

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ŞANLIURFA'DA MENOPOZA GİRMİŞ KADINLARIN,
MENOPOZA İLİŞKİN SORUNLARININ, BAŞ ETME
YOLLARININ VE BAKIŞ AÇILARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ülkü ÖZER

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA

ŞANLIURFA

2014

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ŞANLIURFA'DA MENOPOZA GİRMİŞ KADINLARIN,
MENOPOZA İLİŞKİN SORUNLARININ, BAŞ ETME
YOLLARININ VE BAKIŞ AÇILARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ülkü ÖZER

DANIŞMAN


Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA


ŞANLIURFA


2014

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ülkü ÖZER'in hazırladığı “Şanlıurfa’da Menopoza Girmiş Kadınların, Menopoza İlişkin Sorunlarının, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi”, konulu çalışma, 25/06/2014 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. F. GÖZÜKARA
Harran Üniversitesi
Üye (Danışman)


Prof. Dr. F. ÖZCANARSLAN
Harran Üniversitesi
Anabilim Dalı Başkanı


Yrd. Doç. Dr. F. ERSİN
Harran Üniversitesi
ÜYE


01/07/2014
ONAY
Prof. Dr. Nürten AKSOY
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimi hazırladığım süre içerisinde bana yol gösteren, zamanını, desteğini ve bilimsel katkılarını esirgemeyen danışmanım Yrd.Doç.Dr. Fatma GÖZÜKARA'ya, çalışmalarım boyunca manevi desteklerini her an hissettiğim sevgili yüksek lisans arkadaşlarıma, iş arkadaşlarıma ve yakın dostlarıma, Harran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Görevlileri ve çalışanlarına, gönüllü olarak araştırmaya katılan menopoz dönemi kadınlarına, yüksek lisans eğitimim süresince her durumda yanımda olan, büyük fedakarlık, sevgi, destek ve sabır gösteren annem Nursel BAYAZIT ve çok sevdiğim kardeşlerim Sema ÖZER ve Hilal PELTEK'e, tezimin teknik boyutunda ve hayatın her alanında her zaman sevgi ve desteğini hiç esirgemeyen değerli İbrahim KURT'a en içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ülkü ÖZER

2014

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.Menopozun Tanımı	4
2.2.Menopozun Fizyolojisi	4
2.3.Menopoz Yaşı	5
2.4.Klimakterium ve Menopoz Dönemi	5
2.5.Menopozu Etkileyen Faktörler	6
2.5.1. Genetik faktörler	6
2.5.2. Genital faktörler	6
2.5.3. Fiziksel ve çevresel faktörler	6
2.5.4. Psikik faktörler	7
2.5.5. Sigara kullanımı	7
2.5.6. Genel sağlık durumu	7
2.5.7. Sosyal faktörler	7
2.6.Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler	7
2.6.1. Kısa Süreli Sorunlar	8
2.6.2. Uzun Süreli Sorunlar	14
2.7.Menopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarıyla Baş Etme Yöntemleri	16
2.8.Menopozal Dönemdeki Kadınların Menopoza ilişkin Bakış Açıları	17
2.9.Menopozal Semptomlarla Baş Etmede Hemşirelik Yaklaşımları	18

2.9.1. Vazomotor Değişikliklerde Hemşirelik Yaklaşımları	19
2.9.2. Derideki Değişimlerde Hemşirelik Yaklaşımları	20
2.9.3. Ürogenital Sistem Değişikliklerinde Hemşirelik Yaklaşımları	20
2.9.4. Kas – İskelet ve Kardiyovasküler Sistem Değişikliklerinde Hemşirelik Yaklaşımları	21
2.9.5. Emosyonel Sorunlarda Hemşirelik Yaklaşımları	22
2.9.6. Merkezi Sistem Değişikliklerinde Hemşirelik Yaklaşımları	23
3.GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1.Araştırmanın Tipi	24
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24
3.4.Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.5.Verilerin Toplanması	25
3.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	25
3.5.2. Ön Uygulama	25
3.5.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	25
3.6.Araştırmanın Etik Boyutu	26
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi	26
4.BULGULAR	27
4.1.Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	27
4.2.Kadınların Menopoza İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	28
4.3.Kadınların Menopoz Dönemine Özgü Yaşadıkları Sorunların Dağılımı	29
4.4.Kadınların Vazomotor Sorunlar İle Baş Etme Yollarının Dağılımı	31
4.5.Kadınların Emosyonel Durumda Yaşadıkları Sorunlarla Başetme Yollarının Dağılımı	32
4.6.Kadınların Merkezi Sinir Sistemde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı	34
4.7.Kadınların Saç ve Deride Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı	35
4.8.Kadınların Kas-İskelet Sisteminde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı	36
4.9.Kadınların Kardiyovasküler Sistemde Yaşadıkları Sorunla Baş Etme Yollarının Dağılımı	37

4.10.Kadınların Ürogenital Sistemde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı	38
4.11.Kadınların Gastrointestinal Sistemindeki Değişikliklerle Başetme Yollarının Dağılımı	39
4.12.Kadınların Uyku Düzeni İle İlgili Yaşadıkları Sorunlarla Başetme Yollarının Dağılımı	40
4.13.Kadınların Menopoza İlişkin Bakış Açılarının Dağılımı	40
5.TARTIŞMA	42
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	52
6.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar	52
6.2. Kadınların menopoz dönemine özgü yaşadıkları sorunlara ilişkin sonuçlar	52
6.3. Kadınların yaşadıkları menopozal sorunlarla baş etme yollarına ilişkin sonuç ve öneriler	53
6.4. Kadınların menopoza dair bakış açılarına ilişkin sonuç ve öneriler	54
7.KAYNAKLAR	56
8.EKLER	64
Ek I. Veri Toplama Formu	
Ek II. Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek III. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı	
Ek IV. Şanhurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı	

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 4.2. Kadınların Menopoza İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4.3. Kadınların Menopoz Dönemine Özgü Yaşadıkları Sorunların Dağılımı	29
Tablo 4.4 Kadınların Vazomotor Sorunlar İle Baş Etme Yollarının Dağılımı	31
Tablo 4.5. Kadınların Emosyonel Durumda Yaşadıkları Sorunlarla Başetme Yollarının Dağılımı	32
Tablo 4.6. Kadınların Merkezi Sinir Sistemde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı	34
Tablo 4.7. Kadınların Saç ve Deride Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı	35
Tablo 4.8. Kadınların Kas-İskelet Sisteminde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı	36
Tablo 4.9. Kadınların Kardiyovasküler Sistemde Yaşadıkları Sorunla Baş etme Yollarının Dağılımı	37
Tablo 4.10. Kadınların Ürogenital Sistemde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı	37
Tablo 4.11. Kadınların Gastrointestinal Sistemdeki Değişikliklerle Başetme Yollarının Dağılımı	39
Tablo 4.12. Kadınların Uyku Düzeni İle İlgili Yaşadıkları Sorunlarla Başetme Yollarının Dağılımı	40
Tablo 4.13. Kadınların Menopoza İlişkin Bakış Açılarının Dağılımı	40

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Foliküler Uyarıcı Hormon (Foliküler Stimüle Edici Hormon)

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein (Low Dansity Lipoprotein)

LH : Luteinleştirici Hormon

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

VIN : Vulvar Intraepitelyal Neoplaziler

ÖZET

ŞANLIURFA'DA MENOPOZA GİRMİŞ KADINLARIN, MENOPOZA İLİŞKİN SORUNLARININ, BAŞ ETME YOLLARININ VE BAKIŞ AÇILARININ BELİRLENMESİ

Ülkü ÖZER

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, Şanlıurfa'da 04 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede yaşayan ve menopoza girmiş kadınların, menopoza dair yaşadıkları sorunlarını, baş etme yollarını ve bakış açılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada 300 kadın örnekleme alınmıştır. Veriler soru formu aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplaması kullanılmıştır. Çalışmada kadınların menopoza yönelik en sık yaşadıkları sorunlar el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma (% 76.3), baş ağrısı (% 70.3) ve dikkat dağınıklığıdır (% 63.3). Kadınların, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma sorunuyla baş etmede en çok tercih ettikleri baş etme yöntemi doktora gitmedir (% 52). Baş ağrısıyla baş etmek için en çok ağrı kesici ilaç almayı (% 96.2) tercih etmektedirler. Dikkat toplayamama sorunuyla baş etmek için ise kadınların çoğu herhangi bir uygulama yapmamaktadırlar (% 66.5). Kadınların diğer sistemlerle (emosyonel durum, merkezi sinir sistem, saç ve deri, kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem, ürogenital sistem, gastrointestinal sistem, uyku düzeni) ilgili de sorun yaşadıkları ve bu sorunlarla etkili baş etme yöntemlerini bilmedikleri bulunmuştur. Kadınlar tarafından menopozun algılanan olumlu yönleri: söz sahibi olma, çocuk doğurmama ve adet kesilmesi olarak belirlenirken; olumsuz yönleri ise: hastalıkların artması, kilo alımında artış, şişkinliğe neden olması, ağrıların artması, şikayetlerin artması, agresif yapının artması, terleme ve sıkıntı şikayetlerinin olması, idrar kaçırma sorununun başlaması olarak belirlenmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre, kadınların menopoz döneminde pek çok sisteme yönelik sorun yaşadığı, ancak yaşanan sorunlarla sağlıklı baş etme yöntemlerini bilmedikleri ve menopozu doğal bir süreç olarak algılamadıkları bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda öncelikle sağlık çalışanlarının menopoza yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve düzenli eğitim programlarının uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, menopozal sorunlar, menopozal sorunlarla baş etme, menopoza bakış açısı.

ABSTRACT

DETERMINING THE MENOPAUSE RELATED PROBLEMS, COPING METHODS AND PERSPECTIVES OF THE WOMEN HAVING MENOPAUSE IN SANLIURFA

Ülkü ÖZER

Department of Nursing Post Graduate Thesis

The study is conducted as descriptive in order to determine the menopause related problems, coping methods and perspectives of the women having menopause, living in Family Health Centre No 04 located in the province of Sanliurfa . 300 women were taken as samples in the study. Data were collected via questionnaire with face to face meeting method. Percentage calculation was used in evaluating the data. The most common problems that women suffered from menopause were numbness and tingling in the hands and feet (76.3%), headache (70.3%) and attention deficit (63.3%). The most preferred way to cope with the numbness and tingling in hands and feet for women was going to a doctor (52%). In order to cope with the headache, they mostly prefer taking a painkiller (96.2%). For coping with the attention deficit, majority of women do not follow any procedure (66.5%). It has been found that women had problems relating to other systems (emotional situation, central nervous system, hair and skin, musculoskeletal system, cardiovascular system, urogenital system, gastrointestinal system, sleep routine) and they did not know the effective coping methods for these problems. While menopause's positive aspects, perceived by women, are found to be involved in decisions, not be able to give a birth and discontinuation of menstruation; negative aspects are found to have increase in diseases, gaining weight, pain, complaints, aggression, indigestion, sweating and to have distress, initiation of the problem of urinary incontinence.

According to the study results it has been found that women during the menopause go through problems towards many systems, but they did not know the healthy methods to cope with them and they did not recognize perceive menopause as a natural process. In line with these results, first of all, increase the efficiency of the training and consulting services on menopause for the healthcare staff and a regular application of educational programs can be advised.

Key words: Menopause, menopausal problems, coping with menopausal problems, perspective about menopause.



1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Menstruasyonun bitişi olarak kabul edilen menopoz; kadınların hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşadığı bir dönemdir (3). Menopoz dönemi kadınların hayatında oldukça önemli bir yere sahiptir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin gelişmesine paralel olarak kadınların yaşam süresinin artması ile menopoz sonrası dönem de giderek uzamakta, kadınların yaşam sürelerinin yaklaşık 1/3' ü menopoz döneminde geçmektedir (83, 121). Döneme özgü değişimlere uyum sağlanabildiğinde sorunsuz olarak atlatılabilmesine karşın, hormonal değişikliklerden kaynaklanan fizyolojik ve psikolojik değişimler nedeniyle sorunlar yaşanabilmekte ve kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (29).

Menopoz pek çok bedensel ve ruhsal değişikliği beraberinde getiren bir dönemdir. Bunlar arasında; vazomotor ve kardiyovasküler belirtiler, gastro-intestinal değişiklikler, lökomotor sistem sorunları, oftalmik değişiklikler, cinsel organlarda atrofik değişiklikler, cilt değişiklikleri, nöro-psişik belirtiler ve psikiyatrik belirtiler bulunmaktadır (120). Aynı zamanda kadınların yaşlanma ile ilgili endişeleri, çocuk doğurma yeteneğinin kaybı ve görünümdeki değişikliklerin farkındalığı, sosyal ve sembolik anlamlarla birleşerek bu dönemin yaşanmasını zorlaştırmaktadır (62).

Kadınların bu dönemde sıklıkla yaşadığı sorunlar arasında vazomotor sorunlar yer almaktadır (78, 93). Menopoz, orta yaş dönemi için evrensel bir olay olarak değerlendirilirken, menopozun sosyokültürel faktörlerden etkilendiği göz ardı edilmemelidir (15). Bu nedenle menopoza dair yaşanan sıkıntıların görülme oranı ülkelere göre farklılık göstermektedir (34). Bangladeş'te (2011) bildirilen en yaygın belirtiler yorgunluk hissi, baş ağrısı, eklem ve kas rahatsızlıkları, fiziksel ve zihinsel yorgunluk iken (90) Malezya'da (2010) bildirilen en sık belirtiler eklem ve kas rahatsızlıkları, fiziksel ve zihinsel yorgunluk ve uyku problemleridir (102). İranlı kadınlarda (2012) görülen en yaygın menopoz belirtileri sıcak basması, ruh hali, vajinal kuruluk ve uyku problemleridir (6). İranın Kuzey bölgelerinde ise (2011) irritabilite, eklem ağrıları, sırt ağrısı, sıcak basması ve baş ağrısıdır (30). Ülkemizde ise kadınların % 82.6'sının sıcak basması yaşadığı bildirilmiştir (27). Sıcak basmasının dışında Türkiye'de farklı yerleşim birimlerinde yapılan çalışmalara göre en çok yaşanan

vazomotor değişiklikler arasında, baş ağrısı (% 65.3), boğulma hissi (% 62.8), el ve ayaklarda karıncalanma-uyuşma (% 60.9) (27), huzursuzluk ve sıkıntı hissi (% 95.7), yorgunluk hissi (% 94.7) (95), çarpıntı (% 77) (44) ve baş dönmesi, kulak çınlaması, göz önünde uçuşmalar, depresyon, terleme ve titreme gibi sıkıntılar yer almaktadır (104).

Menopoz dönemle ilgili yapılan çalışmalarda görülmektedir ki, bu dönemde yaşanan sağlık sorunları benzerlik göstermekle birlikte, bu sıkıntılarla baş etme yöntemleri farklıdır. Bu dönemde yaşanan sağlık sorunları ile baş etmede kadının kültürel özellikleri büyük bir öneme sahiptir (14). Klimakterik dönemde alternatif tedavi arayışında olan kadınlar genellikle kültürel yapılarıyla bağdaşan tedavi yöntemlerini tercih ederler (25). Ülkemizde ise klimakterik yakınmaları yaşayan kadınların % 17.9'unun HRT tedavisi, % 16.1'inin alternatif tedavi, % 8.4'ünün hem HRT hem de alternatif tedavi, % 57.6'sının ise hiç bir şey yapmadığı belirlenmiştir (113).

Menopozun iyi anlaşılabilmesi için biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin de ele alınması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar menopozun algılanması, menopoza dair bakış açıları ve menopozal tutum açısından hem kültürler arasında hem de kültürlerin kendi içinde büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir (9, 33, 113). İran'da yapılan bir çalışmada (2003), kırsal kesimde yaşayan kadınların şehirli kadınlara göre menopozla ilgili daha olumsuz tutumlara sahip oldukları saptanmıştır (66). Menopozun kültürel ve sosyal anlamlarının çok çeşitli olduğu ve kadınların, kendi yükledikleri anlamlar doğrultusunda menopozu ve sonuçlarını her zaman olumsuz algılamadıkları görülmektedir (36). Mazhar ve Gul-e-Erum Pakistan'da yaptıkları çalışmada (2003), kadınların % 75.7'sinin menopozu olumlu bir durum olarak algıladıklarını saptamışlardır (73). Asyalı kadınların da menopozu olumlu olarak algıladıkları, bu dönemi daha sorunsuz ve rahat geçirdikleri saptanmıştır. Bu dönemi Asyalı kadınlara göre daha olumsuz yaşayan Avrupalı kadınların, menopozal dönemi yaşlılığın bir işareti, cinsel yaşamın, güç ve güzelliğin kaybı olarak algıladıkları belirlenmiştir (112). Türk kadınları ise menopozal dönemi hem Asyalı hem de geneli Müslüman olan ülkelerin kadınlarından daha olumsuz yaşamaktadırlar (112). Doğurganlığın önemli olduğu bölgelerde kadının üretkenlik imajı ve kendini algılaması kişiliğinin bütünüyle ilişkilidir. Özellikle kadın, doğurganlığı yaşamının sadece biyolojik alanına tutsak etmiş ise yaşamına iş, sanat gibi başka alanları dahil etmemişse, menopoz döneminde belirgin bir bunalım ortaya çıkmaktadır (114).

Menopozun algılanmasında kişinin bireysel farklılıklarının yanı sıra, yaşadığı çağın ve kültürün etkisi büyüktür. Şanlıurfa’da “menopoz”, hayatlarının en önemli görevinin çocuk doğurmak olarak gören kadınlar için bir “son”u sembolize etmekte ve üreme yeteneğinin kaybı ile eve ikinci bir eşin geleceğine işaret etmektedir. Aynı zamanda menopozla birlikte gelen “yaşlılık”, beraberinde ailede ve toplumda saygınlığı, söz hakkı kazanmayı, özgürlüğü getirmekte, yaş ile birlikte kadının statüsü artmakta ve olgunluk kadına yeni bir güç vermektedir. Yaşanan bu tezatlık kadınların bu dönemi daha zor geçirmesine ve uyum sağlamakta sıkıntılar yaşamalarına neden olmaktadır.

Menopoz dönemindeki kadınların, bu döneme ait sorunlarını, baş etme yöntemlerini belirlemek, onların bakış açılarını anlamak, menopoz dönemini sağlıklı geçirebilmelerini ve sosyal hayata uyum sağlamalarını kolaylaştıracak hemşirelik hizmeti sunabilmek açısından önemlidir. Aynı zamanda hemşireye düşen görevlerin belirlenmesine, hatalı alışkanlıkların ve tutumların değişmesine, kadının ve çevresinin dönemselsel olarak kendisini algılayış biçiminin farklılaşmasına, yetişkin eğitimi plan ve uygulamalarına yön verecek ve böylece kadınlara sağlık bilincinin kazandırılması, bu dönemde yaşanabilecek sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamak açısından yararlı olacaktır. Sağlık hizmetlerinin çağdaş tıp anlayışına olduğu kadar kültürlere de uygun sunulması hizmet alanların hizmeti benimsemesi açısından önemlidir (112). Bu nedenle menopozal dönemin sağlık çalışanları tarafından sosyo-kültürel etkenler ışığında ele alınması gerekmektedir. Tüm bu bilgi ve hemşirenin önemli rollerine ilişkin görüşler doğrultusunda çalışmamızın; daha önce bu konuda çalışma yapılmayan Şanlıurfa İli’nde kadınların hangi sorunları ne düzeyde yaşadıkları, başa çıkmak için ne tür girişimlerde buldukları ve bakış açılarının bilinmesinin, hemşirelik bakım hizmetinin sunumunda ve kalitesinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Şanlıurfa’da yaşayan ve menopoza girmiş kadınların, menopoza dair yaşadıkları sorunlarını, baş etme yollarını ve menopoza ilişkin bakış açılarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Menopozun Tanımı

Menopoz; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre, “ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucu kalıcı olarak sonlanması'dır (WHO 1996) (126). On iki aylık amenore sonucu menopoz tanısı konulur. Kadınların, yaşamlarının önemli bir kısmını menopoz ve sonrası dönemde geçirmelerinden dolayı menopoz, kadın hayatının dönüm noktasıdır (44, 117).

2.2.Menopozun Fizyolojisi

Menopoz fizyolojisinin temeli, overlerin yaşlanması ve folliküler atreziye bağlı overlerin fonksiyonel özelliklerini kaybetmesidir (38). Menstrüel düzensizliklerin başlangıcı ile birlikte tanımlanan perimenopozal geçiş dönemi, menopoz ile birlikte sonlanır (26). Bu dönem, yükselmiş foliküler uyarıcı hormon (FSH) düzeyleri, inhibin azalması, normal luteinleştirici hormon (LH) düzeyleri ve hafifçe yükselmiş östradiol ile karakterizedir (85).

Östrojen üretiminin azalması ile hipotalamustaki negatif feed-back mekanizması devreye girer. Feed-back mekanizmasının devreye girmesiyle zaman içinde önce FSH, daha sonra da LH'da yükselme meydana gelir. FSH 10 kat artarken LH da 3 kat artar. FSH'ın yükselmesine bağlı folliküler faz kısalır, daha sonra overlerde FSH'a direnç artar ve folliküler faz uzar (85). Daha ileri dönemlerde overdeki direncin ilerlemesi ile folikülogenez tamamen yavaşlar ve östradiol sentezi, ovulasyonu sağlayan LH çıkışına imkan vermeyecek seviyelere iner. Böylece anovulatuvar sikluslar artar, oligomenore gelişir veya düzensiz kanamalar ortaya çıkar. Bu dönemde FSH'ın yanı sıra LH seviyelerinde de artış başlar ve folikül gelişiminin tamamen durduğu gözlenir. Menopoz dediğimiz son adet kanaması bu dönemde görülür (47)

2.3.Menopoz Yaşı

Yüzyıl öncesinde Avrupalı kadınlarda menopoz yaşı 40, menopoz sonrası yaşam süresi 6 yıl iken günümüzde menopoza giriş yaşı batılı toplumlarda 50-52 yaşa ve doğuştan beklenen yaşam süresi 80 yaş ve üzerine yükselmiştir (116). Ortalama yaşam süresindeki artışa paralel olarak menopoz sonrası dönemi yaşayan nüfus da artacaktır (59). Genelde menopoz yaş ortalaması Batı için 50-51, Türkiye için 46-48 olarak verilmiştir (15, 51).

Menopoz yaşının belirlenmesinde, coğrafya, kalıtım, menarş yaşı, evlilik ve çalışma durumu, genital faktörler, kullanılan kontraseptif yöntemi, sigara kullanımı, psikolojik faktörler, beslenme ve parite önemli rol oynamaktadır (53). Yapılan çalışmalarda erken menarş olan kadınlarda geç menopoz olduğu (79), hiç doğum yapmamış kadınlarda 49 yaş civarında (8), multiparlarda 50 yaş civarında (111), sık adet görenlerde 49 yaş, 33 gün veya daha kısa sürede adet görenlerde ortalama 51.4 yaş civarında menopoz olduğu belirtilmektedir (117). Ayrıca sigara içenlerde menopozun 1-2 yıl daha önce görüldüğü (117), gelişmiş ülkelerde daha geç yaşlarda (Amerika'da 51, İtalya'da 48) gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda (Mısır'da 46, İran'da 44) görüldüğü belirtilmektedir (12).

2.4.Klimakterium ve Menopoz Dönemi

Genelde klimakterium ve menopoz kelimeleri birbirine karıştırılmaktadır. Merdiven basamağı anlamına gelen "klimakterikoz" kelimesinden türetilen klimakterium (climacterium) kelimesi, Yunanca bir kelimedir (107). Bu dönem, kadın yaşamının üretkenlik (reprodüktif) dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. Çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin ortaya çıktığı bu dönemde en önemli olay menstruasyonun daimi olarak kesilmesi yani, menopozdur. Klimakterium dönemi yaklaşık 45 yaş civarında başlar ve menopozdan sonraki belli bir süreyi de içine alarak yaşlılık dönemi kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder (52, 107). WHO klasifikasyonuna göre klimakterium:

- 1- Premenopoz
- 2- Menopoz
- 3- Post menopoz olmak üzere 3 bölümde incelenir (127).

Premenopoz; menopozal geçiş dönemini ifade eder. Bu dönem ilk menopoz semptomlarının görüldügü klimakterium başlangıcından, son adet zamanına kadar devam eder. Genelde premenopoz 40 yaşlarında başlar. Menopoz; son adet kanamasını ifade eder. Postmenopoz; menopoz ile başlayan 65 yaşına kadar devam eden süreyi kapsar (117).

2.5.Menopozu Etkileyen Faktörler

2.5.1. Genetik faktörler:

Menopoza girme yaşı, menopozdan etkilenme gibi konularda genetik faktörlerin önemi büyük ve kesin bir yer tutmaktadır. Bir aileye mensup kadınların hemen hemen aynı yaşlarda menopoz girdiği görülmektedir (111). Baird ve ark. (1988), Torgerson ve ark. yapmış oldukları çalışmalarda (1994) kişinin menopoz yaşını genellikle annesinin menopoz yaşıyla aynı bulmuştur (111).

2.5.2. Genital faktörler:

Adet düzensizliği yaşayan kadınların, düzenli adet görenlere kıyasla daha erken menopoz girdiği belirtilmektedir (95). Bunun dışında menarş yaşı, doğurganlık durumu, hormonal kontraseptif kullanımı, iki yıldan uzun emzirme gibi faktörlerin menopoz yaşını etkileyebileceği belirtilmektedir (52, 95).

2.5.3. Fiziksel ve çevresel faktörler :

İklim, sosyokültürel etkenler, fiziksel ve çevresel şartlar menopoz giriş yaşını ve menopoz dönemini etkileyen önemli faktörlerdendir. İklimin soğuk olduğu bölgedeki kadınlar, sosyokültürel nedenlerden dolayı ağır ve zor şartlar altında çalışan kadınlar daha erken yaşta menopoz girebilmektedir. evre kirliliği, radyasyon, yüksek rakımda yaşamanın erken menopoz girebileceği bildirilmektedir (15, 52). Perulu kadınlar üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda (1998), yüksekliğe bağlı oksijen yetersizliğinin erken menopoz girebileceği bulunmuştur (43).

2.5.4. Psikik faktörler:

Yaşanan psikolojik travmalar menopozun ortaya çıkışını hızlandıran etmenlerden sayılmaktadır. Savaş, göç, deprem gibi toplumsal olaylardan ya da uzun süren hapisane hayatından sonra adetten ani ve erken kesilmeler ortaya çıkabilmektedir (52, 95).

2.5.5. Sigara kullanımı:

Çok sigara içen kadınlar içmeyenlere oranla 1.5-2 yıl daha erken menopoza girmektedir. Çünkü sigaranın içerdiği zararlı maddeler foliküllerin atrezisini hızlandırmaktadır. Ancak bunda içilen sigara sayısı ve dozunun da etkisi vardır. Ayrıca sigara, östrojenin hepatik metabolizmasını hızlandırarak östrojen yapımını ya da dolaşımdaki androjenleri artırarak biyoyararlı östrojeni azalmasına neden olmaktadır (35, 118).

2.5.6. Genel sağlık durumu:

Menopozu etkileyen diğer bir faktör genel sağlık durumudur. Ağır metabolik hastalıklar, genetik bozukluklar, enfeksiyon hastalıkları, kemoterapi ve radyoterapi kullanımının menopoz yaşını etkilediği bildirilmektedir (46).

2.5.7. Sosyal faktörler:

İrk, eğitim, evlilik yaşamı, sosyal sınıf, köy ya da kentte yaşama gibi sosyal faktörler menopoz yaşı ve menopoz dönemini etkilemektedir. Afrikalı kadınların beyaz kadınlara göre menopoza daha geç girdiğinin gözlenmesi etnik köken ile menopoz yaşı arasında ilişki olabileceğini gösteren örneklerden biridir (80).

2.6. Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler

Menopoz döneminde östrojen azalması, FSH ve LH'da artma, prolaktin düzeylerinde azalma ve ovarian fonksiyonlardaki değişiklik klimakterik semptomların gözlenmesine neden olur (12, 114). Buna bağlı olarak menopoza girmiş kadınlarda kısa süreli ve uzun süreli

sorunlar ortaya çıkar. Ancak bu sorunları kadınların hepsinin aynı düzeyde yaşamadığı tespit edilmiştir. Kadınların bir kısmı bu semptomları ağır atlatırken bir kısmının daha hafif atlattığı görülmüştür. Ertem çalışmasında (2010) kadınların % 85'inin menopozal dönemle ilgili sıkıntılar yaşadığını, bu sıkıntıların türünün de % 60'ının fiziksel olduğunu ve kadınların % 10'unun menopoz döneminde olmasının aile içi ilişkilerini etkilediğini saptamıştır (9). Bu dönemde yaşanan kısa süreli sorunlar; vazomotor, atrofik ve psikolojik değişikliklerdir, uzun süreli sorunlar ise; kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporozu içermektedir (27, 57, 89).

Kısa süreli sorunlar :

- 1- Vazomotor Değişiklikler: Sıcak basması, el ve ayaklarda uyuşma, gece terlemesi, baş ağrısı, boğulma hissi, dikkat dağınıklığı, baş dönmesi, çarpıntı, bulantıdır (3, 27).
- 2- Atrofik değişiklikler: Vajinal kuruluk, dispepsi, üretral sendrom, ciltte kuruluk, saç dökülmesidir (3, 57).
- 3- Psikolojik Değişiklikler: Hüzünlenme, huzursuzluk- sinirlilik, anksiyete, irritabilite, depresyon, uykusuzluk, bellek kaybı, değişken ruh hali, libidoda azalma, konsantrasyon eksikliğidir (3, 89).

Uzun süreli sorunlar :

- 1- Kardiyovasküler hastalıklar ve
- 2- Osteoporozdur (27, 57, 89).

2.6.1. Kısa Süreli Sorunlar

Vazomotor Değişiklikler

Menopoz döneminin en karakteristik ve belirgin özelliği vazomotor değişikliklerdir. Vazomotor değişiklikler premenopozal dönemde görülmeye başlar ve menopoza takiben 10 yıl boyunca devam edebilir (29). Postmenopozal kadınların % 60'ı vazomotor bulgulardan yakınmaktadır (117).

Hormonal dengesizliğe bağlı olarak %85-90 kadında vazomotor instabilitenin yaygın semptomu olan yüz kızarması, sıcak basması ve gece terlemesi görülür (31). Bu üç belirti

genellikle sıcak basması olarak adlandırılmaktadır (72). Sıcak basması menopozdan sonraki ilk iki yılda ve cerrahi yolla menopoza girmiş kadınlarda daha sık görülmektedir (72).

Sıcak basmaları vücudun üst yarısında, yüzde, kollarda, ellerde ani başlayan ateş basması, yüzün kızarması, bunu takiben, yüz, boyun ve gövdede terle karakterizedir. Bazen terleme ile birlikte olabilir. Kadına rahatsızlık veren hoşnut olmayan geçici bir bulgudur. Bu sıcak basma hissi genelde çarpıntı ile birlikte olur. Sıcak basması çoğu zaman herhangi bir dış uyarı olmadan başlar, ancak, ani ısı değişiklikleri, sıcak yiyecek ve içecek, alkol, uyarıcı ilaç alımı sıcak basmasını başlatabilir. Sıcak basması genellikle 1-3 dakika sürer. Ancak bu süre 30 dakikaya kadar çıkabilir. Saatte birkaç kez olabileceği gibi ayda 1-2 kez de olabilir (117). Sıcak basmaları 6 ay içinde ortadan kalkabileceği gibi 30 yıla kadar da sürebilir (8). Sıcak basmalarının en yoğun hissedildiği anlar genellikle geceleridir ve uykunun bölünmesine neden olur (91). Sıcak basmasının fizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır ama açık olarak hipotalamustan kaynaklandığı ve östrojenindeki azalma ile ortaya çıktığı bilinmektedir (104). Bununla beraber tüm sıcak basmaları östrojen eksikliğine bağlı değildir. Sıcak basmaları ve terleme; feokromositoma, karsinoid, lösemi, pankreatik tümörler ve tiroid bozuklukları gibi hastalıklara sekonder olarak da görülebilir (129). Sıcak basmaları olan kadınlar tiroid hastalıkları ve diğer hastalıklar açısından araştırılmalıdır.

Yapılan çalışmalarda en çok yaşanan vazomotor sorunun “sıcak basması” olduğu saptanmıştır. Nappi ve Nijland (Brezilya, 2008) kadınların % 52’sinin sıcak basması yaşadığını bildirmiştir (4). Beş Avrupa ülkesinde uluslararası yapılan bir çalışmada (1996), menopoz dönemindeki kadınların %55’inin ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’inde yaşayan kadınların (2005) % 75’inin sıcak basması yaşadıkları bildirilmiştir (5). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda da menopoz dönemindeki kadınların çoğunun sıcak basması ve gece terlemesi yaşadığına rastlamaktayız. Altunbay ve Yurdakul yaptıkları çalışmada (2009) kadınların % 52.6’sının sıcak basması ve gece terlemesi yaşadıklarını (2), Erdem çalışmasında (2006) kadınların % 80.4’ünün sıcak basması ve % 70.1’inin gece terlemesi yaşadığını (42), Ertem çalışmasında (2010) kadınların % 79’unun sıcak basması yaşadığını (44), Saka ve ark. yaptıkları çalışmada (2005) kadınların % 65.18’inin sıcak basması yaşadığını saptamıştır (94).

Sıcak basmalarının dışında menopoz dönemindeki kadınlarda en çok görülen vazomotor değişiklikler baş ağrısı, baş dönmesi, boğulma hissi, dikkat dağınıklığı, kulak çınlaması, göz önünde uçuşmalar, nefes darlığı, el ve ayaklarda uyuşma ve titremedir (47, 57, 101). Simon

2009 yılında yaptığı çalışmada menopoz dönemindeki kadınların % 91 oranda irritabilite-sinirlilik, % 82 oranında konsantrasyon kaybı, % 81 oranında kişilik değişikliği, % 77 oranında uyku bozukluğu, % 77 oranında motivasyon yokluğu, % 75 oranında hafıza kusuru, % 19 oranında baş ağrısı ve % 18 oranında aşırı terleme yaşadıklarını saptamıştır (100). Sis yapmış olduğu çalışmada kadınların % 25.5'inin uyku sorunları, % 40.3'ünün keyifsizlik, % 29.3'ünün sinirlilik, % 31.6'sının endişe, % 28.9'unun eklem ve kas rahatsızlıkları yaşadığını saptamıştır (101). Çağlayan yapmış olduğu çalışmada (2004) kadınların sinirlilik, depresyon, konsantrasyon bozukluğu, uyku bozuklukları ve unutkanlık yaşadıklarını saptamıştır (26). Oğurlu da araştırmasında (2008) kadınların % 71.2'sinin sinirlilik-gerginlik, % 68.9'unun uykusuzluk-yorgunluk, % 34.8'inin baş ağrısı-baş dönmesi yaşadığını saptamıştır (80).

Sıcak basması ve diğer vazomotor semptomlar, postmenopozda en sık karşılaşılan problem olmasına rağmen toplumlar arasındaki prevalansı farklılık göstermektedir (57). Amerika'daki kadınların % 80'inin yılda en azından bir kez sıcak basması yakınmasını yaşadıkları belirlenmiştir (50). Yahya ve Rehan'ın Lahore-Pakistanda yaptıkları çalışmada (2002) ise kadınların % 36.2'sinin sıcak basması, % 38.5'inin uykusuzluk, % 38.5'inin ise depresyon yakınmalarını yaşadıkları tespit edilmiştir (131). İspanya'daki kadınların da (2009) % 45.7'sinde uykusuzluk görülmektedir (86). Orta yaş dönemini yaşayan her kadın için menopoz ve yaşanan semptomları evrensel bir olay olarak değerlendirilirken, menopozun, yaşanan semptomların süresi, şiddeti, sıklığı açısından sosyokültürel faktörlerden etkilendiği göz ardı edilmemelidir (15).

Sindirim Sistemi Değişiklikleri

Östrojen reseptörleri ağız mukozasında bol miktarda bulunmaktadır ve menopozal dönemde östrojenin azalmasıyla birlikte, ağızda kötü tat, ağız kuruluğu ve diş eti hastalıklarına rastlanabilmektedir. Bazen bu belirtilere kolon spazmı ile birlikte distansiyon, konstipasyon veya diyare, hemoroidlerde artış da eşlik etmektedir. Hatta iştahta artma da görülebilir. Postmenopozal dönemde bağırsak mukoza atrofisi, mide sekresyonlarında azalma, gastrik reflü ve safra taşı oluşumu da görülebilir (8). Oğurlu araştırmasında (2008) kadınların % 60.6'sının iştah değişikliği-kilo artışı, % 30.3'ünün konstipasyon-hemoroid yaşadığını saptamıştır (80).

Kilo Değişikliği

Östrojen düzeyindeki değişme metabolizmayı da etkilemektedir. Metabolizmadaki değişim iştahı arttırmakta, yeme alışkanlığındaki değişimler, yaşlanma ile birlikte azalan dinlenme metabolik hız (DMH) ve fiziksel aktivitedeki azalma şişmanlığı ortaya çıkarmaktadır (67). Kuzey Amerika Menopoz Topluluğu da, menopozdaki kilo artışının; yaşlanma, yaşam tarzı, davranış faktörleri, egzersizdeki azalış ve gıda tüketimindeki artış ile yakından bağlantılı olduğunu bildirmektedir (4). Menopoz sonrasında kadınlarda özellikle abdomen tip şişmanlık görülmekte ve menopozda toplam yağ birikimi artmaktadır (70). Altunbay ve Yurdakul araştırmasında (2009) kadınların % 52.4'ünün iştah değişikliği-kilo artışı yaşadığını saptamıştır (2).

Emosyonel Değişiklikler

Menopozla giren kadınlarda, menopozla birlikte nöropsikolojik belirtiler olmaktadır. Bu belirtiler kadının yapısına, sosyokültürel faktöre, egzersiz, diet, etnik faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bu belirtiler: depresyon, uykusuzluk, konfüzyon, hafıza bozukluğu (unutkanlık, verbal hafıza kaybı, endişe, panikleme), beğeni kaybı, sinirlilik, irritabilite, genel isteksizlik, konsantrasyon kaybı, dikkatsizlik, toplumdaki uzaklaşma, güvensizlik, olaylardan çabuk etkilenme, ağlama, ağlama isteği, yorgunluk, halsizlik, iştah değişimleri, kendini değersiz hissetme, instabilite, günü gününe uymamadır (117). Bu belirtileri, menopoz döneminde ortaya çıkan psikososyal ve biyolojik değişiklikler arttırmaktadır.

Menopozla bağlı emosyonel belirtilerin, özellikle de depresif bulguların sıklığında artış görülmektedir (77). Menopoz dönemindeki kadınların % 91'inde irritabilite, sinirlilik, % 86'sında depresyon, % 82'sinde konsantrasyon kaybı, % 81'inde kişilik değişikliği, % 77'sinde uyku bozukluğu, % 77'sinde motivasyon yokluğu, % 75'inde hafıza kusuru saptanmıştır (100). Menopoz döneminde kadınların bu bulguları ağır ve ileri derecede yaşamaları sonucunda yaygın olarak depresyon, anksiyete bozukluğu, distimik bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve uyum bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar yaşadıkları bildirilmektedir (14).

Bu sorunların yaşanması, menopozun algılanması ve menopozal tutum her toplumda farklılık göstermekle birlikte farklı kültürlerde ya da aynı kültür içinde yaşayan kadınlar arasında bile büyük farklılıklar olduğu görülmektedir (54). Keskinoglu ve ark. İzmir'de yapmış oldukları çalışmada (2006) depresyon prevalansını % 10.5 olarak bulurken (65),

Karlıdere ve Özşahin Ankara’da yapmış oldukları çalışmada (2008) huzursuzluk-sıkıntı hissi yaşama oranını % 95.7 bulmuştur (63).

Ürogenital Sistem Sorunları

Alt Üriner sistemin mukozasında, submukozal bağ ve kas dokularında ve vasküler yapılarında bol miktarda östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Menopoz döneminde östrojenin yetersizliği nedeni ile bu dokularda atrofik değişiklikler meydana gelmektedir ve bu da alt üriner sistemin fonksiyonunun bozulmasına neden olur (124).

Vulva: Vulva östrojen yetersizliği karşısında, çok hızlı atrofi gösterir (97). Postmenopozal dönemdeki kadınlarda en sık karşılaşılan semptomlar, vulvada kaşıntı ile devam eden distrofiler’dir ve ilerleyen dönemde vulvada darlıklara neden olmaktadır. Vulvada meydana gelen atrofi vulvar intrepitelyal neoplaziler (VIN) ve skuamöz hücreli kanserlerin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (104).

Vajina: Atrofik vajende önce kollajen ve yağ dokusunun zayıflaması nedeni ile sıvı azalarak vajende kuruluk oluşur, devamında vajen epitelinde incelmeye meydana gelir (118). Östrojenin azalmasına bağlı olarak vajinanın rengi soluklaşır, dokusu zayıflar ve bunların sonucunda esnekliği kaybolur, daralır ve kısalır. Bu da vajinanın çok çabuk travmatize olması anlamına gelir. Vajinada “atrofik vajinit” veya “senil vajinit” adı verilen durum ortaya çıkar. Senil vajiniti olan kadın vajinada kuruluk, yanma hissi, dispareni, kanama, rijidite gibi rahatsızlıklar yaşar (104). Vajen duvarındaki rugalar düzleşir ve mukoza inceler; en küçük bir travmada bile lasere olabilir hale gelir. Beraberinde eşlik eden dispareni sebebiyle cinsel birlikteliğinde giderek azalmasıyla vajinal stenoz kaçınılmaz olur (82). Ayrıca östrojen azlığı, vajinal pH’ı, 3.5 - 4.5’ten 6 – 8’e yükseltir. Alkalin ortam, vajinayı, çok sayıda patojen bakteri istilasına elverişli hale gelmesine neden olur. Vajinit insidansı, postmenopozal dönemde giderek artar (97).

Serviks: Serviksin atrofiye uğramasıyla çapı ve uzunluğu küçülür. Transformasyon zonu (epitel geçiş sınırı) servikal kanalın içine doğru girer ve dışarıdan bakıldığında görülmez. Serviks kanserlerinin en sık görüldüğü yerde meydana gelen bu durum, kolposkopik incelemede sıkıntı yaratabilir (104).

Uterus: Uterus, endometrium ve myometrium atrofiye uğrar. Atrofiye uğrayan uterusun ağırlığı 30 – 35 grama kadar düşer. Myometriumda görülen atrofi sonucu myomlarda da atrofi

görülebilmektedir. Endometriumdaki atrofi sonucu ise damarlarında sklerotik değişimler meydana gelir (104).

Tuba Uterinalar: Tuba uterinalar da atrofiye uğrar. Uzunlukları ve çapları küçülmesiyle lümenleri daralır, sekresyon ve hareket yetenekleri azalır. Siliyer yapıların şekil ve fonksiyonları bozulur (104).

Pelvis: Pelvisin tabanında yer alan kasların ve ligamentlerin tonüs ve esnekliği kabolur, bu yüzden pelvisin pelvik organları yerinde tutabilme özelliği azalır. Sonuçta pelvis elastikiyeti azalır, sistosel, rektosel, enterosel ve uterus prolapsusu gibi tablolar oluşur (46).

Üriner Sistem: Menopoz dönemindeki kadınlarda üretra ve mesane mukozalarında atrofi olur, vasküler yapı ve bağ dokusu zayıflar ve sonuçta üretral sendrom, stres inkontinans, urge inkontinans ve ilerleyen dönemlerde atrofik daralmalara bağlı idrar yapma güçlükleri ortaya çıkar. Üretral sendroma eşlik eden diğer bulgular ise; dizüri, pollaküri, inkontinans ve noktüridir (48). Pelvis tabanındaki değişikliklere ve kardinal bağ dokusunun zayıflaması sonucu stres inkontinans görülebilir (20). Şentürk ve Kara yapmış oldukları araştırmada (2010) kadınlar arasındaki üriner inkontinansını % 45.3 olarak saptamışlardır (106).

Saç ve Derideki Değişimler

Over hormonlarının azalması ve androjen seviyelerinin artması saç ve cilt bozukluklarına neden olmaktadır (121). Menopozun başlamasıyla değişen hormon seviyeleri hücresel düzeyde değişiklikler meydana getirir. Elastik konnektif dokuların hücre bölünmelerinde yavaşlama, hücrelerin atrofiye uğraması, hücrelerin dejenere olması ve doku onarımındaki azalma bu değişiklikleri temsil etmektedir. Derideki bu değişimler klimakterik dönem boyunca devam etmektedir (130).

Menopoz döneminde östrojen ve progesteron hormonlarının salgısının azalması, yumurtalık foliküllerinin tükenmesi saç ve cildi etkilemektedir. Örneğin dermis ve epidermisteki östrojen reseptörlerinin bol olması, menopoz dönemindeki hormon değişikliklerinin deriyi belirgin ölçüde etkileyeceği anlamına gelmektedir. Menopoz sonrası kadınlardaki cilt kuruluğu, ince kırışıklıklar, deride incelme, cilt nemi ve yağında azalma, tırnaklarda kırılma ve ciltte oluşan yaraların geç iyileşmesi gibi cilt sorunlarının nedenleri östrojen yoksunluğu, yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarının yavaşlamasıdır. Bu sorunların artmasında ise sigara içme, beslenme, kronik hastalıklar ve yaşam tarzı gibi faktörler rol oynamaktadır (88).

Menopozda iki majör saç değişikliği olmaktadır. Bunlar: saç dökülmesi (alopesi) ve hirsutizmdir (121). Menopozdan sonra incelmeye başlayan epidermin kalınlığı % 1 oranında azalırken, kollajen miktarı da azalmaktadır. Epidermal kıvrımlar ve dermal papillalar kaybolmaktadır. Bununla birlikte saçlı deri ve vücutta kıl foliküllerinin yoğunluğu azalır (120). Yine östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı olarak sex hormonu bağlayan globülin düzeyi (SHBG) azalır ve bu da serbest testestron düzeyini arttırarak kıllanmaya yol açmaktadır. Dudak üstü ve çenede kıllanma, pubik ve aksiler kıllarda incelmeye gözlenmektedir (130). Saç telinin gelişimi ve büyüme hızında azalmayla birlikte aşırı saç kaybı olmaktadır (64). Kadınların % 65.6'sı saç ve tüylerde dökülme sorunu yaşadığını belirtmişlerdir (27).

Merkezi Sinir Sistem Sorunları

Östrojen hormonu birçok organ ve dokunun gelişimini etkilediği gibi merkezi sinir sisteminin organizasyonunu ve gelişimini de etkilemektedir. Yapılan otoradyolojik çalışmalar, hipofiz, hipotalamus, limbik ön beyin ve serebral korteksin bazı lokalizasyonlarında östrojen özel nükleer reseptörlerinin varlığını ortaya koymuştur. Östrojenler, serotonin dahil bir çok nörotransmitter aminlerin konsantrasyonlarını değiştirerek beyin biyokimyasını etkilemektedir. Östrojenin azalması, beyin hücre sayısının azalmasına, kısa süreli hafıza kayıplarına, görme, tat alma duyma, koku duyularının zayıflamasına neden olmaktadır (42, 80, 84). Çakıl çalışmasında (2010) kadınların % 74.9'unun unutkanlık yaşadığını (26), Çelikkanat çalışmasında (2012) kadınların % 91'inin unutkanlık yaşadığını (28), Erdem çalışmasında kadınların (2006) % 38.1'inin dikkat dağınıklığı yaşadığını saptamıştır (42).

2.6.2. Uzun Süreli Sorunlar

Kas – İskelet Sistemi

Menopoz döneminde görülen kas-iskelet sistemi sorunları; kas ağrısı, eklem ağrısı, vücut hacminde eksilme, kemik kırıkları, hareket esnekliğinde ve tüm motor hareketlerde azalma olarak ortaya çıkmaktadır.

Kemik hücrelerinde bulunan östrojen reseptörlerinin kemik metabolizmasındaki emilimi bastırma ve kemik yapımını arttırma etkisi vardır. Menopoz öncesi kemik kütleini koruyan östrojen, kemikleri şu mekanizmalarla etkiler:

- İntestinal kalsiyum emilimini artırır ve idrarla kalsiyum kaybını azaltır.

- Kalsitonin yapımını stimüle ederek kemiklerden kalsiyum çekilmesini önler.
- Dolaşım sistemindeki vitamin D aktif formunu yükseltir (98).

20-30'lu yaşlarda pik yapan kemik kütlesi en yüksek seviyeye erişmektedir ki bu aşamada kemik yapımı ve yıkımı dengededir (48). Kırk yaşlarından sonra ise yılda % 0,5 oranında bir kayıp başlar. İlerleyen yaşlarda kemik kütlesindeki kaybın daha hızlı olduğu görülmektedir ve kadınların birçoğunda osteoporoz görülür. Kadınlarda, östrojen azalması ile kalsiyum geri emilimi başlar ve menopozdan sonra ilk 6 yıl ortalama kemik kaybı (osteoporoz) % 3,9 bunu izleyen yıllarda ise % 1 dolaylarındadır (52). Postmenopozal dönemdeki kadınlar ilk 20 yılda kemik kütlelerinin % 75'ini kaybeder ancak bu kaybın, ilk 3-6 yıllık sürede daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu kaybın % 52-66'ı kadarı östrojen eksikliğine bağlı iken geri kalanı yaşlanmaya bağlıdır. Ayrıca bu kayıp fraktür riskinin artmasına neden olur (87).

Osteoporoz, kemiklerin incilmesi, zayıflaması ve kırılmasını temsil eden ve dünyada en sık görülen bir iskelet sistemi hastalığıdır (122). Osteoporozun ilk belirtisi genellikle vertebral kemiklerdeki çökmeye bağlı boy kısalması ve özellikle sırtın alt kısmında görülen sırt ağrısıdır. Kayıpların devam etmesiyle birlikte kemikte kırıklar oluşmaya başlar (39). İlk kırıklar, genellikle trok-lomber vertebralarda görülür. Hafif bir yük kaldırma sonucu ani başlayan bel ve sırt ağrısı ile kendini gösterir (16). Ayrıca düşmelere bağlı distal radius ve ulna kırıklarına sık rastlanır. Osteoporotik kırıklar büyük bir toplum sağlığı sorunudur. Dünya nüfusunun yaş ortalamasının gittikçe artmasına paralel olarak kadınların yaşamlarının önemli bir kısmını menopoz ve sonrası dönemde geçirmeleri, osteoporoz görülme sıklığını da arttırmaktadır. Bu durumun da hasta ve toplum için maddi manevi büyük bir yük oluşturması kaçınılmazdır (55). Çelikkat yapmış olduğu çalışmada (2012) kadınların % 98.9'unun eklem ve emik ağrıları yaşadığını tespit etmiştir (28).

Kardiyovasküler Sorunlar

Üreme dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler sorun yaşama ihtimali, aynı yaş grubundaki erkeklerden daha azdır ancak bu risk postmenopozal dönemdeki kadınlarda artmaktadır (12). Menopoz öncesi yüksek olan östrojen seviyesi, lipid metabolizması üzerine etki ederek kadınları kardiyovasküler sorunlardan korur. Tabiki her zaman yeterli olmayabilir. Çünkü kardiyovasküler hastalık riskini arttıran başka nedenler de vardır, bunlar; yaş, aşırı

kilo, sigara-alkol kullanımı, diyabet, dengesiz beslenme, sedanter bir yaşam, kan basıncı ve kolesterol düzeylerinde yükselme ve genetik faktörlerdir (52).

Östrojenler lipit ve lipoproteinler üzerindeki vasküler direnci azaltarak, LDH (Düşük Dansiteli Lipoprotein) reseptörlerini indükler, kolesterolü parçalayan hepatik lipazı baskılar ve böylece HDL (Yüksek Dansiteli Lipoprotein) düzeyini arttırıp LDL düzeyini düşürerek kardioproteksiyon etki oluşturur. Östrojenin sayesinde yüksek seviyede olan HDL bu korunmada etkili bir faktördür. Menopoz öncesi dönemi kadınlarda HDL seviyeleri ortalama 55 mg/dl iken, aynı yaş grubu erkeklerde ortalama 45 mg/dl'dir (81). HDL, kolesterol ve trigliseritlerin karaciğere gelip metabolize olmasını sağlar. LDL ise uzun ömürlü lipoprotein partikülleri olup vücut dokularının kolesterol kaynağı görevini üstlenmiştir. LDL'nin yüksek olması kardiyovasküler açıdan risk faktörü olarak kabul edilmektedir (12). Postmenopozal dönemde total kolesterol %6, trigliseritler %11, LDL kolesterol %8 oranında artarken, HDL kolesterol düzeyi ise %7 oranında azalmaktadır (81).

2.7. Menopozal Dönemdeki Kadınların Menopoz Semptomlarıyla Baş Etme Yöntemleri

Kadınlar yaşamlarının önemli bir kısmını menopoz ve sonrası dönemde geçirmektedirler (44). Menopoza bağlı değişikliklere her kadının verdiği tepki farklı olduğu gibi baş etme yöntemleri de farklı olabilmektedir (17). Menopoza dair semptomlarla baş etmede büyük ölçüde sosyo-kültürel çevre ve yaşam biçiminden etkilenilmektedir (96).

Menopoz dönemindeki kadınlar, menopoz dönemini rahat geçirmek ve yakınmalarla baş etmek için değişik tedavi yöntemleri ararlar. Bazı kadınlar, hormon replasman tedavisini (HRT) tercih ederken, bazıları alternatif tedavilere yönelirler, bazıları hem alternatif tedaviyi hem de HRT'yi uygularlar, bazı kadınlar ise bu dönemi yakınmalarına yönelik hiçbir şey yapmadan geçirirler (113).

Menopozla ilgili semptomlarla mücadele etmede yaygın olarak kullanılan tıbbi tedavi Hormon Replasman Tedavisi (HRT)'dir. Hormon Replasman tedavisinin amacı östrojene yanıt veren dokulardaki etkileri geriye çevirerek menopoz sonrası kadının yaşam kalitesini korumaktır (105). Kabukçu çalışmasında (2000) kadınların % 35.7'sinin HRT kullandığını ve HRT kullanmanın büyük ölçüde kadınların menopozal yakınmalarına iyi geldiğini saptamıştır (58). HRT'nin yanı sıra alternatif tedaviler de gün geçtikçe tercih edilmeye başlanmıştır (61).

Klimakterik dönemde alternatif tedavi arayışında olan kadınların tercih ettikleri yöntemler arasında akupunktur, yoga, rahatlama hareketleri, manipülasyon teknikleri, meditasyon, egzersiz, homeopati, geleneksel Çin ilaçları, doğal östrojen kaynakları, diyet, vitaminler ve minareller yer almaktadır (22, 23).

Menopoz döneminde kadının yaşadığı fiziksel ve psikolojik sıkıntılar karşısında neler yapması gerektiğini bilmesi, etkili baş etme yöntemlerini kullanabilmesi kadının bu dönemi sağlıklı geçirebilmesi için önemlidir (132). Yapılan çalışmalara baktığımızda menopoz dönemindeki kadınların etkili baş etme yöntemlerini bilmediklerini, bu konuda yeterince sağlık hizmeti ve bilgi almadıklarını görmekteyiz. Yurdakul ve ark. yapmış oldukları çalışmada (2007) kadınların sadece % 12'sinin düzenli egzersiz (yürüyüş) yaptığını (132), Özgür ve ark. yapmış oldukları çalışmada (2010) kadınların % 77.5'inin menopozal semptomlarla baş etme davranışı göstermediğini ve % 82.5'inin aileden yardım almadığını (83), Nehir ve ark. yapmış oldukları çalışmada (2006) kadınların sadece % 29.3'ünün menopozal semptomlarla baş etmede sağlık personeline yardım aldığını ve % 20.4'ünün yakınmaları için ilaç/bitki kullandığını tespit etmişlerdir (79).

2.8. Menopozal Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Bakış Açıları

Kadınların menopoza dair bakış açıları sosyo-kültürel yapı ile paralel bir yol izlemektedir. Menopoz objektif ölçülebilir değişiklikler gösteren bir süreç olmasına rağmen menopoza ilişkin bakış açıları toplumdan topluma ve bireyden bireye farklılıklar gösterebilmektedir. Özellikle toplumsal kültür, gelenek ve görenekler, toplumun kadına ve yaşlılığa verdiği değer, kadının yaşam felsefesi ve genel sağlık durumu gibi faktörler menopoza bakış açısını etkilemektedir (36). Ülkemizde genelde kültürün, doğurganlığa verdiği önem doğrultusunda menopoza ilişkin tutumlar olumsuzlaşmaktadır (66). Geleneksel toplumlarda yaş ile birlikte kadının statüsü yükselir ve olgunluk kadına yeni bir güç verirken kadınlıkla doğurganlık özdeş tutulmakta ve menopoz kadınlığın da sona ermesi olarak algılanmaktadır (132). Kadınların menopoz ifadelerine bakıldığında yaklaşık üçte birinin (%33.2) menopozu “üretkenliğin bitmesi” olarak algıladıkları belirlenmiştir. Kadınlar tarafından en fazla belirtilen diğer menopoz ifadeleri “yaşlandığını hissetme” ve “kadınlık özelliğinin kaybı”dır (sırasıyla %23.9, %20.6) (83). Çin ve Japonya'da menopoz dönemi sorunları daha az görülmektedir (99). Avrupa ülkelerindeki kadınlar ise menopoz dönemi ve

bu dönemdeki değişiklikleri yaşlılığın bir işareti, güç, güzellik ve doğurganlığın kaybı olarak algılamaktadırlar (62).

Bazı kadınlar, menopoz ile birlikte ortaya çıkan üreme yeteneği kaybını, seksüel ilişkinin kesilmesine bir işaret olarak algılayabilmektedir (18). Bazı kadınlar için ise menopoz; bir kayıp olarak değil, gebelik korkusundan, menstruasyonun rahatsızlığından, kontrasepsiyon sıkıntısından bir kurtuluş olarak algılanabilmektedir. Hayatlarının en önemli görevini çocuk doğurmak olarak gören kadınlar için ise menopoz, bir “son”u sembolize etmektedir. Literatürde, Orta yaş Krizinin (Midlife Crisis) ortaya çıkmasındaki en önemli nedeninin, menopozun “yaşlanma” olarak algılanması olduğu belirtilmektedir. Batı kültüründe, yaşam tecrübesinin kazandırdığı bilgeliğin değeri olmadığı için yaşlılar; statü, fonksiyon ve rol kaybının sıkıntısını yaşamaktadır. Yaşlılıkla birlikte kadınların statü kazandığı ülkemizde ve diğer bazı kültürlerde (Hindistan, Uzakdoğu v.b.) yaşamdan kazanılan bilgiler, gençlik değerlerinden daha önde tutulmaktadır (44).

Yapılan çalışmalar ışığında menopoz, orta yaş dönemi için evrensel bir olay olarak değerlendirilirken, menopozun sosyokültürel faktörlerden etkilendiği göz ardı edilmemelidir (15). Menopoz, pek çok kadının genelde yaştan kaynaklanan rol, sorumluluk ve ilişkiler değişimini yaşadığı ve çocukların bağımsızlığını kazanıp, evden ayrıldığı bir dönemde ortaya çıkar. Anılan değişimler bazı kadınlarda, kimliklerini, kendine olan güvenlerini, aile ilişkilerini ve sosyal yaşamlarını etkileyerek önemli ölçüde stres yaratıcı durumlara neden olmaktadır. Bir başka grup için ise, bu olaylar farklı sorumluluk getiren ilişkiler ve olumlu psikolojik gelişmeler için yeni fırsatlar anlamına gelmektedir. Bu nedenle menopoz, kadının hayatında sadece biyolojik değişimler değil aynı zamanda bunun yanında oluşan sosyal ve psikolojik değişimler nedeniyle de kritik bir geçiş dönemidir (15, 17, 44).

2.9.Menopozal Semptomlarla Baş Etmede Hemşirelik Yaklaşımları

Yaşamın bir dönemi olan menopoz, hastalık olarak değerlendirilmemelidir (110). Sağlık ekibinin profesyonel birer üyesi olan hemşireler, kadınların menopoz dönemine ait sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır ve bu dönemde kadına karşı duyarlı olmalı, yaptığı danışmanlıkla kadını desteklemeli ve yol gösterici olmalıdır (132). Hemşirelik hizmetlerinin uygulanabilir ve verimli olabilmesi için; sağlığı geliştirme stratejileri ve programlarının, değişik sosyal,

kültürel ve ekonomik sistemler göz önüne alınarak tek tek ülkelerin ve bölgelerin yerel gereksinimleri ve olanaklarına uygun olmalıdır (108). Hemşireler bu işlevleri yerine getirirken danışman, eğitici, araştırmacı ve yönetici rollerini aktif olarak kullanmalıdırlar (11).

2.9.1. Vazomotor Değişikliklerde Hemşirelik Yaklaşımları

Yaşanılan vazomotor değişikliklerle baş etmede hemşirelik yaklaşımları şunlardır (42, 71):

- Sıcak basması sırasında vantilatör açmak, duş almak ve vücudun belli yerlerine buz uygulamak v.b. uygulamalar öğretmek.
- Rahat bir yere oturarak derin ve yavaş nefes alıp verilmesini sağlamak.
- Sıcak basmasının kontrol edilmesini öğretmek(soğuk suda yüzdüğünü hissetme).
- Sıcak ve kalabalık ortamlardan uzak durulması gerektiğini anlatmak.
- Gece uyurken oda sıcaklığının 18 derece olmasını sağlamak.
- Günlük tutulmasını sağlamak (vazomotor semptomların nerede, hangi aktiviteyi gerçekleştirirken olduğu ve ne kadar sürdüğü, hangi besin ya da içecek alımından sonra olduğunun tespiti)
- Diyetle günlüğe uygun beslenme programının oluşturulmasını sağlamak.
- Düzenli olarak E vitaminin alınmasını sağlamak.
- Günlük 6–8 bardak su içilmesini sağlamak.
- Alkollü, baharatlı ve kafeinli içeceklerden uzak durulmasını anlatmak.
- Kilonun korunması ve gerekirse kilo verilmesini sağlamak.
- Düzenli olarak egzersiz yapılmasını sağlanmak.
- Kan glikoz düzeyinin normal düzeyde sürdürülmesini sağlamak.
- Uygun pamuklu ya da ipek iç çamaşırlarının giyilmesini sağlamak.
- Giysilerin sıkmayan ve kolayca çıkarılabilir özellikte olmasını sağlamak.
- Stresörlerin ve onlarla başa çıkma yollarının tespit edilmesini sağlamak.
- Heyecandan uzak kalınmasının gerekliliğini anlatmak.

2.9.2. Derideki Değişimlerde Hemşirelik Yaklaşımları

Derideki değişimlerle baş etmede hemşirelik yaklaşımları şunlardır (1, 42):

- Cilt bakımının önemini kavranmasını sağlamak.

- Düzenli egzersiz yapılmasını sağlamak.
- Sağlıklı beslenmenin gerekliliğini anlatmak.
- Bol su tüketilmesini sağlamak.
- Farklı saç kesimi, boyama ve canlı bir sosyal yaşantının önemini anlaşılmasını sağlamak.
- Diyetle E, B, A ve C vitaminlerine ağırlık verilmesinin gerekliliğini anlatmak.
- Yağlı kremlerle cilde bakım yapılmasını sağlamak.
- Sigara içilmemesi konusunda eğitim vermek.
- Güneşten korunulması gerektiğini anlatmak.
- Banyonun ılık su ile yapılması gerektiğini söylemek.
- Banyodan sonra vücut yağı kullanılabileceğini anlatmak.
- Sık sık nemlendirici krem kullanılmasını sağlamak.
- Kullanılan kozmetiklerin nemlendirici içerikli olanlarının tercih edilmesinin gerekliliğini anlatmak.
- Pamuklu giysilerin tercih edilmesini sağlamak.
- Tüyenme için lazer veya epilasyon tercih edilmesini sağlamak.
- Lekeleri yok etmek için lazer, dondurma tekniği veya elektrik akımı gibi tekniklerin kullanılmasını sağlamak.

2.9.3. Ürogenital Sistem Değişikliklerinde Hemşirelik Yaklaşımları

Ürogenital sistem değişiklikleriyle baş etmede hemşirelik yaklaşımları şunlardır (37, 71, 93):

- Üriner enfeksiyonu önlemek için pamuklu iç çamaşırı giyilmesi, dar iç çamaşırı kullanılmamasını sağlamak.
- Üriner sistem enfeksiyon belirtilerinin öğrenilmesini sağlamak.
- Genital hijyenin önemini kavranılmasını sağlamak.
- Defekasyon sonrası perinenin önden arkaya doğru temizlenmesi davranışını kazandırmak.

- Pelvik organları desteklemek ve üriner inkontinansı azaltmak için günlük 6–8 kez Kegel egzersizlerinin tekrarlanılmasını sağlamak.
- Kafein, yapay tatlandırıcılar, bazı meyve suları gibi mesane ve üretra irritasyonunu artıran gıdalardan uzak durarak üriner inkontinans riskinin azaltılmasını sağlamak.
- Su ve taze meyve suyu alımını artırarak ve bol yürüyerek konstipasyon oluşumunun engellenmesini sağlamak.
- C vitamini, kızılçık, kuşburnu (idrar asiditesini arttırır) ve yoğurt tüketilmesini sağlamak.
- Genito-üriner dokuya kan akımının artışı sağlamak için cinsel aktiviteye devam edilmesinin gerekliliğini anlatmak.
- Cinsel ilişki öncesi ve sonrası vajinal lavaj uygulamaktan kaçınılmasının gerekliliğini anlatmak.
- Vajinal ıslaklığı artırmak için lubrikantlar kullanılabileceğini anlatmak.
- Disparoniye azaltmak için uygun cinsel pozisyonun bulunmasını sağlamak.
- Cinsel fonksiyonlar kişiler arası ilişkilerden ve psikolojik faktörlerden etkilenen karmaşık bir süreçtir. Cinsel istek hakkında çiftlerin konuşmaları çok büyük önem arz etmektedir. Beden imajı, genel sağlık durumu, aile ve iş hayatı ile ilgili sorunlar da cinsel isteği etkilemektedir. Kadının eşinin sağlığı ve cinsel performans eksikliği de kadının cinsel isteğini etkileyen faktörler arasındadır. Bu nedenle detaylı cinsel öykü almak, kadınların soru sormalarına ve cevap vermelerine izin verilmek, kadının engellerini ve hayal kırıklıklarını açıklamasına fırsat vermek.

2.9.4. Kas – İskelet ve Kardiyovasküler Sistem Değişikliklerinde Hemşirelik Yaklaşımları

Kas – iskelet ve kardiyovasküler sistem değişiklikleriyle baş etmede hemşirelik yaklaşımları şunlardır (24, 71):

- Kadınlara kalsiyum yönünden zengin ya da kalsiyumla zenginleştirilmiş gıdalar tüketmeleri gerektiğini belirtmek. Ayrıca diyetlerine D, E, B vitaminlerini eklemeleri gerektiğini belirtmek.
- Yağlı ve karbonhidratlı besinlerin zararını anlatmak.
- Protein kaynağı olarak bitkisel protein ve besinlerin tüketilmesini sağlamak.

- Sebze ve meyve ağırlıklı beslenilmesinin önemini vurgulamak.
- Kronik hastalıkların gelişme riskini daha doğru ve güvenilir şekilde tahmin edebilmek için özellikle bölgesel obezite açısından bilgi sahibi olmak.
- Hekim kontrolünde kalsiyum eksikliği için ilaç alma hakkında bilgilendirmek.
- Sigara, alkol ve kafein alımı ile kalsiyum mekanizması arasındaki ters orantıyı, yürüme, hafif egzersiz, yüzme gibi aktiviteler ile kalsiyum mekanizması arasındaki doğru orantıyı kadınlara açıklamak.
- Kadınların düzenli aerobik ve kaldırma egzersizleri yapmaları sağlanarak yeniden kemik formasyonu oluşmasına katkıda bulunmak.
- HRT, östrojen replasman tedavisi, oral kontraseptif, selektif östrojen reseptör modülatörleri, raloksifen, bifosfonatların reçete ile kullanılmasının kemik kaybını önlemeyi ya da kaybın geri dönmesini sağlayabileceği hakkında bilgi vermek .

2.9.5. Emosyonel Sorunlarda Hemşirelik Yaklaşımları

Emosyonel durumlarla baş etmede hemşirelik yaklaşımları şunlardır (8, 103) :

- Kadınlar için hassas bir dönem olan menopoz döneminde, aile desteği, sevilme, sayılma, takdir edilme ve hatırlanmanın önemini diğer aile bireylerine anlatmak.
- Kadınların, olumsuz düşüncelerini dağıtacak faaliyetlerde (kurs, dernek, akrabaları ziyaret, kitap okuma...vb) bulunmasını sağlamak.
- B, C, E vitaminlerinden zengin beslenilmesini sağlamak.
- Kendisine sıkıntı yaratan durumları listeleyip çözümlene yönteminin kazandırılmasını sağlamak.
- Düzenli egzersiz yapılmasını sağlamak.
- Kendine zaman ayırmanın gerekliliğini anlatmak.
- Kişisel bakıma önem vermenin mutlu edeceğini hatırlatmak.
- Sigara, alkol gibi kötü alışkanlıklardan uzak durulması konusunda eğitim vermek.
- Stresi ve üstesinden gelme tekniklerini yönetme konusunda bilgilendirmek.
- Düzenli uykunun faydasını anlatmak.

2.9.6. Merkezi Sinir Sistem Değişikliklerinde Hemşirelik Yaklaşımları

Merkezi sinir sistem sorunlarıyla baş etmede hemşirelik yaklaşımları şunlardır (24):

- Beyin jimnastiği yapma davranışını kazandırmak.
- Küçük not defteri taşıma alışkanlığını kazandırmak.
- B, C, E vitaminlerine diyetle yer verme alışkanlığını kazandırmak. Düzenli uykunun gerekliliğini vurgulamak.
- Dinlenmek için kendine zaman ayırmanın gerekliliğini anlatmak.
- Sigara, alkol gibi kötü alışkanlıklardan uzak durma konusunda eğitim vermek.
- Doymuş yağlardan muhakkak uzak durulmasının gerekliliğini anlatmak.



3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, menopoz dönemindeki kadınların, menopoza ilişkin sorunları, baş etme yolları ve bakış açılarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Şanlıurfa Merkez 04 Nolu Bağlarbaşı Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede yapılmıştır. Bölgede üç aile hekimi ve üç aile sağlığı elemanının görev yaptığı 04 Nolu Aile Sağlığı Merkezi ve Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi yer almaktadır. Ancak hastanede menopoz polikliniği mevcut değildir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa İli Bağlarbaşı Mahallesi'nde yaşayan 45-88 yaş arası grubundaki 1001 kadın oluşturmaktadır.

Araştırmaya, menopoza girmiş (en az son bir yıldır adet görmeyen) kadınlar alınmıştır.

Örneklem seçimi, 30 küme örneklem tekniği kullanılarak yapılmıştır. Her kümede 10 kişi olmak üzere toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır. Başlangıç noktası olarak basit rasgele yöntemle 30 sokak belirlenmiş, seçilen her sokakta başlangıç noktası olarak sokak başındaki üçüncü haneden başlanılmış ve 10 kişi tamamlanincaya kadar sağ taraftan devam edilmiştir.

30 Küme örneklem tekniği, ilk olarak DSÖ tarafından çocuklara uygulanan bir aşının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. DSÖ'nün saha çalışmalarında önerdiği ve halen birçok ülkede kullanılan bir tekniktir. Bu teknik uygulama kolaylığı sağlayan; basit ve yalın bir yöntemdir. Fakat bu teknik, kabul edilemez sayıdaki küçük gruplarda yanlış saptamalara neden olabilir.

İki basamaklı bir örnekleme sistemidir. 1. basamakta örnekleme başlamadan önce daha küçük, birbiri içine girmeyen subpopülasyonlar oluşturulur. Bu subpopülasyonlara küme adı verilir, muhtemel örneklem büyüklüğü 30 tane küme içine yerleştirilir. 2. basamakta ise önceden belirlenmiş büyüklüğe ulaşacak biçimde kümeler rasgele yöntemle seçilir (115).

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örnekleme giren kadınlar arasında Türkçe bilmeyenler olduğunda iletişimi sağlamak için çevirmenden yardım alınmıştır.

Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Bu nedenle cinsellik gibi bazı mahremiyet içeren konularda tam doğru bilgi verilmemiş olabilir.

Araştırmacının çalışma koşulları ve ulaşım sorunu nedeniyle tek bir bölgede çalışılması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Bu nedenle bu çalışma Şanlıurfa'ya genellemez.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kadınların bireysel özelliklerini tanımlayan onbeş adet soru, ikinci bölümde menopoza ilişkin bakış açılarını belirleyen dört soru ve üçüncü bölümde menopozda yaşanan sağlık sorunlarıyla baş etme yollarını belirleyen kırkdört soru yer almaktadır.

3.5.2. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi amacıyla 01.02.2013 - 08.02.2013 tarihleri arasında Şanlıurfa İli Bağlarbaşı Mahallesiinde yaşayan 30 kadın ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edilmiştir.

3.5.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın uygulama aşaması Şubat-Temmuz 2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hazırlanmıştır. Araştırmacı haftada üç gün 09:00- 17:00 saatleri arasında, Bağlarbaşı Mahallesiinde bulunmuştur. Çalışmanın amacı kadınlara açıklanmıştır. Bilgilendirilmiş onam formu okutularak yazılı onamları alınmıştır (Ek II). Görüşmeler ortalama 35-45 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan ayrıca İl Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼'nden yazılı izin (Ek III) ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden bilgilendirilmiş yazılı onam (Ek II) alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, y¼zdelik hesaplaması yapılmıştır.

Araştırmada bağımlı değişken menopoza ilişkin sorunlar, baş etme y¼ntemleri ve bakış açılarıdır. Bağımsız değişkenler ise sosyo-demografik özelliklerdir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

n=300

Yaş Grupları	n	%
45-54 yaş	58	19.3
55-64 yaş	114	38.0
65-74 yaş	78	26.0
75 yaş ve üzeri	50	16.7
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	269	89.7
Okur-yazar	28	9.3
İlkokul	3	1.0
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	297	99.0
Çalışan *	3	1.0
Medeni Durumu		
Evli	130	43.3
Bekar / Eşi hayatta değil / Boşanmış	170	56.7
Eşin Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	139	46.3
Okur-yazar	96	32.0
İlkokul	53	17.7
Ortaokul	7	2.3
Lise	5	1.7
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	291	97.0
Yok	9	3.0
Çocuk Sayısı (n = 291) **		
1-4	37	12.7
5 ve üzeri	254	87.3

Tablo 4.1.'in devamı		
Sağlık Güvencesi	n= 300	
Var	293	97.7
Yok	7	2.3
TOPLAM	300	100.0

* Emekli sayısı, çalışan grubuna dahil edilmiştir ve emekli sayısı 1 kişidir.

** Sayı ve yüzdeler çocuğu olan kadınlar üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1'de kadınların bazı sosyo- demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların % 38'inin 55-64 yaş grubunda olduğu, % 89.7'sinin okur-yazar olmadığı, % 99'unun çalışmadığı, % 56.7'sinin evli olmadığı, evli olanların % 46.3'ünün eşinin okur-yazar olmadığı, % 97.7'sinin sağlık güvencesi olduğu, % 97'sinin çocuk sahibi olduğu ve % 87.3'ünün çocuk sayısının 5 ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Kadınların Menopoza İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

n= 300

Menopoz Yılı	Sayı	%
1 yıldan az süre önce	27	9.0
1-3 yıl önce	33	11.0
4-6 yıl önce	40	13.3
7-9 yıl önce	32	10.7
10 ve daha fazla süre önce	168	56.0
Menopoza yönelik bilgi alma		
Alan	2	0.7
Almayan	298	99.3
Menopoza yönelik aldığı bilginin kaynağı n=2*		
Komşu, arkadaş ve akraba	2	100.0
Menopoza yönelik tedavi		
Alan	12	4.0
Almayan	288	96.0
Menopoza yönelik aldığı tedavi n= 12**		

Tablo 4.2.'nin devamı		
Hormon ilacı	5	41.7
Kalsiyum ilacı	7	58.3
Toplam	300	100.0

* Sayı ve yüzdeler menopoza yönelik bilgi alan kadınlar üzerinden alınmıştır.

** Sayı ve yüzdeler menopoza yönelik tedavi alan kadınlar üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2' de araştırma kapsamına alınan kadınların menopoza ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo 2'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan kadınların % 56'sının menopoz yılı 10 yıl ve üzerindedir. Kadınların % 99.3'ünün menopoza yönelik bilgi almadığı saptanmıştır. Bilgi aldığını ifade eden kadınların tamamı ise edindikleri bilginin kaynağının komşu, arkadaş ve akraba olduğunu belirtmiştir. Kadınların menopoza yönelik tedavi alma durumlarına bakıldığında % 96'sının menopoza yönelik tedavi almadığı görülmüştür. Menopoza yönelik tedavi alan kadınların % 58.3'ü kalsiyum ilacı kullanırken, % 41.7'si hormon ilacı kullanmaktadır.

Tablo 4.3. Kadınların Menopoz Dönemine Özgü Yaşadıkları Sorunların

Dağılımı

n=300

Sağlık Sorunları	n	%
Vazomotor sorunlar *		
Sıcak basma	134	44.7
El ve ayaklarda uyuşma - karıncalanma	229	76.3
Gece terleme	123	41.0
Baş ağrısı	211	70.3
Boğulma hissi	156	52.0
Dikkat dağınıklığı	190	63.3
Emosyonel durum *		
Hüzünlenme	250	83.3
Huzursuzluk – sinirlilik	219	73.0
Ağlama nöbetleri	71	23.7
Korku-panik hissi	206	68.7
Merkezi sinir sistemi ile ilgili sorunlar *		

Tablo 4.3.'ün devamı		
Unutkanlık	190	63.3
Saç ve deri ile ilgili sorunlar *		
Saç ve tüylerde dökülme	140	46.7
Deride lekelenme	28	9.3
Deride kuruluk ve kasıntı	99	33.0
Kıllanma	14	4.7
Kas-iskelet sistemi ile ilgili sorunlar *		
Eklem ve kemiklerde ağrı	228	76.0
Kardiyovasküler sistem ile ilgili sorunlar *		
Heyecanlanma	206	68.7
Kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi	226	75.3
Ürogenital sistem ile ilgili sorunlar *		
Üriner enfeksiyon	53	17.7
Üriner inkontinans	161	53.7
Disparoniye bağlı cinsel isteksizlik	31	10.3
Gastrointestinal sistem ile ilgili sorunlar *		
Konstipasyon	226	75.3
Uyku düzeni ile ilgili sorunlar *		
Uykuya dalmada güçlük / Uzun süre uyuyamama / Erken uyanma	216	72.0

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3'te araştırma kapsamına alınan kadınların menopozal döneme özgü yaşadıkları sorunların dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi kadınların yaşadığı vazomotor sorunlar arasında en çok % 76.3 oranla “el ve ayaklarda uyuşma-karınalanma”, emosyonel durumda % 83.3 oranla “hüzünlenme”, merkezi sinir sisteminde % 63.3 oranla “unutkanlık”, saç ve deri ile ilgili sorunlarda % 46.7 oranla “saç ve tüylerde dökülme”, kas-iskelet sisteminde % 76 oranla “eklem ve kemiklerde ağrı”, kardiyovasküler sistemde % 75.3 oranla “kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi”, ürogenital sistemde % 53.7 oranla “üriner inkontinans”, gastrointestinal sistemde % 75.3 oranla “konstipasyon”, uyku düzeni ile ilgili

sorunlarda % 72 oranla “uykuya dalmada güçlük / uzun süre uyuyamama / erken uyanma” olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4 Kadınların Vazomotor Sorunlar İle Baş Etme Yollarının Dağılımı

Baş etme Yolları *		
Sıcak Basma	n = 134	%
Sıcak ortamdan uzak durma	66	49.3
Isınan bölgelere soğuk uygulama yapma	28	20.9
Kolay çıkarılabilecek giysiler tercih etme	19	14.2
Herhangi bir uygulama yapmama	15	11.2
Rahat bir yere oturarak derin ve yavaş nefes alıp verme	8	5.9
Diğer (Dua etme / Serin bir yerde olduğunu hayal etme / Sıcak içecekler tüketme)	7	5.2
Gece Terleme	n = 123	%
Üstümdeki kıyafetleri değiştirmek	69	56.1
Herhangi bir uygulama yapmama	21	17.1
Ilık bir duş alma	14	11.4
Uyurken bacaklarımı yataktan dışarı çıkarma	12	9.8
Soğuk içecekler içme	12	9.8
Diğer (Gece uyurken odanın sıcaklığını ılık tutmaya çalışma / Sıcak içeceklerden uzak durmaya çalışma / Hararetini bastırmak için sıcak içecekler tüketme)	8	6.5
Kol ve Bacaklarında Uyuşma ve Karıncalanma	n = 230	%
Doktora gitme	120	52.2
Uyuşan bölgeye masaj yapma	90	39.1
Herhangi bir uygulama yapmama	26	11.3
Diğer (Nemlendirici bir krem kullanma / Gezinme / Düzenli olarak egzersiz yapma / Soğuk suyla vücudu yıkama / Fizik tedaviye gitme)	9	3.9
Baş ağrısı	n = 211	%
Ağrı kesici bir ilaç kullanma	203	6.2

Tablo 4.4.'ün devamı		
Temiz havaya çıkıp dolaşma	14	6.6
Diğer (Herhangi bir uygulama yapmama / Tesbih çekme)	7	3.3
Boğulma Hissi	n = 156	%
Dua etme	54	34.6
Derin nefes alıp verme	35	22.4
Yüzünü yıkama	28	17.9
Herhangi bir uygulama yapmama	28	17.9
Yürüyüşe çıkma	9	5.8
Diğer (Dinlenmek için kendine zaman ayırma / su içme)	10	6.4

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4'te araştırma kapsamına alınan kadınların vazomotor sorunlarla ilgili baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.4'te görüldüğü gibi kadınların sıcak basması sorununda; en çok tercih ettikleri baş etme yöntemi sıcak ortandan uzak durma iken (% 49.3) en az tercih ettikleri baş etme yöntemleri dua etme / serin bir yerde olduğunu hayal etme / sıcak içecekler tüketme (% 5.2) , gece terlemesi sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yöntemi; üstündeki kıyafetleri değiştirmeyken (%56.1) en az tercih ettikleri baş etme yöntemleri gece uyurken odanın sıcaklığını ılık tutmaya çalışma / sıcak içeceklerden uzak durmaya çalışma / hararetini bastırmak için sıcak içecekler tüketme (% 6.5), kol ve bacaklarda uyuşma-karınalanma sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yöntemi; doktora gitme iken (% 52.2) en az tercih ettikleri baş etme yöntemleri nemlendirici bir krem kullanma / gezinme / düzenli olarak egzersiz yapma / soğuk suyla vücudu yıkama / fizik tedaviye gitme (% 3.9), baş ağrısı sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yöntemi; ağrı kesici ilaç kullanma iken (% 96.2) en az tercih ettikleri baş etme yöntemleri herhangi bir uygulama yapmama ve tesbih çekme (% 3.3), boğulma hissi sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yöntemi; dua etme (%34.6) iken en az tercih ettikleri baş etme yöntemleri dinlenmek için kendine zaman ayırma ve su içmedir (% 6.4).

Tablo 4.5. Kadınların Emosyonel Durumda Yaşadıkları Sorunlarla Başetme Yollarının Dağılımı

Başetme Yolları *	

Tablo 4.5.'in devamı		
Hüzünlenme	n = 249	%
Ağlama	95	38.2
Herhangi bir uygulama yapmama	37	14.9
Dışarı çıkıp dolaşma	34	13.7
Tek başına kalma	21	8.4
Yakınları ziyarete gitme	17	6.8
Kendime sıkıntı yaratan durumları biriyle paylaşma	14	5.6
Kendi kendini teselli etmeye çalışma	11	4.4
Yeni uğraşlar bulma	10	4.0
Kötü şeyleri akla getirmemeye çalışma	5	2.0
Diğer (Egzersiz yapma / Düzenli uyuma / Dua etme)	8	3.2
Huzursuzluk – Sinirlilik	n = 219	%
Etrafindakilere bağırma	64	29.2
İbadet etme	47	21.5
Herhangi bir uygulama yapmama	42	19.2
Ağlayarak rahatlama	30	13.7
Farklı işlerle uğraşma	14	6.4
Dinlenmek için kendine zaman ayırma	12	5.5
Kendine sıkıntı yaratan durumları biriyle paylaşma	9	4.1
Diğer (Egzersiz yapma / Çay,kahve gibi sıcak içeceklerden uzak durma / Bir şeylere zarar verme)	10	4.6
Ağlama Nöbetleri	n = 71	%
Herhangi bir uygulama yapmama	30	42.3
Temiz hava almak için dışarıya çıkma	26	36.6
Yatıp uyuma	8	11.2
Diğer (Başka şeyler düşünmeye çalışma / Kurşun döktürme / Dua etmek)	9	12.6

Tablo 4.5.'in devamı		
Korku-panik yaşama	n = 207	%
Yakınların ve ailenin yanında olmayı isteme	71	34.3
Oturup geçmesini bekleme	61	29.5
Dua etme	24	11.6
Herhangi bir uygulama yapmama	23	11.1
Yakınların ve ailenin yanında olmasını isteme	9	4.3
Yakınları arayıp konuşma	7	3.3
Tek başına kalma	6	2.9
Başka şeyler düşünmeye çalışma	5	2.4
Diğer (Soğukkanlı olmaya davranmaya çalışma / Heyecanını herkesle paylaşma / Acile giderim)	9	4.3

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.5'te araştırma kapsamına alınan kadınların emosyonel durumda yaşadıkları sorunlarla ilgili baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.5'te görüldüğü gibi hüznlenme sorunuyla baş etmek için kadınların % 38.2'si ağlarken % 5.6'lık az bir kısmı kendine sıkıntı yaratan durumları biriyle paylaşmayı tercih etmektedir, huzursuzluk-sinirlilik sorunuyla baş etmek için kadınların % 29.2'si etrafındakilere bağıırken % 4.6'sı egzersiz yapma / çay, kahve gibi sıcak içeceklerden uzak durma / bir şeylere zarar verme baş etme yöntemlerini tercih etmektedir, ağlama nöbetleri sorunuyla baş etmek için kadınların % 42.3'ü herhangi bir uygulama yapmamaktayken % 12.6'sı başka şeyler düşünmeye çalışma / kurşun döktürme / dua etme baş etme yöntemlerini tercih etmektedir, korku-panik yaşama sorunuyla baş etmek için kadınların % 34.3'ü ailelerinin ve yakınlarının yanında olmayı isterken % 2.4'ü başka şeyler düşünmeye çalışma baş etme yöntemini tercih etmektedirler.

Tablo 4.6. Kadınların Merkezi Sinir Sistemde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı

Başetme Yolları *		
Unutkanlık-Dikkat toplayamama	n = 194	%

Tablo 4.6.’ının devamı		
Herhangi bir uygulama yapmama	129	66.5
Uzun uzun düşünmeye çalışma	33	17.0
Dua okuma	31	16.0
Diğer (Bitkisel kökenli çaylar içme)	5	2.6

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.6’da araştırma kapsamına alınan kadınların merkezi sinir sisteminde yaşadıkları sorunlarla baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi kadınların yaşadıkları unutkanlık-dikkat toplayamama sorunlarıyla baş etmede; çoğu herhangi bir uygulama yapmamakta (% 66.5), % 17’si uzun uzun düşünmeye çalışmakta ve % 16’sı dua okumayı tercih etmektedir. Beş kişi gibi küçük bir grubun ise bitkisel kökenli çaylar içtiği görülmektedir.

Tablo 4.7. Kadınların Saç ve Deride Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı

Başetme Yolları *		
Saç ve Tüylerde Dökülme	n = 138	%
Herhangi bir uygulama yapmama	91	65.9
Zeytinyağı sürme	15	10.9
Killi sabun kullanma	9	6.5
Diğer (Kına kullanma / Bitkisel kaynaklı şampuan kullanma)	23	16.7
Deride Lekelenme	n = 28	%
Güneşe çıkmama	15	53.6
Herhangi bir uygulama yapmama	13	46.4
Deride Kuruluk ve Kaşıntı	n = 99	%
Nemlendirici krem ya da vazelin kullanma	15	15.2
Doktora gitme	8	8.1
Herhangi bir uygulama yapmama	76	76.8
Kıllanma	n = 14	%
Tüylerini alma (jilet, ağda, cımbız...)	1	7.1

Tablo 4.7.’nin devamı		
Herhangi bir uygulama yapmama	13	92.9

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.7’de araştırma kapsamına alınan kadınların saç ve deride yaşadıkları sorunlarla baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi saç ve tüylerde dökülme sorunu yaşayan kadınların bu sorunla baş etme yolu olarak % 65.9’unun herhangi bir uygulama yapmadığı, % 10.9’unun zeytinyağı sürdüğü, % 6.5 gibi azınlık bir kısmın killi sabun kullandığı bulunmuştur. Deride lekelenme yaşayan kadınların % 53.6’sı güneşe çıkmamayı tercih ederken, % 46.4’ü herhangi bir uygulama yapmamaktadır. Deride kuruluk ve kaşıntı yaşayan kadınların büyük çoğunluğu (% 76.8) yine herhangi bir uygulama yapmamayı tercih ederken % 8.1 gibi az kısmı doktora gitmeyi tercih etmektedir. Kılınma sorunu yaşayan kadınların da büyük çoğunluğunun (% 92.9) herhangi bir uygulama yapmadığı, bir kişi gibi küçük bir grubun ise tüylerini almayı tercih ederek kılınma sorununu çözmeye çalıştığı bulunmuştur.

Tablo 4.8. Kadınların Kas – İskelet Sisteminde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı

Başetme Yolları *		
Eklem ve Kemiklerde Ağrı	n = 227	%
Doktora gitme	115	50.7
Ağrı kesici ilaç alma	109	48.0
Ağrıyan yerleri ovma	35	15.4
Herhangi bir uygulama yapmama	5	2.2
Diğer (Egzersiz yapma / Ağrıyan yerlerine soğuk bez uygulama / Hareket etmemeye çalışma / Süt ve süt ürünlerinden zengin beslenme)	9	3.9

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.8’de araştırma kapsamına alınan kadınların kas-iskelet sisteminde yaşadıkları sorunlarla baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi kas-iskelet

sisteminde sorun yaşayan kadınların bu sorunla baş etme yolu olarak % 50.7'sinin doktora gittiği, % 48'inin ağrı kesici ilaç aldığı, % 15.4'ünün ağrıyan yerlerini ovduğu, % 2.2 gibi çok az bir kısmının ise herhangi bir uygulama yapmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.9. Kadınların Kardiyovasküler Sistemde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı

Başetme Yolları *		
Heyecanlanma	n = 207	%
Yakınların ve ailenin yanında olmayı isteme	71	34.3
Oturup geçmesini bekleme	61	29.4
Dua etme	24	11.6
Herhangi bir uygulama yapmama	23	11.1
Yakınların ve ailenin yanında olmasını isteme	9	4.3
Yakınları arayıp konuşma	7	3.4
Tek başına kalma	6	2.9
Başka şeyler düşünmeye çalışma	5	2.4
Diğer (Soğukkanlı olmaya davranmaya çalışma / Heyecanını herkesle paylaşma / Acile giderim)	9	4.3
Kalp te Sıkışma, Tekleme, Çarpıntı Hissi	n = 225	%
Stresli, gergin ortamdaki ve olaylardan uzak durma	152	67.6
Rahat bir yere oturup, dinlenmeye çalışma	37	16.4
Üzerindeki giysileri gevşetme	7	3.1
Diğer (Düzenli ilaç kullanma / Acile gitme)	30	13.3

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.9'da araştırma kapsamına alınan kadınların kardiyovasküler sistem sorunuyla baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi kadınların heyecanlanma problemiyle baş etmede en çok kullandıkları yöntem yakınlarının ve ailelerinin yanında olmayı isteme yöntemi (% 34.3), en az kullandıkları baş etme yöntemi ise başka

şeyler düşünmeye çalışma yöntemidir (% 2.4). Kalpte sıkışma, tekrleme, çarpıntı hissi problemiyle baş etmede en çok kullandıkları yöntem stresli, gergin ortamdan ve olaylardan uzak durma yöntemi (% 67.6), en az kullandıkları yöntem ise üzerindeki giysileri gevşetme yöntemidir (% 3.1).

Tablo 4.10. Kadınların Ürogenital Sistemde Yaşadıkları Sorunla Başetme Yollarının Dağılımı

Başetme Yolları*		
Üriner Enfeksiyon	n = 53	%
Doktora gitme	31	58.5
Herhangi bir uygulama yapmama	16	30.2
Genital bölge temizliğine önem verme	6	11.3
Üriner İnkontinans	n = 161	%
Ara bez kullanma	133	82.6
Herhangi bir uygulama yapmama	15	9.3
Daha az sıvı tüketme	8	4.9
Diğer (Tuvalet ihtiyacı geldiğinde bekletmeden karşılama / Otururken, ayaktaiken,iş yaparken...kalça kaslarını sıkıştırma / İdrarını tutmaya çalışma / Doktora gitmeme)	8	4.9
Disparoniye Bağlı Cinsel İsteksizlik	n = 31	%
Herhangi bir uygulama yapmama	28	90.3
Diğer (Doktora gitme / Eşiyle birlikte olmama)	3	9.7

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.10’da kadınların ürogenital sistem sorunlarıyla baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi kadınların üriner enfeksiyon sorunuyla baş etme yolları incelendiğinde; % 58.5’inin doktora gittiği, % 30.2’sinin herhangi bir uygulama yapmadığı, % 11.3’ünün genital bölge temizliğine önem verdiği bulunmuştur. Kadınların üriner inkontinans sorunuyla baş etme yolları incelendiğinde; en çok tercih ettikleri baş etme

yolu ara bez kullanmadır (% 82.6), en az tercih ettikleri baş etme yolu ise daha az sıvı tüketmedir(% 4.9). Kadınların dispareniye bağlı cinsel isteksizlik sorunuyla baş etme yolları incelendiğinde; % 90.3'ünün herhangi bir uygulama yapmadığı, % 9.7'sinin doktora gitme ve eşiyile birlikte olmamayı tercih ettiği bulunmuştur.

Tablo 4.11. Kadınların Gastrointestinal Sistemindeki Değişikliklerle Başetme Yollarının Dağılımı

Başetme Yolları *		
Kabızlık	n = 226	%
Herhangi bir uygulama yapmama	113	50.0
Kayıslı, erik...gibi lifli gıdalar tüketme	40	17.7
Diğer (Şeftali,muz...gibi yiyecekler tüketmeme/ Her sabah aç karına ılık su içme / Günde 8-10 bardak su içme / Sebze ağırlıklı beslenme / İso (acı) tüketme)	73	32.3

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Tabla 4.11'de araştırma kapsamına alınan kadınların gastrointestinal sistem sorunuyla baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi kadınların gastrointestinal sistem sorunuyla baş etme yolları incelendiğinde; % 50'sinin herhangi bir uygulama yapmadığı, % 17.7'sinin kayıslı, erik gibi lifli gıdalar tükettiği bulunmuştur. % 32.3'ünün ise diğer yöntemleri (Şeftali, muz...gibi yiyecekler tüketmeme/ Her sabah aç karına ılık su içme / Günde 8-10 bardak su içme / Sebze ağırlıklı beslenme / İso (acı) tüketme) tercih ederek gastrointestinal sistem sorunuyla baş etmeye çalıştıkları bulunmuştur.

Tablo 4.12. Kadınların Uyku Düzeni İle İlgili Yaşadıkları Sorunlarla Başetme Yollarının Dağılımı

Başetme Yolları *		
Uyku Düzeni	n = 217	%
Uyumak için sessiz bir ortam seçme	118	54.4
Uyku ilacı kullanma	38	17.5
Tesbih çekme	22	10.1

Tablo 4.12.’nin devamı		
İbadet etme	14	6.5
Fazla uyumaktan kaçınma	12	5.5
Herhangi bir uygulama yapmama	9	4.1
Akşamları çay ve kahveden uzak durma	6	2.8
Gece yatmadan önce süt,yoğurt v.b. gıdalar tüketme	5	2.3

* Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.12’de araştırmaya alınan kadınların uyku düzeni ile ilgili yaşadıkları sorunlarla baş etme yollarının dağılımı yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi kadınların uyku düzeni ile ilgili yaşadıkları sorunlarla baş etme yöntemleri incelendiğinde; % 54.4’ünün uyumak için sessiz bir ortam seçtiği, % 17.5’inin uyku ilacı kullandığı, % 10.1’inin tesbih çektiği bulunmuştur. Daha az tercih edilen baş etme yöntemlerinin ise; akşamları çay ve kahveden uzak durma (% 2.8) ve gece yatmadan önce süt,yoğurt v.b. gıdalar tüketme (% 2.3) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.13. Kadınların Menopoza İlişkin Bakış Açılarının Dağılımı

Menopoza yüklenen anlam*	n=300	%
Adet kesilmesi	230	76.7
Çocuk doğuramama	94	31.3
Yaşlanma	21	7
Menopozun hayatı etkileyip etkilememesi	n= 300	
Etkiledi	181	60.3
Etkilemedi	119	39.7
Menopozun algılanan olumlu yönleri*	n=212	
Çocuk doğurmama	205	96.7
Adet kesilmesi	7	3.3
Menopozun algılanan olumsuz yönleri*	n=162	
Hastalıkların artması	83	51.2
Kilo alımında artış	36	22.2

Tablo 4.13.'ün devamı		
Şişkinliğe neden olması	33	20.4
Ağrıların artması	19	11.7
Şikayetlerin artması	18	11.1
Agresif yapının artması	6	3.7
Terleme ve sıkıntı şikayetlerinin başlaması	3	1.9
İdrar kaçırma sorununun başlaması	2	1.2

*Kadınlar birden fazla yanıt vermişlerdir. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 13'te araştırmaya katılan kadınların menopoza ilişkin bakış açılarının dağılımı yer almaktadır. Tablo 13'te görüldüğü gibi kadınların menopoza yükledikleri anlamlar incelendiğinde; kadınların % 76.7'sinin menopozu “adet kesilmesi” olarak algıladıkları, % 31.3'ünün menopozu “çocuk doğurmama” olarak algıladıkları, % 7'sinin menopozu “yaşlanma” olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Menopozun hayatlarını etkileyip etkilemediğine bakıldığında ise kadınların % 60.3'ünü etkilediği, % 39.7'sini etkilemediği bulunmuştur. Kadınların algıladıkları menopozun olumlu yönlerine bakıldığında; % 96.7'si menopozu çocuk doğurmaktan kurtulma olarak görmekteyken, % 3.3'ü adet kesilmesi olarak görmektedir. Menopozun kadınlar tarafından algılanan olumsuz yönlerine bakıldığında; % 51.2'sinin hastalıklarının arttığını ifade ettiği, % 22.2'sinin kilo alımında artış olduğunu ifade ettiği, % 20.4'ünün menopozun şişkinliğe neden olduğunu ifade ettiği, iki kişilik gibi az bir grubun ise idrar kaçırma sorununun başladığını ifade ettiği bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Adet kanamasının sonlanması olarak tanımlanan menopoz, biyolojik faktörlere ilaveten psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler ile beraber değerlendirilmesi gereken bir süreçtir (26). Kadının bulunduğu toplum, toplum içerisindeki konumu, sosyokültürel düzey ve mevcut kişilik yapısı bu dönemdeki değişikliklere gösterdiği tepkiyi ve bu döneme bakış açısını belirlemektedir (7, 54). Günümüzde yaşam süresinin artmasına paralel olarak kadınların postmenopozda geçirdikleri süre de artmıştır (45). Bu sürede yaşanan sorunların önlenmesi, yanlış tutum ve inançların değiştirilebilmesi ve yaşam kalitesinin korunabilmesi için öncelikle sorunların, kadınların baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi gerekir.

Araştırma kapsamında 300 kadın yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaş grupları incelendiğinde % 38'inin 55-64 yaş, % 26'sının 65-74 yaş, % 19.3'ünün 45-54 yaş aralığında ve % 16.7'sinin 75 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.) . Türkiye'de menopoz dönemine özgü yapılan çalışmalarda elde edilen yaş ortalamasına ilişkin sonuçlar araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Özgür ve arkadaşları (2010) İzmir il merkezinde 45-55 yaş grubu 120 kadında yaptıkları çalışmada % 25'inin 46-49 yaş grubunda olduğunu, % 75'inin 50 yaş ve üzerinde olduğunu bulmuşlardır (83). Ertemin çalışmasında (2006) da yaş ortalaması 55.23 ± 6.94 'tür (44).

Araştırmamızdaki kadınların % 89.7'sinin okur-yazar olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.1). TNSA 2008 verilerine göre eğitimi olmayan-ilkokulu bitirmeyen kadınların oranı % 18.3'tür (119). Bu farklılığın araştırma yaptığımız yaş grubunun 44 yaşından büyük olması ve Şanlıurfa İlinin eğitim düzeyinin diğer illere göre daha düşük olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızda eşlerin okur-yazarlık düzeyinin daha yüksek olması güneydoğu bölgesinde eğitim olanaklarının kadın ve erkeklere eşit imkanların sağlanmadığını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sadece iki tanesi menopoza yönelik bilgi almıştır. Bilgi alınan kaynağa bakıldığında komşu, arkadaş ve akraba olduğu görülmektedir (Tablo 4.2). Çalışmamızda bulduğumuz, menopoza yönelik bilgi alma oranını, benzer çalışmalarla kıyasladığımızda çok düşük olduğunu görmekteyiz. Bu durumun araştırma ilimizde menopoz polikliniğinin olmamasına ve bölgede sunulan sağlık hizmetlerinde bu konuda yeterli eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yapılmamasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Ayrıca bu durum

bölgedeki kadınların menopozu ve beraberinde getirdiği değişimleri sağlık sorunu olarak algılamadıkları hatta doğal geçirilmesi gereken bir süreç olarak algıladıkları için sağlık arama davranışları göstermemelerine de bağlı olabilir. Çakıl 2010 yılında Kırşehir il merkezinde yaptığı çalışmada % 36.3 oranında kadının menopoza yönelik bilgi aldığını ve bu bilgiyi sağlık personelinde (hekim, hemşire, ebe) aldığını saptamıştır (27). Benzer şekilde Bezircioğlu ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışmada daha fazla oranda kadının menopoza yönelik bilgi aldığını ve bu bilgiyi hekimden aldığını tespit etmişlerdir (17).

Hekimlerin, menopoz dönemdeki kadınlarda en sık kullandıkları tedavi ajanları östrojen, progesteron veya ikisinin kombinasyonu olan Hormon Replasman tedavisidir (125). Çalışma kapsamındaki kadınların büyük çoğunluğunun menopoza yönelik tedavi almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Tedavi alanların hormon ilacı aldığı ve kalsiyum ilacı kullandığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Nalbant (77), Timur (109), Uludağ ve arkadaşları çalışmalarında kadınların çoğunluğunun HRT almadığını tespit etmişlerdir. Buna karşın Varma ve ark. (123), Hotun Şahin ve Coşkun (53) ve Kızıltepe kadınlar tarafından daha yüksek oranlarda HRT kullanımı oranı bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki HRT kullanımındaki benzerlik ve farklılıklar, menopozda yaşanan sorunların önlenmesi ve yaşam kalitesini arttırmak için kullanılan “hormon tedavisi”nin toplumlar arasındaki sosyo-kültürel farklılıktan dolayı değiştiğini düşündürmektedir. Çalışmada kadınların menopoza yönelik tedavi kullanmama nedenleri sorulmamakla beraber, elde edilen bulgularda kadınların konu hakkında bilgi sahibi olmamalarının neden olabileceği düşünülmektedir. Bulgular kadınların tedaviye yönelik eğitim gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.

Menopoz ve menopozda görülen semptomlar bilindik ve beklendik bir durum olmasına rağmen kadınların bu döneme bakış açıları, menopoza yönelik sorunları yaşama derecesi ve bu semptomlarla baş etme yöntemleri farklılık göstermektedir. Menopoz dönemi boyunca menopoza yönelik bulguları bazı kadınlar daha ağır atlatırken, bazı kadınlar hafif atlatabilmektedirler (91). Menopozun, sosyal ve kültürel yanlarıyla genel sistem modeli içinde ele alınması gerektiği düşünülerek çalışmamızda, sorular bu doğrultuda hazırlanmıştır.

Çalışma grubumuzdaki kadınların menopozal dönemde en sık yaşadıkları ilk üç vazomotor sorun sırasıyla el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, baş ağrısı ve dikkat dağınıklığı, en az yaşadıkları vazomotor sorun ise gece terlemesidir (Tablo 4.3). Yaşadıkları diğer vazomotor sorunlar ise sıcak basması, boğulma hissidir. Bu çalışmanın aksine Dünyada yapılan benzer çalışmalara baktığımızda yaşanan en sık vazomotor sorunun ateş basması ve

gece terlemesi olduğunu görmekteyiz (22, 32, 56, 69, 92). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda da benzer bulgulara rastlamaktayız (5, 27, 28, 60, 63, 83). Literatürdeki farklılığın; araştırmaların farklı bölgelerde yapılmış olmasından ve araştırma yapılan grubun etnik ve kültürel farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubunda yer alan kadınların, vazomotor sorunlardan biri olan “sıcak basma” sına karşı baş etme davranışı olarak çoğunluğunun sıcak ortamdaki uzak durduğu (% 49.3) ve ısınan bölgelere soğuk uygulama yaptığı (% 20.9) saptanmıştır (Tablo 4.4). Oğurlu, Aydın İli’nde yaptığı çalışmasında kadınların ince giysiler giydiğini, dışarı açık havaya çıktığını ve duş almayı tercih ettiklerini bulmuştur (80). Bu farklılığın nedeni sosyo-kültürel etmenlerden kaynaklanabilir. Ayrıca kadınların tercih ettikleri baş etme yolları arasında herhangi bir uygulama yapmamanın olması ve duş alma gibi beklenen davranışın bulunmaması, kadınların sosyo-ekonomik durumlarının bir göstergesi olarak da düşünülebilir.

Araştırma grubunda yer alan kadınların, vazomotor sorunlardan olan “gece terlemesi” ne karşı baş etme davranışı olarak % 56.1’inin üstündeki kıyafetleri değiştirdiği bulunmuştur (Tablo 4.4). Erdem de yapmış olduğu çalışmasında benzer sonuç bulmuştur (42). Gece terlemesi durumunda kıyafet değişimi ilk yapılabilecek davranış olduğundan baş etme yöntemi benzerdir.

Çalışmada yer alan kadınların en çok yaşadıkları vazomotor sorun olan “el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma” sına karşı kadınların en çok tercih ettiği baş etme yöntemi sırasıyla “doktora gitme” (% 52.2) ve “uyuşan bölgeye masaj yapma”dır (% 39.1). Kadınların büyük çoğunluğunun doktora gitmeyi tercih ederek sağlık hizmetlerinden faydalanmak istediklerini görmekteyiz.

Menopoz, fiziksel değişikliklerin yanı sıra ruhsal değişikliklerin de yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde östrojen azlığına bağlı yaşanan emosyonel bulgular; huzursuzluk-sinirlilik, hüzünlenme ve ağlama nöbetleri gibi duygu değişiklikleri, korku-panik hissi, yorgunluk, depresyon, cinsel işlev bozukluğu, cinsel istek azalması ve uykusuzluk şeklinde görülebilir (132). Ayrıca kadının sağlık durumu, aile içi aldığı manevi destek, sosyal yardım ve günlük stres unsurları gibi faktörler de yaşanan emosyonel değişikliklere katkıda bulunabilir (24). Bu çalışmada emosyonel durumda sorun yaşayan kadınların hüzünlenme, huzursuzluk-sinirlilik yaşadığı, ağlama nöbetleri geçirdiği, korku-panik hissi yaşadığı ve literatürle benzer bulgular olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3, 3, 42). Bölgedeki menopoz

dönemi kadınlarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması, onları emosyonel durumla baş etmede zayıf bırakmaktadır.

Bu araştırmada “hüzünlenme” durumunda en çok tercih edilen baş etme yolları ağlamak ve herhangi bir uygulama yapmamak, “huzursuzluk-sinirlilik” durumunda etrafındakilere bağırarak ve ibadet etmek, “ağlama nöbetleri” durumunda herhangi bir uygulama yapmamak ve “korku-panik yaşama” durumunda yakınlarının ve ailelerinin yanında olmayı istemek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Menopoz döneminde hormon seviyelerinin değişmesi ve psikososyal faktörler kadının ruh durumunu etkilediğinden emosyonel iyilik halini arttıran davranışlar uygulanmalıdır. Bundan dolayı stresle baş etme mekanizmaları, gevşeme ve solunum teknikleri, egzersiz ya da açık havada yürüyüş, uygun iletişim tekniklerinin öğrenilmesi, hobi edinme, duyguları paylaşma, verimli ve yeterli uykunun sağlanması, dinlenmenin sağlanması, vazomotor sıkıntılarla baş edebilme, HRT kullanımı ve psikolojik destek için sağlık personeline başvurma uygun baş etme yöntemleridir (3). Basworth 45-54 yaş arası kadınlarda yapmış olduğu çalışmada vazomotor sorunlar ile duygu dalgalanmaları arasında anlamlı ilişki olduğunu ve stresle baş etme yöntemlerinin sorunları azalttığını saptamıştır (13). Chedraui ve ark. HRT veya antidepressan kullanmayan İspanyol kadınlarda menopozal semptomların şiddeti ile depresif semptomlar arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır (21). Chiravatkul ve ark. yapmış oldukları çalışmada kadınların emosyonel sorunlarla baş etmek için dua etme, ibadet, meditasyon ya da geleneksel Çin ilaçlarına başvurma gibi yöntemleri tercih ettiklerini belirtmiştir (23). Araz İzmir’de yaptığı çalışmada kadınların psikolojik sıkıntıları ile baş etmede dua okuma davranışında bulduklarını ve stresle başa çıkma düzeylerinin oldukça yetersiz olduğunu belirtmiştir (5). Erdem de Tokat İli’nde yaptığı çalışmada kadınların uygun baş etme mekanizmalarını bilmediklerini saptamıştır (42). Sonuçlar bu araştırma sonuçları ile benzer bulgulardır. Emosyonel sorunlarla baş etmede araştırmamıza katılan kadınların etkisiz baş etme yöntemlerini ağırlıklı olarak uyguladıkları, stresle başa çıkma ve öfke kontrol mekanizmalarını yeterince kullanamadıkları düşünülmektedir. Emosyonel durumla ilgili sıkıntılardan dolayı yardım almak genelde toplumumuzda yaygın bir davranış değildir ve yardım alanlara sorunlu gözüyle bakıldığı için tercih edilmemektedir.

Menopoz döneminde beyin hücrelerinin azalmasıyla hafız kayıplarının ortaya çıktığı görülmektedir (40). Araştırmada kadınların unutkanlık-dikkat toplayamama sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Çelikkanat çalışmasında kadınların % 91’inin (28), Erdem

çalışmasında kadınların tamamının (42), Karlıdere ve Özşahin de kadınların % 91.9'unun "unutkanlık" sorunu yaşadığını saptamışlardır (63). Benzerlik menopoz dönemi kadınlarında beklenen fizyolojik bulgudur. Araştırma grubumuzda unutkanlık-dikkat toplayamama yaşayan kadınların baş etme yolu olarak herhangi bir uygulama yapmaması, bu sorunu yaşlanmanın bir belirtisi olarak görmelerinden ve bu konuda yardım alabileceklerinin farkında olmadıklarından kaynaklanabilir.

Menopoz döneminde östrojenin azalması saç ve deride sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (74). Saç ve deri ile ilgili yaşanan sorunlar literatürle karşılaştırıldığında bizim bulgularımızın daha düşük çıktığı saptanmıştır (27, 28, 42). Bizim bulgumuzun literatürden düşük çıkmasının nedeninin deri ile ilgili sorunlarda genetik faktörlerden kaynaklı olabileceği, saç ile ilgili sorunlarda ise daha doğal ürünler (zeytinyağı, kil vb.) kullanmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubumuzdaki kadınların saç ve tüylerde dökülme, deride kuruluk ve kaşıntı, kılınma sorunlarıyla baş etme yolu olarak çoğunluğunun herhangi bir uygulama yapmadığı, deride lekelenme sorunuyla baş etmede ise güneşe çıkmamayı tercih ettiği ve bir kısmının da herhangi bir uygulama yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Er çalışmasında (2010) kadınların % 84.1'inin tüylerini alma baş etme yöntemini kullandığını belirtmiştir (41). Erdem de (2006) benzer şekilde kadınların % 93.8'inin tüyleri alma baş etme yöntemini kullandığını saptamıştır (42). Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun baş etme yöntemi olarak herhangi bir uygulamada bulunmamaları özbakım konusunda yetersiz olduklarını gösteriyor. Aynı zamanda kadınların, bu sorunların menopozla ilişkili olabileceğini düşünmeyip, bunları yaşlılığın bir sembolü olarak kabul ettiklerini düşündürmektedir.

Kemik hücrelerinde bulunan östrojen reseptörleri, kemik metabolizmasında emilimi bastırır ve yapımı arttırır (19). Menopoz dönemde kadınlarda östrojen çekilmesi ile kemik yapıda meydana gelen değişiklik ve mineral yapının azalması eklem ve kemiklerde ağrıya neden olur (39). Çalışmamızda literatüre göre daha az oranda kadınların eklem ve kemiklerde ağrı yaşadığı belirlenmiştir (Tablo3) (2, 42, 28, 42, 63). Sonuçlarımızın literatürden düşük çıkmasının nedeninin bölgesel farklılıktan ve kadınların beslenme alışkanlıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubumuzdaki kadınların kas-iskelet sistemi sorunuyla baş etme yolu olarak literatürle benzer şekilde çoğunun doktora gitme, ağrı kesici ilaç alma ve ağrıyan yerlere

masaj yapma yolunu tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.8.). Araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgular, kadınların hareket sistemlerini etkileyen, eklem ve kemik sorunlarını önemseydiğini ve ağrıyı çözüme davranışlarını sergilediklerini gösteriyor. Ancak menopoz döneminde artan eklem ve kemik sorunları için beklenen diğer davranışları (uygun beslenme, kalsiyum ve D vitamini desteği, güneşlenme, zorlayıcı fiziksel hareketlerden kaçınma, egzersiz, sıcak uygulamalar...) sergilememeleri bu konularda bilgi sahibi olmadıklarını ve birinci basamak sağlık hizmetlerini yetersiz kullandıklarını göstermektedir.

Östrojenin uzun süre eksikliğine bağlı olarak görülen kardiyovasküler sistem sorunları menopoz dönemindeki kadın için risk faktörüdür (131). Çalışma grubumuzda kadınların % 75.3 oranında kalpte sıkışma, tekleme ve çarpıntı hissi yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Yapılan benzer çalışmalarda yaşanan kardiyovasküler sorunların daha düşük olduğu saptanmıştır (27, 28, 42, 44). Sonucumuzun literatür sonuçlarına göre daha yüksek olma nedeninin kadınların beslenme alışkanlıkları veya iklim şartları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubumuzda kadınların kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi sorunuyla baş etmek için % 67.6'sının stresli, gergin ortamdan ve olaylardan uzak durduğu, % 16.4'ünün rahat bir yere oturup dinlenmeye çalıştığı, % 3.1'inin üzerindeki giysileri gevşettiği, % 13.3'ünün ise düzenli ilaç kullandığı veya acile gittiği saptanmıştır (Tablo 4.9.). Heyecanlanma sorunuyla baş etmek için ise kadınların çoğu sırasıyla yakınların ve ailenin yanında olmayı isteme, oturup geçmesini bekleme, dua etme ve herhangi bir uygulama yapmama gibi baş etme yöntemlerini tercih ettikleri saptanmıştır. Altunbay ve Yurdakul yaptıkları araştırmada kadınların çarpıntı sorunuyla baş etmek için çoğunun (% 66.6) herhangi bir uygulama yapmadığını, çay, kahve ve sigarayı azaltanların oranını düşük bulmuşlardır (2). Bizim araştırma bölgemizde kahve ve sigara pek tüketilmezken çay yüksek oranda içilmektedir. Kadınların stresli, gergin ortamlardan ve olaylardan uzak durmaları istendik bir davranış olarak kabul edilebilirken bu sorunlarla baş etme yöntemlerinin yetersiz olduğu görülmektedir.

Menopoz döneminde östrojenin azalması, üretrada atrofi ve daralmaya neden olarak mesane fonksiyonlarını etkiler ve bu da üriner sistem enfeksiyonuna ve üriner inkontinansa neden olabilir (75). Çalışmamızda kadınların % 53.7' sinin üriner inkontinans sorunu yaşadığı, % 17.7'sinin üriner enfeksiyon yaşadığı ve % 10.3'ünün dispareniye bağlı cinsel isteksizlik yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Altunbay ve Yurdakul yaptıkları araştırmada

kadınların % 62.3'ünün cinsel ilgide azalma sorunu yaşadığını, % 31.6'sının sık sık ve ağrılı idrar yapma sorunu yaşadığını (2), Er çalışmasında kadınların % 43.5'inin üriner inkontinans yaşadığını (41), Çelikkanat çalışmasında kadınların % 95'inin sık idrara çıkma sorunu yaşadığını, % 98.9'unun sık üriner enfeksiyon yaşadığını, % 62.3'ünün cinsel isteksizlik sorunu yaşadığını saptamıştır (28). Araştırma sonuçlarımızda üriner enfeksiyon, üriner inkontinans ve cinsel isteksizlik yaşama oranlarının literatür sonuçlarından daha düşük çıktığı saptanmıştır. Özellikle üriner inkontinans oranlarının literatürden daha düşük çıkması beklenen bir sonuç değildir. Çünkü bölgede doğurganlık hızı oldukça yüksektir. Aşırı doğurganlığın üriner inkontinans için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla çalışmada çıkan sonuçların kadınların bu konularda konuşmaktan çekinmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca örnekleme giren kadınların % 56.7'sinin eşi farklı nedenlerden dolayı (eşi hayatta değil, boşanmış, bekar) bulunmamaktadır ve aktif cinsel yaşamı bulunmamaktadır. Dolayısıyla cinsellikle ilgili soruları cevaplamamışlardır.

Araştırmamıza katılan kadınların üriner enfeksiyon sorunuyla baş etme yolu olarak doktora gitme ve herhangi bir uygulama yapmama gibi baş etme yöntemlerini tercih ettikleri bulunmuştur (Tablo 4.10.). Üriner enfeksiyonda istenilen davranış olan genital bölge temizliğine önem verme ise çok düşük bulunmuştur. Üriner inkontinans sorunuyla baş etme yolu olarak ise kadınların % 9.3'ünün herhangi bir uygulama yapmadığı, % 82.6'sının ise bu sorunu yaşayan kadınlarda istenmedik bir davranış olan ara bezi kullanmayı tercih ettiği bulunmuştur (Tablo 4.10.). Bu sorunla baş etmede beklediğimiz davranışlardan biri olan Kegel egzersizlerini uygulamaya hiç rastlanılmamıştır. Çalışmamızda disparoniye bağlı cinsel isteksizlik sorunu yaşayan kadınların baş etme yolu olarak çoğunun herhangi bir uygulama yapmadığı (% 90.3), çok az bir kısmının (% 9.7) ise doktora gitme veya eşile birlikte olmamayı tercih ettiği bulunmuştur (Tablo 4.10.). Beklediğimiz davranışlardan biri olan eşile konuşup sorunun nedenini bulmaya çalışma yöntemine ise hiç rastlanılmamıştır. Kadınların baş etme yöntemlerinin oldukça yetersiz olması, bu bölgede bu konuların rahat olarak ifade edilen konular olmamasından veya bu sorunları yaşanmanın bir belirtisi olarak görmeleri ya da kadınların menopozal döneme ait eğitim alamamaları olarak yorumlanabilir.

Menopoz döneminde östrojenin azalması birçok sistemi etkilediği gibi gastrointestinal sistemi de etkileyerek distansiyon, kabızlık gibi sorunların yaşanmasına neden olabilir (99). Çalışma grubumuzda kadınların büyük çoğunluğu konstipasyon sorunu yaşarken Çakıl yapmış olduğu araştırmada kadınların % 43'ünün konstipasyon sorunu yaşadığını (27),

Altunbay ve Yurdakul yapmış oldukları araştırmada kadınların % 37.7'sinin kabızlık-hemoroid sorunu yaşadığını saptamışlardır (2). Araştırma sonucumuz akıl, Altunbay ve Yurdakul'un çalışmalarından yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın, çalışma bölgemizdeki kadınların beslenme ve gün içi hareket etme durumlarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda gastrointestinal sorunu yaşayan kadınların % 50'sinin herhangi bir uygulama yapmadığı, % 32.3'ünün şeftali, muz...gibi yiyecekler tktmemesi/ her sabah aç karına ılık su içme / günde 8-10 bardak su içme / sebze ağırlıklı beslenme / isot (acı) tktme gibi baş etme yöntemlerine baş vurduğu bulunmuştur. Bu sorunla baş etmede beklenen davranışlardan biri olan kayısı, erik gibi lifli gıdalar tktme yöntemini ise çok az kısmının (% 17.7) tercih ettiği bulunmuştur (Tablo 4.11.). Kadınların yarısının herhangi bir uygulama yapmaması bu sorunla baş etmek için bir çözüm aramadığını göstermektedir. Aynı zamanda bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir.

Menopozal dönemde vazomotor semptomlardan sonra gelen en önemli sorunlardan biri uyku bozukluklarıdır (68). Menopozal dönemde yaşanan uyku sorunlarının, vazomotor semptomlara paralel geliştiği ve ruhsal sorunların da duruma eşlik etmesinin uyku sorunlarını arttırdığı belirtilmiştir (76, 128). Çalışma grubumuzdaki kadınların % 72'sinin uykuya dalmada güçlük / uzun süre uyuyamama / erken uyanma sorunlarını yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.3.). Kal yapmış olduğu araştırmasında (2011) kadınların % 54.2'sinin uykusuzluk sorunu yaşadığını (60), elikkanat araştırmasında (2012) kadınların % 72.8'inin uykusuzluk sorunu yaşadığını (28), Kravitz ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde 12603 orta yaştaki kadınlı yaptığı araştırmada (2003) kadınların % 50'sinin uykusuzluk sorunu yaşadığını (68), Saka ve arkadaşları da yaptıkları araştırmada (2005) kadınların % 50'sinin uykusuzluk sorunu yaşadığını tespit etmiştir (94). Çalışma sonucumuz elikkanat'ın sonucuyla benzer, diğer literatür sonuçlarından ise yüksek çıkmıştır. Farklılığın, araştırma bölgemizdeki kadınların etnik ve kültürel farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubumuzdaki kadınların uyku düzeni ile ilgili yaşadıkları problemlerle baş etme yöntemi, ağırlıklı olarak uyumak için sessiz bir ortam seçmedir (% 54.4). % 17.5'inin uyku ilacı kullandığı, % 5.5'inin fazla uyumaktan kaçındığı, % 10.1'inin tesbih çektiği gibi yöntemleri tercih ettiği saptanmıştır. Uyku problemleriyle baş etmede beklenen davranışlardan olan akşamları çay-kahveden uzak durma ve gece yatmadan önce süt, yoğurt v.b. gıdalar tktme gibi yöntemleri tercih edenlerin sayısının çok düşük olduğu saptanmıştır. Altunbay ve Yurdakul yapmış oldukları araştırmada kadınların çoğunun herhangi bir

uygulamada bulunmadığını saptamışlardır (2). Çalışma grubumuzdaki kadınların Altunbay ve Yurdakul'un çalışma sonucuna göre yaşadıkları uyku problemlerine daha fazla çözüm arayışı içerisinde olduklarıdır. Ancak kadınların uyku kalitesini artırıcı davranışları yeterince uygulamadıkları saptanmıştır.

Kadınların menopoza bakış açıları toplumlar ve kadınlar arasında farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedenleri toplumun sosyo-kültürel değerleriyle ilişkilendirilmektedir (49). Araştırma grubumuzdaki kadınların % 76.7'sinin menopoza yüklediği anlam adet kesilmesi, % 31.3'ünün çocuk doğuramama, % 7'sinin yaşlanma olduğu bulunmuştur. Kadınların % 60.3'ü menopozun hayatını etkilediğini, % 39.7'si de hayatını etkilemediğini ifade etmiştir. Kadınlar tarafından menopozun algılanan olumlu yönleri arasında; % 96.7 oranla çocuk doğuramama ve % 3.3 oranla adet kesilmesi olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda kadınlar tarafından menopozun algılanan olumsuz yönleri arasında sırasıyla; hastalıkların artması, kilo alımında artış, şişkinliğe neden olması, ağrıların artması, şikayetlerin artması, agresif yapının artması, terleme ve sıkıntı şikayetlerinin başlaması, idrar kaçırma sorununun başlaması olarak bulunmuştur. Çelikkanat yapmış olduğu çalışmasında (2012) kadınların % 99.8'inin menopozu adet kesilmesi olarak algıladıklarını bulmuştur (28). Bu sonuç bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Bu farklılık Çelikkanat'ın çalışma grubundaki kadınların menopozu doğal bir süreç olarak algıladıklarını göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise kadınların % 96.7'si menopozu, çocuk doğurmaktan kurtulma olarak görmektedir. Bölgede doğurganlık oranı oldukça yüksektir. Ancak doğurganlık tercihleri her zaman kadının iradesinde değildir. Toplumsal baskı, eş ve aile büyüklerinin baskısı nedeniyle kadınlar istedikleri ve planladıkları sayıdan daha fazla sayıda doğum yapabilmektedirler. Bu nedenle ki menopoz dönemi onlar için istemedikleri doğum olayından kurtuluş için bir yol olarak algılanabilmektedir. Ceylan yapmış olduğu çalışmasında (2010) kadınların % 61'inin bu dönemi kötü olarak algıladıklarını ve bunun nedeninin bu dönemde yaşlanmaya dair meydana gelen olumsuz değişiklikler olduğunu saptamıştır (19). Bizim çalışma sonuçlarımıza göre ise kadınların çoğunun, çocuk doğurmaktan kurtuldukları için olumlu olarak algıladıkları saptanmıştır. Aydemir ve Dağdeviren'in çalışmasında (2007) kadınların % 78'inin menopozu doğal bir süreç olarak gördükleri, % 52.4'ünün adet kesilmesi olarak algıladıkları bulunmuştur (10). Özkan ve Kömürçü'nün çalışmasında (2006) ise kadınların %53.2'sinin menopoz tanımını bilmediği, %46.8'inin de menopozu adetten kesilme olarak tanımladıkları saptanmıştır (84). Sis yapmış

olduğu çalışmada (2010) kadınların % 60.8'inin menopoz dönemini yaşlandığını hissetme olarak algıladıklarını, % 19.4'ünün de cinselliğin azalması/bitmesi olarak algıladığını bulmuştur (101). Bizim alışma sonuçlarımızdan tamamen farklı bir bulgudur. Farklılığın, bölgesel farklılıktan kaynaklandığını dşunlmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre, kadınların menopozu ocuk doğurmaktan kurtulma olarak algıladıkları ve menopoz döneminde yaşanan sorunlarla sağlıklı baş etme yöntemlerini bilmedikleri bulunmuştur.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Şanlıurfa'daki menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada aşağıda belirtilen sonuç ve öneriler elde edilmiştir.

6.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar:

Araştırmaya katılan kadınların % 38'inin 55-64 yaş grubunda olduğu, % 89.7'sinin okur-yazar olmadığı, % 99'unun çalışmadığı, % 56.7'sinin evli olmadığı, % 46.3'ünün eşinin okur-yazar olmadığı, % 97.7'sinin sağlık güvencesi olduğu, % 97'sinin çocuk sahibi olduğu ve % 87.3'ünün çocuk sayısının 5 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan kadınların % 56'sının menopoz yılı 10 yıl ve üzerindedir. Kadınların % 99.3'ünün menopoza yönelik bilgi almadığı, bilgi aldığını ifade eden kadınların (% 0.7) ise bilgi kaynağı olarak komşu, arkadaş ve akraba olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Kadınların menopoza ilişkin sorunlara yönelik tedavi alma durumlarına bakıldığında % 96'sının menopoza yönelik tedavi almadığı görülmektedir. Menopoza yönelik tedavi alan kadınların % 58.3'ünün kalsiyum ilacı kullandığı, % 41.7'sinin hormon ilacı kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

6.2. Kadınların menopoz dönemine özgü yaşadıkları sorunlara ilişkin sonuç ve öneriler:

Kadınların yaşadığı vazomotor sorunlar arasında en çok % 76.3 oranla “el ve ayaklarda uyuşma-karınalanma”, emosyonel durumda % 83.3 oranla “hüzünlenme”, merkezi sinir sisteminde % 63.3 oranla “unutkanlık”, saç ve deri ile ilgili sorunlarda % 46.7 oranla “saç ve tüylerde dökülme”, kas-iskelet sisteminde % 76 oranla “eklem ve kemiklerde ağrı”, kardiyovasküler sistemde % 75.3 oranla “kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi”, ürogenital sistemde % 53.7 oranla “üriner inkontinans”, gastrointestinal sistemde % 75.3 oranla konstipasyon”, uyku düzeni ile ilgili sorunlarda % 72 oranla “uykuya dalmada güçlük / uzun süre uyuyamama / erken uyanma” sorunlarını yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.3).

Çalışma sonuçlarına göre, kadınların menopoz döneminde pek çok sisteme yönelik sorun yaşadığı, ancak yaşanan sorunlara ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle;

- Sağlık kuruluşlarında menopoza dönemi, semptomları ve baş etme yöntemlerine yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında danışmanlık hizmetlerinin yürütüleceği bir odanın oluşturulması ve danışmanlık hizmetlerinde hemşirenin etkin rol almasının sağlanması önerilmektedir.

Kadınların bilgi kaynağı olarak sağlık personeline başvurmadığı ve Türkçe bilmedikleri görülmüştür.

- Sağlık personelinin seminer, kurs ve konferans gibi eğitim etkinlikleri düzenlemesi ve bu eğitimlerde çevirmen (kürtçe/ arapça) kullanması,
- Tv, radyo, broşür gibi yazılı ve görsel kitle iletişim araçlarından faydalanması önerilir.

6.3. Kadınların yaşadıkları menopozal sorunlarla baş etme yollarına ilişkin sonuç ve öneriler:

Kadınların sıcak basması sorununda; en çok tercih ettikleri baş etme yönteminin sıcak ortandan uzak durma (% 49.2), gece terlemesi sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yönteminin; üstündeki kıyafetleri değiştirme (%56), kol ve bacaklarda uyuşma-karınca sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yönteminin; doktora gitme (% 52.1), baş ağrısı sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yönteminin; ağrı kesici ilaç kullanma (% 96.2), boğulma hissi sorununda en çok tercih ettikleri baş etme yönteminin; dua etme (%34.6) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Kadınların hüzünlenme sorunlarıyla baş etmek için % 38.1'inin ağladığı, % 29.2'sinin etrafındakilere bağırdığı, % 42.2'sinin herhangi bir uygulama yapmadığı, % 34.2'sinin ailelerinin ve yakınlarının yanında olmayı istediği saptanmıştır (Tablo 4.5). Kadınların yaşadıkları merkezi sistem sorunlarıyla baş etmede; çoğunun herhangi bir uygulama yapmadığı (% 66.4) saptanmıştır (Tablo 4.6). Kadınların saç ve deri ile ilgili yaşadıkları sorunlarla baş etmek için de büyük çoğunluğun herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır (saçla ilgili sorunlarla baş etmede; % 65.9, deri ile ilgili sorunlarda % 76.7) (Tablo 4.7). Kas-iskelet sisteminde sorun yaşayan kadınların bu sorunla baş etme yolu olarak % 50.6'sının doktora gittiği (Tablo 4.8), kardiyovasküler sistemle ilgili sorunlarla baş etmede % 34.2'sinin yakınlarının ve ailelerinin yanında olmayı istediği (Tablo 4.9), kadınların ürogenital sistemle ilgili yaşadıkları sorunlarla baş etmede % 58.4'ünün doktora gittiği ve (% 82.6'sının ara bez kullandığı (Tablo 4.10), kadınların gastrointestinal sistem sorunuyla baş

etmede % 50'sinin herhangi bir uygulama yapmadığı (Tablo 4.11) ve kadınların uyku düzeni ile ilgili yaşadıkları sorunlarla baş etmede % 54.3'ünün uyumak için sessiz bir ortam seçtiği (Tablo 4.12) tespit edilmiştir.

Kadınların menopozal dönemde yaşanan sorunlarla sağlıklı baş etme yöntemlerini kullanmadıkları saptanmıştır. Bu nedenle;

- Hemşireler, kadınların menopozla ilgili duygu, düşünce, sorun ve beklentilerini ifade etmesini sağlamalı,
- Hizmet sunumunda yol gösterici ve danışmanlık hizmetlerine yeterince zaman ayırmalı ve başvuran kadınların kararlara katılımını arttırmalı,

Bölge kadınlarının eğitim seviyesinin düşük ve yöresel tutum ve davranışlara meyilli olduğundan, hizmet verirken bu kriterlere dikkat edilmesi, aynı zamanda kadınların bireysel farklılıkları göz önünde bulundurularak muayene ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilir.

6.4. Kadınların menopoza dair bakış açılarına ilişkin sonuç ve öneriler:

Kadınların % 76.6'sının menopozu "adet kesilmesi" olarak algıladıkları, % 31.3'ünün menopozu "çocuk doğuramama" olarak algıladıkları, % 7'sinin menopozu "yaşlanma" olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Kadınların % 60.3'ü menopozun hayatını etkilediğini, % 39.7'si menopozun hayatını etkilemediğini ifade etmiştir Kadınlar tarafından menopozun algılanan olumlu yönleri arasında; % 96.4 oranla çocuk doğuramama ve % 8.3 oranla adet kesilmesi olduğu bulunmuştur. Menopozun kadınlar tarafından algılanan olumsuz yönleri arasında ise sırasıyla; hastalıkların artması, kilo alımında artış, şişkinliğe neden olması, ağrıların artması, şikayetlerin artması, agresif yapının artması, terleme ve sıkıntı şikayetlerinin başlaması, idrar kaçırma sorununun başlaması olarak bulunmuştur.

Kadınların menopozu doğal bir süreç olarak görmedikleri belirlenmiştir. Bu nedenle;

- Kadının, yaşam kalitesini yükseltecek, sağlıklı ve mutlu yaşlanmasına yardım edecek bilgi ve deneyimleri edinmesine olanak tanınması,
- Kadının sadece ürojinekolojik açıdan değil, psikolojik açıdan da değerlendirilmesi ve gerek görüldüğünde psikolog veya psikiyatriste yönlendirilmesi,
- Menopoz dönemi, sadece kadın sağlığı kapsamında ele alınmayıp, ailenin huzuru ve devamlılığı için eşlerin de kadın sağlığı ve menopoz konusunda

bilinçlenmelerine yardımcı olacak yetişkin eğitim programlarından yararlanmalarının sağlanması,

- Araştırmanın sonuçlarını kuvvetlendirmesi açısından daha geniş bir örneklem grubuyla çalışmanın tekrarlanması,
- Bölgesel farklılıkların sonuçlara etki edeceği göz önüne alınarak farklı bölgelerde araştırmanın yapılması,
- Menopoz döneminde yaşanan sorunlarla baş etmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğini inceleyen kanıta dayalı araştırmaların planlanması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Altınsoy N. Klimakterik dönemde vazomotor bozukluklar ve cinsel işlevleri ile ilgili yakınmalarda hemşirelik danışmanlığının etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2002.
2. Altunbay D, Yurdakul M. Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve baş etme yöntemleri. Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 25 (2): 43-60.
3. Altunkaynak ZB, Ünal D, Aksak S, Ünal B. Östrojen hormonu ve menopoz. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2012; 29: 252-256.
4. Angela AF Gravena1, Sheila C R Brischiliari1, Tiara C R Lopes1, Cátia M D Agnolo, Maria D B Carvalho and Sandra M Pelloso. Excess weight and abdominal obesity in postmenopausal Brazilian women: a populationbased study. Gravena et al. BMC Women's Health 2013. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/46>.
5. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı . TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(2): 112-122.
6. Asadi M, Jouyandeh Z, Nayebzadeh F. Prevalence of menopause symptoms among Iranian women. J Fam Plann Reprod Health Care. 2012; 6 (1): 1-3.
7. Astbury EM. Menopause, sexuality and culture: is there a universal experience?, Sexual and Relationship Therapy, 2003; 18(4): 437-445.
8. Atasü T. Menapoz Tedavisi ve Kanseri. Nobel Kitapevi, Tayf Matbaacılık, İstanbul, 2001.
9. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass KA. Longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. Ann. Epidemiol, 1994; 4 (3): 214-220.
10. Aydemir H.İ. ve Dağdeviren H.N. Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arasındaki Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2007.
11. Aygin D, Aslan FE. Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız? Androloji Bülteni, 2005; 22: 264-267.
12. Bastos CA, Oppermann K, Fuchs SC, Donato GB, Spritzer PM. Determinants of ovarian volume in pre-menopausal transition, and post-menopausal women: a population-based study, Maturitas, 2006; 53 (4): 405-412.
13. Basworth HB, Bastian LA, Rimer BK ve ark. Coping styles and personality domains related to menopausal stress. Women's Health Issues, 2003; 13: 32-38.
14. Baştürk M, Tayyar M, Kuğu N, Gönül AS, Reyhancan M, Yabanoğlu İ. Menopoz kliniğine başvuran kadınlarda psikiyatrik değerlendirme. IV. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi, 1996; İstanbul 30 Ekim-1 Kasım.

15. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürler arası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum: Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2002; 2 (5): 5-12.
16. Bediz D. I. Basamakta menapoz ve osteoporozda karşılaşılan sorunlar. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, 2003: 70-72.
17. Bezircioğlu İ. ve ark. Menapoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15 (3): 199-207.
18. Bezircioğlu İ, Öniz A, Kındıroğlu N., Dündar P. 45 – 55 Yaş Grubu Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve A.P. Kongresi, 20 – 23 Nisan, Ankara, 2003.
19. Ceylan B. Eskişehir tepebaşı ilçesinde yaşayan 40- 59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi. Eskişehir Osmangazi Üniv., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2010.
20. Chamberlin G, Hamilton DF. (Ed. R, Has.) Menapoz ve Tedavisi, *Obstetrik ve Jinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2005: 55-65.
21. Chedraui P, Lopez FR, Morales B ve ark. Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. *Climacteric*, 2009: 1-9.
22. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2008;15 (5):958-62.
23. Chirawatkul S, Patanasri K, Koochaiyasit C. Perceptions about menopause and health practises among women in northeast Thailand. *Nursing and Health Sciences*,2002; 4:113-121.
24. Cohen LS, Soares CN, Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition, *The American Journal of Medicine*, 2005; 118 (12): 93-97.
25. Cutson TM, Meuleman E. Managing menopause. *Am Fam Physican*, 2000; 61 (5): 1285-1288.
26. Çağlayan KE. Hormon replasman tedavisinin perimenopoz ve postmenopozal kadınlarda psikolojik semptomlara etkisi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
27. Çakıl A. Kırşehir il merkezindeki orta yaş dönemindeki kadınların menopozal yakınma ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2012.
28. Çelikkanat Ş. 40 Yaş üstü kadınların menapoz ve osteoporozla ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2012; 20-32.
29. Çelik SA, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 1(1):48-56.
30. Delavar M, Hajjahmadi M. Factors affecting the age in normal menopause and frequency of menopausal symptoms in Northern Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2011; 13: 192-198.

31. Dell DL, Stewart DE. Menopause and mood: is depression linked with hormone changes? Postgrad Med, 2000; 108: 34-43.
32. Demirgöz, M., Şahin, N. :Menopozal Sıcak Basması ve Alternatif Tedavi Seçenekleri. Göztepe Tıp Dergisi. 143-148, 2008.
33. Dennerstein L. Well-being symptoms and the menopausal transition. Maturitas, 1996; 23 (2): 147-157.
34. Dhillon HK, Singh HJ, Shub R, Hamid AM, Mohd Zaki Nik Mahmood N. Prevalence of menopausal symptoms in women in Kelantan, Malaysia. Maturitas, 2006; 54: 213-221.
35. Di Prospero F, Luzi S. and Iacopini Z. Cigarette smoking damages women's reproductive life. Reprod Biomed Online, 2004; 8: 246-247.
36. Dökmen YZ. Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı. Türk Psikoloji Yazıları, 2009; 12 (24): 41-55.
37. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev, 2010; 20(1): 5654.
38. Ediz Y. Menopoz. Erişim Adresi : www.tahad.org/.../ Menopoz. Erişim Tarihi: 01.01.2014.
39. Edwards BJ, Iris M, Ferkel E. Postmenopausal woman with minimal trauma fractures are unapprised of the existence of low bone mass or osteoporosis. Maturitas, 2006; 53: 260-266.
40. Elavsky, S., McAuley, E., Physical Activity, Symptoms, Esteem, and Life Satisfaction During Menopause, Maturitas, 2005; 52: 374-385.
41. Er A. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan menopoza girmiş kadınların menopoz dönemine yönelik yaşadıkları sorunlar ve Başetme yolları. (özet) Yakındoğu Üniv. Yüksek Lisans Tezi, 2010.
42. Erdem Ö. Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve baş etme yolları. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
43. Ersoy T. Menopoz ve Kültür, Araştırma ve İnceleme. Öteki yayınevi, Ankara, 1998.
44. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010; 7 (1): 471.
45. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3: 108- 112.
46. Gezer A, Şentürk LM, Ertüngealp E. Klimakteriyum. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, ed. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2006: 1523- 48.
47. Göksever H, Erata EY. Hormon profili ile perimenopozal semptomlar arasındaki ilişki. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2010; 73 (4): 92-96.
48. Graham JG, Kaczorowski J, Skelly J, Fin-kelstein M. Urinary incontinence common problem among women over 45. Can Fam Physician, 2005; 51: 84- 5.

49. Gray RH. The menopause-epidemiological and demographic consideration, (Ed.: BEARD. R.J.), The Menopause Lancaster, M. T. P. Pres, 1976.
50. Güngör L. Elazığ yenimahalle eğitim ve araştırma sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 45 yaş ve üstü kadınların menopoz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2003.
51. Hanisch ve ark. Hot flashes and panic attacks: A comparison of semptomatology, neurobiology, treatment and a role for cognition. Psychological Bulletin, 2008; 134 (2): 247-269.
52. Hotun M. Menopoz. Çevik Matbaacılık, İstanbul, 1998.
53. Hotun Şahin N, Coşkun A. The menopausal age, related factors and climacteric, complaints in Turkish women. Revista Referenc'a 2007; 4:91- 9.
54. Huffman SB, Myers JE, Bond L. Menopause and African-American Women: Attitudes and Symptom Reporting, 2001. Erişim Adresi: <http://csi.affiniscape.com/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=93>, <http://www.insanbilimleri.com>, Erişim Tarihi: 07.10.2013.
55. Hvas L. Menopausal women's positive experience of growing older. Maturitas, 2006; 54 (3): 245-251.
56. Ishizuka B, Kudo Y, Tango T. Cross-sectional community survey of menopause symptoms among japanese women. Maturitas, 2008; 61: 260-7.
57. Işık E. Psikiyatrik Yönden Menopoz. Birinci baskı, İstanbul, 1997: 54-57.
58. Kabukçu N. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine menopoz nedeni ile başvuran kadınların sağlık sorunlarının tanımlanması ve etki eden faktörlerin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2000.
59. Kadayıfçı O. Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, Senium, İkinci Bahar. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2006.
60. Kal EH. Menopozal dönemdeki kadınlarda uyku sorunları ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2011.
61. Kang HJ, Ansbacher R, Hammoud MM. Use of alternative and complementary medicine in menopause. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2002; 79 (3): 195-207.
62. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. Abay E (Çev. Ed.). Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004; 330-331.
63. Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri, 2008; 11: 159-166.
64. Kaymak Y, Tırnaksız F. Menopoz ve deri. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2006; 26: 675- 84.
65. Keskinoglu P, Özkul Ö, Ayan R, Norgaz G, Giray H, Kılıç B. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde 50-54 yaş arası kadınlarda menopoz durumu ile diğer etmenlerin depresyon görülme sıklığına etkisi. Sted, 2006; 15 (2): 31-7.

66. Khademi S, Cooke MS. Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause. *Maturitas*, 2003; 46: 113-121.
67. Kilciler Z. Menopozun kadınların fizyolojik ve psikolojik fonksiyonları ve beslenme alışkanlıkları üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 1992.
68. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Tyrrell KS, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2003;10 (1): 19-28.
69. Kuliyeva, S. : Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Hormon Tedavisi ve Antimuskarinik İlaçların üriner İnkontinans Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana, 2007.
70. Laurey R, Simlkin Phd, Rena R.W. Menopoz sırasında kilo artışı. *Postgraduate Medicine*, 2001; 13 (11): 34-38.
71. Littleton LY , Engebretson JC. *Maternal, Neonatal, And Women's Health Nursing*. Colombia: Delmar Thomson Learning, 2002: 288-295.
72. Loprinzi CL, Barton DL. On hot flash mechanism, measurement and treatment. *Menopause*. International Menopause Society, 2009; 16: 621.
Erişim: 20 Aralık 2013, <http://www.imsociety.org/index.html>
73. Mazhar SB, Gul-e-Erum. Knowledge and attitude of older women towards menopause. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2003; 13 (11): 621-4.
74. Messina, M.J., Soy Foods and Soybean Isoflavones and Menopausal Health, *Nutrition in Clinical Care*, 2002; 5(6), 272-282.
75. Mishra G, Kuh D. Perceived Change in Quality of Life During the Menopause, *Social Science & Medicine*, 2006; 62, 93-102.
76. Moline ML, Broch L, Zak R, Gross V. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. *Sleep Medicine Reviews*, 2003;7 (2): 155-77.
77. Nalbant M. Menopozal semptomlar ile cinsel yaşam arasındaki ilişkiler, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2009.
78. Nappi RE, Nijland EA. Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey. *Eur. J. Obstet. Gynecol, Reprod Biol*, 2008; 137 (1): 10-16.
79. Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2009; 31: 15-21.
80. Oğurlu N. Kadınların menopozal yakınmaları ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2008.
81. Onat A, Sansoy V, Uyarel H, Keleş İ, Hergenç G. Türklere hdl-kolesterol düzeyleri, çevresel etkenler ve metabolik sendrom kriterleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Dergisi*, 2004; 32 (5): 273-278.

82. Önderoğlu L, Bozdağ G. Menapoz ve yaşlanan kadın. Erişim adresi: www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/7.pdf . Erişim tarihi: 12.11.2012.
83. Özgür G, Yıldırım S, Komutan A. Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 1.
84. Özkan A. Cerrahi yolla menopoza giren kadınlara verilen eğitimin, menopozal yakınmaları algılamasına ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006.
85. Pernoll ML. Obstetrik ve Jinekoloji. Çeviren:Ayhan A, Bozdağ G. Palme Yayıncılık, Ankara, 2002; 743-754.
86. Pérez JA, Garcia FC, Palacios S, Pérez M. Epidemiology Of Risk Factors And Symptoms Associated With Menopause In Spanish Women. *Maturitas*. 2009, 20; 62 (1): 30-6.
87. Posacı C, Doğan E. Hormon tedavisi ve osteoporoz. *Türkiye Klinikleri, J Surg Med Sci*, 2006; 2: 5-11.
88. Quatresooz P, Pierard-Franchimont C, Gaspard U, Pierard GE. Skin climacteric aging and hormone replacement therapy. *J Cosmet Dermatol*, 2006; 5: 3-8.
89. Quinn SD, Domoney C. The effects of hormones on urinary incontinence in postmenopausal women. *Climacteric* 2009; 12: 106-113.
90. Rahman S, Salehin F, Iqbal A. Menopausal symptoms as-sessment among middle age women in Kushtia, Bangladesh. *BMC Res Notes*, 2011; 4.
91. Ratka A. Menopausal Hot Flashes and Development of Cognitive Impairment. New York Academy of Sciences, 2005; 1052: 11-26.
92. Rendall MJ, Simonds LM, Hunter MS. The Hot Flush Beliefs Scale: A tool for assessing thoughts and beliefs associated with the experience of menopausal hot flushes and night sweats. *Maturitas: The European Menopause Journal*, 2008; 60: 158–169.
93. Ricci SS. Kyle T. Maternity And Pediatric Nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 131-136.
94. Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palanci Y, Toksöz P. Diyarbakır İl merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş 40 yaş üzeri kadınların menopoz dönemine ait Bazı özellikleri ve kalsiyum kaynağı yiyecekleri tüketim sıklıkları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2005; 32 (2): 77-83.
95. Sayiner Z, Özdemir B, Köz, N. Menopoz Sendorumu ve Hemşirelik Yönü. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1987; 37(4): 33-35.
96. Schneider HPG. The quality of life in teh post menopausal women best practices & research. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2002; 16 (3): 395-409.
97. Scott JR, Disala PJ, Hammond CB. and Spellacy WN. Danforth Obstetrik ve Jinekoloji (Çev:Erez, R., Ed.: Erez, S.), Yedinci Edisyon, 1997; 771-789.
98. Serter R, Çulha C. Osteoporoz Tedavisi. *Türkiye Klinikleri, J Surg Med Sci*, 2006; 2 (31): 5-11.

99. Shea J.L. Chinese Women's Symptoms: Relation to Menopause, Age and Related Attitudes, *Climacteric*, 2006; 9: 30-39.
100. Simon JA, Reape KZ. Understanding the menopausal experiences of professional women. *Menopause*, 2009; 16: 73- 76.
101. Sis A. Menopoz dönemindeki kadınların menopozal yakınmalarının evlilik uyumuna etkisinin belirlenmesi. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2010.
102. Syed Abdul Rahman SA, Zainudin SR, Lee Kar Mun V. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pac Fam Med.*, 2010; 9.
103. Şahin NH. Bir Kilometre Taşı: MENOPOZ. Çevik Matbaacılık, Ağustos, 1998.
104. Şahmay S. Postmenopozal dönem ve ürogenital atrofi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 2008; 1: 35-44.
105. Şen E, Saruhan A. Menopoz ve HRT ile ilgili kanıta dayalı çalışmalar. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2010: 45-51.
106. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 2010; 17 (1): 7-11.
107. Taşkın L. Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Sistem Ofset, Ankara, 1994; 119-128.
108. Tillet LA, Pender N. The health promotion. In Tomey MA, Alligood MR, eds. *Nursing Theorist and their work*. Mosby, St Louis Baltimore, 1998: 529-535.
109. Timur S. Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve yaşam kalitesine etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.
110. Tokuç B ve ark. Trakya üniversitesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2006; 3(4): 281-287.
111. Torgerson DJ, Avenell A, Russell IT. and Reid DM. Factors associated with onset of menopause in women aged 45-49, *Maturitas*, 1994; 19: 83-92.
112. Tortumoğlu G. Asyalı ve Türk kadınlarında menopoz. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004; ISSN: 1303-5134.
113. Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T. Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003; 6 (3): 64-74.
114. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004; 5: 114-119.
115. Training for mid-level managers: the EPI coverage survey. Geneva: World Health Organization, 1991 (unpublished document WHO/EPI/91.10; available from Vaccines and Biologicals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
116. Turfanda A, Topuz S. "Menopoz", *Jinekoloji*, (Ed. S Berkman), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul, 2004; 87-97.
117. Turfanda A, Turfanda T. Menopoz ve Güncel Tedavi Prensipleri. İstanbul, 2008.

- 118.Turhan NÖ, Doğan D. Perimenopoz ve tedavisi, Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite (Ed:Umur Çolgar), İstanbul Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi, 2006; 323-347.
- 119.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ön Raporu 2008, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara.
- 120.Uçanok Z, Bayraktar R. Farklı Yaş Grubundaki Kadınlarda Menopoza İlişkin Belirtilerin, Tutumların ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi. 3P Dergisi, 1996; 4 (1): 11-20.
- 121.Ulrike Blume-Peytavi, Stephen Atkin, Uwe Gielers, Ramon Grimalt. Skin Academy: Hair, skin, hormones and menopause – current status/knowledge on the management of hair disorders in menopausal women. Eur J Dermatol, 2012; 22 (3): 310-8.
- 122.Uslu H. Postmenapozal raloksifen HCI kullanımının serum kemik mineral yoğunluğu skorlarına etkisi. Uzmanlık Tezi, Zeynep Kamil Kadın - Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2004.
- 123.Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri, 2005; 8: 109-115.
- 124.Versi E. and Cordero LD. Estrogens and lower urinary tract function, (Ed.:Shudd Ju) The Menopause, Oxford, Blackwell scientific pub., 1988; 76.
- 125.Vural EZT, Gönenç I. Birinci basamakta menopoza yaklaşım. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi, 2013; 4 (6): 75-9.
- 126.Wasaha S, Angelopoulos FM. What every woman should know about menopause. AJN, 1996; (1): 27-33.
- 127.WHO 1981. Research on the Menopause. World Health Organization. Geneva.
- 128.WHO (World Health Organization)1996. Progress in human reproductive research. Progress, No. 40:1-8. Erişim adresi : http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/40/news40_1.en.html. Erişim tarihi: 03.09.2013
- 129.Wilkin JR. Flushing reactions: consequences and mechanisms. Ann Intern Med, 1981; 95: 468.
- 130.Wines N, Wilsteed E. Menopause and skin. Australasian Journal of Dermatology, 2001; 42: 149-160.
- 131.Yahya S, Rehan N. Age, pattern and symptoms of menopause among rural women of Lahore. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2002 Jul-Sep;14(3):9-12.
- 132.Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Univ Sağlık Bilim Derg 2007; 21; 187-93.

EK I

**ŞANLIURFA'DA MENOPOZA GİRMİŞ
KADINLARIN, MENOPOZA İLİŞKİN
SORUNLARININ, BAŞ ETME YOLLARININ VE
BAKIŞ AÇILARININ BELİRLENMESİ
AMACIYLA HAZIRLANAN SORU KAĞIDI**

Anket No:

Tarih:

A- Tanımlayıcı Özellikleri:

1- Kaç yaşındasınız?

2- Eğitim Durumunuz nedir?

- 1- Okuma-yazma bilmiyor
- 2- Okuma-yazma biliyor
- 3- ilkokul mezunu
- 4- Ortaokul mezunu
- 5- Lise mezunu
- 6- Yüksekokul mezunu

3- Sağlık güvenceniz var mı?

- 1-Var
- 2-Yok

4- Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- 1- Ev hanımı
- 2- İşçi
- 3- Mevsimlik tarım işçisi
- 4- Devlet memuru
- 5- Serbest meslek
- 6- Emekli

5- Medeni durumunuz nedir?

- 1-Evli
- 2-Eşi hayatta değil/boşanmış
- 3- Bekar (7.soruya geçiniz)

6- Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

- 1- Okuma-yazma bilmiyor
- 2- Okuma-yazma biliyor
- 3- ilkokul mezunu
- 4- Ortaokul mezunu
- 5- Lise mezunu
- 6- Yüksekokul mezunu

7- Evde hangi dili konuşuyorsunuz?

- 1-Sadece Türkçe
- 2-Sadece Arapça
- 3-Sadece Kürtçe
- 4-Türkçe-Kürtçe
- 5-Türkçe-Arapça

8- Çocuğunuz var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

9- Kaç çocuğa sahipsiniz?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ve üzeri

10- Son 5 yıldır en uzun süre nerede yaşadınız?

- 1-Köy
- 2-Kasaba
- 3-İlçe
- 4-Şehir merkezi

11- En son adetinizi ne zaman gördünüz?

- 1-1 yıldan az süre önce
- 2-1-3 yıl önce
- 3-4-6 yıl önce
- 4-7-9 yıl önce
- 5-10 ve daha fazla süre önce

12- Menopoza yönelik tedavi aldınız mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

13- Menopoza yönelik ne tedavisi aldınız?

.....

14- Menopozla ilgili daha önce eğitim aldınız mı?

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

15- Bu eğitimi nerden aldınız?

- 1- Sağlık personelinde
- 2- Komşu veya akrabadan
- 3- Televizyon, gazete ve kitaplardan
- 4- Diğer

B- Menopoza İlişkin Bakış Açıları

16- Menopoz deyince ne anlıyorsunuz?

- 1- Adet kesilmesi
- 2- Çocuk doğuramama
- 3- Yaşlanma
- 4- Cinselliğin bitmesi
- 5- Diğer

17- Menopoza girmeniz hayatınızı etkiledi mi?

- 1- Evet
- 2- Hayır

18- Menopoza girmenizin hayatınıza getirdiği olumlu yönler var mıdır?

- 1- Evet (Nedir/ Nelerdir?)

- 2- Hayır

19- Menopoza girmenizin hayatınıza getirdiği olumsuz yönler var mıdır?

- 1- Evet (Nedir/ Nelerdir?)

- 2- Hayır

C- Klimakterik Döneme Özgü Sağlık Sorunları ve Baş Etme Yolları

20- Gece terlemesi yaşıyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır (22.soruya geçiniz)

21- Gece terlemesi yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1-Üstümdeki kıyafetleri değiştirmek
- 2- Sentetik gecelikler giymeyi tercih etmek
- 3- Gün boyunca ve özellikle yatarken alkol, çay, kahve ve sıcak içeceklerden uzak durmaya çalışmak
- 4- Gece uyurken odanın sıcaklığını ılık tutmaya çalışmak

- 5- Ilık bir duş almak
- 6- Hararetini bastırmak için sıcak içecekler tüketmek
- 7- Uyurken bacaklarımı yorgandan dışarı çıkarmak
- 8- Soğuk içecekler içmek
- 9- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 10- Diğer

22- Sıcak basması yaşıyor musunuz?

- 1-Evet
- 2-Hayır(24.soruya geçiniz)

23- Sıcak basması yaşadığımız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Sıcak ortamdan uzak durmak
- 2- Dua etmek
- 3- Kolay çıkarılabilecek giysiler tercih etmek
- 4- Isınan bölgelere buz uygulaması, ılık duş, vantilatör gibi soğutucular kullanmak
- 5- Sıcak basması yaşadığında sakin ve rahat bir şekilde oturup, gözlerini kapatarak serin bir yerde olduğunu hayal etmek
- 6- Rahat bir yere oturarak derin ve yavaş alıp vermek
- 7- Sıcak basmasını azaltmak için sıcak içecekler tüketmek
- 8- Sigara, çay, kahve, alkol, baharatlı yiyeceklerden uzak durmak
- 9- Soya fasulyesi, yer fıstığı, ıspanak,.....gibi yiyeceklere ağırlık vermek
- 10- Yüzüne yoğurt sürmek
- 11- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 12 Diğer

24- Huzursuzluk – sinirlilik yaşıyor musunuz?

- 1-Evet
- 2-Hayır(26.soruya geçiniz)

25- Huzursuzluk – sinirlilik yaşadığımız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- İbadet etmek
- 2- Kendime sıkıntı yaratan durumları biriyle paylaşmak

- 3- Egzersiz yapmak
- 4- Dinlenmek için kendime zaman ayırmak
- 5- Huzursuzluğumu ve sinirimi azaltmak için farklı işlerle uğraşmak
- 6- Çay, kahve gibi sıcak içeceklerden uzak durmak
- 7- Ağlayarak rahatlamak
- 8-Etrafımdakilere bağırarak
- 9- Bir şeye zarar vermek
- 10- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 11- Diğer
- 26- Hüzün ve çökkünlük (mutsuzluk) yaşıyor musunuz?
- 1-Evet
- 2-Hayır(28.soruya geçiniz)
- 27- Hüzün ve çökkünlük (mutsuzluk) yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?
- 1- Yeni uğraşlar bulurum
- 2- Ağlarım
- 3- Egzersiz yaparım
- 4- Düzenli uyurum
- 5- Kendime sıkıntı yaratan durumları biriyle paylaşıyorum
- 6- Dışarı çıkar dolaşırım
- 7- Kötü şeyleri aklıma getirmemeye çalışırım
- 8- Tek başına kalırım
- 9- Çocuklarımı, yakınlarımı..... ziyarete giderim
- 10- Kendi kendimi teselli etmeye çalışırım
- 11- Herhangi bir uygulama yapmam
- 12- Diğer
- 28- Çabuk heyecanlanma, korku ve panik hissi yaşıyor musunuz?
- 1-Evet
- 2-Hayır(30.soruya geçiniz)
- 29- Çabuk heyecanlanma,korku ve panik yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?
- 1- Bir yere oturup derin ve yavaş nefes alıp veriyorum
- 2- Başka şeyler düşünmeye çalışıyorum
- 3- Yakınlarımla veya ailemin yanında olmayı isterim
- 4- Tek başıma kalabileceğim odaya geçerim
- 5- Yakınlarımı arar konuşurum
- 6- Yakınlarımla veya ailemin yanımda olmasını isterim
- 7- Dua ederim
- 8- Soğukkanlı davranmaya çalışırım
- 9- Heyecanımı herkesle paylaşıyorum
- 10- Bu davranışımın dolayı kendimi suçlarım
- 11- Herhangi bir uygulama yapmam
- 12- Diğer
- 30- Ağlama nöbetleri yaşıyor musunuz?
- 1-Evet
- 2-Hayır (32. soruya geçiniz)
- 31- Ağlama nöbetleri yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?
- 1- Temiz hava almak için balkona, dışarıya çıkmak
- 2- Başka şeyler düşünmeye çalışmak
- 3-Yatıp uyumak
- 4- Kurşun döktürmek
- 5- Kendime sıkıntı yaratan şeyleri listeleyip çözüm aramak
- 6- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 7- Diğer
- 32- Unutkanlık veya dikkat toplayamama yaşıyor musunuz ?
- 1-Evet
- 2-Hayır(34. soruya geçiniz)
- 33- Unutkanlık veya dikkat toplayamama yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz ?
- 1- Yapacağı şeylerin listesini yapmak
- 2- Bitkisel kökenli (Ginkgo biloba, yeşil çay,) çaylar içmek
- 3- Daha az çay tüketmeye çalışmak
- 4- Sürekli olarak beyin jimnastiği yapmak
- 5- Uzun uzun düşünmeye çalışırım
- 6- Dua okumak
- 7- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 8- Diğer
- 34- Boğulma, bunalma hissi yaşıyor musunuz?
- 1- () Evet 2- () Hayır (36.soruya geçiniz)

35- Boğulma, bunalma hissi yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Derin nefes alıp vermek
- 2- Dinlenmek için kendime zaman ayırmak
- 3- Bu duruma sebep olan şeyleri düşünmemeye çalışmak
- 4- Yüzünü yıkamak
- 5- Yürüyüşe çıkmak
- 6- Dua etmek
- 7- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 8- Diğer.....

36- Vücutta uyuşma ve karıncalanma yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (38.soruya geçiniz)

37- Vücutta uyuşma ve karıncalanma yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Uyuşan bölgeye masaj yapmak
- 2- Nemlendirici bir krem kullanmak
- 3- Düzenli olarak egzersiz yapmak
- 4- Uyuşan ya da karıncalanan bölgelere bir minderle yükseltmek
- 5- Süt ve süt ürünlerinden zengin beslenmek
- 6- El ve ayaklarını yükseltmek
- 7- Soğuk suyla vücudunu yıkamak
- 8- Gezinmek
- 9- Doktora gitmek
- 10- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 11- Diğer.....

38- Baş ağrısı yaşıyor musunuz?

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

39- Baş ağrısı yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Ağrı kesici bir ilaç kullanmak
- 2- Başka şeyler düşünmeye çalışmak
- 3- Başına sirkeli bez koymak
- 4- Başına patates dilimleyerek bağlamak
- 5- Her gün bir avuç ceviz yemek
- 6- Bitkisel kaynaklı çaylar içmek
- 7- Temiz havaya çıkıp dolaşmak
- 8- Başını bağlamak
- 9- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 10- Diğer.....

40- Kabızlık yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (42.soruya geçiniz)

41- Kabızlık yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Şeftali, muz, ... gibi yiyecekler tüketmemek
- 2- Her sabah aç karnına ılık su içmek
- 3- Kayısı,erik..... gibi lifli gıdalar tüketmek
- 4- Günde 8-10 bardak su içmek
- 5- Egzersiz yapmak, dışarı çıkıp yürümek
- 6- Düzenli olarak her sabah tuvalete gidip 15-20 dakika beklemek
- 7- Sebze ağırlıklı beslenmek
- 8- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 9- Diğer.....

42- Eklem ve kemiklerde ağrı yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (44.soruya geçiniz)

43- Eklem ve kemiklerde ağrı yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Egzersiz yapmak
- 2- Gün içinde bol yürümek
- 3- Ağrıyan yerlerine soğuk bez bağlamak
- 4- Süt ve süt ürünlerinden zengin beslenmek
- 5- Hareket etmemeye çalışmak
- 6- Ağrıyan yerlerimi ovmak
- 7- Doktora gitmek
- 8- Ağrı kesici bir ilaç almak
- 9- Gezinmek
- 10- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 11- Diğer.....

44- İdrar kaçırma yaşıyor musunuz?

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

45- İdrar kaçırma yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- idrar yaparken (Kegel) tutma-bırakma egzersizi yapmak
- 2- Ara bez kullanmak
- 3- Tuvalet ihtiyacı geldiğinde bekletmeden ihtiyacını karşılamak
- 4- Daha az sıvı tüketmek
- 5- Otururken, ayaktayken, is yaparken..... kalça kaslarını sıkıştırmak
- 6- idrarını tutabildiği kadar tutmak
- 7- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 8- Diğer.....

46- Sık idrar yolu iltihabı yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (48. soruya geçiniz)

47- Sık idrar yolu iltihabı yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Genital bölge temizliğine önem vermek
- 2- Günde en az 8-10 bardak su içmek
- 3- Kızılçık, kuşburnu, portakal suyu gibi içecekler tüketmek
- 4- Cinsel ilişkiden önce ve sonra bir bardak su içmek
- 5- Pamuklu iç çamaşırlar giymek
- 6- Cinsel ilişkiden uzak durmak
- 7- Genital bölgeye yoğurt suyu sürmek
- 8- Doktora gitmek
- 9- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 10- Diğer

48- Ağrılı cinsel ilişki veya cinsel isteksizlik yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (50. soruya geçiniz)

49- Ağrılı cinsel ilişki veya cinsel isteksizlik yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Eşikle birlikte olmamak
- 2- Kayganlaştırıcı krem-jel kullanmak
- 3- Sevişme süresini uzatmak
- 4- Eşikle konuşup ve sorunu bulmaya çalışmak
- 5- Doktora gitmek
- 6- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 7- Diğer

50- Deride kuruluk ve kaşıntı yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (52. soruya geçiniz)

51- Deride kuruluk ve kaşıntı yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Bol sıvı almak
- 2- Nemlendirici krem ya da vazelin kullanmak
- 3- Sabun yerine yumuşatıcı-nemlendirici temizleyiciler kullanmak
- 4- Kolonya kullanmak
- 5- Banyoda kese yapmak
- 6- Pamuklu giysiler tercih ederim
- 7- Doktora gitmek
- 8- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 9- Diğer

52- Deride kahverengi lekeler yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (54. soruya geçiniz)

53- Deride kahverengi lekeler yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Bitkisel kaynaklı losyonlar kullanmak
- 2- Lekelerin üzerine nemlendirici krem sürmek
- 3- Kozmetik ürünler kullanmak
- 4- Çay, kahve gibi kafein türü içeceklerden uzak durmak
- 5- Güneşe çıkmamak
- 6- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 7- Diğer

54- Saç ve tüylerde dökülme sorunu yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (56. soruya geçiniz)

55- Saç ve tüylerde dökülme sorunu yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Saçlarımı daha sık yıkamak
- 2- Zeytinyağı sürmek
- 3- Killi sabun kullanmak
- 4- Eczaneden özel karışımlar almak
- 5- Dökülen saçlarımı saklamak
- 6- Sık şampuan değiştirmek
- 7- Bitkisel kaynaklı şampuan kullanmak
- 8- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 9- Diğer

56- Vücudunuzda kıllanma sorunu yaşıyor musunuz?

1- () Evet 2- () Hayır (58. soruya geçiniz)

57- Vücudunuzda kıllanma sorunu yaşadığınız zaman ne yapıyorsunuz?

- 1- Tüylerini (jilet, ağda, cımbızyöntemlerle) almak
- 2- Kibritle tüylü bölgeyi yakmak
- 3- Tüy dökücü kozmetik ürünleri kullanmak
- 4- Beslenmesine dikkat etmek
- 5- Herhangi bir uygulama yapmamak
- 6- Diğer

58- Kalpte sıkışma, Tekleme, Çarpıntı hissi yaşıyor musunuz?

1- Evet
2- Hayır (60. soruya geçiniz)

59- Kalpte sıkışma, Tekleme, Çarpıntı hissi yaşadığınızda ne yapıyorsunuz?

1- Stresli, gergin ortamdan ve olaylardan uzaklaşırım .

- 2- Üzerinizdeki giysileri gevşetirim.
- 3- Rahat bir yere oturup , dinlenmeye çalışırım.
- 4- Diğer

60- Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma yaşıyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır (62. soruya geçiniz)

61- Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamama, erken uyanma yaşıyor musunuz?

- 1- Uyku ilacı kullanırım (Adı nedir.....)
- 2- Uyumak için sessiz bir ortam seçerim.
- 3- Fazla uyumaktan kaçınırım.
- 4- Akşamları çay ve kahveden uzak dururum.
- 5- Gece yatmadan önce süt , yoğurt v.b. şeyler

alırım.

6- Diğer

62- Bunların dışında yaşadığınız yakınmalar oldu mu?

- 1- Evet (Belirtiniz.....)
- 2- Hayır

63- Yaşadığınız bu sorunlar ile ilgili neler yaptınız /yapıyorsunuz ?

.....
.....

EK II

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: : Şanlıurfa’ da Menopoza Girmiş Kadınların, Menopoza İlişkin Sorunlarının, Baş Etme Yollarının ve Menopoza İlişkin Bakış Açılarının Belirlenmesi.

HASTA ADI: _____

Katılımcının katıldığı bu çalışma bir tez çalışması olup, araştırmanın adı ‘ Şanlıurfa’ da Menopoza Girmiş Kadınların, Menopoza İlişkin Sorunlarının, Baş Etme Yollarının ve Menopoza İlişkin Bakış Açılarının Belirlenmesi’ dir.

Bu çalışmanın içerik ve amacı: Bu araştırma, 4 Nolu Bağlarbaşı Aile Sağlığı Merkezi’ne bağlı bölgede yaşayan ve menopoza girmiş kadınların, menopoza dair yaşadıkları sorunlarını, baş etme yollarını ve menopoza ilişkin bakış açılarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada katılımcılara sosyo-demografik özellikler soru formu, menopoza ilişkin sorunlarını, baş etme yollarını ve menopoza ilişkin bakış açılarını belirleyecek soru formu uygulanacaktır.

Bu araştırmada katılımcı için ek riskler ve rahatsızlıklar söz konusu değildir. Katılımcımdan kan örneği alınmayacak. Katılımcıma araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacak ve tanısal bir işlem yapılmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım benim ve katılımcımın isteğimize bağlıdır. Katılımcı araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmanın sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıma ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışma Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkar cevaplar aldım. Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul etmezsem, kabul görmüş tedavileri alma hakkına sahip olduğumun bilincindeyim. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmedüğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesinde, bir katılımcı olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğimde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Yüksek Lisans Öğrencisi Ülkü ÖZER 0506 990 99 52.

Bu çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra vazgeçtiğim takdirde hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Hastanın Adı-İmzası
(Veli veya vasisinin)

Tarih

EK III



Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 60766955/ 329
Konu : Anket Formu Hk.

13/02/2013

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü Öğr.Gör.Yrd.Doç.Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın yönetiminde Yüksek lisans öğrencilerinden 115322001 nolu Ülkü ÖZER'in "Şanlıurfa'da Menapoza Girmiş Kadınların , Menapoza İlişkin Sorunlarının Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını Şubat-Temmuz 2013 tarihlerinde Şanlıurfa Merkez 04 nolu Bağlarbaşı ASM'ye bağlı bölgede yapılabilmesi Şubemizce uygun görülmüş olup;

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde;
Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Mustafa AĞAR
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR

13.../02/2013

Dr. Osman KOYUNCU
Halk Sağlığı Müdürü



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 60766955/ 2706
Konu : Anket Formu Hk.

19/02/2013

ŞANLIURFA HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 09/01/2013 tarih ve 67-408 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız uyarınca "Şanlıurfa'da Menopoza Girmiş Kadınların, Menopoza İlişkin Sorunlarının Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi" konulu anket çalışması için Müdürlüğümüz Oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Dr. Osman KOYUNCU
Halk Sağlığı Müdürü

EKLER

1- Yazı (1 Sayfa)

EK IV



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : B.30.2.HRÜ.0.20.05.00.050.01.04- 66
Konu : Proje

29/03/2013

Sayın: Yrd.Doç.Dr. Fatma GÖZÜKARA
Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Doğum ve Kadın hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürüttüğüsü olduğunuz “Şanlıurfa’da Menopoza Girmiş Kadınların, Menopoza İlişkin Sorunlarının, Baş Etme Yollarının ve Menopoza İlişkin Bakış Açılarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine ilişkin Etik Kurulumuzun 04.03.2013 tarih ve 03 nolu oturum 05 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr.Hakan CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkan Vekili

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

.../03/2013 Bil.İşt.S.DEMİREL

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 04.03.2013
OTURUM	: 03
SAAT	: 13:30

04/03/05	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın sorumlu araştırmacı olduğu “Şanlıurfa’da Menopoza Girmiş Kadınların, Menopoza İlişkin Sorunlarının, Baş Etme Yollarının ve Menopoza İlişkin Bakış Açılarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR Doç.Dr.Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkan Vekili</p>
----------	--