



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**40 YAŞ ÜSTÜ KADINLARIN MENOPOZ VE OSTEOPOROZA
İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Şirin ÇELİKKANAT

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

GAZİANTEP
Haziran 2012

T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**40 YAŞ ÜSTÜ KADINLARIN MENOPOZ VE OSTEOPOROZA
İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Şirin ÇELİKKANAT

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

GAZİANTEP
Haziran 2012

T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

40 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN MENOPOZ VE OSTEOPOROZA
İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Şirin ÇELİKKANAT

Tez Savunma Tarihi: 06/07/2012
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet Tarakçıoğlu
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Akif ŞİRİKÇİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmza

Prof. Dr. Hediye ASLAN

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Şirin ÇELİKKANAT

TEŞEKKÜR

“Gaziantep İli Şehitkamil ilçesine bağlı Yeni mahalle, Çıksorut mahallesi ve Umut mahallesinde yapılan, 40 yaş ve üzeri kadınların menopoz ve osteoporozla ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans Bitirme tezi alıőması Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET danıőmanlıęında tamamlanmıőtır.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini paylaőan ve sonsuz sabır gösteren kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET’e

Araőtırmam sürecinde bana varlığıyla destek veren canım oğlum Toprak Kaan ÇELİKKANAT’a ve hayatımın her aőamasında yanımda olan maddi manevi desteklerini esirgemeyen varlık sebebim Canım anneciğim Dürdane ÇELİKKANAT’a, canım babam Mehmet ÇELİKKANAT’a, tatlı kardeőim Serhat ÇELİKKANAT’a ve de benim güzel prensesim Őenay ÇELİKKANAT’a sonsuz teşekkür ederim.

Şirin ÇELİKKANAT

İÇİNDEKİLER

BEYAN	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar LİSTESİ	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Klimakterium ve Menopoz Dönemi	3
2.1.1. Menopozda Klinik Şekiller	7
2.1.2. Menopozu Etkileyen Faktörler	10
2.1.3. Menopozda Meydana Gelen Hormonal Değişimler	13
2.1.4. Menopoz Döneminde Görülen Sorunlar	14
2.1.5. Menopozda Tedavi Yöntemleri	30
2.1.5.1. Hormon Replasman Tedavisi	30
2.1.5.2. Alternatif Yöntemler	34
2.1.5.3. Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar	36
2.2. Kemikler ve Osteoporoz	38
2.2.1. Osteoporozun Sınıflandırılması	42
2.2.2. Osteoporozdaki Risk Faktörleri	45
2.2.3. Osteoporozun Teşhis ve Tanı Kriterleri	49
2.2.4. Osteoporoz Tedavisi	51
2.2.4.1. İlaç Tedavisi	51
2.2.4.2. İlaç Dışı Tedaviler	53
2.2.5. Osteoporozdan Korunma	54
3. GEREÇ VE YÖNTEM	56
3.1. Araştırmanın yapıldığı yer	56
3.2. Evren ve Örneklem	56
3.3. Araştırmanın Tipi	56
3.4. Veri Toplama Aracı	56
3.5. Araştırmada Uygulama	56
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	57
3.7. Araştırmada Etik	57
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	57
4. BULGULAR	58
5. TARTIŞMA	82
6. SONUÇLAR	98
7. ÖNERİLER	100
8. KAYNAKLAR	101
9. EKLER	109
9.1. Anket Formu	
9.2. İzin Belgesi	

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Premenopozal - Postmenopozal Kadınlarda Hormonların Ortalama Serum Düzeyleri	14
Tablo 2. Menopozdaki Belirtiler Görülme yılları ve Oranları	15
Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı	58
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık, Korunma, Hastalık Dağılımı	59
Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Beslenmelerine ait Özelliklerin Dağılımı	60
Tablo 6. Kadınların Menopoz ve HRT'ye İlişkin Bilgileri Dağılımı	61
Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Menopozal Şikayetleri Bilme Dağılımı	62
Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Menopoz İlişkin Bilgi ve Tutumları Dağılımı	63
Tablo 9. Menopoz Giren Kadınların Yakınma Dağılımları	64
Tablo10. Araştırmaya Katılanların Osteoporoz İlişkin Bilgi Tutum Davranışlar Dağılımı	64
Tablo11. Araştırmaya Katılanların Osteoporoz İlişkin Bilgi ve Tutumları Dağılımı	65
Tablo12. Güneş Işığında Kalma Sürelerinin Sosyo-Demografik Özelliklere Dağılımı	66
Tablo13. Kalsiyum Tablet Kullanma Oranlarının Sosyo-Demografik Özelliklere ve Menopozal Durumlarına Göre Dağılımı	67
Tablo14. Beslenme Şekillerinin Sosyo-Demografik Özelliklere ve Menopozal Durumlarına Dağılımı	68
Tablo15. Menopozal Yakınmalara İlişkin Bilgi Durumlarının Menopoz Girme Durumlarına Dağılımı	71
Tablo16. Menopozal Yakınmalara İlişkin Bilgi Durumlarının Menopoz Şekillerine Göre Dağılımı	72
Tablo17. Menopoz bilgilerinin Menopozal Yakınmalara Dağılımı	73
Tablo18. Menopoz Girme Durumlarının Menopoz ve Osteoporoz İlişkin bilgilerine Dağılımı	75
Tablo19. Mamografi Çektirme Durumlarının Sosyo-Demografik ve Menopozal Özelliklere Dağılımı	77
Tablo 20. Depresyon Geçirme Durumlarının Menopozal Özelliklere Dağılımı	79
Tablo 21. Osteoporoz bilgilerinin sosyo-Demografik özelliklere dağılımı	80
Tablo 22. Osteoporoz Öyküsü Bulunma Durumlarının Menopozal Özelliklere Dağılımı	81

ÖZET

40 YAŞ ÜSTÜ KADINLARIN MENOPOZ VE OSTEOPOROZA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Şirin ÇELİKKANAT

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

Gaziantep ili Şehitkamil İlçesine bağlı, Yeni mahalle, Umut mahallesi ve çıksorut mahallesinde oturan 40 yaş ve üstü kadınların menoz ve osteoporozla ilgili bilgi tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın evreni bu üç mahallede oturan 40 yaş ve üzeri 401 kadına Haziran-Temmuz-Ağustos aylarında anket uygulanmıştır.

Çalışmamıza katılanların %24,9'unun 50-55 yaşları, %23,4'ü 40-45 yaşları arasında, kadınların %95,8'inin evli, %44,9'unun okuryazar olduğu, %96,4'ünün ev hanımı olduğu, Araştırmaya katılan kadınların, %16,2'inin 1 düşük yaptığı, %7'inin 1 defa kürtaj olduğu, %75,3'ünün korunma yöntemlerini bildiği, %37,2'nin geri çekme yöntemi kullandığını, %43,4'nün korunma yöntemini 10 yıldan fazla kullandığı, %52,1'inin sistemik hastalığı olmadığı, %69,6'nın menozla girdiği, %22,7'inin 3-5 yıldır menozda olduğu, %67,3'ünün menozla doğal yolla girdiği, %89,5'inin menoz hakkında bilgisinin olmadığı, %82,5'inin mamografi yaptırmadığı, %5,7'inin mamografi yaptırmaya yaşının 46-49 olduğu, %98,3'ünün sık mamografi yaptırmadığı, %99,8'inin menozal sıkıntılarla nasıl baş edeceğini bilmediği, %59,1'inin beslenmede sebze ve tahılları tercih ettiği, %93,3'ünün Ca tablet kullanmadığı, %91,3'ünün güneş ışığında kalmadığı, %91,8'inin süt içmediği, %77,1'inin 1-2 kase yoğurt tükettiği, %68,3'ünün 1-2 bardak ayran tükettiği, %92,3'ünün sigara içmediği, içenlerin %3,7'inin günde 6-10 adet sigara içtiği gözlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %100'ünün alkol kullanmadığı, %78,8'inin kahve içmediği, %38,9'nun 3-4 bardak çay içtiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların güneş ışığında kalma süreleri ve kalsiyum tablet kullanma oranları ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Mamografi yaptırmama oranları ile menozal özellikleri ve sosyo-demografik durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Menozal özellikleri ile menozal yakınmaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelime; Menoz, Osteoporoz

ABSTRACT

Determination 40 years and older women's knowledge, attitudes and behaviours which is interested with menopause and osteoporosis

Şirin ÇELİKKANAT

Master Thesis, Department of Nursing

Public Health Nursing Graduate Program

Supervisor: Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

This thesis was made with aim to determine knowledge, attitude and behaviours of forty years and older women living in the New, Hope, and Çıksorut district which is dependent with Şehitkamil district in Gaziantep provincial. The universe of the study forty aged and over four hundred one women living in the three neighborhood were the universe of the study; and questionnaire was applied to them in June-July-August months.

In our study, it is determined that 24.9% of the respondents are 50-55 aged, 23.4% of them are between 40-45 ages, 95.8% of women are married, 44.9% of them are illiterate, 96.4% are housewives, 16.2% of the women in survey do one abortion, 7% had a abortion, 75.3% have information about preservation methods, 37.2% use the withdrawal method, 43.4% use protection method by more than 10 years, 52.1% don't have systemic illness, 69%, 6 have menopause, 22.7% is in menopause for 3-5 years, 67.3% have menopause with natural way, 89.5% don't have knowledge about menopause, 82.5% of women who have mammography, 5.7% of women who have mammography is in 46-49 years olds, 98.3% one third undergo frequently mammography, 99.8% would not know how we deal with adversity menopausal, 59.1% of women preferred diet of vegetables and cereals, 93.3% do not use Ca tablets, 91.3% third of the sunlight does not stay, 91.8% are milk-smokers, 77.1% consume 1-2 yogurt bowl, 68.3% one third 1 - 2 cups buttermilk consumed, 92.3% are non-smokers, smokers of 3.7% was observed that they smoke 6-10 cigarettes a day. 100% of the women surveyed do not use alcohol, 78.8% are coffee smokers, 38.9% drink 3-4 cups of tea. It is found relation between socio-demographic features with time of staying under the sun and ratio of usage calcium tablet. In addition, it is determined a meaningful relation between ratio of undergoing mammography, menopausal features, and socio-demographic situations. It is also found meaningful relation between menopausal features, menopausal complaint

Key words: menopause, osteoporosis.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihinde, üretkenliği ya da doğurma yeteneği ile birebir ilişki halinde olan kadının statüsü, onun bir birey olarak doğurma yeteneğini kaybettiğinde farklı şekillerde de doğal olarak değişime uğrar. Bu değişimin başlangıcı, kadında son adet kanaması ile simgeleşen menopozdur(1).

Menopoz Yunancada ay (men) ve sonlanma (pause) kelimelerinden türemiş olup, sozluk anlamı son adettir. Adet kanamalarının kesin olarak bitmesi anlamına gelmektedir(2,3,4).

Dünyada menopoza giren kadın sayısının hızla arttığı ve 2030 yılında bu sayının 1,2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir Menopoza giren kadın sayısındaki artış gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadın nüfusun fazlalığından dolayı daha hızlıdır. 2030 yılında dünyada menopoz dönemindeki kadınların %76'sının gelişmekte olan ülkelerde yasıyor olacağı öngörülmektedir(5). Kadının, yaşam kalitesini yükseltecek, sağlıklı ve mutlu yaşlanmasına yardım edecek bilgi ve deneyimleri edinmesine olanak tanımak gerekir. Bu durum tüm örgün eğitim kademelerinde uygulanan yöntemlerde değişiklik yapılmasını zorunlu kıldığı gibi, kadınların özellikle ilk adet görmelerinden menopoza kadar uzanan süreçte bu değişimlerden haberli olması ve değişime uyum sağlaması için yetişkin eğitim plan ve programlarının da eş zamanlı iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gerektirmektedir. Ayrıca kadının güç kaybına uğradığı menopoz döneminde, kadınların sorunlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi, onun toplumdaki yerini ve etkiliğini arttırmasına yardımcı olacak çalışmalar, yetişkin eğitiminin işlevlerinden birinin daha gerçekleşmesine olanak tanıyacaktır. Menopoz konusunda kadınlara verilecek eğitim, onların menopoz dönemini sağlıklı geçirebilmelerini ve sosyal hayata uyum sağlamalarını kolaylaştırmalarını sağlayacaktır. Bu konuda eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, hatalı alışkanlıkların ve tutumların değişmesine, kadının ve çevresinin dönemsel olarak kendisini algılayış biçiminin farklılaşmasına, evliliklerin huzurlu devamlılığına yarar sağlayacak, yetişkin eğitimi plan ve uygulamalarına yön verecektir(6).

Osteoporoz, düşük kemik kütlesi ve kemik dokusunun mikro yapısının bozulması sonucu, kemik kırılabilirliğinin ve olasılığının artması ile karakterize sistemik bir iskelet hastalığıdır. Bileği kırıklarından birinin görüldüğü bildirilmiştir.

Dünyada 200 milyon kişide görülen osteoporoz çok önemli bir halk sağlığı problemidir. Ulusal sağlık beslenme uzmanlarının raporlarına göre yaklaşık olarak 50 yaş üstü 14 milyon osteoporoz hastası, 15 milyon da osteopeni hastası belirlenmiştir. Yas ilerlemesine ve risk faktörlerine bağlı olarak 80 yaşın üstünde olan hastalarda yaklaşık %70 oranında osteoporoz görülmektedir. Osteoporoz yaşlı insanlarda en sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Elli yaş ve üzerindeki kadınların hayat boyu kardiyovasküler hastalık riski %40, osteoporoz riski %40, meme ve uterus kanseri riskinin ancak %15 olduğu; dolayısıyla osteoporozun kadınlarda önemli sağlık sorunlarından biri olduğu belirtilmektedir(7).

Bu çalışma kadınların iki önemli problemi olan menopoza ve osteoporozla ilişkin bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KLİMAKTERİUM VE MENOPOZ DÖNEMİ

Cinsel olgunluk devresinin sona ermesinden sonra bu dönem başlar(8). Fakat burada kesin bir sınır belirlemeye imkân yoktur. Bu geçiş, belli belirsiz meydana gelir. Genel olarak klimakterium'un ortalama olarak 45 yaşında başladığı kabul edilmektedir.

Klimakterium (climacterium) Yunanca bir kelime olup merdiven basamağı anlamına gelen "klimakterikoz" kelimesinden türetilmiştir(9). Bu dönem, kadın yaşamının üretkenlik (reproduktif) dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, övlerdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir ve kadın hayatında önemli bir aşamayı tanımlar. Çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin ortaya çıktığı bu dönemde en önemli olay menstruasyonun daimi olarak kesilmesi yani, menopozdur(10). Klimakterium dönemi yaklaşık 45 yaş civarında başlar ve menopozdan sonraki belli bir süreyi de içine alarak yaşlılık dönemi kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder (6,11,12).

Halk arasında aybaşı olarak bilinen adet kanamasının kesilmesi ve yumurtlamanın tamamen durması olarak tanımlanan menopoz, Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre "ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır". Kadında adet kanamalarının kesilmesi, üretkenlik ve doğurganlığın sonlanmasıyla başlayan menopoz süreci, ovaryum aktivitesinin yani yumurtalıklarla ilgili işlevselliğin yitilmesi sonucunda (son âdeti izleyen) 1 yıl sonunda doğurganlığın kesin olarak bitmesidir(13,14,). Menopozun kelime anlamı, son adet kanamasıdır(15). Ortalama 45-55 yaşları arasında, düzensiz adet kanamaları ile başlayan, âdetin tamamen kesilmesiyle sona eren kadın hayatındaki doğal bir dönemdir(13).

Toplumumuzda menopoz semptomları çoğunlukla ateş basması, terleme, sıkıntı, uykusuzluk vb. vazomotor semptomlar olarak algılanmakta ve bu şikayetleri atlatan kişiler menopozu yendik diyebilmektedirler. Ancak bu semptomlar bir buz dağının yalnızca su yüzeyinde görülen kısmıdır. Bugün menopozla çağdaş bir şekilde uğraşmaya çalışan araştırmacılar ve tedavisini yönlendiren klinisyenler osteoporoz, üriner inkontinans, kalp damar hastalıkları, beyin fonksiyonları gibi su altında kalmış ciddi sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedirler. Tüm bu yaklaşımların amacı 40-50 yaşlarında menopoza girecek kadınlarımızı 70'li yaşlarına sağlık içinde hazırlamaktır(14).

Kadınların her biri menopoz dönemini farklı biçimde yaşar. Bu kültürle ve kadının menopoz olayına bakış açısı ile ilgilidir. Kadının menopoza ilişkin bilgisi, yaklaşımı ve beklentileri ortaya çıkan sıkıntılarını belli oranda etkilemektedir. Kadınların menopoz konusunda bilinçlendirmesi konusunda yapılacak çalışmaların onların bireysel farklılıklarını göz önünde tutarak yapmakta yarar vardır.

Yapılan araştırmalar, menopoz belirtilerinin şiddetiyle toplumun kültürü ve menopoza bakış açısı arasında yakın ilişki olduğunu göstermektedir. Menopozun doğal bir süreç olmasına karşın, menopoz süreci ile meydana gelen değişiklikler özellikle Türk kültüründe ciddi beden ve ruh hastalıklarına neden olabilmektedir. Menopoz, kadınların hayatında kaçınılmaz bir süreç olmasına karşın onların bilgi ve eğitim düzeyine paralel olarak yaşanan olası sıkıntıların en aza indirilmesi mümkündür. Üreme yeteneği kaybının önlenmesi konusunda, tıp alanında yeni buluş ve yöntemler, kadının üretkenlik yeteneğini kaybetmekle birlikte yaşadığı işe yaramazlık duygusundan da uzaklaşmasına yardımcı olabilecek bir değişimdir. Buna karşın, menopoz, er geç yaşanacak doğal bir süreçtir(13).

MENOPOZUN TARİHÇESİ: Bilimsel olarak tıp Rönesans'tan sonra gelişmeye başlamıştır. Bu devreden sonra ölümlerde otopsiler yapılabilmüş, insan organlarının özellikleri saptanmaya başlanmıştır. Menopoz konusuna gelince, ancak 19. Yüzyılda modern tıp açısından en çok Fransız tıp araştırmacılarının bu konuyu fizyolojik bir olay olarak nitelendirmeleri sonucu, ilk defa bu ülkede incelemeler başlamış ve olay hakkında teoriler ileri sürülmüştür. Özellikle 1890'lı yılların başından itibaren menopoz ile ilgili çalışmalar giderek artmıştır(16). Eldeki bilgilere göre ilk defa 1776 yılında İngiltere'de Fothergill "Medical Observations and Inquiries" adlı dergide, kadında yaşlanınca ortaya çıkan adet kesilme konusu ele alınmış ve hatta çözümünü değerlendirme yönünde tartışmalar açılmıştır(17).

Fransa'da Gardanne 1816 yılında, menopozu çeşitli yönleriyle ele almış, bu konudaki görüşlerini bir kitapta toplamıştır. Bu araştırmacı, bir bakıma menstruasyonun kesilmesi anlamında "La Menespausie" deyimini ortaya atan ilk kişidir. Daha sonra da aslı eski Yunancadan gelen bu iki kelime "men" ve "pause" (adet/ay kesilmesi), kadınların bu devrelerini ifade eden deyim olarak günümüze kadar gelmiştir(17,18). Tilt 1857 yılında İngiltere'de ilk defa 500 klimakterik kadını incelemiş, bu kadınların sıkıntılarının ciddiyetini ortaya koyarak onların rahat etmeleri için tedaviler geliştirilmesini önermiştir. Fraenkel, Almanya'da 1903 yılında menopoz hakkında çok ciddi araştırmalar yapmıştır. Premenopoz ve menopozda over fonksiyonunun bozulması

sonucu ortaya çıkan östrojen azalmasına bağlı olayları (ateş basması, çarpıntı, depresyon, vs.) tanımlamıştır. Bu dönemden sonra menopoz konusu üzerindeki araştırmalar hızla devam etmiştir(18).

Menopoz konusundaki ilk uluslararası kongre Fransa'da (Haziran 1976) La Grande Motte'de yapılmıştır. Ülkemizde menopozun ciddi olarak değerlendirilmesi 1970'li yıllardan sonra olmuştur. 1985'li yıllardan sonra östrojen ile endometriyum ve meme kanseri ilişkilerine aydınlık getiren geniş hasta sayısına dayalı yayın ve araştırmalar, menopozda hormon tedavisini yaygın hale getirmeye başlamıştır. Günümüze gelindiğinde, özellikle menopozda hormon tedavisi konusundaki çalışmaların hızla devam ettiğini görmekteyiz(19).

MENOPOZ FİZYOLOJİSİ: Menopozu her yönü ile tanımlayabilen tek bir teori yoktur. Gebeliğin 42. Gününe kadar farklılaşmamış gonadlarda bulunan 300-1300 kadar primordial germ hücresi; ogonia ya da spermatozoa olur. Dişilerde, bunlar mitoz sonrası oogoniayı yapar. Oogonialar çoğalır ve gebeliğin sekizinci haftasında yaklaşık 600.000, gebeliğin 20. haftasında ise yaklaşık 6- 7 milyonu bulur. Tahminlere göre, bunlardan sadece 700.000-2 milyonu primordial folikülleri oluşturur. Yani, değişken fakat sınırlı sayıda primordial folikül bulunmaktadır(20). FSH'ın hızla artışı sonucu LH / FSH dengesinin FSH lehine bozulması, folliküllerin erken olgunlaşması ve oosit kaybı menopozda önemli etkenleri teşkil etmektedir. FSH'ı inhibe eden ve overlerden salgılanan İnhibin'in yaşlanma ile birlikte bir azalma göstermesi belirleyici bir faktör olmaktadır(2).

Menopozdan 2 – 3 yıl sonrası, reproduktif dönemin folliküler fazındaki bir kadın ile karşılaştırıldığında; FSH 10 kat, LH ise 3 kat artmıştır. Bu bulgu doğrultusunda yaşlanma için inhibin azalışı ve FSH artışı belirleyici faktördür(21).

Menarş'da overlerde ortalama 380.000 oosit mevcuttur. Belli bir primordial folikülün ovulasyon veya atreziye gitmesini saptayan faktörler bilinmemektedir. Pubertedeki toplam oosit sayısı ve atretik surecin verimliliği, menopoz yaşını belirler. Doğumda overlerde var olan primordial foliküller, ovulasyon veya foliküler atrezi sonucunda tükenir.

45 yaşına ulaşan kadında, ortalama 5000-20.000 kadar oosit kalır. Zamanla foliküller azaldıkça, overden salgılanan steroid hormonlar da azalır. Primordial foliküllerin sayısının azalması yanında gonadotropinlere olan duyarlılıkları da azalır. Menopoz, kadınlarda iki surece bağlı gelişir: gonadotropinlere duyarlı oositler overde tükenirken, geride kalan az sayıdaki oositler de gonadotropinlere yanıt vermezler.

Yapılan histolojik gözlemlerde, postmenopozal dönemdeki kadınların ovaryumlarında da bazen primordial foliküller bulunmuştur. Bu, fonksiyonel olarak normal olan foliküllerin daha önce tüketildiğini düşündürür. Bunun sonucunda, kadın yaşlandıkça, gonadotropine direnci artmış ve hormonal aktivitesi azalmış foliküllere sahip olur . Âdetin 40 yaşından önce kesilmesi, prematur menopoz ya da prematur ovaryan yetmezlik olarak adlandırılır(2,22).

MENOPOZ YAŞI: Yaşam süresinin uzaması sonucunda görece olarak, menopoz sonrası (postmenopozal) dönem uzamıştır. Bir kadın, yaşamının ortalama üçte birini postmenopozal dönemde geçirmektedir. 2050 yılında dünya nüfusunun %20'den fazlasının yaşlı insanlardan oluşacağı ve kadınların ortalama yaşam süresinin 81 olacağı tahmin edilmektedir.(menopoz ve hrt östrojen) Bu dönem, kadın yaşamının önemli dönüm noktalarından biridir. Menopoz sonrası dönem her kadın için fizyolojik olsa da; kimi istenmeyen patolojik sonuçlardan kaçınabilme ve yaşam kalitesini sürdürebilme açısından önemlidir(23).

Dünyada menopoza giren kadın sayısının hızla arttığı ve 2030 yılında bu sayının 1,2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Menopoza giren kadın sayısındaki artış gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadın nüfusun fazlalığından dolayı daha hızlıdır. 2030 yılında dünyada menopoz dönemindeki kadınların %76'sının gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olacağı öngörülmektedir(24).

Menopoz yaşı ile ilgili farklı araştırma sonuçları olmasına rağmen, dünyada menopoz yaşı ortalaması 51 olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde ortalama menopoz yaşı 48-52 arasındadır. Menopoza girme yaşı genellikle kalıtımla belirlenir(25). MÖ.1000 yılında insanın yaşam süresi ortalama 18 yıl olduğu ancak MS. 100 yılında 25 yaşa ulaştığı, 1900 yılında ise Amerika'da menopoza girme yaşının, 49 yaşa çıktığı bilinmektedir. Buna karşılık menopoza girme yaşı Roma İmparatorluğu zamanında 30 yaş altı iken, orta çağda 33 yaş, 19.yüzyılda 38 yaş, 1900'lü yıllarda 41- 50 yaşları arasında değişmektedir. Irklar arasında da farklılıklar görülmektedir. Amerika'da ortalama 51.4 iken Japonya'da 50 civarında olduğu bilinmektedir(13).

Endüstrileşmiş toplumlarda ortalama menopoz yaşı 49-51,5 iken, Hindistan, Pakistan, Filipinler, Nijerya gibi toplumlarda 43-48 civarında saptanmıştır. Afrikalı kadınların beyaz kadınlara göre menopoza daha geç girdiğinin gözlenmesi, etnik köken ile menopoz yaşı arasında ilişki olabileceğini göstermiştir(23).

Günümüzde bir kadının ortalama yaşam süresi beklentisi 79. 7 yıldır. Bu veriler gelişmiş ülkelerin yaş ortalamasından daha düşüktür. Menopoza girme yaşı, adet

görmeye başlama yaşı, medeni hal, iş ve meslek sahibi olma, doğurganlığın niteliksel ve niceliksel durumu, sosyo-ekonomik durum, sigara ve alkol kullanma, doğum kontrol hapı kullanma, iklim şartları, yaşam tarzı, spor, beslenme, aile ilişkileri ve kalımsal özelliklerden etkilenir. Örneğin, erken adet gören bayanlar menopoza geç girer. Erden kadınlar, çalışan kadınlar, sigara içenler, yüksek rakımda yaşayanlar, menopozu daha erken yaşarken; çok doğum yapanlar, yüksek sosyo-ekonomik şartlarda yaşayanlar, spor yapanlar, sağlıklı beslenenler, doğum kontrol hapı kullananlar menopozu daha geç yaşayabilirler. Menopoza girme yaşı kalımsal olarak belirlenmiştir. Kalıtım, menopozda büyük rol oynar. Bununla birlikte yaşam tarzı, stres ve ani geçirilen şoklar da menopoza girme yaşını ve zorluğunu etkiler. Çağlar boyunca insanın ortalama yaşam süresinin uzamasına ve ilk adet görme yaşının düşmesine rağmen menopoza girme yaşı konusunda bir değişiklik olmadığı görülmektedir. Ortalama 40 yaşından sonra menopozla ilgili belirtilerin başlaması, genel olarak 50 yaş civarında menopoza kesin olarak girilmekte olduğunu söylemek mümkündür. Adet görme yaşı, medeni hal, çalışma koşulları, doğum sayısı, sosyo-ekonomik durum, sigara kullanmak, yüksek rakımda yaşamak, eğlenme, spor, beslenme ve yaşam tarzı, eşin mesleği de menopoz yaşını etkileyen faktörler arasında olmasına karşın her kadın menopoz belirtilerini ve sıkıntılarını farklı yaşamaktadır(13).

2.1.1. MENOPOZDA KLİNİK ŞEKİLLER

Doğal Menopoz ve Evreleri: Doğal menopoz, overyal fonksiyonların ortadan kalkması sonucu adetlerin kalıcı olarak kesilmesidir(26).

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

Perimenopozal Dönem: Menopoz öncesinde, yaklaşan menopoza ilişkin klinik, biyolojik ve endokrinolojik herhangi bir belirtinin başlamasından itibaren son menstruel periyodu izleyen bir yıllık süreyi de içerisine alan dönemdir(27).

Postmenopozal Dönem: Östrojen hormonunun eksikliğinin, bedenin fizyolojik ve psikolojik dengesi üzerine sistematik etkiler oluşturmaya başladığı andan, yaşlılık dönemine kadar geçen süreyi kapsayan ve yakınmaların fazla olduğu döneme

postmenopozal dönem denir. Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilité ortadan kalkmıştır(28,29).

Cerrahi Menopoz: Doğal menopozdan önce her iki overin, histeroktomi ameliyatıyla birlikte ya da sadece bilateral salphingo ooforektomi (BSO) ile çıkarılması sonucu oluşan menopoz, cerrahi menopoz olarak tanımlanmaktadır.

Histeroktomi ve ooforektomi birçok ülkede kadınlara en sık yapılan ameliyatlardan biridir. 1980 yılında İngiltere’ de yapılan bir çalışmada, 45 milyon civarında nüfusu olan Britanya adasında yılda 60 milyon histerektomi yapıldığı yayınlanmıştır. Amerika Birlesik Devletlerinde (A.B.D) klinik çalışmalardan elde edilen verilere göre, her yıl 600 000 histerektomi ve 300 000 ooforektomi yapılmaktadır. A.B.D’ de yaklaşık 10 milyon kadının cerrahi yolla menopoza girdiği sanılmaktadır. Nüfusu 65 milyon olan ülkemizde, son yıllarla yanlış endikasyonlarla yaygın olarak yapıldığına inanılan histerektomi sayısının yıllık yaklaşık 150.000-200.000’den fazla olduğu sanılmaktadır (26). Histerektomi ve ooforektomi ameliyatları sonrasında, kadını cerrahi menopoz dediğimiz yeni bir fizyolojik statüye sokmaktadır. Bu statü, doğal menopozdaki kadının girdiği vücut statüsünün benzeridir. Ancak bu tip menopozdaki kadınlarda; menopozal semptomlar daha ağır ve daha sık yasadıkları kabul edilmektedir.

Cerrahi menopoz; sadece histeroktomi yapılan kadınlarda menopoz ve histeroktomi ve ooforektomi geçiren kadınlarda menopoz olmak üzere iki başlıkta incelenebilir(30).

Histerektomi Ameliyatı Yapılan Kadınlarda Menopoz: Bu tip kadınlarda overe giden damarların kan akımında akut bir düşme olmadığı için over fonksiyonlarındaki azalmada yavaş gelişir. Araştırmacılar 12 ay süresinde kan östrojen düzeyinde çok yavaş düşüş olduğunu saptamışlardır. Overin operasyon esnasında, yeterli kan ile beslenememesi ve oksijen açısından yetersizlik sonucunda over histolojisinde bir takım değişiklikler olmaktadır.

Bunun sonucu olarak, gonadotropin düzeyi yavaş yavaş yükselmeye baslar. Diğer yandan ise over intertisyel dokunun ürettiği androjen hormonlarının kan düzeyini düşürür. Kan hormon düzeyindeki bu değişimin, doğal yolla menopoza giren kadındaki düzeye erişmesi 2-5 yıl sürmekte ve hatta bazen bu süre uzayabilmektedir.

Histerektomi ve Ooforektomi Ameliyatı Yapılan Kadınlarda Menopoz: BSO geçiren kadınlarda, 24 saat içinde premenopozal devredeki östrojen kan düzeyine göre %80 civarında bir düşme gözlenir. Bu kadınlarda; over bağ dokusunda yapılmakta olan androjenlerin ortadan kalkmasına bağlı kan androjen seviyesinde şiddetli bir düşme

olur ve bu düzey premenopozdaki kadının kan androjen düzeyinin %30'una iner. Çünkü fizyolojik menopoza giren over bir iç salgı bezi fonksiyonu göstermeye devam eder ve kadının testosteronunun %50'sini androstenedionunun da %30'unu üretir. Cerrahi menopozda; BSO ameliyatı sonrası menopoza giren kadınlarda, sadece histerektomi ameliyatı sonrası menopoza giren kadınlara göre süreç çok daha hızlı ve şiddetli ilerlemektedir. Bunu destekleyen başka bir gerçekte; cerrahi menopozda eğer overler muhafaza edilirse menopozun erken ve geç semptomları overi çıkarılanlara göre daha geç ve yavaş gelişmektedir(26).

Erken Menopoz: Adetten kesilme 40 yaşından erken gerçekleşmişse buna "erken menopoz" denilmekte, tıbbi literatürde "prematür menopoz" olarak adlandırılmaktadır(31). Menopozun 30 yaşından daha erken ortaya çıkması durumuna ise "Prematür Ovaryen Yetmezlik" adı verilir. Bu şekilde yumurtalıkların çok erken dönemde tükenmesi, kadınlarda psikolojik ve fizyolojik yönden pek çok problemi de beraberinde getirir. Prematür menopoz nedenleri multifaktoriyel olarak değerlendirilmektedir. Etkileri kesin olmamakla birlikte nedenleri şu şekilde sıralanabilir: Menarş yaşı, sosyoekonomik durum, sigara ve alkol kullanımı, doğum kontrol haplarının kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve genetik faktörler. Prematür menopoza neden olan bu faktörlerin belirlenmesi, bu bireylerin menopoz dönemini en hafif şekilde geçirmelerine ve prematür menopoz gerçekleşmeden önce risk tayini yapılabilmesine olanak verecektir(24).

PREMATÜR MENOPOZ VE NEDENLERİ

Genetik Nedenler: Prematür menopoz olan hastaların % 40'ında genetik nedenler görülmektedir. Prematüre menopozlu hastaların yaklaşık %5'i bu hastalığın kalıtsal bir eğilim gösterdiğini doğrulayan bir aile öyküsüne sahiptir¹⁷. Genetik geçiş sekli X' bağlı, otomozomal dominant veya resesif olabilmektedir. Ancak genetik geçişin nasıl olduğu konusunda kesin bir veri ortaya konamamıştır. Bu ailelerde erkek bireylerde bir bozukluk görülmemektedir.

- a. Turner Sendromu
- b. X-kromozomu defektleri
- c. Enzim Eksiklikleri
- d. Follikül Uyarıcı Hormon Reseptöründe Genetik Mutasyonlar
- e. Perrault Sendromu
- f. Ataxia-telenjektazia
- g. inhibin geni bozuklukları

h. Yumurtalıkların Viruslara Bağlı Enfeksiyonları:

1. Kemoterapi ve Radyoterapi

i. Bağışıklık Sistemine ait Bozukluk(19).

Geç Menopoz Devresi: Nörovegetatif sistem ovarial hormonların ileri derecede azalmasına artık alışmıştır. Vegetatif ve psişik bozukluklar ortadan kalkmıştır onun yerine organik bozukluklar görülür. Genital organlarda, (Vaginada darlık, Pruritus vulva, Kolpitis senilis, vb.) deride, (buruşma, vb.) ortopedik olarak eklemlerde ve kemiklerde, (Osteoporoz, vb.) mesanede, (İrritabl mesane vb.) damarlarda (Periferik kanlanma bozuklukları, vb.) acil şikâyetler ön plandadır(23).

2.1.2. MENOPOZU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Menopoz dönemindeki kadın psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin etkisi altında kalmaktadır. Bu faktörler bazılarını olumlu etkilerken bazılarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle bu konunun değerlendirilmesi kültürlere ve bireylere göre yapılmalıdır. Hayatlarında en önemli rolünün çocuk doğurmak olarak kabul eden kadınlar için menopoz bir “son”u sembolize etmektedir. Bazı kadınlar için ise menopoz fiziksel yeteneklerin, enerjinin ve çekiciliğinin kaybı olarak algılanmaktadır. Batı kültüründe yaşam tecrübesinin kazandırdığı bilgeliğin değeri olmadığı için yaşlılar, statü, fonksiyon ve rol kaybının sıkıntısını yaşamaktadırlar(6).

Kadınların statü kazandığı kültürlerde (örneğin Hindistan, Uzakdoğu, Güney Pasifik adaları gibi) durum tam tersidir ve bu toplumlarda menopozdaki kadınlar arasında depresyon görülmemektedir. Menopozu kayıp olarak değerlendiren kadınlar için ise depresyon kaçınılmaz denmektedir. Bizim kültürümüzde de yaşlanmak kadına aile ve toplum içinde statü kazandırmaktadır. Kadınların yaşamdan kazandıkları bilgelikleri, gençlik değerlerinden daha önde tutulmaktadır. Bu nedenle kadınların gençliğin, güç ve enerjinin, rol ve fonksiyon kaybını kompanse edebilecek seçenekleri vardır.

Menopozun çeşitli yönleri evrenseldir ve dünyanın çeşitli bölgelerindeki tüm kadınlar tarafından paylaşılmaktadır. Ancak menopoz yaşının hangi olaylardan etkilendiği hala bir araştırma konusudur. Ortaya pek çok faktör atılmış olmasına karşın söz konusu faktörlerin kesin olduğuna dair görüş birliği yoktur. Bu faktörler aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür(21).

Menopoz Yaşını Etkileyen Faktörler:

- Coğrafya, Irk ve Gelişmişlik Düzeyi
- Kalıtım
- Menarş Yaşı
- Evlilik Durumu ve İş
- Genital Faktörler
- Sigara Kullanımı
- Doğurganlık
- Psikolojik Faktörler
- Sosyoekonomik ve Sosyokültürel Faktörler(32).

Beslenme: Kadının menopoz sürecini sağlıklı geçirebilmesi ve yaşam kalitesini arttırması için, menopoza girmeden önce ve menopoz döneminde beslenme biçimi oldukça önemli bir paya sahiptir. Yaşamın her döneminde günlük besin ögesi miktarı ve çeşidi farklılıklar gösterir. Ancak menopoz döneminde yaşlanmaya bağlı değişiklikler de göz önüne alınarak beslenme şekli değiştirilmelidir. Menopoz, kadının metabolizmasında, özellikle yağ metobolizmasında yarattığı değişikliklerle kolesterol artışına ve damar sertliğine neden olmaktadır. Kalp hastalıklarında, hipertansiyon oluşumunda risk yaratan bu durum gibi östrojen hormonun azlığı ile sonuçlanan kemik metobolizmasında ki değişimde kalsiyum fosfor emilimini azaltarak kemik erimesine zemin hazırlamaktadır. Aynı miktarda kalori alımına karşı, menopoz döneminde vücut ağırlığında artma olmaktadır. Bütün bu değişiklikler kadının beslenme biçimini de değiştirmesini zorunlu kılmaktadır(20).

Bu nedenle menopoz döneminde kadınların günlük beslenmesi vitamin ve mineral içermelidir. Yağ (özellikle doymuş yağ) ve şeker alınımını azaltmak ve besin öğelerinin alımında lif miktarını artırmak ideal kiloyu korumak açısından da önem taşır. Obesite, meme, endometrium (rahim iç tabakası) kanserleri ve kardiovasküler hastalıklar açısından risk faktörü oluşturduğu için yaş ilerledikçe kilo alma eğilimine karşı koymak çok önemlidir. Çünkü yaşla birlikte bazal metabolizma hızı azalmaktadır Tuz kısıtlaması gerekli olup, kolesterol kontrolü için de bitkisel yağların kullanımı önem taşımaktadır.

Kemik kuvvetini maksimum hale getirmek için 19- 49 yaşlar arasında 1000 mg. 50 yaş civarında ise 1000- 1500 mg. kalsiyum alınması gerekir. Kapalı iklimli ülkelerde ya da güneşten uzak yaşayanların kalsiyum emilimini artırmak için günde 400- 800 IU D

vitamini alması gerekir. Yaz ayları boyunca cilt yolu ile yeterli D vitamini yapacak gün ışığı alınır. D vitamini içeren başlıca besinler ise balık, yumurta ve süttür. Bazı kadınlar fitoestrogen (bitkisel estrogenler) alımını artırdıkları zaman sıcak basmalarında, vajinal kurulukta ve diğer menopozal belirtilerinde rahatlama hisseder. Östrojen benzeri bazı özellikleri olan bu bileşikler, soya fasülyesi ürünlerinde (soya sütü, tofu), tüm buğdaygiller ve bazı meyve ve sebzelerde bulunurlar. Osteoporosis, kalp hastalıkları ve meme kanseri üzerindeki etkileri de halen araştırılmakta olup, bu maddelerin günlük ne kadar alınacağı konusunda henüz görüş birliği yoktur. Tipik bir Asyalının diyetinde günde 20- 50 gr. Soya proteini vardır. Bazı Asya ülkelerinde sıcak basması şeklinde bir yakınma olmadığı gibi meme kanseri de batı ülkelerinde olduğundan daha azdır. .Vitamin A ve E içeren ve sebzelerden zengin dengeli bir diyet ve bol su cildi besleyerek yumuşatır(20)

Yaşam Biçimi: Kadının yaşam biçimi, sosyal ilişkileri, hobileri ve egzersiz yapıyor olması gibi onu yaşama bağlayacak birçok uğraş, onun sağlıklı bir menopoz süreci ve yaşlılık dönemi geçirmesine yardım edebilir. Egzersiz, dolaşımı ve cilt beslenmesini olumlu yönde etkiler. Kadınların menopoz döneminde, işe yaramazlık duygusu yaşamalarının bir nedeni de sosyal yaşamdan uzak olmalarıdır. Bu anlamda boş zaman etkinlikleri onların olumsuz duygulardan arınmalarına katkı sağlayacaktır. Düzenli fiziksel aktivite kemik ve kasları kuvvetlendirir, denge, esneklik ve çevikliği de artıracığı için kemik kırılma riskini de engeller. Egzersiz kalbi kuvvetlendirir, kemik kaybını yavaşlatır, kendine güveni artırır, stresi azaltır, ideal kiloyu korumada çok önemli rol oynar. Haftada 3 kez fiziksel aktivitede bulunmak sağlık ve dış görünüş için yararlıdır. Bu aktiviteler menopoz dönemi sonrasında olası kalp ve kemik hastalıklarından korunmada etkilidir(7).

Sigara Ve Alkol Kullanımı: Menopoz döneminde sigara, alkol ve aşırı kahve tüketmemek gerekir. Bunların fazla kullanımından ortaya çıkacak uyku bozuklukları ve stresten de uzaklaşılmalıdır. Birçok kadının, kahve ve çay alımını azalttıklarında sıcak basması ve idrara çıkma sıklıklarının azaldığını ifade ettikleri bilinmektedir.

Sigara ciltte yaşlanmayı ve özellikle ağız etrafındaki kırışıklıkları artırır. Sigara estrogen seviyesini azaltarak adet düzensizliklerine, erken menopoza ve osteoporozla yakalanma riskinin artmasına neden olur. Sigara içenler ayrıca akciğer, ağız, gırtlak, rahim ağzı ve mesane kanserlerine, kardiyovasküler ve kronik akciğer hastalıklarına daha sıklıkla yakalanırlar(13).

Hastalıklar: Kanser tedavisi görmüş, kimyasal tedavi uygulanmış, şeker hastası, tiroidle ilgili hastalıklar geçiren, kromozomlarla ilgili bozukluklara sahip olan, çocuk sahibi olmak için ilaç kullanan, virüslerin yol açtığı iltihaplara yakalanan kadınların, erken menopoza girme ihtimalleri yüksektir. Kabakulak gibi bulaşmalar geçiren kadınlarda yumurtalık iltihabı görülebilmekte, yumurtalık tahribatı nedeniyle erken menopoza yol açma riskini artırmaktadır(13).

2.1.3. MENOPOZDA MEYDANA GELEN HORMONAL DEĞİŞİMLER

Östrojen: Kadınlık hormonu olan östrojen, kadın vücudunun şekillenmesinde ve üretkenliğinin devamlılığını sağlanmasında anahtar rol oynamaktadır. Östrojen, endometriyal glandlar, stroma ve miyometrium üzerine uyarıcı etkisi yanında, vajinal ve üretral epitelde proliferasyon etkisi vardır. Östrojen etkisi ile genital sistemde kan akışı artışına servikal glandlarda sekresyon artışı da eşlik etmektedir. Diğer taraftan progesteron ve LH'nin reseptörlerinin yapımını arttırmaktadır. Pubertede, kadınlarda sekonder seks karakterlerinin gelişiminden sorumlu olan östrojen, genital organlar dışında da meme dokusuna ait duktal sistemin lineal gelişimini uyarmaktadır(33).

Östrojen iskelet sisteminin büyümesini sağlamakta ve korumaktadır. Ayrıca kalp ve damarları, iyi huylu kolesterolü(HDL) arttırarak ve kötü huylu kolesterolü(LDL) düşürerek, korumaktadır. Safra tuzları ve prolaktin yine östrojenin etkisi ile sekresyonlarında artış gösterirken, vazomotor semptomlar ve gonadotropin sekresyonunu baskılamaktadır. Menopozdan önce vücuttaki östrojen üretiminin %90'ı overlerden olmakta iken diğer organlardan (böbrek üstü bezleri, KC ve böbreklerden) az miktarda östrojen salgılanmaktadır. Yağ hücrelerinden de az miktarda östrojen üretimi tespit edilmiştir. Bu doğrultuda şişman kadınlar menopoz şikâyetlerini daha hafif atlattıkları ifadesi kullanılabilir(34).

Ancak östrojenin faydalı etkileri menopozdan sonra salınımının düşmesi ile azalmaktadır. Menopozla beraber östrojen üretimi, özellikle östradiol üretimi, perimenopozdaki seviyesinden bile daha fazla azalmaktadır. Rezidüe östradiol, indirekt olarak adrenaller tarafından üretilmektedir. Major hormon olan östron ve testesteron periferik dokularda östradiole dönüştürülmektedir. Östron seviyesinin sabahları tepe seviyede ve akşamları tabanda olan bir diurnal(gün içinde tekrarlanan) varyasyonu olmaktadır(5,35).

Tablo1: Premenopozal-postmenopozal kadınlarda hormonların ort. Serum konsantrasyonları(21).

HORMON	Premenopozal (ng/ml)	Postmenopozal (ng/ml)
Androstenedion	1.5	0.6
Dehidroepiandrosteron	4.2	1.8
Dehidroepiandrosteron-	1600	300
Östradiol	0.05	0.013
Östron	0.08	0.029
Progesteron	0.47	0.17
Testesteron	0.32	0.25

Progesteron: Overlerden salgılanan kadınlık hormonu olan progesteronun; uterusun endometrium tabakasını fertilize olmuş ovuma hazırlamak ve bir yastık görevi görmesini sağlamak, süt salınımına ve yapımına yardım etmek, üretkenliğin korunmasını sağlamak görevleri arasında bulunmaktadır(22).

Menopozun başlamasıyla ilk azalan hormonlardan progesterondur. Progesteron eksikliği meno – metrorajilere, ödeme ve mastodiniye yol açmaktadır. Ayrıca vücut ağırlığında artış ve psikovejetatif semptomlar da oluşmaktadır(36).

Androjenler: Androstenedion, gelişmekte olan foliküllerden salınan başlıca androjendir. Postmenopozal kadınlarda folikül gelişiminin durmasıyla, androstenedion seviyesi %50 azalmaktadır(tablo:1). Androstenedion seviyesinde, adrenal bezi aktivitelerini takip eden bir diüurnal varyasyon menopozdan sonra görülmektedir(37).

Over, menopozdan sonra androstenedionun yalnızca %20'sini sentezlemektedir. Genel olarak postmenopozal testesteron üretimi 1/3'ten daha azına inmektedir. Diüurnal varyasyonu belirgindir. Postmenopozal over, testesteronun büyük bir kısmını üretmektedir. Bu süregelen testesteron üretimi düşük östrojen seviyesiyle birleştiği zaman hafif bir kıllanmaya yol açmaktadır(37).

2.1.4. MENOPOZ DÖNEMİNDE GÖRÜLEN SORUNLAR

Menopozda ovarian fonksiyonlardaki değişiklik ile klimakterik semptomlarda gözlenir. Menopoz dönemi boyunca bazı kadınlarda belirgin değişiklikler ortaya çıkarken, bazı kadınlarda daha hafif değişiklikler görülebilir. Erken dönemde over fonksiyonlarının bozulmasıyla birlikte östrojen eksikliği semptomları ortaya çıkar. Kadınlarda yaklaşık %70-80'inde östrojen yetmezliğine bağlı değişiklikler izlenmektedir. Menopozal dönemde yaşanan sorunlar kısa süreli vazomotor, atrofik ve

psikolojik değişiklikler, uzun süreli olarak kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporoz içermektedir(15,24).

Kısa süreli Sorunlar: Vazomotor Değişiklikler: Ateş basması, gece terlemesi, bas dönmesi, bas ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, bulantı

Atrofik Değişiklikler: Vajinal kuruluk, dispepsi, üretral sendrom, ciltte kuruluk, saç dökülmesi

Psikolojik Değişiklikler: Anksiyete, irritabilite, depresyon, uykusuzluk, bellek kaybı, değişken ruh hali, libidoda azalma, konsantrasyon eksikliği(24).

Uzun Süreli Sorunlar: Kardiyovasküler Hastalıklar, Osteoporoz, Meme kanseri

Tablo 2: Menopozdaki Belirtiler, Görülme Yılları ve Oranları(32).

Görülme yılı	Belirti	Oran(%)
-2;+5	Vazomotor belirtiler	60-70
+1;+2	Psikolojik belirtiler	60-70
+5	Vajinal ve Üriner atrofi	Yaşlandıkça artar.
+5	Üriner inkontinans	57-60
+5	Deri değişiklikleri	20-30
+7	Osteoporoz	25-35
+10	Ateroskleroz	Yaşlandıkça artar.
+20	Alzhemier hastalığı	Yaşlandıkça artar.

Vazomotor semptomlar: Perimenopozal dönemin en önemli özelliklerinden biri sıcak basmasıdır. Vazomotor semptomlar genel olarak sıcak basması terimi ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Sıcak basması tekrarlayan, özellikle yüzde kızarmaya neden olan, terleme oluşturan, vücudun üst bölümlerinde ve yüzde yoğun ısı hissi yaratan ve ardından üflüme ile sonlanan bir durumdur. Sıcak basması uyku esnasında terleme ile birlikte olursa bu durumlarda gece terlemesi teriminin kullanılması daha uygundur. (menopozda sıcak basması) Sıcak basmasının nedeni tam olarak belirlenememekle birlikte; endojen östrojen hormonunun konsantrasyonunda değişiminin rol oynayabileceği düşünülmektedir.

(postmenopozal dönem estrojen)(postmenopoz hormon replasme) Fakat endojen östrojen konsantrasyonunun şiddetli bir sıcak basmasının tek nedeni olamayacağı da tahmin edilmektedir. Sıcak basmalarının çoğu tedavi edilmeksizin şiddeti azalarak zamanla geçmekle birlikte, genellikle bu süre tahmin edilememektedir. Sıcak basmasının spesifik bir tedavisi yoktur ve tedavi sadece bir ferahlama sağlamaktadır(38).

Vazomotor değişiklikler menopozu takip eden 10 yıl boyunca devam edebilir. Genellikle 30 saniye ile 5 dakika arasında süren sıcak basması, günde 1-2 ataktan, 50

atağa kadar çıkabilen sıklıkta olabilir. Bununla beraber sıcak basmaları 6 ay içinde ortadan kalkabileceği gibi 30 yıla kadar da sürebilir(39).Belçika'da yapılan bir araştırmaya göre,sıklıkla görülen vazomotor semptomlar şunlardır: Sıcak basması % 37, baş ağrısı %19, aşırı terleme %18, sinirlilik %17, yorgunluk %14, depresyon %13, aşırı hassasiyet %10, uykusuzluk %9 bulunmuştur(24).

Düzenli adet gören 39 yaş üstü kadınların % 40'da vazomotor değişiklikler görülür. Adet düzensizliğinde bu semptomlar daha ağır ve sık olabilir. Ateş basması genellikle başta, göğüste ve boyunda ani ısı artışı ve kızarma ile karakterize olup, çarpıntı ve panik hissine yol açar. Cilt ısısı 5-9 C, vücut merkez ısısı ise 0,6-0,7 C yükselirken, kalp atımı da 20 vuru artar(kadınların menopoz yakınmaları) Sıcak basmasının görülme sıklığı çok değişiklik göstermektedir. ABD'de %75, Hong-Kong'ta %10, Avustralya'da %62(9) Kanada'da %68, Büyük Britanya'da %83'e kadar çıkmaktadır. ABD'de etnik gruplar arasında da bir takım farklar saptanmıştır. Afrika kökenli Amerikan kadınlar(%45,6) sıcak basması yakınması en sık olan gruptur. Hemen ardından sırasıyla ispanya (%35,4), Kafkas (%1,2), Çin (%20,5) ve Japon (%17,6) kökenli kadınlar gelmektedir(38).

Sıcak basmasında oluşan farklılıkların etnik kökenden çok kadınların beden kitle indekslerindeki farkın rolü olabileceği düşünülmektedir. Kadınların beden kitle indeksleri ile sıcak basması arasında zıt bir ilişki vardır. Adipoz dokunun aromatisasyonu sonucu estradiol seviyesi yükselmektedir. 40-55 yaş arası ve BKİ 27 kg/m² ve üzerinde olması sıcak basmasına zemin hazırlamaktadır. Kesitsel olarak yapılan bir çalışmada, Beden Kitle indeksi (BKİ) 30'un üzerinde olan kadınlarla, BKİ 24,9'un altında olan kadınlar karşılaştırıldığında; orta ve şiddetli sıcak basması arasında premenopozal ve perimenopozal dönemde anlamlı fark bulunmuşken, postmenopozal kadınlarda fark saptanamamıştır. Sıcak basması ile ilgili çok fazla çalışma yapılmıştır. Araştırmacılardan biri olan Voda sıcak basmasını şöyle derecelendirmiştir:

Orta sıcak basması: çok hızlı yayılan ılıklik duygusu ve buna eşlik eden deri nemlenmesi.

Ciddi sıcak basması: daha güçlü ısınma duygusu, bol terleme ve kızarma buna eşlik eder.

Çok ciddi sıcak basması: şiddetli ve yoğun ısınma duygusu, bol terleme ve kızarma ile birlikte görülmektedir. Kadının günlük aktivitelerini engelleyecek düzeydeki sıcak basması, sersemlik, ürperme, konsantrasyon yetersizliği ve göğüs ağrısına neden olabilmektedir(21).

Depresyon ve anksiyetenin de içinde bulunduğu tüm menopozal semptomların giderilmesinde, olduğu gibi sıcak basmasında da, düzenli egzersiz yapmak önemle tavsiye edilmektedir. Daha az fizik egzersiz yapan kadınlarda sıcak basması olasılığı göreceli olarak daha yüksektir. Ağır egzersiz bazen kadınlarda sıcak basması yakınmasını ortaya çıkarmasına rağmen, günlük çok yorucu olmayan egzersizler de sıcak basması ve gece terlemesini azaltmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik düzeyle sıcak basması arasında pozitif bir ilişki saptanmamıştır(38).

Sıcak basmasına sebep olan etmenler:

- Sıcak, nemli hava,
- Kapalı, sınırlı alanda kalmak,
- Kafein veya alkol tüketmek,
- Hazır yiyecekler tüketmek,
- Strese maruz kalmak

Sıcak basması şikayetini azaltan etmenler:

- Serin odada uyumak,
- Pamuklu cinsten giysiler giymek,
- Şikayet esnasında soğuk su ya da meyve suyu içmek,
- Cildin nefes almasına izin veren cinsten yatak çarşafı ve kumaş kullanmak,
- Hazır yiyecekler, kafein ve alkol kullanımından kaçınmak

Sindirim sistemi sorunları: Östrojenin azalması, ağız kuruluğu, kötü tat ve diş eti hastalıklarına yol açabilir. Ayrıca kolon spazmı ile birlikte distansiyon, konstipasyon yada diyare, hemoroidde artış ve iştahta artma görülebilir(24).

Kilo değişikliği: Östrojen düzeyindeki değişme doğrudan doğruya veya dolaylı olarak diğer hormonları ve metabolizmayı etkiler. Değişen metabolizma iştahı artırmakta, yeme alışkanlığındaki değişimler, yaşlanmayla birlikte azalan dinlenme metabolik hız (DMH) ve azalmış fiziksel aktivite şişmanlığı ortaya çıkarmaktadır. Menopoz sonrasında kadınlarda özellikle android tip şişmanlık görülmekte ve menopozda toplam yağ birikimi artmaktadır. Kilodaki değişiklikler menopozdan ziyade yaşlanmayla daha fazla ilişkili olsa da menopozda giren kadınlarda, yaş eşleştirmeli çalışma yapılan kadınlara göre daha yüksek düzeylerde vücut yağı ve daha merkezi bir yağ dağılımı bulunmuştur. Azalmış fiziksel aktivite sadece kilo artışıyla güçlü bir şekilde ilintili olmayıp, aynı zamanda postmenopozal kadınlarda gözlenen yağsız kitledeki kayıp ve vücut yağında artışla da ilgilidir. Menopoz dönemindeki kilo artışları kaygı yaratmaktadır. Çünkü postmenopozal kadınlar, kısmen östrojen üretimindeki

azalma ve buna eşlik eden total ve düşük dansiteli lipoprotein kolesterol düzeylerinde artma yüzünden, artmış koroner kalp hastalığı riski altındadır(10).

Menopozal kadınlarda fiziksel aktivite ve varsa diğer hastalıklar göz önünde bulundurularak beslenme şekilleri belirlenmelidir. Bu dönemdeki kilo artışına dikkat edilmeli, diyet kilo artışını engellemeye yönelik olmalıdır.

Diyet günlük enerjinin%55-60'ı karbonhidrattan gelecek şekilde hazırlanmalıdır. Basit karbonhidratlar boş kalori içerdiği ve lezzeti arttırdığı için yerine kompleks olanlar tercih edilmelidir. Örneğin mercimek çorbası, un çorbası veya şehriye çorbasına tercih edilmelidir. Enerji içeriği kısıtlı diyetlerde günlük enerjinin %10-15'i proteinden sağlanmalıdır ve diyetle iyi kaliteli protein kaynağı kullanılmalıdır. Toplam enerjinin yağdan gelen oranı, yağda eriyen vitaminler ve esansiyel yağ asitleri içeriği düşünülerek %20-25 kadar olmalıdır. Posa çiğnemeyi uyararak, yemek yeme için gerekli zamanı uzatır ve gaita hacmini artırarak barsak hareketlerini hızlandırır. Bunun için örneğin meyve suyu yerine meyveyi tercih ederek posa alımı arttırılmış olacaktır. Bununla birlikte kepekli ekmekek, bulgur pilavı ve kuru baklagillerde posa miktarı fazla olduğu için tercih edilmesi gereken besinlerdir. Diyetle birlikte en az 6-8 bardak sıvı alınmalıdır.

Bütün bunlara ek olarak, tavuk ve balıketi kırmızı ete tercih edilmeli, kırmızı et tüketildiğinde ise mümkün olduğunca yağsız tüketilmelidir. Pişirmede kızartma yerine ızgara veya haşlama yöntemi tercih edilmelidir. Etlı yemeklere yağ konmamalı, yemeklerde zeytinyağı kullanılmalıdır. Süt ve yoğurt kalsiyum ihtiyacı için önemli yiyecekler olduğundan günde 2-3 porsiyon tüketilmeli ancak bunların yarım yağlı veya yağsız olmalarına dikkat edilmelidir. Öğle ve akşam yemeklerinde mutlaka pişmiş sebze veya salata yenmeli, salataya az miktarda yağ ilave edilmelidir. Sebzelere ilave edilen yağ vitaminlerin vücuttaki yararlığını artırır. Öğün sayısı düzenlenmelidir. Öğün sayısı belirli aralıklarla ve düzende, 6-8 öğün olmalıdır. Böylece aşırı yemek yeme, acıkma hissi, atıştırmalar önlenebilir(6).

Atrofik semptomlar:

Ürogenital Atrofi: Labyumların küçülmesi, vagina mukoza atrofi, rugaların düzleşmesi, uterusun atrofi sonucu küçülmesi, endometriumun incelmeye sözkonusudur.

Cilt ve Bağ Dokusu Değişiklikleri: Pubis kılları azalır, deri incelir. Pelvis tabanı doku ve esnekliğinin kaybı sonucunda sistosel, rektosel, enterosel ve prolapsus ortaya çıkar. Üretra ve mesane mukozaları da atrofiye olur, vasküler yapısı bağ dokusu

zayıflar ve sonuçta üretral sendrom, gerçek stres inkontinans, urge inkontinans, ileri yaşlarda atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlükleri görülür(40).

Vajen dokusu kaygan kalabilmek ve elastikiyetini devam ettirebilmek için östrojene ihtiyaç duymaktadır. Östrojenin menopozda düşmesi ile beraber vajinal atrofi (incelme ve elastikiyetin kaybı) oluşmaya başlar. Bu durum genellikle vajinal kuruluğa sebep olur ve cinsel birleşme rahatsız edici ağırlı hale dönüşür. Gerek genital atrofiye bağlı vajende kuruluk ve ağırlı ilişki, gerekse depresyona bağlı olarak gelişen libido azalması ile menopozda cinsel hayata olan ilgi de azalır(41). Vajinada vajenin rugaları düzleşir. Küçük peteşial kanamalar görülmeye başlar. Vajinanın esnekliği kaybolur, daralır ve kısalır. Vajinal flora değişir. Reprodüktif dönemde 4-4,5 olan vajinal pH değerleri postmenopozal dönemde 6-8'e ulaşır. Vajinada kuruluk, yanma hissi, dispareunia, kanama, rijidite ile seyreden "atrofik vajinit" adı verilen tablo meydana gelir. Atrofik vajinitte vajinal smear'de parabazal hücre hâkimiyeti gözlenir. Servikte klimakterium başlarında rölatif östrojen hâkimiyetine bağlı olarak servikal mukus hafifçe artar. Sonraki dönemde endoservikal guddelerde atrofi sonucu mukus miktarı ve viskozitesi azalarak kaybolur.

Serviksin çapı ve uzunluğu küçülür, atrofiye uğrar. Transformasyon zonu endoservikal kanalın içine girer. Epitelin glikojen depolama özelliği azalır. Uterusta endometrium, miyometrium ile paralel bir şekilde atrofiye uğrar. Bu dönemde endometrium kalınlığı 1 mm'ye kadar incelik ve bazen atrofiye bağlı hafif kanamalar görülebilir. Ancak endometrium kanseri atrofik zeminden de gelişebileceği için, her postmenopozal uterus kanamasının ayırıcı tanısı mutlaka konmalıdır.

Tuba uterina uzunlukları ve çapları küçülür, lümenleri daralır. Sekresyon ve hareket kabiliyetleri azalır. Lümendeki silier yapıların şekil ve fonksiyonları bozulur. Pelvis tabanını oluşturan kaslar postmenopozal dönemde tonüs ve esnekliklerini kaybederler ve pelvis organlarını yerinde tutma özellikleri zayıflar. Neticede pelvis statığı bozulur, sistosel, rektosel, enterosel, uterus prolapsusu ve üriner sisteme ait açılarda farklılıklar ortaya çıkar. Alt üriner sisteme ait mukozalar atrofiye uğrar, vasküler yapı ve bağ dokusu zayıflar ve sonuçta üretral sendrom (idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, idrar kaçırma, gece idrara çıkma ile karakterizedir), gerçek stres inkontinans, urge inkontinans (acil idrar yapma isteği) ve ilerleyen yaşlarda atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlükleri ortaya çıkar. Urge inkontinans, yaşlı kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı istem dışı idrar kaçırma nedenleri arasında yaklaşık %70 ile ilk sıradadır(15).

Menopoz döneminde cinsel fonksiyon değişiklikleri: Kadın cinselliği anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan multifaktöryel bir durumdur. Cinsellik; kişinin cinsel organlarının fonksiyonlarını, sahip olduğu cinsel fonksiyonları algılamasını, cinsel ifadelerini ve tercihlerini içerir. Bireyin yaşantısının biyolojik, psikolojik, kişiler arası ve davranışsal olarak önemli bir yönü olan cinsellik; yaşa, cinsiyete, kişisel tutumlara, örf ve adetlere dayanarak her birey tarafından farklı şekilde tanımlanmaktadır.

Cinsel sağlık; cinsel açıdan bedensel, duygusal ve toplumsal tam bir iyilik hali olup, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün insanlar için temel bir haktır. Bireyin genetik yapısı, psikoseksüel gelişimi, geçmiş cinsel deneyimleri, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel inanışları, geçirilen hastalık ve ameliyatlar cinsel davranış ve cinsel sağlığı etkileyen faktörlerdir. Cinsellik hem hastalıkta hem de sağlıkta insanın kişisel açıdan temel gereksinimidir(40). Kadında seksüel aktivitenin azalmasının asıl sebebi olan menopoza bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle menopozal ve postmenopozal kadında cinsel istekte azalma, yetersiz veya geç uyarılma, orgazma ulaşmada güçlük, orgazmik kasılmalar ve orgazm yoğunluğunda azalma, disparoni, koit sıklığında azalma ve cinsel ilişkide üriner inkontinans gibi sorunlar yaşayabilir(3). Bu sorunlar sıklıkla menopoza bağlı fizyopatolojik değişiklikler, bazen depresyon ve evlilik problemleri nedeniyle ortaya çıkar(42). Nitekim yapılan bir çalışmada menopoz öncesi ve sonrasındaki yıllarda kadınların %86'sının genellikle vajina kuruluğu, cinsel birleşme sırasında acı hissetme, vajina kaslarında ağrılı kasılmalar, klitoris duyarlılığının yok olması ve dokunma duyusunun azalması gibi konularla bağlantılı olarak cinsel sorun yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Post menopozal cinsel fonksiyon bozukluklarına ilk dikkat çekenler Masters ve Johnson ile Kinsey ve arkadaşlarıdır. Bu çalışmaların çoğunda, menopozun birkaç yılı içinde cinsel ilgi ve koit sıklığında %40'dan fazla azalma rapor edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda, %47-85 cinsel istekte kayıp, %20 oranında orgazm sıklığında azalma, %20-70 cinsel ilişki sıklığında azalma, %40 disparoni de artış belirtilmiştir.

Menopozal yıllarda kadının cinsel yaşamını etkileyen değişik faktörler vardır.

Hormonlar: Menopoz döneminde hormon değişiklikleri yalnızca kadının biyolojik açıdan değişmesine değil, aynı zamanda sezgilerinde, içgüdülerinde, duygularında, yaratıcılık güdülerinde ve odaklanma merkezinde değişimler olmasına yol açar.

Hormonlar sinir iletisi ile duyusal algılamayı, periferal kan akımını, kas tonüsünü ve kapasitesini değiştirerek cinsel uyarılmayı etkiler. Bu mekanizmanın yetersizliği cinsel yanıtın azalması, cinsel aktivitenin düşmesi, cinsel isteğin kaybı, cinsel tiksinti bozukluğu ve disparoniye yol açar.

Araştırmalar, kandaki östrodiol düzeyinin 50 pg/ml'nin altına düştüğünde libidoyu azaltan etki yarattığını ortaya koymuştur. Östrojen azalması genital organlarda kan akımını ve vazokonjesyonu azaltır. Buna bağlı deri ve mukoza membranlarında incelme, deri altı yağ dokusu kaybı ve introitusda daralmaya neden olur. Yavaşlamış veya azalmış klitoral reaksiyon zamanı, vajen ve/veya bartolin bezi salgısının azalması veya yokluğu, vajinal derinliğin azalması ve ağırlı uterin kontraksiyonlar disparoniye yol açar. İnatçı disparoni uyarılma ve orgazm sorunlarına bu da cinsel ilişki ve motivasyonu ve evlilik ilişkilerinde bozulmalara neden olabilir(40).

Hastalıklar: Yaşlanma ile birlikte sıklığı artan metabolik(diyabet vb.), nöral, vasküler ve malign hastalıklar ve bunların tedavilerinde kullanılan ilaçlar cinsel fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. Vaskülojenik patolojiler klitoral ve vajinal kasların kasılma özelliklerini etkileyerek cinsel yanıtta farklılıklara yol açar. Yaşlanmayla birlikte artan klitoral fibrozisin cinsel bozukluğa yol açacağı ileri sürülmüştür. Park ve arkadaşları, aterojenik diyetin pelvik yatakta aterosklerotik değişiklikler oluşturup klitoral erektil disfonksiyona yol açtığını göstermişlerdir.

Menopoz döneminde depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların görülme oranı yüksektir. Bu hastalıklar ve tedavilerinin libido ve orgazm bozukluklarına neden olabildiği bildirilmiştir(42).

Kültürel yapı: Kültürel alt yapı, kadının belli konulara bakış açısını, ruh halini ve libidosunu etkileyebilir. Bu dönemde kadının cinsel açıdan değeri yaşadığı topluma göre azalır ya da artar. Entelektüel seviyenin yüksek olduğu gelişmiş toplumlarda ya da doğurganlığın çok önemsendiği toplumlarda kadın değerini kaybeder ve cinsel sorunlar yaşar. Buna karşın daha ilkel toplumlarda sosyal statünün değişmesi gebe kalma korkusunun ve çocuk bakma zorluğunun olmaması kadına daha özgür ve cinsel olarak daha aktif olma olanağı sunar.

Eğitim düzeyi: Cairu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, yüksek öğrenimli kadınların diğer kadınlara göre menopoz şikâyetleri şiddetinin daha düşük, menopoz yaşının bir yıl daha geç olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları, seksüel sıkıntıları olan kadınlarla bu problemi tartışmalıdır. Bilgilendirici, destekleyici yargılamadan

dinleyici, cinsel sorunlarla başa çıkma yöntemlerine başvurmada cesaretlendirici ve yönlendirici bir rol üstlenmelidir(24).

Dermatolojik değişiklikler: Deri hücreleri, ter bezleri ve saç follükülerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Yaşın ve östrojenin azalmasının etkisi ile tüm bedeni örten deride değişiklikler olmaktadır. Epidermis, menopozdan sonra incelmeye başlar ve kalınlığı yılda %1-2 oranında azalırken, kollojen miktarı da azalır. Epidermal kıvrımlar ve dermal papillalar kaybolur. Buna paralel olarak da saçlı deri ve vücutta kıl foliküllerinin yoğunluğu azalır. Yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarının yavaşlamasına bağlı olarak da cilt kurur, esnekliği kaybolur, deri kolay travmatize olur ve yaraların iyileşmesi gecikir(6).

Saç ve kılınmada değişiklikler: Östradiol seviyesinin azalması ve adrenokortikal aktivitelerin artması ile birlikte çene, dudak üstü, göğüs ve karında kalın tüylerin çıkmasına eğilim artmakta, buna karşılık saç, koltuk altı ve pubis kılları seyrekleşmektedir.

Memelerdeki değişiklikler: Memelerde, parankim yağ dokusu azaldığından atrofi hızlanır; mamillalar düzleşir. Eretilitesi azalır, gevşeme ve sarkma başlar(20).

Merkezi sinir sistemi sorunları: Östrojen hormonu birçok organ ve dokunun gelişiminde rol oynadığı gibi santral sinir sisteminin organizasyonu ve gelişiminde de kalıcı etkilere sahiptir. Otoradyolojik çalışmalar ile hipofiz, hipotalamus, limbik ön beyin ve serebral korteksin bazı lokalizasyonlarında östrojen özel nükleer reseptörlerinin varlığı ortaya konmuştur.

Östrojenler beyin biyokimyasını, serotonin dâhil bir çok nörotransmitter aminlerin konsantrasyonlarını değiştirerek etkilemektedir. Menopoz döneminde östrojenin azalması ile birlikte beyin hücre sayısında azalma, kısa süreli hafıza kayıpları, görme, tat alma, duyma, koku duyularında zayıflama görülür. Östrojenin uyarıcı etkisine karşın progesteronun kuvvetli anestezi etkisi vardır(24).

Uyku sorunları: Menopozda kadınların steroid yapısının değişimi sonucu hissedilen sıcak basmaları ve gece terlemeleri nedeniyle uyku kalitesi ciddi bir şekilde etkilenmektedir. Kadınların yaşamların bu evrelerinde uykusuzluk şikâyetine ek olarak iç ve dış stresörlerin etkisi de ilave edilirse uykusuzluk sonucu yorgunluk, bitkinlik, isteksizlik, üzgün hissetme, sebepsiz ağlamalar, duygusal dalgalanmalar gibi şikâyetler yaşanmaktadır Menopozal kadınların uyku sorunuyla başa çıkmaları için; stersörlerden uzak durmaya çalışmak, gündüz uyumaktan kaçınmak, süt, yoğurt, bitkisel çaylar gibi sedasyon yaratan yiyecek ve içecekler uyku öncesi kullanmak, alkol, kafein, nikotin ve

akşam yemeğinde acılı, aşırı baharatlı ve sıcak yiyeceklerden uzak durmaya çalışmak, akşam sıcak banyo yapmaktan kaçınmak, yatak odasını mümkün olduğu kadar serin tutmaya çalışmak, uyku giysilerinin ve çarşaf takımlarının pamuklu cinsten seçmek, yatağın yanında bir şişe soğuk su bulundurmak gibi önerilerde bulunmaktadır. Diyaframdan alınan yavaş ve derin nefeslerin rahatlatıcı etkisi olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle gece terlemeleriyle uyanıldığında derin nefes egzersizlerinin uykuya dönülmesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir(21).

Menopoz döneminde ruhsal bozukluklar: Menopoz dönemi bireyin fiziksel, ruhsal ve toplumsal değişiklikler yaşadığı orta yas dönemiyle örtüşmektedir. Bir kadın için menarştan sonraki en önemli yaşam dönemi olarak kabul edilmektedir. Menopoz, doğal bir süreç olarak görülmesine karşın, uyum sağlanmasını gerektiren gelişimsel bir kriz dönemidir. Menopoza girmiş olanlarda yapılan çalışmalarda, kadınların %42-55'i adetlerinin sonlanması ile rahatladıklarını ve yaşamlarının daha iyiye gittiğini belirtirken, %2-20'si karamsarlık ya da diğer depresif belirtilere sahip olmaya başladıklarını bildirmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan hormonal değişiklikler, kültürel özellikler, yas, kronik hastalıklar ve sosyal sorunlar gibi etkenler ruhsal belirti sıklığını arttırabilmektedir(43,44).

Sosyokültürel ve ekonomik düzeyi yüksek olan toplumlarda gençliğe, genç kalmaya, cinselliğe önem verilir. Bu toplumdaki kadınlar menopoza yaklaşırken bu durumu, üreticiliğinin, kadınlığının, cinsel çekiciliğinin sonu olarak görebilirler. Özellikle herhangi bir nedenle çocuk sahibi olmamış kadınlarda bu düşünceler daha fazla olabilir. Kadın çöküntü içine girebilir. Karı koca arasındaki iletişim bozulabilir(43).

Erkek bu dönemde orta yaş krizine girebilir. Menopoz döneminde bulunan eşine yeteri kadar destek veremeyebilir. Daha önceki yaşamında düşünmeye önem veren kadınlarda, menopoz döneminde düşünmeye eğilim daha da artar. Bir yandan yaşamlarının akıp gitmekte olduğunu üzüntü ve şaşkınlıkla gözlerlerken öte yandan konu ile yüzleşmekten kaçınmazlar. Zaman zaman üretici ve yararlı bir hayat geçirip geçirmediklerini sorgularken, bir yandan da bundan sonraki hayatlarında ne yapacakları konusu ile meşgul olurlar. Gençliğe aşırı önem veren toplumlarda menopoz, kadın için bir ceza olarak algılanır Oysa Hint, Arap toplumunda ve ülkemizde kırsal alanlarda yaşayan kadınlar ise menopoz ile birlikte statü farklılaşması, hamile kalma tehlikesinin ortadan kalkması gibi nedenlerle menopozu bir ödül olarak algılayabilirler. Bu toplumlarda menopoz döneminde fiziksel ve psikolojik sorunlara daha az rastlandığı

bildirilmiştir. Diğer bir deyişle kültür, inançlar ve değerlere bağlı olarak birey tarafından menopozun önemsiz veya travmatik, olumlu veya olumsuz yaşanabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca bu faktörler menopozal semptom çeşidini ve depresif semptomların ifade edilebilmesini de etkilemektedir. Sözü edilen belirtilerin menopoz döneminde meydana gelen hormon dengesizliklerinden mi, yoksa psikososyal faktörlerden mi kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir. Menopoz, pek çok kadının genelde yaştan kaynaklanan rol, sorumluluk ve ilişkiler değişimini yaşadığı ve çocukların bağımsızlığını kazanıp, evden ayrıldığı bir dönemde ortaya çıkar. Anılan değişimler, bazı kadınlarda kimliklerinin, kendilerine olan güvenlerini, aile ilişkilerini ve sosyal yaşamlarını etkileyerek önemli ölçüde stres yaratıcı durumlara neden olabilmektedir. Bir başka grup için ise, bu olaylar farklı sorumluluk gerektiren ilişkiler ve olumlu psikolojik gelişimler için yeni fırsatlar anlamına gelmektedir. Bu nedenle menopoz, kadının hayatında sadece biyolojik değişimler değil; aynı zamanda bunun yanında oluşan sosyal ve psikolojik değişimler nedeniyle de kritik bir geçiş dönemidir. Menopoz döneminde anılan tüm yakınmaların doğrudan hormon düzeyindeki değişimlerden kaynaklanmadığı, sosyal ve psikolojik değişimlerin de bu dönemdeki belirtilerle ilgili olabileceği gösterilmiştir(44).

Menopoza ilişkin psikolojik belirtiler;

- Depresif ruh hali,
- Sinirlilik,
- Kendine olan güvende azalma,
- Karar vermede zorluk çekme,
- Kaygı (endişe),
- Unutkanlık,
- Dikkat toplamada güçlük çekme,
- Kendini değersiz hissetme,
- Uykusuzluk,
- Yorgunluk hissi,
- Baş dönmesi nöbetleri,
- Cinsel istekte azalmadır.

Psikologlar tarafından yapılan araştırmalar, menopozun yaş ilerlemesine bağlı ortaya çıkan gelişimsel bir değişim dönemi olduğunu ve kadınların bu döneme ilişkin yaşadıkları sıkıntıların adet kanamasının sona ermesinden çok sağlık, yaşlanma, psikolojik ve sosyal yaşamdaki değişiklikler gibi psikososyal etkilere bağlanabileceğini

göstermişlerdir. Jinekologlar tarafından yapılan çalışmalarda menopoza bağlı ortaya çıkan belirtiler hormon düzeyindeki değişimlere bağlanmıştır. Bu iki farklı bakış açısı psikososyal görüş ve biyolojik görüş adı altında ifade edilmektedir. Tam olarak kanıtlanmış olmasa da menopoz döneminde meydana gelen psikososyal ve biyolojik değişiklikler psikolojik problemler için tetikleyici olmaktadır ve mevcut psikolojik sıkıntının kaynağı çok yönlüdür(40).

Menopoz dönemindeki pek çok kadının duygusal rahatsızlık yaşadığı, ancak bu rahatsızlıkların menopoz öncesi dönemden başlayarak menopoz dönemine mi taşındığı, yoksa doğrudan menopoz döneminde mi başladığı ayırt edilememektedir. Menopoz döneminde her kadında duygu durumu dalgalanmaları ve davranış bozukluklarının ortaya çıkmadığını ve menopoz ile doğrudan ilişkili duygusal bir sendromun bulunmadığını gösteren çalışma bulguları vardır(43).

Menopoz pek çok kadının genellikle yaştan kaynaklanan, rol, sorumluluk ve ilişkiler değişimini yaşadığı, eşin ölümü veya hastalığı, boşanma veya ayrılık, işsizlik, ebeveyn ölümü, yaşlıların bakımı, çocukların bağımsızlığını kazanıp evden ayrılması (boş yuva sendromu), yeni bir çevreye taşınma ve sosyal destek kaybı gibi olumsuzlukların riskinin arttığı bir dönemdir(239).

GEÇ GÖRÜLEN SEMPTOM VE BULGULAR

Kardiyovasküler sistem değişiklikleri: Kardiyovasküler hastalıklar, ilk bakıldığında kadınlardan çok erkekleri ilgilendiren bir hastalık grubu olarak düşünülmektedir. Ancak olayı bir hastalık değilde ölüm nedeni olarak kabul edersek, her iki cins için de ölüm sebepleri arasında önemli bir yer tutmakta olduğunu görebiliriz. Reprodüktif dönemdeki kadınlar, aynı yaştaki erkeklere oranla 2,5–4,5 kat daha az kardiyovasküler hastalık riskine sahipken, 55 yaşını aşmış bir kadında koroner damar hastalığı görülme sıklığı, 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artış gösterir(45).

Böylelikle 50 yaşından itibaren bir kadının yaşamı boyunca koroner kalp hastalığına yakalanma ihtimali % 46, bu hastalıktan ölüm ihtimali % 31'e ulaşır. Yapılan çalışmalar reproduktif dönemde östrojenin kardiyoprotektif etkisini ortaya koymaktadır. Nitekim genç erişkinlik dönemindeki erkeklerle kadınlar arasındaki farklılık, menopozu takiben yavaş yavaş ortadan kalkmaktadır. Yaklaşık 10 yıl sonra eşit düzeylere ulaşmaktadır. Böylece kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler, postmenopozal kadınlarda ilk sıraya yerleşmektedir. Klimakteryumda meydana gelen östrojen eksikliği sonucunda kan lipid tablosundaki değişiklikler vasküler hastalık riskinde artışa neden olabilir. Bu değişikliklerin doğrudan olabileceği enfarktüs

benzeri ciddi komplikasyonlar, klimakteryumun sonlarına doğru ya da yaşlılık döneminde ortaya çıkar. Menopoz öncesi dönemde, kadınlar aynı yaştaki erkeklere göre çok daha düşük kardiyovasküler hastalık riskine sahiptirler. Menopoz sonrası dönemde ise, kadınların risk oranı hızla artarak erkeklerin risk oranına yaklaşmaktadır. Bu bulgular, östrojenin kardiyovasküler hastalık riskine karşı koruyucu bir özelliğe sahip olduğuna işaret etmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar, kardiyovasküler hastalık riskinin östrojen alan postmenopozal kadınlarda, hormon tedavisi görmeyen, aynı yaş grubuna mensup kadınlara nazaran % 50 oranda daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Büyük ölçüde, östrojenin kan lipid profiline olan olumlu etkisine bağlanan bu risk azalmasının, kısmen östrojenin doğrudan damar sistemi üzerine olan etkisinden de kaynaklandığı düşünülmektedir. Östrojenin periferik damar direncini düşürdüğünü, damar dilatasyonuna neden olduğunu ve kapiller kan dolaşımını artırdığını ortaya koyan araştırmalar mevcuttur. Menopozdan önce kadınların koroner kalp hastalığına erkeklerden daha az yakalanması, östrojenlerin lipoprotein risk faktörleri üzerindeki koruyucu etkisine bağlanmıştır. Östrojenin ateroskleroz gelişimini, lipid ve lipoprotein metabolizması üzerindeki etkilerinden bağımsız olarak farklı vasküler mekanizmalarla da inhibe ettiği gösterilmiştir. İnsan arterlerinin endotelyumunda ve düz kaslarında belirgin derecede östrojen ve progesteron reseptörlerinin bulunduğu belirlenmesi de bu çalışmaları desteklenmektedir. Pek çok çalışma bu reseptörlerin, kolesterol değişimi, trombosit agregasyonu, düz kas proliferasyonu ile prostaglandin sistemindeki değişimleri etkilediğini yani fizyolojik olarak aktif olduğunu göstermektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar postmenopozal dönemde hormon kullanımının kardiyovasküler risk üzerine olumlu etki yaptığı tezini köklü bir şekilde sarsmıştır. Sekonder (Daha evvel KKH olan olgular) önleme konusunda yapılan porspektif insan çalışmalarında HRT nin fayda sağlamadığı, hatta ilk dönemde tam tersine myokard enfarktüsü vb. kardiak olayları arttırdığı gösterilmiştir(46).

Buna karşılık primer önleme konusunda yapılan birçok gözleme dayalı retrospektif kohort çalışmada HRT nin yaklaşık % 30-50 oranında KKH sıklığını azalttığı gösterilmişken, bu konuda yapılan ilk prospektif, randomize kontrollü çalışmada (WHI çalışması) bu doğrulanmamış, tam tersine myokard enfarktüsü ve koroner kalp hastalığı riskinde artış saptanmıştır. Günümüzde yalnızca kardiyovasküler sistemi korumak için hormon replasmanı tedavisi kullanımı artık önerilmiyor(45).

Kas ve iskelet sistemi değişiklikleri: Kemik hücrelerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır ve östrojenin kemik metabolizmasında emilimi bastırma ve yapımı

artırıcı etkisi vardır. 20-30'lu yaşlarda kadın ve erkekte kemik kütlesi pik yaparak en yüksek düzeye erişmektedir ki bu aşamada kemik yapım ve yıkımı dengededir. Erişilen bu maksimum kemik kütlesi büyük oranda genetik faktörler ile bir miktar da diyet ve fiziksel aktivite ile ilişkilidir. Kırk yaşlarından sonra ise yılda % 0,5 arasında bir kayıp başlar(10)

Yapılan çalışmalar belli bir yaştan sonra kemik kütlesindeki kaybın daha hızlı olduğunu göstermektedir. Kadınlarda, östrojen çekilmesi ile iskeletten kalsiyum geri emilimi başlar ve menopoz sonrası ortalama kemik kaybı (osteoporoz) ilk 6 yıl için % 3,9 bunu izleyen yıllarda ise % 1 dolaylarındadır. Osteoporoz, yeni kemik yapımının çok azaldığı, kemik kaybının çok olduğu veya her iki durumunda birlikte mevcudiyetinden oluşur. Osteoporozda yeterli kemik dokusu yoktur ve kemiğin normal şekli ve yapısında bozulma ve azalma vardır. Bu yüzden de kemikler zayıftır ve kırılmaya karşı eğilimlidir. Osteoporozisin oluşumdaki en önemli faktörlerden biri beslenmedir. Ca, D vitamini, Cu, Mg, Zn, Al, Br, Mn ve florun az alımı; protein, tuz, posanın fazla alımı ve kafein, sigara-alkolün aşırı kullanımı osteoporoz oluşumunda etkindir. Bunlar; kalsiyum, protein, D vitamini, fosfor, florid, düşük su kullanımı, bakır magnezyum, çinko, manganez, alüminyum, borun alımı, aşırı tuz kullanımı, A, K, C vitamini, posa, sigara alkol, kafein kullanımları ve zayıflıktır. Kemik yapımı için günlük diyetle yeterli kalsiyum bulunması gerekmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, 35 yaşından sonra diyetle yeterli kalsiyum alımının osteoporoz gelişimine karşı koruyucu olmadığını göstermiştir. Bebeklik, çocukluk, adölesan, gebelik ve laktasyon dönemlerinde kalsiyum gereksinimi arttığı için bu dönemlerde kalsiyum alımı çok önemlidir(14). Vücuttaki kalsiyumun %99'u kemikte depo edilmektedir. Bu nedenle yeterli kalsiyum alımı kemik mineralizasyonunu etkilemektedir. Menopozdan önce yüksek düzeyde kalsiyum alınması kemik yoğunluğunun yüksek olmasını sağlar ancak menopoz sonrası kaybı durduramaz. Menopozdan önce günde 1000 mg. Kalsiyum alımı önerilirken, emilimin azalması dolayısıyla menopoz sırasında günde 1500 mg. Kalsiyum alınması önerilmektedir. Menopoz sonrası osteoporozisin temel nedeni, idrarla kalsiyum kaybının fazla olmasıdır. Ek kalsiyum alımı bir yandan kalsiyum emiliminin az olması diğer yandan kalsiyum atımının artmasına neden olmaktadır. Kalsiyumun, yüksek miktarda tek doz olarak alınması emilim oranını azaltmakla birlikte düşük dozlarda değişik zamanlarda alınması emilimin daha iyi olmasını sağlayabilmektedir. Bu nedenle kalsiyumun ilaç olarak alınması yerine süt yoğurt olarak her öğünde tüketilmesinin daha iyi bir uygulama olabileceği saptanmıştır. D vitamini,

kemik metabolizması, normal mineralizasyon ve kalsiyum biyo-yararlılığı için gerekli olduğundan yetersizliğinde osteoporoz riski artar. Vitamin D'nin aktif formu barsak mukozasında kalsiyum bağlayıcı protein sentezini başlatarak hem kalsiyum emilimine hem de kemiklerden kalsiyumun kana geçmesini sağlamaktadır. Eksikliğinde ise serum kalsiyum düzeyi düşmektedir. D vitamini normal kemik metabolizması için elzemdir. Normalin altında alınan D vitamini kemiklerin kalsiyum dengesini negatif duruma getirmektedir. Bu durum ise osteoporozis riskini artırmaktadır. Ancak aşırı D vitamini alımı toksik etki yaptığından gelişigüzel yüksek dozlarda alınmaması gerekmektedir. Düşük kalsiyum, yüksek fosfor alımı da osteoporozis için risk faktörüdür(6). Yüksek proteinli diyetin alınması durumunda fosforun da yüksek alınması kaçınılmazdır. Fosforun yüksek alınması ise idrarla kalsiyum kaybının artmasına neden olmaktadır. Eskimolar'da osteoporozisin daha sık görülmesinde diyetlerinin ete bağlı olmasının etkili olduğu bildirilmiştir. Etin fosfor içeriği kalsiyum içeriğinden 5-20 kat yüksektir. Diyetten emilen kalsiyum miktarı diyetin fosfor ve vitamin D miktarına bağlıdır. Özellikle kalsiyum düşük alındığı zaman, fosfor alımı yüksek olursa osteoporozis riski artmaktadır. D vitamini gereksinmesi karşılamak için güneş ışınlarından uygun ve düzenli şekilde yararlanılmalıdır.

Dvitamini tüketiminin menopozdan Floridi düşük suların kullanımı osteoporozis oluşumunda önemli faktör sayılmaktadır. İçme ve kullanma sularının florid içeriğinin iyi ayarlanması, 0,7-1,2 mg/l düzeyinde tutulmasının kemik ve diş sağlığı açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır(6)

Meme kanseri: Meme, kadınlarda süt üretimi için düzenlenmiş, farklılaşmış bir ter bezidir, tubuloalveolar bir bezdir. Süt üreten lobül sistemi ile bunları meme basına aktaran duktus sisteminin birleşiminden oluşur. Zengin kanlanma, lenfatik yapı, bağ dokusu, yağ dokusu, sinirler, deri, memenin seklini verir ve aynı zamanda sekonder bir seks organı olmasını sağlar. Meme kanseri, en çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden köken alan bir adeno kanserdir. Bugünkü bilgilere göre meme kanseri (invaziv duktal kanser) gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir(47).

Meme kanseri gün geçtikçe artan bir sağlık sorunudur. Batı ülkelerinde yaşamı boyunca her 8-9 kadından birisi meme kanserine yakalanmaktadır. Kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Dünyada kadınlarda görülen kanserlerin %32'sini ve kansere bağlı ölümlerin %19'unu oluşturur. ABD'de yapılan istatistiklerde, meme kanseri insidansında ki artışa rağmen meme kanserine bağlı değişik yaş gruplarındaki mortalite

oranları hemen hemen sabittir. Hastalık sıklığındaki artışa rağmen mortalitenin göreceli olarak düşmesi hastalığın erken tanı ve tedavisindeki gelişmelere bağlıdır. Meme kanseri daha çok 40 yaşın üzerindeki kadınlarda görülür. Yas ilerledikçe giderek görülme sıklığı ve önemi artar. Genetik geçiş gösteren formlar tüm meme kanserlerinin %10'unu oluşturur ve bu gruptaki hastalarda, daha genç yasta ve her iki memede kanser insidansının yüksek olması dikkat çekicidir.

Meme kanserinde risk faktörleri: Daha önce belirtildiği gibi her kadın risk altındadır. Ancak meme kanserinin heterojen bir hastalıklar topluluğu olması nedeniyle, her kadın meme kanseri gelişimi açısından aynı derecede risk altındadır.. Bu risk gruplarının ayırt edilmesi ve erken tanılama bu kişilere öncelik verilmesi gereklidir. Sunu da unutmamalıyız ki kadının öz ve soy geçmişinde meme kanseri ile ilgili hiçbir risk etmeni olmasa bile, bu kadının yaşamı boyunca meme kanseri olma olasılığı %12'ye yakındır.

Cinsiyet: Kadın olmak baslı basına bir risk oluştururken, literatürdeki verilere bakıldığında %1 olasılıkla erkeklerde de meme kanseri görülmektedir.

Yaş: Kansere yakalanma riski yaşla beraber artar ve her 10 yılda iki katına çıkar. ABD'de meme kanserinin %95'i 40 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır.

Ailesel Kalıtsal Sendromlar: Kalıtsal meme kanseri aile içi görülen meme kanserlerinin ancak küçük bir kısmını oluşturur. Gerçek kalıtsal meme kanserlerinin %3-8 olduğu bildirilmektedir.

Fertilite İnfertilite: İnfertilite ve nulliparite için meme kanseri riski fertil ve multipar kadınlara göre %30 -70 daha yüksektir. 18 yaşından önce hamile kalan ve hamileliği tamamlayan bir kadın, 35 yaşından sonra hamile kalan kadınların taşıdığı riskin 1/3'ü kadar risk taşır.

Emzirme ve Menopoz: Laktasyon ile meme kanseri arasındaki iliksi konusunda henüz tam bir fikir birliği olmamakla beraber, laktasyonun toplam ovuluar dönem sayısını azaltarak koruyucu etki yaptığı düşünülmektedir. Geç menopoz meme kanserinde bir risk faktörüdür. 55 yaşından sonra menopoza giren kadınlarda meme kanserine yakalanma riski, 45 yaşından önce menopoza giren kadınların iki katı kadardır(36).

Hormon Kullanımı: Malone ve arkadaşlarına göre doğurganlık çağının ortalamada (25-39 yaş) kombine kontraseptif kullanan kadınlarda meme kanseri yönünden her hangi bir artış söz konusu değildir. Dünya Sağlık Örgütüne göre ise enjeksiyon yöntemiyle kontraseptif kullanımı meme kanseri riskini ne azaltmakta ne de

arttırmaktadır. Postmenopozal kadınlarda menopoz semptomlarını ortadan kaldırmak, osteoporozu önlemek ve iskemik kalp hastalığı riskini azaltmak için hormon replasman tedavisi uygulanmaktadır. Postmenopozal kadınlarda östrojen replasman tedavisinin meme kanseri riskiyle ilişkisi konusunda son 15 -20 yılda sayısız epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonucuna göre perimenapozal ve postmenapozal hormon replasmanı meme kanseri ihtimalini hafif de olsa arttırmaktadır(48.49.50).

KKMM VE MAMOGRAFİ: Meme kanserinin erken tanısı için kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik muayene ve mamografi önemlidir. Ancak ilk iki yöntemde 1 cm'den küçük ve derinde yer alan lezyonların elle belirlenmesi zordur. Oysa mamografi yöntemi ile 0,5 cm ya da daha küçük lezyonların belirlenmesi mümkündür. Bu nedenle mamografi, kadının KKMM ya da doktorunun fizik muayenesi sırasında hissedilemeyecek kadar küçük kitleleri görüntüleyebilmesi açısından erken tanılama da önemli rol oynamaktadır(51).

2.1.5. MENOPOZDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

2.1.5.1.Hormon Replasman Tedavisi (HRT): Hormon Replasman Tedavisi, klimakterik dönemdeki (son adet öncesi ve sonrasını içine alan dönem) kadının düşük östrojen ve progesteron seviyelerini, belirtileri giderecek seviyelere getirmeyi, hormonal eksikliğini gidererek, buna bağlı rahatsızlıkların ortaya çıkmasını önlemeyi, var olanların gerilemesini sağlamayı amaçlayan bir yerine koyma tedavisidir(48).

HRT'nin ilk olarak tasarlanması 1930'lardadır. Ancak klinikte yoğun olarak kullanılması 1950'lerden itibaren dir. Bugün kullanılan HRT ürünlerinin geliştirilmesi 70'li yılların sonlarında olmuştur. HRT'nin, östrojen ve progesteronların değişik birleşimlerde ve belli yöntemlerle verilmesiyle uygulanmaktadır. HRT, oral (ağızdan alınan tabletler ile), transdermal (cilde yapıştırılan bantlar, sürülen jeller ile) veya bölgesel (vajinal krem, tablet ile) yapılabilmektedir. Tedavi şekli ve süresi, hastanın menopoza giriş şekli, geçirdiği hastalıklar, yaşam öyküsüne göre değişmektedir(51).

Menopozal dönemdeki kadınlarda, vazomotor semptomların, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkların riskini azaltabilmek için uygun tedavi yöntemleri sunulmaktadır(52). Menopoz dönemindeki kadınların yarısının depresyonda ya da sinirlilik durumu yaşadıkları ve her üç kadından birinde disparonoya, vajinal kuruluk ya da lipido kaybının ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bu nedenle menopozal dönemdeki kadınlara yaşadıkları sıkıntıları azaltmaya yönelik geleneksel bir tedavi olan HRT'nin kullanımı önerilmektedir. Bugün dünyadaki kadınların %10'nun HRT tedavisi aldığı

düşünülmektedir. Ancak menopozal dönem sıkıntılarında kullanılan HRT'nin bu alandaki rolü hala karışıktır. Geçen 20 yıl boyunca hormon replasman tedavisine başlanmasının ana nedenleri olarak; menopoz semptomlarının rahatlatılması, osteoporozun önlenmesi ve tedavi edilmesi, kalp damar hastalığının morbidite ve mortalitenin önlenmesi, ürogenital sistemde östrojen eksikliği sonucu oluşan atrofik semptomların giderilmesi ve uzun dönemde Alzheimer hastalığının önlenmesi olarak belirtilmiştir. Literatürde HRT'nin faydalarını içeren kanıtlar olmasına rağmen hala cevaplanmamış sorular ve riskleri vardır(37).

Yapılan çok sayıda gözlemsel çalışma HRT kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre, halk sağlığı için ciddi sorunlara yol açabilen osteoporozla bağlı kırıkların ve kalp damar hastalığı riskinde azalma olduğunu göstermiştir. 1990 yıllarının başlangıcından itibaren randomize kontrollü çalışmalar planlanmış ve günümüzde sonuçları alınmaya başlanması ile HRT hakkındaki görüşlerimizi büyük oranda değiştirmiştir. Çalışma sonuçları; HRT'nin meme kanseri, myokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalık ve tromboembolik hastalık riskinde artışa yol açtığı ile ilgili bulgular ileri sürmüştür. Yine son yıllarda yapılan çalışmalarda Women's Health Initiative (WHI) sağlıklı postmenapozal kadınlarda HRT'nin etkilerini incelemiştir. Ortaya çıkan sağlık riskleri nedeniyle 5,2 yılsonunda çalışmanın durdurulan östrojen/progesteron kolunda kardiyovasküler olay riskinde artış olduğu gözlenmiştir. Böylece hormon replasmanının kardiyovasküler hastalıklardan primer korunma amaçlı kullanılmaması gerektiği ortaya konmuştur. Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), WHI çalışmasının devam etmekte olan "sadece östrojen kolunda" kadınlarda felç riskini artırdığı için kullanımı durdurulmuştur(50).

Bazı çalışmaların sonuçlarında, hormon replasman tedavisinin kardiyovasküler hastalıkların görülme oranını %50 oranında azalttığı bildirilmiştir. Ancak WHI çalışma sonuçları östrojen kullanımını tekrar tartışmaya açmış ve daha önceki bilgilerin aksine kardiyovasküler hastalıklar üzerine bir etkisinin olmadığı yönünde olmuştur. ABD'de menopoz dönemindeki kadınların %20'sinin HRT aldığı ve HRT alanların ancak %40'ının bir yıldan daha uzun süre tedaviye devam ettikleri bildirilmiştir. HRT kullanımı Norveç'te %28, Avustralya'da %26 iken Japonya'da %2,5'a düşmektedir. Menopozal dönemdeki kadınların %75'i vazomotor semptomlar yaşamasına rağmen, bu kadınların yalnızca yarısı rahatsızlık duymaktadır. Kadınların yaklaşık %20'sinde vazomotor sıkıntılar bir yıldan az sürerken, %50'sinde beş yıl ve daha uzun süre vazomotor şikâyetleri yaşamaktadır. Geleneksel östrojen tedavisi, kadınların %90'ında

vazomotor semptomların kontrolünde etkilidir. Ülkemizde de Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği, WHI ve Million Women Study (MWS) yayınlarının ışığında konuyu inceleyerek sonuçlarını bildirmişlerdir.

Derneğin raporuna göre; sıcak basmalarında hormon tedavisi ile ilgili olarak vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları ve genito-üriner atrofi için günümüzde halen hormon tedavisi kadar etkin başka bir seçenek bulunmamaktadır(24).

Hormon tedavisinin kontrendikasyonlar

Hormon Tedavisinin Kesin Kontrendikasyonları:

- Gebelik
- Ciddi karaciğer hastalığı
- Endometrium kanseri
- Meme kanseri
- Östrojene bağımlı tümör varlığı

Hormon Tedavisinin Göreceli Kontrendikasyonları

- Endometriozis
- Tromboembolizm öyküsü
- Ateroskleroz
- Diabetes Mellitus
- Hipertansiyon
- Melanoma

Kullanılan ilaçlar

Doğal Östrojenler: Östron, östradiol, östriol, katekol östrojenler, konjuge östrojenler (östron, ekilin,17-alfadihidroekilin),mikronize östrojen(mikronize östradiol).

Sentetik östrojenler: Oral olarak aktif steroidler: Etinil estradiol, mestranol, estriol dihemisüksinat, östriol, siklopentileter.

Enjektabl steroidler: Östradiol benzoat, östradiol dipropionat, östradiol valerat. Steroid olmayan östrojen etkisi yapanlar: Stilbenler (DES), klomifen.

Oral östrojenler: Doğal östradiol, gastrointestinal sistemde süratle inaktive edildiğinden oral olarak kullanılmamaktadır. Onyedinci karbon atomuna etinil grubunun eklenmesiyle elde edilen 17- beta östradiol suda çözünmekte ve yüksek oranda emilmektedir. Bu şekilde elde edilen mikronize östradiol preparatlarının ortalama dozu 1 mg/gündür. Bu dozla sağlanan serum östradiol düzeyi 40-100 pg/ml'dir. Oral alımdan

sonra portal sistemdeki östrojen konsantrasyonu periferdekinden dört-beş kat daha yüksektir. Ayrıca östradiol/östron oranı portal sistemde değişmektedir. Bundan dolayı ilk geçiş etkisi ya da lipoprotein etkileri açısından önemlidir. Bu durum hormon bağlayıcı globülin, pıhtılaşma faktörleri (özellikle faktör yedi), renin substratı ve lipoproteinler gibi bazı hepatik proteinlerin sentezini, parenteral östrojen kullanımına oranla daha fazla arttırır. Oral östrojen kullanımının avantajları; geniş seçeneğe sahip olması, HDL ve HDL2 kolesterol düzeylerin arttırması, lipoprotein (a), LDL ve total kolesterol düzeylerini düşürmesi kullanım kolaylığı ve ucuz olmasıdır(46). Dezavantajları ise serum östriol/östron oranının düşük olması, her gün ilaç kullanımı, absorpsiyon farklılığının bulunması, yüksek dozlara gereksinim olması, karaciğerde protein sentezini değiştirmesi, trigliserid düzeylerini arttırması, faktör VII düzeylerin arttırması, safra kolesterol saturasyon indeksini etkileyerek safra taşı oluşumunda artışa neden olmasıdır. Oral sentetik östrojenler (etinil östradiol, mestronel v.s.) metabolik yan etkileri ve uzun yarılanma ömürlerinden dolayı postmenopozal hormon tedavisinde kullanılmamaktadır. Oral östrojenle ilgili yapılan çalışmalarda, östrojenin sağladığı lipid profilindeki olumlu değişimlerin, tüm kardiyoprotektif etkinin sadece % 25-30 kadarını oluşturduğu ve bunun da tek başına karaciğer üzerinden meydana gelmediğinin anlaşılması üzerine ilk geçiş etkisi eski önemini terk etmeye başlamıştır. Östrojenin belirli lokalizasyonlardaki (örneğin; koroner arter, karotis ve serebral arterler gibi) damarların duvarında daha belirgin olmak üzere, karaciğere bağlı olmaksızın, antioksidan özelliği ile periferik lipoprotein metabolizmasını etkilemekte ve bu bölgelerde antiaterojenik özellik göstermektedir. Hormon tedavisinde kullanılan ideal östrojen dozu normal menstrual siklusun erken foliküler fazındaki E2 konsantrasyonuna ulaşacak şekilde 40-60 pg/ml arasında olmalıdır(32).

Hormon tedavisinde kullanılan oral östrojen ve dozları:

• Oral yolda kullanılan östrojenin adı	Dozu (mg)
• Konjuge Ekin Östrojen	0,625-1,25
• E2 valerat	1-2
• Östradiol(17-beta)	2
• Piperazin östron sülfat	1,5
• Östriol	1

2.1.5.2. Alternatif yöntemler

Alternatif tıp bilim dışı bir kavram olmamakla beraber bu konudaki araştırma ve çalışmalar sürmektedir. Alternatif tıp, geleneksel ve günümüz batı tıbbının her ikisinin de dışında kalan geniş yelpazedeki şifa uygulamalarını içermektedir. Alternatif tıp, günümüz batı tıbbıyla birlikte, onun etkisini azaltmadan, hastanın durumunu iyileştirmek üzere kullanılmaktadır. Alternatif tıp klasik tıbbı reddetmek yerine, klasik tıbbın çaresiz kaldığı bir etkisi vardır(53).

Bitkisel kaynaklı hormonlar: Birçok kadın, yaşamın normal bir evresi olan menopoza bitkisel kaynaklı ilaçları kullanmak istemiştir. Ancak tüm bu bitkisel kaynaklı ilaçların sıcak basmalarını iyileştirmede plasebo kontrollü randomize çalışmalarda etkinliği tam olarak gösterilememiştir. Bu bitkisel kaynaklı ilaçların yan etkileri arasında dispepsi, bulantı, kusma, diğer gastrointestinal rahatsızlıklar, baş ağrısı, hipotansiyon, halsizlik ve görme bozuklukları vardır.

Bitkisel östrojenler (fitoöstrojenler): Yapısal ve fonksiyonel olarak östradiol içeren veya benzer östrojenik aktiviteye sahip bitki bileşenleridir. İsoflavon ve lignan en önemli fitoöstrojenlerdir. İsoflavonlar; soya, nohut gibi baklagillerde ve kırmızı yoncada, Lignanlar ise yağlı tohumlarda yüksek konsantrasyonlarda bulunurlar. Özellikle Japon ve Çin diyetlerinde olduğu gibi yüksek isoflavon içeren diyetlerde, menopozun vazomotor belirtilerinde gözle görülür bir azalma olduğu görülmektedir(27).

Soya ve soya ürünleri yüksek konsantrasyonlarda fitoöstrojen (isoflavon, flavon) içermesi nedeniyle menopoz semptomlarının hafifletilmesinde kullanılır. Soya fasulyesinden doğal olarak yararlanıldığı gibi soya; soya filizi, soya sütü, soya eti, soya yağı, soya unu, soya kepeği, soya sosu ve tofu olarak da tüketilmektedir. Soyanın tüketiminin, sıcak basmasının oluş derecesini önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir(54). Menopoz döneminde Asyalı kadınların batılı kadınlardan daha az sıcak basmaları olduğu bilinmektedir. Bunda beslenme alışkanlıkları en önemli etkenlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Asyalı kadınlar beslenme alışkanlıkları gereği soyayı çok tüketmektedir, böylece hafif ve orta dereceli olan sıcak basmalarında %50-60 oranında azalma olduğu bildirilmektedir. Plasebo kontrollü yapılan son çalışmalarda günlük 60gr soya proteini alan kadınların %45'inde sıcak basmalarının önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır. Başka bir pilot çalışmada, günlük 50 mgr isoflavone ve 400mgr soya özü alan menopoz dönemindeki kadınların altı hafta sonunda sıcak basmasının oluş derecesinde önemli ölçüde azalma olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalarda da,

vazomotor semptomların sıklığı, şiddeti ve süresinde önemli azalmalar olduğu belirtilmiştir.

Fransa’da isoflovinin etkilerini araştırmak için bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada 12 hafta boyunca, 35mgr ve 70mgr isoflovin kapsülleri verilen kadınlar Greene’nin geliştirdiği “adetten kesilme” skalası kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Sonuçlar karşılaştırıldığında, yüksek doz verilen kadınlarda vazomotor semptomları azaltmada ve somatik semptomların gelişmesini erken dönemde engellemede önemli olduğu bildirilmiştir. Baş ağrısı, memelerde duyarlılık, ödem, yorgunluk, iştahsızlık gibi yan etkilerinin ılımlı düzeyde olduğu ve iki dozun yan etkileri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak bu çalışmada soya içeren isoflovinin, geleneksel hormon tedavisi için kontrendikasyonu olan kadınlarda bir alternatif tedavi olarak kullanılması önerilmiştir(39).

Black cohosh (karayılan otu): Karayılan otunun mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, bütün çalışmalar karayılan otunun menopozal semptomları büyük ölçüde düzelttiğini göstermektedir. Ancak bu çalışmalar, kara yılan otunun üreticiler tarafından yeterli destek görmediğini vurgulamaktadır. Karayılan otu bitkisinin gövdesi ya da kökleri kapsül, hapların içindeki katı bitki özü, sıvı bitki özü ve çay şeklinde taze ya da kuru olarak kullanılmaktadır. Günde 1-2 adet yemeklerden önce ya da sonra alınması önerilmektedir. Karayılan otu ilk defa, 1987 yılında Almanya’da yapılan plasebo-kontrollü bir çalışmada yorumlanmıştır. Karayılan otu, günümüzün klinik uygulamasında; sıcak basması, depresyon, emosyonel labilite, terleme ve uyku bozuklukları gibi peri ve postmenopozal semptomların hafifletilmesinde kullanılmaktadır. Menopozal dönemdeki 80 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada östrojene karşı karayılan otunun etkisine bakılmıştır. On iki hafta boyunca karayılan otunun kullanan kadınların, vazomotor semptomlarında ve vajinal epitelyumlarında düzelmeler olduğu saptanmıştır. Karayılan otunu kullanan grubun vazomotor semptomlarındaki azalmanın, plasebo ve östrojen kullanan gruba göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bunun aksine farklı bir çalışmada, karayılan otunun etkisi, plasebo grubu ve östrojen grubundan daha farklı bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda karayılan otu, tavsiye edilen dozlarda (günlük 40-80/mg) genellikle iyi tolere edilmiş, sadece bazı vakalarda hafif gastrointestinal semptomlara yol açmıştır. Yüksek dozlarda (5-12/gr) vertigo, tremor, zayıf nabız, tansiyonda düşme, bulantı, kusma ve sinir sistemi irritasyonu yapabilmektedir.

Kara yılan otunun uzun süreli kullanımının etkisi tam olarak bilinmemektedir. Almanya'da bitkisel ilaçların, menopoz semptomlarının tedavisinde kullanımı uygun bulunmuştur. Yalnız bu bitkisel ilaçların altı aydan daha kısa süreli kullanımları önerilmiştir

Dong quai (melek otu):Bu bitkinin vazodilatör ve antispazmatik etkisi vardır. Çinliler bu bitkiyi 2000 yılından beri kullanmakla birlikte ama 1997 yılından beri önemli bir çalışma yapılmamıştır. Plasebo kontrol çalışmasında 71 menopozal semptom yasayan kadınlara 24 hafta boyunca melek otu ve plasebo alan kadınlar arasında farklı sonuçlar bulunamamıştır. Araştırma sonuçları melek otunun vazomotor sıkıntıları azaltmada çok kullanışlı olmayacağını bildirmektedir. Çin'de bu bitki tek başına değil, başka türdeki bitkilerle birlikte kullanılmaktadır. Melek otu diğer bitkilerle beraber kullanılırsa etkisinin arttığı bildirilmiştir. Bugün bu bitkinin tek başına kullanıldığı çalışmalarda, vazomotor semptomlara, plasebodan daha fazla etki etmediği belirtilmiştir.

Evening primrose (akşam çuha çiçeği): Akşam yıldızı olarak da bilinen çuha çiçeği gamelonik asit içeren çiçek tohumlarını üretir, prostaglandin E1 prekürsörüdür ve vazomotor semptomları rahatlattığı düşünülmektedir. Yeşil renkli çiçek zarfı çıkarılıp atılır. Çiçekler gölgede kurutulur. Kurumuş çiçeklerden bir-iki tatlı kasığı alınıp üzerine bir bardak kaynar su dökülerek ve 15-20 dakika demlendirilerek bir infüzyon hazırlanır. Bu infüzyondan günde iki-üç kez birer bardak içilir. Yan etkileri gastrointestinal sorunlar ve bas ağrısıdır. Bir çalışmada menopoz semptomlarının görüldüğü 56 kadında, çuha çiçeği yağı verilen kadınlarda vazomotor semptomların azalması, plasebo grubu ile aynı bulunmuştur. Çuha çiçeğinin yan etkilere ve ilaç etkileşimlerine neden olan antikoagülan maddeler içerdiği belirtilmektedir. Dolayısıyla da menopozal semptomları rahatlatmada kadınlara tavsiye edilmemelidir(27).

2.1.5.3. Hormon Dışı Alternatif Uygulamalar

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

serbest yağ asidi mobilizasyonunun fazlalığı nedeni ile insülin rezistansı üzerinde olumsuz etki yapar. Ani olarak yapılan ağır fiziksel aktiviteye kalp uyum sağlayamayabilir. Bu nedenle fiziksel aktivitenin dozu yavaş yavaş artırılmalıdır. Kemik erimesi açısından ağırlık egzersizleri özellikle önerilmektedir. Ancak vücut ağırlığı yasa ve vücut durumuna göre ayarlanmalıdır. Yürüyüş herkesin kolaylıkla yapabileceği iyi bir egzersizdir. Aerobik egzersizler haftada beş gün ve kas gevşetici egzersizlerde haftada iki-üç kez yapılması hedeflenmelidir. Menopozdan sonra üreme organları ve çevresindeki kasların tonüsü azalır. Kegel egzersizleri bu kasları güçlendirir ve düzenli yapıldığında uterus prolapsusunu, stres inkontinansını önleyebilir. Ancak egzersiz bırakıldığında şikâyetler geri dönebilir. Menopoz döneminin sağlıklı ve mutlu geçirilmesi için primer, sekonder, tersiyer korunma önlemlerinin alınması gerekir. Bu nedenle sadece pre-post menopozal semptomların değil, geç semptomlar ve hastalıklar oluşmadan önce uzun süreli bir koruyucu tedavinin yapılması gereği vardır. Son yapılan çalışmalarda düzenli egzersiz yapan kadınların yaşadıkları sıcak basmasının şiddetinin, egzersiz yapmayan diğer kadınlara göre daha az olduğunu bildirilmiştir. İsviçre’de yapılan bir çalışmada sıcak basması yaşayan kadınların sadece %5’inin düzenli olarak egzersiz yaptığı belirtilmiştir. Elavsky ve arkadaşları’nın (2005) yaptıkları çalışmanın sonucunda da yüksek fiziksel aktivitesi olan menopozal dönemdeki kadınlarda vazomotor problemlerin daha az yaşandığı bulunmuştur. Ayrıca yapılan çalışmalarda egzersizin KAH’nın tedavisinde ve önlenmesinde, genital sistem sorunlarını ve depresif sendromları azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada osteoporozdan korunmada düzenli yapılan egzersizin önemli olduğu bildirilmiştir. Yaşamın erken dönemlerinde başlayan ve düzenli olarak devam eden egzersiz çalışmaları, ileri dönemde meydana gelecek kemik kütlelerinde kayıpları en aza indirdiği bulunmuştur. Düzenli yapılan egzersizin, yürüyüşün, koşmanın, tenis oynamanın kemik yapısını güçlendirerek kas gücünü artırdığı belirtilmiştir.

Gevseme Teknikleri: Stresle basa çıkmada gevşeme teknikleri diğer bir alternatif tedavi yöntemidir. Stresin vücutta bazı değişikliklere sebep olduğu bilinmektedir. Bunlar; trombosit agregasyonunda, epinefrin düzeyinde, vitamin ve mineral tüketiminde, kolesterol düzeyinde artma şeklindedir. Bu nedenle sempatik aktivasyonu azaltan gevşeme tekniklerinin kullanılması, sıcak basması gibi semptomları önlemede yararlı olabilir. Derin soluk alıp verme, gevşeme tekniklerinin en basitidir. Gevşeme teknikleri kolay ve kullanışlıdır. Hiçbir olumsuz etkisi yoktur. Gevseme

teknikleri ile birey, vücudundaki gerginlikleri farketmekte, kaslarını kontrol edebilmekte ve vücudunun gergin parçalarını gevşetmeyi ve rahatlamayı öğrenebilmektedir. Gevşeme tekniklerini öğrendikten sonra birey, kendi kendisine kullanabilir. Yapılan çalışmalarda, diyafragmatik solunum teknikleri ile benzer gevşeme cevaplarının alınabileceği, anksiyete, depresyon, kan basıncı artışı ve sıcaklık basmasının şiddetinin ve sıklığının azaltılabileceği gösterilmiştir(5).

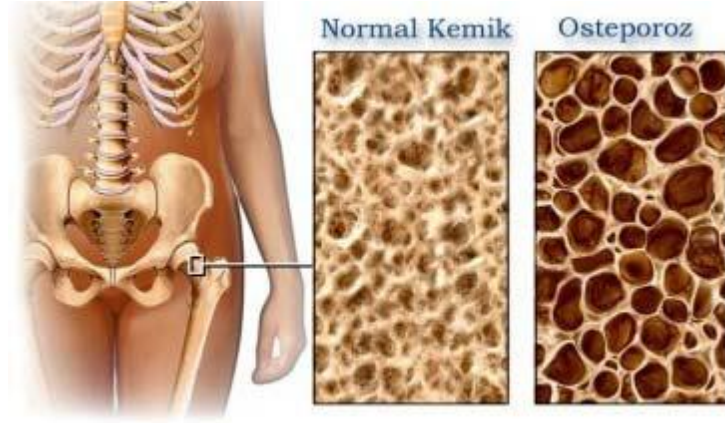
Diyet: Diyet ve yaşam tarzlarının kültürel farklılık göstermesi nedeniyle menopozdaki yaklaşımda farklı olmaktadır. Günümüzde beslenmeye önem vermenin doğal yoldan kadın sağlığını iyileştirmede önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmıştır. Yaşamın her döneminde çeşitli besinler önemli role sahip olmakla birlikte her dönemde gereksinim duyulan besin miktarları değişiklik gösterir.

Antikonvülzan İlaçlar: Antikonvülzan ilaçlar günde 900 mg dozda kullanımının, randomize plasebo kontrollü bir çalışmada sıcak basmalarını %45 oranında azalttığı gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise antikonvülzanların 300-1200 mg dozlarda başarı ile kullanılmıştır. Antikonvülzanlar diğer vazomotor şikayetlere ve eklem kas ağrılarına da iyi geldiği bildirilmiştir(35).

Bifosfanat İlaçlar: Bifosfanatlar son yıllarda üretilen, ağızdan alınımına elverişli kemik yoğunluğunu arttıran ilaçlardır. Ülkemizde Etidronat, Alendronat, Risedronat bulunmaktadır. Alendronat ve risedronatın hem günlük, hem de haftada bir alınabilecek formları mevcuttur. Yapılan çalışmalarda günlük ve haftalık alım arasında etkinlik ve yan etkiler bakımından fark bulunamamıştır. Bifosfanatların en sık yan etkileri karın ağrısı, diare, özafagus, mide ve ince barsaklarda ülserler gibi gastrointestinal bozukluklardır. Bifosfanat kullanımına başlamadan önce olası hipokalsemiyi önlemek için kalsiyum ve D vitamini eksikliği varsa muhakkak düzeltilmelidir. Ancak kalsiyum ile bifosfanatların aynı anda alınması durumunda emilim bozulduğu için es zamanlı alınmaması gerektiği unutulmamalıdır. Bifosfanatlar genelde iyi tolere edilen, önemli yan etkileri olmayan ilaç gruplarıdır(52)

2.2. KEMİKLER ve OSTEOPOROZ

Kemikler, kasları yapısal olarak destekleyen, hayati organları koruyan ve normalde hücrelerin çalışması için temel gereksinimlerden biri olan kalsiyumu depolayan yapılardır(55).



Şekil 1. Normal kemik ve osteoporotik kemiğin şematik gösterimi(56,57)

Kemiğin başlıca dört işlevi vardır:

- 1-Ekstremite ve vital organları içinde bulunduran vücut boşlukları için sert bir destek sağlamak.
- 2-Kaslara tutunacak yer sağlamak ve hareket için gerekli kaldıraç sistemlerini oluşturmak.
- 3-Hematopoetik sistem için uygun bir ortam oluşturmak.
- 4-Kalsiyum, fosfor, magnezyum ve sodyum gibi iyonlar için geniş bir depo görevi görmek(58,59).

Yetişkinde iki farklı kemik tipi bulunur:

1-Kortikal kemik: Katmanlar şeklinde sıralanmış, yoğun bir halde paketlenmiş mineralize kollajenden oluşur. Kemiğin sertliğini sağlar.

2-Trabeküler kemik: Süngerimsi bir görünümde olup, güç ile birlikte elastikiyeti sağlar. Aksiyal iskeletin büyük bir kısmını oluşturur(58).

Tanımı ve Tarihçesi: Osteoporoz düşük kemik kütlesi, kemik dokunun mikro yapısının, kalitesinin bozukluğu ve kemik gücünün azalması ile kırık için risk artışına yol açan sistemik bir iskelet hastalığıdır(60.61.62.63.64.65). Osteoporozun ilk tanımı 1820 yılında histolojik olarak gözele kemik anlamına gelen "porous bone" başlığı altında Strasbourg'lu patolog Jean Georges Lobstein tarafından yapıldı(66).

1940 yılında Fuller Albright OP'ü klinik sendrom olarak tanımlayarak hastalığın iskeletteki kemik kaybına bağlı gelişen ve sonuçta vertebral kırıklara neden olduğunu ortaya koymuştur.

Östrojen eksikliğinin OP'a neden olabileceğini vurgulamıştır. Ayrıca Albright östrojen tedavisi ile negatif kalsiyum dengesinin düzeldiğini göstermiştir. 1982 yılında Riggs ve

arkadaşları, iki OP formu olduğunu, bunlardan birinin menapozda östrojen eksikliği ile ilgili, diğersinin ise kalsiyum eksikliği ve iskeletin yaslanmasından kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu görüşler yerini daha sonra bugünkü OP kavramına bıraktı(67).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) 1994 yılında Amerika Birleşik Devletleri ' de (ABD) 65 yaşın üzerindeki kadınların %35'inde osteoporoz olduğunu ve buna bağlı olarak 1.5 milyon yeni kırık oluştuğunu bildirmiştir². ABD'de osteoporozu bulunan 1.2-1.5 milyon hastada her yıl düşük enerjili travmalarla kırıklar oluşmaktadır. Bunların yaklaşık 280.000 tanesi kalça kırıkları iken, 500.000'i omurga kırıklarıdır. Bu hastaların ABD ekonomisine maliyeti 1992 yılı verilerine göre 10 milyar doları aşmaktadır(68).

Çeşitli bakış açılarından osteoporoz şu şekilde tanımlanabilir.

Fiziksel açıdan: Birim hacimdeki kalsifiye kemik kitlesinin azalmasıdır.

Kimyasal açıdan: Normal mineral yapısı ve normal mineralizasyon derecesidir.

Histolojik açıdan: Trabekül sayısı kaybına bağlı olarak gözenekliliğin artmasıdır.

Biyokimyasal açıdan: Serum kalsiyum ve fosfor seviyesinin normal olmasıdır.

Anatomik açıdan: Korteksin incilmesi, medullanın kalınlaşmasıdır.

Mekanik açıdan: Sponjiöz kemiğin baskıya dayanma ve gerilme gücünün azalmasıdır(69).

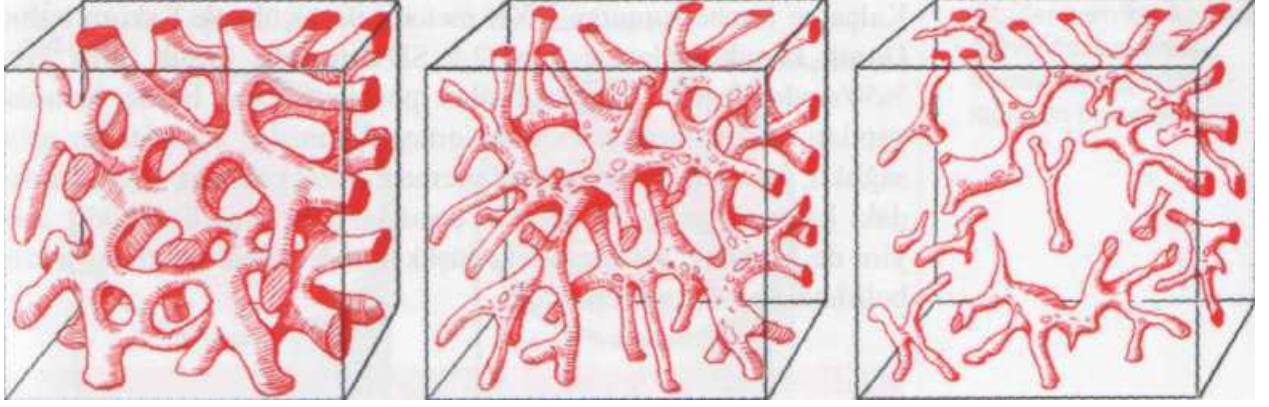
Kemik rezorbsiyon ve yeni kemik formasyonu ile sürekli bir yenilenmenin olduğu canlı bir dokudur. Osteoporozun ilk tanımı 1829 yılında gözeli kemik anlamında 'Proust bone' başlığı ile Jean Georges Lopusstein tarafından yapılmıştır. Osteoporoz ve osteomalasi (kemik erimesi - kemik yumuşaması) kavramları arasındaki karışıklık histolojik seviyede 1885 yılında Pommer tarafından tespit edilmiştir. Klinik seviyede ise tanı 1941 – 1948 yılları arasında Allbright, Burnett, Cope ve Parsons tarafından konulmuştur. Osteoporoz tanısı; tanı yöntemlerinden Dual– Energy X- Ray Absorbsiyometre (DEXA) kullanılarak elde edilen değerlere ve kırık varlığına göre yapılmaktadır. Buna göre aşağıdaki tanımlar yapılmaktadır:

Normal: Genç erişkine göre kemik mineral yoğunluğunun (BMD) veya kemik mineral içeriğinin (BMC) bir standart sapmanın (SD) altında olması.

Osteopeni (Düşük kemik kitlesi): BMD'nin genç erişkine göre (-1) ile (-2,5) standart sapma arasında yer alması.

Osteoporoz: BMD'nin genç erişkine göre (-2,5) SD'den fazla olması.

Yerlesmis Osteoporoz: BMD'nin genç erişkine göre (-2,5) SD'nin üstünde olması ve ek olarak bir veya daha fazla kırık bulunması(70,71)



Normal

Osteopeni

Osteoporoz

Şekil2.Normal,osteopenik ve osteoporotik kemiğin şematik görünümü(postmenopozal osteopeni)

Epidemiyoloji ve osteoporotik kırıklarda risk etmenleri: Osteoporoz epidemiyolojisinde kişi, zaman ve çevre özellikleri belirleyicidir. Yaş, cinsiyet, etnik yapı, ırk farklılıkları, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı ve egzersiz, coğrafik özellikler, genetik faktörler, ilaç kullanımı, dini inanışlar ve kültürel yapı gibi pek çok etken bu özellikler arasında yer almaktadır.

Bölgesel farklara göre değişmekle beraber primer osteoporoz; 50-60 yaş arası kadınlarda %40-55, 60-70 yaş arasında %75, 70 yaş üzerinde ise %85-90 oranında görülmektedir. Beyaz ırkta 50 yaş üstü kadınların %40'ı, erkeklerin de %13'ü yaşamının geri kalanında osteoporotik kırık geçirme riski ile karşı karşıyadır. Hayat boyu kalça kırığı geçirme prevalansı %15 olarak bildirilmekte ve kadınlarda bu oranın 2 kat daha yüksek olduğu bilinmektedir. Femur proksimal uç kırıklarının mortalitesi diğer kırıklara oranla daha yüksektir(60).

Osteoporozun epidemiyolojisi hakkında net bilgiler oluşmamıştır. Çünkü hastalığın standartlaştırılmış bir tanı ölçütü geliştirilememiştir. En nesnel bulgusu kırık olduğu için epidemiyoloji daha çok kırıklar üzerine yoğunlaşmıştır. Kırık açısından incelenmiş en iyi risk faktörü KMY'dur. Kırık riski düşük KMY' da(kemik mineral yoğunluğu) artmaktadır. KMY' da 1 SS(standart sapma) azalma kırık riskini 1,5- 3 kat arttırmaktadır. (kalça çevresi kırıkları) Osteoporotik kırıklarda düşme en önemli risk faktörüdür. Düşme nedenleri kişiye özel veya çevresel şartlardan etkilenecek oluşmaktadır. Kas gücünde azalma, dengesizlik, yürüme bozuklukları, görme bozuklukları gibi bireysel özellikler yanında kaygan yüzeyler, takılma, kötü aydınlatma gibi çevresel şartlar da düşmeye zemin hazırlamaktadır. Yaşlıların üçte biri en az yılda bir kez düşmektedir. Ancak bunların kırıkla sonuçlanması için belli özellikler

gerekmektedir. Yaşlı bireylerde boy mesafesinden her 100 düşmeden biri kırıkla sonuçlanmaktadır. Cumming ve ark. düşmenin kalça kırığı ile sonuçlanması için; Kalça çevresine doğrudan travma, düşme sırasında aktif koruyucu mekanizmaların gerçekleştirilememesi ve bölgesel yumuşak dokularda pasif enerji absorpsiyonun yetersiz kalması gibi koşulların gerekliliğini bildirmiştir(60).

Kemiğin yeniden şekillenmesi (remodeling): Kemik yaşam boyu sürekli olarak yıkılır ve yeniden yapılır ki buna yeniden yapılanma veya şekillenme ‘remodeling’ denir. Kemiğin yapımı ve yıkımı ‘turnover’ devam eden bir olaydır(71). Kemik yapımı ve yıkımı basic multicell unit (BMCU)’te olmaktadır. Bu ünite de aktivasyon, yıkım, dönüş, yapım ve sessiz dönem diye 5 kısımda olaylar geçer. Kemiğin yeniden yapılanmasında düzenleyici sistemik hormonlar; PTH, kalsitonin, insülin, büyüme hormonu, 1,25 (OH)₂ Vit-D₃, glukokortikoidler, seks steroidleri, tiroid hormonlarıdır. Kemik kütlesi 23-25 yaşlarına kadar en üst düzeye çıkar. Pik kemik seviyesine ulaşana kadar kemik yapımı, kemik yıkımının önünde gelir. Bundan sonra fizyolojik kemik kaybı yılda %0.1 oranındadır. ve 85-90 yaşlarına kadar devam eder. Yaşam boyunca fizyolojik kemik kaybı; kadınlarda %45-50, erkeklerde %20-30 kadardır(58,72).

Kemik remodelingini etkileyen hormonlar

A-Polipeptid Hormonlar

- Paratiroid Hormon (PTH)
- Kalsitonin (CT)
- İnsülin (I)
- Büyüme Hormonu(growth hormon)(GT)

B-Steroid Hormonlar

- Seks Steroidleri
- Tiroid Hormonları
- 1,25 Dihidroksi Vitamin D₃(15)(69).

2.2.1. OSTEOPOROZUN SINIFLANDIRMASI

Osteoporoz için farklı sınıflandırma yöntemleri mevcuttur. Yaşa, lokalizasyona, tutulan kemik dokuya, etyolojiye ve histolojik görünüme göre sınıflandırmalar mevcuttur. Osteoporoz için yaş etiyoloji, lokalizasyon, tutulan kemik yapısı veya histolojik görünüm gibi farklı açılardan yaklaşılarak birçok sınıflama geliştirilmiştir.

Albright osteoporoz 3 gruba ayırmıştır.

- 1) 65 yaşa kadar kadınlarda görülen postmenopozal osteoporoz
- 2) 65 yaş üzerinde her iki cinste görülen senil osteoporoz
- 3) Menopoz, yaşlanma veya herhangi bir başka nedeninin ortaya koyulamadığı idiyopatik osteoporoz(73).

Daha sonraki yıllarda Riggs ve Melton tarafından postmenopozal osteoporoz için Tip I osteoporoz, senil osteoporoz için ise Tip II osteoporoz terimleri ortaya atılmıştır. Buna göre Tip I osteoporoz 75 yaşın altında oluşur; el bileği ve vertebra kırıkları ön plandadır. Tip II osteoporoz ise 75 yaş üzerinde görülür ve kalça kırığı ile karakterizedir.

Sınıflandırma:

- 1- Yaşa göre; Juvenil osteoporoz
 - Erişkin osteoporoz
 - Senil osteoporoz
- 2- Lokalizasyona göre; Genel osteoporoz
 - Bölgesel osteoporoz
- 3-Tutulan kemik dokuya göre; Trabeküler osteoporoz
 - Kortikal osteoporoz
- 4-Etyolojiye göre; Primer osteoporoz
 - Sekonder osteoporoz
- 5-Histolojik görünümüne göre; Hızlı döngülü
 - Yavaş döngülü osteoporoz(74,75).

PRİMER OSTEOPOROZ

Juvenil osteoporoz: Juvenil osteoporoz tipik olarak puberte öncesinde görülmekle birlikte özellikle hızlı büyüme döneminde olan genç çocuklarda da olabilen, çok sık görülmeyen klinik bir durumdur. Başlangıç yaşı ortalama 8.14 yaşları arasında olan bu osteoporoz formunun en dikkat çekici özelliği iki Dört yıl içinde kendiliğinden iyileşme göstermesidir. Primer ya da idiyopatik formunun yanı sıra bazı sekonder nedenleri de olabilir. Adölesan döneminde iskeletin yarısı olduğundan bu dönemde oluşan osteoporoz etkileri sonraki yaşam döneminde oldukça büyük olur. Klinik olarak genellikle idiyopatik juvenil osteoporozun(IJO) ilk belirtisi bel, kalça, ayak ağrısı ve yürüme güçlüğüdür. Aynı zamanda diz ve ayak bileği ağrısı ile alt ekstremitelerde kırıklar görülebilir. Torasik kifoz, boy kısılması görülebilir.

Genç erişkinlerde osteoporoz: Genç erişkinlerde gözlenen idiyopatik osteoporoz, idiyopatik osteoporozdan daha sık ancak involusyonel osteoporozdan daha seyrek olarak rastlanır. involusyonel osteoporoz kadınlarda daha sık görülmesine karşın, genç erişkinlerdeki idiyopatik osteoporoz her iki cinste eşit oranda rastlanır. Bazı olgular tedavisiz dönemde dahi yalnızca bir veya birkaç vertebra kırığı oluşur. Çoğu olguda ise, 5.10 yıl içinde gelişen çok sayıda vertebra kırığı ve 10.15 cm. kadar varabilen boy kısalması söz konusudur. Kimi hastalarda klinik gidiş benzer olup önlenemeyen osteoporozla varır. Bir kısmında çok hızlı ilerler ve şiddetli sakatlık hatta ölüm (respiratuar yetmezlikten) ölüm yıllar sonra ortaya çıkabilir. Olgularda kemik yapımının azalması, yıkımının artması veya her ikisine birden yol açacak şekilde kemik hücre kontrolünde lokal bozukluk söz konusu olabilir. Kliniği hafif bir olguda ise adölesan dönemdeki maksimum (peak) kemik kitlesinin genetik özellikler sonucu yeterince yüksek değere ulaşamaması bir neden olabilir. Bu olguların bir kısmında da mavi sklera ve otoskleroz gibi özellikleri çok belirgin olmayan hafif osteogenezis imperfekta bulunur(69).

Tip I osteoporoz. Tip I Osteoporoz (Postmenapozal Osteoporoz); Albright ve arkadaşları tarafından 1941 yılında tanımlanmıştır. Menapozdan sonra kadınlar östrojen eksikliğine bağlı olarak hızlı bir şekilde trabeküler kemik kaybına uğramaktadır. Menapozdan sonraki 5 yıl içinde ortalama yıllık % 3 oranında kemik kaybı olduğu kabul edilmektedir. 50-75 yaş arası kadınlarda omurga ve el bileği kırıklarına daha sık rastlanmaktadır. Ayrıca perialveolar kemik kaybı artışına bağlı, diş kaybı da oldukça sık görülmektedir. Menapoz sonrası dönemde (postmenapoz), artmış kemik kaybı sırasıyla parathormon sekresyonunun ve 1,25(OH)₂ D₃'ün yapımının azalmasına neden olmaktadır(72).

Tip II osteoporoz: Tip II Osteoporoz (Senil Osteoporoz), yaşlanma sürecine bağlı olarak meydana gelmektedir. Kadın ve erkeklerde genellikle 70 yaşından sonra görülmektedir. Kortikal ve trabeküler kemik kaybı olmaktadır. Genellikle uyluk, tibia ve kalça kırıkları sık görülmektedir. İleri yaşlarda kalsiyum geri emiliminin azalması, parathormon fonksiyonunun artmasına neden olmaktadır. Serumda 25(OH)D seviyesinin genellikle normal olmasına karşın hidroksilasyonundaki bozulmaya bağlı olarak 1,25(OH)₂ D₃ seviyelerinin düştüğü tespit edilmiştir(7).

İdiyopatik osteoporoz: İdiyopatik Osteoporoz; Osteoporozun sık rastlanmayan primer formlarından biridir. Her iki cinste genç yetişkinlerde görülmektedir (30-50 yaş). En önemli bulgu omurga kırık olmasına rağmen, kaburga ve apendiküler iskelet kırıkları da

görülebilmektedir. Genelde ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır. Standart tedaviye cevap vermemektedir.

İnvölüsyonel osteoporoz: İnvölüsyonel Osteoporoz; Osteoporozun en sık görülen tipidir. Orta yasta görülmeye baslar ve yaş ilerledikçe sıklığı artmaktadır.

Sekonder osteoporoz: Sekonder osteoporoz, gastrointestinal hastalıklar, böbrek yetmezliği, hematolojik hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, hormon hastalıkları gibi birincil hastalıklar sonucu, ilerleyen zamanda kemik kütleinde azalma sonucunda meydana gelmektedir(7).

2.2.2. OSTEOPOROZDA RİSK FAKTÖRLERİ

Osteoporoz ve osteoporotik kırıklar için risk faktörlerinin belirlenmesi, yüksek risk altındaki bireylerin tespiti, etyolojinin anlaşılması ve koruyucu tedavilerin gelişmesine yardımcı olur. Koruyucu tedavi, kemik kaybını yavaşlatıp kaybı durdurduğu için çok önemlidir. Osteoporozda başlangıç sinsidir. Genellikle sırt ağrısı şeklinde baslar. Osteoporozun en önemli komplikasyonu kırıklardır. Osteoporotik kırıklar oluşunca klinik bulgular belirginleşir. Osteoporotik kırıkların en önemli belirleyicileri düşük kemik kütlei, kötü kemik kalitesi, düşme gibi iskelet dışı faktörler ve diğer risk faktörleridir. Kırıkların önlenmesi ve tedavisinde bu risk faktörleri de araştırılmalıdır(76).

Osteoporotik fraktürler için risk faktörleri:

Değiştirilemeyen:

- Düşük kemik kütlei ve kemik kalitesi
- Yaş
- Beyaz ırk
- Kadın cinsiyet
- Erken menopoz(< 45 yaş)
- Geçirilmiş kırık öyküsü
- Birinci derece akrabalarda kırık öyküsü(77).

Değiştirilebilen:

- a) Yaşam tarzı
 - İnaktif ve sedanter yaşam
 - Sigara
 - Alkol

- Aşırı kahve tüketim
- b) Beslenme
 - Kalsiyum ve D vitamininden fakir diyet
 - Yüksek proteinli diyet
 - Aşırı sodyum alımı
- c) İmmobilizasyon
- d) Düşük vücut ağırlığı (< 57,5 kg) ve boy
- e) İlaç kullanımı
 - Glukokortikoid kullanımı
 - Tiroid hormonu
 - Antikonvülzan ilaçlar
 - Alüminyum
 - Heparin(77).

Yaş: İlerleyen yaşla birlikte bağırsaklardan kalsiyum ve D vitamini emilimi, böbreklerden aktif D vitamini oluşumu azalır. Kalsiyum seviyesinin azalması parathormon seviyesini artırır, böylece kemik rezorpsiyonu artar. Dolayısıyla osteoporozla yatkınlık oluşur. Vitamin D eksikliği yaşlılarda sık görülür. Yetersiz beslenme, ciltteki vitamin D sentezinde azalma ve güneş ışığından yararlanmada azalma, yaşlılardaki vitamin D eksikliğinin en önemli sebeplerindedir. Yaşlılar, vücutlarının büyük bir kısmını güneşlendirirlerse diyetle vitamin D alınımına ihtiyaç duymazlar. Ancak diyetle yeterli vitamin D'yi alamayan ve vücudunun sadece belli bir kısmını (el-yüz) güneşlendiren yaşlılar vitamin D yetersizliği ve osteomalazi açısından risk altındadır. Özellikle eve bağımlı olan yaşlıların güneşlenme şansları, daha da azalmıştır ki bu da nutrisyonel D vitamini desteğinin önemini açığa çıkarır. Bütün bunlar osteoporoz gelişimi açısından oldukça önemlidir(75)

Cinsiyet: Erişkin erkeklerde yaş artışıyla birlikte kortikal kemik kütlesinde doğrusal bir azalma görülmektedir. Ancak, kadınlardaki azalma kadar hızlı olmamaktadır. Çünkü erkeklerde menapozla eşdeğer hızlı kayıp söz konusu değildir. Kortikal kayıp kadınlara göre daha azdır. Erkeklerde kortikal kalınlığın daha fazla olması appendiküler kemik kırıklarının daha az görülmesine neden olmaktadır(7).

İrk: Beyaz ırka mensup kişiler ve Asyalılarda osteoporoz daha sık görülür. Kalça kırığı insidansı genel olarak kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Çeşitli ırklara mensup kişilerde kırık gelişimi oranları arasındaki bu fark, genç yaş grubunda daha belirgindir.

Erken menapoz: Menopoz ile ortaya çıkan gonadal yetersizliğe bağlı gelişen östrojen eksikliği kadınlardaki hızlı kemik kaybından sorumludur. Östrojen düzeyleri düştüğünde kemik yıkımı hızlanır. Reprodüktif dönemin kısa sürmesi (geç menarş, erken menopoz) ve bilateral oofektomi kemik kaybını ve kırık riskini artırır. Kısa süreli laktasyon, az doğum yapmak ve 6 aydan uzun süreli amenore de düşük kemik yoğunluğu ile ilişkili olabilir(78).

Öyküde Kırık Varlığı: Epidemiyolojik çalışmalar değişik frajilite kırığı olan kişilerde bir başka kırık gelişme riskinin arttığını göstermektedir. Daha önceki bir omur kırığı yeni vertebral deformite gelişme riskini 7-10 kat kadar arttırmaktadır. Kadınlarda yaşa bağlı farklılık göstermektedir. 70 yaş üzerinde distal ön kol kırığı kalça kırığı riskini 1,6 kat artırırken 70 yaş altında gelecekteki kalça kırığı riskini arttırmamaktadır. Distal ön kol kırığı sonrası her yaşta vertebra kırığı riski artmaktadır. Bu artış kadınlarda 5,2 kat, erkeklerde ise 10.7 kat kadardır. Benzer olarak radyolojik olarak saptanmış vertebra kırığı da ekstremitte kırık riskini arttırmaktadır(69).

Birinci derece akrabalarda kırık öyküsü: Erişkin kişide kırık hikâyesi ve birinci derece akrabalarda kırık hikayesi osteoporotik kırık riskini artırmaktadır. Anne ve babasında osteoporotik kırık olan kadın ve erkeklerde kemik mineral yoğunluğu düşük bulunmuştur. Kemik dansitesi monozigotik ikizlerde, dizigotik ikizlerden daha düşük izlenmektedir. İkizler üzerinde yapılan çalışmalar KMY'nun % 70-85 oranında genetik olarak belirlendiğini göstermektedir. Genetik olarak vitamin D reseptör (VDR) geni, kollajen 1 α geni, östrojen reseptör geni, interlökin 6 (IL-6) geni ve transforme edici büyüme faktörü β (TGF - β) genlerinin osteoporoz gelişiminde etkili olabileceği ileri sürülmüştür. Üzerinde en çok çalışılan gen VDR genidir. Çelişkili bilgiler verilmekle birlikte VDR genindeki polimorfizmin kemik mineral dansitesindeki genetik değişikliklerin % 17-75'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir. VDR geni ayrıca kalsiyum ve vitamin D tedavilerine yanıt için belirleyici olarak görülmektedir. Ek olarak kalça aksının uzunluğu ve kemiğin mikromimari yapısı da genetik olarak belirlenmektedir(78).

Alkol alımı: Alkol, mineral metabolizmasında değişikliklere neden olarak kemik kütlelerinde kayıplara neden olur. Karaciğer hastalığı olmasa bile D vitamini düzeyi, kalsiyum emilimi azalır ve atılımı artar. Bunlar kemik dansitesini azaltarak, fraktür riskini de artırabilir.

Sigara kullanımı: Östrojen yapımını ve kullanımını azaltarak erken menopoza, dolayısıyla osteoporozu neden olmaktadır. Sigara tüketiminin genel olarak osteoporoz

ve fraktür oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Sigara içimi ile osteoporoz arasındaki ilişki, nikotinin çeşitli etkilerine de bağlıdır.

İmmobilizasyon: Kemik kaybının önemli bir nedenidir. Sedanter yaşam tarzının artmış fraktür riski ile birlikte olduğu belirlenmiştir. Türkiye çapında 1281 post menopozal osteoporozlu birey üzerinde yapılan çok merkezli bir çalışmada, azalmış fiziksel aktivitenin osteoporoz için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Yüksek düzeylerde fiziksel aktivite kemiğe aşırı miktarda mekanik güç bindirir. Bu güç, kemiğin dayanıklılığını artırır. Fiziksel aktivite yokluğunda veya azlığında kemik kaybının ve kalsiyum atılımının artışı ve osteoporozun ortaya çıkışı kaçınılmazdır(79, 80).

Protein: Yüksek proteinli diyet idrarla kalsiyum atılımını arttırdığından risk faktörü sayılabilmektedir. En önemli protein kaynakları; etler, süt ürünleri ve yumurta yanı sıra baklagiller, tahıllar, sebzeler ve kabuklu yemişlerdir. Et yemeyen kişiler için önerilen protein miktarı günde 40-60 g olarak bildirilmiştir. Diyetle alınan protein miktarı fazla (günde 150-170 g üzerinde) buna karşı kalsiyumu alımı yeterli değilse, kemik kütle yoğunluğunda azalma meydana gelmektedir. Bunun sonucunda kemikler zayıflamakta ve kırık olasılığı artmaktadır. Bu durumda kemikleri korumak için, alınan diyetle bitkisel protein kaynaklarına yer verilmesi, kalsiyum alımının artırılması gerekmektedir.

Kahve: Aşırı miktarda kahve tüketimi idrar ve barsak kalsiyum atılımını arttırmaktadır. Günde 150 mg kafein (yaklaşık 1 bardak nescafe) idrar kalsiyumunu günde 5 mg arttırmaktadır. Düşük dozlarda kafeinin etkisi önemsizdir.

Beslenme: Diyetle yüksek protein ve aşırı sodyum alımı, idrarla kalsiyum kaybını arttırabilir. K ve C vitaminlerinin; çinko, magnezyum, bakır ve demir gibi eser elementlerin eksikliğinde de kemik metabolizması olumsuz etkilenmektedir.

Kalsiyum ve vitamin D: Kalsiyum alımı ile KMY arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Çocukluk ve adolesan dönemde optimal doruk kemik kütlelerine erişmede, postmenopozal dönemde ise kemik kayıp hızının yavaşlatılmasında etkilidir. Yaşlandıkça barsaktan kalsiyum emilimi azalır. 70 yaş ve üzerinde bu oran % 50 kadardır. Serum kalsiyumunda azalma PTH seviyesinde artışa neden olur. Bu da kemik döngüsünü ve kemik kaybını artırır(81).

Düşük Kemik Kütle ve Kemik Kalitesi: Düşük kemik kütle, kırık açısından en iyi incelenmiş risk faktörüdür. Kemik mineral yoğunluğu azaldıkça kırık riski artmaktadır. Kemik kalitesinin de kemik mineral yoğunluğundan bağımsız bir faktör

olarak osteoporotik kırık oluşumunda etkili olduğunu gösteren pek çok yayın bulunmaktadır. Bu çalışmalarda KMY nun %50-75 oranında etkili olduğu belirtilmektedir(789).

2.2.3. OSTEOPOROZUN TESHİS VE TANI KRİTERLERİ

Osteoporoz genel olarak, "dual energy X-ray absorptiometry (DEXA)" yöntemi kullanılarak ölçülen kemik mineral yoğunluğu (KMY) tayini ile değerlendirilmektedir. Kemik mimarisi, geometrisi gibi kemik kırılabilirliğini etkileyebilecek diğer faktörleri göstermemekle beraber, KMY kemik kuvveti ve kırık riskini tahmin etmede oldukça faydalı bir yöntemdir. "High resolution quantitative computed tomography" tekniğinin duyarlılığı yüksek olmasına rağmen, radyasyon dozunun ve maliyetinin fazla olması sebebiyle yaygın olarak kullanılmamaktadır(82).

Son birkaç yılda ortaya çıkan "quantitative bone ultrasound" (QUS) ucuz ve radyasyonsuz bir teknik olması nedeniyle ümit vaat etmektedir. QUS, kemik kitlesi yanında kemik yapısı hakkında da bilgi verebilmektedir. 1994'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), osteoporozu, femur boynunda DEXA ile KMY'nun -2,5 SD (t skoru) ve altında olması olarak tanımlamıştır. T skoru, (-1SD)- (-2,5 SD) arasındaki ölçümler ise osteopeni olarak adlandırılmıştır(postmenpoz peridond). KMY ölçümü, 3 nedenle yapılabilir.

1. DSÖ kriterlerine göre osteoporoz teşhisi koymak,
2. Kırık riskini belirlemek,
3. Hastalıkların ya da tedavinin etkisini monitorize etmek.

Amerika Ulusal Osteoporoz Vakfı (NOF) osteoporoz ile ilgili olarak aşağıdaki önerilerde bulunmuştur.

1. Post-menopozal her kadın osteoporoz konusunda bilgilendirilmelidir.
2. 65 yas ve üzerindeki tüm kadınlar ile 65 yas altı ancak bir ya da daha fazla risk faktörü olanlar için KMY ölçümü yapılmalıdır.
3. Herkese günde en az 1200mg kalsiyum ve vitamin D (400-800 ünite) almaları, sigara ve alkolden uzak durmaları önerilmelidir.
4. Vertebra ya da kalça kırığı ile gelen tüm postmenopozal kadınlar tedavi edilmeli, osteoporoz açısından KMY ölçümü ile değerlendirilmelidir(82).

Biyokimyasal tetkikler: Hastalığın tanısı için özellikle primer osteoporozlu hastalarda laboratuvar bulguları genellikle normal sınırlar içindedir. Ancak sekonder osteoporozda belirgin değişiklikler görülür. Hastaların değerlendirilmesinde; tam kan

sayımı, açlık serumunda kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz (ALP), parathormon, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, T3, T4, TSH, protein elektroforezi, plazma kortizol düzeyi, kalsitonin, kalsitrol, osteonektin, idrarda; hidrosipirolin (HOP), bencejones proteini, 24 saatlik idrarda kalsiyum atılımı, sabah idrarında kalsiyum /kreatinin oranı değerlerine bakılmaktadır.

Osteoporozda Görüntüleme Yöntemleri

Radyografi: Radyografilerde kemik kaybının belirtileri genellikle kemik dansitesinde azalmadır. Radyografide osteopenik görünüm için kemik kütlelerinde en az % 30 kayıp olması gerekmektedir. Osteoporoza bağlı vertebra deformiteleri kama, bikonkav ve kompresyon vertebra olmak üzere üç şekilde görülmektedir. Kama vertebrada vertebra anterior yüksekliğinde %20 veya daha fazla azalma, bikonkav vertebrada orta yükseklikte %20 veya daha fazla azalma, kompresyon vertebrada ise vertebra anterior-orta ve posterior yüksekliğinde %20 veya daha fazla azalma olmaktadır.

Kemik Sintigrafisi: Teknesyum 99m kullanılarak kemikte tutulan radyoizotop miktarı değerlendirilir. Kemiğin fonksiyonel durumu hakkında bilgi vermektedir. Kemikte biriken farmasötik ajanın miktarı, kemiğin turnover hızına ve kanlanmasına bağlıdır(84).

Kemik mineral yoğunluğu ölçüm yöntemleri:

Tek Foton Absorbsiyometri (SPA): Bu metod, iyot-125 kaynağından elde edilen foton hüzmesinin bir ekstremiteden geçişinin bir detektör ile saptanmasına dayanır. Yumuşak doku kalınlığı, ölçüm sonuçlarını etkilediği için bu teknik ile yumuşak dokunun sabit olduğu distal radius ve ulna ölçümleri ile sınırlıdır(85)

Dual Foton Absorbsiyometri (DPA): Femur, omurga ve tüm vücut kemik mineral yoğunluğu hakkında kantitatif değerler verir. Radyoizotop maliyetinin yüksek olması, bir yıl içinde yenileme zorunluluğu ve hata payının yüksek olması dezavantajlarıdır.

Kantitatif Bilgisayarlı Tomografi: Trabeküler ve kortikal kemiği ayrı değerlendirilmekte, hacimsel mineral yoğunluk ölçümünü verebilir. En büyük dezavantajı pahalı bir yöntem olmasıdır.

Ultrason: Genellikle topuk, önkol gibi periferik iskelet bölgelerinden ölçüm yapılabilir. Toplumun kemik yoğunluğu taramalarında kullanılabilir.

Manyetik Rezonans Görüntüleme: Trabeküler kemik yapıyı belirlemek ve trabeküler kemik yoğunluğunu ölçmek amacıyla kullanılan, üç boyutlu görüntüleme sağlayan tekniklerden biridir.

DEXA (Dual Energy X-ray Absorbtiometry): Günümüzde altın standart kabul edilen DEXA, DPA'ya benzer, ancak radyasyon kaynağı olarak çift enerjili X ışını kullanılır. Böylece görüntülerde daha yüksek bir rezolüsyon, daha kısa tarama zamanı, daha düşük radyasyon dozu elde edilir. DEXA ile omurga, kalça, tüm vücut, ön kol, kalkaneus ölçümleri yapılabilir. Ayrıca geliştirilen yazılımlarla özel amaçlı ölçümler yapılabilir(86,87).

2.2.4. OSTEOPOROZ TEDAVİSİ

2.2.4.1. İLAÇ TEDAVİSİ

Kimlere tedavi verilmeli?

The National Osteoporosis Foundation(NOF),

T-skoru -2.00 ve daha düşük olan bütün hastalara spesifik osteoporoz tedavisi

T-skoru -1.50 ve daha düşük + osteoporoz için risk faktörleri olan hastalarda

tedavi önermektedir(88).

Hormon replasman tedavisi (HRT): Postmenopozal osteoporozun etkin önleme ve tedavi modalitesinde ilk seçenek, östrojen ya da östrojen + progesteron replasman tedavisi olmalıdır. Ancak uygulanan replasman tedavisi, öncelikle önlemeye yönelik olmalıdır. Yani, fizyopatoloji başladığı andan itibaren diğer sistemlerdeki prevantif etkisi ile birlikte kemik kütle kaybını da önlemeyi amaçlamalıdır. Fakat yine de replasmana başlamak için belirli bir limit yaş yoktur. Çünkü östrojen aynı zamanda osteoporoz tedavisinde de kullanılabilir. Bilinen tüm östrojen ve progesteron formları, kemik üzerinde olumlu etkiye sahiptir.

Östrojen replasmanı ile sağlanan kemik dokuya yönelik olumlu gelişmeler şunlardır:

- Barsaktan kalsiyum absorpsiyonu artar.
- Böbrekten kalsiyum atılımı azalır.
- Kemik formasyonu artar.
- Kemik rezorpsiyonu azalır.
- Kemik döngüsü (turnover) yavaşlar(68).

Kalsiyum: Kalsiyum tüm dünyada kolayca bulunabilen ve osteoporozun önlenmesinde ve tedavisinde sık kullanılan kemik-mineral dokusunun en önemli yapıtaşlarındandır. Günümüze kadar yapılan çalışmalarda kalsiyum tüketiminin kemik sağlığı üzerine olan etkisini göstermede yetersiz kalmıştır. Menapozun başlangıcı ile beraber kemik dokuda hızlı bir kayıp olmaktadır. Bunun sonucunda oldukça fazla miktarda kalsiyum kemikten açığı çıkar. Menapozdan önce kalsiyum alımı daha yüksek olan kadınlar, menapoza daha yüksek kemik kitlesi ile girmektedir. Yeteri miktarda kalsiyum alanlarda osteoporozla bağlı gelişen kırık riski de düşmektedir. Yaşlılarda kalsiyum takviyesi kemik turnoverini azaltarak kemik kitlesini korumaktadır. İleri yaşlarda organizmada total vücut kalsiyumu kaybına bağlı olarak negatif kalsiyum dengesi gelişir. Kalsiyum destek tedavisinin özellikle sağlıklı postmenapozal yaşlı kadınlarda yararını gösteren çalışmalar mevcuttur. Consensus development konferansının 1994 yılında önerdiği optimal günlük kalsiyum miktarı ileri yaş, adolosan ve genç çocukluk yaşlarında artmakla beraber postmenapozal kadınlarda bu miktar günlük 1.5–2.0 gr. olarak belirtilmiştir. İleri yaşlarda osteoporoz riski taşıyan bireylerde günlük kalsiyum desteği 1000–1500 mg. olarak kolaylıkla verilebilir(84).

D Vitamin ve senil osteoporoz: Vücut için gerekli olan vitamin D diyet veya epidermis kaynaklıdır. Epidermis güneş ışığına bağlı vitamin D3 sentezinde majör yapıdır. 290 ve 315 nm enerjiye sahip UV ışınları epidermi se penetre olur ve 7-dihidrokoolesterolü fotoliz yaparak previtamin D3'e dönüştürür. Genç ve yaşlılarda previtamin D3 %80'in üzerinde derinin epidermis tabakasında, %20 kadarı da dermiş tabakasında sentezlenir. Dermis ve epidermisteki previtamin D3 sentezi 8-18 yaş ve 77-82 yaşlar kıyaslandığında sentezleme kapasitesinin yaşlanma ile 2 kattan daha fazla azaldığı görülmüştür. Yaşlı insanlar eğer vücutlarının büyük bir kısmını güneşlendirirlerse diyetle vitamin D alınımına ihtiyaç duymazlar¹⁷. Ancak diyetle yeterli vitamin D' yi alamayan ve vücudunun sadece belli bir kısmını (el -yüz) güneşlendiren yaşlılar vitamin D yetmezliği ve osteomalazi riski altındadırlar. Yaşlıların güneşlenme şansları, özellikle eve bağımlı olanlarda daha da azalmıştır ki buda nut-risyonel D vitamini takviyesinin önemini açığa çıkarır(85).

Bifosfonatlar: Bifosfonatlar kemik yapısında bulunan pirofosfatların sentetik analoglarıdır. Kemiğin yapısında bulunan hidroksiapatitlere bağlanıp pirofosfatların etkisine direnç oluşturarak kemik yıkımını azaltmaktadırlar. Kemik yıkımını azaltma özelliği yanında kemik yıkımından sorumlu osteoklastların sayı ve aktivitelerinde de azalmaya neden olmaktadır. Bifosfonatların kullanımına bağlı olarak vertebral

fraktürlerin yaklaşık %50 civarında azaldığı gösterilmiştir. Oral alındığında abdominal ağrı, bulantı, dispepsi ve asit regürjitasyonu gibi üst gastrointestinal şikâyetlere neden olabilirler. İntravenöz verilen formlarda ise 1–2 gün grip benzeri semptomlar ve düşük derecede ateş oluşturabilirler(85).

Kalsitonin: Kemik yıkımını azaltan bir ilaçtır. Postmenopozal osteoporozda ve yüksek kemik dönüşümü ile birlikte olan diğer osteoporoz şekillerinde etkin bir tedavi oluşturur. Tedavide insan kalsitonininden ziyade som balığı kalsitonini kullanılır. Çünkü daha etkindir ve etkinliği daha uzun sürer. Osteoporoz tedavisinde günlük dozu 50-100 IU arasında değişir.

Yan etkileri şu şekilde özetlenebilir:

Gastrointestinal: Bulantı, kusma, karın ağrısı, diyare ve ağızda metalik tat.

Vasküler: Yüzde kızarma, yüzde ve ekstremitelerde yanma ve iğnelenme.

Lokal semptomlar: Enjeksiyon bölgesinde eritem ve ağrı.

Renal semptomlar: Pollaküri ve poliüri.

Kalsitonin, uzun süre sadece antirezortif etkisi için kullanılmışsa da analjezik etkinliği nedeni ile osteoporotik fraktüre bağlı ağrı durumlarında ilk tercih edilen ajanlardan biridir(69).

2.2.4.2. İLAÇ DIŞI TEDAVİLER

Fiziksel aktivite: Osteoporozdan korunmak için seçilen aktivite; kadının fiziksel ve sosyal yapısına uygun, kardiyovasküler sistemi fazla yormayacak şekilde olmalıdır. Seçilen fiziksel aktivite aynı zamanda, kaslarda çekilme etkisi yaratarak kemikler üzerinde mekanik stres oluşturmalı ve yerçekimine karşı yapılan egzersizler seçilmelidir. Bu dönemde tempolu yürüme, merdiven inme ve çıkma, dans etme gibi aktiviteler önerilmektedir. Yürüyüş planı haftanın 3-4 günü 30-40 dakika şeklinde planlanmalı, zamanla bu süre artırılmalıdır. Yürüyüş esnasında rahat, kauçuk tabanlı ayakkabı seçilmelidir. Buna karşın, bisiklete, ata binme ve yüzme gibi aktiviteler yer çekimine karşı yapılmadığından, kemik mineral yoğunluğu üzerinde olumlu etkileri sınırlıdır. Aynı zamanda, vücut postürünü antifleksiyona getiren egzersizlerin yapılması önerilmemektedir. Çünkü, bu hareketlerin yapılması esnasında lomber vertebranın ön bölgesine olan basınç artmakta ve çökme kırıkları gelişebilmektedir(65).

Osteoporoz hastalarında beslenme ilkeleri: Kalsiyum ve D vitamininden zengin beslenme çocukluk ve büyüme çağlarında doruk kemik kütlelerine ulaşmada büyük önem taşımaktadır. Kalsiyum vitamin D nin yaşlılarda kemik kütlelerini koruduğu ve kırık

kütlesini azalttığı gösterilmiştir. Yeterli kalsiyum almanın en uygun yolu dengeli bir diyettir. Dengeli bir diyet mutlaka süt ürünleri ve yeşil yapraklı sebze veya salata içermesi gerekmektedir. Günlük tüketilmesi önerilen miktar; bir bardak süt, bir bardak yoğurt, en az 50 gram peynir, bir porsiyon yeşil yapraklı sebzedir. Günlük tüketimi kabaca hesaplarken bir bardak süt 300 mg kalsiyum, bir bardak yoğurt 400 mg kalsiyum, 50 gram peynir 200 mg kalsiyum içermektedir. Süt yoğurt ve peynirle alınan kalsiyum oldukça iyi emilmektedir. Ispanaktaki kalsiyum ise oksalata bağlı olduğundan daha az emilir(7).

2.2.5. OSTEOPOROZDAN KORUNMA

20. yüzyılın sonlarına doğru hem toplum, hem de siyasi örgütler sağlık bakım politikalarını sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklamışlardır. 1979'daki "2000 yılında herkese sağlık" hedeflerinin önemli bir kısmına ulaşamaması nedeniyle halk sağlığı programları primer olarak sağlığı geliştirme ve bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmeleri konularına odaklanmak zorunda kalmışlardır. Sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik aktiviteleri ifade etmektedir. Bireyin var olan sağlığını kendi davranışlarıyla en üst düzeye çıkarmasıdır. Osteoporozdan korunma ve sağlığı geliştirmenin amacı ise; bireylerin osteoporozu neden olabilecek risk faktörlerini bilmesi ve korunmak için kendi sağlık sorumluluğunu almasıdır. Çünkü osteoporoz, büyük bir sağlık problemi olarak giderek güncelleşmekte, morbidite ve ekonomik kayıplara yol açmakta, iş gücü kaybına neden olmakta, hastane yataklarını işgal etmekte, tedavisi için çok uzun süreli ve pahalı ilaçların kullanılmasını gerektirmekte ve bütün bunların sonucunda da ortaya koyduğu ekonomik boyutla kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yer tutmaktadır(80).

OP'da en önemli sorun kırık olsa da, kronik ağrının varlığı, kifozda artış, boy kısalığı gibi belirtiler bir süre sonra hastanın yaşam kalitesini ciddi oranda olumsuz etkilemeye başlar. Özellikle baş edilemeyen bel ve sırt ağrıları, kifoz artışı ile kostaların karına dayanması sonucu karında distansiyon olması en sık rastlanan yakınmalar olup hastayı çok mutsuz eder. Çünkü kırık gibi gözle görülür bir sebep olmaksızın hastalıkla mücadele oldukça yıpratıcıdır(86). Genel anlamda osteoporozdan korunma çeşitli stratejiler gerektirir.

Bunlardan ilki, belirgin risk altında olanların tanımlanmasıdır. Bunun için, risk faktörlerinin iyi ayırt edilmesi gerekmektedir. Bir diğer strateji ise, toplum bazında risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasıdır. Bunlar;

- 1.** Yeterli kalsiyum ve D vitamini alınması: Özellikle 65 yaş üstü her birey günlük 10 ng (400 IU) D vitamini almalıdır. D vitamini eksikliği veya olasılığı varsa önerilen doz 20 mikrogram (800 IU) D vitamini desteğidir.
- 2.** Her gün en az bir saat güneş ışınlarından yararlanılması: Güneş ışığından yeterince yararlanamayan kadınlar, özellikle premenopozal ve postmenopozal dönemde dışardan D vitamini verilerek desteklenmelidir.
- 3.** Yaşam biçiminin düzenlenmesi: Kafein alımını azaltılmalı, alkol ve sigara alışkanlıkları önlenmelidir.(86).
- 4.** Çok ve sık doğumların önlenmesi, Kadınların aşırı zayıflıktan kaçınması: Yaşa göre olması gereken kiloya sahip olmak, hem kemikler üzerindeki istenilen baskıyı arttırır, hem de östrojen yapımını sağlar.(osteo egzersiz)
- 5.** Gençlerin ve premenopoz dönemdeki kadınların kemik kütlelerini arttırmaya ve osteoporozu önlemeye yönelik davranış geliştirmeleri desteklenmelidir.
- 6.** Egzersizin doruk kemik kütlelerinin sağlanması, kemik kütlelerinin korunması, kondüsyon, fleksibilite ve güç artışı sağlanarak düşmelerin engellenmesi ve kırıkların önlenmesi açısından son derece önemli olduğu unutulmamalıdır(90).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın yapıldığı yer

Araştırma Gaziantep İli'nin Şehitkâmil ilçesine bağlı, Çıksorut bölgesinde olan Umut mahallesi, Yeni mahalle ve Çıksorut mahallesinde yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Gaziantep İli Şehitkâmil İlçesine bağlı Çıksorut bölgesinde oturan (Umut mahallesi, Yeni mahalle, Çıksorut mahallesi) 40 yaş ve üzeri kadınlardan oluşmaktadır. Yeni mahallede 840 kişi, Umut mahallesinde 620 kişi, Çıksorut mahallesinde 540 kişi evreni oluşturmuştur. Çıksorut bölgesi Gaziantep'e göç edenlerin oturduğu bir bölge olup, sağlık ocağı ETF kayıtları incelendiğinde başta Şanlıurfa, Adıyaman, Kahramanmaraş, Siirt olmak üzere birçok ilden gelenlerin oturduğu bir bölgedir. Basit rastgele yöntemle seçilen araştırmaya katılmayı kabul eden 400 kişi örnekleme oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışmamıza katılan 40 yaş ve üzeri kadınların menopoza ve osteoporozla ilişkin bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı araştırmadır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket 10'u sosyo-demografik özellikler, 25'i menopoza ve osteoporozla ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla 35 sorudan oluşmuştur. Sorulardan 12 tanesi açık uçlu, 23 tanesi kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.5. Araştırmada Uygulama

Gaziantep'te Yeni mahalle, Umut mahallesi ve Çıksorut mahallesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınlara menopoza ve osteoporozla ilişkin bilgi tutum ve davranışlarını ölçen anket formu Haziran-Temmuz-Ağustos 2010 tarihlerinde uygulanmıştır.

Anket ön uygulaması 10 kişi üzerinde yapılmış ankette gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulamaya geçilmiştir. Ön uygulama alınan kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Her mahalledeki sokaklardan evde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, türkçe bilen 40

yaş üstü kadınlarla 08-17 saatleri içinde toplam 401 kadına araştırmacı tarafından sorularak yüz yüze anket yöntemi uygulanarak yapılmıştır. Her bir anket uygulama süresi 15-20 dakikadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma bulgularının istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS(Statistical Package For Social Sciences) 18,0 paket programı kullanılmıştır. Toplanan verilerin çözümlenmesinde frekans ve yüzdeler belirlenmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare (X^2) çözümlenmesi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmada Etik

Bu araştırma Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğünden alınan resmi izinle, Gaziantep'te Şehitkâmil ilçesine bağlı Yeni mahalle, Çıksorut mahallesi ve umut mahallesinde yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların gönüllü olmaları esas alınmıştır. Bölgenin eğitim seviyesinin düşük olmasından dolayı, anket formu açıklama yapılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Gaziantep İli Şehitkâmil İlçesinde, Yeni mahalle, Umut mahallesi, Çıksorut mahallesinde oturan, Türkçe konuşabilen, 40 yaş ve üstü, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla sınırlı kalmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan kişilerden elde edilen veriler gruplandırılarak sunulmuştur.

Tablo 3.Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı

Yaşı	Sayı	%
40-45	94	23,4
46-49	88	21,9
50-55	100	24,9
55-60	88	21,9
60 yaş üstü	31	7,7
Medeni Durum		
Evli	384	95,8
Bekar	17	4,2
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	58	14,5
Okur yazar	180	44,9
İlkokul	159	39,7
Ortaokul	4	1,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	14	3,5
Çalışmıyor	387	96,5
Evde yaşayan kişi sayısı		
1-5	273	68,1
6-10	125	31,2
10 ve üstü	3	0,7
Çocuk sayısı		
1-3	170	42,3
4-6	180	44,9
6 ve üstü	51	12,7
Sosyal güvence		
Ssk	157	39,2
Bağkur	80	20,0
Yeşil kart	155	38,7
Sosyal güvence olmayan	9	2,2
Eşinizin işi		
İşçi	66	16,5
Çiftçi	96	23,9
Emekli	90	22,4
Serbest	131	32,7
işsiz	2	0,5
Eşinizin eğitimi		
Okur yazar değil	1	0,2
Okur yazar	78	19,5
İlkokul	281	70,1
Ortaokul	23	5,7
Lise	2	0,5
Kaç yıldır burada yaşadığı		
1-5	2	0,5
6-10	57	14,2
11-20	158	39,4
20 ve üstü	184	45,9
Toplam	401	100,0

Tablo 3’de araştırmaya katılanların, %24,9’unun 50-55 yaşları, %23,4’ü 40-45 yaşları arasındadır. Kadınların %95,8’inin evli, %44,9’unun okuryazar olduğu, %96,4’ünün ev hanımı, %68,1’inin evde yaşayanların 1-5 kişi arasında olduğu, %44,9’unun 4-6 aralığında çocuk sahibi olduğu, %39,2’inin sosyal güvencesinin ssk olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların

eşlerinin, %32,7'inin serbest çalıştığı, eşlerinin %70,1'inin ilkökul mezunu olduğu ve %45,9'unun 20 yıldan fazla zamandır Gaziantep'de yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.Araştırmaya Katılan Kadınların Doğurganlık, Korunma, Hastalık Dağılımı

Düşük sayısı*(n:99)	Sayı	%
1 düşük	65	16,2
2 düşük	32	8
3 düşük	2	0,4
Kürtaj sayısı*(n:29)		
1 defa	28	7
2 defa	1	0,2
Korunma yöntemlerini bilme		
Evet	302	75,3
Hayır	99	24,7
Hangi yöntem		
Kondom	80	20
Ria	75	18,7
Hap	63	15,7
İğne	15	3,7
Geri çekme	149	37,2
Kullanmadım	18	1,2
Kaç yıl kullandınız		
1-11 ay	28	7
1-2 yıl	48	12
3-5 yıl	67	16,7
6-10 yıl	65	16,2
10 yıl ve üstü	174	43,4
Sistemik hastalık olma		
Evet	192	47,9
Hayır	209	52,1
Hastalığı*(n:192)		
Diabet	24	6,0
Tansiyon	33	8,2
Kolestrol	28	7,0
Kalp hastalığı	1	0,2
Osteoporoz	23	5,7
İki hastalığı olan	67	14,2
Üç ve daha fazla hastalığı olan	18	58,2
Depresyon geçirme		
Evet	208	51,9
Hayır	193	48,1
Doktor tedavisi alma		
Evet	89	22,2
Hayır	312	77,8
Fiziksel aktivitede bulunma		
Bulunmam	376	93,8
15-20 dk	24	6
1 saat ve üzeri	1	0,2
Toplam	401	100,0

*Hastalığı, kürtaj, düşük olanlar alınmıştır.

Tablo 4'de araştırmaya katılan kadınların, %16,2'inin 1 düşük yaptığı, %7'inin 1 defa kürtaj olduğu, %75,3'ünün korunma yöntemlerini bildiği, %37,2'nin geri çekme yöntemi kullandığını, %43,4'nün korunma yöntemini 10 yıldan fazla kullandığı, %52,1'inin sistemik hastalığı olmadığı, %51,9'unun depresyon geçirdiği, %77,8'inin depresyon konusunda doktor tedavisi almadığı, %93,8'inin fiziksel aktivitede bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 5.Araştırmaya Katılanların Beslenmelerine Ait Özelliklerin Dağılımı

	sayı	%
	2	0,5
Sebzeler	24	6
Tahıllar	104	25,9
Beslenme Durumu	31	7,7
Süt ürünleri	2	0,5
Sebzeler ve tahıllar	237	59,1
Süt ürünleri, sebzeler ve tahıllar	1	0,2
Ca+ D vitamini kullanma		
Evet	27	6,7
Hayır	374	93,3
Güneş ışığında kalma		
Kalmıyorum	366	91,3
15-20 dk	34	8,5
1 saatten fazla	1	0,2
Süt içme		
İçmem	368	91,8
1 bardak	33	8,2
Yoğurt yeme		
Yemem	85	21,2
1-2 kase	309	77,1
3 kaseden fazla	7	1,7
Ayran içme		
İçmem	47	11,7
1-2 bardak	274	68,3
3-4 bardak	59	14,7
4 den fazla	21	5,2
Sigara içme		
Evet	31	7,7
Hayır	270	92,3
Sigara sayısı		
1-5	16	4
6-10	15	3,7
Alkol kullanma		
Hayır	401	100
Kahve içme		
İçmem	316	78,8
1 fincan	84	20,9
2-3 fincan	1	0,3
Çay içme		
İçmem	18	4,5
1-2 bardak	77	19,2
3-4 bardak	156	38,9
5 ve üstü	150	37,4
Toplam	401	100

Tablo 5’ de araştırmaya katılanların beslenme özelliklerine bakıldığında, %59,1’inin beslenmede sebze ve tahılları tercih ettiği, %93,3’ünün Ca tablet kullanmadığı, %91,3’ünün güneş ışığında kalmadığı, %91,8’inin süt içmediği, %77,1’inin 1-2 kâse yoğurt tükettiği, %68,3’ünün 1-2 bardak ayran tükettiği, %92,3’ünün sigara içmediği, içenlerin %3,7’inin günde 6-10 adet sigara içtiği gözlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %100’ünün alkol kullanmadığı, %78,8’inin kahve içmediği, %38,9’nun 3-4 bardak çay içtiği saptanmıştır.

Tablo 6. Kadınların Menopoz ve HRT'ye İlişkin Bilgileri Dağılımı

Menopoza girme	sayı	%
Evet	279	69,6
Hayır	122	30,4
Menopoz süresi		
1 yıldır	40	10
2 yıldır	43	10,7
3-5 yıldır	91	22,7
6-10 yıldır	69	17,2
10 yıl ve üzeri	36	9
Menopoz şekli		
Doğal yolla	270	67,3
Cerrahi yolla	9	2,3
Menopoz bilgi varlığı		
Evet	42	10,5
Hayır	359	89,5
Kimden aldığı		
Almadım	360	89,5
Tv	13	3,5
Sağlık personeli	13	3,3%
Yakınlarım	15	3,7
Hormon tedavisi alma		
Evet	12	3
Hayır	389	97
Hrt alma süresi		
1 yıl	6	1,5
2-3 yıl	6	1,5
Hrt süresi ne kadar olduğunu bilme durumu		
Hayır	401	%100
Hrt herkes kullanabilir mi		
Hayır	1	0,2
Bilmiyorum	401	99,8
Hrt ne zaman kullanılır		
Psikolojik yakınmalar	4	1
Fiziksel şikayetler	26	6,5
Kemik erimesi	8	2
Bilmiyorum	363	90,5
Mamografi çektirme		
Evet	70	17,5
Hayır	331	82,5
Mamografi çektirme yaşı		
35-40	3	0,7
40-45	14	3,5
46-49	23	5,7
50-55	20	5
56 ve üzeri	9	2,2
Mamografi çektirme sıklığı		
Sık çektirmem	394	98,3
2 yılda bir	7	1,7
Sıkıntılarla baş etme durumları		
Evet	1	0,2
Hayır	400	99,8
Toplam	401	100,0

Tablo 6'da araştırmaya katılanların, %69,6'nın menopozda girdiği, %22,7'inin 3-5 yıldır menopozda olduğu, %67,3'ünün menopozda doğal yolla girdiği, %89,5'inin menopoz hakkında bilgisinin olmadığı, %97'inin hrt almadığı, %1,5'inin 1 yıldır, %1,5'inin 2-3 yıldır hrt aldığı, %100'nün hrt kullanma süresini bilmediği, %90,5'nin hrt'nin ne zaman kullanıldığını bilmediği, %82,5'inin mamografi çektirmediği, %5,7'inin mamografi çektirme yaşının 46-49 olduğu, %98,3'ünün sık mamografi çektirmediği, %99,8'inin menopozal sıkıntılarla nasıl baş edeceğini bilmediği saptanmıştır.

Tablo 7.Araştırmaya Katılanların Menopozal Şikayetleri Bilme Dağılımı

Sıcak basması ve gece terlemesi	Sayı	%
Biliyorum	332	82,8
Bilmiyorum	69	17,2
Uykusuzluk		
Biliyorum	109	27,2
Bilmiyorum	292	72,8
Yorgunluk		
Biliyorum	65	16,2
Bilmiyorum	336	83,8
Baş ağrısı		
Biliyorum	48	12
Bilmiyorum	353	88
Sık idrara çıkma		
Biliyorum	20	5
Bilmiyorum	381	95
Sık üriner enfeksiyon		
Biliyorum	4	1
Bilmiyorum	397	98,9
Ağlama ve sinirlilik		
Biliyorum	151	37,7
Bilmiyorum	250	62,3
Cinsel isteksizlik		
Biliyorum	167	41,6
Bilmiyorum	234	58,3
Vajinal kuruma		
Biliyorum	5	1,2
Bilmiyorum	396	98,7
Ruhsal değişimler		
Bilmiyorum	100	24,9
Bilmiyorum	301	75
Unutkanlık		
Biliyorum	36	9
Bilmiyorum	365	91
Cilt değişiklikleri		
Biliyorum	47	11,7
Bilmiyorum	354	88,3
Kalp damar hastalıkları		
Biliyorum	3	0,8
Bilmiyorum	398	99,2
Eklemler ağrıları		
Biliyorum	4	1,1
Bilmiyorum	397	98,9
Kemik erimesi		
Biliyorum	25	6,3
Bilmiyorum	376	93,7
Toplam	401	100,0

Tablo 7’de araştırmaya katılanların, %82,8’inin sıcak basması ve gece terlemesini bildiği, %72,8’inin uykusuzluğu, %83,8’inin yorgunluğu, %88’inin baş ağrısını, %95’i sık idrara çıkmayı, %98,9’unun sık üriner enfeksiyonu, %62,3’ünün ağlama ve sinirliliği, %58,3’ünün cinsel isteksizliği, %98,7’inin vajinal kurumayı, %75’inin ruhsal değişimleri, %91’inin unutkanlığı, %88,2’inin cilt değişikliklerini, %99,2’inin kalp damar hastalıklarını, %98,9’unun eklem ağrılarını, %93,7’inin kemik erimesini bilmediği saptanmıştır.

Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Menopoza İlişkin Bilgi ve Tutumları Dağılımı

Menopoz adet kesilmesi demektir	Sayı	%
Katılıyorum	400	99,8
Kararsızım	1	0,2
Yaşam son bulur		
Katılıyorum	1	0,2
Katılmıyorum	391	97,5
Kararsızım	9	2,3
Menopoz hastalıktır		
Katılıyorum	34	8,6
Katılmıyorum	347	86,5
Kararsızım	20	4,9
Cinsel yaşam son bulur		
Katılıyorum	5	1,3
Katılmıyorum	377	94
Kararsızım	19	4,7
Danışmanlık alınabilir		
Katılıyorum	84	20,9
Katılmıyorum	78	19,5
Kararsızım	239	59,6
Hormon tedavisi alınabilir		
Katılıyorum	117	29,2
Katılmıyorum	29	7,2
Kararsızım	255	63,6
Dengeli beslenme önemlidir		
Katılıyorum	129	32,2
Katılmıyorum	15	3,7
Kararsızım	257	64,1
Egzersiz önemlidir		
Katılıyorum	102	25,4
Katılmıyorum	13	3,2
Kararsızım	286	71,3
Yakınmalar artar		
Katılıyorum	212	52,9
Katılmıyorum	4	1
Kararsızım	185	46,1
Hormon tedavisi doğurganlığı getirir		
Katılıyorum	3	0,7
Katılmıyorum	85	21,2
Kararsızım	313	78,1
Sigara içen menopoza erken girer		
Katılıyorum	2	0,5
Katılmıyorum	92	22,9
Kararsızım	307	76,6
Çok doğum yapanlar menopoza geç girer.		
Katılıyorum	1	0,2
Katılmıyorum	95	23,7
Kararsızım	305	76,1
Bekarlar menopoza erken girer.		
Katılıyorum	1	0,2
Katılmıyorum	96	23,9
Kararsızım	304	75,8
Şişmanlar menopoza erken girer.		
Katılıyorum	1	0,2
Katılmıyorum	97	24,2
Kararsızım	303	75,6
Toplam	401	100,0

Tablo 8’de Araştırmaya katılanların, “menopoz adet kesilmesi demektir” %99,8’inin katılıyorum, “menopoz ile yaşam son bulur” %97,5’inin katılmıyorum, “menopoz bir hastalıktır” %86,5’inin katılmıyorum, “menopoz ile cinsel yaşam son bulur” %94’ünün katılmıyorum, “menopozdaki sıkıntılar ile danışmanlık alınarak baş edilebilir” %59,6’ının kararsızım, “menopozda hormon tedavisi alınabilir” %63,6’ının kararsızım, “menopozda dengeli beslenme önemlidir” %64,1’inin kararsızım, “menopozda egzersiz önemlidir”

%71,3'ünün kararsızım, “menopozda fiziksel ve psikolojik yakınmalar artar” %52,9'unun katılıyorum, “menopozda hormon tedavisi doğurganlığı geri getirir” %78,1'inin kararsızım, “sigara içenler menopoza erken girer” %76,6'nın kararsızım, “çok doğum yapmış kadınlar menopoza geç yaşta girer” %76,1'inin kararsızım, “bekar kadınlar menopoza daha erken girer” %75,8'inin kararsızım, “şişman kadınlar menopoza erken girer” %75,6'sı kararsızım cevabını vermiştir.

Tablo 9. Menopoza Giren Kadınların Yakınma Dağılımları

Menopozal yakınmaları	Sayı	%
1 menopozal yakınması olan	4	0,9
2 menopozal yakınması olan	14	3,2
3 menopozal yakınması olan	83	20,7
4 ve üzeri menopozal yakınması olan	178	44,8
Toplam	279	69,6

Tablo 9'da araştırmaya katılanların, %0,9'unun 1 yakınması olduğu, %3,2'inin 2 yakınması olduğu, %20,7'inin 3 yakınması olduğu, %44,8'inin 4 ve üzerinde yakınması olduğu tespit edilmiştir

Tablo10. Araştırmaya Katılanların Osteoporozla İlişkin Bilgi Tutum Davranışları Dağılımı

Osteoporoz bilginiz var mı	Sayı	%
Evet	35	8,7
Hayır	366	91,3
Kimden bilgi aldınız		
Televizyon	10	2,5
Sağlık personeli	25	6,2
Yakınlarım	4	1,0
Ailede osteoporoz öyküsü varlığı		
Evet	128	31,9
Hayır	273	68,1
Kemik mineral yoğunluğu ölçtürdünüz mü		
Evet	61	15,2
Hayır	340	84,8
Kaç kez ölçtürdünüz		
1 kez	22	5,5
2 kez	25	6,2
3 ve üstü	14	3,5
Kaç çıktı?		
Bilmiyorum	61	15,2
Toplam	401	100,0

Tablo 10'da araştırmaya katılanların, %91,3'nün osteoporoz hakkında bilgisinin olmadığı, %6,2'sinin osteoporoz bilgisini sağlık personelinden aldığı, %31,9'nun ailede osteoporoz öyküsü olduğu, %84,8'nin kemik mineral yoğunluğunu ölçtürmediği, %15,2'sinin kemik mineral yoğunluğunun kaç çıktığını bilmediği saptanmıştır.

Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Osteoporozla İlişkin Bilgi ve Tutumları Dağılımı

Kemik erimesi ciddi bir hastalıktır.	Sayı	%
Katılıyorum	206	51,4
Katılmıyorum	88	21,9
Kararsızım	107	26,7
Kemik erimesi kadınlarda 2 kat fazla görülür.		
Katılıyorum	127	31,7
Katılmıyorum	79	19,7
Kararsızım	195	48,6
Kemik erimesi omurga eğrilğine neden olur.		
Katılıyorum	3	0,7
Katılmıyorum	112	27,9
Kararsızım	286	71,3
Kemik erimesi kemik kırıklarına neden olur.		
Katılıyorum	2	0,5
Katılmıyorum	120	29,9
Kararsızım	279	69,6
Kemik erimesi boy kısalığına neden olur.		
Katılıyorum	2	0,5
Katılmıyorum	118	29,4
Kararsızım	281	70,1
Sigara, alkol ve kafein tüketimi kemik erimesini artırır.		
Katılıyorum	47	11,7
Katılmıyorum	72	18,0
Kararsızım	282	70,3
Menopozda süt içmek kemik erimesini önlemede yeterlidir.		
Katılıyorum	212	52,9
Katılmıyorum	8	2,0
Kararsızım	181	45,1
Dengeli beslenme ve ca alımı kemik erimesini azaltır.		
Katılıyorum	100	24,9
Katılmıyorum	15	3,7
Kararsızım	286	71,3
Düzenli egzersiz ve hareketli yaşam kemik erimesini azaltır.		
Katılıyorum	86	21,4
Katılmıyorum	24	6,0
Kararsızım	291	72,6
Kemik erimesinden korunmada süt ürünleri tüketilmesi önemlidir.		
Katılıyorum	188	46,9
Katılmıyorum	6	1,5
Kararsızım	207	51,6
Kemik erimesi günlük işleri yapmayı zorlaştırır.		
Katılıyorum	66	16,5
Katılmıyorum	62	15,5
Kararsızım	273	68,1
Erken menopoz kemik erimesinde risk faktörüdür.		
Katılıyorum	38	9,5
Katılmıyorum	77	19,2
Kararsızım	286	71,3
Toplam	401	100,0

Tablo 11’de araştırmaya katılanların, kemik erimesi ciddi bir hastalıktır; %51,4 ‘ü katılıyorum, kemik erimesi kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülür; %71,3’ü kararsız, kemik erimesi kemik kırıklarına neden olur; %69,6’sı kararsız, kemik erimesi boy kısalığına neden olur; %70,1’i kararsız, sigara alkol ve aşırı kafein tüketimi kemik erimesi riskini artırır; %70,3’ü kararsız, dengeli beslenme ve kalsiyum alımı kemik erimesi riskini azaltır; %71,3’ü kararsız, kemik erimesi günlük işleri yapmayı zorlaştırır; %68,1’i kararsız, erken menopoz kemik erimesinde risk faktörüdür; %71,3’ü kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 12. Güneş Işığında Kalma Sürelerinin Sosyo-Demografik Özelliklere Dağılımı

Güneş ışığında kalma süreleri								
Yaş	Kalmıyorum		15-20 dk		1 saatten fazla		Toplam	
	sayı	%	Sayı	%	sayı	%	sayı	%
40-45	91	24,9	3	8,8	0	,0	94	23,4
46-49	84	23,0	4	11,8	0	,0	88	21,9
50-55	91	24,9	8	23,5	1	100,0	100	24,9
56-60	82	22,4	6	17,6	0	,0	88	21,9
60 ve üzeri	18	4,9	13	38,2	0	,0	31	7,7
Öğrenim durumları			X²=53,219	Sd=8	p=0,000			
Okur yazar değil	44	12,0	13	38,2	1	100,0	58	14,5
Okuryazar	167	45,6	13	38,2	0	,0	180	44,9
İlkokul	152	41,5	7	20,6	0	,0	159	39,7
Ortaokul	3	0,8	1	2,9	0	,0	4	1,0
Gaziantep'te yaşadığı süre			X²=25,932	Sd	p=0,000			
1-5 yıl	2	0,5	0	,0	0	,0	2	0,5
6-10 yıl	53	14,5	4	11,8	0	,0	57	14,2
11-20 yıl	152	41,5	5	14,7	1	100,0	158	39,4
20 ve üzeri	159	43,4	25	73,5	0	,0	184	45,9
Toplam	366	100,0	34	100,0	1	100,0	401	100,0
				X²=13,708	Sd=6	p=0,033		

Tablo 12'de güneş ışığında kalmıyorum diyenlerin %24,9'unun 40-45 yaş,%23'ünün 46-49 yaş,%24,9'unun 50-55 yaş,%22,4'ünün 56-60 yaş, %4,9'unun 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu;15-20 dk güneş ışığında kalırım diyenlerin %8,8'inin 40-45 yaş, %11,8'inin 46-49 yaş, %23,5'inin 50-55 yaş,%17,6'nın 56-60 yaş, %38,2'inin 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Güneş ışığında kalma süreleri ile yaş arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Güneş ışığında kalmıyorum diyenlerde 60 ve üzeri yaş 15-20 dk kalıyorum diyenlerde 40-45 yaş grubu önemliliği sağlayan faktördür.

Araştırmada güneş ışığında kalmıyorum diyenlerin %12'inin okuryazar olmadığı, %45,6'nın okuryazar olduğu, %41,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %0,8'inin ortaokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Güneş ışığında 15-20 dk kalırım diyenlerin %38,2'inin okuryazar olmadığı, %38,2'inin okuryazar olduğu, %20,6'nın ilkokul mezunu olduğu, %2,9'unun ortaokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Güneş ışığında kalmıyorum diyenlerde okur-yazar ve ilkokul mezunu, 15-20 dk kalıyorum diyenlerde ortaokul mezunu olmak önemliliği sağlayan faktördür.

Güneş ışığında kalma süreleri ile Gaziantep'te yaşadıkları süre incelendiğinde, güneş ışığında kalmıyorum diyenlerin %0,5'inin 1-5 yıl süredir yaşadığı, %14,5'inin 6-10 yıl süredir yaşadığı, %41,5'inin 11-20 yıl süredir yaşadığı, 43,4'ünün 20 yıl ve üzeri süredir yaşadığı saptanmış güneş ışığında 15-20 dk kalırım diyenlerin %11,8'inin 6-10 yıl süredir yaşadığı, %14,7'inin 11-20 yıl süredir yaşadığı, %73,5'inin 20 yıl ve üzeri süredir yaşadığı tespit edilmiş olup, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(0,033). Güneş ışığında kalmayanlarda 1-5 yıl, 20 yıl ve üzeri süredir yaşayanlar, 15-20 dk kalıyorum diyenlerde 20 yıl ve üzeri süredir yaşayanlar önemliliği sağlayan faktördür.

Tablo 13.Kalsiyum Tablet Kullanma Oranlarının Sosyo-Demografik Özelliklere ve Menopozal Durumlarına Göre Dağılımı

Ca tablet kullanma oranları						
Yaş	Evet		hayır		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%
40-45	0	,0	94	25,1	94	23,4
46-49	0	,0	88	23,5	88	21,9
50-55	5	18,5	95	25,4	100	24,9
56-60	10	37,0	78	20,9	88	21,9
60 ve üzeri	12	44,4	19	5,1	31	7,7
Eğitim durumları			X²=67,097	Sd=4		p=0,000
Okur yazar değil	12	44,4	46	12,3	58	14,5
Okuryazar	15	55,6	165	44,1	180	44,9
İlkokul	0	,0	159	42,5	159	39,7
Ortaokul	0	,0	4	1,1	4	1,0
Menopoz girme durumu			X²=30,491	Sd=3		p=0,000
Evet	26	96,3	253	67,6	279	69,6
Hayır	1	3,7	121	32,4	122	30,4
Menopoz süreleri			X²=9,764	Sd=1		p=0,002
Menopoz girmeyen	1	3,7	121	32,4	122	30,4
1 yıl	1	3,7	39	10,4	40	10,0
2 yıl	0	,0	43	11,5	43	10,7
3-5 yıl	3	11,1	88	23,5	91	22,7
6-10 yıl	10	37,0	59	15,8	69	17,2
10 yıl üzeri	12	44,4	24	6,4	36	9,0
Menopoz şekilleri			X²=59,929	Sd=5		p=0,000
Menopoz girmeyen	1	3,7	121	32,4	122	30,4
Doğal yolla	25	92,6	245	65,5	270	67,3
Cerrahi yolla	1	3,7	8	2,1	9	2,3
Toplam	27	100,0	374	100,0	401	100,0
			X²=9,812	Sd=2		p=0,007

Tablo 13'de Ca tablet kullananların %18,5'inin 50-55 yaş grubunda, %37'inin 56-60 yaş, %44,4'ünün 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu, Ca tablet kullanmayanların %25,1'inin 40-45 yaş, %23,5'inin 46-49 yaş, %25,4'ünün 50-55 yaş, %20,9'unun 56-60 yaş, %5,1'inin

60 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Ca tablet kullanma ile yaş arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Kalsiyum tablet kullananlarda 60 yaş ve üzeri kullanmayanlarda 40-45 yaş ve 50-55 yaş önemliliği sağlayan faktördür.

Ca tablet kullananların %44,4'ünün okuryazar olmadığı, %55,6'nın okuryazar olduğu, Ca tablet kullanmayanların, %12,3'ünün okuryazar olmadığı, %44,1'inin okuryazar olduğu, %42,5'inin ilkokul mezunu, %1,1'inin ortaokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Ca tablet kullanma ile eğitim durumları arasında tam anlamlı bir ilişki saptanmıştır.(p=0,000) Ca tablet kullanma ile menopozal durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında, Ca tablet kullananların %96,3'ünün menopozda olduğu,%3,7'inin menopozda olmadığı, Ca tablet kullanmayanların %67,6'nın menopozda olduğu, %32,4'ünün menopozda olmadığı tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,07). Kalsiyum tablet kullananlarda okur-yazar olmak kullanmayanlarda okur yazar ve ilkokul mezunu önemliliği sağlayan faktördür.

Ca tablet kullananların %3,7'inin 1 yıl süredir menopozda olduğu,%11,1'inin 3-5 yıl süredir menopozda olduğu, %37'inin 6-10 yıl süredir menopozda olduğu, %44,4'ünün10 yıl ve üzeri süredir menopozda olduğu; Ca tablet kullanmayanların %10,4'ünün 1 yıl süredir menopozda olduğu, %11,5'inin 2yıl süredir menopozda olduğu, %23,5'inin 3-5 yıl süredir menopozda olduğu, %15,8'inin 6-10 yıl süredir menopozda olduğu, %6,4'ünün 10 yıl ve üzeri süredir menopozda olduğu tespit edilmiştir. Ca tablet kullanma ile menopoz süreleri açısından tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Kalsiyum tablet kullananlar ve kullanmayanlarda menopoza girenler, önemliliği sağlayan faktördür.

Ca tablet kullanma ile menopoz şekilleri arasındaki ilişkiye bakıldığında tablet kullananların 92,6'nın doğal yolla %3,7'inin cerrahi yolla menopoza girdiği, Ca tablet kullanmayanların %65,5'inin doğal yolla, %2,1'inin cerrahi yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,007). Kalsiyum tablet kullananlarda doğal yolla menopoza girenler kullanmayanlarda cerrahi yolla menopoza girenler önemliliği sağlayan faktördür.

Tablo 14. Beslenme Şekillerinin Sosyo-Demografik Özelliklere ve Menopozal Durumlarına Dağılımı

Yaş	Beslenme şekilleri															
	Süt ürünleri		Sebze ve meyveler		Tahıl ve baklagiller		Süt ürünleri ve sebze meyveler		Süt ürünleri ve tahıl baklagiller		Sebze meyveler ve tahıl baklagiller		Süt ürünleri ve sebzeler ve tahıllar		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
40-45	1	50,0	8	33,3	29	27,9	14	45,2	0	,0	42	17,7	0	,0	94	23,4
46-49	1	50,0	10	41,7	23	22,1	7	22,6	1	50,0	46	19,4	0	,0	88	21,9
50-55	0	,0	2	8,3	21	20,2	6	19,4	0	,0	71	30,0	0	,0	100	24,9
56-60	0	,0	2	8,3	26	25,0	4	12,9	1	50,0	54	22,8	1	100,0	88	21,9
60 ve üzeri	0	,0	2	8,3	5	4,8	0	,0	0	,0	24	10,1	0	,0	31	7,7
Eğitim durumları	X²:40,296				Sd:24				p:0,020							
Okur yazar değil	0	,0	2	8,3	16	15,4	3	9,7	0	,0	36	15,2	1	100,0	58	14,5
Okuryazar	1	50,0	8	33,3	49	47,1	12	38,7	2	100,0	108	45,6	0	,0	180	44,9
İlkokul	1	50,0	12	50,0	37	35,6	16	51,6	0	,0	93	39,2	0	,0	159	39,7
Ortaokul	0	,0	2	8,3	2	1,9	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	4	1,0
Menopoz girme durumu	X²=29,850				Sd=18				p=0,039							
Evet	0	,0	11	45,8	74	71,2	15	48,4	2	100,0	176	74,3	1	100,0	279	69,6
Hayır	2	100,0	13	54,2	30	28,8	16	51,6	0	,0	61	25,7	0	,0	122	30,4
Menopoz süreleri	X²=21,433				Sd=6				p=0,002							
Menopoz girmeyen	2	100,0	13	54,2	30	28,8	16	51,6	0	,0	61	25,7	0	,0	122	30,4
1 yıl	0	,0	1	4,2	18	17,3	3	9,7	0	,0	18	7,6	0	,0	40	10,0
2 yıl	0	,0	6	25,0	5	4,8	5	16,1	1	50,0	26	11,0	0	,0	43	10,7
3-5 yıl	0	,0	0	,0	27	26,0	3	9,7	1	50,0	60	25,3	0	,0	91	22,7
6-10 yıl	0	,0	2	8,3	17	16,3	4	12,9	0	,0	45	19,0	1	100,0	69	17,2
10 yıl üzeri	0	,0	2	8,3	7	6,7	0	,0	0	,0	27	11,4	0	,0	36	9,0
Menopoz şekilleri	X²=57,449				Sd=30				p=0,002							
Menopoz girmeyen	2	100,0	13	54,2	30	28,8	16	51,6	0	,0	61	25,7	0	,0	122	30,4
Doğal yolla	0	,0	10	41,7	70	67,3	14	45,2	2	100,0	173	73,0	1	100,0	270	67,3
Cerrahi yolla	0	,0	1	4,2	4	3,8	1	3,2	0	,0	3	1,3	0	,0	9	2,3
Toplam	2	100,0	24	100,0	104	100,0	31	100,0	2	100,0	237	100,0	1	100,0	401	100,0
	X²=25,315				Sd=12				p=0,013							

Tablo 14’de araştırmaya katılanların beslenme Şekillerinin sosyo-demografik özellikler ve menopozal durumları arasında ki ilişkiye bakıldığında, beslenme Şekli ağırlıkla sebze ve meyve olanların %33,3’ünün 40-45 yaş, %41,7’inin 46-49 yaş grubunda, beslenme Şekli ağırlıkla tahıl ve baklagil olanların %27,9’unun 40-45 yaş, %22,1’inin 46-49 yaş, %20,2’inin 50-55 yaş, %25’inin 56-60 yaş grubunda, beslenme Şekli ağırlıkla süt ürünleri ve sebze meyve olanların %45,2’inin 40-45 yaş, %22,6’ının 46-49 yaş, %19,4’ünün 50-55 yaş, %12,9’unun 56-60 yaş grubunda, beslenme Şekli ağırlıkla süt ürünleri ve tahıl baklagil olanların %50’inin 46-49 yaş, %50’inin 56-60 yaş grubunda, beslenme Şekli ağırlıkla sebze meyve ve tahıl baklagil olanların %17,7’inin 40-45 yaş, %19,4’ünün 46-49 yaş, %30’unun 50-55 yaş, %22,8’inin 56-60 yaş, %10,1’inin 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır.(p=0,020)

Beslenme Şekli ağırlıkla sebze meyve olanların %8,3’ünün okuryazar olmadığı, %33,3’ünün okuryazar olduğu, %50’inin ilkokul mezunu, %8,3’ünün ortaokul mezunu olduğu, beslenme Şekli ağırlıkla tahıl ve baklagil olanların %15,4’ünün okuryazar olmadığı, %47,1’inin okuryazar olduğu, %35,6’nın ilkokul mezunu, %1,9’unun ortaokul mezunu olduğu, beslenme Şekli ağırlıkla süt ürünleri ve sebze meyve olanların %9,7’inin okuryazar olmadığı, %38,7’inin okuryazar olduğu, %51,6’nın ilkokul mezunu olduğu, beslenme Şekli ağırlıkla sebze meyve ve tahıl baklagil olanların %15,2’inin okuryazar olmadığı, %45,6’nın okuryazar olduğu, %39,2’inin ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir.İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır.(p=0,039)

Beslenme Şekli sebze meyve olanların, %45,8’inin menopoza girdiği, %54,2’inin girmediği, beslenme Şekli ağırlıkla tahıl ve baklagil olanların %71,2’inin menopoza girdiği, %28,8’inin girmediği, beslenme Şekli ağırlıkla sr ürünleri ve sebze meyve olanların %48,4’ünün menopoza girdiği, 51,6’nın girmediği, beslenme Şekli ağırlıkla sr ürünleri ve tahıl baklagil olanların %100’ünün menopoza girdiği, beslenme Şekli ağırlıkla sebze meyve ve tahıl baklagil olanların %74,3’ünün menopoza girdiği, 25,7’inin girmediği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,002).

Beslenme Şekli sebze ve meyve olanların %4,2’inin 1 yıl süredir menopoz da olduğu, %25’inin 2 yıl süredir menopoz da olduğu, %8,3’ünün 6-10 yıl süredir, %8,3’ünün 10 yıl ve üzeri süredir menopoz da olduğu, beslenme Şekli tahıl ve baklagil olanların %17,3’ünün 1 yıl süredir, %4,8’inin 2 yıl süredir, % 26’nın 3-5 yıl süredir, %16,3’ünün 6-10 yıl süredir, %6,7’inin 10 yıl ve üzeri süredir menopozda olduğu,

beslenme şekli ağırlıkla süt ürünleri ve sebze meyve olanların, %16,1'inin 2 yıl süredir, %12,9'unu 6-10 yıl süredir menopoza olduğu, eslenme şekli ağırlıkla Sebze meyve ve tahıl baklagil olanların %11'inin 2 yıl süredir, %25,3'ünün 3-5 yıl, %19'unun 6-10 yıl, %11,4'ünün 10 yıl ve üzeri süredir menopoza olduğu tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,002).

Beslenme şekli ağırlıkla sebze ve meyve olanların %41,7'inin doğal yolla, %4,2'inin cerrahi yolla menopoza girdiği, beslenme şekli ağırlıkla tahıl ve baklagil olanların %67,3'ünün doğal yolla, %3,8'inin cerrahi yolla menopoza girdiği, beslenme şekli ağırlıkla süt ürünleri ve sebze meyve olanların %45,2'inin doğal yolla, %3,2'inin cerrahi yolla menopoza girdiği, beslenme şekli ağırlıkla sebze meyve ve tahıl baklagil olanların %73'ünün doğal yolla, 1,3'ünün cerrahi yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir.İstatiksel anlamda anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,013).

Tablo 15.Menopozal Yakınlara İlişkin Bilgi Durumlarının Menopoza Girme Durumlarına Dağılımı

Menopoza girme durumları						
Menopozal yakınmalar	Evet		Hayır		Toplam	
Sıcak basması	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Biliyorum	242	86,7	90	73,8	332	82,8
Bilmiyorum	37	13,3	32	26,2	69	17,2
Uykusuzluk	X²=10,020		Sd=1	p=0,002		
Biliyorum	85	30,5	24	19,7	109	27,2
Bilmiyorum	194	69,5	98	80,3	292	72,8
Yorgunluk	X²=4,996		Sd=1	p=0,025		
Biliyorum	53	19,0	12	9,8	65	16,2
Bilmiyorum	226	81,0	110	90,2	336	83,8
Baş ağrısı	X²=5,244		Sd=1	p=0,022		
Biliyorum	41	14,7	7	5,7	48	12,0
Bilmiyorum	238	85,3	115	94,3	353	88,0
Kemik erimesi	X²=6,464		Sd=1	p=0,011		
Biliyorum	24	8,6	1	0,8	25	6,2
Bilmiyorum	255	91,4	121	99,2	376	93,8
Toplam	279	100,0	122	100,0	401	100,0
	X²=8,795		Sd=1	p=0,003		

Tablo 15’de menopoza girme ile menopozal yakınmalar ile ilgili bilgilerini incelediğimizde, menopoza girenlerin %86,7’inin sıcak basmasını bildiği, %13,3’ünün bilmediği,menopoza girmeyenlerin %73,8’inin sıcak basmasını bildiği, %26,2’inin bilmediği tespit edilmiştir.İstatiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,002). Menopoza girenlerde ve girmeyenlerde sıcak basmasını bilme önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza girenlerin %30,5’inin menopozda uykusuzluğu bildiği, %69,5’inin bilmediği, menopoza girmeyenlerin %19,7’inin uykusuzluğu bildiği, %80,3’ünün bilmediği tespit edilmiştir. Menopoza girme durumları ile menopozal yakınmalar ile ilgili bilgileri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,025) Menopoza girenlerin %19’unun yorgunluğu bildiği, %81’inin bilmediği, menopoza girmeyenlerin %9,8’inin yorgunluğu bildiği, %90,2’inin bilmediği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,022). Menopoza girenlerde ve girmeyenlerde uykusuzluğu bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza girenlerin %14,7’inin baş ağrısını bildiği, %85,3’ünün bilmediği, menopoza girmeyenlerin,%5,7’inin baş ağrısını bildiği, %94,3’ünün bilmediği tespit edilmiştir.İstatiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur.(p=0,011) Menopoza girenlerin, %8,6’ının kemik erimesini bildiği, %91,4’ünün bilmediği, menopoza girmeyenlerin, %0,8’inin kemik erimesini bildiği, %99,2’inin bilmediği tespit

edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,003). Menopoza girenlerde ve girmeyenlerde kemik erimesini bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Tablo 16. Menopozal Yakınmalara İlişkin Bilgi Durumlarının Menopoz Şekillerine Göre Dağılımı

Menopozal yakınmalar	Menopoz şekilleri							
	Menopoza girmeyen		Doğal yolla		Cerrahi yolla		Toplam	
Sıcak basması	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Biliyorum	90	73,8	233	86,3	9	100,0	332	82,8
Bilmiyorum	32	26,2	37	13,7	0	,0	69	17,2
Uykusuzluk	X²=11,168		Sd=2		p=0,004			
Biliyorum	24	19,7	79	29,3	6	66,7	109	27,2
Bilmiyorum	98	80,3	191	70,7	3	33,3	292	72,8
Yorgunluk	X²=11,154		Sd=2		p=0,004			
Biliyorum	12	9,8	49	18,1	4	44,4	65	16,2
Bilmiyorum	110	90,2	221	81,9	5	55,6	336	83,8
Sık idrar	X²=9,679		Sd=2		p=0,008			
Biliyorum	3	2,5	14	5,2	3	33,3	20	5,0
Bilmiyorum	119	97,5	256	94,8	6	66,7	381	95,0
Üriner enfeksiyon	X²=16,928		Sd=2		p=0,000			
Biliyorum	0	,0	3	1,1	1	11,1	4	1,0
Bilmiyorum	122	100,0	267	98,9	8	88,9	397	99,0
Baş ağrısı	X²=10,586		Sd=2		p=0,005			
Biliyorum	7	5,7	37	13,7	4	44,4	48	12,0
Bilmiyorum	115	94,3	233	86,3	5	55,6	353	88,0
Kemik erimesi	X²=14,275		Sd=2		p=0,001			
Biliyorum	1	0,8	24	8,9	0	,0	25	6,2
Bilmiyorum	121	99,2	246	91,1	9	100,0	376	93,8
Toplam	122	100,0	270	100,0	9	100,0	401	100,0
	X²=9,972		Sd=2		p=0,007			

Tablo 16’da araştırmaya katılanların menopoz şekilleri ile menopozal yakınmalara ilişkin bilgilerine bakıldığında, menopoza doğal yolla girenlerin menopozal yakınmalardan sıcak basmasını %86,3’ünün bildiği, cerrahi yolla menopoza girenlerin %100’ünün sıcak basmasını bildiği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,004). Doğal yolla ve cerrahi yolla menopoza girenlerde sıcak basmasını bilme önemliliği sağlayan faktördür.

Doğal yolla menopoza girenlerin menopozal yakınmalardan uykusuzluğu %70,7’inin bilmediği, cerrahi yolla menopoza girenlerin,%66,7’inin uykusuzluğu bildiği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,004). Doğal yolla menopoza girenlerde uykusuzluğu bilmeyenlerde cerrahi yolla menopoza girenlerde uykusuzluğu bilenler önemliliği sağlayan faktördür.

Doğal yolla menopoza girenlerin menopozal yakınmalardan yorgunluğu %81,9'unun yorgunluğu bilmediği, cerrahi yolla menopoza girenlerin %44,4'ünün yorgunluğu bildiği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,008$). Doğal yolla ve cerrahi yolla menopoza girenlerde yorgunluğu bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Doğal yolla menopoza girenlerin, menopozal yakınmalarda sık idrara çıkmayı 94,8'inin bilmediği, cerrahi yolla menopoza girenlerin sık idrara çıkmayı, %66,7'inin bilmediği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Doğal yolla ve cerrahi yolla menopoza girenlerde sık idrara çıkmayı bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Doğal yolla menopoza girenlerin menopozal yakınmalardan üriner enfeksiyonu %1,1'inin bildiği, %98,9'unun bilmediği, cerrahi yolla menopoza girenlerin, üriner enfeksiyonu %11,1'inin bildiği, %88,9'unun bilmediği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,005$).

Doğal yolla ve cerrahi yolla menopoza girenlerde üriner enfeksiyonu bilenler önemliliği sağlayan faktördür. Doğal yolla menopoza girenlerin, menopozal yakınmalardan baş ağrısını %13,7'inin bildiği, %86,3'ünün bilmediği, cerrahi yolla menopoza girenlerin, baş ağrısını %44,4'ünün bildiği, %55,6'nın bilmediği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,001$).

Tablo 17. Menopoz bilgilerinin Menopozal Yakınmalara Dağılımı

Menopozal yakınmalar	Menopozla ilişkin bilgi alma durumları					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sıcak Basması						
Biliyorum	42	100	290	80,8	332	82,8
Bilmiyorum	0	,0	69	19,2	69	17,2
Uykusuzluk		X²=9,750	Sd=1	p=0,002		
Biliyorum	28	66,7	81	22,6	109	22,7
Bilmiyorum	14	33,3	278	77,4	292	72,8
Baş Ağrısı		X²=36,952	Sd=1	p=0,000		
Biliyorum	15	35,7	33	9,2	48	12,0
Bilmiyorum	27	64,3	326	90,8	353	88,0
Sık İdrar		X²=34,077	Sd=1	p=0,000		
Biliyorum	7	16,7	13	3,6	20	5,0
Bilmiyorum	35	83,3	346	96,4	381	95,0
Üriner Enfeksiyon		X²=13,504	Sd=1	p=0,000		
Biliyorum	2	4,8	2	0,6	4	1,0
Bilmiyorum	40	95,2	357	99,4	397	99,0
Ağlama ve Sinirlilik		X²=6,732	Sd=1	p=0,009		
Biliyorum	32	76,2	119	33,1	151	37,7
Bilmiyorum	10	23,8	240	66,9	250	62,3
Cinsel İsteksizlik		X²=29,674	Sd=1	p=0,000		
Biliyorum	36	85,7	131	36,5	167	41,6
Bilmiyorum	6	14,3	228	63,5	234	58,4
Vajinal Kuruma		X²=37,490	Sd=1	p=0,000		
Biliyorum	2	4,8	3	0,8	5	1,2
Bilmiyorum	40	95,2	356	99,2	396	98,8
Ruhsal Değişimler		X²=4,707	Sd=1	p=0,030		
Biliyorum	29	69,0	71	19,8	100	24,9
Bilmiyorum	13	31,0	288	80,2	301	75,1
Unutkanlık		X²=48,763	Sd=1	p=0,000		
Biliyorum	15	35,7	21	5,8	36	9,0
Bilmiyorum	27	64,3	338	94,2	365	91,0
Eklem Ağrıları		X²=41,040	Sd=1	p=0,000		
Biliyorum	3	7,1	1	0,3	4	1,0
Bilmiyorum	39	92,9	358	99,7	397	99,0
Kemik Erimesi		X²=17,940	Sd=1	p=0,000		
Biliyorum	8	19,0	17	4,7	25	6,2
Bilmiyorum	34	81,0	342	95,3	376	93,8
Toplam	279	100,0	122	100,0	400	100,0
		X²=13,176	Sd=1	p=0,000		

Araştırmaya katılan kadınların menopozla ilişkin bilgi alma durumları ile menopozal yakınmalar bilgi durumlarını incelediğimizde, menopozla ilişkin bilgi alanların %100'ünün sıcak basmasını bildiği, bilgi almayanların %80,8'inin sıcak basmasını bilmediği tespit edilmiştir. Menopoz

konusunda bilgi alma durumları ile sıcak basması bilme durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,002$). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda sıcak basmasını bilenler bilgi almayanlarda sıcak basmasını bilenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %66,7'inin uykusuzluğu bildiği, bilgi almayanların %22,6'nın uykusuzluğu bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile uykusuzluğu bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda uykusuzluğu bilenler bilgi almayanlarda uykusuzluğu bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %35,7'inin baş ağrısını bildiği, bilgi almayanların %9,2'inin baş ağrısını bildiği saptanmıştır. Menopoz konusunda bilgi alma ile baş ağrısını bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda ve almayanlarda baş ağrısını bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %83,3'ünün sık idrarı bilmediği, bilgi almayanların %96,4'ünün sık idrarı bilmediği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile sık idrarı bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda ve almayanlarda sık idrara çıkmayı bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %4,2'inin üriner enfeksiyonu bildiği, bilgi almayanların %0,6'nın bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile üriner enfeksiyonu bilme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,009$). Menopozailişkin bilgi alanlarda ve almayanlarda üriner enfeksiyonu bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %76,2'inin ağlama ve sinirliliği bildiği, bilgi almayanların %33,1'inin ağlama ve sinirliliği bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile ağlama ve sinirliliği bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Menopoza ilişkin bilgi alanda ağlama ve sinirliliği bilenler, bilgi almayanlarda bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %85,7'inin cinsel isteksizliği bildiği, bilgi almayanların %36,5'inin cinsel isteksizliği bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile cinsel isteksizliği bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda cinsel isteksizliği bilenler, bilgi almayanlarda cinsel isteksizliği bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %4,8'inin vajinal kurumayı bildiği, bilgi almayanların %0,8'inin vajinal kurumayı bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile vajinal kurumayı bilme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,030). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda ve almayanlarda vajinal kurumayı bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %69'unun ruhsal değişimleri bildiği, bilgi almayanların %19,8'inin ruhsal değişimleri bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile ruhsal değişimleri bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda ruhsal değişimleri bilenler bilgi almayanlarda ruhsal değişimleri bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %35,7'inin unutkanlığı bildiği, bilgi almayanların %5,8'inin unutkanlığı bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile unutkanlığı bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda unutkanlığı bilenler bilgi almayanlarda unutkanlığı bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoza ilişkin bilgi alanların %7,1 'inin eklem ağrılarını bildiği, bilgi almayanların %0,3'ünün eklem ağrılarını bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile eklem ağrılarını bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Menopoza ilişkin bilgi alanlarda ve almayanlarda eklem ağrılarını bilmeyenler önemliliği sağlayan faktördür.

Menopoz konusunda bilgi alanların %19'unun kemik erimesini bildiği, bilgi almayanların %4,7'inin kemik erimesini bildiği tespit edilmiştir. Menopoz konusunda bilgi alma ile kemik erimesini bilme arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 18. Menopoza Girme Durumlarının Menopoz ve Osteoporoz İlişkin Bilgilerine Dağılımı

Menopoza ilişkin bilgi durumları	Menopoza Girme Durumları					
	Evet		Hayır		Toplam	
Menopoz bir hastalıktır.	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Katılıyorum	28	10	6	4,9	34	8,5
Katılmıyorum	241	86,4	106	86,9	347	86,5
Kararsızım	10	3,6	10	8,2	20	5,0
Menopozla yaşam son bulur.	X²=6,245		Sd=2		p=0,044	
Katılıyorum	1	0,4	0	,0	1	0,2
Katılmıyorum	275	98,6	116	95,1	391	97,5
Kararsızım	3	1,1	6	4,9	9	2,2
Hormon tedavisi alınabilir.	X²=6,128		Sd=2		p=0,047	
Katılıyorum	91	32,6	26	21,3	117	29,2
Katılmıyorum	16	5,7	13	10,7	29	7,2
Kararsızım	172	61,6	83	68,0	255	63,6
Menopozda dengeli beslenme önemlidir.	X²=7,104		Sd=2		p=0,029	
Katılıyorum	102	36,6	27	22,1	129	32,2
Katılmıyorum	9	3,2	6	4,9	15	3,7
Kararsızım	168	60,2	89	73,0	257	64,1
Menopozda yakınmalar artar.	X²=8,291		Sd=2		p=0,016	
Katılıyorum	162	58,1	50	41,0	212	52,9
Katılmıyorum	2	0,7	2	1,6	4	1,0
Kararsızım	115	41,2	70	57,4	185	46,1
Aşırı kafein tüketimi kemik erimesini artırır.	X²=10,212		Sd=2		p=0,006	
Katılıyorum	40	14,3	7	5,7	47	11,7
Katılmıyorum	49	17,6	23	18,9	72	18,0
Kararsızım	190	68,1	92	75,4	282	70,3
Ca alımı kemik erimesini azaltır.	X²=6,079		Sd=2		p=0,048	
Katılıyorum	82	29,4	18	14,8	100	24,9
Katılmıyorum	10	3,6	5	4,1	15	3,7
Kararsızım	187	67,0	99	81,1	286	71,3
Toplam	279	100,0	122	100,0	401	100,0
	X²=9,726		Sd=2		p=0,008	

Araştırmaya katılan kadınların menopoza girme durumları ile menopoza ilişkin bilgi durumlarını incelediğimizde, menopoza girenlerin “menopoz bir hastalıktır.” İfadesine %86,4’ü katılmıyorum, menopoza girmeyenlerin %86,5’i katılmıyorum cevabını vermiştir. Menopoza girme durumları ile “Menopoz bir hastalıktır.” İfadesine verdikleri cevap arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,044).

Menopoza girenlerin “Menopozla yaşam son bulur.” %98,6’ı katılmıyorum, menopoza girmeyenlerin %97,5’i katılmıyorum cevabını vermiştir. Menopoza girme ile “Menopozla yaşam son bulur.” İfadesine verdikleri cevap arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,047).

Menopoza girenlerin “Menopozda hormon tedavisi alınabilir.” İfadesine %61,6’sı kararsızım, menopoza girmeyenlerin %63,6’sı kararsızım cevabını vermiştir. Menopoza girme ile “Menopozda hormon tedavisi alınabilir.” İfadesine verdikleri cevap arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir(p=0,029).

Menopoza girenlerin “Menopozda dengeli beslenme önemlidir.” ifadesine %60,2’si kararsızım, menopoza girmeyenlerin %64,1’i kararsızım cevabını vermiştir. Menopoza girme durumları ile “Menopozda dengeli beslenme önemlidir.” İfadesine verdikleri cevap arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,016).

Menopoza girenlerin “Menopozda yakınmalar artar.” ifadesine %58,1’i katılıyorum, menopoza girmeyenlerin %52,9’u katılıyorum cevabını vermiştir. Menopoza girme durumları ile “Menopozda yakınmalar artar.” İfadesine verdikleri cevap arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(p=0,006).

Menopoza girenlerin “Aşırı kafein tüketimi kemik erimesini artırır.” ifadesine %68,1’i kararsızım, menopoza girmeyenlerin %70,3’ü kararsızım cevabını vermiştir. Menopoza girme durumları ile “Aşırı kafein tüketimi kemik erimesini artırır.”ifadesine verdikleri cevap arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,048).

Menopoza girenlerin “Ca alımı kemik erimesini azaltır.” ifadesine %67’si kararsızım, menopoza girmeyenlerin %71,3’ü kararsızım cevabını vermiştir. Menopoza girme durumları ile “Ca alımı kemik erimesini azaltır.” İfadesine verdikleri cevap arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,008).

Tablo 19. Mamografi Çektirme Durumlarının Sosyo-Demografik ve Menopozal Özelliklere Dağılımı

Mamografi çektirme						
Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
40-45	3	4,3	91	27,5	94	23,4
46-49	8	11,4	80	24,2	88	21,9
50-55	16	22,9	84	25,4	100	24,9
56-60	25	35,7	63	19,0	88	21,9
60 ve üzeri	18	25,7	13	3,9	31	7,7
Eğitim durumu	X²=60,500		Sd=4		p=0,000	
Okur yazar değil	25	35,7	33	10,0	58	14,5
Okur yazar	31	44,3	149	45,0	180	44,9
İlkokul	14	20,0	145	43,8	159	39,7
Ortaokul	0	,0	4	1,2	4	1,0
Gaziantep de yaşadığı süre	X²=35,589		Sd=3		p=0,000	
1-5 yıl	0	,0	2	0,6	2	0,5
6-10 yıl	4	5,7	53	16,0	57	14,2
11-20 yıl	20	28,6	138	41,7	158	39,4
20 ve üzeri	46	65,7	138	41,7	184	45,9
Menopoza girme durumu	X²=14,525		Sd=3		p=0,002	
Evet	66	94,3	213	64,4	279	69,6
Hayır	4	5,7	118	35,6	122	30,4
Menopoz süreleri	X²=24,461		Sd=1		p=0,000	
Menopoza girmeyen	4	5,7	118	35,6	122	30,4
1 yıl	3	4,3	37	11,2	40	10,0
2 yıl	4	5,7	39	11,8	43	10,7
3-5 yıl	17	24,3	74	22,4	91	22,7
6-10 yıl	23	32,9	46	13,9	69	17,2
10 yıl üzeri	19	27,1	17	5,1	36	9,0
Menopoz şekilleri	X²=65,091		Sd=5		p=0,000	
Menopoza girmeyen	4	5,7	118	35,6	122	30,4
Doğal yolla	60	85,7	210	63,4	270	67,3
Cerrahi yolla	6	8,6	3	0,9	9	2,2
Toplam	70	100,0	331	100,0	401	100,0
	X²=36,401		Sd=2		p=0,000	

Tablo 19’da mamografi ektirme ile sosyodemografik ve menopozal özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; mamografi çektirenlerin %4,3’ünün 40-45 yaş, %11,4’ünün 46-49 yaş, %22,9’unun 50-55 yaş, %35,7’inin 56-60 yaş, %25,7’inin 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu, mamografi ektirmeyenlerin %27,5’inin 40-45 yaş, %24,2’inin 46-49 yaş, %25,4’ünün 50-55 yaş, %19’unun 56-60 yaş, %3,9’unun 60 ve üzeri yaş grunda olduğu tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır.(p=0,000)

Mamografi ektirenlerin, %35,7’inin okuryazar olmadığı, %44,3’ünün okuryazar olduğu, %20,’inin ilkokul mezunu olduğu, mamografi ektirmeyenlerin, %10’unun okuryazar olmadığı, %45’inin okuryazar olduğu, %43,8’inin ilkokul mezunu, %1,2’inin ortaokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır.(p=0,000)

Araştırmaya katılanların Gaziantep’de yaşadığı sreler ile mamografi çektirmeleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, mamografi çektirenlerin %5,7’inin 6-10 yıl süredir, %28,6’nın 11-20 yıl süredir, %65,7’inin 20 yıl ve üzeri süredir Gaziantep’de yaşadığı, mamografi ektirmeyenlerin %0,6’nın 1-5 yıl süredir, %16’nın 6-10 yıl süredir, %41,7’inin 11-20 yıl süredir, %41,7’inin 20 yıl üzeri süredir yaşadığı tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır.

Mamografi ektirenlerin %94,3’ünün menopoza girdiği, %5,7’inin menopoza girmediği, mamografi ektirmeyenlerin, %64,4’ünün menopoza girdiği, %35,6’nın menopoza girmediği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır.

Mamografi ektirenlerin menopoz süreleri ile arasındaki ilişkiye bakıldığında, mamografi çektirenlerin, %4,3’ünün 1 yıl, %5,7’inin 2 yıl, %24,3’ünün 3-5 yıl, %32,9’unun 6-10 yıl, %27,1’inin 10 yıl ve üzeri süredir menopozda olduğu, mamografi ektirmeyenlerin, %11,2’inin 1 yıl, %11,8’inin 2 yıl, %22,4’ünün 3-5 yıl, %13,9’unun 6-10 yıl, %5,1’inin 10 yıl ve üzeri süredir menopozda olduğu tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır.(p=0,000)

Mamografi ektirenlerin, %85,7’inin doğal yolla menopoza girdiği, %8,6’nı cerrahi yolla menopoza girdiği, mamografi ektirmeyenlerin, %63,4’ünün doğal yolla, %0,9’unun cerrahi yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır.(p=0,000)

Tablo 20. Depresyon Geçirme Durumlarının Menopozal Özelliklere Dağılımı

Menopoza girme durumu	Depresyon geçirme					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	153	73,6	126	65,3	279	69,6
Hayır	55	26,4	67	34,7	122	30,4
Menopoz şekli	X²=3,237		Sd=1		p=0,072	
Menopoza girmeyen	54	26,0	68	35,2	122	30,4
Doğal yolla	146	70,2	124	64,2	270	67,3
Cerrahi yolla	8	3,8	1	0,5	9	2,2
Toplam	208	100,0	193	100,0	401	100,0
	X²=8,294		Sd=2		p=0,016	

Tablo20’de araştırmaya katılanların menopozal özellikleri ile depresyon geçirme durumları incelendiğinde,depresyon geçirenlerin, %73,6’nın menopozaya girdiği, %26,4’ünün menopozaya girmediği, depresyon geçirmeyenlerin %65,3’ünün menopozaya girdiği, %34,7’inin menopozaya girmediği tespit edilmiştir.İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanamamıştır(p=0,072).

Depresyon geçirenlerin, %70,2’inin doğal yolla menopozaya girdiği, %3,8’inin cerrahi yolla menopozaya girdiği, depresyon geçirmeyenlerin %64,2’inin doğal yolla menopozaya girdiği, %0,5’inin cerrahi yolla menopozaya girdiği tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır.(p=0,016)

Tablo 21. Osteoporoz Bilgilerinin Sosyo- Demografik Özelliklere Dağılımı

Osteoporozla ilişkin bilgi alma durumları						
Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
40-45	1	2,9	93	25,4	94	23,4
46-49	0	,0	88	24	88	21,9
50-55	6	17,1	94	25,7	100	24,9
56-60	14	40	74	20,2	88	21,9
60 ve üstü	14	40	17	4,6	31	7,7
Eğitim durumu		X²=73,630	Sd=4	p=0,000		
Okur-yazar değil	15	42,9	43	11,7	58	14,5
Okur-yazar	15	42,9	165	45,1	180	44,9
İlkokul	5	14,3	154	42,1	159	39,7
Ortaokul	0	,0	4	1,1	4	1,0
Gaziantep'te yaşadığı süre		X²=28,014	Sd=3	p=0,000		
1-5 yıl	0	,0	2	0,5	2	0,5
6-10 yıl	1	2,9	56	15,3	57	14,2
11-20 yıl	2	5,7	156	42,6	158	39,4
20 ve üstü	32	91,4	152	41,5	184	45,9
Sosyal güvenceleri		X²=32,050	Sd=3	p=0,000		
Ssk	24	68,6	133	36,3	157	39,2
Bağ-kur	5	14,3	75	20,5	80	20
Yeşil kart	6	17,1	149	40,7	155	38,7
Sosyal güvence yok	0	,0	9	2,5	9	2,2
Toplam	35	100,0	366	100,0	401	100,0
		X²=14,545	Sd=3	p=0,002		

Araştırmaya katılan kadınların osteoporozla ilişkin bilgi alma durumları ile sosyo-demografik özelliklerini incelediğimizde osteoporozla ilişkin bilgi alanların %40'ı 56-60 yaş, %40'ı 60 ve üzeri yaş grubunda, bilgi almayanların %7,7'si 60 ve üzeri yaş grubundadır. Osteoporozla ilişkin bilgi alma durumu ile yaş arasında tam anlamlı bir ilişki saptanmıştır(p=0,000). Osteoporozla ilişkin bilgi alanlarda 56-60 ve 60 ve üzeri yaş, bilgi almayanlarda 40-45 ve 50-55 yaş grubu önemliliği sağlayan faktördür.

Osteoporozla ilişkin bilgi alanların %42,9'u okur-yazar değil, %42,9'u okur-yazar olduğu, bilgi almayanların %44,9'u okur-yazar olduğu saptanmıştır. Osteoporozla ilişkin bilgi alma durumu ile eğitim durumları arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Osteoporozla ilişkin bilgi alanlarda okur-yazar olmama ve okur- yazar olma bilgi almayanlarda ortaokul mezunu önemliliği sağlayan faktördür.

Osteoporozla ilişkin bilgi alanların %91,4'ü 20 yıl ve üzeri zamandır, bilgi almayanların %45,9'u 20 yıl ve üzeri zamandır Gaziantep'te yaşadığı tespit edilmiştir. Osteoporozla ilişkin bilgi alma ile Gaziantep'te yaşadıkları süre arasında tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Osteoporozla ilgili bilgi alanların %68,6'nın sosyal güvencesi Ssk, bilgi almayanların %39,2'inin Ssk olduğu tespit edilmiştir. Osteoporozla ilgili bilgi alma ile sosyal güvenceleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,002).

Tablo 22.Osteoporoz Öyküsü Bulunma Durumlarının Menopozal Özelliklere Dağılımı

Osteoporoz öyküsü						
Menopoz süreleri	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Menopoza girmeyen	31	24,2	91	33,3	122	30,4
1 yıl	12	9,4	28	10,3	40	10,0
2 yıl	12	9,4	31	11,4	43	10,7
3-5 yıl	25	19,5	66	24,2	91	22,7
6-10 yıl	27	21,1	42	15,4	69	17,2
10 yıl üzeri	21	16,4	15	5,5	36	9,0
Menopoz şekli	X²=16,802		Sd=5		p=0,005	
Menopoza girmeyen	31	24,2	91	33,3	122	30,4
Doğal yolla	97	75,8	173	63,4	270	67,3
Cerrahi yolla	0	,0	9	3,3	9	2,2
Toplam	128	100,0	273	100,0	401	100,0
	X²=8,593		Sd=2		p=0,014	

Tablo 19'de araştırmaya katılanların, osteoporoz öyküsü olanların %9,4'ünün 1 yıl süredir menopozda olduğu, %21,1'inin 6-10 yıl menopozda olduğu, osteoporoz öyküsü olmayanların, %24,2'inin 3-5 yıl süredir, %5,5'inin 10 yıl ve üzeri süredir menopozda olduğu tespit edilmiştir. İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,005).

Osteoporoz öyküsü olanlarda 3-5 yıldır menopozda olanlar osteoporoz öyküsü olmayanlarda 1 yıl ve 3-5 yıl menopozda olanlar önemliliği sağlayan faktördür. Osteoporoz öyküsü olanların, %75,8'inin doğal yolla menopoza girdiği, osteoporoz öyküsü olmayanların, %63,4'ünün doğal yolla menopoza girdiği İstatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,014).

Osteoporoz öyküsü olanların doğal yolla menopoza girenler osteoporoz öyküsü olmayanlarda cerrahi yolla menopoza girenler önemliliği sağlayan faktördür.

5. TARTIŞMA

Gaziantep ili Şehitkâmil ilçesin de çikSORUT mahallesinde yapılan, 40 yaş ve üzeri kadınların menopoz ve osteoporozla ilişkin bilgi tutum ve davranışları konulu araştırmamız da bulunan veriler literatürler ve kendi içinde tartışılmıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların yaş özelliklere bakıldığında, %23,4'ünün 40-45 yaş, %21,9'unun 46-49 yaş, %24,9'unun 50-55 yaş, %21,9'unun 56-60 yaş, %7,7'inin 60 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Oğurlu'nun 2008 Aydın çalışmasında, %17,4'ünün 40-44 yaş, %31,8'inin 45-49 yaş, %40,9'unun 50-54 yaş, %9,8'inin 55-60 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızla Oğurlu'nun çalışmasında benzerlik saptanamamıştır. Benzerliğin olmamasını bölgesel farklılığa bağlayabiliriz(24).

Çalışmamızda araştırmaya katılan kadınların %95,8'inin evli, %4,2'inin bekar olduğu saptanmıştır. Şahingöz'ün 2008 Konya çalışmasında %90'ının evli, %10'unun bekar olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarımız ile Şahingöz'ün araştırma sonuçları arasında benzerlik bulunmuştur(43). Bu yaş grubunda kadınları doğal olarak evli olması beklenmektedir. Yaşamsal özelliklere uygundur.

Çalışmamızda %14,5'inin okur-yazar olmadığı, 44,9'unun okuryazar olduğu, %39,7'inin ilkokul mezunu, %1'inin ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Çoban ve ark.'nın Manisa 2008 çalışmasında %9,3'ünün ilkokul mezunu olmadığı, %51,8'inin ilkokul mezunu olduğu, %19'unun ortaokul ve lise mezunu olduğu, %21,2'inin Yüksekokul ve Fakülte mezunu olduğu belirtilmiştir(25). Özgür'ün 2007 İstanbul/Bakırköy çalışmasında %16,3'ünün okuryazar değil-okuryazar olduğu, %27,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %40,6'ını ortaokul mezunu olduğu, %15,7'inin lise ve üzeri olduğu belirtilmiştir(21). Araştırmamızla Çoban ve ark.'nın ve Özgür'ün çalışmasında benzerlik bulunamamıştır. Benzerlik olmamasının sebebinin bölgesel farklılığa, ekonomik durum yetersizliğine ve bölgemizin doğu bölgelerinden göç almasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda katılanların %3,5'inin çalıştığını, %96,5'inin çalışmadığı saptanmıştır. Şahingöz'ün 2008 Konya çalışmasında %94,8'inin çalışmadığı, %5,2'inin çalıştığı belirtilmiştir(43).. Araştırmamızla Şahingöz'ün çalışmasında benzerlik bulunmuştur. Ülkemizde kadınların evhanımı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Kadınların okuma yazması çalışmayı direkt etkileyen faktörlerden sayılabilir.

Çalışmamıza katılanların evde yaşayan kişi sayılarına bakıldığında, %68,1'inin 1-5 kişi, %31,2'si 6-10 kişi, %0,7'inin 10 ve üzerinde kişi yaşamaktadır. Çocuk sayılarına bakıldığında %42,3'ünün 1-3 çocuk, %44-9'unun 4-6 çocuk, %12,7'inin 10

ve üzeri çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Evde yaşayan kişi sayılarının fazlalığı yanında bölgede ekonomik durumun yetersizliği ile birleştiğinde, bölgenin göçün yoğun olduğu bir bölge olması da eklenince kişilerin kadına ve konuya bakışı daha da netleşebilir. Çocuk sayısını fazla olması eğitim durumlarının yetersiz olması ve aile planlama yöntemlerinin bilinmemesi ve yeterli eğitimin yapılmasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılanların sosyal güvenceleri %39,2'inin SSK, %20'inin Bağ-kur, %38,7'inin Yeşil kart, %2,2'inin sosyal güvencesi olmadığı tespit edilmiştir. Engindeniz'in 2005 Bursa çalışmasında %58,4'ünün SSK, %12,1'inin bağ-kur, %10'unun emekli sandığı, %1,7'inin devlet memuru, %0,7'inin yeşil kart, %17,1'inin sosyal güvencesi olmadığı belirtilmiştir. Araştırmamız ile Engindeniz'in çalışması arasında benzerlik bulunmamıştır(41). Benzerliğin olmamasının sebebini eğitim seviyesinin düşüklüne bölgenin ekonomik durumunun zayıflığına ve kırsal bölgelerden gelmelerinden dolayı çiftçilik ve hayvancılığa devam etmek istemelerine ve sigortalı bir iş yada memuriyet bulma şanslarının azlığına bağlanabilir.

Araştırmaya katılanların eşlerinin %16,5'inin işçi, %23,9'unun çiftçi, %22,4'ünün emekli, %32,7'inin serbest, %0,5'inin işsiz olduğu, eğitim durumları %0,2'inin okur-yazar olmadığı, %19,5'inin okur-yazar olduğu, %70,1'inin ilkokul mezunu olduğu, %5,7'inin ortaokul, %0,5'inin lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda erkeklerin eğitim durumunun kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu erkeklere tanınan eğitim olanaklarının kadınlara daha az tanındığının göstergesidir. Ülke genelinde özellikle doğu ve güneydoğuda daha bariz olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmaya katılanların %0,5'inin 1-5 yıldır Gaziantep'te yaşadığı, %14,2'inin 6-10 yıldır, %39,4'ünün 11-20 yıldır, %45,9'unun 20 yıl ve üzeri yaşadığı tespit edilmiştir. Uzun süredir oturanların oranını yüksek olması araştırma evrenimizin 40 yaş ve üzeri olmasına bağlayabiliriz. Araştırmamıza katılan kadınların yarısının aynı bölgede uzun süredir oturduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların %16,2'inin 1 defa düşük yaptığı, %8'inin 2 düşük, %0,4'ünün 3 düşük yaptığı ve %7'inin 1 kürtaj, %0,2'inin 2 kürtaj olduğu tespit edilmiştir. Güney'in Ankara 2006 çalışmasında, %79,7'inin 1-2 düşük, %17,9'unun 3-4 düşük, %2,4'ünün 5 ve üzeri sayıda düşük yaptığı belirtilmiştir. 2008 TNSA verilerine göre, isteyerek düşük oranı %10,5, kendiliğinden düşük oranı %10'dur(23). Araştırmamızın Güney'in çalışması ile arasında benzerlik bulunmamıştır. Ankara'da ki kadınlarda daha az sayıda çocuğa sahip olmak isteği yanında şehirde çocuk büyütmenin

zorluğu da etkin faktör olarak düşünülebilir. Benzerliğin olmamasının nedenini bölgemizde insanların farklı yaşam tarzlarına, eğitim durumlarına, bölgesel tutuculuğa ve dinsel özelliklerin daha başkın olmasına ve düşüğün günah düşüncesine bağlayabiliriz. Çalışmamız 2008 TNSA verileri ile benzerlik göstermiştir.

Araştırmaya katılanların %75,3'ünün korunma yöntemlerini bildiği, %24,7'inin bilmediği tespit edilmiştir. Kullanma oranları, %20'inin kondom, %18,7'inin rüya, %15,7'inin doğum kontrol hapi, %37,2'inin geri çekme, %1,2'inin yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir. Güney'in Ankara 2006 çalışmasında %2,7'inin cerrahi sterilizasyon, %17,7'inin geri çekme, %9,4'ünün kondom, %4,4'ünün oral kontraseptif, %20,7'inin rüya, %1,5'inin diğer yöntemler, %43,6'nın yöntem kullanmadığı belirtilmiştir. Araştırmamızla Güney'in çalışması arasında benzerlik saptanmamıştır. Benzerliğin olmamasında, araştırmaların farklı bölgelerde yapılmasının ve eğitim durumları arasındaki farklılığa bağlanabilir. 2008 TNSA verilerine göre, %16,9'unun rüya, %14,3'ünün kondom, %8,3'ünün tüpligasyon, %5,3'ünün hap, %26,2'inin geri çekme yöntemini kullandığı belirtilmiştir. TNSA verileri ile araştırmamızdaki veriler arasında bazı yöntemler arasında oranlarda benzerlik var, fakat geri çekme yönteminin oranı bizim araştırmamızda, TNSA verilerinden ve Güney'in çalışmasında ki verilerden yüksek bulunmuştur. Bu araştırmaya katılanların eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlanabilir. Bizim çalışmamız da tüpligasyon yönteminin oranını olmamasını gerek dini inanışlarına gerek eşlerinin rıza göstermemesine bağlanabilir.

Araştırmamızda korunma yöntemlerinin kullanma sürelerine baktığımızda, %7'inin 1-11 ay, %12'inin 1-2 yıl, %16,7'inin 3-5 yıl, %16,2'inin 6-10 yıl, %43,4'ünün 10 yıl ve daha uzun süredir kullandığı saptanmıştır. Yöntemlerin uzun süreli kullanılmasının kamu sağlık kuruluşlarından temin edilen yöntemlerin sınırlı olması, maddi durumun yetersizliğinden özel sektördeki yöntemlere ulaşılabilirliğin kısıtlı olmasına bağlanabilir. Ayrıca ekonomik durumun da yöntem seçiminde etkin olduğu aşikârdır.

Araştırmaya katılanların %47,9'unun sistemik bir hastalığının varlığı, %52,1'inin sistemik hastalığı olmadığı, sistemik bir hastalığı olanların %6'ını Diabet, %8,2'inin Tansiyon, %7'inin Kolestrol, %0,2'inin Kalp hastalığı, %5,7'inin Osteoporoz, %14,2'inin iki hastalığı var, %58,2'inin üç ve daha fazla hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Özgür'ün İstanbul 2007 çalışmasında 44,73'ünün kronik bir hastalığı olduğu, %55,27'inin hastalığı olmadığı ve %57,14'ünün Hipertansiyon ve kalp hastalığı varlığı, %20'inin Endokrin sistem hastalığı varlığı, %10,71'inin Kas ve iskelet sistemi

hastalığı olduğu belirtilmiştir(21).Araştırmamız Özgür'ün çalışması ile Kronik hastalığın var olup olmaması oranları benzer bulunmuştur. Var olan kronik hastalıkların oranları arasında benzerlik bulunmamıştır. Benzerlik olmamasının sebebini beslenme şekillerinin, yaşam koşullarının ve maddi olanaklarının farklılığına bağlayabiliriz. Genel anlamda kadınların kırk yaşından sonra sağlık durumlarının yarı yarıya bozulduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların %51,9'unun depresyon geçirdiği, %48,1'inin geçirmedeği ve geçirenlerin %22,2'inin doktor tedavisi aldığı, %77,8'inin tedavi almadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların yarısının depresyon geçirmesi düşündürücü yüksek bir değerdir. Ayrıca yüksek oranda doktor tedavisi almadığı gözlenmektedir. Toplumda oluşan yanlış yargılar sonucu psikiyatriye gitmekten çekindikleri söylenebilir. Depresyon geçirme oranının yüksekliğini yaşam koşullarına bağlayabiliriz. Ancak kadınların konuya bakışlarının incelenmesi gereklidir.

Araştırmaya katılanların %93,8'inin fiziksel aktivitede bulunmadığı, %6'nın 15-20 dakika fiziksel aktivitede bulunduğu, %0,2'inin bir saat ve üzeri fiziksel aktivitede bulunduğu tespit edilmiştir. Kadınların ev işi dışında aktivasyonun hemen hemen hiç olmaması menepoz ve osteopoz için çok sakıncalı bir durumdur. Özkan'ın İstanbul 2006 çalışmasında %35'inin egzersiz yaptığı, %65'inin egzersiz yapmadığı belirtilmiştir(26). Araştırmamızla Özkan'ın çalışması arasında benzerlik yoktur. Benzerlik olmamasının sebebini İstanbul'un ve Gaziantep'in yaşam koşullarının ve olanaklarının farklı olması, araştırmaya katılanların eğitim durumlarının, kültürlerinin ve yaşam tarzlarının farklılığına bağlanabilir.

Araştırmaya katılanların beslenmelerinde %0,5'inin süt ürünleri, %6'nın sebze ve meyveler, %25,9'unun tahıl ve baklagiller, %7,7'inin süt ürünleri ve sebze meyveleri tercih ettiği, %0,5'inin süt ürünleri ve tahıllar baklagilleri, %59,1'inin sebzeler, tahıl ve baklagilleri, %0,2'inin süt ürünleri, sebze ve meyveler, tahıl ve baklagilleri tercih ettiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda süt ürünlerinin az kullanılması, sebze meyve ve tahıl baklagil kullanımının oranının yüksek olması ve et ve ürünlerinin beslenme şekillerinin arasında yer almadığı görülmektedir. Bu bölgenin eğitim durumunun yetersizliği ve maddi olanakların kısıtlı olmasına bağlı olarak bu beslenme türünü seçmek zorunda kaldıklarını söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılanların %6,7'inin Dvit+kalsiyum tablet kullandığı, %93,3'ünün kullanmadığı, %91,3'ünün güneşte kalmadığı, %8,5'inin 15-20 dakika kaldığı, %0,2'inin 1 saatten fazla güneşe çıktığı tespit edilmiştir. Kadınların neredeyse

tamamının kemiklerini korumaya yönelik hiçbir şey yapmadığı görülmektedir. Akkaya'nın Konya 2006 çalışmasında %7,3'ünün güneşlenmediği, %66,41'inin 5-10 dakika, %11,72'inin 15-20 dakika, %14,84'ünün 30 dakika ve üzeri güneşlendiği belirtilmiştir(7). Araştırmamızın Akkaya'nın çalışmasıyla benzerlik kurulamamıştır. Benzerlik olmamasının nedenini bölgesel farklılıklara ve yaşam tarzlarına ve konuya ilişkin bilgisizliği genel anlamda eğitimsizliğe bağlayabiliriz(7).

Araştırmamızda %91,8'inin süt içmediği, %8,2'inin bir bardak süt içtiği, %21,2'inin yoğurt yemediği, %77,1'inin 1-2 kâse yoğurt yediği, %1,7'inin üç kaseden fazla yediği, %11,7'inin ayran içmediği, %68,3'ünün 1-2 bardak, %14,7'inin 3-4 bardak, %5,2'inin beş bardaktan fazla ayran tükettiği saptanmıştır. Kadınların süt ürünlerinde sadece yoğurt ve ayranı tüketmesi dikkat çekici bölgesel alışkanlıkları gösteren durum olarak gösterilebilir. Akkaya Konya 2006 çalışmasında, %14'ünün süt içtiğinin, %86'nın içmediği, %22'inin yoğurt yediği, %78'inin yoğurt yemediği belirtilmiştir. Araştırmamızla Akkaya'nın çalışması arasında benzerlik bulunmamıştır. Benzerlik olmamasının sebebini bölgesel, beslenme farklılığına bağlanabilir.

Araştırmamızda %7,7'inin sigara kullandığı, %92,3'ünün kullanmadığı, %4'ünün 1-5 adet sigara içtiği, %3,7'inin 6-10 adet sigara içtiği saptanmıştır. Güney'in 2006 Ankara çalışmasında %84'ünün sigara içmediği, %16'nın beş adetten fazla sigara içtiği belirtilmiştir(23). Oğurlu Aydın 2008 çalışmasında, %23,5'inin sigara kullandığı, %76,5'inin kullanmadığı belirtilmiştir(. Özgür İstanbul 2007 çalışmasında %87,22'inin sigara kullanmadığı, %12,782'ini kullandığı belirtilmiştir(24).

Araştırmamızla Güney, Özgür ve Oğurlu'nun çalışmasında sigara kullanmayanların oranını yüksekliği yönünden benzerlik vardır. Fakat Ankara, İstanbul ve Aydın'da yapılan çalışmalarda sigara içenlerin oranı Gaziantep'ten daha fazladır. Bu farkı sosyal ve kültürel farklılığa bağlayabiliriz.

Araştırmamızda %100'ünün alkol almadığı saptanmıştır. Bu durumu sosyal ve kültürel anlamda kadının bastırıldığı bir bölge olması, inançlarına, örf ve adetlerine bağlanabilir. Toplumsal baskıya ve ekonomik bağımsızlığa, toplumdaki gelenek göreneklere bağlı bu durum ortaya çıkmaktadır diyebiliriz.

Araştırmamızda %78,8'inin kahve içmediği, %20,9'unun bir fincan kahve içtiği, %0,3'ünün 2-3 fincan kahve içtiği, %4,5'inin çay içmediği, %19,2'inin 1-2 bardak, %38,9'unun 3-4 bardak, %37,4'ünün beş bardak ve üzerinde çay içtiği saptanmıştır. Güney'in Ankara 2006 çalışmasında %62,7'inin çay içmediği, %37,3'ünün beş bardak ve üzeri çay içtiği belirtilmiştir. Kahve içme durumları %90,6'nın kahve içmediği,

%9,4'ünün iki fincan ve üzeri kahve içtiği belirtilmiştir. Araştırmamızla Güney'in çalışması arasında benzerlik bulunamamıştır. Benzerliğin olmamasının sebebi beslenme şekilleri ve kültürel özelliklerinin farklılığına bağlanabilir.

Araştırmaya katılanların %69,6'nı menopoza girdiği, %30,4'ünün menopoza girmedeği tespit edilmiştir. Özgür'ün 2007 İstanbul çalışmasında, %75,4'ünün menopoza girdiği, %24,6'nın menopoza girmedeği belirtilmiştir. Araştırmamız Özgür'ün çalışması ile benzer oranlar bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların %10'unun 1 yıl süredir, %10,7'inin 2 yıl , %22,7'inin 3-5 yıl, %17,2'inin 6-10 yıl, %9'unun 10 yıl ve üzeri süredir menopozda saptanmıştır. Yeşilmurat'ın 2001 Sivas çalışmasında, %31'inin 0-12 ay, %27,7'inin 13-24 ay, %21,3'ünün 24 ay-5yıl, %20'inin 6-10 yıl süredir menopozda olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızla Yeşilmurat'ın çalışması arasında benzerlik bulunmamıştır(21)

Araştırmaya katılanların %67,3'ünün doğal yolla, %2,3'ünün cerrahi yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir. Çoban ve ark.'nın 2008 Manisa'da yaptığı çalışmada %47,1'inin doğal yolla %17'inin cerrahi yolla menopoza girdiği belirtilmiştir. Özgür'ün 2007 İstanbul çalışmasında %63,26'nın doğal yolla %12,14'ünün cerrahi yolla menopoza girdiği menopoza girdiği belirtilmiştir. Araştırmamızın cerrahi menopoz oranının Çoban ve ark.'nın ve Özgür'ün çalışmasıyla benzerlik bulunmamıştır. Doğal menopoz oranı bizim araştırmamızla Özgür'ün çalışmasıyla benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların %10,5'inin menopoz hakkında bilgi sahibi olduğu, %89,5'inin bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda sadece onda bir kadının konuya ait bilgisinin olması bölgesin sosyokültürel durumu çok iyi yansıtmaktadır. Oğurlu Aydın 2008 çalışmasında %68,9'unun bilgisi olduğu, %31,1'inin bilgisi olmadığı belirtilmiştir. Araştırmamızla Oğurlu'nun çalışması arasında benzerlik bulunmamıştır. Benzerliğin olmamasını eğitim seviyelerinin farklı olması ve doğu batı bölgelerin sosyo-kültürel farklılığına bağlanabilir.

Araştırmaya katılanların %3,5'inin televizyondan bilgi aldığı, %3,3'ünün sağlık personelinin, %3,7'inin yakınlarından bilgi aldığı saptanmıştır. Konuya ait bilginin sağlık personeline ait pay üçte birdir. Diğer üçte biri medya ve kalanı yakınlarının konuya ait sorunları nedeni ile öğrenilmiştir. Seyisoğlu istanbul 2009 çalışmasında %51'inin arkadaş/tanıdık %31'inin doktor %24'ünün televizyon, %19'unun yakın aile bireyleri, %14'ü kitap, gazete ve dergiden aldığını belirtilmiştir. Araştırmamızla Seyisoğlu'nun çalışması arasında benzerlik yoktur. Benzerlik olmamasının sebebini kişilerin eğitim durumlarına bağlayabiliriz.(49).

Araştırmaya katılanların %3'ünün HRT aldığı, %97'inin almadığı, %1,5'inin 1 yıldır HRT aldığı %1,5'inin 2-3 yıldır HRT kullandığı tespit edilmiştir. Çalışma bölgemizin geleneksel kırsal bölge özelliği gösterdiği düşünülebilir. Yeşilmurat Sivas 2001 çalışmasında %43,9'unun HRT kullandığı, %56,1'inin kullanmadığı, %73,5'inin 0-12 ay, %26,5'inin 13-36 ay kullandığı belirtilmiştir. Araştırmamızın Yeşilmurat'ın çalışmasıyla benzerliği yoktur. Benzerliğin olmamasında eğitim durumlarının etkili olduğu düşünülebilir. Bizim araştırmamıza katılanların sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik imkansızlıklara sahip olması ve göç bölgesi olmasından kaynaklı bilgi düzeylerinin düşük olmasına bağlanabilir(14).

Araştırmaya katılanların "HRT herkes kullanabilir mi?" sorusuna %99,8'inin bilmiyorum cevabını verdiği, %100'nün HRT kullanılma süresini bilmediği, %1'inin HRT'nin psikolojik yakınmalarda, %6,5'inin fiziksel şikâyetlerde, %2'si kemik erimesinde kullanıldığını söylerken %90,5'i hangi durumlarda kullanıldığını bilmediğini ifade etmiştir. Araştırmamıza katılanların HRT hakkında bilgisinin olmadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılanların %17,5'inin mamografi yaptırdığı, %82,5'inin mamografi yaptırmadığı, %0,7'ini 35-40 yaşında, %3-5'inin 40-45 yaşında, %5,7'inin 46-49 yaş, %5'inin 50-55 yaş, %2,2'inin 56 yaş ve üzerinde mamografi yaptırdığı belirlenmiştir. Mamografi literatüre uygun olarak 35 yaştan sonra çekilmeye başlamışlardır. Şikâyet ve korkularla yaklaşık her beş kadından birinin yaptırdığını söyleyebiliriz. %98,3'ünün mamografi sık yaptırmam demiştir. Bu bize meme kanseri konusunda bilinç düzeylerinin zayıflığını göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %82,8'inin sıcak basması ve gece terlemesini menopozal şikâyet olarak bildiği, %17,2'inin bilmediği saptanmıştır. Kadınlarımızın yaşadığı sorunu ve menopoza bağlı olduğunu çok iyi bildikleri görülmektedir. Oskay İstanbul 1995 çalışmasında sıcak basması gece terlemesini %82'inin bildiği, %18'inin bilmediği belirtilmiştir. Araştırmamız Oskay'ın çalışmasıyla benzer bulunmuştur. Kadın sorununu ve nedenini her yerde benzer bilmektedir diyebiliriz.

Araştırmaya katılanların menopoz da uykusuzluğu %27,2'inin bildiği, %72,8'inin bilmediği tespit edilmiştir. Oskay'ın çalışmasında %32'inin bildiği, %68'inin bilmediği belirtilmiştir. Araştırmamız Oskay'ın çalışması ile benzerdir.

Araştırmaya katılanların menopozda yorgunluk ve halsizliği %16,2'inin bildiği, %83,8'inin bilmediği tespit edilmiştir. Oskay'ın çalışmasında %40,3'ünün bildiği, %59,7'inin bilmediği belirtilmiştir. Bu bulguda araştırmamız Oskay'ın çalışmasından

farklıdır. Çalışma bölgemizde kadının devamlı yorgun ve halsiz olması bu şikayeti menopoza bağlamasına engel teşkil etmiştir denilebilir.

Araştırmaya katılanların menopozda baş ağrısını %12'inin bildiği, %88'inin bilmediği saptanmıştır. Oskay'ın çalışmasında %51'inin baş ağrısını bildiği, %49'unun bilmediği saptanmıştır. Araştırmamız Oskay'ın çalışmasıyla benzer bulunmamıştır. İstanbulda yaşamın sık baş ağrısı yapması bu sorunun istanbuldaki bayanlarda menopoza bağlamalarını engellemiştir diyebiliriz.

Araştırmaya katılanların menopozda sık idrara çıkmayı %5'inin bildiği, %95'inin bilmediği, Oskay'ın çalışmasında %6'mın bildiği, %94'ünün bilmediği saptanmıştır. Araştırmamız Oskay'ın çalışmasıyla benzer bulunmuştur. Araştırmaya katılanların menopozda sık üriner enfeksiyonu %98,9'unun bilmediği, ağlama ve sinirlilik durumunu %37,7'inin bildiği, %62,3'ünün bilmediği saptanmıştır. Oskay'ın çalışmasında %61,3'ünün bildiği, %38,7'inin bilmediği belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanların menopozda cinsel isteksizliği %41,6'nın bildiği, %58,3'ünün bilmediği saptanmıştır. Vajinal kurumayı %1,2'inin bildiği, %98,7'inin bilmediği tespit edilmiştir. Oskay'ın çalışmasında %9,3'ünün bildiği, %90,7'inin bilmediği belirtilmiştir. Araştırmamız Oskay'ın çalışmasıyla benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların menopozda ruhsal değişimleri %25'inin bildiği, saptanmıştır. Oskay'ın çalışmasında %52,7'inin bildiği belirtilmiştir. Araştırmamız Oskay'ın çalışmasıyla benzer değildir yaklaşık iki kat fark bulunmuştur. Bunu bölgemizdeki kadının eğitim farklılığına bağlayabiliriz.

Araştırmaya katılanların menopozda unutkanlık olabileceğini %9'unun bildiği, %91'inin bilmediği saptanmıştır. Oskay'ın çalışmasında unutkanlığı %27'inin bildiği, %73'ünün bilmediği belirtilmiştir. Araştırmamız Oskay'ın çalışması ile benzer bulunmamıştır. Benzer olmasının sebebini araştırmamıza katılanların konuyla ilgili yeterli bilgi sahibi olmamasına bağlayabiliriz.

Araştırmaya katılanların menopozda cilt değişiklikleri olabileceğini %11,7'inin bildiği tespit edilmiştir. Oskay'ın çalışmasında cilt değişikliklerini %4,3'ünün bildiği belirtilmiştir. Araştırmamız Oskay'ın çalışmasıyla benzer değildir. Çalışmamızdaki kadınların bu konuyu istanbuldaki kadınlara göre daha iyi bilmelerini konuya ait sorunlarının yoğun olmasına bağlayabiliriz.

Araştırmaya katılanların menopozda Kalp damar hastalıklarının olabileceğini %0,8'inin bildiği, %99,2'inin bilmediği saptanmıştır. Menopozda eklem ağrıları olabileceğini %1,1'inin bildiği, %98,9'unun bilmediği saptanmıştır. Oskay'ın

çalışmasında menopozda eklem ağrıları görülebileceğini %32'inin bildiği %68'inin bilmediği belirtilmişti. Araştırmamızla Oskay'ın araştırması arasında benzerlik bulunmamıştır.

Araştırmamızda menopozda kemik erimesi görülebileceğini %6,3'ünün bildiği, %93,7'inin bilmediği saptanmıştır. Araştırmaya katılanların menopozal yakınmaları bilmeyenlerin oranı yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların menopozal yakınmaların bulunma durumları incelendiğinde %0,9'unun bir menopozal yakınması mevcut, %3,2'inin iki menopozal yakınması, %20,7'nin üç menopozal yakınması, %44,8'inin dört ve üzeri yakınması olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılanların menopoza ilişkin bilgilerini değerlendirmek amacıyla sorduğumuz sorulara verilen cevaplara baktığımızda "Menopoz adet kesilmesi demektir" tanımına %99,8'i katılıyorum cevabı vermiştir. Bu araştırmaya katılanların menopozun tanımını bildiklerini gösterir. "Yaşam son bulur" tanımına %0,2'i katılıyorum, %97,5'i katılmıyorum, %2,3'ü kararsızım demiştir. "Menopoz bir hastalıktır" tanımına %8,6'nın katılıyorum, %86,5'i katılmıyorum, %4,9'u kararsızım, "Cinsel yaşam son bulur" tanımına %1,3'ü katılıyorum %94'ü katılmıyorum %4,7'i kararsızım cevabını vermiştir. Katılmıyorum cevabı oranı yüksek olması menopoza doğal bir süreç olarak algıladıklarını düşündürmektedir.

"Danışmanlık alınabilir" tanımına %20,9'u katılıyorum, %19,5'i katılmıyorum, %59,6'sı kararsızım cevabını vermiştir. Kararsızım cevabının oranını yüksek olması menopoza ilişkin yardım alınıp alınmayacağı konusunda fikirleri olmadığını düşündürmektedir.

"Hormon tedavisi alınabilir" tanımına 29,2'si katılıyorum, %7,2'si katılmıyorum, %63,6'sı kararsızım demiştir. Araştırmamızda hormon tedavisini %97'si almamaktadır. Bu bize menopoza ilişkin tedavi almadıklarını ve menopoza ilişkin tedavi yöntemlerini bilmediklerini düşündürmektedir.

"Dengeli beslenme önemlidir" cümlesine %32,2'si katılıyorum, %3,7'si katılmıyorum, %64,1'i kararsızım demiştir. Kararsızım diyenlerin oranının yüksek olması menopoza beslenmeye ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

"Egzersiz önemlidir" cümlesine %25,4'ü katılıyorum, %3,2'si katılmıyorum, %71,3'ü kararsızım demiştir. Araştırmamızda %93,8'i fiziksel aktivitede bulunmam cevabını vermiştir. Bu menopoza egzersizin önemini bilenlerinde egzersiz yapmadığı

ve genel olarak menopozda egzersizin önemi konusunda bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir.

“Yakınmalar artar” cümlesine %52,9’u katılıyorum, %1’i katılmıyorum, %46,1’i kararsızım cevabını vermiştir. Bu durum bize menopoz döneminde yakınmalar konusunda bilgi sahibi olanlar ve olmayanlar oranı yaklaşık olarak benzer olduğunu göstermektedir.

“Hormon tedavisi doğurganlığı geri getirir” cümlesine %0,7’si katılıyorum, %21,2’si katılmıyorum, %78,’i kararsızım cevabını vermiştir. Kararsızım diyenlerin oranının yüksek olması hormon replasman tedavisinin etkileri konusunda bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmektedir.

“Sigara içen kadınlar menopoza erken girer” cümlesine %0,5’i katılıyorum, %22,9’u katılmıyorum, %76,6’ı kararsızım cevabını vermiştir. Katılıyorum diyenlerin oranının düşük olmasının sigaranın menopoza girme yaşına etkileri konusunda bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir.

“Çok doğum yapanlar menopoza geç girer” cümlesine %0,2’si katılıyorum, %23,7’i katılmıyorum, %76,’i kararsızım demmiştir. Katılmıyorum ve kararsızım diyenlerin oranının fazla olması bu konuda bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmektedir.

“Bekârlar menopoza erken girer” ifadesine %0,2’si katılıyorum, %23,9’u katılmıyorum, %75,8’i kararsızım, “Şişman kadınlar menopoza erken girer.” ifadesine %0,2’i katılıyorum, %24,2’i katılmıyorum, %75,6’sı kararsızım cevabını vermiştir. Kararsızım diyenlerin oranının yüksek olması menopozu etkileyen faktörler konusunda bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılanların %91,3’ünün osteoporoz hakkında bilgisinin olmadığı, %8,7’inin bilgisi olduğu saptanmıştır. Akkaya’nın Konya 2006 çalışmasında %38,28’inin osteoporoz hakkında bilgisi olduğu, %61,78’inin bilgisi olmadığı belirtilmiştir. Araştırmamızla Akkaya’nın çalışması arasında benzerlik bulunmamıştır. Benzerlik olmamasının sebebini bizim araştırmaya katılanların eğitim seviyelerinin düşük olmasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılanların bilgi aldıkları yerleri incelediğimizde, %2,5’i televizyondan, %6,2’inin sağlık personelinin %1’inin yakınlarından bilgi aldıkları tespit edilmiştir. Bilgi alanların oranının çok düşük olmasına rağmen sağlık personelinin alınan bilgi oranının diğerlerinden yüksek olması sevindirici bir durumdur.

Araştırmaya katılanların %31,9'unda ailede osteoporoz öyküsü olduğu, %68,'inde osteoporoz öyküsü olmadığı tespit edilmiştir. Ergün Aydın 2007 çalışmasında, %27,7'inin ailede osteoporoz öyküsü olduğu, %72,3'ünde ailede osteoporoz öyküsü olmadığı belirtilmiştir. Araştırmamızla Ergün'ün çalışması benzer bulunmuştur(76).

Araştırmaya katılanların %15,2'inin kemik mineral yoğunluğunu ölçtürdüğü, %84,8'inin ölçtürmediği, %5,5'inin bir kez, %6,2'inin iki kez, %3,5'inin üç kez ve üzeri kemik mineral yoğunluğunu ölçtürdüğü tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların bilgi ve tutumlarını değerlendiren ifadelere baktığımızda “Kemik erimesi ciddi bir hastalıktır” tanımına %51,4'ü katılıyorum %21,9'u katılmıyorum, %26,7'i kararsızım cevabını vermiştir. Fakat kemik mineral yoğunluğunu ölçtürenlerin oranı çok düşüktür. Bu bize ciddi bir hastalık olduğunu bilenlerin de kemik mineral yoğunluğunu ölçtürmediği ve gerekli önemi vermediğini düşündürmektedir.

“Kemik erimesi kadınlarda 2 kat daha fazla görülür” ifadesine %31,7'si katılıyorum, %19,7'si katılmıyorum, %48,6'ı kararsızım demiştir. “Kemik erimesi omurga eğriliğine neden olur.” ifadesine %0,7'si katılıyorum, %27,9'u katılmıyorum, %71,3'ü kararsızım, “Kemik erimesi kemik kırıklarına neden olur” ifadesine %0,5'i katılıyorum, %29,9'u katılmıyorum, %69,6'sı kararsızım, “Kemik erimesi boy kısalığına neden olur” ifadesine %0,5'i katılıyorum, %29,4'ü katılmıyorum, %70,1'i kararsızım cevabını vermiştir. Katılmıyorum ve kararsızım cevaplarındaki oranın büyüklüğü osteoporozun komplikasyonlarının bilinmediğini gösterir.

“Sigara, alkol ve kafein tüketimi kemik erimesini artırır” İfadesine %11,7'i katılıyorum, %18'i katılmıyorum, %70,3'ü kararsızım demiştir. Kararsızım diyenlerin oranını büyüklüğü bu konuda bilgileri olmadığını düşündürür.

“Menopozda süt içmek kemik erimesini önlemede yeterlidir” ifadesine %52,9'u katılıyorum, %2'si katılmıyorum, %45,1'i kararsızım demiştir. Katılıyorum diyenlerin oranının yüksek olması bize eksik bilgi bilenlerin oranının fazla olduğunu gösterir.

“Dengeli beslenme ve kalsiyum alımı kemik erimesi riskini azaltır” İfadesine, %24,9'u katılıyorum, %3,7'si katılmıyorum, %71,3'ü kararsızım demiştir. “Düzenli egzersiz ve hareketli yaşam kemik erimesini azaltır” ifadesine %21,4'ü katılıyorum, %6'sı katılmıyorum, %72,6'sı kararsızım, “Kemik erimesinden korunmada süt ürünleri tüketilmesi önemlidir” ifadesine %46,9'u katılıyorum, %1,5'i katılmıyorum, %51,6'sı kararsızım cevaplarını vermiştir. Kararsızım cevaplarının oranının yüksek olması

osteoporozdan korunmaya yönelik bilgilerinin eksik olduğu beslenme konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını düşündürmektedir.

“Kemik erimesi günlük işleri yapmayı zorlaştırır” İfadesine %16,5’inin katılıyorum, %15,5’i katılmıyorum, %68,12’inin kararsızım, “Erken menopoz kemik erimesinde risk faktörüdür.” İfadesine %9,5’i katılıyorum, %19,22’inin katılmıyorum, %71,3’ü kararsızım cevabı vermiştir. Osteoporozla ilişkin bilgi ve tutumlarını ölçen ifadelerde genel anlamda osteoporozla ilişkin bilgilerinin olmadığını görüyoruz.

Araştırmamızda yaş arttıkça güneşte kalanların yüzdesinin arttığı görülmektedir. Güneş ışığında kalmayanların %4,9’unun 60 yaş ve üzerinde olduğu, güneş ışığında 15-20 dakika kalanların %23,5’inin 50-55, %38,2’inin 60 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Araştırma yapılan bölgede yaşlı bireylerin genelde vakitlerini dışarıda oturarak geçirmesi bu duruma etkilidir. Bilinçli olarak yapılmamasına rağmen güneş ışığında kalanların menopozal dönem ve post menopozal dönemde yüzdelerinin diğerlerinden yüksek olması günlük D vitamini alınması açısından önemlidir. Vitamin D eksikliği yaşlılarda sık görülür. Yetersiz beslenme, ciltteki vitamin D sentezinde azalma ve güneş ışığından yararlanmada azalma, yaşlılardaki vitamin D eksikliğinin en önemli sebeplerindendir. Yaşlılar, vücutlarının büyük bir kısmını güneşlendirirlerse diyetle vitamin D alımına ihtiyaç duymazlar(osteoporoz risk). Araştırmaya katılanların güneş ışığında kalma süreleri ile yaşları arasında ileri derecede anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$).

Eğitim oranı düşük olanlarda güneşte kalma oranı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma yapılan bölgede yaşlı bireylerde okur-yazarlık oranı düşmektedir; bu nedenden okur-yazar olmayan bireylerin güneşte kalma oranı daha yüksektir. Araştırmaya katılanların güneşte kalma ile eğitim durumları arasında ileri derecede anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$).

Güneş ışığında 15-20 dakika kalanların %14,7’inin 11-20 yıl süredir, %73,5’inin 20 yıl ve üzeri süredir Gaziantep’te yaşadığı tespit edilmiştir. Güneş ışığında kalanların genelde yaşlı bireyler olması ve onların uzun süredir Gaziantep’te yaşaması ile ilişkilendirilebilir. Uzun zaman şehir hayatı yaşamalarının bilinç düzeyini etkilediği düşünülebilir. Araştırmaya katılanlarda Gaziantep’te yaşadıkları süre ile güneşte kalmaları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Kalsiyum tablet kullananların %18,5’i 50-55 yaş, %37’si 56-60, %44,4’ü 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu, kalsiyum tablet kullanmayanların %25,1’inin 40-45 yaş, %23,5’inin 46-49 yaş, %25,4’ünün 50-55 yaş, %20,9’unun 56-60 yaş, %5,1’inin 60 ve

üzeri yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Yaş arttıkça kalsiyum tablet kullanma oranı artmıştır. Menopozun başlangıcı ile beraber kemik dokuda hızlı bir kayıp olmaktadır. Menopozdan önce kalsiyum alımı daha yüksek olan kadınlar, menopoza daha yüksek kemik kitlesi ile girmektedir. Yeteri miktarda kalsiyum alanlarda osteoporozla bağlı gelişen kırık riski de düşmektedir. Yaşlılarda kalsiyum takviyesi kemik turnoverini azaltarak kemik kitlesini korumaktadır. Kalsiyum destek tedavisinin özellikle sağlıklı postmenopozal yaşlı kadınlarda yararını gösteren çalışmalar mevcuttur(84). Bu nedenden çalışmamızda yaşlı bireylerin kalsiyum alma oranının fazla olması gerekli bir durumdur. Araştırmaya katılanların kalsiyum tablet kullanma oranları ile bireylerin yaşları arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Kalsiyum tablet alanların %44,4'ü okur-yazar değil %55,6'sı okur-yazardır. Kalsiyum tablet alanların eğitim seviyelerinin daha yüksek olduğunu görüyoruz. Bu durumu kalsiyum tablet kullananların yaşlı bireylerde oranın yüksek olması ve bölgede yaşlı bireylerin eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlayabiliriz. Kalsiyum tablet kullanma ile eğitim durumları arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Kalsiyum tablet kullananların %96,3'ünün menopoza girdiği, %3,7'inin girmedeği, kalsiyum tablet kullanmayanların, %67,6'nın menopoza girdiği, %32,4'ünün girmedeği saptanmış olup kalsiyum tablet kullananların yüksek oranda menopozda olduğu görülmektedir. Fakat bizim çalışmamızda menopozda olup kalsiyum tablet almayanların oranı yüksektir bu durumu eğitim ve bilinç seviyelerinin düşüklüğüne bağlayabiliriz. Kalsiyum tablet kullanma ile menopoza girme durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Kalsiyum tablet kullananların %11,1'i 3-5 yıldır, %37'inin 6-10 yıl, %44,4'ünün 10 yıl ve üzeri zamandır menopozda olduğu saptanmıştır. Menopoza girme süresi uzadıkça kalsiyum tablet kullanma oranı artmıştır. Kalsiyum tablet kullanma oranının menopozal ve postmenopozal dönemde kullananların oranının fazla olması doğaldır. Kalsiyum tablet kullanma ile menopoza girme süreleri arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Kalsiyum tablet kullananların %92,6'sı doğal yolla, %3,7'si cerrahi yolla menopoza girmiştir. Bunun nedeninin cerrahi yolla menopoza girenlerin erken yaşta menopoza girdiği konuyla ilgili bilgisinin olmamasına bağlanabilir. Kalsiyum tablet kullanma ile menopoza girme şekli arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Beslenme şekli ağırlıkla sebze meyve olanların %41,7'si 46-49 yaş, beslenme şekli ağırlıkla tahıl ve baklagil olanların %27,9'u 40-45 yaş, beslenme şekli ağırlıkla süt ürünleri ve sebze, meyve olanların %45,2'si 40-45 yaş, beslenme şekli sebze , meyve ve tahıl, baklagil olanların %30'u 50-55 yaş grubundadır. Araştırmaya katılanların beslenme şekilleri ile yaşları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Beslenme şekli ağırlıkla sebze meyve olanların %50'si ilkokul mezunu, tahıl ve baklagille beslenenlerin %47,1'i okur-yazar, %35,6'sı ilkokul mezunu, beslenme şekli süt ürünleri ve sebze, meyve olanların, %51,6'sı ilkokul mezunu, tahıl, baklagil ve sebze, meyve olanların %45,6'sı okur-yazardır. Genel olarak beslenme şekillerinin sebze, meyve ve tahıl ve baklagil olduğu et ve et ürünlerinin beslenme özelliklerinin içinde olmadığı, süt ürünlerinin az tercih edildiği tespit edilmiştir. Bu durumun sosyo-ekonomik durumlarının kötü olması ve eğitim seviyelerinin düşük olması ile ilişkilendirilebilir. Beslenme şekilleri ile eğitim durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$).

Menopoza girenlerin, %86,7'inin sıcak basmasını bildiği, menopoza girmeyenlerin %73,8'inin sıcak basmasını bildiği tespit edilmiştir. Bu durumu yaşayanların daha çok bildiği düşünülebilir. Araştırmaya katılanların menopoza girme durumları ile menopozda sıcak basması bilgileri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Menopoza girenlerin 30,5'inin uykusuzluğu bildiği, menopoza girmeyenlerin %19,7'inin uykusuzluğu bildiği tespit edilmiştir. Menopoza girenlerin uykusuzluk şikayetini bilme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu uykusuzluk sorunu yaşayanların daha çok bildiği yani deneme yanılma yoluyla öğrendikleri düşünülebilir. Menopoza girmeleri ile menopozda uykusuzluğu bilme durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Menopoza girenlerin %19'unun yorgunluk şikayetini bildiği, menopoza girmeyenlerin %9,8'inin bildiği tespit edilmiştir. Menopoza girenlerin ve girmeyenlerin yorgunluk şikayetini bilme oranları düşük çıkmıştır. Fakat menopoza girenlerin bilme oranı menopoza girmeyenlere oranla daha yüksektir. Bu durum menopozu yaşayanların daha çok bilmesine bağlanabilir. Oranların iki durumda da düşük olması eğitimin ve menopoz konusunda bilgi yetersizliğine bağlanabilir. Menopoza girme durumları ile yorgunluk şikayetini bilme durumları anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Menopoza girenlerin %14,7'inin menopozda baş ağrısı şikayetini bildiği, menopoza girmeyenlerin %5,7'inin baş ağrısı şikayetini bildiği tespit edilmiştir. Bu

durum menopozda bu şikayeti yaşayanların daha çok bilmesine bağlanabilir. Menopoza girme durumları ile menopozda baş ağrısını bilmeleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p < 0,05$).

Menopoza girenlerin %91,4'ünün kemik erimesi şikayetini bilmediği, menopozda girmeyenlerin %99,2'nin kemik erimesini bilmediği tespit edilmiştir. Menopoza girenlerin ve girmeyenlerin kemik erimesi şikayetini bilme oranlarının çok az olduğu görülmektedir. Bu durum eğitim seviyelerinin düşük olmasına bağlanabilir. Menopoza girenlerin girmeyenlere oranla kemik erimesi şikayetini bilme oranı az fark olmasına rağmen yüksektir; menopozda girenlerin bu şikayeti yaşadıklarından dolayı olduğu düşünülebilir. Menopoza girme durumları ile kemik erimesi şikayetini bilme durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p < 0,05$).

Doğal yolla menopozda girenlerin %86,3'ünün sıcak basmasını bildiği, cerrahi yolla menopozda girenlerin %100'ünün sıcak basmasını bildiği tespit edilmiştir. Menopoza girme şekilleri ile menopozda sıcak basması şikayetini bilmeleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p < 0,05$).

Menopoza girme şekilleri ile menopozda uykusuzluk şikayetini bilme durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Doğal yolla menopozda girenlerin %29,3'ünün uykusuzluk şikayetini bildiği, cerrahi yolla menopozda girenlerin %66,7'inin uykusuzluğu bildiği tespit edilmiştir.

Doğal yolla menopozda girenlerin %18,1'inin yorgunluk şikayetini bildiği, cerrahi yolla menopozda girenlerin %44,4'ünün yorgunluk şikayetini bildiği tespit edilmiştir. Menopoz şekilleri ile menopozda yorgunluk şikayetini bilme durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p < 0,05$).

Doğal yolla menopozda girenlerin %5,2'inin sık idrara çıkma şikayetini bildiği, cerrahi yolla menopozda girenlerin %33,3'ünün sık idrara çıkma şikayetini bildiği tespit edilmiştir. Menopoz şekilleri ile menopozda sık idrara çıkma şikayetini bilmeleri arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($P < 0,05$).

Doğal yolla menopozda girenlerin %1,1'inin üriner enfeksiyonu bildiği, cerrahi yolla menopozda girenlerin %11,1'i üriner enfeksiyon şikayetini bildiği tespit edilmiştir. Menopoz şekilleri ile menopozda üriner enfeksiyon sıklığını bilmeleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p < 0,05$).

Doğal yolla menopozda girenlerin %13,7'inin baş ağrısı şikayetini bildiği, cerrahi yolla menopozda girenlerin %44,4'ünün baş ağrısını bildiği tespit edilmiştir. Menopoz

şekilleri ile menopozda baş ağrısı şikayetini bilmeleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Doğal yolla menopoza girenlerin %8,9'u kemik erimesini bildiğini, cerrahi yolla menopoza girenlerin % 100'ünün bilmediği tespit edilmiştir. Menopoza girme şekilleri ile menopozda kemik erimesi hastalığını bilmeleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$).

Menopoz şekillerine bakıldığında doğal yolla menopoza girenlerin menopozal yakınmaları bilme oranı, cerrahi yolla menopoza girenlerin menopozal yakınmaları bilme oranından düşüktür. Histerektomi ve ooforektomi ameliyatları sonrasında, kadını cerrahi menopoz dediğimiz yeni bir fizyolojik statüye sokmaktadır. Bu statü, doğal menopozdaki kadının girdiği vücut statüsünün benzeridir. Ancak bu tip menopozdaki kadınlarda; menopozal semptomlar daha ağır ve daha sık yaşadıkları kabul edilmektedir(26).

Bu nedenden cerrahi yolla menopoza girenlerin menopozal yakınmaları daha ağır biçimde yaşadıklarından bilme oranının yüksek olduğu düşünülebilir Menopoz şekilleri ile menopoz yakınmalarını bilme durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Mamografi çektirenlerin %4,3'ü 40-45 yaş, %11,4'ü 46-49 yaş, %22,9'u 50-55 yaş, %35,7'si 56-60 yaş, %25,7'si 60 ve üzeri yaş grubundadır. Yaş ilerledikçe mamografi çektirme oranı artmaktadır. Meme kanseri daha çok 40 yaşın üzerindeki kadınlarda görülür. Yaş ilerledikçe giderek görülme sıklığı ve önemi artar(50). Mamografi çektirmeleri ile yaşları arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Okur-yazar olanlar ve olmayanlarda mamografi çektirme oranı daha yüksektir. Bunun nedenini mamografi çektirme oranı yaş ilerledikçe artmaktadır; yaşlı bireylerde eğitim seviyesi düşük olduğundan eğitim seviyesi düşük olanlarda mamografi çektirme oranı yüksektir. Mamografi çektirme durumları ile eğitim durumları arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Mamografi çektirenlerin %65,7'inin 20 yıl ve üzeri süredir Gaziantep'te yaşadığı tespit edilmiştir. Bu durum şehirde, sağlık kuruluşlarına yakın olmaya bağlanabilir. Mamografi çektirme ile Gaziantep'te yaşadığı süreleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Mamografi çektirenlerin %94,3'ünün menopoza girdiği, %5,7'inin menopoza girmedikleri tespit edilmiştir. Menopoza girenlerin mamografi çektirme oranlarının yüksek

olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların mamografi çektirmeleri ile menopoza girmeleri arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Mamografi ektirenlerin %24,3'ünün 3-5 yıl, %32,9'unun 6-10 yıl, %27,1'inin 10 yıl ve üzeri süredir menopozda olduğu tespit edilmiştir. Menopoz yılı uzadıkça mamografi ektirme oranları artmaktadır. Bu durum yaş ilerledikçe meme kanseri riski arttığından dolayı sevindirici bir durumdur. Mamografi ektirmeleri ile menopoza girme süreleri arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Mamografi ektirenlerin %85,7'inin doğal yolla menopoza girdiği, %8,6'nın cerrahi yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir. Mamografi ektirmeleri ile menopoz Şekilleri arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Araştırmaya katılanların depresyon geçirmeleri ile menopoza girme durumları arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır($p>0,05$).

Depresyon geçirenlerin %70,2'inin doğal yolla menopoza girdiği, %3,8'inin cerrahi yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir. Menopoza girmiş olanlarda yapılan çalışmalarda, kadınların %42-55'i adetlerinin sonlanması ile rahatladıklarını ve yaşamlarının daha iyiye gittiğini belirtirken, %2-20'si karamsarlık ya da diğer depresif belirtilere sahip olmaya başladıklarını bildirmektedir.. Depresyon geçirmeleri ile menopoza girme Şekilleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Osteoporoz yks olanların %19,5'inin 3-5 yıl, %21,1'inin 6-10 yıl, %16,4'ünün 10 yıl ve üzeri süredir menopozda olduğu tespit edilmiştir. Menapozdan sonra kadınlar östrojen eksikliğine bağlı olarak hızlı bir Şekilde trabeküler kemik kaybına uğramaktadır. Menapozdan sonraki 5 yıl içinde ortalama yıllık %3 oranında kemik kaybı olduğu kabul edilmektedir. 50-75 yas arası kadınlarda omurga ve el bileği kırıklarına daha sık rastlanmaktadır. Bu nedenden dolayı menopoz süresi uzadıkça osteoporoz riski artmaktadır. Araştırmaya katılanların osteoporoz öyküsü olması ile menopoza girme süreleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Osteoporoz yks olanların %75,8'inin doğal yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir. Osteoporoz yks bulunma ile menopoza girme Şekilleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0,05$).

5.SONUÇLAR

Araştırmaya katılan kadınların; %24,9'unun 50-55 yaşları, %23,4'ü 40-45 yaşları arasındadır. Kadınların %95,8'inin evli, %44,9'unun okuryazar olduğu, %96,4'ünün ev hanımı, %68,1'inin evde yaşayanların 1-5 kişi arasında olduğu, %44,9'unun 4-6 aralığında çocuk sahibi olduğu, %39,2'inin sosyal güvencesinin ssk olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların eşlerinin, %32,7'inin serbest çalıştığı, eşlerinin %70,1'inin ilkökul mezunu olduğu ve %45,9'unun 20 yıldan fazla zamandır Gaziantep'de yaşadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların, %16,2'inin 1 düşük yaptığı, %7'inin 1 defa kürtaj olduğu, %75,3'ünün korunma yöntemlerini bildiği, %37,2'nin geri çekme yöntemi kullandığını, %43,4'nün korunma yöntemini 10 yıldan fazla kullandığı, %52,1'inin sistemik hastalığı olmadığı, %51,9'unun depresyon geçirdiği, %77,8'inin depresyon konusunda doktor tedavisi almadığı, %93,8'inin fiziksel aktivitede bulunmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların beslenme özelliklerine bakıldığında, %59,1'inin beslenmede sebze ve tahılları tercih ettiği, %93,3'ünün Ca tablet kullanmadığı, %91,3'ünün güneş ışığında kalmadığı, %91,8'inin süt içmediği, %77,1'inin 1-2 kase yoğurt tükettiği, %68,3'ünün 1-2 bardak ayran tükettiği, %92,3'ünün sigara içmediği, içenlerin %3,7'inin günde 6-10 adet sigara içtiği gözlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %100'ünün alkol kullanmadığı, %78,8'inin kahve içmediği, %38,9'nun 3-4 bardak çay içtiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların, %69,6'mın menopoza girdiği, %22,7'inin 3-5 yıldır menopozda olduğu, %67,3'ünün menopoza doğal yolla girdiği, %89,5'inin menopoz hakkında bilgisinin olmadığı, %97'inin hrt almadığı, %1,5'inin 1 yıldır, %1,5'nin 2-3 yıldır hrt aldığı, %100'nün hrt kullanma süresini bilmediği, %90,5'nin hrt'nin ne zaman kullanıldığını bilmediği, %82,5'inin mamografi çekmediği, %5,7'inin mamografi çekme yaşının 46-49 olduğu, %98,3'ünün sık mamografi çekmediği, %99,8'inin menopozal sıkıntılarla nasıl baş edeceğini bilmediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların, %82,8'inin sıcak basması ve gece terlemesini bildiği, %72,8'inin uykusuzluğu, %83,8'inin yorgunluğu, %88'inin baş ağrısını, %95'i sık idrara çıkmayı, %98,9'unun sık üriner enfeksiyonu, %62,3'ünün ağlama ve sinirliliği, %58,3'ünün cinsel isteksizliği, %98,7'inin vajinal kurumayı, %75'inin ruhsal değişimleri, %91'inin unutkanlığı, %88,2'inin cilt değişikliklerini, %99,2'inin kalp damar hastalıklarını, %98,9'unun eklem ağrılarını, %93,7'inin kemik erimesini bilmediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların, “menopoz adet kesilmesi demektir” %99,8'inin katılıyorum, “menopoz ile yaşam son bulur” %97,5'inin katılmıyorum, “menopoz bir hastalıktır” %86,5'inin katılmıyorum, “menopoz ile cinsel yaşam son bulur” %94'ünün katılmıyorum, “menopozdaki sıkıntılar ile danışmanlık alınarak baş edilebilir” %59,6'mın kararsızım, “menopozda hormon tedavisi alınabilir” %63,6'mın kararsızım, “menopozda dengeli beslenme önemlidir” %64,1'inin kararsızım, “menopozda egzersiz önemlidir” %71,3'ünün kararsızım, “menopozda

fiziksel ve psikolojik yakınmalar artar” %52,9’unun katılıyorum, “menopozda hormon tedavisi doğurganlığı geri getirir” %78,1’inin kararsızım, “sigara içenler menopoza erken girer” %76,6’nın kararsızım, “çok doğum yapmış kadınlar menopoza geç yaşta girer” %76,1’inin kararsızım, “bekâr kadınlar menopoza daha erken girer” %75,8’inin kararsızım, “şişman kadınlar menopoza erken girer” %75,6’sı kararsızım cevabını vermiştir.

Araştırmaya katılanların, %91,3’nün osteoporoz hakkında bilgisinin olmadığı, %6,2’sinin osteoporoz bilgisini sağlık personeline aldığı, %31,9’nun ailede osteoporoz öyküsü olduğu, %84,8’nin kemik mineral yoğunluğunu ölçtürmediği, %15,2’sinin kemik mineral yoğunluğunun kaç çıktığını bilmediği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların, kemik erimesi ciddi bir hastalıktır; %51,4 ‘ü katılıyorum, kemik erimesi kadınlarda erkeklere oranla 2 ket fazla görülür; %48,6’sı kararsız, kemik erimesi omurga eğriliğine neden olur; %71,3’ü kararsız, kemik erimesi kemik kırıklarına neden olur; %69,6’sı kararsız, kemik erimesi boy kısalığına neden olur; %70,1’i kararsız, sigara alkol ve aşırı kafein tüketimi kemik erimesi riskini artırır; %70,3’ü kararsız, menopozda süt içmek kemik erimesini önlemek için yeterlidir %52,9’u katılıyorum, dengeli beslenme ve kalsiyum alımı kemik erimesi riskini azaltır; %71,3’ü kararsız, düzenli egzersiz ve hareketli yaşam kemik erimesi riskini azaltır; %72,6’sı kararsız, kemik erimesinden korunmada süt ürünleri tüketilmesi önemlidir; %51,6’sı kararsız, kemik erimesi günlük işleri yapmayı zorlaştırır; %68,1’i kararsız, erken menopoz kemik erimesinde risk faktörüdür; %71,3’ü kararsız olduğunu belirtmiştir

6.ÖNERİLER

- Sağlık kuruluşlarında menopoza danışmanlık hizmetlerinin yürütüleceği bir odanın oluşturulması ve danışmanlık hizmetlerinde hemşirenin etkin rol oynaması sağlanmalıdır.
- Hizmet sunumunda danışmanlık hizmetlerine daha fazla zaman ayrılmalı ve başvuran kadının kararlara katılımı artırılmalıdır.
- Kuruma başvuran kadınların eğitim durumları farklı olduğundan, hizmet verilirken bu kriterlere dikkat edilmelidir. Kadınların bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak muayene ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.
- Başvuran kadınların klimakterik aşamaları, yaşadıkları semptomlar ve yaşama düzeyi farklı olabileceğinden, hizmet sunumunda bu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır.
- Menopozal kadın sadece ürojinekolojik açıdan değil psikolojik açıdan da değerlendirilmeli ve gerekli görüldüğünde psikolojik ya da psikiyatrist ile görüşürülmelidir.

Osteoporozda tedavi maliyetinin yüksek olması ve tedavinin uzun zaman alması, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini bir kez daha gündeme getirmiştir. Toplumumuzda yeterince tanınmayan osteoporoz açısından yüksek risk altındaki bireyler ortaya çıkarılarak bilgilendirilmeli, yaşam tarzı değişiklikleri desteklenmelidir. Osteoporozdan korunmada, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında risk gruplarının belirlenmesi, eğitilmesi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önem taşımaktadır. Tanımladığımız risk faktörleri osteoporozla yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarında ve risk taşıyan kişileri saptamada göz önüne alınmalıdır.

7.KAYNAKLAR

1. Ersoy, T. :Menopoz ve Kùltür (Menopoz Kùltür Etkileşimi, Menopoz'un Kadının Rol ve Statüsüne Etkisi) Öteki Matbaa Mayıs 2008.
2. Aydoğdu, N.: Postmenopozdaki Kadınlarda Düşük Dozlu Hormon Replasman Tedavisi ve Raloksifen'in Kan Biyokimyası ve Kupperman İndeksi Üzerine Etkileri. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2005.
3. Özgür, M.: Raloksifen Hidroklorid'in Postmenopozal Kadınların Pıhtılaşma Sistemi Parametreleri üzerine Etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakùltesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Trabzon, 2008.
4. Başoğlu, A. : Premenopoz ve Postmenopozda Total Antioksidan Kapasitesinin Karşılaştırılması. Harran Üniversitesi Tıp Fakùltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Şanlıurfa, 2007.
5. Ertem, K. G.:Menopoz Kliniğine Başvuran Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarına Verilen Planlı Eğitimin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 1998.
6. Görgel E. Çakıroğlu F. :Menopoz Döneminde Kadın, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2007.
7. Akkaya, F. : Beslenmenin Osteoporozdan Korunma ve Tedavi İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Enstitüsü, Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Konya, 2006.
8. Başbuğ, M.: Cerrahi Menopozlu Hastalarda Transdermal Estradiol ile Oral Konjuge Estrojenin Sıcak Basması Serum Hormonları ve Lipid-Lipoprotein Düzeyleri Üzerine Etkileri, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakùltesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Kayseri, 1993.
9. Kuliyeva, S. : Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Hormon Tedavisi ve Antimuskarinik İlaçların üriner İnkontinans Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana,2007.
10. Akalın, O. : Postmenopozal Kadınlarda Vücut Kütle İndekslerine Göre Leptin Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar ve Leptin ile Endotelinin Endometrial Kalınlık Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakùltesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Kayseri 2006.

11. Topçu, Ö. :Menopozun ve Tibilon Kullanımının Kemik Döngüsü Belirteçleri Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı. Ankara, 2007.
12. Huber, j, çev: Keçecioglu, Y. :Klimakterium Tanı ve Tedavi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. 32-42 s, 1997
13. Karakuş, E. : Menopoz Döneminde Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Bunlara Dayalı Eğitim Gereksinimleri.Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.Ankra 2006.
14. Yeşilmurat, N. : Menopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bilgilerinin ve Yakınmalarının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Sivas, 2001.
15. Sayan, A. :Özel bir Kliniğe başvuran Otuzbeş Yaş Üstü Kilolu Kadınların Pre ve Post Dönemlerine Göre Bazı anemi parametrelerinin Değerlendirilmesi ve Bunun Beslenme Durumları Etkileşimi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2006
16. Jacobowitz, R. S. Çev: Üsküdarlı, Ş.:Menopoz Hakkında En Çok Sorulan 150 Soru.Mart maatbacılık, 1996.
17. Uç, D.: Menopoz Dönemindeki Kronik Periodontitisli Bireylerde Dişeti Oluğu Sıvısındaki Osteoprotegerin Düzeylerinin Periodontal Tedani Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Periodontoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara, 2009.
18. Üçkuyu, A.:Menopozun ve Hormon Replasman Tedavisinin Endometriumda Estrojen ve Progesteron Reseptörleri ile Bc1-2 ve C-myc Proto- Onkogen Proteinlerine Etkilerinin İmmünohistokimyasal Y öntemle İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara, 2000.
19. Doğuş Tıp Merkezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. :Çukurova Bölgesindeki Prematür Menopoz Hastalarında İnhibin Alfa Gen Mutasyonunun Parça Uzunluk Polimorfizmi ile saptanması.
20. Oskay, Ü.: Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi.İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi. İstanbul,1995.

21. Özgür, N. : Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşadıkları Menopoz Semptomları ve Başa Çıkma Yolları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2007.
22. Kadayıfçı, O. :Klimakterium Premenopoz- Menopoz- Postmenopoz- Senium İkinci Bahar, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.
23. Güney, N. :Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Menopoz Yaşı ve Perimenopozal Semptomların Tespiti. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2006.
24. Oğurlu, N. :Kadınların Menopozal Yakınmaları ve Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi.Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Estitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği. Aydın, 2008.
25. Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., İnceboz Ü. :Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu. Manisa, 2008.
26. Özkan, A. : Cerrahi Yolla Menopoza Giren Kadınlara Verilen Eğitimin, Menopozal Yakınmaları Algılamasına ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2006.
27. Özer, Ö. :Menopoz ve Fitoöstrojenler. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2006.
28. Toprakseven, R, E. :Postmenopozal Dönemdeki Kronik Periodontitisli Kadınlarda Bisfosfonat Kullanımının Periodontal dokular Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul, 2007.
29. Atasü, T. : Menopoz Tedavisi ve Kanser. Nobel Tıp Kitapevi, 2001.
30. Durmaz, C. : Cerrahi Menopozdaki Hastalarda Kullanılan Çeşitli Östrojen Formlarının İnsülin Sensitivitesi Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi.DR. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğuk Kliniği.Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2005.
31. Alkış, M. : Postmenopozal Dönemde Estrojen Replasman Tedavisi Alan ve Almayanlarda İnternal Karodid Arter Pulsatilite İndekslerinin Karşılaştırılması. Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1997.

32. Çağlayan, E. :Hormon Replasman Tedavisinin Perimenopoz ve Postmenopozal Kadınlarda Psikolojik Semptomlara Etkisi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2004.
33. Berek, J., Çev: Erek, A. : Novak Jinekoloji. Nobel Tıp Kitapevi.13. Baskı, 2004.
34. Bıçakcı, T. : Östrojen Replasman ve Hormon Replasman Tedavisi Alan Postmenopozal Kadınlarda Serum Leptin Düzeylerinin Menopozun Patofizyolojisi ve Oksidatif Stres Parametreleri ile İlişkisi. Andan Menderez Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Aydın, 2007.
35. Çekici, A. : Postmenopozal Bireylerde Hormonal Değişikliklerin Periodontal Durum Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul, 2007.
36. D, Bülent., Özdemirci, Ş., Ak, D., İmir, G. : Hormon Replasman Tedavisinin Kadınların Serum Lipid ve Koagülasyon Faktörlerine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Sivas, 2002.
37. Polat, Z. : Postmenopozal Kadınlarda Hormon Replasman Tedavisinin İnsülin Rezistansı Üzerine Etkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1998.
38. Demirgöz, M., Şahin, N. :Menopozal Sıcak Basması ve Alternatif Tedavi Seçenekleri. Göztepe Tıp Dergisi. 143-148, 2008.
39. Kaya, A. : Postmenopozal Hastalarda Oral ve Transdermal Estrojen Replasman Tedavisinin Kan Lipid ve Lpoprotein Profili Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Edirne, 1994.
40. Demirkol, Billurcu, N. : Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Şanlıurfa, 2008.
41. Engindeniz, T.: Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Yaşayan 40-60 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz Girme Yaşı ve Bunu Etkileyen Etmenler.Bursa, 2005.
42. Kömürcü, N.,Yıldız,N.: Menopozda Cinsel Yaşam. Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Derleme.

43. Şahingöz, M. :Kadın Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı ve İlişkili Etmenler. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi. Konya, 2008.
44. Karlıdere, T. :Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri Sosyal Destek ve Cinsel Doyum ile İlişkinin İncelenmesi.Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi.Ankara, 1999.
45. Kızıltepe, S. : Hormon Tedavisi Alan Premenopozal ve Postmenopozal Kadınların Mamografi Bulgularındaki Değişiklikler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana, 2006.
46. Kaplan, P. : Oral ve Transdermal Hormon Replasman Rejimlerinin Kardiyovasküler Hastalıklar Hemostatik Risk Faktörleri Üzerine Etkileri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Edirne, 2001
47. Ersözlü, A. :Premenopozal Hormon Reseptörü Pozitif Meme Kanseri Kadın Hastalarda Over Ablasyonu Sonrası Erken Dönemde Osteoporoz Riski. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Kayseri, 2005
48. Turgut, B., Türkçüoğlu, P., Demir, T., Kan, E., Kumru, S. : Menopoz Sonrası Dönemde Farklı Hormon Replasman Tedavilerinin Gözyaşı Fonksiyonlarına Etkileri. Fırat Tıp Dergisi 2008;13(2): 127-130.
49. Seyisoğlu, H. : Menopoz ve HRT.İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. İstanbul.
50. Kıymaz, Ö. : Mamografi Çekimine Gelen Kadınlara verilen Bilginin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Sivas, 2008.
51. Sarsılmaz, A., Balcı, P., Celiloğlu, M., Karazincir, S., Varer, M., Apaydın, M. :Menopozda Hormon Replasman Tedavisi Mammografik Bulgulardaki Değişiklikler. Meme Sağlığı Dergisi 2009 Cilt: 5 Sayı: 1.
52. Altınbaş, N., Altınbaş, Ş. : Menopozda Hormon Replasman Tedavisi Mammografik Bulgulardaki Değişiklikler. Meme Sağlığı Dergisi. 2010 Cilt:6.

53. Demir, G., Öztekin, Ö., Çimen S., Keskin, A., Soylu, F. : Farklı Hormon Replasman Tedavisinin Sol Ventrikül Sistolik Fonksiyonları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 42 (2): 2003.
54. Tuna, Ş. : Postmenopozal Kadınlarda Keten Tohumu Tüketiminin Antropometrik Bulgular Lipid Profili ve Menopozal Semptomlar Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2007.
55. Kutsal, Y.: Osteoporoz. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.
56. Angın, E.: Postmenopozal Osteoporozlu ve Osteopenili Kadınlarda Grup Egzersizinin Kemik Mineral Yoğunluğu Fiziksel Parametreler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008.
57. Akı, S. : Osteoporoz. İstanbul Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.
58. Türkeli, M.: Karaciğerli Hastalarda Osteoporoz. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Erzurum, 2007.
59. Akkurt, A. : Osteoporotik Kırıklı Hastalarda Osteoporoz Tedavisi Monitarizasyonu. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2006.
60. Öztürk, G.: Osteoporotik Kalça Çevresi Kırıklarının D Vitamini Reseptör Geni Polimorfizmi ile İlişkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Zonguldak, 2008.
61. Baltacı, G.: Osteoporoz ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü. (ppt).
62. Tural, Ş., Kara, N., Alaylı, G. : Osteoporoz Genetiği. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı. Samsun, 2007.
63. Erdoğan, M.: Postmenopozal Kadınlarda Kemik Mineral Yoğunluğu ile Östrojen Reseptör Alfa ve Kollojen Tıp 1 Alfa 1 Gen Polimorfizmlerinin İlişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Eskişehir, 2008.
64. Nur, H., Toraman, F. : Postmenopozal Osteoporozda Vertebral Kırıkların Yaşam Kalitesine Etkisi. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği. Türk Osteoporoz Dergisi, Antalya, 2007.
65. Kutsal, Y.: Osteoporozda Kemik Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Güneş Kitapevi.

66. Kılıç, D.: Premenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Osteoporozla İlişkin Sağlık İnançları ve Bilgi Düzeylerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum, 2003.
67. Taştaban, E.: Osteoporoz Patogeneğinde Antioksidan Enzimler ve Rankl. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Aydın, 2008.
68. Şavk, Ö. : Osteoporotik Femur Proksimal Uç Kırıklarında Serum Leptin Seviyeleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Aydın, 2008.
69. Karademir, N.: Primer Osteoporozda Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesinin Etkisi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. Afyon, 2008.
70. Güçlü, S.: Postmenopozal Osteoporozda Dehydroepiandrosteronun Rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. İzmir, 1999.
71. Kiriş, F.: Tip 2 Diabeti ile Osteoporozu olan ve Olmayan Postmenopozlu Kadınlarda Leptin Adiponektin ve İnsülin Direncinin Kemik Mineral Dansitesi İle İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Isparta, 2007.
72. Göksoy, T.: Osteoporozda Tanı ve Tedavi. Özlem Grafik Matbaacılık, 2010.
73. Tüzün, F.: Osteoporozun Tanımı Sınıflaması ve Epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. Osteoporoz Sempozyumu. İstanbul, 1999.
74. Bayar, S.: Tip 1 Diabetik Erişkinlerde Osteoporoz. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Diyarbakır, 2006.
75. Kaplan, S.: Postmenopozal Osteoporozda Risk Faktörleri ve Korunma Yolları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:4 (2007).
76. Ergün, Y.: Osteoporozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Aydın, 2007.
77. Tüzün Ş. : İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.(ptt).
78. Gökçe, İ. : Uluslararası Fonksiyonellik Sınıflandırması- Osteoporoz Türk Hastalarda Uygulanabilirlik Çalışması. Afyonkocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. Afyon 2008.

79. Uçan, Ö., Taşcı, S., Ovayolu, N. : Osteoporozda Risk Faktörleri ve Korunmanın Önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6 (2007).
80. Akarırmak, Ü.: Osteoporozda Klinik ve Risk Faktörleri. İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fak., Osteoporoz Sempozyumu. İstanbul, 1999.
81. Zengin, Z.: Premenopozal Kadınlarda Klinik ve Subklinik Hipertroidinin Kemik Metabolizması ve Kemik Mineral Yoğunluğu Üzerine Etkileri İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi. Malatya, 2006.
82. Demirağ, N., Şahin, M.: Osteoporoz Tanı ve Tedavide Yenilikler. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği, Cilt:3, s:1-2, 2004.
83. Seyisoğlu, H.: Postmenopozal Osteoporoz ve Östrojen Replasman Tedavisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Osteoporoz Sempozyumu. İstanbul, 1999.
84. Saitoğlu, Mahmut.: Erkeklerde Osteoporoz Risk Faktörleri ve Somatotip ilişkisi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Elazığ, 2006.
85. Karadavut, K., Başaran, A., Çakıcı, A. :Osteoporoz Tedavisinde Vitamin D. SSK Ankara Eğitim Hastanesi. Ankara, 2002.
86. Bozan, Ö. : Postmenopozal Osteoporozda Egzersiz Eğitiminin Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İzmir, 2007.
87. John C.S., FRCP, FESC : Rosen laboratories of the Wynn , endocrinology and metabolic medicine imperial college school of medicine,London
88. Ertüngealp, E., Seyisoğlu, H. : Menopoz ve Osteoporoz. Ulusal Menopoz ve Osteoporoz Derneği,1992.
89. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2008.
90. [http:// www.ttb.org.tr//kadın](http://www.ttb.org.tr//kadın) sağlığı rehberi

40 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN MENOPOZ VE OSTEOPOROZA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

- 1-Yaşınız?
- 2-Medeni durumunuz? A- Evli B-Bekar
- 3- Eğitim durumunuz? A- Okur-yazar değil B- Okur-yazar C- İlkokul D-Ortaokul E- Lise F- Yüksekokul
- 4- Kaç yıldır burada yaşıyorsunuz?
- 5-Eşinizin işi? Eğitimi?
- 6-Çalışma durumunuz? A- Çalışıyorsunuz işiniz..... B- Çalışmıyor.
- 7-Evde yaşayan kişi sayısı? Çocuk sayısı?..... Düşük sayısı?..... Kürtaj sayısı?.....
- 8- Sosyal güvenceniz? A-SSK B-Bağ-kur C-Yeşil kart D- Emekli sandığı F-Güvencesi yok
- 9-Korunma yöntemlerini biliyor musunuz? A-Evet(Hangisini kullandınız?..... Kaç yıl?.....) B- Hayır
- 10-Sıklıkla beslenme şekliniz? A- Et ürünleri B-Süt ürünleri C-Sebze ve meyve D-Tahıl ve baklagiller
- 11-D vitamini kullanıyor musunuz? A- Evet B- Hayır Ca kullanıyor musunuz? A- Evet B-Hayır
- 12-Direkt güneş ışığında günde ne kadar kalıyorsunuz?
- 13-Günde ne kadar süt içersiniz?
- 14-Sigara kullanıyor musunuz? A- Evet (Günde kaç adet?.....) B- Hayır
- 15-Alkol alıyor musunuz? A- Evet (Günde ne kadar?.....) B- Hayır
- 16-Günlük ne kadar kahve tüketiyorsunuz?..... Ne kadar çay tüketirsiniz?.....
- 17-Sistemik bir hastalığınız var mı? A- Evet B- Hayır
- 18-Daha önce depresyon geçirdiniz mi? A- Evet(Doktor tedavisi gördünüz mü?.....) B-Hayır
- 19-Günlük ne kadar fiziksel aktivitede bulunursunuz?(yürüyüş, koşu vs.)
- 20-Menopoza girdiniz mi? A- Evet (Ne kadardır menopozdasınız?.....) B- Hayır
- 21-Menopoza giriş şekliniz nasıl? A-Doğal yolla B- Cerrahi yolla
- 22-Menopoz hakkında bilginiz var? A-Evet (Kimden aldınız?.....) B- Hayır
- 23-Menopoza ilişkin hormon tedavisi alıyor musunuz? A-Evet (Ne kadar zamandır?.....) B-Hayır
- 24-HRT'nin ne kadar süre kullanıldığını biliyor musunuz? A- Evet(Ne kadar?.....) B- Hayır
- 25-HRT 'ni herkes kullanabilir mi ? A- Evet B- Hayır C-Bilmiyorum
- 26-HRT hangi durumlarda etkilidir? A-Psikolojik durumlarda B- Fiziksel şikayetlerde C-Kemik erimesinde
- 27-Mamografi yaptırdınız mı? A-Evet (İlk kaç yaşında?.....) B- Hayır
- 28-Ne kadar sıklıkla mamografi yaptırabilirsiniz?
- 29-Menopozal dönemdeki sıkıntılarla nasıl baş edeceğinizi biliyor musunuz? A-Evet (Nasıl?.....) B-Hayır

30-Menopoza ait şikayetlerden hangilerini biliyorsunuz?

	Biliyorum	Bilmiyorum	Hangileri sizde var?
Sıcak basması ve gece terlemesi			
Uykusuzluk			
Yorgunluk			
Baş ağrısı			
Sık idrara çıkma			
Sık ürinerenfeksiyon			
Ağlama ve sinirlilik			
Cinsel isteksizlik			
Vajinal kuruma			
Ruhsal değişimler			
Unutkanlık			
Cilt değişiklikleri			
Kalp damar hastalıkları			
Eklem ağrıları			
Kemik erimesi			

31-Aşağıdaki menopoza ilişkin soruları cevaplayınız?

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
Menopoz adet kesilmesi demektir.			
Menopoz ile yaşam son bulur.			
Menopoz bir hastalıktır.			
Menopoz ile cinsel yaşam son bulur.			
Menopozdaki sıkıntılar ile danışmanlık alınarak baş edilebilir.			
Menopozda hormon tedavisi alınabilir.			
Menopozda dengeli beslenme önemlidir.			
Menopozda egzersiz önemlidir.			
Menopozda fiziksel ve psikolojik yakınmalar olur.			
Menopozda hormon tedavisi doğurganlığı geri getirir.			
Sigara içen kadınlar menopoza erken girer.			
Çok doğum yapmış kadınlar menopoza geç girer.			
Bekar kadınlar menopoza daha erken girer.			
Şişman kadınlar menopoza daha geç girer.			

32-Osteoporoz hakkında bilginiz var mı? A- Evet (Kimden?.....) B-Hayır

33-Ailede osteoporoz öyküsü var mı? A- Evet B- Hayır

34-Daha önce kemik mineral yoğunluğunuzu ölçtürdünüz mü? A- Evet(Kaç kez?..... Kaç çıktı?.....)B-Hayır

35-Aşağıdaki kemik erimesi ile ilgili bilgileri cevaplayınız.

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
Kemik erimesi ciddi bir hastalıktır.			
Kemik erimesi kadınlarda erkeklere oranlara iki kat fazladır.			
Kemik erimesi omurga eğriliğine neden olur.			
Kemik erimesi kemik kırıklığına neden olur.			
Kemik erimesi boy kısalığına neden olur.			
Sigara alkol ve aşırı kafein tüketimi kemik erimesi riskini artırır.			
Menopozda süt içmek kemik erimesini önlemek için yeterlidir.			
Dengeli beslenme ve kalsiyum alımı kemik erimesi riskini azaltır.			
Düzenli egzersiz ve hareketli yaşam kemik erimesi riskini azaltır.			
Kemik erimesinden korunmada süt ve süt ürünleri tüketilmesi önemlidir.			
Kemik erimesi günlük işleri yapmayı zorlaştırır.			
Erken menopoz kemik erimesinde risk faktörüdür.			

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

K-Q
TSE-ISO-EN
9000

19.09.2010

Sayı : B104İSM4270010-
Konu : Şirin ÇELİKKANAT'ın
Tez Çalışma İzni Hk.

7828

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi:30/03/2010 tarih ve 064 sayılı yazınız.

Enstitünüze bağlı Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Şirin ÇELİKKANAT'ın "40 Yaş Üstü Kadınların Menopoz ve Osteoporoz İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi." konulu tez çalışmasını söz konusu tarihlerde İlimiz Şehitkamil İlçesi Çıksorut Sağlık Ocağı ve 29 Ekim Sağlık Ocağı bölgesinde yapmasında sakınca olmadığı hususunu; Bilgi edinilmesi ile ilgiliye tebliğini ederim.

Dr.G.Serdar TOLAY
Vali a.
İl Sağlık Müdür V.

182 28.04.2010

Tepebaşı Mah.Hastane Cad.Şahinbey(27010) Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat:N.BİLİCİ Pers.Şb.Müd.
Tlf: 0342 220 96 14 Fax:0342 220 35 41 e-posta:gaziantep@saglik.gov.tr.
Not: Lütfen yazımıza vereceğiniz cevapta tarih ve savırı belirtiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Şirin ÇELİKKANAT 1983 yılında ADANA’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana’da tamamladıktan sonra 2004 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulun’a girdi ve 2008 yılında Lisans öğrenimini tamamladı. 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği programında Yüksek lisans eğitimine başladı.

Adana/Pozantı devlet hastanesinde çalışmakta ve Yüksek Lisans eğitimini sürdürmektedir.

PERSONAL BACKGROUND

Çelikkanat Sirin was born in Adana in 1983. After completing primary and secondary education in Adana between 2004 and 2008 years, she entered the Black Sea Technical University of Health Sciences School, and completed his undergraduate education. In 2009, she began to the Institute of Health Sciences Nursing Department. She works in Adana / Pozanti government hospital, and continues to her post graduate