikal mukus sekresyonunda artma, baş ağrısı ve östrojene karşı alerji gibi durumlardır. Bu yan etkiler 3-6 hafta içinde kendiliğinden kaybolur. Yan etkilerin uzun sürmesi, devamlı baş ağrısı ve düzensiz kanamalar gözlenirse hasta ve doz tekrar değerlendirilmelidir (54).

Bugün dünyadaki kadınların sadece %10'unun HRT aldıkları saptanmıştır. Bu hem kişisel hem de ülkelerin sağlık ekonomisi açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Çünkü uzun bir tedavi olan HRT bir koruyucu sağlık hizmetidir ve devletlerin sağlıktaki uygulamalarında ana hedeflerinden olmalıdır (78).

Kadınlar HRT'nin yan etkileri, kanser korkusu, menopozal semptomların görülmemesi ve tedaviyi gerekli görmemeleri dolayısıyla tedavilerine devam etmemektedirler (49).

Tedaviden yarar görülebilmesi için HRT'nin en az 4 yıl kullanılması gerekmektedir. Oysa HRT'ye uyum, kadının tedaviyi ihtiyaç olarak görmesine, olası yarar ve risklerini anlamasına ve tedaviye sağlık personeli ile birlikte karar vermesine bağlıdır. HRT'ye devamı sağlamak için hemşirenin kadının kullanacağı ilacın yan etkilerini, risklerini ve tedavinin güvenli bir şekilde sürdürülebilmesi için gerekli kontrolleri ayrıntılı olarak açıklaması gerekmektedir. Hemşire HRT başlanan kadına, tıbbi tedavisinin yanı sıra , beslenmenin düzenlenmesi ve spor yapma gibi diğer yaşam stili değişiklikleri konusunda da bilgi vermeli ve danışmanlık yapmalıdır. Ancak hemşirenin tüm bu konularda eğitim ve danışmanlık yapabilmesi için öncelikle kadının



klimakterium dönemi ile ilgili görüş ve bilgileri ile HRT hakkındaki düşüncelerini belirlemesi ve buna göre bir eğitim ve danışmanlık planlaması gerekmektedir (49).

Eğitim durumu ve sosyal güvencenin bulunmaması da ilacı bırakmada etkili olabilmektedir. Bu gruplarda sağlık eğitimi de yapılmalıdır. Uzun süreli kullanıldığında osteoporozu önleyeceği, kalp krizini azaltacağı için bu tedavinin maliyetinin daha ucuz olacağı anlatılmalıdır (40).

Tedavide başarı ve devamlılık, bireylerin ve toplumun konu ile ilgili, doğru, güvenli bilgi ile donatılmasıyla mümkündür. HRT'ye başlama zamanının ideal olarak menopozal döneme girince olması önerilmekte, gecikmenin tedaviden yararlanmayı olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir (73).

Kadınlarda ortamla yaşam süresinin artmasıyla birlikte ortaya çıkan erken yada özellikle geç menopoz komplikasyonlarının ortadan kaldırılması veya memede primer kanser oluşmasında HRT kullanımının istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturmadığı söylenebilir. Bu nedenle yararlılık oranının fazla olduğu bu tedavi şeklinin, kesin kontrendikasyonlar oluşturmayan hastalar için kullanılması gerekmektedir (54).

#### **1.8.6.2.Non-Hormonal Tedavi**

HRT ile ilgili bir çok araştırma var olduğu halde tedavi için hormonal olmayan yöntemlerin olabilirliği hakkında bilgi azdır (21).

Klimakterik dönemde alternatif tedavi arayışında olan kadınlar genellikle kültürel yapılarıyla bağdaşan tedavi yöntemlerini tercih etmektedirler. Bu yöntemler arasında akupunktur, yoga, rahatlama hareketleri, manipülasyon teknikleri, meditasyon, egzersiz, geleneksel Çin ilaçları, doğal östrojen kaynakları, diyet, vitaminler ve mineraller yer almaktadır (92).

Menopozal yakınmaları azaltmada önemli bir yere sahip olan doğal östrojen kaynakları arasında kabayonca, anason, fesleğen, bakla, fasulye, frenk maydanozu, şerbetçiotu, meyankökü (hipertansiyonlulara tavsiye edilmiyor), dereotu, boyotu, maydanoz, adaçayı, soya fasulyesi gibi besinler sayılabilmektedir (92).

Geleneksel Çin ilaçları , menopozal semptomların tedavisinde Çin’de kullanılan bir tedavidir. Çin’deki klinik çalışmalar, Çinli kadınların menopozal şikayetlerinin hafifletilmesinde geleneksel Çin ilaçlarının önemli derecede etkili olduğunu göstermektedir. Fakat bu sonuç genellenemez. Davis ve ark. (2001) Avustralya’da yaşayan kadınlarda, vazomotor semptomlarının azaltılmasında geleneksel Çin ilaçlarının (CMH) etkisini araştırdıkları çalışmalarında, vazomotor semptomlarda CMH’nin etkili olmadığını saptamışlardır (26).

HRT yanında kadınların sıkıntılarını azaltıcı yöntemler şöyle sıralanabilir.

**Sıcak basması ve gece terleme nöbetlerini önlemede;**

- ♥ Sakin olmaya çalışmalı,
- ♥ Derin nefes alma ve gevşeme egzersizleri yapılmalı,
- ♥ Sıcak hava, alkol, kahve, çaydan kaçınmalı,
- ♥ Giysiler hafif ve kolay değiştirilebilir olmalı,
- ♥ Ayrıca soğuk kompreslerle soğutma da yapılabilir (88).

Ayrıca sıcak basmalarında; soya fasulyesi, ıspanak, koyu yapraklı sebzeler, yer fıstığı, yoğurt, süt, ginseng çayı ve meditasyon tercih edilmektedir (92).

**Sinirlilik, yorgunluk, depresyon, aşırı hassasiyet, kendini hasta hissetme, baş ağrısı ve uykusuzluk durumlarında;** B vitamini (ilaç, tahıllar), C vitamini, E vitamini, Sarımsak hapları yararlı olabilmektedir (88).

Ayrıca kadınların **uykusuzlukta;** kediotu, nane, şerbetçiotu, çarkıfelek,

**Baş ağrısında;** maydanoz, nane yağı,

**Sinirlilikte;** beyin, organ etleri, şeker tortusu, ceviz, yerfıstığı, kahverengi prinç yemeleri gibi uygulamalar yararlı olabilmektedir (92).

**Kilo artışı;** vücut ihtiyacı değiştiğinden beslenme de değişmelidir. Eski alışkanlıklarla beslenme düzeni devam ederse kilo artışı hemen ortaya çıkacaktır.

- ♥ Yağlı, tuzlu ve karbonhidratlı yiyeceklerden kaçınılmalı,
- ♥ Her yemekte protein ve yeşil sebze ve meyve bulunmalı,
- ♥ Kahve, çikolata ve benzerlerinden kaçınılmalı,
- ♥ Atıştırma yasağı olmalı,
- ♥ Egzersiz yapılmalıdır (haftada 3 gün 1 saat) (88).

**Vücut şeklinin değişmesi;** kalça ve memelerdeki yağ dokusu azalırken, omuzlar, bel ve sırt üst kısımlarında yağlanma artar, kalınlaşma olur. B6 vitamini ve egzersiz vücut şeklini korumada etkili olacaktır. Topikal hormon kremleri, sık çamaşır değiştirme, pamuklu, nem emici çamaşır kullanılması, vajenin mikroorganizmalara direncini artıracaktır (88).

**Vaginal kuruluk ve ağrılı cinsel ilişki (disparonia);** Topikal hormon kremleri ve düzenli cinsel ilişki ağrıyı azaltır (88).

**İdrar kaçırma, sık idrara çıkma;** Topikal hormon kullanma, mesane jimnastiği (Kegel egzersizi), değişik operasyon teknikleri ile bu durumu önlemek veya düzeltmek mümkündür (88).

**Ciltte kırışma , incelme;** Hem hormon azalması hem de yaş ile , ciltte yer alan kollajen ve elastik lif sayılarında azalma olur. Önlem için;

- ♥ Sigara azaltılmalı
- ♥ Güneşten korunmalı
- ♥ Günde en az 8 bardak su içmeli
- ♥ Yağlı kremlerle cilt masajı yapılmalı

♥ C vitamini alınmalıdır (88).

Bir çok kadının özellikle kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozdan korunmak için alternatif tedavileri tercih ettiği, egzersizin ve soya ürünlerinin vazomotor yakınmaları azaltmada, lipid seviyesini düşürmede, kemik dansitesini artırmada etkili olduğu ve balık yağının da koroner kalp hastalıklarından sekonder korunmada etkili olduğu belirtilmektedir (92).

Klimakterik dönem, kadına sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin tanınması ve baş etmesi gereken bir dönemdir. Sağlık profesyonelleri, kadınlara HRT kadar alternatif tedavilerde de yol gösterici olmalıdır. Gelecekte hemşireler bakımları içinde alternatif tedavilere de yer vermelidirler. Sağlığı geliştirme stratejileri ve programları, değişik sosyal, kültürel ve ekonomik sistemleri göz önüne almak koşuluyla tek tek ülkelerin ve bölgelerin yerel gereksinimlerine uyarlandığı takdirde başarıya ulaşabilir. Hemşireler, diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde olmalı ve bunu bakımlarına yansıtmalıdırlar (92).

### 1.8.7. UMUTSUZLUK

Umut, insanın doğasında bulunan en değerli kaynaktır. Bireyi motive ederek gerektiğinde bir çok şeye ulaşmasını sağlayan bir güçtür (80).

Umut eden kişi geleceğe oryantedir, şimdiki yaşam durumunu değiştirmek ister, bunun için çalışır (99).

Umut kişinin yaşamını tehdit edici durumlardaki stres ile mücadelenin önemli bir parçasıdır. Umudun oluşturulması bireyin stres ile baş etme yeteneğini artırıp hastalığın etkilerini azaltabilir. Umut, problemleri çözmeye güç vermekte ve kişilere kayıpları, sıkıntıları, yalnızlıkları ve acıları ile başa çıkabilmeyi öğretmektedir. Umutsuzluk ise bunun tam tersidir (80).

Umutta amaca ulaşmak için uygulamaya konan planların başarılacağı öngörüsü varken, umutsuzlukta başarısızlık yargısı vardır (99).

Umut genelleştirilmiş ve özelleştirilmiş olarak iki grupta kavramsallaştırılabilir. Genelleştirilmiş umut, konu içinde geniş yer tutar, belirli bir nesneye bağlı değildir. Özelleştirilmiş umut, umutlu bir kişinin sahip olunacak en önemli olay olarak neyi algıladığını tanımlar ve savunur. Özelleştirilmiş umut somut yada soyut olabilir; soyut olarak terimleri dolaylı yada kesin olarak ifade edebilir. Genelleştirilmiş ve özelleştirilmiş umut altı boyutta yapılandırılır (13).

- *Duygulanım Boyutu*: Güven duyguları yada sonuç hakkındaki şüphe
- *Bilişsel Boyut*: Umut etme, hayal etme, şaşırma, algılama, düşünme, hatırlama ve yargılama süreci
- *Davranışsal Boyut*: Bireyin oryantasyon hareketi
- *Birleştirici Boyut*: Mantıksal bağdaştırma duygusu
- *Zamana Ait Boyut*: Geçmiş, şu an ve gelecekteki deneyim
- *Genel Durum (Koşullar) Boyutu*: Umutsuz kişiyi çevreleyen yaşam durumlarıdır.

Umutsuzluk, bir hastalık sonucunda gelişebileceği gibi, bir hastalık nedeni de olabilir. Umutsuzluk, hastanın çevresindeki olayları karşı konulmaz olarak görmesine ve geri çekilmesine yol açar. Apati (ilgisizlik), keder, suçluluk, karamsarlık, umursamama gibi davranışsal tepkilere yol açabilir. Bireyin iç kaynaklarını tehdit altında ya da tükenmiş hissetmesi, dışarıdan yardıma gereksinimi olduğunu gösterir. Hastalıklar bireyde çaresizlik duygularına neden olur. Bireyin hastalığını algılaması çeşitli kültürel kaynaklardan etkilenir. Birey, hastalığı üstesinden gelebileceği bir durum olarak algılayabileceği gibi, kader, felaket olarak algılayıp umutsuzluğa düşebilir (80).

Umutsuzluğu tanımlayıcı özellikler (13);

- Terminal hastalıklar,
- Orta dereceli ve şiddetli depresyon,
- Pasiflik ve çaresizlik,
- Regresyon ve bağımlılık,
- Apati yada aşırı ağlama,
- Vazgeçme ve güçsüzlük,
- Acizlik, yardımsızlık,
- Yetersizlik, yeteneksizlik,
- Yaşamda anlam yada amaç yokluğu,
- “Boş” yada “Boşaltılmış” olma duygusu,
- Yaşamak için ilgi ve istek kaybı,
- Tuzağa düşmüşlük duygusu,
- Aşırı uyku yada uykusuzluk,
- Şiddetli kilo kaybı,
- Benlik saygısı kaybı,
- Günlük aktivitelerde ilgi ve enerji kaybı,
- Problem çözme ve karar verme yeterliliğinde azalma,
- Şimdi ve burası ile değil, geçmiş ve gelecek ile ilgilenme,
- Düşünsel süreçlerde esnekliğin azalması,
- Hayal etme ve arzu etme yetersizliği,
- Amaç ve hedeflerin farkında olmama ve/veya bunları başaramama,
- Plan, düzenleme yapamama,
- Umut kaynaklarının farkında olamama,
- İntihar etme düşünceleri,
- Öfkeyi dışarı vurmada yetersizlik,

- Temel ihtiyaçlarını karşılama ve öz-bakımını yapma yeteneğinde kayıptır.

Umutsuzluğu deneyimleyen bireyler imkansız ve çözümsüz gördükleri durumu algıladıklarını ifade eden sözel ipuçları verirler. Kötümserlik, hiçlik duygularının ifadesi ve bastırılmışlık egemendir. “Bırakmalıyım çünkü yaptığım hiçbir şey önemli değil” gibi ifadeler umutsuzluk durumunu gösterir. “Hiçbir zaman şanslı olmadım. Niçin şimdi bir atılım yapayım ki” ve “Biliyorum, istediğimi asla elde edemeyeceğim. Niye deneyeyim ki.” Yada “Bunun tümü, benim için, hakkında denemeye çok fazla” gibi ifadeler de hastanın umutsuzluğunu gösterir (13).

Ruhsal gerilimlerin ortaya çıkışında, kimlik yapısının, kültür ve inanışların ve çevre şartlarının rolleri vardır. Mesela kırsal bölgede yaşayanlarda bu şikayetlere pek az rastlanır. Yaşlılığı reddeden, kendilerini meslek ve hobilerine verenler, çevresi ile tam bir uyum içinde yaşayanlar, mutlu bir evlilik yapanlar, manevi değerlere bağlananlar, her türlü zorlukları hoşgörü ile karşılayanlarda klimakterium şikayetleri yok denecek kadar az ve silik geçmektedir (6).

Kadınların aile ve toplumdaki rolü, her zaman çocuk doğurma ve yetiştirme rolü ile birlikte ele alınmıştır. Onun doğurganlık görevini gerçekleştirmesi, cinsel yönden eşini tatmin edebilmesi, ailede kendisinden beklenen en önemli sorumluluk olarak düşünülmektedir. Bu fonksiyonları nedeni ile üreme organları, kadın bedeninin önemli bir bölümünü oluşturmakla kalmamış, beden imajı ve benlik saygısının adeta odak noktası olmuştur (68).

Ürogenital semptomlar ve seksüel problemler yaşayan kadında beden imajı değişikliği ile kaygı ve özgüven yetersizliği gelişebilir. Hemşire bu konuda uyanık olmalı ve empatik bir yaklaşımla güven ve destek sağlamalıdır (28).

Konuyla ilgili yazılı kaynaklar incelendiğinde, depresyon ve menopoz arasındaki ilişkinin incelendiği çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bu eğilimin

nedeni, menopozun kadının ruh sağlığı üzerinde büyük ölçüde olumsuz etkisi olduğu ve kadınların büyük çoğunluğunun bu dönemde depresyon yaşadığı görüşünün yaygın olmasındadır. Ülkemizde İçmeli ve Yılmaz (1992) tarafından, Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki, 45-50 yaş grubu ve 50 yaş üstündeki kadınlarda depresyon sıklığıının incelendiği çalışmada, menopoz öncesi dönemdeki kadınların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının menopoz sonrası dönemdeki kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca cerrahi müdahale gören menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda şiddetli depresyon düzeyinin (%53) aynı dönemdeki doğal menopozlu kadınlara (%4) göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (50). Menopoz döneminde umutsuzluğun incelendiği çalışmalara rastlanamamıştır.

Uçanok (1994) çalışmasında, 29-60 yaş arasındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtiler ve tutumları hem gelişimsel olarak incelenmiş, hem de menopoz açısından kritik olan 45-54 yaşları arasındaki dönemin kendi içindeki değişimlerini ayrıntılı olarak irdelenmiştir. Anılan çalışmanın bulguları, kadınların menopoza ilişkin toplam belirti puanlarında yaşa göre bir farklılaşma olduğunu, 55-60 yaş grubunun belirtiler açısından en yoğun grup olup, eğitim düzeyi yükseldikçe toplam belirti puanının düştüğünü ortaya koymuştur. Menopoza ilişkin tutumlar açısından da sonuçlar, yaş ilerledikçe ve eğitim düzeyi yükseldikçe menopoza ilişkin tutumların daha olumlu hale geldiğini göstermiştir. Araştırmada, yaşama bakış açısı (iyimserlik) ile menopoza ilişkin tutumlar arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç, menopoza ilişkin tutumların oluşmasında kalıp yargıların ve menopoz yaşantısının olduğu kadar bireylerin kişilik özelliklerinin de önemli bir faktör olabileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca çalışmada, menopoza ilişkin belirtiler ile yaşama bakış açısı arasında ters yönde bir ilişki olduğu, iyimserlik arttıkça toplam belirti puanında düşme olduğu saptanmıştır (95).



Umutsuzluğu yönelik, hemşirelik ön değerlendirmesi hastayı dinleme ve gözlemeyi içerir. Hemşire umutsuzluk, karamsarlık, hiçlik ve bastırılmışlık konularını dinler. İsteksizlik ve pasiflik gibi umutsuzluk göstergesi olan davranışları gözler. Bazı ipuçları belirsizdir yada aşırı belirgindir. Hastayla iletişimdeyken hemşirenin kendi umutsuzluk duygularının farkında olması hastanın umutsuzluğunun göstergesi olabilir ve bu hastanın umutsuzluğunu giderebilmek için bir uyarı olmalıdır (13).

Hemşire tarafından kullanılan ifadeler hasta için gerçek umudu vurgular. Hemşire hastanın mümkün olan ve olmayanı ayırt etmesine yardım eder. Hastanın zayıf yönleri değil güçlü yönleri ortaya çıkarılır. Aile yada diğer önemli kişiler de hastaya destek olmalıdır (13).

#### **1.8.8. YAŞAM KALİTESİ**

Over hormonları yalnızca genital organlar üzerinde değil ekstrasjenital hedef dokular üzerinde de etkiye sahip olduğundan, menopoz sırasında meydana gelen östrojen yetersizliği hem jinekolojik bölgeyi hem de tüm bedeni etkileyecektir. Pek çok kadın menstruasyonun ve hatta doğurganlığın sonunu bir avantaj olarak görebilmekle birlikte, sıcak basmaları, baş ağrısı, uyku ve ruh hali bozuklukları gibi menopozal semptomlar kadınlarda yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (16,19).

Genel anlamda bireysel “iyi oluş”un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesinin sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlendiği açıktır. Bazı araştırmacılar, yaşam kalitesinin bireylerin sosyal durumu, bazıları ise kavramın bireylerin yaşam durumlarına ilişkin subjektif duyguların olduğunu savunmuşlardır. Sonuçta bu farklı yaklaşımlar, kavramın farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur. Araştırmacıların tüm tanımların üzerinde durdukları ortak nokta genel olarak yaşam yada yaşamın çeşitli alt alanlarına ilişkin mutluluk ifadelerinin kaliteyi

belirlediğidir. “Yaşam kalitesi” kavramı, yaşamda nelerden zevk aldığımızı ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder (80).

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamaları ile güçlü ilişkiler içindedir. Ancak kalite kavramı hemşirelik dışındaki diğer disiplinlerde de yaygın olarak kullanılmaktadır (14).

#### **Yaşam kalitesi kavramı:**

- Zaman içinde değişim gösterebilir,
- Çok boyutludur,
- Bireyler ve çevre ile olan etkileşimle bağlantılıdır,
- Bireylerin beklentileri ve yaşamlarındaki olaylarla ilintilidir (7).

Normal bireylerde fonksiyonel durum, aile yaşamı ve finanssal durum iyilik halinin en iyi göstergeleri olarak kabul edilirken, hastalık durumunda öncelikler değişebilmektedir. Demografik değişkenler de yaşam kalitesini anlamlı derecede etkileyebilmektedir (7).

Yaşam kalitesi kavramı 1960’lı yıllarda öncelikle sosyoloji bilimlerinin, daha sonraki yıllarda psikoloji biliminin uğraşı alanına girmiştir. Yaşam kalitesi, yaşamdan memnuniyet yada mutluluk içeren daha somut bir bakış açısıyla yönelmiştir. Bunun yanında sosyal destek, oturma yeri, sağlık durumu, medeni hali, iş durumu yada ekonomik durum gibi değişkenler yaşam değerlendirmelerinde yer almaya başlamıştır. Yaşam kalitesi kavramı 1970-1980 yıllarında tıp alanında ilgi görürken 1980-1990 yıllarında hemşirelik alanında üzerinde durulan konu olmuştur. Bilim adamları yaşam kalitesine kendi disiplinlerini ilgilendiren açılardan yaklaşmaktadırlar. Tıp ve hemşirelik ise sağlık çalışanlarının ilgilendikleri alanlar olan sağlığın, semptomların, hastalıkların ve tedavilerin yaşam kalitesi ile olan ilişkilerine odaklanmıştır. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları, yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü

içeren iyilik hali durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır (80).

Yaşam kalitesi ölçümü sağlık hizmetinin sonucu olarak ortaya çıkan kişilerin veya toplumların sağlığını, kar ve zararını toplu olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Diğer bir deyişle yaşam kalitesi uygulanan tedavi/tedavilerin hastanın yaşamını etkileme durumu, hastanın şu andaki halinden memnuniyeti veya yaşamdan hoşnut olma durumudur. Yaşam kalitesinin kişilere göre önemi değişmektedir ve ölçüm, hastanın önceliklerini ve tercihlerini yansıtmalı, zamanla değişmeye duyarlı olmalıdır (80).

“Yaşam Kalitesi” kavramı geniş ölçüde özellikler içerdiğine göre kalite ile ilgili çeşitli etkenleri formüle eden maddeleri içeren ölçümler gereklidir. Öncelikle yaşam kalitesi ile ilgili yaşam alanlarının belirlenmesi gerekmektedir. Ardından bu alanların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçmek için hangi alanlar olduğu ortaya çıkarılmalıdır. Yaşam kalitesi ölçümünde amaç; kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır. Değerlendirmede, örneğin hastanın günde kaç saat uyuduğundan ziyade uykusundan memnun olma derecesi ve uyku paterninde oluşan bozuklukların onu rahatsız etme derecesi önemlidir (31).

Akyol (1993), Bayramova (2000) ve Yıldırım (2002) tarafından aktarıldığı üzere, yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdikleri ile ilgili olarak, sağlık statüsünü açıklamak için kullanılan bir kavram” olarak tanımlamıştır. Ayrıca, Andrew ve Witney (1974) yaşam kalitesi

kavramını “bireylerin doyumu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi” olarak tanımlamıştır (4,14,97).

Dilbaz (1996) tarafından aktarıldığı üzere, 1981 ‘de Campbell yaşam kalitesi ile ilintili 12 boyut tanımlamıştır. Bunlar, toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, arkadaşlık, sağlık, barınma durumu, evlilik, milliyet, komşuluk, kendilik, yaşam standardı ve iş durumudur. Yaşam kalitesi terimi yaşama standardı, barınma kalitesi, işten tatmin olma derecesi ve diğer değişkenleri içerirken; sağlıkla ilintili yaşam kalitesi kavramı, yaşam kalitesinin sağlığa özgü kısımlarını içermektedir (31).

Bayramova (2000) tarafından aktarıldığı üzere, Burkhard (1985) ise yaşam kalitesini, “kendine saygı, iyi kişiler arası ilişki kurabilme, sosyal katılım, kişisel aktivitelerde bulunma, bireysel gelişme, uygulama ve eğlence” olarak tanımlamıştır (14).

Akyol (1993) ve Yıldırım (2002) tarafından aktarıldığı üzere, Evans ve arkadaşları (1990), yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir (97).

Arslan (2001) tarafından aktarıldığı üzere, yaşam kalitesinin en geniş tanımlarından biri Patrick ve Erickson tarafından yapılmıştır. Yazarlar yaşam kalitesini, ölüm ve yaşam süresi, özürlülük, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlığın algılanması ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram olarak tanımlamışlardır. Hoernquist ise “fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatminiyet ihtiyacının derecesi” olarak tanımlamıştır. Cella; “fiziksel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali” üzerinde durmaktadır. Szalai’ne göre yaşam kalitesi “bireyin yaşamının iyi ve tatminkar özelliklerinin genel değerlendirimi” dir (7).

Sonuç olarak kesin tanımı olamamakla birlikte yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, mutluluk, yaşam kalitesi ile eş anlamda kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi yaşamın subjektif değerlendirmesidir. Yaşam kalitesi, hastanın var olan fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının değerlendirilmesini ve bunlardan aldığı doyumu içermektedir (80).

Son yıllarda yaşam kalitesi kavramı üzerinde durmanın iki ana nedeni vardır:

- 1) Yeni ekonomik sınırlılıklar ve maliyet-etkinlik gereksinimi: Buna göre tedavide en az maliyetle en iyi bakımın sağlanması amaçlanmaktadır.
- 2) Klinik etkinliğin, hastanın nasıl hissettiği konusunda hassas bir gösterge olmadığına dair var olan düşünceler (31).

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalar ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (4). Menopoz yaşı ile ortaya çıkan şikayetler kadının psikolojisini değiştirebilmektedir. Bazı kadınlar sıcak basmasından çok şikayetçi iken, bazı kadınlar sıcak basmasını sıkıntı olarak dile getirmemektedir. Yine de pek çok kadının yaşam kalitesi menopozda aşırı derecede etkilenmektedir (19).

Yazıcı ve ark. (2003) Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuruda bulunan, en az altı aydır bel, boyun veya diz ağrısı olan ve ağrı nedeniyle organik bir patoloji saptanan, kanser ağrısı olmayan ve bilinen ruhsal bir hastalığı olmayan hastalarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak, anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmalarında, hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin bozulduğunu saptamışlardır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı ile ilgili önemli işlevler, hastanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Kronik ağrıya sıklıkla eşlik

eden belirtiler depresyon, anksiyete, fiziksel işlev bozukluğu ve sosyal izolasyondur. Ayrıca kronik ağrı, en başta depresyon olmak üzere anksiyete, insomni, tükenmişlik, endişe gibi ağrı belirtilerini arttıran ve ağrı eşiğini düşüren psikiyatrik sorunlara yol açabilmektedir (100).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire, yaşam kaliteleri ile ilgili kavramaları ve felsefeleri sorgulamalı, hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modeller kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir (14).

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme, hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin, gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanmaktadır (15).

Sonuç olarak, postmenopozal kadınların yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmaların mutlaka profesyonel veya bu alanda eğitilmiş hemşireler tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

### 1.8.9. KLİMAKTERİUM DÖNEMİNDE KADINA YAKLAŞIMDA HEMŞİREYE DÜŞEN ROLLER

Klimakterium döneminde bedensel hormonal ve psikososyal değişimler geçiren kadının yaşam kalitesini arttırmak ve sağlığını sürdürüp, geliştirmek amacıyla klinik tıp, biyoloji, hemşirelik, epidemiyoloji, antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi konusu insan olan bilimlerin birlikte ve uyumlu çalışmaları gerekmektedir (68).

Hemşire, temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış ve ülkesinde toplumun katkısını alarak, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için hemşirelik alanında sorumluluk almaya yetkili ve yeterli kişidir. Tanımın da yansıttığı gibi, günümüzde hemşirenin rolü sadece hastane ortamında kalmayıp, toplum içinde aileye yönelmektedir. Bu genişleyen rol hemşirenin görevini yalnızca hastalığa yönelik bir görev olmaktan çıkarıp, koruyucu sağlığa yönelik bir göreve dönüşmekte ve bir çok yeni sorumluluklar getirmektedir. Sorumluluklardan biri de gerek hastanede gerekse toplumda eğitim vermektir (59).

Okul sağlığı hemşireleri, genç kızların puberte döneminde, gelecekte osteoporozdan kaçınmaları için kalsiyumdan zengin, sağlıklı beslenme, düzgün postür sağlama, düzenli egzersiz ve spor yapmalarını motive edici olmalıdır. Klimakterik dönemin daha rahat geçirilmesini sağlayacak bu faktörler konusunda genç kızların eğitimlerini sağlamalıdır. İleride daha sağlıklı nesillere kavuşmada en önemli adım bu dönemde atılabilir. Gerekirse bu eğitimler okullarda yapıp programlar haline dönüştürülebilir. Hemşire burada danışmanlık ve eğitimcilik rollerini ortaya koyacaktır (18,86).

Halk sağlığı hemşiresi, süt içme ve dengeli beslenme alışkanlığını topluma kazandırmalıdır. Alkol, sigara ve kafein gibi risk faktörlerinden kaçınmaları için desteklemelidir (86). Toplum sağlığı hemşiresi, erken dönemde kadınlarda yaşla birlikte

oluşan değişiklikleri saptama, sağlığını geliştirici davranışları kazandırma ve sürdürmede rol almalıdır (91).

Yapılacak eğitimler sayesinde kadınlar, daha sorunlara sahip olmadan ya da menopoza girmeden bilinçlendirilmiş olacaklar ve erken teşhisler sayesinde ileride doğabilecek pek çok önemli sorun ortaya çıkmadan önlenebilecek yada çıksa bile derhal önlemi alınabilecektir (18).

Klimakterik dönem pek çok önemli değişikliğin ve buna bağlı sorunların yaşandığı bir dönemdir. Kadınların fiziksel ve psikososyal sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Bu sorunlar yalnız kadını değil hem aileyi, hem de toplumu etkilemektedir. Bu nedenle çok değişik eğitici rolleri bulunan hemşirelerin, bu alanda özel bilgilerle donatılmış olması gerekmektedir. Menopozal yaklaşımda medikal yaklaşım yeterli değildir. Menopozal kadınların hemşirenin bilgi ve bakımına gereksinimi vardır. Klimakterik dönemde “menopoz hemşireliği” kadın hastalıkları ve doğum hemşireliğinden ayrı bir branş olarak gelişmek zorundadır. Çeşitli Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletlerinde bu durum tamamen profesyonel hemşireler tarafından yürütülmektedir (18,84).

Ülkemizde kadınlarımız; kendilerine yeterince zaman ayırmamakta ve ayrıca kendi sağlıkları ile ilgili olarak menopoz da dahil olmak üzere diğer tüm hastalıklarda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmadıklarından dolayı pek çok önemli sorunlara (kemik hastalıkları, ileri idrar şikayetleri ve psikiyatrik v.b. sorunlar) sahip olmadan hastaneye gitmemekte, ancak en son aşamada hastaneye gelmektedir (18).

Hemşirelerin kadınlar tarafından danışma kaynağı olarak benimsenmesi sağlanmalıdır. Bunu sağlamak için hemşire, kadınların güvenini sağlamalı, sağlık eğitim becerilerini kullanmalıdır. Ayrıca menopozun emosyonel ve fiziksel sonuçlarını azaltmada daha yapıcı rol oynamalıdır. Yanlış anlaşılmalara açıklamalı ve menopoz



konusunda kurslar düzenlemelidir. Hemşire sorulacak sorulara yanıt vermeye hazırlanmış olmalıdır (87).

Özellikle menopozun ilk beş yılında kadınların düzenli egzersiz yapmaları konusunda hemşire danışmanlık yapmalıdır. Hemşire, premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların televizyondaki aerobik programlarına eşlik etmelerinin yada imkan ve zamanı olanların aerobik salonlarındaki grup çalışmalarına katılmalarının yararlı olacağını , bunlardan hiçbirini yapamayan kadınların ise haftada 3-4 gün 20-30 dakikalık tempolu yürüyüş, bisiklete binme ve ip atlama, aerobik, kas gerici egzersizler yapmalarının faydalı yaklaşımlar olacağını kadınlara açıklamalıdır. Bu tip sportif faaliyetler ilke arkadaş edinme ve sıkıntılarını bu yolla atma fırsatı da bulacakları belirtilmelidir. Osteoporoz proflaksisi ve diğer yararlı etkileri açısından egzersiz programlarına başlamada yaşın önemli olmadığı ve her yaşta başlamanın yararlı olacağı hemşire tarafından kadınlara bildirilmelidir (18).

Klimakterium döneminde cinsel yaşamla ilgili sorunları olan kadına sağlık personellerinin yaklaşımı dikkatli tanılama, destekleme, danışmanlık ve eğitim kapsamında olmalıdır. Kadının cinsellik ile ilgili olumsuz düşünceleri, sosyal töreler ve tabular, stres, aşırı yorgunluk, yoğun üzüntü, partnerin durumu, disparoniaya yol açabilecek genital atrofi ve libido kaybı dikkatle değerlendirilmelidir. Kadının sosyal töreler ve tabular konusundaki görüşlerini ifade etmesine uygun ortam hazırlanmalıdır. Kadın ve erkete cinsel eylemin ve bu eylemden haz duymanın yaş ilerledikçe bitmediği bir gerçektir. Bu yüzden kadınlara yaşam boyu farklı şekillerdeki cinsel aktivitenin devamının normal olduğu ve orta yaştaki cinsel aktivite değişikliklerinin kişisel kaynaklı olduğu benimsetilmelidir (28,68,86).

Seksüel sorunların çözümünde kadının eline bir reçete tutuşturmak yeterli değildir. Tedavi bireysel olarak planlanmalıdır. Bunun için menopoz kliniklerine

gereksinim vardır. Bu kliniklerde verilen tedavi, etkileri ve yan etkileri izlenerek değerlendirilebilmektedir. Bunun yanında bu kliniklerin bir çok özel alanı da (psikolog, diyetisyen, fizyoterapist gibi) bünyesinde toplaması bakımdan kolaylık sağlamaktadır (28).

Hemşirelerin eğitim ve danışmanlık konusunda bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi için sistemli biçimde hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerekmektedir. Kadınların bilgiye her zaman kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayıcı, yazılı eğitim materyallerinin (eğitim kitapçıkları, broşürler) hazırlanması ve dağıtılması, menopoz polikliniklerinde kolaylıkla ulaşılacak bir menopoz danışma telefon hattının açılması gerekmektedir (49,86) .

Menopoz polikliniğine başvuran kadının doktordan önce hemşire ile görüşmesi, kadının sorunlarını dinleme, kaydetme ve kadına eğitim verme açısından önemlidir. Kadın daha sonra doktora geldiğinde klimakterik dönem, menopoz, ortaya çıkardığı sorunlar ve tedavisi, şunda sahip olduğu sorunlar hakkında bilgi sahibi olarak gelecek ve böylelikle daha bilinçli bir şekilde takip ve tedavisini yaptıracaktır (18).

Amerika'da menopozla ilgili olarak, sağlık eğitim grupları oluşturulmakta ve bunlar en az 10 üyeli olmaktadır. Bu eğitim programları iki yada üç bölümlü kurslar şeklinde düzenlenmekte ve bizzat kadın ile yüz yüze görüşülerek başarı sağlanmaktadır. İlk görüşme profesyonel hemşireler tarafından teke tek verilerek yapılmakta, üreme sistemi, hormonal denge, menstrual siklus ve menopoz tartışılmakta, ayrıca bireyin menopozal sıkıntılarını kaydetmesi istenmekte ve bu sıkıntılarının kadının yaşamı üzerine etkilerini belirlemesi istenmektedir. Üyelerin menopoz üzerine pozitif ve negatif düşünceleri ortaya çıkarılmakta, kontrasepsiyona ilişkin kaygıları belirlenmektedir. İkinci bölümde bireyin kişisel özellikleri tartışılmakta, birinci bölüme ilişkin ihtiyaçlara yönelik olarak eğitim planlanmaktadır. Bu kurslar altı haftada bir yapılmakta, aynı

zamanda bir bilgi ve destek kursu olmaktadır. Başlangıçta bir tereddüt ile bu kurslara giden kadınlar, 12 aylık bir devamdan sonra, kendilerini harika hissettiklerini ve önceki pek çok sıkıntılarının kaybolduğunu söylemişlerdir. Ayrıca diğer aktiviteler de mevcuttur. Örneğin; yüzme ve aerobik kursları, relaksasyon terapileri gibi (18).

Menopoz polikliniklerinde hizmetler tamamen multidisipliner bir ekip çalışması şeklinde yürütülmekte ve ekip içerisinde; jinekoendokrinoloji ile ilgilenen kadın doğum uzmanı, psikiyatrist, hemşire ve diyetisyenler görev almaktadır. Bu ekip içerisinde hemşireler, önemli ve geniş bir role sahip olup, diğer ekip üyeleri arasında köprü görevini göstermektedirler (18).



### 1.8.10. MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ANKET FORMU VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERLE İLGİLİ LİTERATÜR TARAMASI

John R. Hilditch, Jacqueline Lewis, Alice Peter ve ark.'nın (1992) geliştirdiği Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Anketi (MENQOL) Kanadalı kadınlar üzerinde uygulanmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. İçerik geçerliliği için yaşam kalitesi veya menopoz konularında 10 uzman, anketi önemli konular veya uygunsuz konu seçimleri bakımından değerlendirmiştir. Uzmanlar bu anket formuna eklenecek herhangi bir öneride bulunmamışlardır. Sadece bir uzman, yaşam kalitesi anketinin hem pozitif hem negatif maddelerin içermesini tercih edeceğini belirtmiştir (46).

Anketin güvenilirliği, duyarlılığı ve geçerliliği , paralel yürütülen randomize karşılaştırmalı bir çalışmanın ilerleyişiyle belirlenmiştir. Kadınlarla 1 ay ara ile iki kez görüşülmüştür. Randomize kontrollü çalışma için birinci ve ikinci görüşmeler arasında herhangi bir girişimde bulunulmadığı için test-retest güvenilirliği her kategoriye göre “interclass correlation coefficient” ile saptanmıştır. Ayrıca “person correlation coefficient” (r ) de hesaplanmıştır. Buna göre; vazomotor için  $r=0,85$ , psikososyal için  $r=0,81$ , fiziksel için  $r=0,82$  ve cinsel için  $r= 0,83$  olarak bulunmuştur. İç tutarlılığın güvenilirliği Cronbach  $\alpha$  katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. MENQOL’ın vazomotor katsayısı 0,82, psikososyal katsayısı 0,81, fiziksel katsayısı 0,87 ve cinsel katsayısı 0,89 idi (46).

Daha sonra MENQOL, J.E. Blumel, C. Castelo-Branco, L.Binfa ve ark. (1997) tarafından 40-49 yaşlar arasında, herhangi bir sağlık sorunu olmayan, 1997 yılının Mayıs-Ekim ayları arasında Santiago de Chile’deki Güney Metropolitan Sağlık Servisine bağlı, bölgedeki sağlık merkezlerine gelen 481 İspanyol kadın üzerinde uygulanmıştır. Ankete katılan kadınlar premenopozal, perimenopozal ve postmenopozal olarak sınıflandırılmıştır. Postmenopozal grup kendi içinde menopoz süresi 5 yıldan az

ve 5 yıldan fazla olan kadınlar olarak ikiye ayrılmıştır. MENQOL'in dil geçerliği için önce bir uzman komitesi tarafından İspanyolca'ya çevrilip bu çeviri bir İngiliz tarafından İngilizce'ye çevrilerek içerik uygunluğu sağlanmaya çalışılmıştır. Anketin bu yeni şekli tekrar İspanyolca'ya çevrilerek son şekli verilmiştir. Çeviri kadınlar tarafından test edilmiş ve soruların anlaşılmasında ve yorumlanmasında bir problem yaşanmamıştır. Son bir ayda yaşanan semptomların derecelendirilmesinde sorunlar olmuş ve uzman komitesi anketin orijinalinde olduğu gibi kadınların kendileri tarafından değil, bir görüşmeci tarafından doldurulmasına karar vermiştir. Araştırmada sonuçlar ortalama olarak ifade edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırma için varyans analizi ve Bonferroni ileri analizi, olasılık oranı (odds ratio, OR) kullanılmıştır. Farklı değişkenlerin doğrudan etkilerini değerlendirmek için Lojistik Regresyon hesaplanmıştır. Araştırmada incelenen yaşam kalitesinin 4 alanı (vazomotor, psikososyal, fiziksel, cinsel) bağımlı değişken, menopozal özellikler ve sosyodemografik değişkenler ise bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir. Anketin iç tutarlılığı için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. MENQOL'in vazomotor  $\alpha$ : 0,81, psikososyal  $\alpha$ : 0.83, fiziksel  $\alpha$ :0.89 ve cinsel  $\alpha$ :0.86 olarak saptanmıştır (16).

S.R. Davis, E.M. Briganti, R.Q. Chen ve ark. (2001) Ağustos 1998 ve Nisan 1999 yılları arasında Avustralyalı kadınların postmenopozal vazomotor semptomlarında Çin bitkisel ilaç tedavisinin (CMH) etkilerini MENQOL kullanarak araştırmışlardır. Plasebo kontrollü randomize bir çalışmadır. Araştırma kapsamına, 45-70 yaş arasında, en az 10 yıldır Avustralya'da yaşayan, postmenopozal (12 ay ve üzeri adet görmeyen ve FSH seviyesi >25IU/L olan), haftada en az 14 kez sıcak basması yada gece terlemesi şikayeti olduğunu belirten kadınlar dahil edilmiştir. Son sekiz haftadır HRT, CMH yada doğal terapi (çuhaçiçeği yağı, tatlı patates kremi, progesteron kremi gibi) yöntemleri kullanan kadınlar araştırma kapsamına alınmamıştır. Ayrıca, kadınların önceden var

olan gastrointestinal, renal yada karaciğer hastalığının, tedavi gerektiren diyabetinin, kontrol edilemeyen hipertansiyonunun, tanısı konulmamış bir vaginal kanamasının yada kanser tedavisinin olmamasına ve sistemik glukosteroid kullanmamasına dikkat edilmiştir (26).

Sosyodemografik olarak, Beden Kitle İndeksi (BMI), tıbbi ve jinekolojik öyküsü ve önceden HRT ve doğal terapi kullanma durumları belirlenmiştir. Kadınların her biri ilk dört haftada sıcak basması ve gece terlemesi şikayetlerini günlük olarak kaydetmişlerdir. CMH (n=28) grubu, formüle edilen Çin bitkisel ilacını, plasebo (n=27) grubu meşrubat gibi bir içeceği günde iki defa 12 hafta boyunca içmişlerdir. Her iki grupta da vazomotor şikayetlerin haftalık sıklığında azalma gözlenmiştir. Plasebo grubunda, gruplar arası fark anlamlı bulunmamıştır (p=0.09). Yine her iki grup için MENQOL alt ölçek skorlarında önemli bir azalma saptanmıştır. Kadınların önceden HRT yada doğal terapi almalarının yaşam kalitelerini etkilediği belirlenmiştir. Tedavi süresince vazomotor semptomların sıklığında gittikçe artan bir düşme her iki çalışma grubunda da görülmüştür. İki grup arasındaki fark önemli bulunmamıştır (p=0.26) (26).

Çalışmaya katılan kadınların yaşları plasebo grubunda 54.1, CMH grubunda 56.3'tür. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinin kovarians sonuçları, psikososyal için plasebo (5.6) CMH (5.5), vazomotor için plasebo (4.0) CMH (3.8), psikoseksüel için plasebo (3.9) CMH (3.6) ve cinsel için plasebo (3.4) CMH (3.3) olarak saptanmıştır (26).

## BÖLÜM II

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu” nun Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirliğini test etmek ve klimakterium dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

#### 2.2. KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

-Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu (Ek 1),

-Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu (A Menopause-Specific Quality Of Life Questionnaire) (MENQOL) (Ek 2),

-Beck Umutsuzluk Ölçeği (Hopelessness Scale) (BUÖ) (Ek 3) kullanılmıştır.

##### 2.2.1. Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu:

Kadınlara, özel bir odada uygulanan görüşme formu, sosyo-demografik, obstetrik, klimakterik özellikler ve alışkanlıklar ile ilgili toplam 32 sorudan oluşturulmuştur.

Klimakterik özellikler içinde, menopozal yaş, menopoz yılı, menopozu algılama, klimakterium ile ilgili bilgi alma ve Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanımını “klimakterik parametreler” olarak değerlendirilmiştir.

### 2.2.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu:

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu (A Menopause-Specific Quality Of Life Questionnaire=MENQOL) John R. Hilditch ve arkadaşları (1992) tarafından postmenopozal döneme özgü kadınların yaşam stilineki farklılıkları ölçerek, zaman içinde meydana gelen yaşam kalitesindeki değişimi sorgulamak amacıyla geliştirilmiştir. Postmenopoz dönemindeki kadınların kendi kendine uygulayabileceği, zaman sınırlaması olmayan, uygulanışı kolay, 29 maddeden oluşan bir anket formudur. Sorular 4 konu başlığı altında toplanmıştır. 1-3. sorular vazomotor, 4 -10. sorular psikososyal, 11-26. sorular fiziksel ve 27-29. sorular cinsel konu başlıkları altında yer almıştır (46).

Ölçeğin başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi verilmiştir. Kadınların, son bir ay içerisinde yaşamış oldukları sıkıntılarla ilgili, sorulara “Hayır” ya da “Evet” şeklinde cevap vermeleri, cevap “Evet” ise sıkıntının şiddetini 0–6 arasında 0 “hiç sıkıntı vermedi”, 6 “aşırı sıkıntı verdi” olarak işaretlemeleri istenmiştir (46).

Anketin analizi her soru maddesi için 1-8 puan arasında aşağıdaki şekilde yapılmaktadır.

Ankette “Hayır” yani deneyimlemedim diye işaretleyenler **1 puan**, “Evet” deneyimledim ve sıkıntının şiddetini “0” olarak işaretleyenler **2 puan**, “Evet” deneyimledim ve sıkıntının şiddetini “1” olarak işaretleyenler **3 puan**, “Evet” deneyimledim ve sıkıntının şiddetini “2” olarak işaretleyenler **4 puan**, “Evet” deneyimledim ve sıkıntının şiddetini “3” olarak işaretleyenler **5 puan**, “Evet” deneyimledim ve sıkıntının şiddetini “4” olarak işaretleyenler **6 puan**, “Evet”



deneyimledim ve sıkıntının şiddetini “5” olarak işaretleyenler **7 puan**, “Evet” deneyimledim ve sıkıntının şiddetini “6” olarak işaretleyenler **8 puan** şeklinde değerlendirilmiştir (46).

Konu başlıklarına ait soru adedi eşit olmadığından, skorların ortalamaları o konu başlığına ait genel skor olarak değerlendirilmektedir. Böylece her sorunun 1 ile 8 arasında toplam puanı olmaktadır. Vazomotor (3 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 24 en düşük puan 3’tür. Psikososyal (7 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 56 en düşük puan 7’dir. Fiziksel (16 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 128 en düşük puan 16’dır. Cinsel (3 soru) konu başlığından alınan en yüksek puan 24 en düşük puan 3’tür. Puanın düşük olması kadındaki yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu ölçekte genel bir skora yapılmamaktadır. Çünkü, her konu başlığının genel iyilik hali üzerine katkı oranı bilinmemektedir.

Ölçeğin orijinalinde Cronbach Alfa katsayısı vazomotor için  $\alpha=0.82$ , psikososyal için  $\alpha=0.81$ , fiziksel için  $\alpha=0.87$  ve cinsel için  $\alpha=0.89$  olarak bulunmuştur (46). Bu çalışmada birinci uygulamada Cronbach Alfa katsayısı vazomotor için  $\alpha=0.84$ , psikososyal için  $\alpha=0.82$ , fiziksel için  $\alpha=0.78$  ve cinsel için  $\alpha=0.81$  olarak, ikinci uygulamada Cronbach Alfa katsayısı vazomotor için  $\alpha=0.90$ , psikososyal için  $\alpha=0.80$ , fiziksel için  $\alpha=0.79$  ve cinsel için  $\alpha=0.82$  olarak bulunmuştur.

Test-tekrar test güvenilirliği için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ölçeğin orijinalinde; vazomotor için 0.85, psikososyal için 0.81, fiziksel için 0.82 ve cinsel için 0.83’tür (46). Bu çalışmada Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı; vazomotor için 0.93, psikososyal için 0.97, fiziksel için 0.97 ve cinsel için 0.88’dir.

### 2.2.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği:

Beck Umutsuzluk Ölçeği (Hopelessness Scale) (BUÖ) bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla A.T.Beck, D.Lester ve L.Trexler (1974) tarafından geliştirilmiştir. Ergen ve yetişkinlere uygulanabilen, zaman sınırlaması olmayan, bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay, 20 maddeden oluşan, 0-20 arasında puanlanan bir ölçektir. Formun başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi vardır. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri “Evet”, uygun olmayanları ise “Hayır” olarak işaretlemesi istenir. Maddelerin 11 tanesinde “doğru”, 9 tanesinde ise “yanlış” yanıtı içeren ölçek anahtarına göre, her uyumlu yanıt için 1 puan, uyumsuz yanıt için 0 puan verilir. Elde edilen aritmetik toplam umutsuzluk puanını oluşturur. 1,3,5,6,8,10,13,15. ve 19. sorularda “Hayır”, 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18. ve 20. sorulara ise “Evet” yanıtı için birer puan verilir. Alınacak en yüksek puan 20’dir. Toplam puanın yüksek olması bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir (13,71,79).

Ölçek üzerinde gerçekleştirilen Faktör Analizi sonunda ölçeğin; 1,3,7,11. ve 18. maddeler “Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler” ( $\alpha=0.78$ ), 2,4,9,12,14,16,17. ve 20. maddeler “Motivasyon kaybı” ( $\alpha=0.72$ ), 5,6,8,10,13,15. ve 19. maddeler ise “Umut” ( $\alpha=0.72$ ) olmak üzere üç faktörden oluştuğu belirtilmektedir (32).

Bu ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışmaları A.Durak ve R.Palabıyık (1994) tarafından, normal, psikiyatrik bozukluğu ve kanser, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği gibi fiziksel hastalığı olan 201 kişiden oluşan çalışma grubu ve 172 kişiden oluşan karşılaştırma grubu olmak üzere, 15-65 yaşları arasında en az ilkokul mezunu, 373 kişi üzerinde yapılmıştır. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı  $\alpha=0.85$ , test-tekrar test güvenirliği 0.74’tür (32).

Öner (1997) tarafından aktarıldığı üzere, Seber'in (1991) Beck Umutsuzluk Ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği üzerine, psikiyatrik hastalardan oluşan depresif (N=37) olanlar grubu (26 kadın ve 11 erkek) ile kontrol (N=70) grubunu oluşturan (26 kadın ve 44 erkek) bireylerle yapmış olduğu çalışmada, Kuder Richardson 20 (KR 20) güvenilirliği  $r=0.86$ , madde toplam korelasyon katsayıları 0.07 ila 0.76 ( $p<0.001$ ) olarak belirlenmiştir. Yapı geçerliğinde, depresif hasta ve kontrol gruplarının ortalama umutsuzluk puanları arasında yüksek ve anlamlı ( $p<0.001$ ) bir fark bulunmuştur. Ölçüt-bağımlı geçerlikte, Beck depresyon puanları ile umutsuzluk puanları arasında 0.65 düzeyinde ve anlamlı ( $p<0.001$ ) ilişki saptanmıştır (71).

Ülkemizde Durak (1993) tarafından normal, depresyon tanısı almış, nevrotik hastalar, alkol bağımlıları, diyaliz, epilepsi ve kanser hastalarından 373 kişiden oluşan bir örneklem grubuyla yürütülen bir çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı tüm gruplar için  $r=0.85$  olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan bireyler "normal" (N=172) ve "sorunlu grup" (depresifler, nevrotikler, alkol bağımlıları, diyaliz, epilepsi ve kanser hastaları) (N=201) olmak üzere iki gruba ayrıldığında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı normal grupta  $r=0.78$ , sorunlu grupta  $r=0.85$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin tek ve çift sayılı maddelerinden oluşan iki yarım güvenilirliği normal grup için  $r=0.79$ , sorunlu grup için  $r=0.89$  olarak bulunmuştur (13,32).

Derebaşı (1996) tarafından yapılan çalışmada, BUÖ'nin iç tutarlılığına bakılmış, örneklem (N=700) Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.76 ve KR 20 katsayısı  $r=0.76$  olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, BUÖ'nin geçerliği Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kriter alınarak yapılmış ve iki ölçek arasında korelasyon katsayısı  $r=0.51$  olarak hesaplanmış ve  $p<0.0001$  düzeyinde anlamlı bulunmuştur (30).

Bu çalışmada, BUÖ literatürde verildiği gibi puanlandıktan sonra genel umutsuzluk puan ortalaması değerlendirilmiş ve ölçeğin iç tutarlılığı yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre; ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0.85$  , KR 20 güvenilirlik katsayısı  $r=0.85$  olarak bulunmuştur.

Ölçeğin üç faktörünün Cronbach Alfa değerleri; “Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler” faktörünü oluşturan 1,3,7,11. ve 18. maddeler için ( $\alpha=0.68$ ), “Motivasyon kaybı” faktörünü oluşturan 2,4,9,12,14,16,17. ve 20. maddeler için ( $\alpha=0.76$ ), “Umut” faktörünü oluşturan 5,6,8,10,13,15. ve 19. maddeler için ise ( $\alpha=0.63$ ) olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, literatür bulguları ile paralellik göstermekte ve BUÖ'nin postmenopoz dönemindeki kadınlar için kullanılabilirliğini kanıtlamaktadır.

### **2.3. KULLANILAN YÖNTEM VE YÖNTEMLER**

Araştırmanın amacına uygun olarak şu analizler yapılmıştır (39,56,90).

1.Kadınlarla ilgili tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

2.Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu (MENQOL)' nun geçerliği ve güvenilirliğini belirlemek için aşağıda maddeler halinde verilen yöntemler kullanılmıştır.

#### **Geçerlik çalışmalarına yönelik olarak;**

a) **Dil geçerliği**

b) **İçerik geçerliği:** Uzman görüşüne başvurularak yapılmıştır ve Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient of Concordance) kullanılarak hesaplanmıştır.

#### **Güvenirlik çalışmasına yönelik olarak;**

a) **Zamana Karşı Değişmezlik (test-tekrar test güvenirligi):** Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu Tekniği

b) **İç tutarlılık (internal consistency):** “İki Yarım Test Güvenirliği”, “Cronbach Alfa Çözümlemesi”, “Madde Toplam Puan Korelasyon Tekniği”, “Guttman Split-Half” ve “Spearman-Brown” güvenilirlik katsayılarından yararlanılarak gerçekleştirilmiştir (33,56).

3. Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi ve Umutsuzluk puan ortalamalarına etki edebileceği düşünülen yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, meslek, evde kiminle yaşadığı, menopoz dönemini algılama, klimakterium dönemi ile ilgili nereden/kimden bilgi aldıkları, nereden/kimden bilgi almak istedikleri, neden bilgi almak istemedikleri, HRT kullanma ve bırakma süresi gibi değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için **Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)** uygulanmıştır.

Sosyo-demografik ve klimakterik özellikler ile yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen farklılıkların kaynağının hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için “**Tukey-HSD Post Hoc**” ( Tukey’s Honestly Significant Difference) testi kullanılmıştır (39).

4. Çalışma durumu, tanısı konmuş sistemik bir hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu, klimakterium dönemi özellikleri ile ilgili bilgi alma ve bilgi almak isteme durumu, HRT kullanma durumu gibi değişkenleri incelemek için **Student t testi (İndipendent t testi)** kullanılmıştır.

5. Kadınların menopoz yaşında etkili olabileceği düşünülen sigara içme, menarş yaşı ve anne menopoz yaşları arasındaki ilişkiyi incelemek için **Ki-kare testi** kullanılmıştır.

6. Kadınların yaşam kaliteleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla **Korelasyon testi** kullanılmıştır.

7. Kadınların yaş grupları, sigara içen kadınların yaşı, günde içilen sigara adedi ve sigara içme süreleri, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, menarş yaşı,

anne menopoz yaşı, kadının menopoz yaşı, kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süreleri, en son çocuğunun evden ayrılma süresi ve HRT kullanma ve bırakma süreleri gibi değişkenlerin **ortalamaları** incelenmiştir.

#### **2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma İzmir İli Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Menopoz polikliniğinde 01.06.2003-30.08.2003 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1982 yılında hizmete açılmış olup, aynı yıl eğitim ve öğretime başlamıştır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. poliklinik bölümünde yer alan birimler; Kadın Hastalıkları (Jinekoloji) polikliniği, Gebe polikliniği, Aile Planlaması polikliniği, Menopoz polikliniği, Onkoloji polikliniği, Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite polikliniği, Ultrason (USG), Non-Stress Test (NST)'dir. Bu birimlerden sadece Aile Planlaması ve NST'de birer hemşire çalışmakta diğer birimlerde ise 1 doktor ve 1 personel görev yapmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Menopoz polikliniği 1996 yılında kurulmuştur. Poliklinik, pazartesi, salı, çarşamba ve perşembe günleri 09:00-17:00, cuma günü 13:00-17:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Menopoz polikliniğinde her gün ortalama 20-25 kadın muayene edilmektedir. Toplam başvuranların sayısına, 2002 yılı kayıtları olmadığı için ulaşamamıştır. Poliklinik önceden randevu alma sistemi ile çalışmaktadır.

#### **2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Menopoz polikliniğine 1 Haziran-30 Ağustos 2003 tarihleri arasında başvuran tüm kadınlar (N=480) oluşturmuştur.

## 2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini ise, Menopoz polikliniğine başvuran, son adetini en az 1 yıl önce görmüş, son 6 aydır HRT kullanmamış, doğal menopozlu kadınlar oluşturmuş ve 1 Haziran-30 Ağustos 2003 tarihleri arasında polikliniğe başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 120 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları için ölçme aracı uygun bir gruba uygulanmalıdır. Bu grubun sayısının, ölçme aracında bulunan soru sayısının 3 katı olması gereklidir (82). Bu bilgi doğrultusunda, ölçekte 29 madde olduğundan en az 87 kadına uygulanması gerekmektedir. Daha uygun bir çalışma olabilmesi için daha fazla kadına ulaşılabileceği düşüncesi ile örneklem sayısı daha yüksek tercih edilmiş ve 120 kadına uygulanmıştır.

## 2.7. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

**Bağımlı Değişkenler:** Kadınların kendi menopoz yaşları, yaşam kaliteleri ve umutsuzluk düzeyleridir.

**Bağımsız Değişkenler:** Araştırma kapsamındaki kadınların yaş, medeni durum, eğitim, meslek, menopoz yaşları, alışkanlıkları, klimakterik ve obstetrik özellikleridir.

## 2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Veri toplama işlemi araştırmacının kendisi tarafından araştırmanın yapıldığı menopoz polikliniğinde karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Tüm anketlerin doldurulma süresi 20-25 dakikadır.

Araştırma, menopoz polikliniğine randevu ile gelen kadınlara doktor ile görüşmeden önce ayrı bir odada uygulanmıştır. Uygulama öncesinde kadınlara

araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmiş ve katılmak isteyenler uygulamaya alınmıştır. Örnekleme alınan kadınlara Ek-1 (Kadınların Demografik ve Klimakterik Özelliklerine İlişkin Görüşme Formu), Ek-2 (Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu) ve Ek-3 (Beck Umutsuzluk Ölçeği)'teki formlar uygulanmıştır.

## 2.9. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package For Social Science (SPSS) 11.0 paket programında gerçekleştirilmiştir.

### 2.9.1. Geçerlik Sonuçları

Test ile ölçülmek istenilen davranışın/niteliğin ne denli isabetli ölçüldüğünün göstergesi, geçerlik katsayısıdır (72).

Geçerlik (Validity); ölçülmek istenen şeyi, başka şeylerle karıştırmadan ölçebilme yeteneğidir. Bir başka deyişle geçerlik, ölçülmek istenen şeyin ölçülebilmiş olma derecesidir (56). Geçerlik bir veri toplama aracının, incelemeyi amaçladığımız kuramı kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derece kapsadığını ya da yansıttığını yargıladığımız önemli bir niteliktir (33). Geçerlik, “bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir”. Bir ölçeğin “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğüyle ilgili bir kavramdır. Geçerlik bir ölçme aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir, yani ölçeğin her kullanımında yeniden sınanması demektir (39,72).

#### 2.9.1.1. Dil Geçerliği

İntrinsic yada domain geçerlik olarak da bilinen içerik geçerliği, testin ölçüm amacıyla ilgisiz olan faktörlerin etkisinden arınmış olmasını ifade eder. İçerik geçerliği ölçeğin, bütünün ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını



değerlendirmek amacıyla yapılır. Herhangi bir dilde geliştirilen bir ölçme aracını Türkçe'ye uyarlanmak istendiğinde içerik geçerliği sınanmalıdır (39).

Ölçeğin çevirisinde özellikle iki eşdeğerlilik üzerinde durulmaktadır. Dilde eşdeğerlilik, formda hiçbir değişiklik yapmaksızın aynen çeviriyi anlatır. Kavramsal eşdeğerlilikte ise, aynı anlamın kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatılabilmesi söz konusudur. Böylelikle, orijinal formda bazı değişiklikler kaçınılmazdır (3).

Araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil eşdeğerliliğine yönelik çalışma yapılmıştır. Öncelikle anket formu araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra iki dili de bilen (Türkçe, İngilizce) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda görev yapan 1 öğretim üyesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda görev yapmakta olan 1 öğretim üyesi, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'nda görev yapmakta olan 1 öğretim üyesi, Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda görev yapmakta olan 1 öğretim üyesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye Anabilim Dalı'nda görev yapan 1 öğretim görevlisi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda görev yapmakta olan 1 araştırma görevlisi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçildikten sonra, anketin son Türkçe şeklinin yeniden İngilizce'ye çevirisi Ege Üniversitesi Yabancı Diller bölümünde okutman olarak çalışan, Boğaziçi Üniversitesi Mütercim-Tercümanlık Bölümü mezunu bir kişiye yaptırılmıştır. Geri çeviri Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu'nun orijinali ile karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra anketin son şekli oluşturulmuştur.

### 2.9.1.2. İçerik/Kapsam Geçerliliği (Content Validity)

Bir ölçeğin geçerli olması için içerik geçerliğinin yapılması gerekmektedir. İçerik Geçerliliği; ölçme aracında bulunan soruların ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği sorunu ile ilgili olup, “uzman görüşüne” göre saptanır. Uzman görüşünde, çevrilen versiyonun dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından değerlendirilir (3,56).

Oluşturulan Türkçe anket formu, içerik geçerliliği bakımından Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda görev yapan 5 öğretim üyesi, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'nda görev yapmakta olan 2 öğretim üyesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Menopoz polikliniğinde çalışmakta olan 1 hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda görev yapan 2 öğretim üyesine anket formundaki her bir maddenin ölçme derecesini 100 puan üzerinden değerlendirmeleri için verilmiştir.

Uzmanlar tarafından yapılan puanlama sonucunda; Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu için ortalama, standart hata ve min-max değerleri aşağıdaki şekilde saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Ortalama, Standart Hata Ve Min-Max Dağılımları**

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu	Ortalama	Standart Hata	Min	Max
1.Sıcak Basması, Yüzde Kızarıklık	93,00	9,18	70,00	100,00
2. Gece Terlemeleri	98,90	3,14	90,00	100,00
3. Terleme (gün içinde)	83,50	12,92	70,00	100,00
4. Özel Yaşamdan Memnun Olmama	88,50	7,47	80,00	100,00
5. Sinirli, Endişeli Olma	87,80	11,38	70,00	100,00
6. Hafızada Zayıflama Olması	83,00	14,18	60,00	100,00
7. Eskiye Göre Daha Az İş Görebilme	78,80	21,10	30,00	100,00
8. Kendini Depresif (Üzgün- Mutsuz) Hissetme	82,80	16,81	60,00	100,00
9. Diğer İnsanlara Karşı Sabırsız Olma	86,00	15,77	60,00	100,00
10. Yalnız Kalma İsteği Hissetme	83,80	13,45	60,00	98,00
11. Mide/Barsaklarda Gaz Sancısı, Gaz Ağrıları	90,80	10,58	70,00	100,00
12. Eklemelerde ve Kaslarda Ağrı	97,30	6,29	80,00	100,00
13. Yorgun ,Bitkin Hissetme	95,80	8,35	80,00	100,00
14. Uyumada Güçlük Çekme	93,00	12,51	60,00	100,00
15. Boyun Arkasında (Ense), Başta Ağrı	93,90	9,30	70,00	100,00
16. Fiziksel Güçte Azalma	90,40	11,56	70,00	100,00
17. Dayanma Gücünde Azalma	75,40	15,89	50,00	99,00
18. Enerjisinin Tükendiğini Hissetme	77,50	16,87	50,00	100,00
19. Ciltte Kuruluk	95,40	6,78	80,00	100,00
20. Kilo Alma	98,40	3,33	90,00	100,00
21. Yüz Kıllarında Artma	93,40	9,37	70,00	100,00
22. Cildinizin Görüntüsünde, Dokusunda, Gerginliğinde Değişme	81,90	15,36	60,00	100,00
23. (Bedende) Şişkinlik Hissetme	82,40	16,08	50,00	100,00
24. Bel Ağrısı	95,40	9,51	70,00	100,00
25. Sık İdrara Çıkma	98,90	3,14	90,00	100,00
26. Gülerken, Öksürürken (İstem Dışı) İdrar Kaçırma	95,90	9,62	70,00	100,00
27. Seks İsteğinde Değişiklik Olması	91,90	7,78	80,00	100,00
28. Cinsel İlişki Esnasında Vajinal (Hazne) Kuruluk	91,90	6,62	80,00	100,00
29. Cinsel İlişki Kurmaktan Kaçınma	93,90	6,90	80,00	100,00

Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance) korelasyon testi uygulanarak anket formunun içerik (kapsam) geçerliği gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 2: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Kendall İyi Uyuşum Katsayısı**

Uzman Görüşü (n)	W	X <sup>2</sup>	SD	p
10	0.375	104.950	28	0.000

Anket formundaki 29 maddenin içerik geçerliliği için 10 uzmanın puanlamasına göre yapılan istatistiksel analiz sonucunda; Kendall İyi Uyuşum Katsayısı W: 0.393 ,  $p < 0.01$  olarak elde edilmiştir (Tablo 2). MENQOL'nun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği konusunda uzman görüşleri istatistiksel olarak birbirini ile uyumlu bulunmuştur.

### 2.9.2. Güvenirlik Sonuçları

Geçerlik , güvenirliliği gerektirir. Yani bir ölçümün geçerli sayılablmesinin ilk koşulu, onun güvenilir olmasıdır. Güvenirlik aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (56).

Güvenirlik, test puanının değişimindeki (varyansındaki) hata oranını belirler. Güvenirlik katsayısı olarak kabul edilen r değeri, test puanlarında yansıyan bireysel farklılıkların ne oranda gerçek farklara, ne oranda şans yada hata faktörüne bağlı olduğunu gösterir (71).

Güvenirlik katsayısı ( r ) 0 ile 1 arasında değişen değerler alır. Değer 1'e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilir. Güvenirliliği düşük olan bir ölçmenin hiçbir bilimsel değeri olmadığı gibi, güvenirliliğin yüksek olması da ölçmenin amaca uygunluğunun göstergesi değildir. O halde güvenirlik, zorunlu fakat yeterli bir koşul değildir (56,83).

Test güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyen pek çok faktör vardır (14,71,96). Bunlar:

- 1- Test maddelerinin hatalı olması, çok zor ya da çok kolay olması, sayısının yetersizliği, homojen (benzeşik) olmamasıdır.
- 2- Yanıtlayıcı bireyin nitelikleri,
- 3- Test uygulamasındaki hatalar.
- 4- Test puanlamasındaki hatalar.

Yapılan bir ölçümde üç tür güvenilirlik ölçütü aranabilmektedir (14,96).

- Zamana göre değişmezlik (stability),
- İç tutarlılık (İnternal consistency-ölçeğin kendi içindeki maddelerinin birbiriyle olan tutarlığı),
- Ölçme aracının kullanıldığı farklı araştırma sonuçları arasındaki tutarlılık.

#### 2.9.2.1. Zamana Karşı Değişmezlik (Stability, Test-Tekrar Test Güvenirliği)

Zamana karşı değişmezlik ölçütü, herhangi bir şeyin benzer koşullar altında belli bir zaman aralığı verilerek ölçümleri sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişkidir (56).

Testin tekrarı yönteminde iki farklı yol izlenir :

- 1- **Aralıksız Yöntem:** Test bir gruba aralıksız veya kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır.
- 2- **Aralıklı Yöntem:** Test iki ile dört hafta gibi bir zaman aralığı ile iki kez uygulanır.

İki uygulamada da gözlemci/ölçümcü, işlemler, saat ve çevre faktörleri aynı olmalıdır (39).

Test-tekrar test güvenilirliğinin en kritik yönü, iki ölçme arasında bırakılması gereken zaman aralığıdır. Bırakılan zaman aralığı çok kısa olduğunda, denek ilk

yanıtını hatırlayıp aynı yanıtı verebilir, ilk görüşmede çaba harcayıp duyarlı yanıt verdiği halde, ikinci görüşmede çaba harcamadan duyarsız yanıt verebilir, iki görüşme arasında geçen zamanda fikir değiştirmiş olabilir. Diğer bir problem, birinci uygulamada test üzerinde pratik yapmış olmak, ikinci uygulamadaki puanı yükseltici etkiye sahip olabilir. Olası sakıncalar göz önünde bulundurularak, aralıklı yöntemde bırakılacak zaman aralığı iki haftadan az, dört haftadan fazla olmamalıdır (39).

Güvenirliği bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlemle elde edilen korelasyon testin tekrarı güvenilirlik katsayısını verir. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenilirliğin bulunmasında genellikle “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği” kullanılmaktadır (39,96).

MENQOL, postmenopoz dönemindeki 30 kadına 15-20 gün ara ile telefon ile ulaşılarak tekrar uygulanmıştır. Bu hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır. Zamana göre değişmezlik çözümlemesi için “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği” kullanılarak analiz edilmiştir. Test-tekrar test sonuçları Tablo 3’de gösterilmiştir.

**Tablo 3: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Test-Tekrar Test Güvenirlik Sonuçları**

1. UYGULAMA/2. UYGULAMA	PEARSON KORELASYON KATSAYISI
VAZOMOTOR	0,93
PSİKOSOSYAL	0,97
FİZİKSEL	0,97
CİNSEL	0,88
<b>N:30</b>	

MENQOL’un birinci ve ikinci uygulamalar arasındaki test-tekrar test güvenilirlik katsayısı vazomotor için 0.93, psikososyal için 0.97, fiziksel için 0.97 ve cinsel için 0.88’dir (Tablo 3). Literatürde güvenilirliğin 0.70-0.80 olmasının ölçme

aracının araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir (96). İkinci ölçümdeki varyans artışı kişilerin duyarlılığının arttığını (test etkisi) gösterir (39). Bu sonuca göre MENQOL'nun zamansal süreçteki tutarlılığı yeterli düzeydedir.

### **2.9.2.2. İç Tutarlılık**

Test yarılama yönteminde test iki yarıya ayrılmaktadır. Testin bu iki yarısı ayrı ayrı puanlanmakta ve bireylerin iki yarıdan aldıkları puan arasındaki korelasyon bulunmaktadır. Testin yarılama yönteminde testi iki eşit parçaya bölmede “random”, “testin birinci yarısı ile ikinci yarısı” ya da “tek numaralı” (1-3-5 gibi) sorular bir grup ve “çift numaralı” (2-4-6 gibi) sorular bir grup yapılmak üzere üç yöntem kullanılmaktadır (39,96).

#### **2.9.2.2.1. Ölçeğin İki-Yarım Test Güvenirliği**

Guttman Split-half güvenirlilik katsayısı ve iki yarı Spearman-Brown güvenirlilik katsayısı farklı yöntemlerle yapılan güvenirlilik analizleridir (56,90).

Araştırmada anket formunun iki yarım test güvenirlilik katsayılarını elde etmek için; Gutman Split-half güvenirlilik katsayısı anket formunun ilk yarısı ve son yarısı, Spearman-Brown güvenirlilik katsayısı anket formunu tek ve çift numaralar şeklinde ayırarak ve her iki yarı için ayrı ayrı Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı hesaplanarak birinci ve ikinci uygulama için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

**Tablo 4: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Birinci Uygulama İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları**

1. UYGULAMA	
İki Yarı Arasındaki Korelasyon	0,5728
Gutman Split-half güvenirlilik katsayısı	0,6816
Spearman-Brown güvenirlilik katsayısı	0,7284
15 Maddelik 1. Yarı Cronbach Alfa Değeri	0,9102
14 Maddelik 2. Yarı Cronbach Alfa Değeri	0,7090
MADDE	29
N	30

Araştırmada iki yarı arasındaki korelasyon 0.57, Gutman Split-half güvenirlilik katsayısı 0.68, Spearman-Brown güvenirlilik katsayısı 0.72, 15 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.91, 14 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.70 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 5: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu İkinci Uygulama İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları**

2. UYGULAMA	
İki Yarı Arasındaki Korelasyon	0,5822
Gutman Split-half güvenirlilik katsayısı	0,6829
Spearman-Brown güvenirlilik katsayısı	0,7359
15 Maddelik 1. Yarı Cronbach Alfa Değeri	0,9100
14 Maddelik 2. Yarı Cronbach Alfa Değeri	0,7170
MADDE	29
N	30

İkinci uygulama iki yarı arasındaki korelasyon 0.58, Gutman Split-half güvenirlilik katsayısı 0.68, Spearman-Brown güvenirlilik katsayısı 0.73, 15 Maddelik



Birinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.91, 14 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.71 olarak bulunmuştur (Tablo 5).

MENQOL'un hem birinci hem ikinci uygulamaları için yeterli düzeyde yüksek Gutman Split-half, Spearman-Brown ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları saptanmıştır. Sonuç olarak; MENQOL'un tek ve çift numaralı maddelerinden oluşan iki yarı birbirleriyle tutarlıdır. Güvenirlikleri ayrı ayrı yüksek bulunmuştur.

#### 2.9.2.2.2. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

Cronbach Alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir ölçüsüdür. Birbirleriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığın sınanmasında en uygun yol Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının hesaplanmasıdır (56,90).

**Tablo 6: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Birinci ve İkinci Uygulama Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları Sonuçları**

	N	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
<b>1. UYGULAMA</b>	30	29	0,8958
<b>2. UYGULAMA</b>	30	29	0,8988

Cronbach Alfa katsayısı Tablo 6'da gösterilmektedir ve yeterli düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. 15-20 gün ara ile ikinci bir uygulama yapmış olma, ikinci uygulama puanının daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

**Tablo 7: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Birinci Uygulama Yaşam Kalitesi Alt Başlıklarına Göre Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları Sonuçları**

	CRONBACH ALFA	
	1. UYGULAMA	2. UYGULAMA
VAZOMOTOR	0,84	0,90
PSİKOSOSYAL	0,82	0,80
FİZİKSEL	0,78	0,79
CİNSEL	0,81	0,82
	n:30	n:30

Tablo 7'deki sonuçlara göre; birinci uygulamada Cronbach Alfa katsayısı vazomotor için  $\alpha=0.84$ , psikososyal için  $\alpha=0.82$ , fiziksel için  $\alpha= 0.78$  ve cinsel için  $\alpha= 0.81$  olarak, ikinci uygulamada Cronbach Alfa katsayısı vazomotor için  $\alpha=0.90$ , psikososyal için  $\alpha=0.80$ , fiziksel için  $\alpha= 0.79$  ve cinsel için  $\alpha= 0.82$  olarak bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan MENQOL maddeleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmış ve tek tek bütün maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir. Her bir maddenin varyansı ile toplam varyansı arasındaki ilişkiyi ve ölçekteki her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını saptayan madde-toplam puan güvenilirliği katsayıları birinci uygulama için Tablo 8'de ikinci uygulama için tablo 9'da gösterilmiştir.

**Tablo 8: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu Birinci Uygulama Madde Korelasyon Sonuçları**

SORULAR	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde Toplam Korelasyonu	Çoklu Korelasyon Karesi	Madde Çıktığında Ölçek Alfa
1	96,6333	1034,9989	,6178	,9993	,8895
2	96,6667	1045,6092	,4920	,9841	,8917
3	96,3667	1047,8954	,4651	,9983	,8922
4	97,7333	1042,6851	,6029	,9990	,8901
5	96,3333	998,3678	,7140	,9908	,8866
6	96,9000	1053,2655	,4587	,9982	,8924
7	96,7333	1061,8575	,4373	,9961	,8928
8	96,7667	991,9782	,8047	,9991	,8849
9	97,1000	1030,0241	,5363	,9994	,8907
10	97,5333	1053,3609	,4862	,9975	,8919
11	96,8333	1009,5230	,5756	,9832	,8897
12	96,0000	1023,2414	,6936	,9982	,8880
13	96,6000	1016,4552	,7166	,9972	,8874
14	97,4667	1070,7402	,3166	,9917	,8951
15	96,9000	992,7138	,7509	,9992	,8857
16	96,5000	1075,9138	,3815	,9876	,8938
17	97,0667	1033,4437	,7104	,9985	,8884
18	97,2000	1044,7172	,5692	,9777	,8905
19	97,1667	1107,7299	,0412	,9624	,9019
20	96,5667	1113,9092	,0077	,9991	,9024
21	98,7000	1135,6655	-,1394	,9920	,9014
22	97,5667	1072,6678	,3128	,9968	,8951
23	98,1000	1061,6793	,4238	,9876	,8931
24	96,5000	1043,6379	,4427	,9975	,8928
25	97,2333	1039,7023	,5061	,9955	,8914
26	97,1333	1068,8092	,2873	,9923	,8961
27	96,9667	1052,8609	,4198	,9891	,8932
28	96,9667	1057,3437	,3867	,9992	,8938
29	96,8333	1071,7299	,2787	,9858	,8961
<b>N:30</b>		<b>Madde:29</b>		<b>Alfa:0,8958</b>	

**Tablo 9: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu İkinci Uygulama Madde Toplam Korelasyon Sonuçları**

SORULAR	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde Toplam Korelasyonu	Çoklu Korelasyon Karesi	Madde Çıktığında Ölçek Alfa
1	100,3667	1035,6195	,6580	,9852	,8917
2	100,6000	1052,2483	,5247	,9984	,8943
3	99,9667	1052,7230	,5507	,9976	,8938
4	101,8667	1052,4644	,6604	,9925	,8925
5	100,0667	1011,0299	,6821	,9879	,8905
6	100,7333	1071,5816	,4296	,9610	,8961
7	100,3000	1084,1483	,3778	,9674	,8970
8	100,5333	1011,9126	,7626	,9586	,8892
9	100,9000	1033,4724	,5985	,9847	,8926
10	101,7333	1079,0989	,3998	,9875	,8966
11	100,5000	1024,8103	,5798	,9796	,8930
12	99,8333	1041,8678	,6769	,9938	,8917
13	100,5333	1027,0851	,7615	,9817	,8900
14	101,3000	1081,1138	,3292	,9959	,8981
15	100,7000	1010,9759	,7182	,8979	,8899
16	100,5667	1088,5299	,4034	,9760	,8967
17	101,0333	1049,6885	,7572	,9959	,8915
18	101,2333	1075,7713	,5011	,9714	,8952
19	100,9333	1129,7195	,0046	,9939	,9056
20	100,5000	1126,9483	,0180	,9348	,9056
21	102,6333	1142,8609	-,0693	,9858	,9032
22	101,2667	1092,6161	,2657	,9893	,8992
23	102,0667	1082,3402	,4051	,9921	,8966
24	100,3333	1049,4713	,4889	,9924	,8950
25	100,7667	1053,7713	,5134	,9922	,8945
26	101,0667	1062,2023	,4314	,9697	,8962
27	100,6333	1079,2057	,3710	,9984	,8972
28	100,7667	1077,0126	,3900	,9819	,8969
29	100,4000	1089,9034	,3090	,9980	,8983
<b>N:30</b>		<b>Madde: 29</b>		<b>Alfa:0,8988</b>	

Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart yoktur. Madde toplam puan korelasyon katsayısı yükseldikçe sorunun etkinliği artmaktadır Korelasyon

katsayısı değerinin 0.20 olması hali minimum etkinlik derecesi olarak kabul edilmektedir (39).

19. 20. ve 21. maddelerin varyanslarının toplam puan varyansına olan korelasyonları 0.20'nin altında (anlamsız) bulunmuştur. Bu maddelerin korelasyon katsayısı 0.20'nin üzerinde olmadığı halde; kişi sayısının az olması (n=30) ve örnek grubunun özel bir grup olmasından dolayı bu maddeler çıkartılmamıştır. Madde toplam puanlarının denek sayısının çok olduğu homojen gruplarda yapılan araştırmalarla daha çok yükseleceği tahmin edilmektedir. Ayrıca ölçek bütününden elde edilen Cronbach Alfa sayısının yeterli düzeyde yüksek olmasından dolayı bu maddeler ölçekten çıkartılmadan anket formununun 29 maddesi uygulanmıştır. Daha sonra yapılacak araştırmalarda Türk kadınları için popülasyonun daha geniş tutulması ve bu üç maddenin çıkartılarak uygulanması önerilebilir.

John R. Hiltitch, Jaqueline Lewis, Alice Peter ve ark.'nın (1992) çalışmasında madde-skala arası korelasyon skorları 0.37 ile 0.81 olarak belirlenmiştir (46).

Araştırma kapsamındaki tüm postmenopozal kadınların (n:30) madde korelasyon dağılımlarında tüm maddelerin korelasyon katsayılarının yeterli düzeyde çıkması hiçbir maddenin çıkarılmamasının doğruluğunu bir kez daha göstermektedir (Tablo 9).

## **2.10. SÜRE VE OLANAKLAR**

Araştırma 5 Mayıs 2003 tarihinde öneri sınavında sunulmuştur. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün onayından sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Başkanından izin alınmıştır. Mayıs-Haziran 2003'de dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür.

Uzmanlar arasında görüş birliğine varılan ölçeğin ön uygulaması Haziran-Temmuz 2003'de menopoz polikliniğine başvuran 30 kadında yapılmıştır. Ön uygulama yapılan grubun verileri araştırma kapsamına alınmamıştır. Birinci uygulamadan 15-20 gün sonra kadınlara telefon ile ulaşılarak ikinci uygulaması yapılmış, veriler toplanmıştır. Temmuz 2003'de veriler değerlendirilmiştir.

Veri toplama aşamasında gelişen sorunlar nedeni ile aşağıdaki engellerle karşılaşmıştır;

Poliklinik randevu ile çalıştığı için Temmuz ayı randevusu olan hastalar randevularına gelmemişler ve bu ay süresince yeteri sayıda kadına ulaşamamıştır. Birinci görüşme ile ikinci görüşme arasındaki süre, hastaların genelde yazlıkta olacaklarını söyleyerek telefon numaralarını vermemeleri ve verenlerin de evde bulunamaması nedeni ile 20 güne kadar uzamıştır. Sabah muayeneye gelen hastalar ile daha çok görüşülebilmiş, öğleden sonra ilaç yazdırmaya gelen hastalar ankete katılmak istememişlerdir.

## **2.11. ETİK AÇIKLAMALAR**

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulundan 05.05.2003 tarihinde onay alınmıştır (EK-IV). Ölçeğin uygulanması için yazardan izin alınmıştır (EK-V). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.'dan gerekli izinler alınmıştır (EK-VI). Ayrıca kadınlara görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### 3.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 10: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	Sayı	%	Ortalama
<b><u>Yas Grup *</u></b>			
40-49	26	21,7	53.00±4.92 (min:42, max:66)
50-59	81	67,5	
60 ve üzeri	13	10,8	
<b><u>Medeni Durum *</u></b>			
Evli	108	90,0	
Bekar	3	2,5	
Dul/Boşanmış	9	7,5	
<b><u>Eğitim Durumu *</u></b>			
İlkokul Mezunu	40	33,3	
Ortaokul Mezunu	16	13,3	
Lise Mezunu	22	18,3	
Yüksekokul-Fakülte Mezunu	42	35,0	
<b><u>Çalışma Durumu*</u></b>			
Çalışan	18	15	
Çalışmayan	102	85	
<b><u>Mesleği*</u></b>			
Ev Hanımı	63	52,5	
İşçi/Serbest Meslek	6	5,0	
Emekli	39	32,5	
Memur	12	10,0	
<b><u>Uzun Süre Yaşanılan Yer*</u></b>			
İl	85	70,8	
İlçe	29	24,2	
Kasaba/Köy	6	5,0	
<b><u>Gelir Durumu</u></b>			
Gelir Giderden Az	17	14,2	
Gelir Gidere Denk	99	82,5	
Gelir Giderden Fazla	4	3,3	
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	

\*n:120

Tablo 10'da kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; %21.7'sinin 40-49, %67.5'inin 50-59, %10.8'inin 60 yaş ve üzeri grubunda olduğu görülmektedir. Kadınların yaş ortalamaları  $53,00 \pm 4.92$  (min:42, max:66) dir.

Kadınların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğine; %90.0'ının evli, %2.5'inin bekar ve %7.5'inin dul/boşanmış olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Kadınların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %33.3'ünün ilkokul, %13.3'ünün ortaokul, % 18.3'ünün lise, %35.0'inin yüksekokul/fakülte mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Kadınların %85.0'inin çalışmadığı, %15.0'inin ise çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 10).

Çalışan kadınların mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde; %5.0'inin işçi/serbest meslek sahibi oldukları, %32.5'inin emekli, %10.0'unun memur ve %52.5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Kadınların en uzun süre yaşadıkları yere göre dağılımları incelendiğinde; %70.8'inin ilde, %24.2'sinin ilçede ve %5.0'inin kasaba/köyde yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 10).

Kadınların ekonomik durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %82.5'inin gelirlerinin giderlerine eşit, % 14.2'sinin gelirlerinin giderlerinden az, %3.3'ünün ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 10).



**Tablo 11: Kadınların Sistemik Hastalık Varlığına ve Varolan Hastalıklarına Göre Dağılımları**

	Sayı	%
<b><u>Sistemik Hastalık</u></b>		
Var	51	42,5
Yok	69	57,5
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Sistemik Hastalıklar *</u></b>		
Hipertansiyon (HT)	22	43,1
Lombal Disk Hernisi (LDH)	7	13,7
Kanser	4	7,8
Migren	4	7,8
HT+Kolesterol	3	5,9
Osteoporoz+Kolesterol	2	3,9
Osteoporoz	1	2,0
AVM	1	2,0
Alerji	1	2,0
HT+ Diabetes Mellitus	1	2,0
HT+Migren	1	2,0
HT+Gastrit	1	2,0
Artrit	1	2,0
LDH+Alerjik Rinit	1	2,0
Diabetes Mellitus	1	2,0
<b>TOPLAM</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Kadınların sistemik hastalık varlığına göre dağılımları incelendiğinde; %42.5'inin sistemik hastalığı varken %57.5'inde sistemik hastalık olmadığı saptanmıştır (Tablo 11).

Kadınların varolan sistemik hastalıklarına göre dağılımları incelendiğinde; %43.2'sinin Hipertansiyon (HT), %13.7'sinin Lombal Disk Hernisi (LDH), %7.8'inin Kanser (CA), %7.8'inin Migren, %5.9'unun hem HT hem Kolesterol, %3.9'unun hem Osteoporoz hem Kolesterol, %2.0'sinin Diabetes Mellitus (DM), %2.0'sinin Osteoporoz, %2.0'sinin Artrit, %2.0'sinin Arteria Venöz Malformasyon (AVM), %2.0'sinin Alerji, %2.0'sinin HT+DM, %2.0'sinin HT+Migren, %2.0'sinin

HT+Gastrit ve %2.0'sinin LDH+Alerjik Rinit hastalıklarının mevcut olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

**Tablo 12: Kadınların Sigara-Alkol Alışkanlıkları Ve Ortalamalarına Göre Dağılımları**

<b>SİGARA ve ALKOL</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sigara Yaş Ort.</b>
<b><u>Sigara Kullanma Durumu</u></b>			
İçen	28	23,3	46.46±3.30
İçmeyen	92	76,7	48.33±4.10
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b><u>Alkol Kullanma Durumu</u></b>			
Evet	0	0,0	
Hayır	120	100,0	
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
			<b>Sigara Adet ve Yıl Ortalaması</b>
<b><u>Sigara Adet*</u></b>			
5 adet ve altı	11	39,3	9.25± 5.68
6-10 adet	10	35,7	(min:1,max:20)
11 adet ve üzeri	7	25,0	
<b><u>Sigara Yıl</u></b>			
10 yıldan az	3	10,7	22.50 ±7.86
10 yıldan fazla	25	89,3	(min:5yıl,max:35yıl)
<b>TOPLAM</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	

\* n: 28

Tablo 12'de kadınların sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre; araştırmaya katılan kadınların hiçbirinin (%100.0) alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Kadınların sigara kullanma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %23.3'ünün sigara içtiği, %76.7'sinin sigara içmediği saptanmıştır. Sigara içen kadınların yaş ortalamaları 46.46±3.30, sigara içmeyen kadınların yaş ortalamaları 48.33±4.10 olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Sigara içen kadınların günde içilen sigara adedine göre dağılımları incelendiğinde; %39.3'ünün 5 adet ve altında, %35.7'sinin 6-10 adet, %25.0'inin 11

adet ve üzerinde sigara içtiği belirlenmiştir. Kadınların günde içtiği sigara adedi ortalamaları  $9.25 \pm 5.68$  (min:1,max:20) dir (Tablo 12).

Sigara içen kadınların sigara içme sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %10.7'sinin 10 yıldan az, %89.3'ünün 10 yıldan fazla süre sigara içtikleri saptanmıştır. Kadınların sigara içme sürelerinin ortalamaları  $22.50 \pm 7.86$  (min:5,max:35) yıldır (Tablo 12).

**Tablo 13: Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları**

Gebelik Sayısı*		Sayı	%	Ortalama
Gebelik Yaşamayan		7	5,8	
Gebelik Yaşayan	1	6	5,0	4.12±2.01 (min:1,max:10)
	2	18	15,0	
	3	27	22,5	
	4 ve üzeri	62	51,7	
<b>TOPLAM</b>		<b>120</b>	<b>100,0</b>	
Doğum Sayısı*				
Doğum Yapmayan		8	6,7	
Doğum Yapan	1	15	12,5	2.45±0.95 (min:1,max:5)
	2	51	42,5	
	3	28	23,3	
	4 ve üzeri	18	15,0	
<b>TOPLAM</b>		<b>120</b>	<b>100,0</b>	
Düşük /Kürtaj Sayısı				
Düşük /Kürtaj Yaşamayan		36	30,0	
Düşük/Kürtaj Yaşayan	1	26	21,7	2.29±1.22 (min:1,max:5)
	2	29	24,2	
	3	12	10,0	
	4	12	10,0	
	5	5	4,2	
<b>TOPLAM</b>		<b>120</b>	<b>100,0</b>	

\*n:120

Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları Tablo 13'de belirtilmiştir. Buna göre kadınların gebelik sayılarına göre dağılımları incelendiğinde; %5.0'inin bir, %15.0'inin iki, %22.5'inin üç ve %51.7'sinin dört ve üzeri gebelik yaşadıkları,

%5.8'inin hiç gebelik yaşamadığı saptanmıştır. Gebelik yaşayan kadınların gebelik sayısı ortalamaları  $4.12 \pm 2.01$  (min:1,max:10) dir.

Kadınların doğum sayılarına göre dağılımları incelendiğinde; %12.5'inin bir, %42.5'inin iki, %23.3'ünün üç ve %15.0'inin dört ve üzerinde doğum yaptığı, %6.7'sinin hiç doğum yapmadığı görülmektedir. Doğum yapan kadınların doğum sayısı ortalamaları  $2.45 \pm 0.95$  (min:1,max:5) tir (Tablo 13).

Kadınların düşük/kürtaj sayılarına göre dağılımları incelendiğinde; %21.7'sinin bir, %24.2'sinin iki, %10.0'unun üç, %10.0'unun dört ve %4.2'sinin beş düşük/kürtaj yaşadığı, %30.0'unun hiç düşük/kürtaj yaşamadığı saptanmıştır. Düşük/kürtaj yaşayan kadınların düşük/kürtaj sayısı ortalamaları  $2.29 \pm 1.22$  (min:1,max:5) dir (Tablo 13).

### 3.2. KADINLARIN KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN

#### BULGULAR

Tablo 14: Kadınların Klimakterik Özelliklerine Göre Dağılımları

	Sayı	%	Ortalama
<b><u>Menarş Yaşı*</u></b>			
10-13 yaş	81	67,5	13.14±1.33
14-17 yaş	39	32,5	(min:10, max:17)
<b><u>Anne Menopoz Yaşı*</u></b>			
Bilinmeyen	44	36,6	47.50±6.00
46 yaş ve altı	29	24,2	(min:35,max:58)
47 yaş ve üzeri	47	39,2	
<b><u>Kadınların Menopoz Yaşı*</u></b>			
46 ve altı	38	31,7	47.90±3.99
47 ve üzeri	82	68,3	(min:33,max:57)
<b><u>Kadın Menopoza Girdikten Sonraki Geçen Süre *</u></b>			
5 yıldan az	71	59,2	61.05±55.46
5 yıldan fazla	49	40,8	(min:12ay,max:360ay)
<b><u>Evde Birlikte Yaşadıkları Kişiler*</u></b>			
Eş	31	25,8	
Eş Ve Çocuklar	77	64,2	
Çocuklar	5	4,2	
Ana-Baba	2	1,7	
Yalnız	5	4,2	
<b><u>Evde Yaşayan Çocuk*</u></b>			
Var	81	67,5	
Yok	39	32,5	
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b><u>En Son Cocuğunun Evden Ayrılma Süresi**</u></b>			
10 yıldan az	32	82,1	80.97±89.59
10 yıldan fazla	7	17,9	(min:1ay,max:480ay)
<b>TOPLAM</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	

\*n:120

\*\*n: 39

Tablo 14'de kadınların klimakterik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Buna göre kadınların menarş yaşı dağılımları incelendiğinde; %67.5'inin 10-13 yaş, %32.5'inin 14-17 yaş menarş yaşı grubunda olduğu saptanmıştır. Kadınların menarş yaşı ortalamaları 13.14±1.33 (min:10, max:17) tür .

Kadınların annelerinin menopoz yaşına göre dağılımları incelendiğinde; %24.2'sinin 46 yaş ve altı, %39.2'sinin 47 yaş ve üzeri grubunda olduğu, fakat %36.6'sının anne menopoz yaşının bilinmediği saptanmıştır. Bunun nedeni, annenin menopoza girmeden önce kaybedilmiş olmasıdır. Kadınların anne menopoz yaşı ortalamaları  $47.50 \pm 6.00$  (min:35,max:58) dir (Tablo 14).

Kadınların menopoz yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde; %31.7'sinin 46 yaş ve altı, %68,3'ünün 47 yaş ve üzeri grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların menopoz yaşı ortalamaları  $47.90 \pm 3.99$  (min:33,max:57) dur (Tablo 14).

Kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süreye göre dağılımları incelendiğinde; %59.2'sinin beş yıldan az, %40.8'inin beş yıldan fazla süredir menopozda olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süre ortalamaları  $61.05 \pm 55.46$  (5 yıl, 1ay) (min:12ay, max:360ay) aydır (Tablo 14).

Kadınların evde birlikte yaşadıkları kişiye göre dağılımları incelendiğinde; %25.8'inin eş, %64.2'sinin eş ve çocuklar, %4.2'sinin çocuklar, %1.7'sinin ana-baba, %4.2'sinin yalnız yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 14).

Kadınların evde yaşayan çocuğunun olma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %67.5'inin hala evde yaşayan çocuğunun bulunduğu, %32.5'inin evde yaşayan çocuğunun olmadığı saptanmıştır. Kadınların en son çocuğunun evden ayrılma süresine göre dağılımları incelendiğinde; %82.1'nin 10 yıldan az, %17.9'unun 10 yıldan fazla grubunda olduğu saptanmıştır. Kadınların en son çocuğunun evden ayrılma süresi ortalamaları  $80.97 \pm 89.59$  (6 yıl, 8 ay) (min:1ay, max:480ay) aydır (Tablo 14).

**Tablo 15: Kadınların Menopoz Girme Yaşını Etkileyen Faktörlere Göre****Dağılımları**

	Yaş Grubu				TOPLAM		x <sup>2</sup>	SD	P
	46 Yaş ve altı		47 Yaş ve üstü						
	S	%	S	%	S	%			
<b>Sigara İçme</b>									
Sigara İçen	14	36.8	14	17.0	28	23.3	5.673	1	0.017
Sigara İçmeyen	24	63.2	68	83.0	92	76.7			
<b>TOPLAM</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>			
<b>Menarş Yaşı</b>									
10-13 yaş	26	68.4	55	67.1	81	67.5	1.063	2	0.588
14-17 yaş	12	31.6	27	32.9	39	32.5			
<b>TOPLAM</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>			
<b>Anne Menopoz Yaşı</b>									
46 yaş ve altı	12	48.0	17	33.3	29	38.2	1.529	1	0.216
47 yaş ve üzeri	13	52.0	34	66.7	47	61.8			
<b>TOPLAM</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>			

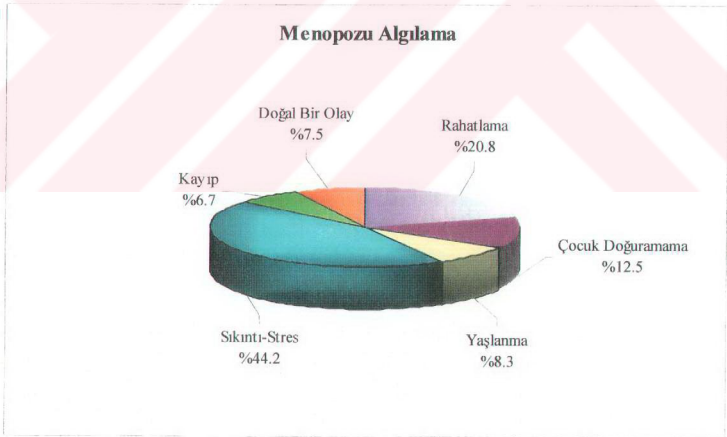
Kadınların menopoz girme yaşını etkileyen faktörlere göre dağılımları incelendiğinde; 46 yaş ve altında menopoz giren kadınların %36.8'inin sigara içtiği, %63.2'sinin sigara içmediği, 47 yaş ve üzerinde menopoz giren kadınların %17.0'sinin sigara içtiği, %83.0'ünün sigara içmediği saptanmıştır. Kadının menopoz yaşı ile sigara içme durumu arasındaki ilişkinin Ki-kare Testi ile incelenmesi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (x<sup>2</sup>:5.673, p<0.05) (Tablo 15).

Kadınların menopoz yaşı ile menarş yaşı arasındaki ilişkiye göre dağılımları incelendiğinde; 46 yaş ve altında menopoz giren kadınların %68.4'ünün 10-13 yaş, %31.6'sının 14-17 yaş, 47 yaş ve üzeri menopoz giren kadınların %67.1'inin 10-13 yaş, %32.9'unun 14-17 yaş menarş yaşı grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların

menopoz yaşı ile menarş yaşları arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2:1.063, p>0.05$ ) (Tablo 15).

Kadınların menopoz yaşı ile anne menopoz yaşı arasındaki ilişkiye göre dağılımları incelendiğinde; 46 yaş ve altında menopoza giren kadınların %48.0'inin annelerinin de 46 yaş ve altında, %52.0'sinin annelerinin 47 yaş ve üzerinde menopoza girdiği, 47 yaş ve üzeri menopoza giren kadınların %33.3'ünün annelerinin 46 yaş ve altında, %66.7'sinin annelerinin de 47 yaş ve üzerinde menopoza girdikleri saptanmıştır. Kadınların menopoz yaşı ile anne menopoz yaşları arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2:1.529, p>0.05$ ) (Tablo 15).

**Grafik 1: Kadınların Menopozu Algılama Durumlarına Göre Dağılımları**



Grafik 1'e göre kadınların menopozu algılama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %20.8'inin menopozu rahatlama, %12.5'inin çocuk doğuramama,



%8.3'ünün yaşlanma, %44.2'sinin sıkıntı-stres, %6.7'sinin kayıp, %7.5'inin doğal bir olay olarak algıladıkları görülmektedir.

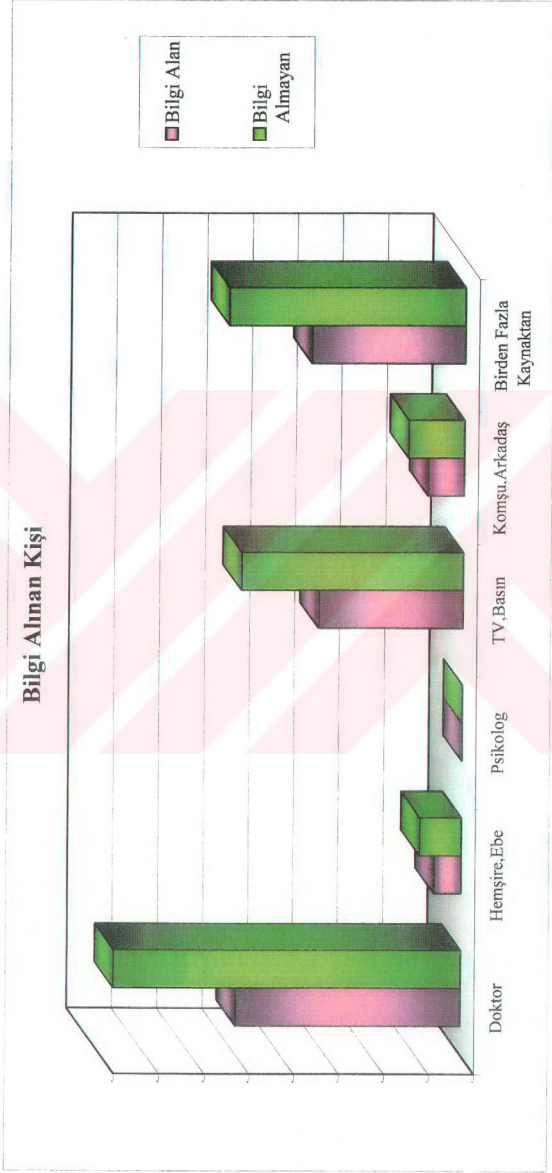
**Tablo 16: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımları**

Bilgi Alma Durumu	Sayı	%
Alan	65	54,2
Almayan	55	45,8
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Tablo 16'ya göre; kadınların klimakterium dönemi ile ilgili bilgi alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %54.2'sinin bilgi aldığı, %45.8'inin herhangi bir bilgi almadığı saptanmıştır.

Grafik 2'ye göre; klimakterium dönemi ile ilgili bilgi alan kadınların nereden ya da kimden bilgi aldıkları incelendiğinde; %38.5'inin doktor, %4.6'sının hemşire,ebe, %24.6'sının TV,basın, %6.2'sinin komşu,arkadaş, %26.2'sinin birden fazla kaynaktan bilgi aldıkları, buna karşın psikologdan bilgi alan olmadığı saptanmıştır.

Grafik 2: Kadınların Klîmakterium Dönemi İle İlgili Nereden/Kimden Bilgi Aldıkları



**Tablo 17: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Bilgi Almak İsteme Durumlarına Göre Dağılımları**

<b>Bilgi Almak İsteme Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
İstiyor	89	74,2
İstemiyor	31	25,8
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Nereden/Kimden Bilgi Almak İsteddiği</u></b>		
Doktor	32	36,0
Hemşire, Ebe	20	22,5
Psikolog	2	2,2
Uzman Kişilerden	35	39,3
<b>TOPLAM</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>
<b><u>Bilgi Almak İstememe Nedeni</u></b>		
Bilğim var	9	29,0
Yaşım geçti	7	22,6
Rahatsızlık hissetmiyorum	6	19,4
İhtiyaç hissetmiyorum	9	29,0
<b>TOPLAM</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Tablo 17'ye göre kadınların klimakterium dönemi ile ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %74.2'sinin bilgi almak istediği, %25.8'inin bilgi almak istemediği saptanmıştır.

Bilgi almak isteyen kadınların nereden/kimden bilgi almak istediklerine göre dağılımları incelendiğinde; %36.0'sının doktor, %22.5'inin hemşire,ebe, %2.2'sinin psikolog, %39.3'ünün uzman kişilerden bilgi almak istedikleri saptanmıştır (Tablo 18).

Bilgi almak istemeyen kadınların neden bilgi almak istemediklerine göre dağılımları incelendiğinde; %29.0'unun bilgim var, %22.6'sının yaşım geçti, %19.4'ünün rahatsızlık hissetmiyorum, %29.0'unun ihtiyaç hissetmiyorum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir (Tablo 18).

**Tablo 18: Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları**

HRT Kullanma Durumu	Sayı	%	Ortalama
Kullanan	34	28,3	
Kullanmayan	86	71,7	
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	
<b>HRT Kullanma Süresi*</b>			
5 yıldan az	30	88,2	29.67± 29.93
5 yıldan fazla	4	11,8	(min:1ay ,max:120ay)
<b>HRT Bırakma Süresi*</b>			
10 yıldan az	31	91,2	58.85 ±77.60
10 yıldan fazla	3	8,8	(min:6ay ,max:360ay)
<b>TOPLAM</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	

\*n:34

Tablo 18'e göre kadınların HRT kullanma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %28.3'ünün HRT kullandığı, %71.7'sinin HRT kullanmadığı saptanmıştır.

HRT kullanan kadınların HRT kullanma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %88.2'sinin beş yıldan az, %11.8'inin beş yıldan fazla HRT kullandığı görülmektedir. Kadınların HRT kullanma sürelerinin ortalamaları 29.67± 29.93 (min:1ay ,max:120ay) aydır.

Yine kadınların HRT bırakma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %91.2'sinin 10 yıldan az, %8.8'inin 10 yıldan fazla grubunda olduğu saptanmıştır. Kadınların HRT bırakma sürelerinin ortalamaları 58.85 ±77.60 (min : 6ay, max: 360 ay) aydır.

### 3.3. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, ALIŞKANLIKLARI, OBSTETRİK ÖYKÜLERİ, KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİ İLE YAŞAM KALİTELERİ VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

**Tablo 19: Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	N	Min	Max	$\bar{X}$	SD
Vazomotor	120	3,00	24,00	12,5833	5,3978
Psikososyal	120	7,00	84,00	25,7417	11,7784
Fiziksel	120	15,00	99,00	57,0917	17,6192
Cinsel	120	3,00	21,00	11,3667	5,9053
UMUTSUZLUK	120	0,00	20,00	4,5583	4,2303

Tablo 19'da kadınların yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tabloya göre; kadınların vazomotor puan ortalaması  $12.58 \pm 5.39$  (min:3.00, max:24.00) , psikososyal puan ortalaması  $25.74 \pm 11.77$  (min:7.00, max:84.00), fiziksel puan ortalaması  $57.09 \pm 17.61$  (min:15.00, max:99.00), cinsel puan ortalaması  $11.36 \pm 5.90$  (min:3.00, max:21.00) ve umutsuzluk puan ortalaması  $4.55 \pm 4.23$  (min:0.00, max:20.00) tür.

Tablo 20: Kadınların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ	Yaş Grupları	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	SD	F	P
Vazomotor	40-49	26	13,1154	Genel	10,598	5,299	2		
	50-59	81	12,4815	Gruplar arası	3456,568	29,543	117		
	60-69	13	12,1538	Grup içi	3467,167	-	119	0,179	0,836
Psikososyal	40-49	26	32,5385	Genel	1650,323	825,162	2		
	50-59	81	24,3086	Gruplar arası	14858,669	126,997	117		
	60-69	13	21,0769	Grup içi	16508,992	-	119	6,497	0,002
Fiziksel	40-49	26	59,0385	Genel	242,722	121,361	2		
	50-59	81	57,0000	Gruplar arası	36699,269	313,669	117		
	60-69	13	53,7692	Grup içi	36941,992	-	119	0,387	0,680
Cinsel	40-49	26	11,1154	Genel	18,778	9,389	2		
	50-59	81	11,6049	Gruplar arası	4131,089	35,308	117		
	60-69	13	10,3846	Grup içi	4149,867	-	119	0,266	0,767
UMUTSUZLUK	Yaş Grupları	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması	SD	F	P
	40-49	26	5,6154	Genel	61,516	30,758	2		
	50-59	81	4,0617	Gruplar arası	2068,076	17,676	117		
	60-69	13	5,5385	Grup içi	2129,592	-	119	1,740	0,180

Tablo 20'de kadınların yaş gruplarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların yaş gruplarına göre vazomotor, fiziksel, cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadınların yaş gruplarına göre psikososyal yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=6.497$ ,  $p<0.05$ ).

Tablo 21: Kadınların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ	Medeni Durum	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Vazomotor	Evli	108	12,7130	Gruplar Arası	26,176	2	13,088	0,445	0,642
	Bekar	3	10,0000	Grup İçi	3440,991	117	29,410		
	Dul/Boşanmış	9	11,8889	Genel	3467,167	119			
Psikososyal	Evli	108	26,5833	Gruplar Arası	774,075	2	387,037	2,878	0,060
	Bekar	3	16,6667	Grup İçi	15734,917	117	134,486		
	Dul/Boşanmış	9	18,6667	Genel	16508,992	119			
Fiziksel	Evli	108	57,9815	Gruplar Arası	945,362	2	472,681	1,536	0,219
	Bekar	3	44,3333	Grup İçi	35996,630	117	307,664		
	Dul/Boşanmış	9	50,6667	Genel	36941,992	119			
Cinsel	Evli	108	12,0093	Gruplar Arası	455,987	2	227,994	7,221	0,001
	Bekar	3	4,0000	Grup İçi	3693,880	117	31,572		
	Dul/Boşanmış	9	6,1111	Genel	4149,867	119			
UMUTSUZLUK	Medeni Durum	N		Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
	Evli	108	4,7407	Gruplar Arası	50,629	2	25,314	1,425	0,245
	Bekar	3	1,0000	Grup İçi	2078,963	117	17,769		
	Dul/Boşanmış	9	3,5556	Genel	2129,592	119			

Tablo 21'de kadınların medeni durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların medeni durumlarına göre vazomotor, psikososyal, fiziksel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların medeni durumlarına göre cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=7.221, p<0.05$ )

Tukey-HSD Post Hoc testi sonucuna göre; evli kadınlar ile bekar kadınlar ve evli kadınlar ile dul/boşanmış kadınlar arasında cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ).



Tablo 22: Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ	Eğitim Durumu	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Vazomotor	İlkokul	40	13,6750	Gruplar Arası	131,792	3	43,931	1,528	0,211
	Ortaokul	16	13,0625	Grup İçi	3335,375	116	28,753		
	Lise Y.O./Fakülte	22 42	12,8636 11,2143	Genel	3467,167	119			
Psikososyal	İlkokul	40	28,7250	Gruplar Arası	998,125	3	332,708	2,488	0,064
	Ortaokul	16	29,0000	Grup İçi	15510,867	116	133,714		
	Lise Y.O./Fakülte	22 42	23,6818 22,7381	Genel	16508,992	119			
Fiziksel	İlkokul	40	61,9000	Gruplar Arası	2482,562	3	827,521	2,786	0,044
	Ortaokul	16	62,0625	Grup İçi	34459,429	116	297,064		
	Lise Y.O./Fakülte	22 42	53,3182 52,5952	Genel	36941,992	119			
Cinsel	İlkokul	40	13,0750	Gruplar Arası	183,223	3	61,074	1,786	0,154
	Ortaokul	16	10,1250	Grup İçi	3966,644	116	34,195		
	Lise Y.O./Fakülte	22 42	11,0000 10,4048	Genel	4149,867	119			
UMUTSUZLUK	Eğitim Durumu	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması		
	İlkokul	40	5,9500	Gruplar Arası	175,330	3	58,443	3,469	0,018
	Ortaokul	16	5,5625	Grup İçi	1954,262	116	16,847		
Lise Y.O./Fakülte	22 42	3,6364 3,3333	Genel	2129,592	119				

Tablo 22’de kadınların eğitim durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların eğitim durumlarına göre vazomotor, psikososyal, cinsel yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadınların eğitim durumlarına göre fiziksel yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sırasıyla ( $F=2.786$ ,  $F=3.469$ ,  $p<0.05$ ).

Fiziksel yaşam kalitesi ve eğitim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık varken ( $p=0.044$ ) Tukey-HSD Post Hoc test kullanılarak yapılan ileri analizde fiziksel yaşam kalitesi için gruplar arası farklılık tespit edilmemiştir.

Yine umutsuzluk için yapılan Tukey-HSD Post Hoc test sonucuna göre elde edilen fark ilkokul mezunu olanlar ile yüksekokul/fakülte mezunu olanlar gruplarından kaynaklanmaktadır ( $p<0.05=0.018$ ).

**Tablo 23: Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>YAŞAM KALİTESİ</b>	<b>Çalışma Durumu</b>	<b>N</b>	$\bar{X}$	<b>SD</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
<b>Vazomotor</b>	Çalışan	18	12,4444	3,4166	0,8053	-0,166	118	0,869
	Çalışmayan	102	12,6078	5,6885	0,5632			
<b>Pisikososyal</b>	Çalışan	18	27,1111	11,7418	2,7676	0,533	118	0,595
	Çalışmayan	102	25,5000	11,8261	1,1710			
<b>Fiziksel</b>	Çalışan	18	58,3333	17,6235	4,1539	0,323	118	0,747
	Çalışmayan	102	56,8725	17,6964	1,7522			
<b>Cinsel</b>	Çalışan	18	12,3889	5,9025	1,3912	0,795	118	0,428
	Çalışmayan	102	11,1863	5,9165	0,5858			
<b>UMUTSUZLUK</b>	<b>Çalışma Durumu</b>	<b>N</b>	$\bar{X}$	<b>SD</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
	Çalışan	18	2,8333	3,1669	0,7465	-1,897	118	0,060
Çalışmayan	102	4,8627	4,3328	0,4290				

Tablo 23’de kadınların çalışma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sırasıyla ( $t=-0.166$ ,  $t=0.533$ ,  $t=0.323$ ,  $t=0.795$ ,  $t=-1.897$ ,  $p>0.05$ ).



Tablo 24: Kadınların Mesleklerine Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ	Meslek	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Vazomotor	Evhanımı	63	13,7143	Gruplar Arası	204,899	3	68,300	2,429	0,069
	İşçi/Serbest Meslek Emekli	6	13,0000	Grup İçi	3262,267	116	28,123		
	Memur	39	10,8205	Genel	3467,167	119			
Psikososyal	Evhanımı	63	27,6190	Gruplar Arası	793,032	3	264,344	1,951	0,125
	İşçi/Serbest Meslek Emekli	6	28,3333	Grup İçi	15715,960	116	135,482		
	Memur	39	22,0769	Genel	16508,992	119			
Fiziksel	Evhanımı	63	60,4444	Gruplar Arası	2135,096	3	711,699	2,372	0,074
	İşçi/Serbest Meslek Emekli	6	58,5000	Grup İçi	34806,895	116	300,059		
	Memur	39	51,1026	Genel	36941,992	119			
Cinsel	Evhanımı	63	11,4444	Gruplar Arası	56,471	3	18,824	0,533	0,660
	İşçi/Serbest Meslek Emekli	6	14,0000	Grup İçi	4093,395	116	35,288		
	Memur	39	10,7692	Genel	4149,867	119			
UMUTSUZLUK	Meslek	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
	Evhanımı	63	5,5556	Gruplar Arası	143,100	3	47,700	2,785	0,044
	İşçi/Serbest Meslek Emekli	6	2,5000	Grup İçi	1986,491	116	17,125		
Memur	39	3,7436	Genel	2129,592	119				
		12	3,0000						

Tablo 24’de mesleklerine göre kadınların yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların mesleklerine göre yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadınların mesleklerinin umutsuzluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $F=2.785$ ,  $p<0.05$ ). Tukey-HSD Post Hoc testi sonucuna göre; ev hanımı kadınlar ile emekli kadınlar arasında umutsuzluk puan ortalamaları açısından farklılık saptanmıştır ( $p<0.05=0.042$ ).



**Tablo 25: Kadınların Sistemik Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	Sistemik Hastalık	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
Vazomotor	Evet	51	13,8627	5,19238	0,72708	2,271	118	0,025
	Hayır	69	11,6377	5,38782	0,64862			
Psikososyal	Evet	51	26,2353	13,09899	1,83423	0,393	118	0,695
	Hayır	69	25,3768	10,78411	1,29825			
Fiziksel	Evet	51	59,7843	18,46977	2,58629	1,446	118	0,151
	Hayır	69	55,1014	16,82186	2,02511			
Cinsel	Evet	51	11,9216	6,27007	0,87798	0,884	118	0,378
	Hayır	69	10,9565	5,63193	0,67801			
UMUTSUZLUK	Sistemik Hastalık	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t		p
	Evet	51	4,1961	3,83677	0,53725	-0,805	118	0,422
	Hayır	69	4,8261	4,50802	0,54270			

Tablo 25’de kadınların sistemik hastalık varlığına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların sistemik hastalık varlığına göre vazomotor yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (t=2.271, p<0.05).

Kadınların sistemik hastalık varlığına göre psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( p>0.05).

**Tablo 26: Kadınların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>YAŞAM KALİTESİ</b>	<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	<b>N</b>	$\bar{X}$	<b>SD</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>SD</b>	<b>P</b>
<b>Vazomotor</b>	İçen	28	11,2857	4,6655	0,8817	-1,460	118	0,147
	İçmeyen	92	12,9783	5,5648	0,5802			
<b>Psikososyal</b>	İçen	28	28,7500	17,0742	3,2267	1,162	118	0,254
	İçmeyen	92	24,8261	9,5545	0,9961			
<b>Fiziksel</b>	İçen	28	56,4286	17,4662	3,3008	-0,227	118	0,821
	İçmeyen	92	57,2935	17,7557	1,8512			
<b>Cinsel</b>	İçen	28	9,8929	6,1544	1,1631	-1,516	118	0,132
	İçmeyen	92	11,8152	5,7873	0,6034			
<b>UMUTSUZLUK</b>	<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	<b>N</b>	$\bar{X}$	<b>SD</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>SD</b>	<b>P</b>
	İçen	28	4,4643	5,0880	0,9615	-0,134	118	0,894
	İçmeyen	92	4,5870	3,9645	0,4133			

Tablo 26'da kadınların sigara kullanma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların sigara kullanma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 27: Kadınların Menarş Yaşlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	Menarş Yaşı	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
Vazomotor	10-13	81	12,8395	5,12459	0,56940	0,748	118	0,456
	14-17	39	12,0513	5,96017	0,95439			
Psikososyal	10-13	81	25,2222	9,97622	1,10847	-0,695	118	0,547
	14-17	39	26,8205	14,93824	2,39203			
Fiziksel	10-13	81	56,0617	16,77226	1,86358	-0,922	118	0,358
	14-17	39	59,2308	19,31247	3,09247			
Cinsel	10-13	81	11,3210	5,64098	0,62678	-0,122	118	0,903
	14-17	39	11,4615	6,49634	1,04025			
UMUTSUZLUK	Menarş Yaşı	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
	10-13	81	4,6049	4,34649	0,48294	0,173	118	0,863
	14-17	39	4,4615	4,03176	0,64560			

Tablo 27'de kadınların menarş yaşlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Tablo incelendiğinde; kadınların menarş yaşlarına göre vazomotor, fiziksel, psikososyal ve cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 28: Kadınların Menopoz Yaşlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	Menopoz Yaşı	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
<b>Vazomotor</b>	46 yaş ve altı	38	13,7895	4,79954	0,77859	1,699	118	0,096
	47 yaş ve üzeri	82	12,0244	5,59315	0,61766			
<b>Psikososyal</b>	46 yaş ve altı	38	29,7632	10,37522	1,68308	2,607	118	0,010
	47 yaş ve üzeri	82	23,8780	11,98084	1,32306			
<b>Fiziksel</b>	46 yaş ve altı	38	60,8947	17,22159	2,79371	1,621	118	0,108
	47 yaş ve üzeri	82	55,3293	17,62578	1,94644			
<b>Cinsel</b>	46 yaş ve altı	38	12,1316	5,89168	0,95576	0,966	118	0,336
	47 yaş ve üzeri	82	11,0122	5,91398	0,65309			
<b>UMUTSUZLUK</b>	Menopoz Yaşı	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
	46 yaş ve altı	38	5,3158	4,17913	0,67794	1,340	118	0,183
	47 yaş ve üzeri	82	4,2073	4,23314	0,46747			

Tablo 28'de kadınların menopoz yaşlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların menopoz yaşlarına göre vazomotor, fiziksel ve cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadınların menopoz yaşlarına göre psikososyal yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $t=2.607, p<0.05$ ).

**Tablo 29: Kadınların Menopoza Girdikten Sonraki Geçen Süreye Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	Menopoza Girdikten Sonraki Geçen Süre	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
Vazomotor	5 yıldan az	77	12,2727	5,4135	0,6169	-0,842	118	0,401
	5 yıldan fazla	43	13,1395	5,3877	0,8216			
Pisikososyal	5 yıldan az	77	26,1429	12,5192	1,4267	0,498	118	0,620
	5 yıldan fazla	43	25,0233	10,4232	1,5895			
Fiziksel	5 yıldan az	77	56,1558	17,1081	1,9496	-0,777	118	0,439
	5 yıldan fazla	43	58,7674	18,5868	2,8345			
Cinsel	5 yıldan az	77	11,1688	6,0293	0,6871	-0,490	118	0,625
	5 yıldan fazla	43	11,7209	5,7293	0,8737			
UMUTSUZLUK	Menopoza Girdikten Sonraki Geçen Süre	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
	5 yıldan az	77	4,4935	4,4296	0,5048	-0,224	118	0,823
	5 yıldan fazla	43	4,6744	3,8958	0,5941			

Tablo 29'da kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süreye göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süreye göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).

Tablo 30: Kadınların Evde Kiminle Yaşadıklarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ	Evde Kiminle Yaşadıkları	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Vazomotor	Eş -Çocuklar	31	13,0000	Gruplar Arası Grup İçi Genel	36,647	4	9,162	0,307	0,873
	Eş -Çocuklar	77	12,5974		3430,519	115	29,831		
	Çocuklar	5	12,2000		3467,167	119			
	Ana-Baba	2	9,0000		1023,273	4	255,818		
	Yalnız	5	11,6000		15485,719	115	134,658		
Psikososyal	Eş -Çocuklar	31	24,7419	Gruplar Arası Grup İçi Genel	16508,992	119		1,900	0,115
	Eş -Çocuklar	77	27,3247		1353,747	4	338,437		
	Çocuklar	5	20,4000		35588,245	115	309,463		
	Ana-Baba	2	21,5000		36941,992	119			
	Yalnız	5	14,6000		550,223	4	137,556		
Fiziksel	Eş -Çocuklar	31	57,6452	Gruplar Arası Grup İçi Genel	4149,867	119		4,395	0,002
	Eş -Çocuklar	77	58,1169		550,223	4	137,556		
	Çocuklar	5	48,0000		3599,643	115	31,301		
	Ana-Baba	2	63,0000		4149,867	119			
	Yalnız	5	44,6000		550,223	4	137,556		
Cinsel	Eş -Çocuklar	31	13,4839	Gruplar Arası Grup İçi Genel	4149,867	119		4,395	0,002
	Eş -Çocuklar	77	11,4156		550,223	4	137,556		
	Çocuklar	5	6,0000		3599,643	115	31,301		
	Ana-Baba	2	7,0000		4149,867	119			
	Yalnız	5	4,6000		550,223	4	137,556		
UMUTSUZLUK	Eş -Çocuklar	31	4,3871	Varyans Kaynağı Gruplar Arası Grup İçi Genel	58,289	4	14,572	0,809	0,522
	Eş -Çocuklar	77	4,8831		2071,303	115	18,011		
	Çocuklar	4	4,2000		2129,592	119			
	Ana-Baba	2	3,0000						
	Yalnız	5	1,6000						

Tablo 30'da kadınların evde kiminle yaşadıklarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların evde kiminle yaşadıklarına göre vazomotor , psikososyal, fiziksel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadınların evde kiminle yaşadıklarına göre cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=4.395$ ,  $p<0.05$ ). Tukey-HSD Post Hoc testi sonucuna göre; eşiyile yaşayan ile yalnız yaşayan kadınlar arasında cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından farklılık saptanmıştır ( $p<0.05=0.002$ ).

**Tablo 31: Kadınların Evde Yaşayan Çocuğunun Olma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>YAŞAM KALİTESİ</b>	<b>Evde Yaşayan Çocuk</b>	<b>N</b>	$\bar{X}$	<b>SD</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
<b>Vazomotor</b>	Var	81	13,1026	4,5986	0,7364	0,789	118	0,432
	Yok	39	12,3333	5,7533	0,6393			
<b>Psikososyal</b>	Var	81	23,6923	9,6140	1,5395	-1,327	118	0,187
	Yok	39	26,7284	12,6264	1,4029			
<b>Fiziksel</b>	Var	81	58,5128	17,9119	2,8682	0,611	118	0,542
	Yok	39	56,4074	17,5476	1,9497			
<b>Cinsel</b>	Var	81	11,6667	5,9176	0,9476	0,385	118	0,701
	Yok	39	11,2222	5,9309	0,6590			
<b>UMUTSUZLUK</b>	<b>Evde Yaşayan Çocuk</b>	<b>N</b>	$\bar{X}$	<b>SD</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
	Var	81	4,7692	3,6307	0,5814	0,378	118	0,706
	Yok	39	4,4568	4,5085	0,5009			

Tablo 31'de kadınların evde yaşayan çocuğunun olma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların evde yaşayan çocuğunun olma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p>0.05$ ).

Tablo 32: Kadınların Menopozu Algılarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ	Menopozu Algılama	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Vazomotor	Rahatlama	25	8,9600	Gruplar Arası	993,981	5	198,796	9,163	0,000
	Çocuk doğuramama	15	12,2667						
	Yaşlanma	10	9,6000						
	Sıkıntı-Stres	53	15,3019						
	Kayıp	8	14,7500						
Doğal Bir Olay	9	8,5556	3467,167						
Psikososyal	Rahatlama	25	19,9600	Gruplar Arası	2687,976	5	537,595	4,434	0,001
	Çocuk doğuramama	15	20,8667						
	Yaşlanma	10	31,7000						
	Sıkıntı-Stres	53	29,0000						
	Kayıp	8	31,0000						
Doğal Bir Olay	9	19,4444	13821,016						
Fiziksel	Rahatlama	25	52,0000	Gruplar Arası	4865,968	5	973,194	3,459	0,006
	Çocuk doğuramama	15	51,5333						
	Yaşlanma	10	63,2000						
	Sıkıntı-Stres	53	59,7358						
	Kayıp	8	71,7500						
Doğal Bir Olay	9	45,1111	32076,024						
Cinsel	Rahatlama	25	10,2400	Gruplar Arası	446,463	5	89,293	2,749	0,022
	Çocuk doğuramama	15	9,9333						
	Yaşlanma	10	8,3000						
	Sıkıntı-Stres	53	13,2830						
	Kayıp	8	12,2500						
Doğal Bir Olay	9	8,2222	3703,404						
UMUTSUZLUK	Menopozu Algılama	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
	Rahatlama	25	2,6800	Gruplar Arası	387,344	5	77,469	5,069	0,000
	Çocuk doğuramama	15	3,6667						
	Yaşlanma	10	8,9000						
	Sıkıntı-Stres	53	5,4340						
Kayıp	8	3,5000							
Doğal Bir Olay	9	2,2222	1742,248						
				Genel	2129,592	119	15,283		

Tablo 32’de kadınların menopoza algılama durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların menopoza algılama durumlarına göre vazomotor , psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmuştur. Sırasıyla (F= 9.163, F= 4.434, F= 3.459, F=2.749, F=5.069, p<0.05).





**Tablo 33: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleeri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>YAŞAM KALİTESİ</b>	<b>Bilgi Alma Durumu</b>	<b>N</b>	$\bar{X}$	<b>SD</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
<b>Vazomotor</b>	Alan	65	12,0154	5,7513	0,7134	-1,256	118	0,212
	Almayan	55	13,2545	4,9149	0,6627			
<b>Psikososyal</b>	Alan	65	24,0615	13,0095	1,6136	-1,712	118	0,089
	Almayan	55	27,7273	9,8854	1,3329			
<b>Fiziksel</b>	Alan	65	54,5846	17,4382	2,1629	-1,708	118	0,090
	Almayan	55	60,0545	17,5271	2,3634			
<b>Cinsel</b>	Alan	65	9,8308	5,7325	0,7110	-3,221	118	0,002
	Almayan	55	13,1818	5,6309	0,7593			
<b>UMUTSUZLUK</b>	<b>Bilgi Alma Durumu</b>	<b>N</b>	$\bar{X}$	<b>SD</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
	Alan	65	3,8000	3,5716	0,4430	-2,117	118	0,037
	Almayan	55	5,4545	4,7758	0,6440			

Tablo 33’de kadınların klimakterium dönemi ile ilgili bilgi alma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların bilgi alma durumlarına göre vazomotor, psikososyal ve fiziksel yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadınların bilgi alma durumlarına göre cinsel yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır. Sırasıyla ( $t=-3.221$ ,  $t=-2.117$ ,  $p<0.05$ ).



**Tablo 34: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Nereden/Kimden Bilgi Aldıklarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	Nereden/Kimden Bilgi Aldıkları	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Vazomotor	Doktor	25	12,3600	Gruplar Arası Grup İçi Genel	61,087	4	15,272	0,446	0,775
	Hemşire,ebe	3	8,6667		2055,897	60	34,265		
	Psikolog	-	-		2116,985	64			
	TV ,Basın	16	12,7500						
Psikososyal	Komşu,arkadaş	4	13,0000	Gruplar Arası Grup İçi Genel	535,693	4	133,923	0,780	0,542
	Birden Fazla Kaynak	17	11,1765		10296,061	60	171,601		
	Doktor	25	24,0800		10831,754	64			
	Hemşire,ebe	3	18,0000						
Fiziksel	Psikolog	-	-	Gruplar Arası Grup İçi Genel	1227,057	4	306,764	1,009	0,410
	TV ,Basın	16	23,8750		18234,727	60	303,912		
	Komşu,arkadaş	4	16,0000		19461,785	64			
	Birden Fazla Kaynak	17	27,1765						
Cinsel	Doktor	25	54,9200	Gruplar Arası Grup İçi Genel	100,759	4	25,190	0,755	0,559
	Hemşire,ebe	3	42,3333		2002,380	60	33,373		
	Psikolog	-	-		2103,138	64			
	TV ,Basın	16	60,1250						
UMUTSUZLUK	Komşu,arkadaş	4	47,0000	Gruplar Arası Grup İçi Genel	64,286	4	16,071	1,282	0,287
	Birden Fazla Kaynak	17	52,8235		752,114	60	12,535		
	Doktor	25	10,7600		816,400	64			
	Hemşire,ebe	3	6,0000						
UMUTSUZLUK	Psikolog	-	-	Gruplar Arası Grup İçi Genel	64,286	4	16,071	1,282	0,287
	TV ,Basın	16	9,9375		752,114	60	12,535		
	Komşu,arkadaş	4	11,5000		816,400	64			
	Birden Fazla Kaynak	17	8,6471						
UMUTSUZLUK	Nereden/Kimden Bilgi Aldıkları	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
	Doktor	25	4,3600	Gruplar Arası Grup İçi Genel	64,286	4	16,071	1,282	0,287
	Hemşire,ebe	3	1,3333		752,114	60	12,535		
	Psikolog	-	-		816,400	64			
TV ,Basın	16	3,9375							
UMUTSUZLUK	Komşu,arkadaş	4	0,7500	Gruplar Arası Grup İçi Genel	64,286	4	16,071	1,282	0,287
	Birden Fazla Kaynak	17	4,0000		752,114	60	12,535		
	Doktor	25	4,3600		816,400	64			
	Hemşire,ebe	3	1,3333						

Tablo 34'de kadınların klimakterium dönemi ile ilgili nereden/kimden bilgi aldıklarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların nereden/kimden bilgi aldıklarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 35: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Bilgi Almak İsteme Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	Bilgi Almak İsteme	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
Vazomotor	İstiyor	89	13,2360	4,9613	0,5259	2,051	118	0,046
	İstemiyor	31	10,7097	6,2032	1,1141			
Psikososyal	İstiyor	89	27,6292	12,0768	1,2801	3,079	118	0,003
	İstemiyor	31	20,3226	9,0310	1,6220			
Fiziksel	İstiyor	89	60,3820	16,8081	1,7817	3,640	118	0,000
	İstemiyor	31	47,6452	16,6844	2,9966			
Cinsel	İstiyor	89	11,6517	5,9086	0,6263	0,895	118	0,373
	İstemiyor	31	10,5484	5,9152	1,0624			
UMUTSUZLUK	Bilgi Almak İsteme	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
	İstiyor	89	4,5169	4,3955	0,4659	-0,181	118	0,856
	İstemiyor	31	4,6774	3,7805	0,6790			

Tablo 35'de kadınların klimakterium dönemi ile ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların bilgi almak isteme durumlarına göre vazomotor, psikososyal ve fiziksel yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır. Sırasıyla ( $t=2.051$ ,  $t=3.079$ ,  $t=3.640$ ,  $p<0.005$ ). Tabloya göre; kadınların bilgi almak isteme durumlarına göre cinsel yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).



Tablo 36’da kadınların klimakterium dönemi ile ilgili nereden/kimden bilgi almak istediklerine göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların nereden/kimden bilgi almak istediklerine göre yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Tabloya göre; kadınların nereden/kimden bilgi almak istediklerine göre umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=5.099$ ,  $p<0.05$ ). Tukey-HSD Post Hoc testi sonucuna göre; psikologdan bilgi almak isteyen kadınlar ile uzman kişilerden bilgi almak isteyen kadınlar arasında umutsuzluk puan ortalamaları açısından farklılık saptanmıştır ( $p<0.05=0.003$ ).

**Tablo 37: Kadınların Klimakterium Dönemi İle İlgili Neden Bilgi Almak İstemediklerine Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	Neden Bilgi Almak İstemedikleri	N	$\bar{X}$	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p						
Vazomotor	Bilgim Var	9	10,2222	Gruplar Arası	75,117	3	25,039	0,626	0,604						
	Yaşam Geçti	7	12,4286												
	Rahatsızlık Hissetmiyorum	6	8,0000												
Psikososyal	İhtiyaç Hissetmiyorum	9	11,6667	Genel	1154,387	30	56,491	0,670	0,578						
	Bilgim Var	9	18,2222												
	Yaşam Geçti	7	24,1429												
Fiziksel	Rahatsızlık Hissetmiyorum	6	21,3333	Grup İçti	2277,302	27	84,345	1,526	0,230						
	İhtiyaç Hissetmiyorum	9	18,7778												
	Bilgim Var	9	42,1111												
Cinsel	Yaşam Geçti	7	58,8571	Gruplar Arası	1210,962	3	403,654	1,054	0,385						
	Rahatsızlık Hissetmiyorum	6	45,5000												
	İhtiyaç Hissetmiyorum	9	45,8889												
UMUTSUZLUK	Bilgim Var	9	9,8889	Gruplar Arası	110,027	3	36,676	3,115	0,043						
	Yaşam Geçti	7	12,7143												
	Rahatsızlık Hissetmiyorum	6	7,3333												
UMUTSUZLUK	İhtiyaç Hissetmiyorum	9	11,6667	Genel	1049,677	30	36,745	11,798							
	Neden Bilgi Almak İstemedikleri	N	$\bar{X}$							Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
	Bilgim Var	9	2,7778							Gruplar Arası	110,235	3	36,745	3,115	0,043
UMUTSUZLUK	Yaşam Geçti	7	7,2857	Grup İçti	318,540	27	36,745	3,115	0,043						
	Rahatsızlık Hissetmiyorum	6	6,3333												
	İhtiyaç Hissetmiyorum	9	3,4444												



Tablo 37'de kadınların klimakterium dönemi ile ilgili neden bilgi almak istemediklerine göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; kadınların neden bilgi almak istemediklerine göre yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadınların neden bilgi almak istemediklerine göre umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=3.115, p<0.05$ ).



**Tablo 38: Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kaliteleri ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ	HRT Kullanma	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
Vazomotor	Kullanan	34	13,0588	5,44360	0,93357	0,605	118	0,546
	Kullanmayan	86	12,3953	5,39995	0,58229			
Pisikososyal	Kullanan	34	23,6765	10,60509	1,81876	-1,210	118	0,229
	Kullanmayan	86	26,5581	12,17288	1,31264			
Fiziksel	Kullanan	34	52,4412	17,58993	3,01665	-1,836	118	0,069
	Kullanmayan	86	58,9302	17,39019	1,87523			
Cinsel	Kullanan	34	11,1471	5,82644	0,99923	-0,255	118	0,799
	Kullanmayan	86	11,4535	5,96787	0,64353			
UMUTSUZLUK	HRT Kullanma	N	$\bar{X}$	SD	Ss	t	SD	p
	Kullanan	34	3,1471	2,85118	0,48897	-2,840	118	0,006
	Kullanmayan	86	5,1163	4,55920	0,49163			

Tablo 38'de kadınların HRT kullanma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Tablo incelendiğinde; kadınların HRT kullanma durumlarına göre yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların HRT kullanma durumlarına göre umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $t=-2.840$ ,  $p<0.05$ ).

### 3.4. KADINLARIN YAŞAM KALİTESİ ALT BAŞLIKLARININ BİRBİRLERİYLE OLAN İLİŞKİLERİNE YÖNELİK BULGULAR

**Tablo 39: Kadınların Yaşam Kalitesi Alt Başlıklarının Korelasyonlarının**

**Dağılımı**

YAŞAM KALİTELERİ		Vazomotor	Psikososyal	Fiziksel
Psikososyal	r	0,297		
	P	0,001		
	N	120		
Fiziksel	r	0,359	0,641	
	P	0,000	0,000	
	N	120	120	
Cinsel	r	0,256	0,278	0,378
	p	0,005	0,002	0,000
TOPLAM	N	120	120	120

( $p < 0.05$ )

Tablo 39'da kadınların yaşam kalitesi alt başlıklarının korelasyonlarının dağılımı verilmiştir. Korelasyon oranlarının 0.256 ile 0.641 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Vazomotor yaşam kalitesi ile psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p=0.001$ ,  $p=0.000$ ,  $p=0.005$ ). Aynı şekilde psikososyal yaşam kalitesi ile fiziksel ve cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki de anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ,  $p=0.002$ ). Yine, fiziksel yaşam kalitesi ile cinsel yaşam kalitesi karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p=0.000$ ).

Tabloya göre; kadınların yaşam kalitesi alt başlıkları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sırasıyla ( $r=0.297$ ,  $r=0.359$ ,  $r=0.256$ ,  $r=0.641$ ,  $r=0.278$ ,  $r=0.378$ ,  $p < 0.05$ ).

### 3.5. KADINLARIN YAŞAM KALİTELERİ İLE UMUTSUZLUK PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

**Tablo 40: Kadınların Yaşam Kaliteleri ile Umutsuzluk Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

YAŞAM KALİTELERİ	N	UMUTSUZLUK	
		r	p
Vazomotor	120	0,141	0,124
Psikososyal	120	0,490	0,000**
Fiziksel	120	0,356	0,000**
Cinsel	120	0,212	0,020*

\*  $p < 0.05$     \*\*  $p < 0.01$

Tablo 40'da kadınların yaşam kaliteleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Tabloya göre; kadınların psikososyal ve fiziksel yaşam kaliteleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sırasıyla ( $r=0.490$ ,  $r=0.356$ ,  $p<0.01$ ). Yine kadınların cinsel yaşam kalitesi ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.212$ ,  $p<0.005$ ).

Kadınların yaşam kaliteleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; vazomotor yaşam kalitesi ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

#### 4.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Klimakterium dönemindeki kadınların; yaşam kalitelerini, umutsuzluk düzeylerini, yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri, umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörleri ve yaşam kaliteleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanıp, postmenopozal dönemdeki 120 kadına uygulanan araştırmada elde edilen bulgularının incelemesi yapıldığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; %21.7'sinin 40-49, %67.5'inin 50-59, %10.8'inin 60 yaş ve üzeri grubunda olduğu görülmektedir. Kadınların yaş ortalamaları  $53,00 \pm 4.92$  (min:42, max:66) dir (Tablo 10). Blumel ve ark. (2000) tarafından menopoz sonrası yaşam kalitesinin incelendiği ve Conboy ve ark. (2001) tarafından orta yaşlı kadınlarda semptomlar, tutumlar ve tedavi tercihlerinin incelendiği çalışmalarda da kadınların yaş ortalaması sırasıyla  $49.5 \pm 5.8$  ve  $45.0 \pm 5.6$  olarak belirtilmiştir (29,48). Davis ve ark.'nın (2001) Avustralyalı kadınların postmenopozal vazomotor semptomlarında Çin bitkisel ilaç tedavisinin (CMH) etkilerini inceledikleri çalışmalarında buldukları yaş, kontrol grubundaki kadınlarda 54.1, Çin bitkisel ilaç tedavisi alan kadınlarda 56.3'tür. Teoman ve ark.'nın (2004) postmenopozal dönemdeki kadınlarda egzersizin, yaşam kalitesi ve fiziksel sağlığa olan etkisini araştırdıkları, HRT kullanan, 45-65 yaş arasında, postmenopozal dönemdeki kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, egzersiz uygulayan kadınların yaş

ortalaması  $51.0 \pm 4.0$ , kontrol grubunun yaş ortalaması  $51.0 \pm 4.2$  olarak saptanmışlardır (89). Can (1997) postmenopozal dönemdeki kadınların HRT'yi benimsememe nedenleri ve bu tedavinin menopozal sendrom üzerine etkileri konulu G.A.T.A Kadın Hastalıkları ve Doğum klinik ve polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada, kadınların %61.0'inin 48-57 yaş grubunda olduğunu belirtmiştir (18). Işık ve Vural (2001) menopoz polikliniğine başvuran ve HRT başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşlerini içeren, Ankara'da yapmış oldukları çalışmalarında ise kadınların %42.8'inin 46-50 yaş grubunda olduğunu saptamışlardır (49).

Kadınların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; %90.0'ının evli, %2.5'inin bekar ve %7.5'inin dul/boşanmış olduğu görülmektedir (Tablo 10). Benzer şekilde Blumel ve ark.'nın (2000) çalışmalarında kadınların %59.7'sinin evli olduğu saptanmıştır (16). Kazerooni ve ark. (2000) Shiraz'da yaşayan İranlı kadınların doğurganlık davranışlarını inceledikleri çalışmalarında, kadınların %83.13'ünün evli, %0.92'sinin boşanmış, %14.74'ünün dul, %1.21'inin bekar olduğunu belirtmişlerdir (58). Can (1997) çalışmada, kadınların %64.0'ünün evli olduğunu belirtmiştir (18). Carda ve ark. (1998) Türk kadınlarında menopoz yaşı, menopoz yaşını etkileyen faktörler ve klimakterik semptomları araştırdıkları, Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastanesi'ne başvuruda bulunan, en az bir yıl önce son adet kanaması olan doğal menopozlu kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında, kadınların %80.9'unun evli, %15.4'ünün dul/boşanmış yada ayrı, %3.7'sinin bekar olduğunu saptamışlardır (19). Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998'de, Türkiye'de evlenmenin yaygın olduğu, doğurganlık çağının sonuna gelindiğinde kadınların %2.0'sinden daha azının hiç evlenmemiş oldukları belirtilmiştir (94). Bu

nedenle menopozal dönemde görüŖülen kadınlarının çoğunluğunun evli olması geleneksel aile yapısına uyum göstermektedir.

Kadınların eğitim durumlarına göre dağılımını incelendiğinde; %33.3'ünün ilkokul, %13.3'ünün ortaokul, % 18.3'ünün lise, %35.0'inin yüksekokul/fakülte mezunu olduğu saptanmıŖtır (Tablo 10). Can (1997) çalıŖmasında kadınların %55.0'inin ortaokul mezunu olduğunu belirtmiŖtir (18). Carda ve ark. (1998) çalıŖmalarında, kadınların çoğunluğunun %49.9 ile ortaokul mezunu olduğunu saptamıŖlardır (19). Blumel ve ark. (2000) çalıŖmalarında, kadınların yaklaŖık %90.0'nının 12 yıl veya daha az ve %53.2'sinin dokuz yıl veya daha az eğitim aldıklarını belirlemiŖlerdir (16). TNSA 1998 sonuçlarına göre Batı bölgesinde okuma yazma bilmeyen kadın oranı %9.9, ilkokulu mezunu %34.8, ortaokul ve üstü eğitim seviyesindekilerin oranı %22.8'dir (94). Bu oranlar araŖtırma kapsamına alınan kadınların eğitim seviyeleri ile uyum göstermektedir. Kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olması toplumda okur yazarlık oranının ve eğitim düzeyinin giderek yükseldiğini bize göstermektedir. Bunun sonucunda MENQOL anket formunun etkili olarak uygulanması beklendik bir sonuçtur. Yüksekokul/fakülte mezunu olma sayısındaki yükseklik üniversite hastanesine başvurabilenlerin sınırlılığından kaynaklanmaktadır.

Kadınların çalıŖma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 85.0'inin çalıŖmadıęı, %15.0'inin ise çalıŖtıęı belirlenmiŖtir (Tablo 10). Carda ve ark. (1998) çalıŖmalarında, kadınların %59.2'sinin çalıŖmadıęını saptamıŖlardır (19). TNSA 1998 verilerine göre, araŖtırmanın yapıldığı tarihte çalıŖmayan kadınların oranının, yaŖlı kadınlar, kırsal alanlarda yaŖayan kadınlar, eğitimsiz kadınlar arasında, diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Batı Anadolu ve Orta Anadolu'da yaŖayan kadınlar arasında çalıŖan kadın oranı, diğer bölgelerde yaŖayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuŖtur (94). Türkiye ortalamalarına bakıldığında kadınların iŖ gücüne

katılma oranı %31.9'dur (47). Araştırmada çalışmayan kadın sayısındaki fazlalığın emekli olan grubun varlığından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışan kadınların meslekleri incelendiğinde; %5.0'inin işçi/serbest meslek sahibi oldukları, %32.5'inin emekli, %10.0'unun memur ve %52.5'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Emeklilerin çoğunluğu oluşturması, kadınların ileri yaş grubunda olmaları ve yaşlarının emeklilik yaşına uyması ile ilgilidir.

Kadınların en uzun süre yaşadıkları yer incelendiğinde; %70.8'inin ilde, %24.2'sinin ilçede ve %5.0'inin kasaba/köyde yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 10). Carda ve ark. (1998) çalışmalarında, kadınların %88.0'inin Ankara, %9.0'unun İstanbul yada İzmir gibi kentlerde, %3.0'ünün kırsal kesimde yaşadığını belirtmişlerdir (19). Çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinin ilde bulunmasından dolayı en uzun süre yaşanan yerin il olması beklendik bir sonuçtur.

Kadınların ekonomik durumları incelendiğinde; %82.5'inin gelirlerinin giderlerine eşit, % 14.2'sinin gelirlerinin giderlerinden az, %3.3'ünün ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Bu çalışmadaki kadınların çoğunluğunun emekli olduğu göz önüne alınacak olursa gelirlerinin giderlerine eşit olması beklenen bir sonuçtur.

Kadınların sistemik hastalıklarına göre dağılımları incelendiğinde; %42.5'inin sistemik hastalığının olduğu, %57.5'inin sistemik hastalığının olmadığı saptanmıştır. Sistemik hastalığı olan kadınların, %43.2'sinin Hipertansiyon (HT), %13.7'sinin Lomber Disk Hernisi (LDH), %7.8'inin Kanser (CA), %7.8'inin Migren, %5.9'unun hem HT hem Kolesterol, %3.9'unun hem Osteoporoz hem Kolesterol, %2.0'sinin Diabetes Mellitus (DM), %2.0'sinin Osteoporoz, %2.0'sinin Artrit, %2.0'sinin Arteria Venöz Malformasyonu (AVM), %2.0'sinin Allerji, %2.0'sinin HT+DM, %2.0'sinin



HT+Migren, %2.0'sinin HT+Gastrit ve %2.0'sinin LDH+Allerjik Rinit hastalıklarının mevcut olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

Kadınların sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımları incelendiğinde; kadınların hiçbirinin (%100.0) alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 12). Hotun'un (1996) Kadınların Klimakterium Dönemine Özgü Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü konulu çalışmasında, kadınların %91.0'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (48). Kültürel yapı düşünüldüğünde Türk kadınlarının alkol alışkanlığının olmaması beklenen bir sonuçtur.

Kadınların sigara kullanma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %23.3'ünün sigara içtiği, %76.7'sinin sigara içmediği belirlenmiştir (Tablo 12). Carda ve ark. (1998) çalışmalarında kadınların %76.2'sinin sigara kullanmadığını saptamışlardır (19). Araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan kadınlarının yarısından fazlasının sigara içmiyor olması oldukça sevindiricidir.

Sigara içen grubundaki 28 kadının menopoz yaşı ortalaması  $46.46 \pm 3.30$ , sigara içmeyen grubundaki 92 kadının menopoz yaşı ortalaması  $48.33 \pm 4.10$  olarak bulunmuştur (Tablo 12). Oskay (1995) Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi konulu çalışmasında, sigara içen kadınların içmeyen kadınlara göreiki yıl daha erken menopoza girdiğini saptamıştır (69). Çalışmanın bulgusu Oskay'ın bulgusu ile benzerdir.

Sigara kullanan kadınların günde kullandıkları sigara adedine göre dağılımları incelendiğinde; %39.3'ünün beş adet ve altında, %35.7'sinin 6-10 adet, %25.0'inin 11 adet ve üzerinde sigara kullandığı saptanmıştır. Kadınların günde kullandıkları sigara ortalamaları  $9.25 \pm 5.68$  (min:1,max:20) dir. Kadınların sigara kullanma süreleri incelendiğinde; %10.7'sinin 10 yıldan az, %89.3'ünün 10 yıldan fazla süre sigara

kullandıkları saptanmıştır. Kadınların sigara kullanma sürelerinin ortalamaları  $22.50 \pm 7.86$  (min:5,max:35) dir (Tablo 12). Carda ve ark. (1998) çalışmalarında kadınların %23.8'inin günde en az beş adet sigara içtiklerini saptamışlardır (19).

Kadınların gebelik sayılarına göre dağılımları incelendiğinde; %5.0'inin bir, %15.0'inin iki, %22.5'inin üç ve %51.7'sinin dört ve üzeri gebelik yaşadıkları, %5.8'inin hiç gebelik yaşamadığı saptanmıştır. Gebelik yaşayan kadınların gebelik sayısı ortalamaları  $4.12 \pm 2.01$  (min:1,max:10) dir (Tablo 13). Hotun'un (1996) çalışmasında da kadınların ortalama gebelik sayıları  $4.73 \pm 2.45$  olarak belirlenmiştir (48). Hotun'un sonuçları ile araştırma bulguları benzerlik göstermektedir.

Kadınların doğum sayılarına göre dağılımları incelendiğinde; %12.5'inin bir, %42.5'inin iki, %23.3'ünün üç ve %15.0'inin dört ve üzerinde doğum yaptığı, %6.7'sinin hiç doğum yapmadığı görülmektedir. Doğum yapan kadınların doğum sayısı ortalamaları  $2.45 \pm 0.95$  (min:1,max:5) tir (Tablo 13). Kazerooni ve ark. (2000) çalışmalarında, kadınların sahip olduğu çocuk sayısının ortalama  $4.56 \pm 1.70$  olduğunu, ayrıca okuma-yazma bilmeyen kadınların  $6.76 \pm 1.76$ , yüksekokul/üniversite mezunu kadınların  $3.36 \pm 1.70$  çocuk sayısına sahip olduklarını belirtmişlerdir (58). Hotun'un (1996) çalışmasında, kadınların ortalama doğum sayıları  $3.5 \pm 2.0$  olarak belirlenmiştir (48). TNSA 1998 verilerine göre; kadınların ortalama doğum sayıları  $1.6 \pm 0.77$ 'dir. Doğurganlık düzeyleri, bölgeye ve eğitim düzeyine göre belirgin farklılıklar göstermektedir. Batı Anadolu bölgesinde doğurganlık hızı 2.0'dir (94). Araştırma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir .

Kadınların düşük/kürtaj sayılarına göre dağılımları incelendiğinde; %21.7'sinin bir, %24.2'sinin iki, %10.0'unun üç, %10.0'unun dört ve %4.2'sinin beş kez düşük/kürtaj yaşadığı, %30.0'unun hiç düşük/kürtaj yaşamadığı saptanmıştır. Düşük/kürtaj yaşayan kadınların düşük/kürtaj sayısı ortalamaları  $2.29 \pm 1.22$

(min:1,max:5) dir (Tablo 13). Hotun'un (1996) çalışmasında da kadınların ortalama düşük/kürtaj sayıları  $1.84 \pm 1.65$  olarak belirlenmiştir (48). TNSA 1998 verilerine göre, isteyerek düşük yapma oranı kentsel yerleşimlerde yaşayan kadınların kırsal yerleşimlerde yaşayanlardan daha fazla sayıda, yine Doğu'da en az iken, Batı'da en fazladır. Evlenmiş kadınlar arasında eğitime göre düşük yapma oranı çok az farklılık göstermektedir (94).

#### 4.2. KADINLARIN KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Kadınların menarş yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde; %67.5'inin 10-13 yaş, %32.5'inin 14-17 yaş menarş yaşı grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların menarş yaşı ortalamaları  $13.14 \pm 1.33$  (min:10, max:17) tür (Tablo 14). Blumel ve ark. (2000) çalışmalarında, ortalama menarş yaşının  $13.0 \pm 1.8$  olduğunu belirtmişlerdir (16). Kazerooni ve ark. (2000) çalışmalarında, kadınların menarş yaşını  $13.96 \pm 1.23$  olarak saptamışlardır. Kazerooni ve ark. (2000) tarafından aktarıldığı üzere, İsviçre, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de yapılan benzer çalışmalarda da kadınların menarş yaşları sırasıyla  $13.40 \pm 1.10$ ,  $13.30 \pm 1.30$  ve  $13.50 \pm 1.00$ 'dir (58). Hotun (1996) çalışmasında, kadınların menarş yaşını  $13.86 \pm 3.46$  olarak saptamıştır (48). Bu sonuçlar, yapılan çalışma ile benzerdir.

Kadınların annelerinin menopoz yaşına göre dağılımları incelendiğinde; %24.2'sinin 46 yaş ve altı, %39.2'sinin 47 yaş ve üzeri grubunda olduğu, buna karşın %36.6'sının anne menopoz yaşının bilinmediği saptanmıştır. Bunun nedeni, annenin menopoza girmeden kaybedilmiş olmasıdır. Kadınların anne menopoz yaşı ortalamaları  $47.50 \pm 6.00$  (min:35,max:58) dir (Tablo 14). Hotun (1996) çalışmasında, kadınların

annelerinin menopoza yaşı 47.07±5.01 olarak saptamıştır (48). Hotun'un sonuçları ile araştırma bulguları benzerlik göstermektedir.

Kadınların menopoza yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde; %31.7'sinin 46 yaş ve altı, %68.3'ünün 47 yaş ve üzeri grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların menopoza yaşı ortalamaları 47.90±3.99 (min:33,max:57) dir (Tablo 14). Blumel ve ark. (2000) ile Kazerooni ve ark. (2000) çalışmalarında, ortalama menopoza yaşı sırasıyla 47.5±4.3, 47.80±3.78 olarak saptanmıştır (16,58). Kazerooni ve ark. (2000) tarafından aktarıldığı üzere, Amerika Birleşik Devletlerinde menopoza yaşı 51'dir. İtalya'da yapılan bir çalışmanın sonucuna göre ise kadınların 44.30±4.40 yaşında diğer ülkelere göre daha erken menopoza girdikleri belirtilmektedir (58). Carda ve ark. (1998) çalışmaya katılan kadınların ortalama menopoza yaşı 47.8±4.0 olarak bulunmuşlardır (19). Can (1997) çalışmasında, kadınların ortalama menopoza yaşı 50.5 olarak saptamıştır (18). Hotun'un (1996) ve Oskay'ın (1995) çalışmalarında ortalama menopoza yaşı sırasıyla 46.78±4.20 , 48.5±2.37 olarak bulunmuştur (48,69). Alparslan ve Ağrıdağ (1995) Adana Karataş merkezde yaşayan, en az bir yıl önce adet görmüş, histerektomi olmayan, doğal menopoza 40-59 yaş grubu kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında, kadınların menopoza yaşı ortalamasını 47.9 olarak saptamışlardır (5). Ertüngealp'in (2002) Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Sonuçları'nda da belirtildiği gibi ülkemizde menopoza yaşı 47'dir (35). 1998 TNSA'da da 48-49 yaş grubundaki kadınların %42.0'sinin doğal yada cerrahi menopoza olduğu belirtilmektedir (94). Menopozun, ortalama 47-49 yaşlar arasında doğal olarak meydana gelen bir olay olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir.

Kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süreye göre dağılımları incelendiğinde; %25.8'inin bir yıl, %63.3'ünün 2-10 yıl, %10.8'inin 11 yıl ve üzeri

grubunda olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süre ortalamaları  $61.05 \pm 55.46$  (5 yıl, 1 ay) (min:12ay,max:360ay) aydır (Tablo 14). Blumel ve ark. (2000) çalışmalarında ise, kadınların %26.4'ünün beş yıldan daha az bir süredir, %20.4'ünün beş yıldan daha uzun bir süredir menopozda olduklarını saptamışlardır (16). Carda ve ark. (1998) çalışmalarında kadınların menopoza girdikten sonraki geçirdikleri süreyi ortalama  $5.5 \pm 4.9$  yıl olarak bulmuşlardır (19). Hotun'un (1996) çalışmasında kadınların %45.8'inin 1-5 yıl, %15.3'ünün 6-10 yıl, %9.0'unun 11-15 yıl ve %6.5'inin 16 yıl ve daha uzun süredir menopozda olduğu belirlenmiştir (48).

Kadınların evde birlikte yaşadıkları kişiye göre dağılımları incelendiğinde; %25.8'inin eş, %64.2'sinin eş ve çocuklar, %4.2'sinin çocuklar, %1.7'sinin ana-baba, %4.2'sinin yalnız yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 14). Bu çalışmada kadınların çoğunun evde eş ve çocukları ile yaşadıkları görülmektedir. Bu durum modern Türk aile yapısı ile uyumludur.

Kadınların evde yaşayan çocuğunun olma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %67.5'inin hala evde yaşayan çocuğunun bulunduğu, %32.5'inin evde yaşayan çocuğunun bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 14).

Kadınların en son çocuğunun evden ayrılma süresine göre dağılımları incelendiğinde; %82.1'nin 10 yıldan az, %17.9'unun 10 yıldan fazla grubunda olduğu saptanmıştır. Kadınların en son çocuğunun evden ayrılma süresi ortalamaları  $80.97 \pm 89.59$  (6 yıl, 8 ay) (min:1ay, max:480ay) aydır (Tablo 14).

Kadınların menopoza girme yaşını etkileyen faktörlere göre dağılımları incelendiğinde; 46 yaş ve altında menopoza giren kadınların %36.8'inin sigara içtiği, %63.2'sinin sigara içmediği, 47 yaş ve üzerinde menopoza giren kadınların %17.0'sinin sigara içtiği, %83.0'ünün sigara içmediği saptanmıştır. Kadının menopoz yaşı ile sigara içme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=5.673$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 15). Can (1997) çalışmasında, sigara içme durumu ile menopoza girme yılı

arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulmuştur ( $p < 0.05$ ) (18). Hotun'un (1996) çalışmasında ise kadınların %77.3'ünün sigara içmediği, sigara içmenin menopoza yaşını etkilemediği ( $t = -1.07$ ,  $p > 0.05$ ) belirlenmiştir (48). Carda ve ark. (1998) çalışmalarında sigara içmenin menopoza yaşını etkilemede istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ( $p > 0.05$ ) belirtmişlerdir. Carda ve ark. (1998) tarafından aktarıldığı üzere, İngiltere, İtalya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda sigaranın menopoza yaşını etkilediği belirtilmektedir (19).

Çalışmalarda, serum östrojen düzeyini azaltan sigaranın, menopoza yaşını 1-2 yıl erkene alabildiği gösterilmiştir. Menopoza yaşını etkileyen en önemli dış etken sigara içimidir (18,43,88). Sigara içmenin menopoza yaşını etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Kadınların menopoza yaşları ile menarş yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde; 46 yaş ve altında menopoza giren kadınların %29.0'unun 10-12 yaş, %52.6'sinin 13-14 yaş, %18.4'ünün 15-17 yaş, 47 yaş ve üzeri menopoza giren kadınların %26.9'unun 10-12 yaş, %61.0'inin 13-14 yaş, %12.1'inin 15-17 yaş menarş yaşları grubunda olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadınların menopoza yaşları ile menarş yaşları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ( $t = 1.063$ ,  $p > 0.05$ ) (Tablo 15). Literatür bulguları incelendiğinde, kadınların menopoza yaşını etkileyen faktörler arasında menarş yaşının da olduğu belirtilmektedir. Ancak Hotun'un (1996) çalışma sonucuna göre, kadınların menopoza yaşları ile menarş yaşları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ( $t = 0.034$ ,  $p > 0.05$ ) (48). Araştırma sonucu Hotun'un çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir.

Kadınların menopoza yaşları ile anne menopoza yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde; 46 yaş ve altında menopoza giren kadınların %48.0'inin annelerinin de 46 yaş ve altında, %52.0'sinin annelerinin 47 yaş ve üzerinde menopoza girdiği, 47 yaş

ve üzeri menopoza giren kadınların %33.3'ünün annelerinin 46 yaş ve altında, %66.7'sinin annelerinin de 47 yaş ve üzerinde menopoza girdikleri saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadınların menopoz yaşı ile anne menopoz yaşları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ( $t=1.529$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 15). Hotun'nun (1996) çalışma sonucuna göre, kadınların menopoz yaşı ile anne menopoz yaşları arasındaki ilişki ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $t=0.192$ ,  $p<0.01$ ) (48). Aynı genetik yapıyı taşımaları nedeniyle, kadınların anneleriyle aynı yaşlarda menopoza girmeleri beklenen bir sonuç olmasına rağmen, çalışmada anne menopoz yaşının kadının menopoz yaşını etkilemediği saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların menopozu algılama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; kadınların %20.8'inin menopozu rahatlama, %12.5'inin çocuk doğuramama, %8.3'ünün yaşlanma, %44.2'sinin sıkıntı-stres, %6.7'sinin kayıp, %7.5'inin doğal bir olay olarak algıladıkları saptanmıştır (Grafik 1). Günümüzde ömürlerinin yaklaşık 1/3'ünü menopoz sonrası dönemde geçiren kadınlar için menopoz, her kültürde farklı imajlara sahip olduğu gibi her kadın tarafından da farklı algılanmaktadır (69). Toplum içinde menopoza atfedilen değerler, kadının menopozu algılamasını etkilemektedir (48). Çalışmada kadınların %44.2 gibi büyük bir çoğunluğunun menopozu sıkıntı-stres olarak algıladıkları görülmektedir. Bu durum, kadınlara menopoz öncesi dönemde yeterince bilgi verilmemesinden dolayı olabilir.

Kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %54.2'sinin bilgi aldığı, %45.8'inin herhangi bir bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 16). Oskay (1995) çalışmasında, kadınların %31.3'ünün menopoz poliklinikleri hakkında bilgisinin olduğunu, %68.7'sinin bilgisinin olmadığını saptamıştır (69). Oysa hemşire ve doktorların, hasta haklarından birisi olan, bilgilendirme ilkesine uygun davranmaları gerekmektedir.

Ülkemizde kadınların, menopoza girme yaşı, menopoz öncesinde veya sonrasında yaşayabilecekleri sorunlar ve sürelerine ilişkin yeterli bir bilgi birikimleri yoktur (95). Kadınlar öğrenim durumları yükseldikçe, klimakterium dönemi sağlık sorunları ile ilgili daha fazla bilgi ve tıbbi yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (69). Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesine başvuran kadınların çoğunun eğitim seviyelerinin yüksek olmasından dolayı, çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun bilgi alan grubunda olması beklenen bir sonuçtur.

Menopoz dönemi ile ilgili bilgi alan kadınların nereden yada kimden bilgi aldıkları incelendiğinde; %38,5'inin doktor, %26,2'sinin birden fazla kaynaktan, %24,6'sının TV,basın, %6,2'sinin komşu,arkadaş ve %4,6'sının hemşire,ebeden bilgi aldıkları, buna karşın psikologdan bilgi alan olmadığı saptanmıştır (Grafik 2). Conboy (2001) çalışmasında, kadınların %80.0'ninin magazin ve kitaplardan, %60.0'ının başka kadınlardan, %60.0'ının internet'ten, %41.0'inin televizyon ve radyodan, %21.0'inin seminerlerden sağlık bilgileri aldığını saptamıştır (21). Işık ve Vural (2001) çalışmalarında, menopoz döneminde HRT yapıldığını bilen kadınların %48.4'ünün bu bilgiyi arkadaşlarından, %21.8'inin başka doktorlardan, %18.5'inin kitle iletişim araçlarından (radyo, televizyon, gazete, dergi), %10.5'inin ise akrabalarından öğrendiklerini ve yine kendilerine HRT hakkında bilgi verildiğini söyleyen kadınların %72.1'inin bu bilgiyi hemşireden aldığını, %26.6'sının doktordan aldığını saptamışlardır. Işık ve Vural (2001) tarafından aktarıldığı üzere, Blumberg ve ark.'nın (1996) yaptığı çalışmada kadınların %55.0'inin menopoz döneminde HRT yapıldığını doktorundan öğrendiği, Okon'un (1996) yaptığı çalışmada ise %55.0'inin yazılı basından öğrendiği belirtilmektedir. Ergöl (1999) ve Oskay'ın (1996) araştırmalarında da kadınların klimakterik dönem ile ilgili bilgileri çoğunlukla arkadaş ve kitle iletişim araçlarından (televizyon, gazete ve radyo) aldıkları bulgusunun elde edildiği



aktarılmaktadır (49). Hotun'un (1996) çalışmasında da, kadınların menopoz hakkında %18.1'inin doktordan, %12.1'inin medyadan, %9.7'sinin hemşire veya ebeden, %0.6'sının komşu ve arkadaştan, %1.2'sinin ise birden fazla kaynaktan bilgi aldığı saptanmıştır (48). Oskay (1995) çalışmasında, kadınların %43.6'sının menopoz dönemi sağlık sorununa ilişkin bilgileri aile, komşu ve menopozu deneyimleyen arkadaşlarından elde ettiklerini belirlemiştir (69). Çalışma bulguları literatür ile benzerdir. Ülkemizde doktor, aile ve arkadaş çevresi ile kitle iletişim araçlarının eğitimdeki rolünün çok önemli olduğunu görülmektedir.

Araştırmada hemşire veya ebeden bilgi alma oranı en düşük (%4.6) bulunmuştur. Kadınların menopoz polikliniğinde hemşire değil de doktor ile iletişim içinde olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Hemşire veya ebenin, danışmanlık rollerini de kullanarak kadınlar için klimakterium ile ilgili bilgi kaynağı olabilmesi, kadınların bu döneme hazırlanmaları ve yakınmalarının azaltılabilmesi için, menopoz polikliniğinde hemşire/ebenin bulunmasının gerekliliği görülmektedir.

Hemşireliğin görev aldığı her alanda olduğu gibi, klimakterium dönemindeki kadınlarla çalışan hemşirelerin de en önemli görevlerinden biri eğitim ve danışmanlıktır (49).

Kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %74.2'sinin bilgi almak istediği, %25.8'inin bilgi almak istemediği saptanmıştır (Tablo 17).

Bilgi almak isteyen kadınların nereden yada kimden bilgi almak istediklerine göre dağılımları incelendiğinde; %39.3'ünün uzman kişilerden, %36.0'sının doktor, %22.5'inin hemşire,ebe, %2.2'sinin psikologdan bilgi almak istedikleri saptanmıştır (Tablo 17). Çalışma sonucuna göre kadınların çoğunun uzman kişilerden (Doktor, Hemşire, Psikolog) bilgi almak istediği görülmektedir.

Menopoz hakkında bilgi almak istemeyen kadınların neden bilgi almak istemediklerine göre dağılımları incelendiğinde; %29.0'unun bilgim var, %29.0'unun ihtiyaç hissetmiyorum, %22.6'sının yaşım geçti, %19.4'ünün rahatsızlık hissetmiyorum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir (Tablo 17). Kadınların bilgi almak istememe nedenlerinin, kültürümüzden kaynaklanan sosyal etkiler nedeni ile bu döneme kaderci, doğal bir süreç düşüncesi ile yaklaşımları, yaşlılık olarak algılamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (12,69).

Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %71.7'sinin HRT kullanmadığı, %28.3'ünün HRT kullandığı saptanmıştır (Tablo 18).

HRT kullanan kadınların HRT kullanma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %88.2'sinin beş yıldan az, %11.8'inin beş yıldan fazla HRT kullandığı görülmektedir. Kadınların HRT kullanma sürelerinin ortalamaları  $29.67 \pm 29.93$  (min:1ay, max:120ay) aydır (Tablo 18).

Kadınların HRT bırakma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %91.2'sinin 10 yıldan az, %8.8'inin 10 yıldan fazla grubunda olduğu saptanmıştır. Kadınların HRT bırakma sürelerinin ortalamaları  $58.85 \pm 77.60$  (min:6ay ,max:360ay) aydır (Tablo 18). Işık ve Vural (2001) tarafından aktarıldığı üzere; hem yurt dışında, hem de ülkemizde yapılan çalışmaların (Demir Saruhan 1992, Okon 1996, Sethi Pitkin 1997, Hotun 1996, Oskay 1996) kadınların HRT'yi en fazla yan etkilerinden korkmaları nedeniyle bıraktıklarının saptandığını belirtilmektedir. Ve yine aktarıldığı üzere, Newton ve ark.'nın (1997) yaptıkları çalışmada, her üç kadından birinin ya kanserden ya da kilo almaktan korktuğu belirtilmektedir (49). Kadınlara HRT başlanmadan önce, tedavinin yararları, riskleri ve yan etkileri konusunda yeterli ve gerçekçi bir eğitimin verilmesi

önemlidir. HRT'nin yan etkilerinin belirtileri ve bu yan etkilerden korunmak için neler yapılacağına ilişkin bilgilendirmenin hemşire tarafından yapılması gerekmektedir.

#### **4.3. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, ALIŞKANLIKLARI, OBSTETRİK ÖYKÜLERİ, KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİ İLE YAŞAM KALİTELERİ VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ**

Kadınların yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; kadınların vazomotor puan ortalaması  $12.58 \pm 5.39$  (min:3.00, max:24.00) , psikososyal puan ortalaması  $25.74 \pm 11.77$  (min:7,00, max:84,00), fiziksel puan ortalaması  $57,09 \pm 17,61$  (min:15,00, max:99,00), cinsel puan ortalaması  $11.36 \pm 5.90$  (min:3.00, max:21.00) ve umutsuzluk puan ortalaması  $4.55 \pm 4.23$  (min:0.00, max:20.00) olarak belirlenmiştir (Tablo 19).

Ülkemizde postmenopozal döneme yönelik yaşam kalitesi ve umutsuzluğun incelendiği herhangi bir çalışma yapılmamış olması nedeniyle bulguların tartışılmasında sınırlılık oluşmuştur.

Kadınların yaş gruplarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların yaş gruplarına göre vazomotor, fiziksel, cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ). Ancak yaş grupları ile psikososyal yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=6.497$ ,  $p < 0.05$ ) (Tablo 20). Blumel ve ark. (2000) çalışmalarında, yaşın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi hakkında tek değişkenli bir analiz yaptıklarında, vazomotor, fiziksel ve cinsel yaşam kalitesi alanlarının semptomlarının yaşla birlikte kötüleştiğini saptamışlardır. Fakat psikososyal alanda hiçbir kayıp görülmediğini,

vazomotor, fiziksel ve cinsel yaşam kalitesi skorlarının yaşla birlikte arttığını ve bu alanlarda bir bozulmanın olduğunu saptamışlardır (16). Solak (1998), meme ve meme dışı kanserli kadın hastaların umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeylerini incelediği SF-36 kullanılan çalışmasında, 60 yaş ve üzeri meme dışı kanserli kadınların umutsuzluk puanı ortalaması  $9.15 \pm 3.91$  ile tüm yaş grupları içinde en yüksek bulmuştur. Yapılan istatistik analiz sonucunda yaş ile umutsuzluk puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.0005$ ) (80). Durak (1993) tarafından Beck Umutsuzluk Ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği üzerine yapılan çalışmada, yaş ile umutsuzluk arasında bir ilişki saptanmamıştır (32). Yaş attıkça psikososyal yaşam kalitesi başlığından alınan puan ortalamasının düşmekte olduğu görülmektedir (Tablo 20). Puan ortalamasının düşük olması kadındaki yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir.

Kadınların medeni durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların medeni durumlarına göre vazomotor, fiziksel ve psikososyal yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Kadınların medeni durumları ile cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=7.221$ ,  $p < 0.05$ ). Tukey-HSD Post Hoc testi sonucuna göre; evli kadınlar ile bekar kadınlar ve evli kadınlar ile dul/boşanmış kadınlar arasında cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından farklılık saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 21). Bayram (2001) tarafından kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda umutsuzluk ve umutsuzluğun öz-bakım gücüne etkisinin incelendiği çalışmada, medeni duruma göre umutsuzluk puan ortalaması incelendiğinde, bekar ve dul olan hastaların umutsuzluk puan ortalamalarının evli olanların umutsuzluk puan ortalamalarından daha yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirtilmektedir ( $p > 0.05$ ) (13). Blumel ve ark.'nın (2000) çalışma sonucuna göre; yaş ve

bunun yanında eğitim, cinsellik, çocukların sayısı veya evlilik durumu gibi diğer değişkenler, 40-59 yaşları arasındaki kadınlarda yaşam kalitesini etkilememiştir (16). Cinsel yaşam kalitesi başlığından alınan puan ortalamasının yüksek olması, kadının yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan kadınların çoğunun evli olması, klimakterium döneminin başlamasını seksüel aktivitenin azalmaya başlaması olarak düşünmeleri nedeniyle, menopozun cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Kadınların eğitim durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların eğitim durumlarına göre vazomotor, psikososyal, cinsel yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak eğitim durumlarına göre kadınların fiziksel yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmuştur ( $F=2.786$ ,  $F=3.469$ ,  $p<0.05$ ). Tukey Post Hoc test kullanılarak yapılan ileri analizde, umutsuzluk puan ortalamalarında anlam yaratan grubun ilkökul mezunu olanlar ile yükseköğretim/fakülte mezunu olanlar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir ( $p<0.05=0.018$ ) (Tablo 22). Bayram (2001) çalışmasında eğitim durumu ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını saptamıştır ( $p>0.05$ ) (13). Blumel ve ark. (2000) çalışmalarında, çocuk sayısı arttıkça veya okumuşluk süresi azaldıkça yaşam kalitesi bozulmasının arttığını belirtmektedirler (16). Durak (1993) çalışmasında, okur-yazar ve ilkökul mezunu kişilerin umutsuzluk puanlarının üniversite mezunlarının puanlarına göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (32). Solak (1998) çalışmasında, hastaların eğitim durumlarına göre umutsuzluk puanları arasındaki farkı anlamlı bulmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ileri analizde ise anlamlı bulunmamıştır. Eğitim düzeyinin yükselmesi ile kadınların baş etme sistemlerinin buna bağlı olarak geliştiğini düşünmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça umutsuzluk azalmaktadır.

Hiç okula gitmeyen ve ilkokul mezunu meme dışı kanserli kadınların yaşam kalitesi puanlarının, ortaokul-lise mezunlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır (80).

Kadınların çalışma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların çalışma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sırasıyla ( $t=-0.166$ ,  $t=0.533$ ,  $t=0.323$ ,  $t=0.795$ ,  $t=-1.897$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 23). Blumel ve ark. (2000) MENQOL kullandıkları çalışmalarında, ev kadınlarının çalışan kadınlarla karşılaştırıldığında daha yüksek yaşam kalitesi bozuklukları gösterdiğini (vazomotor,  $2.57\pm 1.71$ 'e karşı  $3.11\pm 1.90$ ,  $P<0.007$ ; psikososyal,  $2.92\pm 1.45$ 'e karşı  $3.44\pm 1.59$ ,  $P<0.003$ ; fiziksel,  $2.96\pm 1.20$ 'ye karşı  $3.45\pm 1.36$ ,  $P<0.0004$ ; cinsel,  $2.49\sim 1.95$ 'e karşı  $3.45\pm 2.23$ ,  $P<0.0001$ ) saptamışlardır (16). Solak (1998) tarafından yapılan çalışmada, çalışan meme dışı kanserli kadınların yaşam kalitesi puanlarının ev hanımı olan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (80). Araştırmanın sonucuna göre, çalışmadığını ifade eden emekli ve ev hanımlarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının çalışan kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 23). Bu sonuç, çalışmadığını ifade eden kadınların yaşam kalitelerinin çalışanlardan daha yüksek olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.

Kadınların mesleklerine göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların mesleklerine göre yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların mesleklerinin umutsuzluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $F=2.785$ ,  $p<0.05$ ). Tukey-HSD Post Hoc testi sonucuna göre; ev hanımı kadınlar ile emekli kadınlar arasında umutsuzluk puan ortalamaları açısından farklılık saptanmıştır ( $p<0.05=0.042$ ) (Tablo 24). Solak (1998) çalışmasında, kadınların mesleklerine göre yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alanlarından genel iyilik, fiziksel

semptom ve aktivite, uyku, iştah, algılama, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı alanındaki puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (80). Bu çalışmaya katılan kadınların mesleklerinin yaşam kalitesi düzeyine etkisinin olmadığı, ancak umutsuzluk düzeylerini etkilediği görülmektedir. Ev hanımlarının umutsuzluk puan ortalamaları daha yüksektir.

Kadınların sistemik hastalık varlığına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların sistemik hastalık varlığına göre vazomotor yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $t=2.271$ ,  $p<0.05$ ) Kadınların sistemik hastalık varlığına göre psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 25). Ancak Güzeloğlu (1996) postmenopozal kadınların yaşam kalitesini Nottingham Health Profile (NHP) ile araştırdığı çalışmasında, kadınlarda menopoz süresi arttıkça ağrı artışı ve fiziksel aktivitede azalma olması nedeni ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini belirlemiştir (42). Bu çalışmada, sistemik hastalığı var olanlarda olmayanlara göre vazomotor yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan sistemik hastalığı olan kadınların, genel olarak bakıldığında tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamalarına göre yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur.

Kadınların sigara kullanma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların sigara kullanma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 26). Sigara kullanmanın yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamalarını etkilemediği görülmektedir.

Kadınların menarş yaşlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların menarş yaşlarına göre yaşam

kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 27).

Kadınların menopoza yaşlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların menopoza yaşlarına göre vazomotor, fiziksel ve cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların menopoza yaşlarına göre psikososyal yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $t=2.607$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 28). Kadınların 47 yaş civarında menopoza girmeleri, bu yaş diliminde aynı zamanda emeklilik, çocukların evden ayrılması gibi durumların hepsinin bir arada yaşanmasına bağlı olarak psikososyal yaşam kalitesi etkilenmektedir. Bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir (48, 85,87).

Kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süreye göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların menopoza girdikten sonraki geçen süreye göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 29). Çalışmaya katılan kadınların menopoza girdikten sonra geçen sürelerinin yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerini etkilemediği görülmektedir.

Kadınların evde kiminle yaşadıklarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların evde kiminle yaşadıklarına göre vazomotor ,psikososyal, fiziksel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak evde kiminle yaşadıkları ile cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=4.395$ ,  $p<0.05$ ). Tukey-HSD Post Hoc testi sonucuna göre; eşiyile yaşayan ile yalnız yaşayan kadınlar arasında cinsel yaşam



kalitesi puan ortalamaları açısından farklılık saptanmıştır ( $p<0.05=0.002$ ) (Tablo 30). Bayram (2001) çalışmasında, eş-çocuklarla birlikte yaşayan kadınların umutsuzluk puan ortalamaları anne-baba, yalnız ve diğerleri ile yaşayanların puan ortalamalarından daha düşük bulmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p<0.05$ ) (13). Solak (1998) çalışmasında, eşi ile oturan meme kanserli kadınların fiziksel semptom ve aktivite alanındaki yaşam kalitesi puanının diğer kişilerle oturanlara göre düşük olduğunu saptamıştır ( $p<0.05$ ) (80). Yapılan çalışmada evde kiminle yaşandığı ile umutsuzluk arasında anlamlılık yoktur fakat yalnız yaşayan kadınların umutsuzluk düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 30).

Kadınların evde yaşayan çocuğunun olma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların evde yaşayan çocuğunun olma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 31). Literatürde emeklilik, çocuklardan birinin evden ayrılması gibi faktörlerin klimakterik dönemdeki kadınların yaşantısını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (50,87). Ancak çalışmada kadınların evde yaşayan çocuğunun olup olmamasının yaşam kalitelerini ve umutsuzluk düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Kadınların menopoza algılama durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların menopoza algılama durumlarına göre vazomotor , psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır. Sırasıyla ( $F=9.163$ ,  $F=4.434$ ,  $F=3.459$ ,  $F=2.749$ ,  $F=5.069$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 32). Blumel ve ark. (2000) çalışmalarında, postmenopozal kadınlarda algılanan yaşam kalitesinin, aynı yaşta ve menstruasyon gören kadınlardakinden daha kötü olduğunu saptamışlardır (16). Kadınların klimakterium döneminde yaşadıkları semptomların

sayısının ve şiddetinin fazla olmasının, yaşanan fiziksel değişimlerin, kültürel etkilerin ve bireysel özelliklerinin kadınların menopoza algılama durumlarını etkileyeceği düşünülmektedir.

Özellikle bizim toplumumuzda menopoz anksiyetesinin temelinde seksüel yetmezlik, yalnızlık, izolasyon duygusu yatmaktadır. Bu nedenle kadının menopoza yaşlılık olarak algıladığı düşünülmektedir (50). Kadınların, menopozun doğal bir süreç olduğu, seks yaşamlarının ve kadınlığın sona ermediği, toplumla ilgili etkinlikleri (siyasal, dinsel, dernek, klüp üyeliği, eğlence toplantıları gibi) artırmak, yakın arkadaş ilişkileri sağlamak (ilgili paylaşımı, destek, bağlılık, güvenilirlik, saygınlık), toplumsal özgürlüğü artırmak, yürüyüş yapmak, hava almak, sevilen bir iş ile uğraşmak, yeni uğraşlar edinmek, giyim ve stil değiştirmek, kilo artışını engellemek ve kanser korkusunu engellemek konularında bilgilendirilmeleri yararlı olabilir (50,87).

Kadınların klimakterium dönemi ile ilgili bilgi alma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların bilgi alma durumlarına göre vazomotor, psikososyal ve fiziksel yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak bilgi alma durumlarına göre cinsel yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $t=-3.221$ ,  $t=-2.117$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 33). Bu çalışmada, klimakterium dönemi ile ilgili bilgi almayan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin düşük ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Klimakterium dönemi ile ilgili önceden bilgi vermenin cinsel yaşam kalitesini artırıp, umutsuzluğu azaltacağı düşünülmektedir.

Klimakterik kadınlarda sağlığın geliştirilmesi için sadece tıbbi yardım yeterli olmayacaktır. Aynı zamanda kadınların hemşire/ebe tarafından danışmanlık, rehberlik ve bakım gereksinimlerinin de giderilmesi gerektiği düşünülmektedir. Klimakterik

döneme yönelik kadınların hazırlanması ve destek programlarının oluşturulması ile kadınların yakınmaları azaltılacak ya da önlenilecek, yaşam kaliteleri yükseltilirken umutsuzluk düzeyleri azaltılabilecektir. Oysa, klimakterik döneme özgü hemşire/ebelerden destek alan kadınların sayısının istenilenden az olduğu saptanmıştır (Tablo 33). Bu bulgular, hemşire/ebelerin bu döneme yönelik kendilerini yetiştirmeleri yönünde ışık tutmalıdır.

Kadınların klimakterium dönemi ile ilgili nereden/kimden bilgi aldıklarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların nereden/kimden bilgi aldıklarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 34). Bu sonuca göre, kadınların yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeylerini kimden bilgi aldıklarının değil, bilgi alıp almadıklarının etkilediği düşünülmektedir.

Kadınların klimakterium dönemi ile ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların bilgi almak isteme durumlarına göre vazomotor, psikososyal ve fiziksel yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır. Sırasıyla ( $t=2.051$ ,  $t=3.079$ ,  $t=3.640$ ,  $p<0.005$ ). Kadınların bilgi almak isteme durumlarına göre cinsel yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 35). Klimakterium dönemi özellikleri ile ilgili bilgi almak isteyen kadınların vazomotor, psikososyal ve fiziksel yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Puan ortalamalarının yüksek olması kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu göstermektedir. Yaşam kalitesi düşük olan kadınların klimakterium dönemi özellikleri hakkında bilgi almak istemesi beklenen bir sonuçtur. Bilgi almak isteyen kadınların bilgi almak istedikleri kişinin kim olduğu konusunda farklılık olmadığı görülmektedir.

Kadınların klimakterium dönemi ile ilgili nereden/kimden bilgi almak istediklerine göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların nereden/kimden bilgi almak istediklerine göre yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Tabloya göre; kadınların nereden/kimden bilgi almak istediklerine göre umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=5.099$ ,  $p<0.05$ ). Tukey-HSD Post Hoc testi sonucuna göre; psikologdan bilgi almak isteyen kadınlar ile uzman kişilerden bilgi almak isteyen kadınlar arasında umutsuzluk puan ortalamaları açısından farklılık saptanmıştır ( $p<0.05=0.003$ ) (Tablo 36).

Kadınların klimakterium dönemi ile ilgili neden bilgi almak istemediklerine göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların neden bilgi almak istemediklerine göre yaşam kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların neden bilgi almak istemediklerine göre umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $F=3.115$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 37). Çalışmada bilgi almak istememe nedenini “bilgim var” ve “ihtiyaç hissetmiyorum” diye açıklayan kadınların umutsuzluk puan ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınların HRT kullanma durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların HRT kullanma durumlarına göre yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların HRT kullanma durumlarına göre umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlıdır ( $t=-2.840$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 38). Davis ve ark.’nın (2001) çalışmalarında, kadınların önceden HRT yada doğal terapi almalarının yaşam kalitelerini etkilediği belirlenmiştir.

Tedavi süresince vazomotor semptomların sıklığında gittikçe artan bir düşme her iki çalışma grubunda (plasebo ve Çin bitkisel ilacı kullanan) da görülmüştür. İki grup arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p=0.26$ ) (26). HRT, sıcak basmaları, vaginal değişimler, kardiyovasküler sorunlar, osteoporoz gibi bazı menopozal semptomları azaltmada yaygın olarak kullanılmaktadır. Tedavi alan kadınlarda HRT'nin sağladığı yararlar nedeniyle umutsuzluğun azalması ve HRT kullanmayanlarda umutsuzluk düzeyinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Yine de çalışmada umutsuzluk puan ortalamaları çok yüksek bulunmamıştır.

#### **4.4. KADINLARIN YAŞAM KALİTESİ ALT BAŞLIKLARININ BİRBİRLERİYLE OLAN İLİŞKİLERİNE YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ**

Kadınların yaşam kalitesi alt başlıklarının korelasyonlarının dağılımı incelendiğinde; korelasyon oranlarının 0.256 ile 0.641 arasında değiştiği belirlenmiştir. Vazomotor yaşam kalitesi alt başlığı ile psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kalitesi alt başlıkları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p=0.001$ ,  $p=0.000$ ,  $p=0.005$ ). Aynı şekilde psikososyal yaşam kalitesi alt başlığı ile fiziksel ve cinsel yaşam kalitesi alt başlıkları arasındaki ilişki de anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ,  $p=0,002$ ). Fiziksel yaşam kalitesi alt başlığı ile cinsel yaşam kalitesi alt başlığı karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p=0,000$ ). Tabloya göre; kadınların yaşam kalitesi alt başlıkları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sırasıyla ( $r=0.297$ ,  $r=0.359$ ,  $r=0,256$ ,  $r=0.641$ ,  $r=0.278$ ,  $r=0.378$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 39). Yaşam kalitesi alt başlıkları birbirlerini olumlu yönde etkilemektedirler.

#### 4.5. KADINLARIN YAŞAM KALİTELERİ İLE UMUTSUZLUK PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ

Kadınların yaşam kaliteleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların **psikososyal, fiziksel ve cinsel** yaşam kaliteleri ile **umutsuzluk** puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.490$ ,  $r=0.356$ ,  $p<0.01$ ,  $r=0.212$ ,  $p<0.005$ ). Ancak **vazomotor** yaşam kalitesi ile **umutsuzluk** puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 40).

Kadınların psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları arttıkça umutsuzluk puan ortalamaları da artmaktadır. Yaşam kalitesi puan ortalamasının yüksek olması yaşam kalitesinin düşük olması anlamına gelmektedir. Yaşam kalitesi düşük olan kadınların umutsuzluk düzeylerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Solak (1998) yaşam kalitesi için SF-36 kullandığı çalışmasında, yaptığı korelasyon analizi sonucunda yaşam kalitesi ve umutsuzluk arasında negatif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır ( $p=0.001$ ,  $p=0.004$ ). Yani umutsuzluk arttıkça, yaşam kalitesi düşmektedir. Solak (1998) tarafından aktarıldığı üzere; Rusteon, hastalarda stresin azaltılmasında umudun bir mücadele yöntemi olarak kullanılmasının yaşam kalitesini yükselttiğini vurgulamaktadır (80). Hemşirelerin hasta bakımında umudu göz ardı etmemeleri gerektiği, bakımda amaca ulaşmak için yaşam kalitesinin yükseltilmesinde umudun çok önemli bir yerinin olduğu söylenebilir.

## BÖLÜM V

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. SONUÇ

“Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu”nun (MENQOL) Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirliğini test etmek ve klimakterium dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla planlanan araştırmada MENQOL’un geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının sonuçlarına göre;

-MENQOL’un dil geçerliği için beş uzman görüşü ve içerik geçerliği için 10 uzman görüşü alınmıştır. Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ( $W$ : 0.393 ,  $p < 0.01$ ) bulunmuştur. MENQOL’un test-tekrar test güvenilirlik katsayısı vazomotor için 0.93, psikososyal için 0.97, fiziksel için 0.97 ve cinsel için 0.88 olarak saptanmıştır. MENQOL’un birinci uygulama iki yarı arasındaki korelasyon 0.57, Gutman Split-half güvenilirlik katsayısı 0.68, Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı 0.72, 15 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.91, 14 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.70 olarak bulunmuştur. İkinci uygulama iki yarı arasındaki korelasyon 0.58, Gutman Split-half güvenilirlik katsayısı 0.68, Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı 0.73, 15 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.91, 14 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.71 olarak saptanmıştır. MENQOL’un birinci uygulamada Cronbach Alfa katsayısı vazomotor için  $\alpha = 0.84$ , psikososyal için  $\alpha = 0.82$ , fiziksel için  $\alpha = 0.78$  ve cinsel için  $\alpha = 0.81$  olarak, ikinci uygulamada

Cronbach Alfa katsayısı vazomotor için  $\alpha=0.90$ , psikososyal için  $\alpha=0.80$ , fiziksel için  $\alpha=0.79$  ve cinsel için  $\alpha=0.82$  olarak bulunmuştur. Birinci hipotezin “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu, Türk kadınları için geçerli ve güvenilir bir ölçektir” doğruluğu kanıtlanmıştır.

Toplam 120 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; kadınların %67.5’inin 0-59 yaş grubunda olup, yaş ortalamaları  $53.00\pm 4.92$  (min:42, max:66) olarak belirlenmiştir. Kadınların %90.0’inin evli; %35.0’inin yüksekokul/fakülte mezunu olduğu; %85.0’inin çalışmadığı; %32.5’inin emekli olduğu; %70.8’inin en uzun süre ilde yaşadığı; %82.5’inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu bulunmuştur.

-Araştırmaya katılan kadınların %57.5’inde sistemik hastalık olmadığı, sistemik hastalığı olanların %43.2’sinin Hipertansiyon (HT) tanısının olduğu saptanmıştır.

-Araştırmaya katılan kadınların hiçbirinin (%100.0) alkol kullanmadığı; %76.7’sinin sigara içmediği; sigara içenlerin %39.3’ünün günde beş adet ve altında sigara içtiği, günde kullanılan sigara ortalamasının  $9.25\pm 5.68$  (min:1,max:20) adet olduğu belirlenmiştir. Kadınların %89.3’ünün 10 yıldan fazla süre sigara kullandıkları, sigara kullanma sürelerinin ortalamalarının  $22.50\pm 7.86$  (min:5,max:35) olduğu saptanmıştır. Sigara kullanan kadınların yaş ortalamaları  $46.46\pm 3.30$ , sigara kullanmayan kadınların yaş ortalamaları  $48.33\pm 4.10$  olarak belirlenmiştir. Verilerin sonucunda sigara içen kadınların içmeyenlere göre iki yıl daha erken menopoza girdikleri saptanmıştır.

- Çalışmaya katılan kadınların %51.7’sinin dört ve üzeri gebelik yaşadığı, %42.5’inin iki kez doğum yaptığı ve %24.2’sinin iki kez düşük/kürtaj yaşadığı, %30.0’inin ise hiç düşük/kürtaj yaşamadığı belirlenmiştir. Kadınların; gebelik sayısı



ortalamaları  $4.12 \pm 2.01$  (min:1,max:10), doğum sayısı ortalamaları  $2.45 \pm 0.95$  (min:1,max:5) ve düşük/kürtaj sayısı ortalamaları  $2.29 \pm 1.22$  (min:1,max:5) olarak belirlenmiştir.

Kadınların klimakterik özelliklerinin sonuçlarına göre;

- Araştırmaya katılan kadınların %67.5'inin 10-13 yaşları arasında menarşa girdikleri ve menarş yaşı ortalamalarının da  $13.14 \pm 1.33$  (min:10,max:17) olduğu belirlenmiştir. Kadınların %39.2'si annelerinin 47 yaş ve üzerinde menopoza girdiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların annelerinin menopoz yaşı ortalamasının  $47.50 \pm 6.00$  (min:35,max:58) olduğu saptanmıştır.

-Çalışma grubundaki kadınların %68.3'ünün 47 yaş ve üzerinde menopoza girdikleri ve bu kadınların menopoz yaşı ortalamalarının  $47.90 \pm 3.99$  (min:33,max:57) olduğu saptanmıştır.

- Kadınların %59.2'sinin menopoza girdikten sonraki geçen sürelerinin beş yıldan daha az olduğu; %64.2'sinin eş ve çocukları ile evde birlikte yaşadıkları, %67.5'inin hala evde yaşayan çocuğunun bulunduğu, %82.1'inin en son çocuğunun evden ayrılma süresinin 10 yıldan az olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların menopoza girme yaşını etkilediği düşünülen faktörlere bakıldığında; kadının menopoz yaşı ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2:5.673$ ,  $p<0.05$ ). Kadınların menopoz yaşı ile menarş yaşları ve anne menopoz yaşları arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

-Kadınların %44.2'si menopozu "sıkıntı-stres" olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Klimakterium dönemi ile ilgili bilgi aldığını ifade eden kadınların oranı %54.2'dir. Bilgi alanların %38.5'inin bu bilgiyi doktordan aldıkları belirlenmiştir. Klimakterium dönemi ile ilgili bilgi almayan kadınların %74.2'sinin bilgi almak

istedikleri ve kadınların %39.3'ünün bu bilgiyi uzman kişilerden (doktor, hemşire, psikolog v.b.) almak istedikleri; bilgi almak istemeyenlerin %29.0'unun "ihtiyaç hissetmiyorum" şeklinde cevap verdikleri saptanmıştır.

-Araştırmaya katılan kadınların %71.7'sinin HRT kullanmadıkları, HRT kullananların ise %88.2'sinin beş yıldan daha az süre tedaviye devam ettikleri, %91.2'sinin 10 yıldan daha az sürede HRT'yi bıraktıkları saptanmıştır.

Kadınların sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları, obstetrik öyküleri, klimakterik özellikleri ile yaşam kaliteleri ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma sonuçlarına göre;

Kadınların yaşam kalitesi alt başlıklarının puan ortalamaları;

- vazomotor puan ortalaması  $12.58 \pm 5.39$  (min:3.00, max:24.00) ,
- psikososyal puan ortalaması  $25.74 \pm 11.77$  (min:7.00, max:84.00),
- fiziksel puan ortalaması  $57.09 \pm 17.61$  (min:15.00, max:99.00),
- cinsel puan ortalaması  $11.36 \pm 5.90$  (min:3.00, max:21.00) olarak saptanmıştır.

Kadınların çalışma durumlarının, mesleklerinin, sigara kullanma durumlarının, menarş yaşlarının, menopoza girdikten sonraki geçen sürelerinin, evde yaşayan çocuğunun olma durumlarının, klimakterium dönemi ile ilgili bilgiyi nereden/kimden aldıklarının, nereden/kimden bilgi almak istediklerinin, neden bilgi almak istemediklerinin ve HRT kullanma durumlarının yaşam kalitesi puan ortalamalarına etkisi saptanamamıştır. Ancak; kadınların yaş gruplarına, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, sistemik hastalıklarının varlığına, menopoz yaşına, evde kiminle yaşadıklarına, klimakterium dönemi ile ilgili bilgi alma, bilgi almak isteme durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmada;

- 40-49 yaş grubu kadınlar ve 46 yaş ve altında menopoza girenlerin psikososyal
- Evli olanların, evde eşi ile yaşayan kadınların ve klimakterium dönemi ile ilgili bilgi almayan kadınların cinsel,
- Ortaokul eğitimi alanların fiziksel,
- Sistemik hastalığı olanların vazomotor,
- Menopoz dönemi ile ilgili bilgi almak isteyen kadınların vazomotor, psikososyal ve fiziksel yaşam kaliteleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmıştır.

İkinci hipotez olan “Kadınların yaşam kalitelerini sosyo-demografik özellikleri etkiler” görüşünün, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sistemik hastalık varlığı gibi değişkenleri açısından doğrulukları kanıtlanmıştır. Ancak kadınların sosyo-demografik özelliklerinden mesleğin, yaşam kalitelerini etkilemediği saptanmıştır.

-Kadınların umutsuzluk puan ortalaması  $4.55 \pm 4.23$  (min:0.00, max:20.00) tür.

Kadınların yaş gruplarının, medeni durumlarının, çalışma durumlarının, mesleklerinin, sistemik hastalık varlığının, sigara kullanma durumlarının, menarş ve menopoz yaşlarının, menopoza girdikten sonraki geçen sürelerinin, evde kiminle yaşadıklarının, evde yaşayan çocuğunun olma durumlarının, klimakterium dönemi ile ilgili bilgi alma durumlarının, nereden/kimden bilgi aldıklarının umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak; ilkokul mezunu, ev hanımı olan, klimakterium dönemi ile ilgili psikologdan bilgi almak isteyen, “yaşım geçti” düşüncesi ile bilgi almak istemeyen ve daha önce HRT kullanmayan kadınların umutsuzluk puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Araştırmanın

üçüncü hipotezi olan “ Kadınların umutsuzluk düzeylerini sosyo-demografik özelliklerinden eğitim durumu ve meslekleri etkiler” görüşü doğrulanmıştır. Ancak kadınların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, medeni durum, çalışma durumu ve sistemik hastalık varlığının, umutsuzluk düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

- Kadınların menopozu algılama durumlarının yaşam kaliteleri ve umutsuzluk puan ortalamalarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Menopozu “sıkıntı-stres” olarak algılayan kadınların, diğerlerine göre yaşam kalitelerinin düşük ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesi alt başlıklarının kendi aralarında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sırasıyla ( $r=0.297$ ,  $r=0.359$ ,  $r=0.256$ ,  $r=0.641$ ,  $r=0.278$ ,  $r=0.378$ ,  $p<0.05$ ).

- Kadınların psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kaliteleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Sırasıyla ( $r=0.490$ ,  $r=0.356$ ,  $r=0.212$ ,  $p<0.01$ ). Umutsuzluk puan ortalaması arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamasının da arttığı görülmektedir. Yaşam kalitesi puan ortalamasının yüksek olması, kadındaki yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Araştırmanın dördüncü hipotezi olan “Kadınların umutsuzluk düzeyleri yaşam kalitelerini etkiler” görüşünün doğruluğu kanıtlanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlardan elde edilen bulgular doğrultusunda,

- MENQOL’un postmenopozal dönemdeki kadınlar için geçerli ve güvenilir olduğu,
- Kadınların sosyo-demografik özelliklerden yaş, medeni durum, eğitim durumu ve sistemik hastalık varlığının yaşam kalitelerini etkilediği,

- Kadınların sosyo-demografik özelliklerden eğitim durumu ve mesleklerinin umutsuzluk düzeylerini etkilediği,
- Kadınların menopoza algılama durumlarının hem yaşam kalitelerini hem de umutsuzluk düzeylerini etkilediği,
- Yaşam kalitesi ile umutsuzluk arasında pozitif bir ilişki olduğu, yaşam kalitesi düştükçe umutsuzluğun arttığı,
- Menopoz polikliniğinde hemşirenin bulunmasının gerekliliği kanıtlanmaktadır.



## 5.2.ÖNERİLER

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. Menopoz Polikliniğine başvuruda bulunan postmenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitelerini ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Postmenopoz dönemindeki kadınlarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek için, geçerlik ve güvenilirliği saptanmış bulunan Menopoz Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu'nun (MENQOL) menopoz poliklinik hemşiresi ve diğer sağlık personelleri tarafından kullanılması,
- Postmenopoz dönemindeki kadınların sağlık sorunlarına ilişkin istatistiksel verilerin ülke çapına yaygınlaştırılabilmesi için bilimsel çalışmaların artırılması ve daha çok sayıdaki postmenopozal kadında tekrarlanması önerilmektedir.
- Kadınlara verilecek medikal yardımın yanı sıra, bireysel ve grupla terapi hizmetlerinin verilebileceği, ailesi ve içinde bulunduğu sosyal çevresi ile ilgili problem alanlarının belirlenip, çözüm önerilerinin getirilebileceği Menopoz Polikliniklerinin yaygınlaştırılması, bu kuruluşlardan kadınlara klimakterium dönemi sağlık sorunları ile ilgili ucuz, titiz ve ulaşılabilir hizmetler sunulması gerekmektedir.
- Menopoz polikliniğinde hemşirenin görev alması ile klimakterium dönemindeki kadınların bu dönemi daha rahat geçirmeleri için sağlık eğitimi, destek, danışmanlık ve bakım hizmetlerinin daha iyi sunulacağı düşünülmektedir.
- Menopoz polikliniğinde görev yapacak hemşirelerin, bu alanda özel yetiştirilmiş olması ve hizmet içi kurslar ile eğitimlerinin desteklenmesi gerekmektedir.

- Menopoz Hemşireliği'nin ayrı bir branş olması gerektiği, lisans eğitim programlarında klimakterik döneme daha geniş yer verilmesi, yüksek lisans ve doktora özel dal hemşireliği olarak yer alması gerektiği düşünülmektedir.
- Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin de halkı bilinçlendirmek ve koruyucu sağlık hizmeti sunabilmek adına, öncelikle kendilerinin, klimakterium dönemi, kadınların döneme yönelik yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik girişimler konusunda hizmet içi eğitim programları ile eğitilmeleri, ardından halka yönelik eğitimlerin düzenlenmesi gerekmektedir.
- Klimakterium dönemi ile ilgili halka açık konferanslar arttırılmalı, kitle iletişim araçlarının bu konuya karşı daha duyarlı olmaları sağlanarak, gerek konuya ilişkin yanlış, gerekse eksik bilgilerin giderilmesine çalışılmalıdır.
- Kadınların menopoza olumsuz algılayışlarının yaşam kalitesi ve umutsuzluklarını etkilemesinden yola çıkarak, menopoza olumsuz bakış açısının hem toplum hem de kadınlar tarafından değiştirilmesi, menopozun bir hastalık olmayıp normal fiziksel bir dönem olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir.

## BÖLÜM VI

### ÖZET

Araştırma, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu' nun (MENQOL) Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliğini test etmek ve klimakterium dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini, umutsuzluk düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Menopoz polikliniğine 1 Haziran-30 Ağustos 2003 tarihleri arasında başvuran, son adetini en az bir yıl önce görmüş, son altı aydır HRT kullanmamış, doğal menopozlu olan 120 kadın oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak; kadınların demografik ve klimakterik özelliklerine ilişkin görüşme formu, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Anket Formu (MENQOL) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Student t testi (İndependent t testi),  $\chi^2$  kare, Korelasyon testi uygulanmıştır.

MENQOL'nun geçerlik çalışmasında; dil geçerliği için beş ve içerik geçerliği için 10 uzman görüşü alınmıştır. Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (W: 0.393 ,  $p<0.01$ ) bulunmuştur. Güvenirlik çalışmasında ise; Test-tekrar test güvenirlik katsayısı vazomotor için 0.93, psikososyal için 0.97, fiziksel için 0.97 ve cinsel için 0.88 olarak bulunmuştur. MENQOL'un birinci ve ikinci uygulama için iki yarı arasındaki korelasyon 0.57, 0.58, Gutman Split-half güvenirlik katsayısı 0.68,0.68, Spearman-Brown güvenirlik katsayısı 0.72,0.73, 15 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.91, 0.91, 14 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alfa Değeri 0.70, 0.71' olarak bulunmuştur.



Araştırmaya katılan kadınların %67.5'i 50-59 yaş grubunda olup, yaş ortalamaları  $53.00 \pm 4.92$ , menopoz yaşı ortalamaları ise  $47.90 \pm 3.99$ 'dur. Kadınların %90.0'ı evli, %35.0'i yükseköğretim mezunudur. Çalışmayan %85.0 kadının %32.5'i emeklidir. Sistemik hastalığı olan (%57.5) kadınların %43.2'si Hipertansiyon hastasıdır. Kadınların %100.0 alkol ve %76.7'si sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan kadınların yaş ortalamaları  $46.46 \pm 3.30$  sigara kullanmayan kadınların yaş ortalamaları  $48.33 \pm 4.10$  olarak belirlenmiştir. Kadınların menopoz yaşı ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\chi^2:5.673$ ,  $p<0.05$ ). Sigara içen kadınlar içmeyenlere göre iki yıl daha erken menopoza girmektedirler.

Kadınların %54.2'si klimakterium dönemi ile ilgili bilgi almış olup, %38.5'i bu bilgiyi doktordan, sadece %4.6'sı hemşire/ebe'den almıştır.

Kadınların yaş grupları, medeni durumları, eğitim durumları ve sistemik hastalığın varlığı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları, yine eğitim durumları ve meslekleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Kadınların menopozu algılama durumlarının yaşam kalitesi ve umutsuzluk puan ortalamalarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınların %44.2'sinin menopozu "sıkıntı-stres" olarak algıladıkları, yaşam kalitelerinin düşük ve umutsuzluklarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesi alt başlıklarının kendi aralarında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Sırasıyla ( $r=0.297$ ,  $r=0.359$ ,  $r=0.256$ ,  $r=0.641$ ,  $r=0.278$ ,  $r=0.378$ ,  $p<0.05$ ).

Kadınların psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kaliteleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Sırasıyla ( $r=0.490$ ,  $r=0.356$ ,  $r=0.212$ ,  $p<0.01$ ). Vazomotor yaşam kalitesi ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Psikososyal, fiziksel ve cinsel yaşam kalitesi alt başlıklarından alınan puan

Araştırmaya katılan kadınlardan elde edilen bulgular ışığında, kadınların klimakterium dönemi ile ilgili bilgilendirilmesinde, menoz polikliniğinde mutlaka hemşirenin görev alması ve etkin bir şekilde görevini sürdürmesinin sağlanması, kadınların menozu olumlu olarak algılamalarını sağlayacaktır. Buna bağlı olarak da kadınların yaşam kaliteleri yükseltilecek ve umutsuzlukları azaltılacaktır. Umutsuzluğun yaşam kalitesinden etkilendiği unutulmamalıdır.

Çağdaş yaşam koşullarının iyileştirilerek ömür süresinin uzatıldığı günümüzde, kadınların menozdan sonraki dönemlerini en iyi ve en kaliteli şekilde sürdürmelerinin sağlanması için, tüm sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.



## SUMMARY

### THE INVESTIGATION OF HOPELESSNESS LEVELS AND QUALITY OF LIFE IN CLIMACTERIUM OF THE WOMEN

This descriptive and sectional study was planned to test the validity and reliability of the Menopause-Specific Quality Of Life Questionnaire (MENQOL) in Turkey and to determine the quality of life, hopelessness levels and effective factors of climacteric women.

The study sample consisted of 120 women with natural menopause, who admitted to the Department of Obstetrics and Gynecology Menopause Polyclinic, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine between 1 June-30 August 2003, and whose last menstrual bleeding had been at least one year ago and who had not been using HRT for the last six months before their participation in the study. As data collection tools, an interview form concerning the demographic and climacterium characteristics of women, a Menopause-Specific Quality Of Life Questionnaire (MENQOL), and Beck Hopelessness Scale were used.

In the assessment of the data ANOVA, Student t-test (Independent t test), Chi-Square test, and Correlation test were used for the statistical analyses.

Five specialists were consulted for the language validity and 10 specialists were consulted for the content validity of MENQOL. Kendall Coefficient of Concordance was found to be (W: 0.393,  $p < 0.001$ ). Test-retest reliability coefficient was found for vasomotor domain to be 0.93, for psychosocial domain to be 0.97, for physical domain to be 0.97 and for sexual domain to be 0.88. Of MENQOL, the correlations between the two halves for the first and second application were 0.57 and 0.58 respectively; Guttman Split-half reliability coefficients were 0.68, 0.68 respectively; Spearman Brown reliability coefficients were 0.72, 0.73 respectively;

and 15 items in Part 1 Cronbach Alpha Value was 0.91, 0.91 and 14 items in Part 2 Cronbach Alpha Value was 0.70, 0.71.

Of women, who participated in the study, 67.5% was in the age range of 50-59 years whereas their mean age was  $53.00 \pm 4.92$  years and mean menopause age was  $47.90 \pm 3.99$  years. Majority of the women were married (90.0%) and 35.0% of them were the graduates of high school/faculty. Of the unemployed 85.0% of women, 32.5% were on retirement. Of women with a systemic disease (57.5%), 43.2% were with hypertension. Of women, 100% were not consuming alcohol whereas 76.6% were non-smokers. The mean age of the women, who smoked cigarettes, was  $46.46 \pm 3.30$  years and that of the non-smokers was  $48.33 \pm 4.10$  years. A significant relationship was found between the menopause age and women's cigarette smoking ( $\chi^2$ : 5.673,  $p < 0.05$ ). The women in our study, who smoke, had undergone a natural menopause two years earlier than that of non-smokers.

Of women, 54.2% were informed about climacterium whereas of this 54.2%, 38.5% were informed by the doctor while only 4.6% were informed by nurse/midwife.

There was a significant difference between the mean score of quality of life and age groups, marital status, educational levels, and presence of a systemic disease of the climacteric women. Similarly, a significant difference existed between the mean score of hopelessness and their educational levels and occupations.

The effect of the women's perception of menopause on the mean score of quality of life and hopelessness has been found statistically significant. It has been determined that 44.2% of the women perceive the menopause as "distress-stress" and that their scores of quality of life were low and those of hopelessness were high.

It was detected that there was a positive relationship among the domains regarding the quality of life of the women in this study. Seriesly ( $r=0.297$ ,  $r=0.359$ ,  $r=0.256$ ,  $r=0.641$ ,  $r=0.278$ ,  $r=0.378$ ,  $p<0.05$ ).

A positive relationship between the mean score of hopelessness and women's psychosocial, physical, and sexual domains has been detected. Seriesly ( $r=0.490$ ,  $r=0.356$ ,  $r=0.212$ ,  $p<0.01$ ). No significant difference between vasomotor domain and the mean score of hopelessness was detected. It has been found that the higher the mean scores obtained from psychosocial, physical and sexual domains were, the higher the mean score of hopelessness. That is, a high mean score of quality of life indicated a low quality of life of women.

In the light of the findings obtained from the women, who participated in the investigation, in informing of women about climacterium, employing nurses in menopause policlinic and providing nurses to maintain their tasks effectively may help the women perceive the menopause positively. Thus, the quality of life of women may be raised and their hopelessness may be decreased thereafter. It should be kept in mind that the hopelessness is affected by the quality of life.

Today where the life span is extended by improving conditions of life, all the medical staff have important roles in enabling women to lead a life of best quality after menopause.

## BÖLÜM VII

### YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Adıgüzel,D. ve ark. (2000). Quality of Life in Osteoporosis, Romatizma, Cilt:15, Sayı:3, 173-179.
2. Akkuş,S. (2002). Postmenopozal Osteoporozda Tedavinin Etkinliği İskelet Bölgesine Göre Değişiyor, Osteoporoz Top 40, MD Yayıncılık, Ankara, 77-81.
3. Aksayan,S. Gözüm,S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber: Ölçek Uyarlama Aşamaları Ve Dil Uyarlaması, Hemşirelik Araştırma Dergisi (HEMARG), Cilt: 4, Sayı:1, 9-14.
4. Akyol,A. (1993). Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:9, Sayı:2, 75-79.
5. Alparslan,Z.N. Ağrıdağ,G. (1995). Adana Karataş Merkezde Menopoza Giriş Yaşı Tespiti, Sağlık ve Sosyal Yardım Dergisi, Yıl:5, Sayı:4, 19-22.
6. Arısan,K. (1997). Klimakterium ve Menopoz, Propedötik Kadın-Doğum, Nobel Tıp Kitapevleri, 2. Baskı, 175-186.
7. Arslan,Ş. (2001). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi, <http://www.angelfire.com/rnb/esraeczanesi/sohbet/2001/yaslilik.html>
8. Aydemir,Ö. ve ark. (1999). Menopoz Döneminde Anksiyete ve Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt:10, Sayı:4, 268-274.
9. Bakım,B. Menopoz Döneminde Yaşanabilen Ruhsal Sorunlar, [www.isnet.com](http://www.isnet.com)
10. Batı,E. Menopoz, <http://acil.freesevers.com/menapoz.htm>
11. Battistini,M. (1998). Menopoz, NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çev. Ed.: Uçar Asena, 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, 391-407.

12. Bayraktar,R. Uçanok,Z. (2002). Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi, Aile Toplum Dergisi,  
<http://www.aile.gov.tr/AileT2/menopoz.htm>
13. Bayram,M. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Umutsuzluk ve Umutsuzluğun Öz-Bakım Gücüne Etkisinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
14. Bayramova,N. (2000). Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
15. Bayramova,N. Karadakovan,A. (2003). Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Hemşirelik Araştırma Dergisi (HEMAR-G), Cilt:5, Sayı:1, Ankara, 45-52.
16. Blumel, J.E. Castelo-Branco,C. Binfa,L. et al. (2000). Quality of Life After the Menopause:A Population Study, Maturitas, Vol:34, 17-23.
17. Bourgeois,F.J. Mullin,P.A. Veljoich,D.S. et al. (Ed.) (1997). Menopause, Obstetrics and Gynecology Recall, William&Wilkins A Waverly Company, 359-368.
18. Can,D. (1997). Postmenopozal Dönemdeki Kadınların Hormon Replasman Tedavisini Benimsememe Nedenleri ve Bu Tedavinin Menopozal Sendrom Üzerine Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara.
19. Carda,S.N. Bige,Ş.A. Öztürk,T.N. ve ark. (1998). The Menopausal Age, Related Factors And Climacteric Symptoms İn Turkish Women, Maturitas, Vol:30, 37-40.
20. Ceceli,E. Kısaoğlu,S. Saraçoğlu,M. ve ark. (2001). Postmenopozal Osteoporozda Egzersiz ve Kalsiyum Tedavisinin Etkinliği, Romatizma, Cilt:16, Sayı:2, 90-94.

21. Conboy,L. Domar,A. O'Connell,E. (2001). Women At Mid-Life: Symptoms, Attitudes, And Choices, An İnternet Based Survey, Maturitas, Vol:38, 129-136.
22. Coşkun,A. Ulaş,M.M. Sağlam,N. (1998). Menopoz ve Klimakterium, TUS Birincileri Ders Notları Serisi, Nobel Tıp kitapevi, 123-126.
23. Çağlı,S. (1995) Menopoz Dönemi Kadınlarının Uyum Düzeyleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi ,Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
24. Çay,G. (1998). Klimakterium Ve Menopoz Döneminde Hormon Replasman Tedavisi (HRT), Türk Hemşireler Dergisi, Cilt:48, Sayı:4, 12-15.
25. Danacı,A.E. Oruç,S. Adıgüzel,H. ve ark. (2000). Menopoz Döneminde Cinsel, Psikolojik ve Hormonal Değişkenlerin İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt:11, Sayı:4 , 293-299.
26. Davis,S.R. Briganti,E.M. Chen,R.Q. et al. (2001). The Effects Of Chinese Medicinal Herbs On Postmenopausal Vasomotor Symptoms Of Australian Women, The Medical Journal Of Australia, 174: 68-71. (<http://www.mja.com.au>)
27. Demir,Ü. Karacan,G. (2000). Orta Yaş ve Üzeri Kadın Sağlığı Sorunlarından Olan Osteoporozis Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt:3, Sayı:4, 53-56.
28. Demir,Ü. Karacan,G.E. (2001). Menopoz ve Cinsellik, Hemşirelik Forumu, Cilt:4, Sayı:6, 11.
29. Dennerstein,L. Helmes,E. (2000). The Menopause Transition and Quality of Life: Methodologic İssues, Quality of Life Research, Vol:9, 721-731.
30. Derebaşı,I. (1996). Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Ege Üniversitesi Öğrencileri Üzerinde Geliştirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.



31. Dilbaz,N. (1996). Yaşam Kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri, Psychomed, Cilt:2, Sayı:1, 20-24.
32. Durak,A. Palabıykoğlu,R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması, Kriz Dergisi, Cilt:2, Sayı:2, 311-319.
33. Erefe,İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, Çev. Ed. İnci Erefe, 169-188.
34. Eroğlu,K. (2002). Klimakterium ve Kontrasepsiyon, Klinik Bilimler & Doktor, Cilt:8, Sayı:3, 411-418.
35. Ertüngealp,E. (2002). Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Sonuçları, İstanbul:Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği ve Türkiye Jinekoloji Obstetrik Derneği .
36. Eskiuyurt,N. Akyüz,G. (2002). Osteoporoz: Genel Bir Değerlendirme, Osteoporoz Top 40, MD Yayıncılık, Ankara, 1-22.
37. Evlice,Y.E. (2002). Menopoz ve Depresyon,  
[http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/egitim/smn/2002-smn-menopoz ve depresyon.htm](http://lokman.cu.edu.tr/psychiatry/egitim/smn/2002-smn-menopoz_ve_depresyon.htm)
38. Freedman,R.R. (2001) Physiology of Hot Flashes, American Journal of Human Biology, Vol:13, 453-464.
39. Gözüm,S. Aksayan,S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler Ve Kültürlerarası Karşılaştırma, Hemşirelik Araştırma Dergisi (HEMAR-G), Cilt:5, Sayı:1, Ankara, 3-14.
40. Gülerman,C. Çelikkanat,H. Möröy,P. ve ark. (2000). Menopozal Kadınlarda Hormon Replasman Tedavisi Prevalansı, Klinik Bilimler&Doktor, Cilt:6,Sayı:2, 261-263.
41. Gülerman,C. Möröy,P. Çalickkanat,H. ve ark. (2000). Postmenopozal Kadınlarda Uzun Süreli Kontinü Estrogen ve Progesteron Replasman Tedavisinin Endometrial

- Histoloji ve Uterin Kanama Üzerine Etkileri, Klinik Bilimler&Doktor Dergisi, Cilt:6, Sayı:1, 116-118.
42. Güzeloğlu,S.A. (1996). Postmenopozal Kadınların Yaşam Kalitesinin Nottingham Health Profile (NHP) İle Sorgulanması, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği ,Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 46-47.
43. Harlow,B.L. Signorello,L.B. (2000). Factors Associated With Early Menopause, Maturitas, Vol:35, 3-9.
44. Hepgül,S. Menopoz nedir?, [www.kadinlar.com/genel\\_saglik/menopoz.htm](http://www.kadinlar.com/genel_saglik/menopoz.htm)
45. Hepgül,S. Osteoporoz=Kemik Ermesi, [www.kadinlar.com/genel\\_saglik/osteoporoz.html](http://www.kadinlar.com/genel_saglik/osteoporoz.html)
46. Hilditch,J.R. Lewis,J. Peter,A. et al. (1996). A Menopause-Specific Quality Of Life Questionnaire: Development And Psychometric Properties, Maturitas, Vo:24, 161-175.
47. ....Hormonların Etkisi, [www.betaferon.com.tr/tur/halk/4hormon.htm](http://www.betaferon.com.tr/tur/halk/4hormon.htm)
48. Hotun,N. (1996). Kadınların Klimakterium Dönemine Özgü Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
49. Işık,G. Vural,G. (2001). Menopoz Polikliniğine Başvuran Ve Hormon Replasman Tedavisi Başlanan Kadınların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri, Hemşirelik Araştırma Dergisi (HEMAR-G), Cilt:1, Ankara, 39-47.
50. İçmeli,C. Yılmaz,T. (1992). Premenopozal ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Depresyon Sıklığının Saptanmasında Beck Envanteri, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları Kitabı, 101-110.

51. Judd,H.L. (1994). Menopoz ve Postmenopoz, ÇAĞDAŞ Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi, Çev. Onur Karabacak, Kemal Göl, Bölüm 55, Martin L. Pernoll,MD, Barış Kitabevi, Cilt II, 1328-1357.
52. ...Kadından Kadına Farklıdır , [www.betaferon.com.tr/tur/halk/3kadından.htm](http://www.betaferon.com.tr/tur/halk/3kadından.htm)
53. ...Kadın Sorunları, <http://www.sanalpsikolog.com/KadinSorunlari.html>
54. Karacan,G. (1996). Hormon Replasman Tedavisi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:12, Sayı:1, 105-110.
55. Karakulak,A.Ç. Çubukçu,S. (2000). Osteoporoz ve Beslenme, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 1999-2000 Öğrenci Bülteni, 48-51.
56. Karasar,N. (1999). Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayın Dağıtım, Dokuzuncu Basım, Ankara.
57. Karanisoğlu,H. (1996). Klimakterik Dönem, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed. Anahit Coşkun , Vehbi Koç Yayınları, 1. Baskı, No:11, İstanbul, 204-211.
58. Kazerooni,T. Talei,A.R. Sadeghi-Hassanebadi,A. et al. (2000). Reproductive Behaviour İn Women İn Shiraz, İslamic Republic Of İnan, Eastern Mediterranean Health Journal, Vol:6, No:2/3, 517-521.  
([www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0602/43.htm](http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0602/43.htm))
59. Kılıç,S. (1988). Kadınların Menopoz Dönemi Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlık Tezi, Ankara.
60. Kocatepe,K. (2001). Osteoporoz (Kemik Erimesi),  
[www.mynet.com/iliskiler/042001/doktor36.asp](http://www.mynet.com/iliskiler/042001/doktor36.asp)
61. Kocatürk,U. (1997). Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, Ankara Üniversitesi Basımevi, 7. Basım, Ankara.

62. ....Menopause Basic,  
[www.menopause.org/edumaterials/guidebook/menobasic.pdf](http://www.menopause.org/edumaterials/guidebook/menobasic.pdf)
63. ....Menopause:What Is Menopause?,  
[www.nih.gov/health/chip/nia/menop/men2.htm#wim](http://www.nih.gov/health/chip/nia/menop/men2.htm#wim)
64. ....Menopause:What To Expect,  
[www.nih.gov/health/chip/nia/menop/men3.htm#ltem](http://www.nih.gov/health/chip/nia/menop/men3.htm#ltem)
65. Norris,J.A. (1999) Pre-,Peri-,Menopause and Beyond! ,  
[www.obgyn.net/displayarticle.asp?page=/women/articles/norris/norris\\_peri-beyond](http://www.obgyn.net/displayarticle.asp?page=/women/articles/norris/norris_peri-beyond)
66. Ofluoğlu,D. (2002). Osteoporozun Önlenmesi ve Güncel Tedavisi, Osteoporoz Top 40, MD Yayıncılık, Ankara, 23-26.
67. Onat,A. (2000). TEKHARF Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı, Ohan Matbaacılık, İstanbul,77-88.
68. Oskay,Ü. (2000). Klimakterium Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Sağlığın Korunup Geliştirilmesi, Hemşirelik Bülteni, Cilt:XII, Sayı:46, 53-63.
69. Oskay,Ü.Y. (1995). Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
70. Öncüoğlu,H.E. Öncüoğlu,C. (1997). Kadınlara Özgü Psikiyatrik Bozukluklar (1), Depresyon Dergisi, 2 (2), 43-49.
71. Öner,N. (1997). Beck Umutsuzluk Envanteri, Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, İstanbul, 305-307.
72. Öner,N. (1994). Psikolojik Testler Hakkında Genel Bilgiler, Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 3. Basım, İstanbul, 10-39.
73. Özdağ,N. (1998). Menopoz, Osteoporoz Ve Hormon Replasman Tedavisi, Hemşire Dergisi, Cilt:48, Sayı:2, 9-11.

74. Öztürk,M. (2002). Osteoporozdan Korunmada Kalsiyum Alımı ve Egzersizin Önemi, Osteoporoz Top 40, MD Yayıncılık, Ankara, 52-53.
75. Parlak,Ş. Atalay,C. Atalay,F. (1994). Postmenopozal Osteoporoz, Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni, Cilt:3, Sayı:4,162-166.
76. Pitkin,J. (2000). Contraception And The Menopause, Maturitas, Volum: 34 Supplument: 1, 29-36.
77. .... (1996). Research On The Menopause, Progress İn Reproductive Health Research, [www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/40/news40\\_1.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/40/news40_1.en.html)
78. Saraçoğlu,F. (1997). Menopoz Ve Hormon Replasman Tedavisi, Türk Hemşireler Dergisi, Cilt:47, Sayı:4, 37-48.
79. Savaşır,I. Şahin,N.H. (1997). Beck Umutsuzluk Ölçeği, Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 61-66.
80. Solak,M. (1998). Meme ve Meme Dışı Kanserli Kadın Hastaların Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
81. Soğukpınar,N. (1994). Menopoz Sonrası Gelişen Osteoporozla İlgili Bilinenler ve Hemşirenin Rolü, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Yıl:4, Sayı:1,16-20.
82. Sönmez,V. (1999). Bilimsel Araştırmalarda Yapılan Yanlışlıklar, Hemşirelik Araştırma Dergisi (HEMAR-G), Cilt:1, 13-28.
83. Sümbüloğlu,K. Sümbüloğlu,V. (2000). Biyoistatistik, Hatiboğlu Yayınları, Şahin Matbaası, Ankara.
84. Şahin.N.H. (2000). Kadınların Menopoza Yaklaşımları Ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelik Bülteni, Cilt:XII, Sayı:46, 43-52.

85. Şahin,N.H. (1998). Bir Kilometre Taşı: Menopoz, Çevik Matbaacılık, Savaş Ciltevi, İstanbul.
86. Şirin,A. (1995). Menopoz ve Getirdiği Sorunlar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:11, Sayı:2, 123-136.
87. Şirin,A. (1995). Kadın ve Menopoz, Ege Üniversitesi Basımevi, 1. Baskı, İzmir.
88. Şatıroğlu,H. (2000). Menopoz ve Yaşlılıkta Cinsellik, Antropoloji ve Yaşlılık Prof. Dr. Vedia Emiroğlu'na Armağan, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No:006, Ankara, 87-100.
89. Teoman,N. Özcan,A. Acar,B. (2004). The Effect Of Excercise On Physical Fitness And Quality Of Life İn Postmenopausal Women, Maturitas, Vol:47, 71-77.
90. Tezbaşaran.A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, İkinci Baskı, Ankara.
91. Tortumluoğlu,G. Erci,B. (2003). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:6, Sayı:3, 77-90.
92. Tortumluoğlu,G. Pasinlioğlu,T. (2003). Klimakterik Yakınması Olan Kadınların Alternatif Tedavi Yöntemlerini Uygulama Durumları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:6, Sayı:3, 64-76.
93. ....Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları Serisi (1996). Menopoz ve Klimakterium, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Genişletilmiş 5. Baskı, Bölüm:XXIV, Ankara, 385-388.
94. ....Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 (1999). Sağlık Bakanlığı Ana Ve Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara .

95. Uçanok,Z. (1994). Farklı Yaş Gruplarındaki Kadınların Menopoza İlişkin Belirtilerin, Tutumların ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
96. Valet,A. Goerke,K. Steller,J. (1994). Klimakteryum, Klinik Muayene Tanı ve Tedavi Acil Klavuzu Kadın Hastalıkları ve Doğum,Çev. Şahap Karaaliler, Genişletilmiş 2. Baskı, Yüce Yayınları, İstanbul, 441-445.
97. Yıldırım,Y.K. (2002). Diyaliz Hastalarında Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (Proje), İzmir.
98. Yıldırım,M. (1992). Puberte ve Menopoz, Klinik Jinekoloji, 2. Baskı, Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara, 54-62.
99. Yaman,P. (2003) Öğrenci Hemşirelerin Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Yayınlanmamış Mezuniyet Tezi, İzmir.
100. Yazıcı,K. Yazıcı,A. Biçer,A. ve ark. (2003) Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt:13, Sayı:2, 72-77. (www.psikofarmakoloji.org)

**EK-I: KADINLARIN DEMOGRAFİK VE KLİMAKTERİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞME FORMU**

Denek No:.....

**SOSYO-DEMOGRAFİK SORULAR**

1- Kaç yaşındasınız?.....

2- Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli                      2) Bekar                      3) Dul/Boşanmış

3- Eğitim Durumunuz Nedir?

- 1) Okur-yazar değil      2) Okur-yazar                      3) İlkokul mezunu  
4) Orta okul mezunu      5) Lise ve dengi okul mezunu      6)Yüksek okul-Fakülte mezun

4- Çalışıyor musunuz?

- 1) Evet                      2) Hayır (6. soruya geçiniz)

5- Çalışıyorsanız, ne iş yapıyorsunuz?

- 1)Ev Hanımı                      3) Emekli  
2) İşçi/ Serbest Meslek      4) Memur                      5) Diğer.....

6- En Uzun Süre Yaşadığınız Yer Neresidir?

- 1)İl                      2)ilçe                      3)Kasaba/Köy

7- Ailenizin Geliri Gidere Oranla Ne Durumdadır?

- 1) Gelir Giderden Az      2) Gelir Gidere Denk      3) Gelir Giderden Fazla

8- Tanısı konmuş sistemik bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet                      2) Hayır (10.soruya geçiniz)

9-Evet ise; hastalığın tanısı nedir? .....

**ALİŞKANLIKLAR**

10- Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet                      2) Hayır (13. soruya geçiniz)

11- Günde kaç adet içiyorsunuz? .....

12- Kaç yıldır içiyorsunuz? .....

13- Alkol alır mısınız?

- 1) Evet                      2) Hayır (16. soruya geçiniz)

14- Günde kaç kadeh içersiniz? .....

15- Kaç yıldır içiyorsunuz?.....



**OBSTETRİK**

16- Kaç kez gebe kaldınız? .....

- 1) 0 2) 1 3) 2 4) 3 5) 4 ve üzeri

17- Kaç kez doğum yaptınız? .....

- 1) 0 2) 1 3) 2 4) 3 5) 4 ve üzeri

18- Kaç kez düşük/kürtaj yaptınız?.....

**KLİMAKTERİK ÖZELLİKLER**

19- Menarş (ilk adet görme) yaşınız nedir? .....

20-Annenizin menopoz yaşı nedir? .....

21-En son adetinizi kaç yıl önce gördünüz? .....

22- Evde kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1) Eş 3) Çocuklar 5) Yalnız  
2) Eş ve çocuklar 4) Ana-baba 6) Diğer(bakıcı,vs)

23- En son çocuğunuz evden ne zaman ayrıldı? .....ay/yıl

24- Menopoz dönemini nasıl algıyorsunuz?

- 1)Rahatlama 2) Çocuk doğuramama 3) Yaşlanma  
4)Sıkıntı-Stres-bunalım 5) Kayıp 6)Diğer.....

25-Menopoz döneminin özellikleri ile ilgili bilgi aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır (27. soruya geçiniz)

26- Kimden, nereden bilgi aldınız?

- 1) Doktor 2) Hemşire,ebe 3) Psikolog  
4) TV, basın 5) Komşu,arkadaş 6) Birden fazla kaynaktan

27- Bilgi almak ister misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır (29. soruya geçiniz)

28- Nereden yada kimden bilgi almak istersiniz? .....

29- Neden bilgi almak istemiyorsunuz? .....

30- Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullandınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

31- Kaç yıl süre ile kullandınız?.....

32- Ne zaman bıraktınız?.....

## EK-II : MENOPOZA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

### TALİMATLAR

#### (Açıklayıcı Bilgiler)

Anketteki maddelerin her biri aşağıdaki örnek formundaki gibidir:

	Hiç sıkıntı vermedi	0	1	2	3	4	5	6	Aşırı sıkıntı verdi
GECE TERLEMELERİ	( )	( )	0	1	2	3	4	5	6
	Hayır	Evet							

Son aylarda bu problemi sizin yaşıyıp yaşamadığınızı işaretleyin.

#### **EĞER BU PROBLEMİ YAŞAMADIYSANIZ:**

“Hayır”ı işaretleyin.

	GECE TERLEMELERİ	(X)	( )	0	1	2	3	4	5	6
	Hayır	Evet								

Sonraki maddeye geçin.

#### **EĞER BU PROBLEMİ YAŞADIYSANIZ:**

“Evet”i işaretleyin ve sonra bu problemin sizi ne kadar rahatsız ettiğini yuvarlak içine alın.

	GECE TERLEMELERİ	( )	(X)	0	1	2	(3)	4	5	6
	Hayır	Evet								

Sonraki maddeye geçin.

Bu anket tamamen gizlidir. Sizin isminiz veya cevaplarınız arasında bir ilişki kurulmayacaktır. Bu nedenle siz bir maddeyi, herhangi bir nedenden dolayı tamamlamak istemiyorsanız, onu lütfen bırakınız ve diğer maddeye geçiniz.

## MENOPOZA ÖZGÜ YASAM KALİTESİ ANKETİ

Aşağıdaki maddelerin her biri için; geçmiş ayda problemi yaşayıp yaşamadığınızı işaretleyiniz. Eğer probleme sahipseniz, problemin ne kadar sıkıntı yaşattığını sınıflandırınız.

		Hiç sıkıntı vermedi						Aşırı sıkıntı verdi			
		0	1	2	3	4	5	6			
1. SICAK BASMASI, YÜZDE KIZARIKLIK	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
2. GECE TERLEMELERİ	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
3. TERLEME (GÜN İÇİNDE)	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
4. ÖZEL YAŞAMDAN MEMNUN OLMAMA	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
5. SİNİRLİ, ENDİŞELİ OLMA	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
6. HAFIZADA ZAYIFLAMA OLMASI	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
7. ESKİYE GÖRE DAHA AZ İŞ GÖREBİLME	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
8. KENDİNİ DEPRESİF (ÜZGÜN- MUTSUZ) HİSSETME	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
9. DİĞER İNSANLARA KARŞI SABIRSIZ OLMA	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
10. YALNIZ KALMA İSTEĞİ HİSSETME	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		
11. MİDE/BARSAKLARDA GAZ SANCISI, GAZ AĞRILARI	( ) ( ) Hayır Evet	→	0	1	2	3	4	5	6		

12. EKLEMLERDE VE KASLARDA AĞRI	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
13. YORGUN , BİTKİN HİSSETME	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
14. UYUMADA GÜÇLÜK ÇEKME	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
15. BOYUN ARKASINDA(ENSEDE), BAŞTA AĞRI	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
16. FİZİKSEL GÜÇTE AZALMA	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
17. DAYANMA GÜCÜNDE AZALMA	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
18. ENERJİSİNİN TÜKENDİĞİNİ HİSSETME	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
19. CİLTTE KURULUK	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
20. KİLO ALMA	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
21. YÜZ KILLARINDA ARTMA	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
22. CİLDİNİZİN GÖRÜNTÜSÜNDE, DOKUSUNDA,GERGİN LİĞİNDE DEĞİŞME	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
23. (BEDENDE) ŞİŞKİNLİK HİSSETME	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
24. BEL AĞRISI	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
25. SIK İDRARA ÇIKMA	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
26. GÜLERKEN, ÖKSÜRÜRKEN (İSTEM DIŞI) İDRAR KAÇIRMA	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
27. SEKS İSTEĞİNDE DEĞİŞİKLİK OLMASI	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
28. CİNSEL İLİŞKİ ESNASINDA VAJİNAL (HAZNE) KURULUK	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6
29. CİNSEL İLİŞKİ KURMAKTAN KAÇINMA	( ) Hayır	( ) Evet	→	0	1	2	3	4	5	6

### EK-III: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin altına (X) işareti koyunuz.

	Sizin için uygun mu?	
	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmak için de hiç bir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

EK-IV: BİLİMSEL ETİK KURUL ONAYI

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :B.30.2.EGE.0.82.00.00-21

Bornova /İZMİR  
05.05.2003

KONU :Araştırma hk.

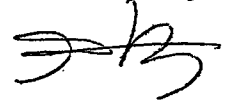
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doç.Dr. Ümran SEVİL'in sorumluluğunda Yüksek Lisans öğrencisi Özlem Demirel BOZKURT'un 01 Mayıs – 30 Ağustos 2003 tarihleri arasında yapması Planlanan "Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi" konulu araştırması 05.05.2003 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

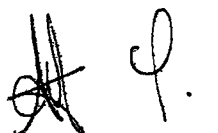
Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Oya hanım  
5/5  
A.

Prof.Dr. Ayla BAYIK  
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



E.Ü.HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU Yazı İşleri	
Kayıt Tarihi	5.5.03
Kayıt No	151
İlgili Büro	



EK-V: YAZAR ONAYI



Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre  
 2075 Bayview Avenue, Room E3-49  
 Toronto, ON M4N 3M5 CANADA  
 Tel: (416) 480-4753 Fax: (416) 480-4536



Department of Family and Community Medicine

September 19, 2003

Mr. Özlem Demirel Bozkurt  
 Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu  
 Araştırma Görevlisi  
 35100 Bornova-İzmir  
 TURKIYE

Dear Mr. Bozkurt:

Your fax was transferred to me. I am one of the authors of the MENQOL instrument. Your email address is not working.

I will include a copy of the original journal article. The appendices at the end of the article contain instructions about analysis. Since this was published, we have also decided that it is possible to calculate an overall score. This is done by calculating the mean of the 4 domain means. This work has been submitted for publication.

Please tell me how you plan to translate the instrument and to ensure the validity of the translation. After we discuss this, I want you to be aware that there is an updated but unpublished version that I will make available for translation.

Sincerely,

Jacqueline Lewis, MD MSc FCFP

JL:sg

Enclosure

EK-VI:DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI  
VE DOĞUM A.D. İZİN KAĞIDI



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Sayı: KO 267/03  
Konu:

İnciraltı-İZMİR  
03.06.2003

**BAŞHEKİMLİK MAKAMINA**

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 21.05.2003 tarih ve 930 sayılı Özlem Demirel Bozkurt'un, 20 Mayıs-30 Ağustos 2003 tarihlerindeki "Klimekterium önemindeki kadınların yaşam kalitelerinin ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi" konulu tez çalışması tarafımızca uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**Prof. Dr. Namık DEMİR**  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı



## ÖZGEÇMİŞ

1975 yılında Muğla Milas'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimini Aydın'da, lise öğrenimini Söke'de tamamladı. 1991 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenime başladı ve 1995 yılında mezun oldu. Aynı yıl Manisa Özel Spil Hastanesinde 6 ay Acil servis hemşiresi olarak görev yaptı. 1996 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Kalp Damar Cerrahi A.D.'da göreve başladı. 1999 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmaya başladı. 2001 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Supervisor olarak görev yaptı. Temmuz 2003 tarihinde Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'na Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen aynı kuruluşta çalışmakta ve yüksek lisansına devam etmektedir.