

156207

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MENOPOZ
NEDENİYLE SAĞLIK KURULUŞLARINDAN
YARARLANMA DURUMU**

**Tezi Hazırlayan
Aynur KIZILIRMAK**

**Tezi Yöneten
Prof. Dr. Ümit SEViğ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Bu Çalışma Erciyes Üniversitesi Araştırma Fonu Tarafından 02-11-29nolu
Proje İle Desteklenmiştir.**

**Aralık 2003
KAYSERİ**

Bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

...24.../...12.../2003

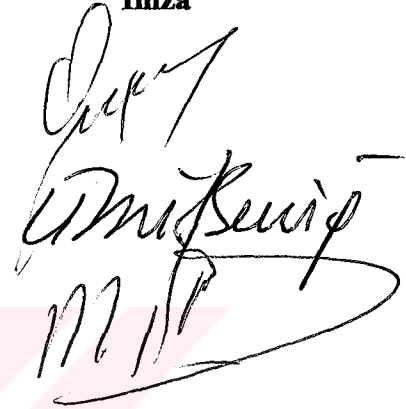
JÜRİ:

Üye : Prof. Dr. Osman GÜNAY

Üye : Prof. Dr. Ümit SEVİĞ (Danışman)

Üye : Yard. Doç. Dr. Mürüvvet Başer

İmza

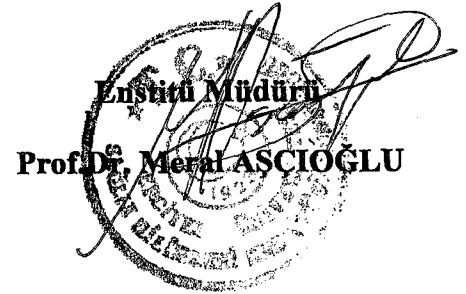


ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü yönetim kurulunun.....05.01.2004.....tarih ve.....301..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

06.../01.../2004

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral ASCIOĞLU



TEŞEKKÜR

Bu çalışma bireyin, ailenin dolayısıyla toplumun sağlığında önemli rol oynayan kadınlarımızın yaşlanma sürecine doğru yol alırken kendi sağlıkları için sağlık kuruluşlarından faydalanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın planlanması aşamasında Prof. Dr. Nimet KARATAŞ, istatistiksel analizinde Yrd. Doç. Dr. İskender GÜN destek vermiştir. Yard. Doç. Dr. Sultan Taşçı'ya veri toplama aşamasındaki yardımlarından dolayı kardeşim Şaide KIZILIRMAK'a, yardımcı olan diğer arkadaşlarıma ve bana destek olan aileme teşekkür ederim.

MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MENOPOZ NEDENİYLE SAĞLIK KURULUŞLARINDAN YARARLANMA DURUMU

ÖZET

Kayseri İl Merkezinde bulunan 40-59 yaş arası menopoz dönemindeki kadınların menopoz için sağlık kuruluşlarından yararlanma durumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Kayseri İl Merkezinde Bulunan Arguncık Sağlık Ocağı Bölgesinde oturan 40-59 yaş grubunda ve en az 1 yıl önce menopoza girmiş olan kadınlar oluşturmuştur. Araştırma bölgesinden tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 336 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür taraması yapılarak hazırlanan anket formu ile kadınlarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. İstatiksel değerlendirmede yüzde olarak hesaplama ve ki- kare testi kullanılmıştır.

Elde edilen veriler sonucunda kadınların büyük bir kısmının menopozal yakınmaları yaşamasına rağmen %70.8'inin sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirlenmiştir. Kadınlar sağlık kuruluşuna, kendilerinden kaynaklanan nedenler, maddi durum yetersizliği, hastane ortamından rahatsız olma ve sağlık personelinin yeterli ilgi görmeme nedenleri ile başvurmadıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların daha çok ateş basması, gece terlemesi, unutkanlık, sinirlilik, eklem ağrısı şikayetleri ile sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir. Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların hemen hepsine bir tedavi önerilmiştir. Ancak kadınların %20.7'si önerilen tedaviye başlamamış ve %75.3'ü de önerilen tedaviyi kısa bir süre uygulayıp bırakmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kadınlara danışmanlık ve uygun eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler:1-Menopoz 2-Kadın Sağlığı 3-Hormon Replasman Tedavisi

**THE STATE OF BENEFITING FROM THE HEALTH INSTITUTIONS
FOR MENOPAUSE OF THE WOMEN IN THE PERIOD OF
MENOPAUSE**

ABSTRACT

This study has been done descriptively to what extent the 40-59 aged menopause women benefit from health institutions at Kayseri city center.

The universe of this study consists of the 45-59 aged women living in Argincik clinic area at Kayseri city center and having entered the menopause period at least one year. 336 women before the onset of the study chosen by using stratified random sampling method from study area are taken as study subject.

Data was collected by interviewing the women face to face using a questionnaire improved by researcher reviewing literature.

Data obtained from research has been evaluated using computer. For statistical analyses, percentage and chi- square tests were used.

It has been found in the light of the study that although a great majority of the women have menopausal problems 70,8 % of them did not apply to health institutions . these women have reported that they do not go to health institutions for reasons their count, of insufficient economic level dissatisfactory hospital conditions and lack of interest by health personal in their problems.

It is determined that the women applied to health institutions for problems such as fever, night sweat, forgetfulness, being angry, arthritis. Treatment is advised to almost all women applying to health institutions. However, 20,7 % of women did not even start the treatment recommended and 75,3 % of them followed the treatment for a short time and then they quitted. In the light of the findings from the research counseling and appropriate education can be offered to the women.

Key Words: 1- Menopause 2- Woman Health 3- Hormone Replacement Therapy.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR	VIII
TABLolar	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. MENOPOZUN TANIMI	4
2.2. MENOPOZA GİRME YAŞI	4
2.3. MENOPOZUN KLİNİK ŞEKİLLERİ	5
2.3.1. Fizyolojik Menopoz	5
2.3.2. Erken Menopoz	5
2.3.3. Cerrahi Menopoz	5
2.4. KLİMAKTERİK DÖNEME BAĞLI ORGANLARDA OLUŞABİLECEK BELİRTİ VE SORUNLAR	6
2.5. MENOPOZUN TEDAVİSİ	8
2.5.1. Menopozda Uygulanan Tedavi Yöntemleri	9
2.5.1.1. Hormon Replasman Tedavisi	9
2.5.1.1.1. HRT'ye başlamadan önce yapılması gerekenler	10
2.5.1.1.2. HRT'de kullanılan ajanlar	10
2.5.1.1.3. HRT'de kullanılan yöntemler	10
2.5.1.1.4. HRT kullanım süresi	11
2.5.1.1.5. HRT'nin yan etkileri	11

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3. 1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	15
3. 2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	15
3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	16
3. 4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	16
3. 5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	17
3. 5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	17
3. 5. 2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması.....	17
3. 5. 3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	17
3. 5. 4. Araştırmanın Sınırlılıklar.....	17
3. 6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	32
6 .KAYNAKLAR.....	42
EK-1	
ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Bileşik Devleti
- AH** : Alzheimer Hastalığı
- CEE** : Conjuge Equine Estrojen
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- HRT** : Hormon Replasman Tedavisi
- KKH** : Koroner Kalp Hastalığı
- KVH** : Kardiyo Vasküler Hastalık
- SSK** : Sosyal Sigortalar Kurumu
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLolar LİSTESİ**Sayfa No**

Tablo 4.1.	Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	18
Tablo 4.2.	Kadınların Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu ve Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı	20
Tablo 4.3.	Menopoz Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Başvuran ve Başvurmayan Kadınlarda Çeşitli Menopozal Yakınmaların Görülme Sıklığı.....	22
Tablo 4.4.	Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ve Menopozal Yakınma Nedeni İle Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı	24
Tablo 4.5.	Kadınların Menopozal Yakınma Nedeni İle Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı	26
Tablo 4.6.	Kadınların Menopozal Yakınma Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Başvurmada Karar Veren Kişilere Göre Dağılımı	27
Tablo 4.7.	Kadınların Menopozal Yakınma Nedeni İle Başvurdukları Sağlık Kuruluşundan Aldıkları Önerilere Göre Dağılımı	27
Tablo 4.8.	Kadınların Önerilen Tedaviye Başlama ve Sürdürme Durumlarına Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.9.	Kadınların Gelir Durumlarına ve Sağlık Kuruluşuna Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı	30
Tablo 4.10.	Kadınların Sahip Olduğu Sağlık Güvence ve Sağlık Kuruluşuna Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı	30

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kadın sağlığı tüm tıp dalları için önemli bir sorundur. Özellikle halk sağlığı açısından bir çok konunun temel bileşenidir (1). Çünkü kadın sağlığı başta kadının kendisi için önemli olduğu kadar çocuk, aile ve toplum sağlığı için de önemlidir (2).

Kadın sağlığı kavramı, doğurganlık ve üreme sistemi ile ilgili sorunlar dahil, kadının doğumundan ölümüne kadar olan süredeki tüm sağlık durumunu içermektedir (2). Kadınlar üreme dönemini takip eden menopoz döneminde biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır (3). Bu dönemdeki değişimlere uyum sağlayabilme, ardından gelen yaşlanma, yaşlanmanın getireceği kronik hastalıklar, sakatlıklar ve bağımsız fonksiyonlarda güçlükler gibi problemler nedeni ile de kadın sağlığı önem kazanmaktadır (2-4).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, sosyal yapıdaki değişmeler, bilim ve teknolojiye ilerlemeler yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunmuştur. Tüm dünya ülkelerinde doğumdan beklenen yaşam süresinin uzaması yaşamdan beklentileri de artırmıştır. M.Ö. 1000 yıllarında kadın ömrünün 28yıl olduğu bilinmektedir. Ortaçağın başlangıcında 40 yıl olarak hesaplanan doğumda yaşam beklentisi, bugün gelişmiş ülkelerde 80 yıl civarında (5), ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 98) verilerine göre 71 yıldır (6). Geçmişte menopozal çağa bile girmeden ölen kadınlar, günümüzde ömürlerinin yaklaşık üçte birini menopoz

sonrası dönemde geçirmektedir (7-12). 1990'lı yıllarda dünya üzerinde 50 yaş ve üzeri kadın nüfusu 467 milyon civarındayken 2030 yılında bu sayının 1,2 milyara ulaşması beklenmektedir (13).

1999 Türkiye istatistik yılına göre ülkemizde menopoz ve buna bağlı komplikasyonlar açısından risk grubundaki kadın sayısı 6.5 milyon civarındadır. Bu sayının yaklaşık 1.5 milyonunu 45-60 yaş grubundaki kadınlar oluşturmaktadır (14).

Menopoz 40-60 yaş arasında bir devrede ortaya çıkmaktadır ve ortalama menopoz yaşı 51 olarak belirtilmektedir(3). Ülkemizde ise menapoz yaşı 45-49 yaşları arasında değişmektedir (15).

Menopoz, yaşam süreci içinde fiziksel, biyolojik ve psikolojik açıdan sıkıntılı olarak yaşanmaktadır. Kadınlar için doğal olan menopoz dönemi başta jinekoloji olmak üzere pek çok alanda önemli sorunlar oluşturmaktadır. Kadının menopoz döneminde, çoğu kez orta yaş değişiklikleri ile örtüşen bedensel, ruhsal, ailesel ve toplumsal sorunların yanı sıra kadının ölümü ve hastalığında önemli yer tutan kalp hastalıkları ve osteoporoz insidansı da artmaktadır (2).

ABD'de postmenopozal kadınlarda iskemik kalp hastalıkları insidansı 100.000 popülasyonda 1000'dir (12).

Gelişmiş ülkelerde kadınların menopoz konusunda bakım ve danışmanlık gereksinimlerini karşılayan menopoz merkezleri vardır. Ülkemizde 1990'lı yılların başlarında bazı üniversite hastanelerinde, büyük merkezlerde ve bazı devlet hastanelerinde menopoz poliklinikleri açılmıştır. Bu polikliniklerin çalışmaları menopoz şikayetleri ile başvuran kadınlara tanı ve tedavi uygulama şeklindedir. Menopoz polikliniklerin hizmet verdiği nüfus sınırlıdır. Çünkü gereksinimi olan kadınların çoğu böyle bir hizmetten haberdar değildir. Her ne kadar son yıllarda basın yayın organlarıyla kişiler menopoz konusunda bilinçlendirilmeye çalışılsa da, bu konuda istenilen düzeye ulaşamamıştır. Kadınların yaşam kalitesinin artması adına, menopozun getirdiği erken ve geç dönem semptomlar düşünüldüğünde bu hizmetten gereksinimi olan tüm kadınların faydalanabilmesi için bu hizmetin duyurulması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hemşire ve diğer sağlık çalışanları, kadının menopozal dönemine ait risk faktörlerini ve getirdiği sağlık sorunları iyi

tanınmalı, gereksinimi olan tüm kadınlara danışmanlık, yönlendirme, eğitim ve tedavi yaklaşımları sunulmalıdır.

1.2.AMAÇ

Bu araştırmanın amaçları;

1. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz nedeniyle sağlık kuruluşlarından yararlanma durumu belirlemek,
2. Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen faktörleri belirlemek.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. MENOPOZUN TANIMI

Menopoz, overyan aktivitelerin kaybını takip eden dönemde adetlerin tamamen kesilmesidir (3,7,16-19). Menopoz, klimakteriyum içerisinde bir nokta olarak kabul edilen ve üzerinden ortalama bir yıl geçtikten sonra tanı konulabilen en son adet kanamasının özel ismidir. Klimakterium ise üreme çağı ile yaşlılık dönemi arasında yer alan overdeki yapısal ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir (17,20).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) menopozu üç bölüm altında incelemektedir:

Premenopoz: İlk semptomların görüldüğü klimektariumun başlangıcından menopoza kadar geçen süre.

Menopoz: En son adet kanaması.

Postmenopoz: Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süre.

Klinik terminolojide ise yaygın olarak, menopoz kelimesi son adet kanaması değil, premenopozal ve postmenopozal dönemi kapsayacak şekilde kullanılır (20).

2.2.MENOPOZA GİRME YAŞI

Menopozla ilgili günümüze kadar gelen gözlem ve çalışmalarda menopoz yaşı 51 olarak evrenselleşmiştir(3,21). Ancak ortalama menopoz yaşının kadınların yalnız %50'si için geçerli olduğu unutulmamalıdır(16). Bu nedenle alt ve üst sınırları birlikte

düşünmek daha doğru olur. Bir çok çalışmada bu sınırlar 48-55 yaş olarak tespit edilmiştir. Buna karşılık ülkemizde yapılan çalışmalarda bu sınırın 45-49 yaşları arasında bulunduğu gösterilmektedir (15, 22).

Menopoz yaşını etkileyen bazı faktörler vardır. Bunlardan en önemlisi kalıtım ve ırktır (3, 18). Menarş yaşı, gebelik sayısı, medeni durum, ağırlık, boy, doğum kontrol hapları veya hormon replasman şeklinde östrojen alımının menopoz yaşını etkilemediği ortaya çıkmıştır. Ancak eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması, sigara kullanımı menopoza erken girilmesinde etkindir (18, 21 ,23). Oskay (24), 1994'de İstanbul'da 300 kadın üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında, sigara içenlerin içmeyenlerden 2 yıl daha erken menopoza girdiğini belirlemiştir.

2.3. MENOPOZUN KLİNİK ŞEKİLLERİ

2.3.1. Fizyolojik (Doğal) Menopoz: Overlerdeki folliküllerin tükenmesi ve Gonadotropin hormonların azalması sonunda 48-55 yaşları arasında görülür (20,23).

Ancak 40 yaşında görülebildiği gibi 60 yaşına kadar geciken vakalara da rastlanmıştır (2).

2.3.2. Erken (Prematüre) Menopoz: 40 yaşından önce bilinmeyen nedenlerle ortaya çıkan ovarian yetmezliktir. Kadınların %1-4'ünde görülmektedir (3, 18, 21).

2.3.3.Cerrahi Menopoz: Adet görmekte olan bir kadının overlerinin herhangi bir nedenle çıkarılmasıdır (3).

Menopozal çağda vücudun yaşlanmasıyla beraber over fonksiyonlarının azalması ve buna paralel östrojen miktarının belirgin düşüşüne bağlı olarak, çeşitli organ ve sistem değişimleri meydana gelir. Bu dönemdeki semptomlar, östrojen eksikliğine bağlı oluşan akut semptomlar ve menopozdan birkaç yıl sonra görülen geç semptomlar olarak ikiye ayrılır. Akut semptomlar kadınların yaklaşık 2/3'de görülür. Semptomların şiddeti ve süresi kişiden kişiye değişir. Kadınların % 20'sinde semptomlar ciddidir ve tıbbi yardım gerekir. Akut semptomları vazomotor semptomlar ve psikosomatik semptomlar oluşturur. Vazomotor semptomlar (sıcak basması, terleme, sıkıntı hissi), genelde benzer şekilde kadınlarda izlenirken, psikosomatik semptomların (anksiyete, gerginlik, depresyon, irritabilite, baş ağrısı, uyku problemleri, kol ve bacaklarda karıncalanma hissi) karakteri, kadının psikolojik, sosyal ve kültürel yapısıyla yakından ilgilidir. Sosyo

kültürel seviyesi iyi olan kadınlarda psikosomatik semptomlar daha fazla görülür (17). 1991 yılında Wasti ve arkadaşlarının (3) Pakistan'da yaptıkları çalışmalarında, yoksul gruptaki kadınların 1/5'nin, orta ve yüksek gelirli kadınların ise 1/2'sinin semptom bildirdikleri saptanmıştır. Akut semptomların menopozdan birkaç yıl sonra şiddeti azalır, kadınların % 25'inde ise 5 yıldan daha uzun sürer (17).

2.4. KLİMAKTERİK DÖNEME BAĞLI ORGANLARDA OLUŞABİLECEK BELİRTİ VE SORUNLAR

Hedef Organ	Oluşabilecek Belirti veya Sorun
Vulva	<i>Atrofi, distrofi, Prutis vulva</i>
Vajina	<i>Disparoni, kanlı akıntı, vajinit</i>
Mesane ve İdrar	<i>Sistüüretri, ektropin, stres inkontinansı, sık idrar ve/veya idrara sıkışma</i>
Uterus ve pekvik zemin	<i>Uterovajinal prolapsus</i>
Deri ve mukoz membranlar	<i>Atrofi, kuruluk, veya pruritus, kolay travmatize olma, esneklik kaybı, kuru saç ve saç kaybı, yüzde az miktarda kullanma, ağız kuruluğu</i>
Ses telleri	<i>Ses değişimi</i>
Kardiyo vasküler sistem	<i>Ateroskleroz, angina, koroner arter hastalığı,</i>
Kemik doku	<i>Kırık ile ilgili osteoporoz, sırt ağrısı</i>
Memeler	<i>Boyutlarda küçülme, daha yumuşak kıvam, sarkma</i>
<i>Nöroendokrin</i>	<i>Sıcak basmaları, psikolojik bozukluklar</i>

Kadın mortalite ve morbiditesinin artmasına neden olan osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar menopozun geç dönem komplikasyonlarıdır. Kadınların hayatta kalma süresini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bu sağlık sorunları, menopozal kadının ve ona sağlık hizmeti sunanların tanınması ve baş etmesi gereken durumlardır.

Tüm dünyada ve özellikle gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de günümüzde doğumda beklenen yaşam süresi 80 yıla yaklaşmıştır (8). Bu verilere göre, yaşamlarının 1/3'nü post menopozal ve yaşlılıkta geçirecek kadınlarımıza iyi yaşam kalitesi sunmak, sağlık hizmetlerinin temeli olmalıdır (3).

Çağımızda sağlık hizmetlerinin en başarılısı koruyucu sağlık hizmetidir. Bu yüzden artık pre-postmenopozal değişikliklerin değil, geç dönem değişikliklerin ve komplikasyonların oluşmadan önce belirlenip, koruyucu yaklaşım ve tedavinin yapılması gerekmektedir.

Koroner kalp hastalığı (KKH) halen gelişmiş ülkelerde ve Amerika'da postmenopozal kadınlarda görülen en sık ölüm nedenidir. A.B.D.'de KKH'dan ölüm riski meme ve akciğer hastalığından üç kez daha fazladır. Üreme çağındaki kadınlarda, aynı yaştaki erkeklere oranla kardiyovasküler hastalık (KVH) riski 2.5-4.5 kat daha azdır. Elli beş yaş üzerindeki bir kadında koroner damar hastalığı görülme sıklığı, 35-54 yaş grubuna göre 10 kat artış göstermektedir. Elli yaşından itibaren bir kadının yaşamı boyunca kalp hastalığına yakalanma olasılığı % 46, bu hastalıktan ölüm ihtimali % 31'dir. Genç erişkinlik dönemindeki erkeklerle kadınlar arasındaki farklılık, menopozun ardından yavaş yavaş ortadan kalkmakta ve 10 yıl sonra eşit düzeylere ulaşmaktadır (16, 25). Otuz beş yaşından önce overleri çıkartılan kadınlarda, aynı yaşta olup da over fonksiyonları normal olan kadınlara göre kalp hastalığı riski 7 kat fazladır (20). Böylece kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler, östrojenin azaldığı post menopozal dönemde ilk sıralara yerleşmektedir (25). Onat ve arkadaşlarının 1991 yılında gerçekleştirdikleri Türkiye'de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri (TEKHARF) çalışması sonucuna göre; Türkiye'de 1000 erkekten 39'u, 1000 kadından da 33'ü kalp hastasıdır. Erişkinlerde kalp hastalığı % 6.7 oranında görülmektedir (erkeklerde % 6.2, kadınlarda % 7.3). Erişkinlerde kırk yaşından önce genel prevalans % 2'den azdır. Diğer yaş gruplarında kalp hastalığı prevalansı ise;

Yaş gruplarına göre kadın ve erkeklerde kalp hastalığı prevalansı:

Yaş Grupları	Erkek (%)	Kadın (%)
40-49	3.2	0.7
50-59	8	8.4
60-69	16.7	10.8
70-+	12.5	22.05

Görüldüğü gibi 50 yaşından sonra kadınlarda kalp hastalığı sıklığı giderek artmakta, 70 yaş üzerinde ise erkeklerdeki kalp hastalığı sıklığını geçmektedir (5).

Klimakteryumun da kardiyovasküler sistemden sonra en büyük riski, kemik kütlelerinin azalması demek olan osteoporoz oluşturmaktadır. Osteoporoz, çok az bir travma hatta hiç travmaya maruz kalmadan oluşacak kemik kırığı riskinin arttığı bir iskelet sistemi bozukluğudur (18). Osteoporozla ilgili kırıkların hem morbidite ve mortalitesi fazladır,

hem de ülkelerin ekonomilerine büyük yük getirmektedir (26,27). Bir kadının yaşamı boyunca görülen toplam kemik kaybının % 75'i menopoz sonrasında meydana gelir. Total vücut kemik kitlesi %30 oranında azalır. Bu kaybın %52- 66 kadarı östrojen eksikliğine, geri kalanı yaşlanmaya bağlı oluşur (28, 29). Nilas ve arkadaşları post menopozal ilk 15 yılda meydana gelen kemik kaybının % 75 ve fazlasını, yaşlanmanın yanı sıra östrojen eksikliğine bağlamıştır (8). Osteoporozda risk faktörleri arasında ilk sıraları, kadın olmak, premenopozal östrojen yetersizliği ve erken cerrahi menopoz almaktadır (30).

Osteoporozun yaşam kalitesini bozduğu, hastalık ve ölümü artırdığı bir gerçektir. Tüm dünyada şu anda 200 milyondan fazla kadında osteoporoz vardır. Amerika'daki 24 milyon osteoporoz hastasının % 80'i kadındır. Yani Amerika'da 50 yaş üzerindeki 4 kadından biri osteoporoz hastasıdır. Osteoporozla ilgili oluşan kırıkların sıklığı menopoz dönemindeki kadınlar da dramatik olarak daha da yüksektir (31). ABD'de her yıl osteoporozla ilgili kırıklar nedeni ile 1.5 milyon hasta tıbbi yardım istemektedir. Osteoporozla ilgili kalça kırığı olan hastaların %15'i hareketsizliğe bağlı gelişen komplikasyonlar nedeni ile hayatlarını, % 75'i de bağımsızlıklarını ve kendine bakım yeteneklerini kaybetmekte, bu durum aileye ve ülkeye büyük bir mali yük getirmektedir. ABD'de kırıkların maliyeti yılda 15-30 milyon dolardır. Ülkemizde ise osteoporozla ilgili kırık insidansı ve maliyeti konusunda veri bulunamamıştır (26).

Alzheimer hastalığı (AH), ilerleyici bir demans hastalığının özel ismidir. Nedeni tam olarak belirlenememiştir. A.B.D'de yaklaşık 4 milyon AH tespit edilmiştir (32). 65 ve üzeri yaşlarda prevalansı değişik toplumlarda %3-10 arasında değişir. Son yıllarda AH'ı menopozun geç dönem komplikasyonu olarak kabul eden görüşler vardır(32, 33).

2.5. MENOPOZUN TEDAVİSİ

Menopoz tedavisi koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturur (28). Menopoz tedavisindeki amaç, menopozun erken ve geç komplikasyonlarından kadını korumak, semptom ve bulgular ortaya çıkmışsa bunları tedavi etmektir. Böylece kadın hayatının yaklaşık 1/3'ini oluşturan menopoz ve yaşlılık döneminde kişinin bir çok yönden iyilik halinde olmasına yardım edilir (34).

Menopozun erken ve geç dönem komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi hormon replasmanı ile mümkün olmaktadır. Günümüzdeki tartışmalar artık bu tedavinin yapılip

yapılmaması üzerine değil, hangi replasman tedavisinin daha mükemmel olduğu üzerine yoğunlaşmakta ve araştırmalar bu yönde sürmektedir (12).

Çok sayıda kanıt östrojen replasman tedavisinin menopozla ilişkili vazomotor semptomları ve vajinal atrofiyi hafiflettiğini göstermektedir. Klinisyenler artık östrojenin osteoporozla karşı kadınları koruduğunu ve kırık riskini azalttığını kabul etmektedir (35).

Postmenopozal kadınlarda Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ile kardiyovasküler riskin azaltılması bir çok epidemiyolojik çalışma ile desteklenmiştir, bunların çoğunluğunda % 40-50'lik bir azalma söz konusudur. Bu yararın hem tek başına östrojen hem de östrojen-progesteron kombinasyonları ile olduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin Sağlık Çalışması'nda HRT ile miyokard infarktüsü ile inme sıklığında ve total mortalitede genel bir azalma bulunmuştur (36). Meme kanseri ve östrojen arasındaki bağlantı tam açık değildir. İlişki hakkında endişeler olmasına rağmen östrojen replasman tedavisi ile meme kanseri riski artışı arasında bağlantı kuran hiçbir kesin kanıt yoktur. Sağlık hizmeti verenlerin verdiği yoğun eğitim ve danışmanlık sonrasında, hastanın kendisi östrojen replasman tedavisi kullanıp kullanmayacağına karar vermelidir (35).

HRT gerek kısa süreli gerekse uzun süreli yararlarından dolayı, herhangi bir kontrendikasyonu olmayan hastalara önerilmektedir. Ancak, İngiltere'de yapılan çalışmalar HRT'den faydalanabilecek kadınların sadece % 12-16'sının bu tedaviyi aldığını göstermiştir. ABD'de ise bütün postmenopozal kadınların % 14'ü değişik formlarda HRT kullanmaktadır. Ülkemizde postmenopozal dönemde HRT kullanma oranına ilişkin bir veriye rastlanmamıştır (37).

2.5.1. Menopozda Uygulanan Tedavi Yöntemleri

2.5.1.1. Hormon Replasman Tedavisi

Menopozal dönemde östrojenin çekilmesi ile ortaya çıkan semptomların ve uzun vadede ortaya çıkabilecek aterosklerotik kalp hastalıkları ve osteoporozun önlenmesinde, östrojen ve progesteronun dışardan verilmesine Hormon Tamamlama (Replasman) Tedavisi (HRT) denir. Uterusu alınmış kadınlarda, endometriyum proliferasyonu ve neoplazma riski ortadan kalktığı için yalnız Östrojen Replasman Tedavisi (ERT) uygulanmaktadır (3).

Araştırmalar sonucu geliştirilen yeni bileşimi ve dozlardaki östrojen ve progesteron, gerek tek başına, gerek kombine olarak tedavilerde yer almaktadır (3).

2.5.1.1.1.HRT'ye başlamadan önce yapılması gerekenler

HRT'ni daha güvenli kılmak için olgulara göre değişmekle birlikte bazı ön hazırlıklar yapılması faydalıdır. Öncelikle olguda HRT'nin kesin ya da relatif bir kontrendikasyonunun olup olmadığının anlaşılması için iyi bir öykünün alımı, fizik ve pelvik muayenenin değerlendirilmeli gereklidir. Rutin biyokimya tetkiklerinden özellikle trigliserit, total kolesterol, HDL-K, LDL-K, karaciger fonksiyon testleri, açlık kan şekerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Olgunun yaş ve semptomlarına bağlı olarak EKG ve akciğer grafisi gibi tetkikler istenmelidir.

Olguların endometrium, meme ve gerekli durumlarda kemik kütle yoğunluğu incelenmelidir (38)

2.5.1.1.2.HRT'de kullanılan ajanlar

HRT'inde kullanılan medikasyonda bulunan hormonlar östrojen ve progesteron hormonlarıdır. Günümüzde hızla geliştirilen yeni bileşim ve dozlardaki östrojen ve progesteron gerek yalnız, gerekse kombine olarak tedavilerde yer almaktadır.

2.5.1.1.3.HRT'de kullanılan yöntemler

Yalnız Östrojen Tedavisi: Endometrial koruma gerektirmeyen, histerektomi olan kadınlarda kullanılır. En yaygın kullanılan sentetik olmayan, doğal östrojendir. Bu amaçla Conjugate Equine Estrojen (CEE) kullanılır (3).

Kombine Hormon Tedavisi: Uterusu alınmamış kadınlarda, östrojenin endometrium üzerindeki proliferatif etkilerini engellemek amacıyla, tedavide östrojenle birlikte progesteron kullanılır.

İki farklı şekilde düzenlenebilir;

1-Siklik Kombine HRT: Siklik olarak östrojen ve progesteron kullanılır.

2- Devamlı Kombine HRT: Kesintisiz olarak östrojen ve progesteron tedavisi kullanılır.

Östrojenle birlikte progestinlerin kombine olarak verilmesinin, kardiyoproteksiyonu zayıflatacağı, lipoprotein metabolizması değişikliklerine yol açarak, kardiyovasküler riski artırabileceği düşünölmektedir. Oysa östrojenin sebep olduğu, düzensiz kanama,

endometrial hiperplazi riskini azatlığı ve meme kanserine karşı koruduğu ve kemikler üzerindeki koruyucu etkiyi güçlendirdiği bilinmektedir(3).

Yalnız Progesteron Tedavisi: Menopozda östrojen kullanımı kontrendike olduğunda ya da ön incelemelerde endojen östrojen sentezine bağlı östrojen yetersizliklerinin bulunmadığı durumlarda dönem dönem sadece progesterin kullanılabilir (3).

2.5.1.1.4.HRT kullanım süresi

HRT'de söz konusu olgunun tedaviye yaklaşımı olgunun semptomları ve derecesi tedavi sürelerini etkileyebilir.Yalnızca vazomotor ve genito üriner sisteme ait semptomları bulunan ve osteoporozun sorun olmadığı olgularda 1-2 yıl içinde rahatlık sağlanabilir. Bu kısa süreli kullanım sonunda olgunun semptomlarına göre aralıklı tedavi dilimlerine ya da devamlı tedavilere geçilebilir (38).

Olgunun sorunu osteoporoz ve risk altındaki koroner hastalığın korunması ise uzun süreli tedavi önem taşır. Özellikle osteoporozda süre açık olmamakla birlikte en az 5 yıllık bir tedavinin faydalı olacağı bildirilmektedir. Bu konuda idealin 10 yıla ya da yaşam boyu olacağı görüşleri de vardır (38).

HRT'ne başlama zamanının ise ideal olarak menopozal döneme girince olması önerilmektedir, bu konuda geçikmenin 3 yılı aşmaması istenilmektedir. 5 yıllık dönemdeki kayıpların tedaviden istifade etmeyeceği görüşü de bulunmaktadır.

Genel kabul osteoporoz ve koroner arterosklerozun esas olduğu olgularda HRT'nin 5-10 yıl süre ile kullanılması yönündedir.

2.5.1.1.5 HRT'nin yan etkileri

HRT kullanmanın bazı yan etkileri vardır. Bunlar östrojen ve progesteron hormonlarının doğal etkilerine eşdeğerdir.

Östrojenin yan etkileri: Bulantı, akne, baş ağrısı, irritabilite, kilo artışı, perimenstruel sendroma benzer semptomlar, memelerde gerginlik-dolgunluk, servikal mukusta artma, kontak lens kullanım zorluğu, sıvı retansiyonundan dolayı migren, astım epilepsi gibi durumlarda artış, uterin leiomyomata artışı, endometrial hiperplazi.

Progesteronun yan etkileri: Memelerde gerginlik, abdominal gerginlik, libidoda değişme, laterji, insomnia, saçlarda dökülme, hirsutizm, depresyon, kaşıntı ve isilik, perimenstruel sendroma benzer semptomlar.

Östrojenin yan etkilerini hafifletmede, dozajın düşürülmesi, tedavi yolunun değiştirilmesi yardımcı olabilir(3).

2.5.1.1.6.HRT'nin kontrendikasyonları

HRT kullanımının pek çok yararı olmasına rağmen, her kadın için uygun değildir.

HRT kullanımında kesin kontrendikasyonlar:

- * Tanısı konmamış anormal vajinal kanama
- * Meme ve üreme organları kanserleri
- * Akut karaciğer hastalıkları
- * Tromboflebit veya trombo- embolizm öyküsü
- * İskemik atak geçirme

Güçlü kontrendikasyonlar:

- Fonksiyonel karaciğer yetmezliği
- Hipertansiyon
- Diabet
- Serebro-vasküler hastalıklar
- Pankreatik hastalıklar
- Orak hücreli anemi
- Yakın tarihte elektif cerrahi
- Geniş lejiomiyomata

Östrojenle artan hipertansiyon, migren , başağrısı.

Nispi kontrendikasyonlar

- Uterin Fibroidler
- Epilepsi
- Astma
- Varis (3).

2.5.1.2.Diyet

Menopozda östrojen yetmezliğine bağlı metabolik hız yavaşlar ve kilo almaya eğilim artar. Yine östrojen yetmezliğine bağlı kolesterol düzeyinde artış görülür. Bu nedenle karbohidratlı ve yağlı besinlerden kaçınılmalı, yemekte sıvı yağlar özellikle zeytinyağı tercih edilmelidir. Meyve ve sebze yönünden ağırlıklı beslenme vücut direncinin artması yönünden önemlidir. Menopozda östrojen yetmezliğine bağlı olarak kalsiyum emilimi bozulmaktadır. Bu nedenle kalsiyum ve D vitamini yönünden zengin gıdalara gereksinim vardır. Yağsız süt ve yoğurt, yeşil yapraklı bitkiler, vitamin D ve kalsiyum yönünden birer kaynaktır (2).

Menopozlu yıllardan önce kalsiyumdan fakir beslenenlerde, menopozlu yıllarda hızla tükenen kemik kütle rezorpsiyonu açısından günde 1500 gr. kalsiyum tüketimi faydalı görülmüştür(38).

E vitamini düzenli kullanıldığında sıcak basmalarını ve halsizliği önlediği rapor edilmiştir. E vitamini ıspanakta, yer fıstığında, çiçek yağında, soya fasulyesinde ve buğdayda bulunmaktadır. E vitamini tabletleri de kullanılmaktadır. E vitamini yağda eriyen bir vitamin olduğu için yemek sırasında alınması doğru değildir (2).

2.5.1.3. Egzersiz

Hareketsizlik hızlı kemik kaybı için bir etkidir. Kadınların egzersiz programına menopoz öncesi başlamaları idealdir. Aerobik egzersizler haftada 5 gün ve kas gevşetici egzersizlerde haftada 2-3 kez yapılması hedeflenmelidir (38).

Özellikle menopozun ilk 5 yılında düzenli egzersiz yapan kadınların belirgin olarak kemiklerini korudukları görülmüştür. Çalışmalarda günlük 20-30 dakika aerobik egzersizlerin kemik kaybını minimal etkilerken, haftada 3 kez 45 dakikaya varan aerobiklerin kemik kaybını yavaşlattığı, 0.625mgr. konjuge östrojen ile destekli haftada iki kez yapılan kas gerici egzersizlerin ise kemik kütleli artırdığı gösterilmiştir (38).

Menopozdan sonra üreme organları çevresindeki kasların tonusu azalır. Kegel egzersizleri bu kasları güçlendirir ve düzenli yapıldığında uterus prolapsusunu, stres inkontinansını önler. Ancak egzersiz bırakıldığında şikayet tekrar geri döner (2).

Sonuç olarak menopozal dönemdeki kadının sağlık düzeyini yükseltmek için tıbbi tedavinin yanında multidisipliner bir sağlık bakımı da gerekmektedir. Sağlık ekibinin

bir üyesi olan hemşirelerin de bu dönemdeki kadınların, sağlık sorunlarının saptanması, bakımın planlanıp uygulanması ve tüm bu süreçler boyunca, eğitici, danışman, uygulayıcı ve destekleyici rolleri üstlenmesi önemlidir (37).



3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma Kayseri İl Merkezinde bulunan Argıncık Sağlık Ocağına kayıtlı 40-59 yaş grubu menopoz dönemindeki kadınların menopoz için sağlık kuruluşlarından yararlanma durumlarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Kayseri İl Merkezindeki Argıncık Sağlık Ocağı (Müşerref Hasan Eser Sağlık Ocağı) bölgesindeki 40-59 yaş grubu kadınlara 15 Eylül 2002-15 Şubat 2003 tarihleri arasında yapılmıştır. Argıncık Sağlık Ocağı 18820 nüfusa hizmet vermektedir. Sağlık ocağında 10 pratisyen doktor, 2 hemşire, 8 ebe ve 2 sağlık memuru görev yapmaktadır. Sağlık ocağında poliklinik muayeneleri, laboratuvar, enjeksiyon- pansuman hizmetleri ile gebe, çocuk, aşı takipleri yapılmaktadır. Ayrıca gebelere yönelik grup eğitimleri düzenlenmektedir. Argıncık bölgesinde yaşayan nüfus genelde çevre il ve ilçelerden gelen ailelerden oluşmaktadır.

Argıncık Sağlık Ocağı'nda 112 acil hizmeti de sunulmaktadır. Acil bakım ekibi 24 saat vardiyalı olarak çalışmaktadır.

Kayseri il merkezinde sağlık hizmeti sunan Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastaneleri, Devlet Hastanesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi, Doğumevi Hastanesi ve Özel hastaneler bulunmaktadır. Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi ve Doğumevi bünyesinde menopoz poliklinikleri mevcuttur.

Bölgeden şehir merkezine kitle ulaşım araçları 15 dakikada ulaşmak mümkündür.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Kayseri İl merkezinde bulunan Argıncık Sağlık Ocağı bölgesinde sağlık ocağına kayıtlı 40-59 yaşları arasındaki 1595 kadın oluşturmaktadır. Sağlık ocağına kayıtlı olan 2 köy araştırmanın evreni kapsamında değildir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma bölgesinde menopoza girmiş olan kadınlarda Hormon Replasman Tedavisi kullanma oranının %25 olacağı varsayılarak %5 sapma ve %95 güven düzeyinde gerekli örneklem büyüklüğü 288 kişi olarak hesaplandı. 40-59 yaş grubundaki kadınlardan bir kısmının menopoza girmemiş olacağı ve bazı kadınlara ulaşılamayacağı göz önünde tutularak 400 kadının örnekleme alınması planlandı.

Argıncık Sağlık Ocağına bağlı 7 mahalle ve 2 köy bulunmaktadır. Köylerde oturan kadınlar merkeze olan ulaşım problemleri nedeniyle örneklem dışı bırakılmıştır. 7 mahallede bulunan 40-59 yaşları arasındaki kadın nüfusu belirlenerek ve büyüklüğe orantılı örnekleme yöntemi kullanılarak her mahalleden görülecek kadın sayısı belirlenmiştir. Örneğe girecek 400 kadın, her mahallenin 40-59 yaş grubunda kadın bulunan ev halkı tespit fişleri listelenip, listelenen ev halkı tespit fişleri arasından rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesinde bulunan 7 mahalle ve bu mahalleden alınacak 40-59 yaş grubuna giren kadın sayısı aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir.

Mahalle	40-59 Yaş Kadın Sayısı	Mahalle Ağırlığı	Örnekleme Girecek Kadın Sayısı
Alsancak	269	$269/1595 = 0,17$	$0,17*400 = 68$
Camikebir	215	$215/1595 = 0,14$	$0,14*400 = 54$
Cumhuriyet	371	$371/1595 = 0,23$	$0,23*400 = 93$
Fevzioğlu	232	$232/1595 = 0,15$	$0,15*400 = 58$
Mehmet Akif	228	$228/1595 = 0,14$	$0,14*400 = 57$
Pervane	212	$212/1595 = 0,13$	$0,13*400 = 53$
Tanpınar	68	$68/1595 = 0,04$	$0,04*400 = 17$

Örnekleme alınan 400 kadının adresleri sağlık ocağı kayıtlarından alınıp adresler tek tek ziyaret edilmiştir. 52 kadın menopoza girmediği, 2 kadın cerrahi yolla menopoza

girdiği, 7 kadın çalışmaya katılmak istemediği, 3 kadına da ulaşılamadığı için 336 kadın araştırma kapsamına alındı.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

3.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Anket formu kadının demografik özelliklerini belirleyen 11 soru ve konu hakkındaki bilgilerini içeren 43 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Veri Toplama Aracının n Uygulanması

Anket formundaki soruların anlaşırılığını belirlemek için benzer sosyal yapı özelliğini taşıyan Eskişehir Bağları Bölgesinde bulunan İstikbal Sağlık Ocağına kayıtlı 40-59 yaş arası, menopoza girmiş 30 kadına n uygulama yapılmıştır. n uygulama sonrası anket formundaki sorularda gerekli düzenlemeler yapılarak, anket formuna Ek-1'deki şekli verilmiştir.

3.5.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Anket formundaki sorular ile 15 Eylül 2002-15 şubat 2003 tarihleri arasında örnekleme giren kadınlara, araştırmacı ve araştırmacının soru sorma ve kayıt etme konularında eğitmiş olduğu üç kişi tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına 40-59 yaşları arasında olup en az bir yıldır menopozda olan kadınlar alınmıştır. Aynı yaşta olup menopoza girmemiş kadınlar ve cerrahi yolla menopoza girmiş kadınlar alınmamıştır.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş (n:336)		
40-44	28	8.3
45-49	75	22.3
50-54	90	26.8
55-59	143	42.6
Öğrenim Durumu (n:336)		
Okur -yazar değil	160	47.6
Okur-yazar	47	14.0
İlkokul ve üzeri	129	38.4
Meslek (n:336)		
Ev Hanımı	336	100.0
Medeni Durum (n:336)		
Evli	263	77.7
Dul/ Boşanmış /Ayrı yaşıyor	75	22.3
Eşin Öğrenim Durumu (n: 263)		
Okur-yazar değil	38	14.4
Okur-yazar	23	8.8
İlkokul	174	66.2
Ortaokul ve üzeri	28	10.6

Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devam)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Eşin İşi (n: 263)		
İşçi	28	8.3
Memur	11	3.3
Emekli	129	38.4
Esnaf	18	5.4
Mevsimlik Çalışan	58	17.3
İşsiz	19	5.7
Sosyal Güvencesi (n:336)		
Yok	50	14.9
SSK	188	56.0
Emekli Sandığı	31	9.2
Bağ-kur	38	11.3
Yeşil Kart	29	8.6
Gelir Durumu (n:336)		
Yeterli	29	8.6
Kısmen Yeterli	118	35.1
Yetersiz	189	56.3
Menopozdan sonra geçen süre (n:336)		
12-23 ay	85	25.3
24-47 ay	65	19.3
48-71 ay	54	16.1
72 ay ve üzeri	132	39.3
Sistemik Hastalık (n:336)		
Var	223	66.4
Yok	113	33.6
Sistemik Hastalıklar (n: 336)		
Kalp ve Damar Hastalığı	140	41.6
Diyabet	59	17.6
Akciğer Hastalıkları	24	7.2
Kemik ve kas hastalıkları	30	9.0
Diğer	20	6.0
Sigara Kullanma Durumu (n:336)		
Kullanan	24	7.1
Kullanmayan	312	92.9

Tablo 4.1’de menopoz dönemindeki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya alınan kadınların % 42,6’sı 55-59 yaş grubunda, % 47.6’sı okur yazar değil, tamamı ev hanımı ve % 77.7 si evlidir. Kadınların eşlerinin % 66.2’si ilköğretim mezunu, % 38.4’ü emeklidir. % 56.3’ünün aylık geliri kendi ifadelerine göre yetersiz olup % 85.1’inin sağlık güvencesi vardır. Kadınların % 74.7’si iki yıl ve daha uzun süre menopozdadır. Kadınların % 66.4’ünde kendi ifadelerine göre bir sistemik hastalık olduğu belirlenmiştir. Bu kadınların % 41.6’sı ise dünyadaki ölüm nedenlerinin başında gelen kalp ve damar hastalıkları tanısı konmuştur. Sistemik hastalığı olmadığını ifade eden kadınlar bu tanıyı muayene sonucu almamışlardır. O nedenle kesin olarak bir sistemik hastalığı olmadığını ancak bir sağlık kontrolünden geçtikten sonra söylemek mümkün olabilir. Kadınların % 6.0’ı hepatit, anemi, böbrek yetmezliği, kanser gibi hastalık tanısı almıştır Kadınların, % 7.1’i sigara kullanmaktadır.

Tablo 4. 2. Kadınların Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu ve Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Sağlık Kuruluşuna Başvurma (n:336)	Sayı	%
Başvuran	98	29.2
Başvurmayan	238	70.8
Sağlık Kuruluşuna Başvurmama Nedenleri (n:238)		
Maddi durum yetersizliğinden kaynaklanan nedenler	67	28.2
Kadınlardan kaynaklanan nedenler	130	54.6
Hastane ortamı ve sağlık personelinin kaynaklanan nedenler	41	17.2

Tablo 4.2 incelendiğinde, kadınların, % 70.8’i gibi büyük bir kısmının sağlık kuruluşuna başvurmadığı görülmektedir. Sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların % 54.6’sı şikayetlerin normal olduğunu düşünerek gerek görmediğini (% 51.1), önemsemediğini ya da ihmal ettiğini (% 21.5) ifade etmiştir. Burada kadınların menopoz hakkında bilgi, tutum ve menopozu nasıl algıladıkları ön plana çıkmaktadır. Çünkü çoğu kadın menopozal değişiklikleri doğal karşılamakta bu nedenle de vazomotor, eklem ve kas ağrıları gibi şikayetler ileri derecede rahatsızlık vermedikçe bir sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır.

Kadınların % 28.2'si maddi durum yetersizliğinden dolayı sağlık kuruluşuna başvurmadığını belirtmiştir. Maddi durum yetersizliği nedeniyle başvurmadığını belirten kadınların % 80.6'sının aylık gelirinin yetersiz, % 11.0'inin kısmen yeterli olduğu, ancak % 49.3'ünün bir sosyal güvencesinin olmadığı ve % 16.4'ünün yeşil karta sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 17.2'si de hastanede sıra beklemenin zor olması ve sağlık personelinden gereken ilgiyi görmeme gibi hastane ortamı ve sağlık personelinden kaynaklanan nedenlerle başvurmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4. 3. Menopoz Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Başvuran ve Başvurmayan Kadınlarda Çeşitli Menopozal Yakınmaların Görülme Sıklığı

MENOPOZAL YAKINMA	SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMA DURUMU				Toplam (336)	X ²	P	
	Başvuran (n:98)		Başvurmayan (238)					
	S	%	S	%				
Ateş basması*	90	91.8	185	77.7	275	81.8	9.295	<0,05
Gece terlemesi*	78	79.6	141	59.2	219	65.2	12.66	<0,05
Baş dönmesi	52	53.1	141	59.2	193	57.4	1.085	>0,05
Baş ağrısı	68	69.4	158	66.4	226	67.3	0.284	>0,05
Çarpıntı	64	65.3	143	60.1	207	61.6	0.800	>0,05
Sinirlilik	73	74.5	159	66.8	232	69.0	1.917	>0,05
Eklem ağrısı	79	80.6	168	70.6	247	73.5	3.582	>0,05
Sırt ağrısı	66	67.3	148	62.2	214	63.7	0.800	>0,05
Bel ağrısı	62	63.3	140	58.8	202	60.1	0.571	>0,05
Ciltte yaranlanma	26	26.5	75	31.5	101	30.1	0.820	>0,05
Ciltte kırıksıklık	69	70.4	162	68.1	231	68.8	0.177	>0,05
Ciltte kuruma	40	40.8	96	40.3	136	40.5	0.007	>0,05
Unutkanlık	77	78.6	189	79.4	266	79.2	0.030	>0,05
Uykusuzluk	59	60.2	134	56.3	193	57.4	0.795	>0,05
Yüzde tüylenme	34	34.7	65	27.3	99	29.5	1.821	>0,05
Saçlarda dökülme	53	54.1	120	50.4	173	51.5	0.373	>0,05
Ses tonunda değişiklik	20	20.4	62	26.1	82	24.4	1.198	>0,05
Göğüslerde küçülme / sarkma	35	35.7	75	31.5	110	32.7	0.557	>0,05
Cinsel organda değişiklik	25	25.5	42	17.6	67	19.9	2.688	>0,05
Sık idrara çıkma	58	59.2	131	55.0	189	56.3	0.484	>0,05
İdrar kaçırma	28	28.6	74	31.1	102	30.4	0.209	>0,05
Kendine güvensizlik	33	33.7	74	31.1	107	31.8	0.213	>0,05
Kararsızlık	40	40.8	87	36.6	127	37.8	0.536	>0,05
İş yapmada isteksizlik	46	46.9	106	44.5	152	45.2	0.162	>0,05
Yaşlılık hissetme	58	59.2	139	58.4	197	58.6	0.017	>0,05

* Diğerlerine göre farklı

Sıcak basması, sinirlilik, ve depresyon postmenopozal dönemde kadınları ilk beş yıl içinde en çok etkileyen semptomlardır (17).

Tablo 4.3 incelendiğinde, kadınların % 81.8'in de ateş basması, % 79.2' sinde unutkanlık, % 73.5'in de eklem ağrısı % 69.0'unda sinirlilik görülmektedir. Kadınların % 50.0'inden fazlasında, cilde kıvrıklık, baş ağrısı, gece terlemesi, sırt ağrısı, çarpıntı, bel ağrısı, kendini yaşlı hissetme, uykusuzluk, baş dönmesi, sık idrara çıkma ve saçlarda dökülme yakınmaları görüldüğü, % 50.0'sinden daha azında da diğer menopozal rahatsızlıkların sıralandığı görülmektedir. Sağlık kuruluşuna başvuranların % 91.8'inde ateş basması, % 80.6'ında eklem ağrısı, % 79.6'sın da gece terlemesi, % 78.6'sında unutkanlık, % 74.6'sında sinirlilik, % 69.0'un da baş ağrısı daha fazla bulunmuştur. Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların, genelde menopoz döneminde en yaygın görülen vazomotor yakınmalarla başvurduğu görülmektedir. Ciddi boyutta görülen ateş basmaları, gece terlemeleri kadınların gece uykudan uyanmasına aynı zamanda günlük aktivitelerini engelleyecek yoğun bir ısı hissine ve aşırı rahatsızlığa neden olabilmektedir. Kadınların ateş basması ve gece terlemesi yakınmaları ile sağlık kuruluşuna başvurması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların yarısından fazlası bu yakınmaların hemen hemen hepsini yaşamasına rağmen sadece % 29.2 gibi az bir kısmının sağlık kuruluşuna başvurması dikkat çekicidir. Sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların % 54.6'sı yakınmalarının normal olduğunu düşünerek gerek görmediklerini (% 51.1), önemsemediklerini ya da ihmal ettiklerini (% 21.5) ifade etmişlerdir (Tablo 4.2).

Tablo 4. 4. Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ve Menopozal Yakınma Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumuna Göre Dağılımı

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMA DURUMU				Toplam(n:336)		X ²	p
	Başvuran(n:98)		Başvurmayan(n:238)					
	S	%	S	%	S	%		
Yaş								
40-44	10	35.7	18	64.3	28	100.0		
45-49*	31	41.3	44	58.7	75	100.0		
50-54	23	25.6	67	74.4	90	100.0		
55-59	34	23.8	109	76.2	143	100.0	8.534	<0.05
Öğrenim Durumu								
Okur-Yazar Değil	37	23.1	123	76.9	160	100.0		
Okur-Yazar	10	21.3	37	78.7	47	100.0		
İlkokul ve Üzeri*	51	39.5	78	60.5	129	100.0	10.99	<0.05
Eşin Öğrenim Durumu (n:263)								
Okur-Yazar Değil	7	18.4	31	81.6	38	100.0		
Okur-Yazar	3	13.0	20	87.0	23	100.0		
İlkokul	53	30.5	121	69.5	174	100.0		
Ortaokul ve Üzeri*	21	75.0	7	25.0	28	100.0	31.031	<0.05
Gelir Durumu								
Yeterli	7	24.1	22	75.9	29	100.0		
Kısmen Yeterli	40	33.9	78	66.1	118	100.0		
Yetersiz	51	27.0	138	73.0	189	100.0	2.069	>0.05
Sağlık Güvencesi								
Yok	6	12.0	44	88.0	50	100.0		
SSK	56	29.8	132	70.2	188	100.0		
Emekli Sandığı*	15	48.4	16	51.6	31	100.0		
Bağ-Kur	16	42.1	22	57.9	38	100.0		
Yeşil Kart	5	17.2	24	82.8	29	100.0	17.78	<0.05
Sistemik Hastalık								
Kalp Hastalıkları	50	35.7	90	64.3	140	100.0		
Diyabet	21	35.6	38	64.4	59	100.0		
Akciğer Hastlk.	4	16.7	20	83.3	24	100.0		
Kas-Kemik Hastlk.*	12	40.0	18	60.0	30	100.0		
Diğer	5	25.0	15	75.0	20	100.0		
Yok	22	19.5	91	80.5	113	100.0	12.797	<0.05

* Diğer gruplardan farklı

Tablo 4.4'de kadınların tanımlayıcı özellikleri ve menopozal yakınma nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre dağılımları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 45-49 yaş grubundaki kadınların % 41.3'ü, 55-59 yaş grubundaki kadınların ise % 23.8'i sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmektedir. Kadınların genelde ateş basması, gece terlemesi gibi menopozun daha çok ilk yıllarında görülen yakınmalarla başvurmaları, başvurunun 45-49 yaşları arasında daha fazla görülmesinin nedeni olarak düşünülebilir. Kadınların yaş grupları ve sağlık kuruluşlarına başvurma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). İlişki 45-49 yaş grubundan kaynaklanmaktadır.

Kadınların ve eşlerinin öğrenim durumlarına ve sağlık kuruluşlarına başvurma durumu incelendiğinde, öğrenim durumu ilkökul ve üzeri olan kadınların % 39.5'i, eşleri ilkökul mezunu olan kadınların % 30.5'i ve eşlerinin öğrenim düzeyi ortaokul ve üzeri olan kadınların % 75.0'nın sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmektedir. Eğitim seviyesinin yükselmesi, olumlu sağlık davranışları kazanılmasını, sosyal statünün artmasını, iş bulma ve dolayısı ile bir sağlık güvencesine sahip olmayı beraberinde getirmektedir. Çalışmada sağlık güvencesi emekli sandığı olan kadınların eşlerinin, ortaokul ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Yukarıda sayılan nedenler başvurudaki artışın nedeni olarak düşünülebilir. Öğrenim durumu ile sağlık kuruluşuna başvurma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu anlamlılık eğitim seviyesinin yükselmesinden kaynaklanmaktadır.

Aylık gelir ile başvuru arasındaki ilişki incelendiğinde, aylık gelirini yetersiz olarak ifade eden kadınların % 27.0'si sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Bu kadınların sağlık güvence durumu incelendiğinde; % 79.9'unun bir sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir. Aylık gelir durumunu yeterli olarak ifade eden kadınların ise % 24.1'inin sağlık kuruluşuna başvurduğu ve bu kadınların % 13.8'inin sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır. Aylık gelir durumu ile sağlık kuruluşuna başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Sağlık kuruluşuna başvurmayı, aylık gelir durumundan daha çok sağlık güvencesine sahip olma etkilemektedir. Sağlık güvencesi emekli sandığı olanların % 48.4'ü, Bağ-kur olanların % 42.1'inin hiçbir sağlık güvencesi olmayan kadınların % 12.0'sinin sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır. Hangi kurumdan sağlık güvencesine sahip olduğu da başvuru oranlarını etkilemektedir. Çünkü her sağlık güvencesi her kurumda kullanılamamaktadır. Emekli sandığı, üniversite, devlet hastaneleri, doğumevinde

kullanılırken, sosyal sigortalar kurumunun sağlık güvencesi sadece kendi kurumunda geçerlidir. Yeşil kart sahibi önce sağlık ocağına başvurmakta oradan alacağı sevkle devlet hastanesine gidebilmektedir. Ayrıca yeşil kart, tahlil ve hastanede yatış ücretlerini öderken hiçbir ilaç ücretini karşılamamaktadır. Sosyal güvence ile sağlık kuruluşuna başvuru arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Bu anlamlı ilişkinin nedeni olarak sosyal güvencesi emekli sandığı olan kadınların daha fazla başvuru yapmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sistemik hastalık durumuna göre sağlık kuruluşuna başvurularına bakıldığında, kas ve kemik hastalığı olan kadınların % 40.0'nın, kalp hastalığı olan kadınların % 35.7'sinin, diyabeti olan kadınların % 35.6'sının sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir. Sistemik hastalık ile sağlık kuruluşuna başvuru arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4. 5. Kadınların Menopozal Yakınma Nedeni İle Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı

Sağlık Kuruluşları	Sayı	%
Sağlık Ocağı	5	5.1
SSK Hastanesi	42	42.9
Devlet Hastanesi	15	15.3
Doğumevi	11	11.2
Üniversite Hastanesi	10	10.2
Özel Hastane	15	15.3
Toplam	98	100.0

Kadınların menopozal yakınma nedeni ile başvurdukları sağlık kuruluşlarına göre dağılımlarını gösteren Tablo 4.5 incelendiğinde; kadınların % 42.9'unun sosyal sigortalar kurumu hastanesine, % 5.1'inin sağlık ocağına başvurduğu belirlenmiştir. Bu oranın kadınların % 56.0'nın (Tablo 4.1) sağlık güvencesinin sosyal sigortalar kurumu olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bununla birlikte sağlık kuruluşuna başvuran kadınların % 29.8'inin, sağlık güvencesi sosyal sigortalar kurumu olmasına karşın bu kadınların % 25.0'ı (14 kadın) sosyal sigortalar kurumu hastanesine başvurmadığını ifade etmiştir. Sosyal sigortalar kurumu hastanesine başvurmayan % 25.0 kadının (14 kadın) başvurdukları diğer kuruluşlar incelendiğinde, % 71.4'ünün (10 kadın) özel hastaneye, % 21.4'ünün (3 kadın) üniversite hastanesine, % 7.2'sinin (1 kadın) sağlık ocağına başvurduğu saptanmıştır. Hastanede gereken ilgiyi görmeme ve sıra

beklemenin zor olması gibi nedenlerle bu kadınların sosyal sigortalar kurumunu tercih etmediği düşünülebilir .

Tablo 4. 6. Kadınların Menopozal Yakınma Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Başvurmada Karar Veren Kişilere Göre Dağılımı

Karar Veren Kişi	Sayı	%
Kendi	68	69.5
Eşi	5	5.1
Çocukları	9	9.2
Komşuları	2	2.0
Sistemik Hastalık Kontrolü Sonrası	12	12.2
Diğer	2	2.0
Toplam	98	100.0

Kadınların sağlık kuruluşuna başvurularında, % 69.4 ü kendilerinin karar verdiği, % 12.2'sinde sistemik hastalık kontrolünde karar verildiği Tablo 4.6'da görülmektedir. Kadınların % 16.3'ünün sağlık kuruluşuna başvurusunun eş, çocuk ve komşu desteği ile olduğu görülmektedir. Bu kadınların büyük çoğunluğunun sinirlilik (% 12.3) yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların yaşadıkları bu rahatsızlığı birlikte yaşadığı kişilere yansıtması sağlık kuruluşuna yönlendirmede önemli bir etken olduğu düşünülebilir. Ya da bu kişiler menopozun getirmiş olduğu semptomlara yönelik bir tedavi uygulandığını bilmeleri sağlık kuruluşuna yönlendirmede etken olabilir.

Tablo 4. 7. Kadınların Menopozal Yakınma Nedeni İle Başvurdukları Sağlık Kuruluşundan Aldıkları Önerilere Göre Dağılımı

Öneri (n: 98)	Sayı	%
HRT	92	93.9
Diyet	21	21.4
Egzersiz	9	9.9
Diğer	6	6.2

* Bir şıkka birden fazla kişi cevap vermiştir.

Menopoz dönemindeki kadınların başvurdukları sağlık kuruluşunda aldıkları öneriye göre dağılımları Tablo 4.7'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; sağlık kuruluşuna başvuran her kadına mutlaka bir tedavi önerilmiştir. Kadınların % 93.9'una hormon replasman tedavisi, % 21.4'üne diyet, % 9.9'una sadece egzersiz önerildiği

görülmektedir. Kadınların diğer % 6.2'sine de menopoz polikliniğine gitmesi ve histerektomi olması önerilmiştir.

Tablo 4. 8. Kadınların Önerilen Tedaviye Başlama ve Sürdürme Durumlarına Göre Dağılımı

Önerilen Tedaviye Başlama (n: 92)	Sayı	%
Başlayan	73	79.3
Başlamayan	19	20.7
Tedaviyi Sürdürme Durumları (n:73)		
Başladığı günden beri düzenli uygulayan	18	24.7
1-6 ay uygulayıp bırakan	41	56.2
7 ay ve üzeri uygulayıp bırakan	14	19.1

Kadınların başvurdukları sağlık kuruluşunda önerilen tedaviye başlama ve tedaviyi sürdürme durumlarına göre dağılımları Tablo 4.8'de görülmektedir. Kadınların % 79.3'ünün önerilen tedaviye başladığı, % 20.7'sinin de başlamadığı belirlenmiştir.

Araştırma verileri incelendiğinde, önerilen tedaviye başlamama nedeni olarak, % 26.3 ü (5 kişi) maddi durum yetersizliğini ileri sürmüştür. Bu kadınların aylık gelir durumları ve sosyal güvenceleri incelendiğinde; % 20.0'sinin (1 kişi) aylık geliri kısmen yeterli, % 80.0'inin (4 kişi) yetersiz olduğu, aynı zamanda bu kadınların % 20.0'sinin (1 kişi) sosyal güvencesi olmadığı, % 20.0'sinin (1 kişi) sosyal sigortalar kurumundan olduğu, % 20.0'sinin (1 kişi) Bağ-kur, % 40.0'nin (2 kişi) yeşil kartlı olduğu belirlenmiştir. Aylık gelir durumu ve sosyal güvenceleri detaylı incelenen bu kadınların gerçekte maddi durum yetersizliğinden başvurmadığı anlaşılmaktadır.

Önerilen tedaviye başlamayan kadınların % 21.1'i (4 kişi) ilaçların kanser yapacağı endişesi ile başlamadığını, bu bilgiyi de basından ve komşularından öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların, % 21.1(4 kişi) tedaviden fayda göremeyeceği düşüncesi ile, %10.5'i (2 kişi) başka ilaç almak ve diyet yapmak zorunda olduğu için önerilen tedaviye başlamadıklarını belirtmişlerdir.

Kadınların % 56.2'sinin tedaviyi 1-6 ay uygulayıp, % 19.1'inde 7 ay ve üzeri uygulayıp bıraktığı Tablo 4.8 incelendiğinde görülmektedir. Kadınların % 75,3'ünün önerilen tedaviyi kısa bir süre uygulayıp bırakması dikkat çekicidir. Tedaviyi başladığından beri uyguladığını belirten kadın oranı sadece % 24.7'dir. Ancak tedaviyi

başladığından beri uyguladıklarını ifade edenlerin kaç yıldır bu tedaviyi sürdürdükleri bu araştırmada belirlenememiştir.

Kadınların, % 28.0'inin yakınmalarının azalması ya da geçmesi, % 22.0'sinin ilaç kullanmaktan bıkmaması, % 18.0'inin ilacın yan etkisinin olması, % 14 ünün maddi durum yetersizliği ve %10.0'unun faydasını göremediği için tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir. Kadınlar ilacın yan etkileri olarak bulantı, baş dönmesi, tüylenme, iştahsızlık, vücutta şişkinlik hissi, lekelenme ve halsizliği sıralamışlardır. Kadınlara ilacın ne kadar kullanılması gerektiği, yan etkilerinin olup olmayacağı, tedavinin avantajları ve dezavantajları, hangi zamanlarda kontrollere geleceği ve ilacın kullanımının detaylı açıklanması gibi konularda yeterince eğitim ve danışmanlık verilmemiş olabileceği düşünülebilir.

Maddi durum yetersizliği nedeni ile tedaviyi bırakan kadınların, % 14.3'ünün (1 kişi) aylık gelir durumu yeterli, % 85.7'sinin (6 kişi) yetersiz olduğu, aynı zamanda bu kadınların % 42.9'unun sağlık güvencesinin olmadığı, % 14.3'ünün emekli sandığına, % 14.3'ünün Bağ-kura bağlı ve % 28.6'sının yeşil kartlı olduğu belirlenmiştir.

Tedaviye başlayanlardan % 17.8'inin (13 kişi) başka şikayetlerinin (bulantı, boğaz kuruması, iştahsızlık, baş dönmesi ödem, karın şişliği, tüylenme, vücutta lekelenme, halsizlik) olduğu da belirlenmiştir. Eklenen şikayetler nedeni ile kadınların % 69.2'si tekrar sağlık kuruluşuna başvurmadığını ifade etmişlerdir. Bu şikayetler nedeni ile tekrar sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların, %11.1'inin (1kişi) bıkkınlık, % 22.2'sinin (2 kişi) ihmellik ve % 66.7'sinin (6 kişi) maddi imkansızlıktan dolayı başvurmadıklarını söylemişlerdir. Eklenen yakınmalardan bıkkınlık nedeni ile tekrar sağlık kuruluşuna başvurmayan bir kadının tedaviyi başladığı günden beri uyguladığı saptanmıştır. Maddi imkansızlık nedeni ile başvurmayan kadınların aylık gelir durumlarının yetersiz olduğu, ancak % 83.5'inin (5 kişi) sağlık güvencesinin sosyal sigorta kurumu, % 16.7'sinin (1 kişi) emekli sandığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 9. Kadınların Gelir Durumlarına ve Sağlık Kuruluşuna Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Aylık Gelir	SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMAMA NEDENLERİ						Toplam		
	Maddi Durum Yetersizliği		Kadından Kaynaklanan Nedenler		Hastane Ortamı ve Sağlık Personelinden Kaynaklanan Nedenler				
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Yeterli	5	22.7	14	63.7	3	13.6	22	100.0	$X^2=21.441$ $p<0.05$
Kısmen yeterli*	8	10.3	52	66.6	18	23.1	78	100.0	
Yetersiz	54	39.2	64	46.3	20	14.5	138	100.0	
Toplam	67	28.2	130	54.6	41	17.2	238	100.0	

*Diğer gruplardan farklı

Tablo 4. 10. Kadınların Sahip Olduğu Sağlık Güvence ve Sağlık Kuruluşuna Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Sağlık Güvencesi	SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMAMA NEDENLERİ						Toplam		
	Maddi Durum Yetersizliği		Kadından Kaynaklanan Nedenler		Hastane Ortamı ve Sağlık Personelinden Kaynaklanan Nedenler				
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Yok*	33	75.0	9	20.5	2	4.5	44	100.0	$X^2:77.966$ $p<0.05$
SSK	18	13.6	80	60.6	34	25.8	132	100.0	
Emekli Sandığı	1	6.3	14	87.5	1	6.3	16	100.0	
Bağ-kur	4	18.2	15	68.1	3	13.6	22	100.0	
Yeşil kart*	11	45.8	12	50.0	1	4.2	34	100.0	
Toplam	67	28.2	130	54.6	41	17.2	238	100.0	

*Diğer gruplardan farklı

Menopoz dönemindeki kadınların gelir durumlarına, sağlık güvencelerine ve sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerine göre dağılımları Tablo 4.9-4.10 verilmiştir. Aylık geliri yetersiz olan kadınların %39.2'si maddi durum yetersizliği, %46.3'ü menopozun normal olduğunu düşünerek gerek görmeme, önemsememe, ihmal etme gibi

nedenlerle başvurmadıkları belirlenmiştir. Sağlık güvencesi olmayan kadınların %75.0'i, yeşil kartı olan kadınların %45.8'i maddi durum yetersizliğinden, sağlık güvencesi sosyal sigortalar kurumu olan kadınların %60.6'sı, emekli sandığı olanların %87.5'i, Bağ-Kur olanların %68.1'i normal olduğunu düşünerek gerek görmeme, ihmellik ettikleri gibi kendilerinden kaynaklanan nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirlenmiştir. Sağlık güvencesi sosyal sigortalar kurumu olan kadınların %25,8'i hastanede sıra beklemenin zor olması, gereken ilgi ve güler yüz görmemeleri gibi hastane ortamından ve sağlık personelinden kaynaklanan nedenlerle başvurmadıklarını belirtmişlerdir. Aylık gelir ve sosyal güvence ne olursa kadının kendinden kaynaklanan nedenler başvuruyu daha çok etkilemektedir. Aylık gelir ve sosyal güvence ile sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri arasında ki ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$).



5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Menopoz dönemindeki kadınların menopoz nedeni ile sağlık kuruluşlarından yararlanma durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmaya 40-59 yaşları arasında doğal yolla menopoza girmiş 336 kadın alınmıştır.

Araştırma grubuna alınan kadınların %42.6'sı 55-59 yaş grubundadır. Kadınların % 47.6'sı okur yazar olmayıp, tamamı ev hanımı ve %77.7 si evlidir. %56.3 nün aylık geliri kendi ifadelerine göre yetersiz, %56.0'nın sağlık güvencesi sosyal sigortalar kurumudur. Kadınların % 66.4'ünde bir sistemik hastalığın bulunduğu, bunun da %62.7'sinin kalp ve damar hastalığı olduğu belirlenmiştir. Yine kadınların, %92.9'nun sigara kullanmadığı, %39.3'ünün 72 ay ve üzeri süredir menopozda olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin % 66.2'i ilkokul mezunu, % 38.4'ü emeklidir.

Çalışma grubuna alınan kadınların, %8.3'ü 40-44 yaş, %22.3'ü 45-49 yaş, %26.8'i 50-54 yaş, %42,6'sı 55-59 yaş grubundadır (Tablo 4.1). Ülkemizde çeşitli kliniklerden elde edilen rakamlara göre menopoza girme yaşı 45-49 yaşları arasında değişmektedir (10, 14, 15, 39). Menopozla ilgili günümüze kadar gelen gözlem ve çalışmalarda menopoz yaşı 51 olarak evrenselleşmiştir(3,21).

Menopozal dönemde görülen yakınmalar ve yakınmaların şiddeti biyolojik, psiko-sosyal ve kültürel değerlerden etkilenmektedir (40).

Farklı kültürlerde menopoza girmenin etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada hem kültürün kendi içinde hem de farklı kültürlerde menopozun yaşanması açısından büyük farklılıklar olduğu ve menopoza ilişkin belirtilerin fiziksel değişimler, kültürel etkiler ve bireysel algıların bir kombinasyonu olduğu sonucuna varılmıştır(41). Pek çok kültürde cinsellik, kadının toplumdaki rolleri, cinsiyete özgü stres ve yaşlanma gibi konular, menopozun fiziksel ve sembolik anlamı ile oldukça yakından ilgilidir. Doğu ve batı kültüründeki kadınları karşılaştıran çalışmalar, doğudaki kadınların menopozu doğal bir süreç olarak gördüklerini ve batıdaki yaşlılarına göre yaşamının bu dönemini daha olumlu değerlendirdiklerini göstermiştir (42). Sosyal statünün yaşla birlikte arttığı toplumlarda ya da kültürlerde klimakterik döneme ilişkin olumsuz belirtilerin daha az yaşandığı görülmüştür. Bunun yanı sıra menopoza ilişkin kültürler arası çalışmalar Avrupalı ve Kuzey Amerikalı kadınların menopoza ilişkin daha fazla şikayetleri olduğunu ve bu nedenle sağlık kuruluşlarına daha çok başvurduklarını ortaya koymaktadır (43, 44, 45).

Kadınlarda fizyolojik yaşlanma sonucu ortaya çıkan, gonodal işlevlerin azalması ile karakterize olan menopoz, erken dönemde sıcak basması, gece terlemesi, uykusuzluk, sinirlilik gibi vazomotor semptomların ve geç dönemde ürogenital komplikasyonların yanında kemik yoğunluğunun azalması sonucu meydana gelen osteoporoz ve dolaşım sistemi rahatsızlığı riskinin arttığı bir dönemdir (15). Sıcak basması, sinirlilik, ve depresyon kadınları postmenopozal dönemde ilk beş yıl içinde en çok etkileyen semptomlardır (21, 23). Ateş basması menopozal dönemde görülen ve en başta gelen yakınmalardan biridir. Araştırmaya alınan kadınların, yaklaşık olarak her beşte dördü (%81.8) ateş basmasından yakınmaktadır (Tablo 4.3). Farklı bölgelerde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (10, 37, 46, 47). Feldman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (48), perimenopozal kadınların %88.4'ünde ateş basması şikayetlerinin olduğu, ancak % 25-30'unun tıbbi tedavi aldıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada da araştırmanın verileri detaylı incelendiğinde, ateş basması şikayeti olan kadınların sadece %32.8'inin tıbbi yardım aldığı belirlenmiştir. Büyük bir olasılıkla doğrudan östrojen eksikliğinden kaynaklanan ateş basmasına ilişkin yakınmalar, hormon replasman tedavisine 10 gün içinde cevap verebilmektedir (18). Ateş basması ve gece terlemesi olan kadınların sağlık kuruluşuna başvurma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0.05$).

Ateş basması genellikle geceleri ve stresli iken daha fazla görülür. Geceleri görülen ateş basması, uyku düzenini bozup uykusuzluğa ve yorgunluğa neden olabilir (40). Bu araştırmada kadınların %81.8'inin ateş basması ve % 65.2'sinin gece terlemesi yakınmalarının olmasıyla, bu oranlarda kadında uykusuzluğa ve onun getireceği yorgunluğa adaydır. Kadınların %57.4'ünde uykusuzluk yakınması belirlenmiştir (Tablo 4.3). Başer'in çalışmasında (46) %84.9, Tortumluoğlu'nun çalışmasında (47) %82.8 oranında yorgunluk ve uykusuzluk yakınmaları saptanmıştır. Başer'in çalışmasında bu oranın yüksek olmasının nedeni çalışmanın menopoz polikliniğinde gerçekleşmesinden, Tortumluoğlu'nun çalışmasında ise bölgesel farklılığın olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

İrritabilite ajitasyon, sık ve kolay ağlama , halsizlik, yorgunluk, kırgınlık, gerginlik, sinirlilik, uykusuzluk, yaşam olaylarından kolay etkilenme, dikkatini toplayamama, iştahta artma, erken uyanma ve unutkanlık menopozda görülen önemli emosyonel belirtilerdir (40). Çalışmada kadınların, % 79.2'sinde unutkanlık, % 69.0'unda sinirlilik (Tablo 4.3) saptanmıştır. Yapılan diğer çalışma bulguları da bu çalışma ile paralellik göstermektedir (46, 47, 49).

Menopozun geç döneminde ortaya çıkan osteoporoz, klinikte kendini özellikle bel ve sırttaki ağrıları, deformitelər (en sık kifoz), boyda 10-20 cm'ye varan kısalma ile gösterir (50). Bu nedenle erken dönemde fizik muayenede kemik ve eklem ağrılarının değerlendirilmesi ve koruyucu önlemlerin alınması önem taşımaktadır. Araştırma kapsamına alınan kadınların, % 73.5'inde eklem ağrısı, % 63.7'sinde sırt ağrısı, % 60.1'inde bel ağrısı yakınmaları belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu yakınmaların adetten kesilmenin ilk yıllarına oranla ilerleyen yıllarda daha fazla ortaya çıktığı, ve Tortumluoğlu'nun çalışmasında (47) %77.0, Ergöl'ün çalışmasında (49) %62.8 ve Başer'in çalışmasında da (46) % 84.9 oranında olduğu belirlenmiştir. Başer'in çalışmasında oranın yüksek olması, çalışmanın menopoz kliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapılmasından kaynaklanabilir.

Kadınların, % 67.3'ü baş ağrısı, % 61.6'sı çarpıntı, % 57.4'ü baş dönmesinden şikayetçidir (Tablo 4.3). Tortumluoğlu'nun yaptığı çalışmada % 73.6 oranında baş ağrısı, baş dönmesi, % 67.8 oranında da çarpıntı yakınmaları mevcuttur. Tortumluoğlu'nun çalışma bulguları ile bulgularımızın paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmaya alınan kadınların %58.6'ı kendini yaşlı hissettiğini ifade etmiştir (Tablo 4.3). Bu durumun çalışmadaki kadınların yarıya yakınının (% 42.6) 55-59 yaşları arasında toplanmasından kaynaklandığı söylenebilir (Tablo 4.1).

Yapılan diğer araştırma (46, 47, 49) bulguları ile kısmen örtüşen sık idrara çıkma kadınların % 56.3'ü görülmektedir (Tablo 4.3). Başer'in çalışmasında (46) menopozal yakınmaların bir çoğunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu yakınmalardan biri de sık idrara çıkmadır.

Kadının beden imajının bozulmasına neden olabilecek, ciltte kırıksıklık (% 68,8), kuruma (%40.5), yaralanma (%30.1), saçlarda dökülme (%51.5), göğüslerde küçülme ve sarkma (%32.7), yüzde tüylenme (% 29.5) ve cinsel organlarda değişiklik oluşması (% 19.9) çalışmaya katılan kadınlarda görülmektedir. Bu yakınmalar nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınların cinsel sisteme yönelik yakınmalarının düşük oranda bulunması toplumumuzun cinselliği gizli tutma ve mahrem olarak algılamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca kadınlar bu değişiklikleri yaşlılığa bağlı normal bir süreç olarak da görebilir .

Menopozal semptomların şiddeti ile toplumun kültürü ve menopoza bakış açısı arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Örneğin Japonlar menopozu hayatın normal bir evresi olarak kabul ettiklerinden vazomotor semptomlar % 20 oranında görülmekte ve buna karşın Amerikalı ve Kanadalı kadınlarda ise % 75 oranında görülmektedir(50).

İstanbul'da 321 kadın üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada kadınlarda en yaygın görülen yakınmalar, kas-eklem ağrıları %75.7, sinirlilik-gerginlik %74.5, sıcak basması-gece terlemesi % 72.9, uykusuzluk-yorgunluk % 71.3'tür (3). Yapılan bu çalışmada da en fazla ateş basması (%81.8), unutkanlık (%79.2), eklem ağrısı (%73.5), sinirlilik (%69.0), baş ağrısının (%67.3) görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 4.3). Çalışma bulguları birbiri ile paralellik göstermektedir.

Yapılan bir başka çalışmada da (3), kadınların fizyolojik olarak, en fazla sıcak basması-terleme (% 82), kemik-eklem ağrısı (% 55.3), yürümede zorluk (% 36) ve baş ağrısı (% 25.5) şikayetleri ile, psikolojik olarak ise iç sıkıntısı (% 54.0) ve sinirlilik (% 41.6) yakınmaları ile menopoz polikliğine başvurduğu belirlenmiştir (3). Bu çalışma bulgularında ise kadınların fizyolojik olarak ateş basması (% 91.8), gece terlemesi (% 79.6), eklem ağrısı (% 80.6), baş ağrısı (% 69.4) şikayetleri ile, psikolojik olarak sinirlilik (74.5), unutkanlık (% 78.6), uykusuzluk (% 60.2) yakınmaları ile sağlık

kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Menopoz polikliğine başvuran kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmaya göre de, kadınların tamamında ateş basması, % 89.3'ünde yorgunluk, % 85.7'sinde unutkanlık, % 60.7'sinde uykusuzluk bulunmuştur (51). Tüm bu sonuçlara göre kadınların en fazla vazomotor yakınmalar nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurduğu söylenebilir.

Kadınların çoğunluğunun, menopozal dönemde görülen yakınmaların yarısından fazlasını, yaşamasına (Tablo 4.3) ve büyük bir kısmının sağlık güvencesi olmasına karşın (Tablo 4.1), sadece %29.2'sinin (Tablo 4.2) sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir.

Sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınlar başvurmama nedenleri olarak, %54.6'sı, şikayetlerin normal olduğu düşünerek gerek görmediklerini (%50.7), ihmellik ettiklerini ve önemsemediklerini (%20.1) ifade etmişlerdir (Tablo 4.2). Burada kadınların menopozu algılayışları ile menopoz hakkındaki bilgi ve tutumları ön plana çıkmaktadır.

Bayraktar'ın (22) çalışma sonucuna göre , ülkemizde henüz çok yeni olan araştırmalar, Batı ve diğer farklı kültürlerde yapılan çalışmaların sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde menopozun yaşanmasında bireysel ve kültürel düzeyde önemli farklılıklar olduğu görülmüştür. Yaş, eğitim düzeyi, medeni hal gibi sosyo-demografik değişkenlerin yanı sıra yaşam olayları, sosyal destek, yaşama bakış açısı gibi değişkenlerin de bu dönemdeki belirtileri incelemede oldukça önemli rol oynadığı görülmektedir. Bunun yanı sıra, kentte ve kırsal kesimde yapılan paralel çalışmalardan elde edilen sonuçlar, menopoz yaşantısının anlaşılması açısından her kültürün kendi içinde de sosyo-ekonomik düzey farklılıkları gösterebileceği görüşüne önemli ölçüde destek sağlamaktadır (22).

Kadınların menopoza ilişkin bilgi düzeylerini incelemek üzere yapılan araştırmalarda (49, 24, 52), kadınların menopozal döneme ilişkin yetersiz ve yanlış bilgiye sahip oldukları gösterilmektedir. Yapılan bu araştırmalarda kadınların, günlük aktiviteleri engelleyecek kadar yoğun yaşanan vazomotor sorunları bilmelerine karşın yaşamlarında önemli ölçüde sağlık sorunları oluşturan ürogenital sistem rahatsızlıklarını bilme oranının düşük olmasını, kadınların bu sorunları yaşlanma sürecinin sonucu olarak algıladıklarına bağlamaktadırlar.

Oskay'ın yapmış olduğu çalışmada (24) kadınlar iskelet sistemi ile ilgili bel ağrısı, kemik ağrısı, sırt ağrısı yakınmaları olacağını % 30'lu oranlarda bilirlerken, kemiklerde kırılmaya eğilim olacağını % 11 gibi düşük oranda bilmişlerdir. Oysa iskelet sistemi ile

ilgili yakınmaların oluşmasında önemli bir yere sahip olan osteoporoz, bu dönem kadını için büyük risk oluşturmaktadır.

Oskay (24) ve Ergöl'ün (49) yapmış oldukları çalışmalarda kadınların çoğunluğunun menopoza ilişkin tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Başer'in çalışmasında (46) kadınların yaklaşık olarak yarısı (% 48.4) menopoz dönemini çok zor ve sıkıntılı bir dönem olarak değerlendirirken, % 33.3'ü de bu dönemin normal olarak algılandığı saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmada, incelenen kadınların tümünün menopoz dönemine ait yakınmaları ile ilgili olarak bir sağlık kurumuna başvurmadıkları ve bu yönde bir tedavi almadıkları belirlenmiştir. Kırsal bölgede yaşayan bu kadınların menopoz dönemine yönelik tıbbi ve rehabilite edici sağlık hizmeti almamaları ilgi çekici bulunmuştur (10).

Bu araştırmada kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerinden % 28.2'sinin maddi durum yetersizliğinden kaynaklandığı Tablo 4.2'de belirlenmiştir. Aylık gelir durumu yetersiz olan kadınların %39.2'si (Tablo 4.9), sosyal güvencesi olmayan kadınların %75.0'i ve sosyal güvencesi yeşil kart olan kadınların %45.8'i (Tablo 4.10) maddi durum yetersizliği nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurmadığı saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinin pahalı ve herkesin sağlık güvencesinin olmaması, gereksinimi olan çoğu kadının menopoza ve diğer sağlık sorunlarına yönelik sağlık hizmetlerini almalarına engel olduğu söylenebilir. 1998'de yapılan bir çalışma sonucunda da (53) sağlık problemi karşısında, sosyal güvencesi olanların, olmayanlardan yaklaşık beş kat daha fazla başvurduğunu göstermektedir. Sağlık güvencesinin, sağlık hizmetini almada en önemli etkenlerden biri olduğunu söylemek mümkündür.

Kadınların %17.2'sinin de hastanede sıra beklemenin zor olması ve gereken ilgiyi görmedikleri gibi hastane ve hastane personelinden kaynaklanan nedenlerle başvurmadıkları Tablo 4.2'de görülmektedir. Bu oran az gibi görünse de, kişiler sadece menopozal rahatsızlıklarda değil diğer tüm sağlık sorunlarında da, bu nedenlerden dolayı çözüm aramaktan vazgeçebilmektedirler.

Hastane ortamı ve sağlık personelinden kaynaklanan nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların sağlık güvencelerine bakıldığında % 25.8'inin sağlık güvencesinin sosyal sigortalar kurumu olduğu Tablo 4.10'da görülmektedir. Ayrıca sağlık kuruluşuna başvuran kadınların % 29.8'inin (Tablo 4.4.), sağlık güvencesi sosyal sigortalar kurumu olmasına rağmen bu kadınların % 25.0'ı (14 kadın) Sosyal Sigortalar

Kurumu hastanesine başvurmamaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesine başvurmayan % 25.0 kadının (14 kadın) başvurdukları diğer kuruluşlar incelendiğinde, %71.4'ü (10 kadın) özel hastaneye, % 21.4'ü (3 kadın) üniversite hastanesine, % 7.2'si (1 kadın) sağlık ocağına başvurduğu saptanmıştır. Burada kadınların Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesinin vermiş olduğu hizmetten memnun olmadıkları söylenebilir. Yapılan bir çalışmada, kişilerin kamusal sağlık kurumlarını sosyal güvence nedeniyle, özel sağlık kurumlarını hizmetten hoşnutluk ve güven nedeni ile seçtikleri saptanmıştır (53). Bu çalışma, yapılan araştırmanın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesinin bakmakla yükümlü olduğu nüfusun fazla olması, sağlık insan gücünün azlığı, araç ve gereç kısıtlılığı nedeni ile istendik düzeyde hizmet sunulamıyor olabilir. Hastane politikasının da sıralanan bu olumsuz etmenlere uygun çözümler getirmediği de düşünülebilir.

Bayık'ın çalışmasında (54), hastaların % 49.7'si hastane personelinin kendilerine ve yakınlarına çok yardımsever, kibar, nazik davranmadığını ifade edilmiştir. Hastaların hastane hizmetlerini değerlendirmeleri konusunda yapılan bir çalışmada (55), hastaların % 75.2'si hastane sisteminde ve örgütlenmesinde bozukluk ve eksiklik olduğunu, % 44.6'sının doktor, % 42.0'sinin hemşirelik hizmetlerinden memnun olmadıkları belirtmişlerdir. Bu sonuç yapılan bu araştırmanın sonucu ile kısmen örtüşmektedir.

Sağlık kuruluşuna başvurmada kadının yaşı, sağlık güvencesi ve sağlık güvencesinin niteliği, kadının ya da eşinin eğitim durumu, sistemik hastalığı olması başvuruyu etkilemektedir (Tablo 4.4). Kadınların ve eşlerinin öğrenim durumları ve sosyal güvence durumları ile sağlık kuruluşlarına başvurma durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4). Eğitim seviyesinin yükselmesi, olumlu sağlık davranışları kazanılmasını, sosyal statünün artmasını, iş bulma ve dolayısı ile bir sağlık güvencesine sahip olmayı beraberinde getirmektedir.

Menopoz dönemindeki kadınların başvurdukları sağlık kuruluşunda önerilen tedaviye başlama ve tedaviyi sürdürme durumlarına göre dağılımları Tablo 4.8'de görülmektedir. Kadınların % 79.3'ünün önerilen tedaviye başladığı, % 20.7'sinin de başlamadığı belirlenmiştir.

Araştırma verileri incelendiğinde, önerilen tedaviye başlamama nedeni olarak, kadınların % 26.3 ü (5 kişi) maddi durum yetersizliğini ileri sürmüştür. Bu kadınların

aylık gelir durumları ve sosyal güvenceleri incelendiğinde, % 20.0'sinin (1 kişi) aylık geliri kısmen yeterli, % 80.0'ının (4 kişi) yetersiz olduğu, aynı zamanda bu kadınların % 20.0'ının (1kişi) sosyal güvencesinin olmadığı, % 20.0'ının (1 kişi) sosyal sigortalar kurumundan güvencesi olduğu, % 20.0'ının (1 kişi) Bağ-kur, % 40.0'nun (2 kişi) yeşil kartlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tedaviye başlayan kadınların %14.0'ı maddi durum yetersizliği nedeni ile tedaviyi bırakmıştır. Aylık gelir durumu ve sosyal güvenceleri detaylı incelenen bu kadınların gerçekten maddi durum yetersizliğinden dolayı tedaviye başlamadıkları anlaşılmaktadır. Gelir durumu yetersiz olan bir kişi için bu kadar maliyeti ödemek çok zordur. Sağlık güvencesi olan kişiler için de ilacın yüzdesini ödeme zorunluluğu bulunmaktadır.

Önerilen tedaviye başlamayan kadınların %21.1'inin (4kişi) ilaçların kanser yapacağı endişesi ile başlamadığı belirlenmiştir. Kadınlar ilaçların kanser yapacağını, basından ve komşularından öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Kocaoğlu'nun yapmış olduğu araştırmada (56) kadınların % 32'sinin HRT'nin kanser yapabileceği düşüncesinde olduğu belirlenmiştir. Türkiye Menopoz Derneği'nin 1991-1996 yılları arasında menopoz polikliniklerine başvuran kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada (57), HRT alan kadınların %35'inin kanser yapma korkusu nedeni ile tedaviye ara verdikleri saptanmıştır. Araştırma sonuçları yapılan bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Kadınların % 21.1'inin (4 kişi) tedaviden fayda göremeyeceği düşüncesi ile %10.5 (2 kişi) başka ilaç almak ve diyet yapmak zorunda olduğu için önerilen tedaviye başlamadıkları tespit edilmiştir. Kadınların tedaviden fayda görebileceğinden emin olmaması ve tedavi maliyetinin yüksek olması, boş yere harcama yapıldığı düşüncesine sokabilir.

Türkiye Menopoz Derneğinin yaptığı çalışmada (57) menopoz polikliniklerine başvuran kadınların % 3.0'ünün HRT'ye hiç başlamadığı, başlayanların % 25'inin tedaviyi bir yıl içinde bıraktığı, kalanların % 25.0'ünün 5 yıl içinde bıraktığı düzenli HRT alanların ise kadınların 1/3'ünü oluşturduğu saptanmıştır. Bazı araştırmalara (56) göre kadınların % 40.0'ı HRT'ni 8 ay içinde, 2/3'ü ise bir yıl içinde bırakmaktadır. Yapılan bu araştırmada da, tedaviye başlayan kadınların % 56.2'sinin tedaviyi 1-6 ay uygulayıp, % 19.1'ininde 7 ay ve üzeri uygulayıp bıraktığı (Tablo 4.8) belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlarla bu bulgular kısmen paralellik göstermektedir. Kadınların büyük bir kısmının (% 75.3) önerilen tedaviyi kısa bir süre uygulayıp bırakması dikkat çekicidir. Tedaviye

devam etmeme oranının yüksek olması tedaviyi alan hastaların yeterince bilgilendirilmemesi ile açıklanabilir.

Bir çalışmada (56) menopoz dönemindeki kadınların % 85.0'i menopozu doğal bir dönem kabul edip, tıbbi yaklaşıma gerek görmezken kadınların % 28.0'i HRT fikrinden hoşlanmamış ve kadınların % 6'sı ise tedavinin yan etkilerinden korkmuştur. Çalışma grubundaki kadınların, % 28.0'inin şikayetlerinin azaldığı ve geçtiği, % 22.0'inin ilaç kullanmaktan bıktığı, % 18.0'inin ilacın yan etkisinin olduğu, % 14.0'inin maddi durum yetersizliği ve % 10.0'inin faydasını göremediği için tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir. Kadınlar ilaca bağlı görülen yan etkileri bulantı, baş dönmesi, tüylenme, iştahsızlık, vücutta şişlik, lekelenme, halsizlik olarak sıralamışlardır. Kadınlara ilacın ne kadar kullanılması gerektiği, yan etkilerinin olup olmayacağı, tedavinin avantajları ve dezavantajları, hangi zamanlarda kontrollere geleceği ve ilacın kullanımının detaylı açıklanması gibi konularda yeterince eğitim ve danışmanlık verilmemiş olabileceği düşünülebilir.

Sonuç olarak çalışmada; kadınların yakınmalarını normal olduğunu düşünmesi, önemsememesi, ihmal etmesi, maddi durum yetersizliği, hastanede sıra beklemenin zor olması ve gereken ilgiyi görememesi gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmadıkları belirlenmiştir. Kadınlarda sırasıyla ateş basması, unutkanlık, eklem ağrısı, sinirlilik gibi menopozal yakınmalar görülmüştür. Kadının ve eşinin öğrenim durumu, sağlık güvencesi, sistemik hastalığı, ateş basması ve gece terlemesi gibi yakınmaları sağlık kuruluşlarına başvuruyu etkilemiştir ($p<0.05$). Kadınların büyük bir çoğunluğuna sağlık kuruluşuna başvuru sonrasında HRT önerildiği, yarından fazlasının önerilen tedaviye başladığı ancak bu tedaviyi kısa bir süre uygulayıp bıraktığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

* Menopozal dönemde görülen yakınmaları kadınların büyük bir kısmının yoğun bir şekilde yaşamasına karşın bu konuda tıbbi yardım alma oranının oldukça düşük olduğu göz önüne alındığında, kadınların ihmalkarlık, önemsememe ve gerek görmeme gibi kendilerinden kaynaklanan nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmaması kadınların bu döneme ilişkin yeterince bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmektedir. Aynı bölgede kadınların menopoz hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik araştırmalar planlanabilir.

- * Kadınların maddi durum yetersizliği nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuramadıkları, önerilen tedaviye başlayamadıkları ve tedaviyi bırakmak durumunda kaldıkları belirlenmiştir. Hemşire kadının sosyo-ekonomik durumunu göz önünde bulundurarak ulaşılabilecek bir tedavi planı hazırlamada doktorla işbirliği yapmalıdır.
- * Menopozal tedavinin başarı ile tamamlanması için sağlık çalışanlarını, sağlık eğitimini uygun ve etkin olacak şekilde yapması ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması gerekir.
- * Menopoz tedavisinin koruyucu sağlık hizmeti özelliği taşıması nedeni ile bu hizmetten toplumun her kesiminin yararlanması için hizmet maliyetinin ulaşabilirliği sağlanmalıdır.



6. KAYNAKLAR

1. Gezgin R. İstatistiklerle Kadın. Toplum ve Hekim Dergisi 1997; 12 (80): 57-67.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. Ankara, Sistem Ofset Kitapçılık, 2000:1-17.
3. Şahin N. Bir Kilometre Taşı: Menopoz. İstanbul, Çevik Matbaacılık, 1998: 11-94.
4. Öztürk Y, Günay O. (Çev) 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası 2000:36-39.
5. Akkuzu G, Akın A. Menopoz Sonrası ve Yaşlılık Dönemi Kadının Sağlık Sorunları. Sağlık ve Toplum Dergisi 1998; 3-4:68-72.
6. Sağlık Bakanlığı (Türkiye). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc., 1991, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 1998 Ankara, Türkiye.
7. Üner A, İnan A, Özçelikçi O, Seyrekbasan H. Menopoz. Haseki Tıp Bülteni 1996; 84 (4):253-258.
8. Üner A, Özçörekçi O, Semiz M, Bilgen N. Postmenopozal Osteoporozda Hormon Replasman Tedavisi. Haseki Tıp Bülteni Dergisi 1998; 36(2):87-91.
9. Ergün A, Dilek S, Atay V, Bayhan G, Ergün R. Menopoz-Osteoporoz. Yeni Tıp Dergisi 1995; 12 (1):94-99.
10. Yıldırım U, Maral I, Özkan S, Ali Bumin M. Ankara Gölbaşı Bölgesinde Menopozdaki Kadınların Menopoz Dönemi İle İlişkili Yakınmaları. Sağlık ve Toplum 1999;9(2):22-25.
11. Kaptanoğlu C. Psikiyatrik Açından Menopoz. Hassa H (eds), Klinikte Menopoz. Organon Yayınları, Gestet Basım Tan. Hiz. Ve Tic. Ltd. Şti.,1996:27-36.

12. Seçkin N, Turhan N. Menopozdaki Hastaya Yaklaşım. Yeni Tıp Dergisi 1995;11(1):91-93.
13. WHO. Demography of the Menopause. Entrenous 1998; 38:17.
14. Vehid S, Köksal S, Aran S, Kaymaz A. Ortalama Doğal Menopoz Yaşına Etkili Olan Bazı Faktörler. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 2001; 64:1-2.
15. Yıldırım A. Menopozda Oluşan Fizyolojik Değişiklikler. Hassa H (eds), Klinikte Menopoz. Organon Yayınları, Gestet Basım Tan. Hiz. Ve Tic. Ltd. Şti.,1996:3-12.
16. Sperof L, Glass R H, Kase N G. Clinial Gyneologic Endocrinology and Infertility. (5nd ed), Williams and Wilkins, Baltimore 1994:583-651.
17. Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Klimakterium ve Menopoz. Kınışçi H, Gökşin E, Durukan T (eds), Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara 1996:1315-1351.
18. Viniker D.A, Rainsburg D.A. Klimakterium ve Hormon Replasman Tedavisi. Işık A.Z, Vicdan K, Alaybeyoğlu L. Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar. Atlas Kitapçılık Ltd. Şti., Ankara, 1998 :457-479.
19. Aygen E.M, Başbuğ M. Menopoz Döneminde Sık Görülen Semptomlar ve Tedavileri. Erciyes Tıp Dergisi 1996; 18 (3-4):223-227.
20. Johnson SR. Menopause and Hormone Replecement Therapy. Med Clin North Am 1998;82:297-320.
21. Frances R. Batzer, M D. Risk Değerlendirmesi. İn: Frances R. Batzer, MD (eds), Çağdaş Sorunlar: Perimenopoz ve Menopoz. (Çev):Kahramanoğlu M. Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. Birinci Baskı. İstanbul 2002:9-50.
22. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza İlişkin Yaklaşımların ve Kültürler Arası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. Aile ve Toplum 2002; 2 (5):5-12.
23. Yıldırım M. Puberte ve Menopoz. Yıldırım M.(ed), Klinik Jinekoloji.Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara,1992:54-61.
24. Oskay Ü. Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1995.
25. Oral E, Çolgar U. Menopozda Hormon Replasman Tedavisi ve Kardiyovasküler Sistem. Türk Jinekoloji Derneği-Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 1996;1(4):17-21.
26. Akan N. Osteoporoz Olgusunda Hemşirenin Bilmesi Gerekenler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3(12):1-9.

27. Batmaz F. Osteoporoz, Osteoporozla Bağlı Ağrı ve Tedavisi. Hassa H (eds), Klinikte Menopoz. Organon Yayınları, Gestet Basım Tan. Hiz. Ve Tic. Ltd. Şti.,1996:39-52
28. Judd HL. Menopause and Postmenopause. In:Martin L (ed), Current Obstetrics and Gynecology. Saunders Company, London 1994:1328-1357.
29. Rosenberg MJ, Timothy DN, King M, et al. Estrojen-Androjen for Hormone Replecement. J Reprod Med 1997; 42:394-404.
30. Bayraktar M, Gürkan T, Tokgözoğlu M. Osteoporoz. Hacettepe Tıp Dergisi 1996; 27(2): 62-70.
31. Özgürtaş T, Yıldız C, Kutluay T. Osteoporozun Tanımı, Teşhisi ve Tedavisi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2000; 10 (4):3-6.
32. McBee W, Dailey M, Dugon E, et al. Hormone Replecement Therapy and Other Potential Treatments for Dementias. Endocrinal Metab Clin North Am1997;26:329-345.
33. Gelfond M, Wiita B. Androgen and Estrogen-Androgen Hormon Replecement Therapy: Ariview of the Safety Litareture 1941 to 1996. Clin Ther, 1997;19:383-404.
34. Arısan K. Kadın Hastalıkları. 3. Baskı . Çeltüt Matbaacılık, İstanbul 1991:54-82.
35. Jacqueline N. Gutmann, MD.Hormon Replasman Tedavisinin Klinik Yönleri.In: Frances R. Batzer, MD (eds), Çağdaş Sorunlar: Premenopoz ve Menopoz. (Çev): Kahramanoğlu M. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. Birinci Baskı. İstanbul 2002:213-243.
36. Malissa J. Wood, MD, Jafna L. Cox, MD, FRcp. Karddiyovasküler Hastalığı Önlemek İçin Hormon Replasman Tedavisi. Sendrom 2001;108(3):40-48.
37. Işık G, Vural G. Menopoz Polikliniğine Başvuran ve Hormon Replasman Tedavisi Başlanan Kadınların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Dergisi 2001;1:39-48.
38. Hikmet H. Menopozdaki Olguda Hormon Replasman Tedavisi ve Olgu İzleme Yöntemleri. Hikmet Hassa (eds), Klinikte Menopoz. Organon Yayınları, Gestet Basım Tan. Hiz. Ve Tic. Ltd. Şti.,1996:89-120
39. Başer M, Taşçı S, Aykut M, Öztürk Y. Kadınların Menopozla İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları, IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 358-361,12-16 Eylül 1994, Ege Üniversitesi, Didim.
40. Ak G, Öncel S, Yılmaz M. Menapoz Belirtileri ve Başa Çıkma Yolları. Sendrom Aralık 2002;108-114.

41. Robinson G. Cross-Cultural Perspectives on Menopause. *Journal of Nervous Mental Disorder* 1996;184 (8) 453-458.
42. Lock M. Menopause In Cultural Context. *Experimental Gerontology* 1994;29:307-317
43. Tang G. W. The Climacteric of Chinese Factory Workers. *Maturitas* 1994;19:177-182.
44. Boulet M.J, Oddens B.J, Lehert P, Vemer H. M, Visser A. Climacteric and Menopause in Seven South- East Asian Countries. *Maturitas*1994; 19:157-176.
45. Avis N.E, and McKinlay S.M. The Massachusetts Women's Health Study: An Epidemiologic Investigation Of The Menopause. *Journal Of American Medicine And Women's Association* 1995;50:45-63.
46. Başer M. Hormon Replasman Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002.
47. Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2003.
48. Fedman B, Voda A, Gronseth E. Prevalans of Hot Flash and Associated Variables. *Researchs in Nursing and Health* 1985; 8:261-268.
49. Ergöl ř. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Bakımlarına İlişkin Bilgi, Uygulama ve Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1999.
50. Saraçoğlu F. Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisi. *Hemşire Dergisi* 1997; 47 (4):48-53.
51. şenol V, Özdemir A, şetinkaya A, Öztürk Y. Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Menopoz Kliniğine Başvuran Kadınların Menopoz Girme Yaşını Etkileyen Faktörler Bakımından Değerlendirilmesi, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 1996, İstanbul.
52. şanlıoğlu S. Kastamonu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 45-60 Yaş Grubu Kadınların Menopoz İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2001.
53. Öz Akdöl Y.S. Örnek Köy Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan İnsanların Sağlık Problemleri Karşısındaki Davranışları Ve Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,İzmir 1998.

54. Bayık A. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Sorunları ve 4. Dünya Kadın Konferansı (1995) Doğrultusunda Stratejiler. Toplum ve Hekim 1998; 13(1):46-52.
55. Esatoğlu A, Ersoy K. Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyum Kitabı, ss 67-75, 17-18 Ekim1997, Ankara.
56. Kocaoğlu N. Kadınların Hormon Replasman Tedavisine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1999.
57. Ertunçalp E. III. Ulusal Menopoz-Osteoporoz ve Reprodüktif Tıp Kongresi Notları, Antalya, 24-28 Eylül 1997.



EK -1

Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz İçin Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma Durumları Araştırması Anket Formu

Anket No:

1. Kaç yaşındasınız? (.....)
2. Öğrenim durumunuz?
1) OYD
2) OY
3) İlkokul
4) Ortaokul
5) Lise
6) Yüksekokul
3. Mesleğiniz nedir?
1) Ev Hanımı
2) İşçi
3) Memur
4) Serbest meslek (.....)
5) Diğer (.....)
- 4) Medeni durumunuz?
1) Evli
2) Bekar (7.soruya geçiniz)
3) Dul-Boşanmış / Ayrı yaşıyor
4) Diğer (.....)
5. Eşinizin öğrenim durumu nedir?
1) OYD
2) OY
3) İlkokul
4) Ortaokul
5) Lise
6) Yüksekokul
6. Eşinizin mesleği nedir? (.....)
1) İşçi 2) Memur 3) Serbest meslek (.....) 4) Diğer (.....)
7. Aylık geliriniz sizce yeterli mi?
1) Yeterli 2) Kısmen yeterli 3) Yetersiz
8. Sağlık giderlerinizi karşılayan güvence hangisidir?
1) Yok
2) SSK
3) Emekli Sandığı
4) Bağ-kur
5) Yeşil Kart
6) Diğer (.....)
9. Sistemik bir hastalığınız var mı?
1) Evet (ise belirtiniz) (.....) 2) Hayır
10. Sigara kullanıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır (12. soruya geçiniz.)

11. Günde ne kadar sigara kullanıyorsunuz?

- 1) Günde bir paketten az
- 2) Günde bir paket
- 3) Günde bir paketten fazla

12. Adetten kaç ay önce kesildiniz?

- 1) 12-23 ay
- 2) 24-47 ay
- 3) 48-71 ay
- 4) 72 ay ve üzeri ay

Adetten kesildikten sonra aşağıdaki yakınmalardan hangileri oluştu ya da belirgin şekilde arttı?

Yakınma	Var	Yok	Yakınmanın süresi
13.Ateş basması			
14.Gece terlemesi			
15.Baş dönmesi			
16.Baş ağrısı			
17.Çarpıntı			
18.Sinirlilik			
19.Eklem ağrısı			
20.Sırt ağrısı			
21.Bel ağrısı			
22.Cildinizde kolay yaralanma			
23.Cildinizde kırılganlık			
24.Cildinizde kuruma ve kaşıntı			
25.Unutkanlık			
26.Uykusuzluk			
27.Yüzde tüylenme			
28.Saçlarda dökülme			
29.Ses tonunda değişiklik			
30.Göğüslerde küçülme ve sarkma			
31.Cinsel organlarda değişiklik			
32.Sık idrara çıkma			
33.İdrar kaçıрма			
34.Kendine güvensizlik			
35.Kararsızlık			
36.İş yapmada isteksizlik			
37.Kendini yaşlı hissetme			

38. Adetten kesildikten sonra oluşan bu yakınmalarınız nedeni ile bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

- 1) Evet (ise 40. soruya geçiniz)
- 2) Hayır

39. Adetten kesildikten sonra oluşan bu yakınmalarınız için bir sağlık kuruluşuna başvurmama nedeninizi söyler misiniz?

- 1) Sağlık güvencem olmadığı için
- 2) Maddi durumum yetersiz olduğu için
- 3) Bu şikayetlerin normal olduğunu düşündüğüm için
- 4) Hastanede sıra beklemek zor olduğu için
- 5) Hastanede gereken ilgiyi görmediğim için
- 6) Diğer (.....) Anket bitmiştir, teşekkür ederim.

40. Adetten kesildikten sonra oluşan bu yakınmalarınız için hangi sağlık kuruluşuna başvurduunuz?

- 1) Sağlık Ocağı
- 2) SSK
- 3) Devlet Hastanesi
- 4) Doğum evi
- 5) Tıp Fakültesi
- 6) Özel Hastane
- 7) Diğer

41. Adetten kesildikten sonra oluşan bu yakınmalarınız için sağlık kuruluşuna başvurmanıza kim karar verdi.

- 1) Kendim
- 2) Eşim
- 3) Çocuklarım
- 4) Komşularım
- 5) Sistemik hastalık kontrolünde doktor sevk etti
- 6) Diğer (.....)

42. Size yakınmalarınız için başvurduğunuz sağlık kuruluşunda ne önerildi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Hormon Replasman Tedavisi
- 2) Diyet tedavisi
- 3) Egzersiz uygulaması
- 4) Diğer (.....)

43. Size önerilen (yukarıda belirttiğiniz) tedaviye başladınız mı?

- 1) Evet (46 soruya geçiniz.)
- 2) Hayır

44. Size önerilen tedaviye başlamama nedeninizi açıkla mısınız ?

- 1) Günlük düzenli ilaç kullanamayacağım için
- 2) Hormon Replasman Tedavisinin kanser yaptığı söylendiği için (ise 45. soruya geçiniz.)
- 3) İlaç yutmasını sevmediğim için
- 4) Diğer (.....)Anket bitmiştir, teşekkür ederim

45. Hormon Replasman Tedavisinin kanser yaptığını nereden öğrendiniz?

- 1) Basından (.....)
- 2) Komşulardan
- 3) Sağlık çalışanlarından
- 4) Diğer (.....)Anket bitmiştir, teşekkür ederim

46. Size önerilen tedaviyi nasıl uyguladınız?

- 1) Tedaviyi süre uygulayıp bıraktım
- 2) Başladığımdan beri düzenli uyguluyorum. (48. soruya geçiniz.)
- 3) Diğer (.....) (48. soruya geçiniz.)

47. Tedaviyi bırakma nedeninizi açıklar mısınız?

(.....)

48. Tedaviye başladıktan sonra yakınmalarınızda ne tür bir değişme oldu?

- 1) Artı
- 2) Azaldı (51. soruya geçiniz.)
- 3) Değişmedi (51. soruya geçiniz.)

49. Tedaviye başladıktan sonra artan yakınmalarınız için tekrar sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

50. Hayır ise neden başvurmadınız?

(.....)

51. Tedaviye başladıktan sonra başka yakınmalarınız oldu mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır (Teşekkür ederim.)

52. Ne tür yakınmalarınız oldu?(.....)

53. Tedaviye başladıktan sonra oluşan yakınmalar nedeni ile tekrar sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

- 1) Evet (Anket bitmiştir teşekkür ederim.)
- 2) Hayır

54. Hayır ise neden başvurmadınız?

(.....)

TEŞEKKÜR EDERİM.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1978 yılında Nevşehir'in Derinkuyu İlçesinde doğmuştur. İlk Orta ve Lise öğrenimini Derinkuyu'da tamamlamıştır. 1998 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun olup, aynı yıl Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde hemşire olarak göreve başlamıştır. Araştırmacı, 3.5 yıl perinatoloji servisinde çalışmış, 1.5 yıldan beri de Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaktadır.