

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARA VERİLEN PLANLI
SAĞLIK EĞİTİMİNİN MENOPOZAL YAKINMA, TUTUM VE
SAĞLIK DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Gülbu TORTUMLUOĞLU

**Tez Yöneticisi
Yrd.Doç.Dr. Behice ERCİ**

**Doktora Tezi
Erzurum-2003**

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI**

**KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARA VERİLEN PLANLI
SAĞLIK EĞİTİMİNİN MENOPOZAL YAKINMA, TUTUM VE
SAĞLIK DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Gülbu TORTUMLUOĞLU

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :14 Mart 2003-05-03
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 2 Mayıs 2003

Tez Danışmanı :Yrd.Doç.Dr. Behice ERCİ
Jüri Üyesi : Prof. Dr. Asuman Güraksın
Jüri Üyesi :Prof. Dr. Ümit Seviğ
Jüri Üyesi :Doç. Dr. Sebahat Gözüm
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Seher Ergüney

Enstitü Müdür V. :Doç.Dr. Adnan Tezel

Mayıs 2003

ERZURUM

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	III
TABLolar DİZİNİ	IV
ÖZET	VII
SUMMARY	IX
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2-GENEL BİLGİLER	
2.1. Klimakterik Dönem.....	5
2.1.1 Klimakterik Dönemin Tanımı.....	5
2.1.2. Klimakterik Dönemin Fiziopatolojisi.....	5
2.1.3. Klimakterik Dönemin Sınıflandırılması.....	5
2.1.4. Klimakterik Döneminde Görülen Değişiklikler.....	6
2.2. Klimakterik Dönem ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	11
2.3. Klimakterik Dönem ve Sağlığı Geliştirme.....	18
2.4. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.5. Veri Toplama Araçları.....	30
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	36
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	39
3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri.....	39
3.9.Araştırmanın Sınırlılıklar ve Genellenebilirliği.....	40
4-BULGULAR	41
4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri, Menopozal Yakınma, Menopoza İlişkin Tutum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ait Bulguları.....	41
4.2. Çalışma Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özellikler, Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ait Bulguları.....	47

5-TARTIŞMA	81
5.1. Çalışma Grubundaki Kadınların Sosyodemografik ve Klimakterik Döneme Yönelik Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması.....	83
5.2. Menopozal Yakınmalara Ait Bulguların Tartışılması.....	85
5.3. Menopoza İlişkin Tutumlara Ait Bulguların Tartışılması.....	100
5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ait Bulguların Tartışılması.....	105
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	116
KAYNAKLAR	123
EKLER	
EK I Soru Formu.....	133
EK II Menopoz İlişkin Tutum Ölçeği.....	135
EK III Menopoz Yakınma Tarama Listesi.....	137
EK IV Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	139
EK V Sağlığın Önemi Ölçeği.....	141
EK VI Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği.....	142
EK VII Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Ölçeği.....	143
EK VIII Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği.....	145

TEŞEKKÜR

Tezimde bana danışmanlık yapan danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Behice ERCİ'ye, tezimin yürütülmesinde görev alan hocalarım Sayın Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY ve Doç. Dr. Sebahat GÖZÜM'e, tezimin sınırlılıklarında bana yol gösteren Sayın Prof. Dr. Nurgün PLATİN'e, Sayın Prof. Dr. Zuhâl BAHAR'a, Sayın Pof.Dr. Semra Erdoğan'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal Esin'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Nevin Hotun'a, tezimde yardım ve desteklerini esirgemeyen Dr.Nurdoğan SAVRAN'a, Yrd. Doç. Dr. Ayşe SAYAN'a, Abdurahman Gazi Sağlık Ocağı personeline, tezimin yapımı süresince her türlü desteği veren EŞİM'e, Nursel-Hakan ÖZDEMİR'e ve ARKADAŞLARIMA teşekkür ediyorum. Ayrıca veri toplama ve eğitim programı süresince her türlü engellerine karşın eğitimlere devam eden, sabır gösteren ve amacıma ulaşma mutluluğunu bana yaşatan çalışma grubumdaki KADINLARA da teşekkür ediyorum. Ayrıca Sayın Prof. Dr. Ümit Seviğ'e ve Prof. Dr. Asuman Güraksın'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Sağlığı Sürdüren ve Geliştiren Davranışların Kavramsal Tanımları ve Farklılıkları.....	25
Tablo 2. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	41
Tablo 3. Kadınların, Evlilikteki Memnuniyeti, Boş Zamanları Değerlendirme Biçimi, Ailede Alınan Kararlara Katılma, Sigara Kullanma Durumu ve İçilen Sigara Sayısına Dağılımı.....	42
Tablo 4. Kadınların, Klimakterik Evre, Klimakterik Döneme Yönelik Bilgi Alma, Bilginin Alındığı Kaynaklar, Dönemi Algılama Biçimi ve Algılama Biçiminin Nedenlerine Dağılımı.....	43
Tablo 5. Kadınların Menopozal Yakınmalarının Dağılımı.....	44
Tablo 6. Kadınların, Menopozal Yakınmalara Yönelik Endişeleri ve Bu Konuyla İlgili Öneri Alma Durumlarına Dağılımı.....	45
Tablo 7. Kadınların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	47
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Evlilik Memnuniyeti, Boş Zamanları Değerlendirme, Ailedeki Kararlara Katılma ve Sigara Kullanma Durumlarına Dağılımı	48
Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Klimakterik Evre, Bilgi Alma Durumu, Kimden Aldıkları, Dönemi Algılama Biçimleri ve Algılama Biçimlerinin Nedenlerine Dağılımı.....	48
Tablo 11. Kadınların Eğitim, Düzeyleri ve Menopozal Yakınmalarına Dağılımı	51
Tablo12. Kadınların, Çalışma Durumları ve Menopozal Yakınmalarına Dağılımı.....	53
Tablo 13. Kadınların, Klimakterik Evrelere ve Menopozal Yakınmalarına Dağılımı.....	57
Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Menopozal Yakınmalarının Dağılımı.....	59

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopozal Yakınmalara Yönelik Endişe ve Öneri Alma Durumlarının Dağılımı.....	60
Tablo 16. Deney Grubundaki Kadınların Öntest-Sontest Menopozal Yakınmalarının Dağılımı.....	61
Tablo 17. Kontrol Grubundaki Kadınların Öntest-Sontest Menopozal Yakınmalarının Dağılımı.....	62
Tablo 18. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sontest Menopozal Yakınmalarının Dağılımı.....	63
Tablo 19. Kadınların, Sosyodemografik Özellikleri ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarına Dağılımı	65
Tablo 20. Kadınların, Evlilik Memnuniyeti, Boş Zamanları Değerlendirme, Ailedeki Kararlara Katılma ve Sigara İçme Durumları ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	66
Tablo 21. Kadınların, Klimakterik Evre, Bilgi Alma, Bilgiyi Aldıkları Kaynak, Dönemi Algılama Biçimleri ve Algılama Biçimlerinin Nedenleri ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarına Dağılımı.....	67
Tablo 22. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Öntest Menopoza İlişkin Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	68
Tablo 23. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sontest Menopozal Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	69
Tablo 24. Kadınların, Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan Ortalamalarına Dağılımı	70
Tablo 25. Kadınları Evlilik Memnuniyeti, Boş Zamanları Değerlendirme, Ailedeki Kararlara Katılma ve Sigara İçme Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarına Dağılımı.....	71
Tablo 26. Kadınların, Klimakterik Evresi, Bilgi Alma, Bilgi Alınan Kaynak, Dönemi Algılama Biçimi ve Algılama Biçimlerinin Nedenlerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarına Dağılımı.....	72
Tablo 27. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Öntest Öz Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	73

- Tablo 28.** Deney Grubundaki Kadınların Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeklerinin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Dağılımı.....**75**
- Tablo 29.** Kontrol Grubundaki Kadınların, Öz Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeklerinin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Dağılımı.....**78**
- Tablo 30.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Öz Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeklerinin Sontest Puan Ortalamalarının Dağılımı.....**80**

ÖZET

Araştırma, klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisini araştırmak amacıyla öntest-sontest kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak planlanmıştır. Araştırma Erzurum Büyükşehir Belediyesi il sınırlarında olan Abdurahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınlarla Ocak 2002-Ocak 2003 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama, örnekleme oluşturan 337 klimakterik dönemdeki kadın üzerinde araştırma problemini tanımlamak amacıyla yapılmış ve veriler, Menopozal Yakınma Tarama Listesi, Menopoza İlişkin Tutum, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile toplanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması ise araştırma sınırlılıkları göz önünde bulundurularak örneklem grubundaki kadınlar arasından araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen klimakterik dönemdeki 100 kadın üzerinde öntest-sontest kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak planlanmıştır. Çalışma grubundaki kadınların 50'si deney, 50'si kontrol grubunu oluşturmuştur. Ancak araştırma sürecini deney grubundan 43, kontrol grubundan 44 kadın olmak üzere toplam 87 kadın tamamlamıştır. Deney grubundaki kadınlara sekiz ay süren planlı bir eğitim programı uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınlara eğitim öncesinde ve sonrasında Menopozal Yakınma Tarama Listesi, Menopoza İlişkin Tutum, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü ve Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçekleri uygulanmıştır.

Kadınların en yaygın olarak yaşadıkları menopozal yakınmaların, uykusuzluk-yorgunluk (% 74.8), baş ağrısı-baş dönmesi (% 74.5), sıcak basması-gece terlemesi (%72.7), eklem-kas ağrıları (% 69.4), sinirlilik-gerginlik (%68.5) ve çarpıntı (%61.1) olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoza ilişkin tutum puan ortalamaları 37.94 ± 12.58 ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları 94.64 ± 1.25 olarak belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitimi deney grubundaki kadınların döneme özgü yakınmalarını önemli ölçüde azaltmıştır. Menopozal yakınmalardan olan içe kapanma-ağlama ve iştah değişikliği-kilo artışı yakınmalarının eğitim sonrasında görülmediği saptanmıştır. Klimakterik

kadınlarda yaygın görülen sıcak basması-gece terlemesinin % 76.7'den %30.2'ye, uykusuzluk-yorgunluğun %76.7'den %4.7'ye, baş ağrısı baş dönmesinin % 83.7'den %23.3'e ve eklem-kas ağrılarının % 79.1'den %37.2'ye doğru eğitim sonrasında bir azalma gösterdiği belirlenmiştir. Yine eğitim sonrasında deney grubundaki kadınların son test menopoza ilişkin tutum puan ortalamalarında anlamlı bir artış gözlenmiştir ($t=4.697$, $P=.000$). Eğitim öncesi menopoza yönelik olumsuz tutum içinde olan kadınların eğitim sonrasında menopoza yönelik olumlu tutum içine girdikleri belirlenmiştir. Ayrıca deney ve kontrol grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları son test toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($t=7.127$, $P=.000$) olup deney grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre verilen eğitimin menopozal yakınmaları azalttığı, menopozal tutumu olumlu yönde geliştirdiği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarını artırdığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda klimakterik dönemdeki kadınlara, döneme yönelik düzenli eğitim programlarının uygulanması önerilebilir.

SUMMARY

The Impact Of The Planned Health Education Given To Climacteric Women On The Menopausal Sypmtoms And Attitude, And Health Behaviors

The research was planned and conducted to investigate the impact of the planned health education given to climacteric women on the menopausal sypmtoms and attitude, and health behaviors as descriptive and control group with pretset and posttest of quasi-experimental design. This research was carried out between January 1st 2002- January 1st 2003 on the women who have live in Abdurahman Gazi Primary Health Care Region in Erzurum.

The researcher was formed two phases. The first phases was studied to define the problem of the research on 337 climacteric women who was the sample of this research. The data was collected using inquiry form formed by the researcher, the menopausal sypmtoms check list, attitude toward menopausal and Health Promotion Life-Style Profile (HPLS) scales.

Considering the limitation of the research, the second phase of the research included in smaller study group. The study group was formed from control group including so women and experiment group including so women. The education was given to the women in experiment group during eight months. The control and experiment groups were applied Multidimensional Health Locus of Scale, The Self-Efficiency, İmportance of Health Scale, Perceived Health Status, Health Promotion Life-Style Profile and Menopausal Semptoms Checklist in pre-test and pos-test. But during the period of the research, 44 climacteric women in the control and 43 the women in the experiment groups maintained participation to the research.

It was found that the women's commen menopausal sypmtoms were insomnia-fatigue (74.8 %), headache-dizziness (74.5 %), hot flushes-night sweats (72.7%), joint-muscle pain (69.4 %), anxiete (68.5 %) and palpitation (61.1 %). The mean score of the women's menopausal attitude was 37.94 ± 12.58 , and the mean score of HPLS was 94.64 ± 1.25 . According to the results of the second phase of the research, the planned health education given to climacteric women decreased in significant level the menopausal sypmtoms of women in the experiment group. Introvert-crying and appetite change- weight increas which are among menopausal sypmtoms has been determined to were not completely appear after the education. It was determined that hot flushes-night

sweats has become less from 76.7% to 30.2 %, fatigue-trouble sleeping from 76.7% to 4.7%, headache-dizzy spells 83.7% to 23.3 %, and muscle ache from 79.1% to 37.2 % in posttest. The mean score of the women in the experiment group was seen significant increase ($t=4.697$, $P=.000$) after the education. However the attitude toward menopausal of the women had been negative before the education, the attitude toward menopausal of the women was positive after the education.

There was also statically significant between diference the experiment and the control groups the mean score of the HPLS after education, and the mean scre of the HPLS of the women in the experiment group was higher than the education given decreased in the women's menopausal complains, and increased menopausal attitude and HPLS. According to these results, it is suggested that the planned education programmes of the related to climacteric period can be applied to climacteric women.

1- GİRİŞ VE AMAÇ

Klimakterik dönem, kadınların üreme çağından, over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı olarak üreme yeteneklerinin kaybolduğu çağa geçtikleri dönemdir.¹⁻⁴ Evrensel olmayan bu dönem, her kadının sosyokültürel yapısıyla bağdaşan bir algılamanın ürünüdür.⁵ Aynı zamanda klimakterik dönem biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen gelişimsel bir dönemdir.^{5,6}

Kadınlar yaşamlarının 1/3'ni klimakterik dönem ve bu döneme özgü yakınmalarla geçirmektedirler.^{4,7,8} Benzer hormonal değişiklikler geçirmelerine rağmen, kadınların yaşadıkları menopozal yakınmalar değişiklikler göstermektedir.^{2,9} Kadınlarda görülen yakınmaların boyutunu; kadının eğitim düzeyi, yaşı, mesleği, ekonomik bağımsızlığı, gelir düzeyi, evlilik uyumu, medeni durumu, başka alanlara yönelmiş olması, ailenin büyüklüğü, bu döneme özgü bilgi alma durumu, rol değişimi ve toplumun kadına verdiği değer etkilemektedir.^{1,6,10-17} Klimakterik yakınmalara yönelik yapılan araştırmalarda; Avustralya'daki kadınların klimakterik yakınmaları (% 80), Asya ülkelerindeki kadınlara göre (%8.2 ila %52.3) daha yoğun yaşadıkları saptanmıştır.^{6,18-21} Bunun nedenleri arasında Asya ülkelerindeki kadınların ilerleyen yaşla birlikte toplumda söz sahibi olmaları, dini törenlere katılmaya hak kazanmaları, kendilerine ayıracakları zamanlarının olması, klimakterik yakınmaları yaşanması gereken değişiklikler olarak kabul edip, kısa sürede uyum sağlamaları belirtilmektedir.²²⁻²⁴ Ayrıca, Asya kadınlarının beslenme kültürü de etkili nedenler arasında yer almaktadır.¹⁹ Avrupa'daki kadınlar ise klimakterik dönemi ve bu dönemdeki değişiklikleri yaşlılığın bir işareti, güç, güzellik ve doğurganlığın kaybı olarak algılamaktadırlar.^{17,20,21,25}

Klimakterik dönem, bu dönemde görülen yakınmaların yanı sıra kadınların menopoza yönelik tutumlarından ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından da etkilenmektedir.^{1,6,10-17} Klimakterik dönem, kadınlara yaşlılıkla birlikte aile ve toplum içinde statü kazandıran bir durum, hamilelikten ve menstruasyon dönemi ağrı ve sıkıntılarının bir kurtuluş olarak algılanıyorsa olumlu tutum, kadın doğurganlıkla eş anlamlı olarak düşünülüyor ve doğurganlığın kaybı ile kadınlık rolünün kaybı olarak algılanıyorsa olumsuz tutum gelişmektedir.^{1,2,12,15,17,20} Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik yapılan çalışmalarda ise eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık

gelir, çocuk sayısı, bakıma muhtaç birey sayısı ve sigara kullanma gibi faktörlerin bu davranışlar üzerinde etkileri belirlenmiştir.²⁶⁻³⁶

Klimakterik dönem, küçük bir kadın grubunu etkileyen bazı değişikliklerin olduğu bir dönem değil, aynı zamanda yakınmalar ve hastalıklar süreci ile aile ve toplumu da önemli ölçüde etkileyen sorunlu bir dönemdir.^{2,4} Amerika'da her üç postmenopozal kadından birinde osteoporoz görülmektedir. Osteoporoz yılda birmilyonüçyüz kadında kırığa sebep olmaktadır. Kırıklar sonucu bu kadınların % 75'i bakımlarında tamamen bağımlı hale gelmekte, %25'i bu kırıklar sonucunda uzun dönem bakıma muhtaç olmakta ve %15'i ise bir yıl içinde hayatını kaybetmektedirler.^{3,8} Ayrıca klimakterik dönem kadınları, koroner arter hastalıkları ve neoplazma yönünden de yüksek risk altındadırlar.^{7,11} Bütün bunlara rağmen yapılan bir çalışmaya göre kadınların menopoza konusundaki tutumlarıyla ilgili olarak %78 oranında bilgi açıklarının olduğu, % 91 oranında doktora gitmenin gerekli olmadığı düşüncesinde oldukları ve bilgi sorularına % 54.6 oranıyla yanlış bilgi verdikleri saptanmıştır.¹⁴ Yine başka bir çalışmada kadınların %48.2'sinin menopozun tanımını, %25.9'unun ise menopoz döneminde her kadının şikayet yaşıyıp yaşamadığını bilmediklerini belirtmişlerdir.³⁷ Bunlarla birlikte kadınlara menopoza ilişkin yakınmalara yönelik verilen eğitim sonrasında deney grubundaki kadınların bilgi puan ortalamalarında anlamlı artışlar saptanmıştır.³⁸ Başka bir çalışmada ise klimakterik dönemdeki kadınlara, döneme yönelik eğitim verilerek menopozal yakınmaların görülmesinde önemli azalmalar kaydedilmiştir.³⁹

Hemşireler ve diğer sağlık hizmeti veren sağlık profesyonelleri, kadınlarda menopoza yönelik pozitif tutum geliştirebilir, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırabilir ve klimakterik döneme yönelik stresi azaltabilirler.^{6,40-42} Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının planlı yapılan eğitimlerle artırıldığı saptanmıştır.⁴³⁻⁴⁵

Kadınların klimakterik döneme yönelik yaşadıkları yakınma, menopozal tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek, bu sonuçları sağlığı geliştirmek amacıyla kullanmak sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarından. Sağlık hizmeti sunan personelin, sağlığı geliştirme etkinliklerini planlama, uygulama ve değerlendirilme sürecinin her aşamasında, temel yol gösterici olarak rol alması esastır.

^{4,46,47} Hemşirelerin 2000’li yıllarda bilmesi gereken en öncelikle konu “sağlığın geliştirilmesi, risklerin azaltılması ve hastalıkların önlenmesidir”. ^{46,48}

Toplum sağlığı hemşiresi, erken dönemde kadınlarda yaşla birlikte oluşan değişiklikleri saptama, sağlığını geliştirici davranışları kazandırma ve sürdürmede rol almalıdır. Sağlığı geliştirme stratejileri ve programları, değişik sosyal, kültürel ve ekonomik sistemleri göz önüne almak koşuluyla, tek tek ülkelerin ve bölgelerin yerel gereksinimleri ve olasılıklarına uyarlandığı takdirde başarıya ulaşabilir. ^{40,41,47,49,50-53}

Bu araştırmanın kuramsal çerçevesini Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli oluşturmuştur. Bu model sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri açıklamaktadır. Pender’e göre sağlık davranışları bilişsel algılama faktörleri (*sağlığın önemi, sağlık kontrolünü algılama öz etkililik-yeterlilik, sağlığın tanımı, sağlık durumunu algılama, sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama, sağlığı geliştiren davranışı engelleyen faktörleri algılama*) ve değiştirilebilir faktörlerden (*demografik özellikler, biyolojik özellikler, kişiler arası etkileşim, durumsal faktörler, davranışsal faktörler*) etkilenmektedir. ^{49,54,55}

Bu araştırma; kültürden kültüre görülme oranlarıyla farklılık gösteren menopozal yakınma, toplumun kültürel yapısı ile bağdaşan menopoza ilişkin tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını Erzurum kadınlarında tanımladığı için bu konularda yapılan çalışmalardan farklı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada belirlenen menopozal yakınmalara, olumsuz menopoza ilişkin tutuma ve yeterli olmayan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik planlanan eğitim süreci de bölgenin kültürel yapısıyla bağdaşan bir hemşirelik girişimiyle gerçekleştirildiği için çalışmanın Erzurum bölgesi ve bu bölgede hizmet veren Temel Sağlık Hizmetlerine mensup sağlık profesyonelleri için önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın Amaçları

Kısa vadeli amaçlar; klimakterik dönemdeki kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışları, menopozal tutum ve menopozal yakınmalara yönelik hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulamak ve bu eğitim uygulamalarının etkinliğini saptamak.

Uzun vadeli amaçlar; araştırma sonuçlarının, İl Sağlık Müdürlüğünün kadınlara yönelik hizmetlerinin planlanmasında ve hemşirelik girişimlerinin alt yapısının oluşturulmasında kullanılmasını sağlamak. Aynı zamanda eğitim seanslarında

kullanılmak üzere hazırlanan “Klimakterik kadınların sağlığını geliştirmeye yönelik el kitapçığı”nın yaygınlaşmasını ilgili kurum ve kuruluşlar yardımıyla gerçekleştirmek.

Araştırmanın Hipotezleri

1. Kadınlara verilen planlı sağlık eğitimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkiler.
2. Kadınlara verilen planlı sağlık eğitimi, döneme özgü yakınmaları azaltır.
3. Kadınlara verilen planlı sağlık eğitimi, olumlu menopozal tutum oluşmasını sağlar.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KLİMAKTERİK DÖNEM

2.1.1. Klimakterik Dönemin Tanımı

Yunanca bir kelime olan klimakterium “merdiven basamağı” anlamına gelir ve kadın hayatında önemli bir dönemi tanımlar.^{1,2,4} Klimakterik dönem, kadınların ovarial fonksiyonların sona ermesiyle birlikte bazı endokronolojik ve vazomotor semptomlarla karakterize bir dönemdir. 40-45 yaşlarında başlayıp 60-65 yaşlarına kadar devam eder Bu dönemde görülen en belirgin değişiklik menopozdur.^{1,2,56,57} Belirlenen bütün bu yaşlarla birlikte klimakterium döneminin yaş sınırlamasını kesin olarak belirlemek zordur.⁵⁸ Bu dönemin önemli bir parçası olan menopoz içinde aynı durum söz konusudur. Bütün bunlarla birlikte ilgili literatürlerde menopoz öncesi 2-6 yıllık süre premenopoz dönemi, son menstrasyon kanaması menopoz, oniki ay boyunca adet görmeme perimenopoz dönemi ve menopoz sonrasındaki 6-8 yıllık dönem ise post menopoz dönem olarak isimlendirilmektedir.^{4,56}

2.1.2. Klimakterik Dönemin Fizyopatolojisi

Klimakterik dönemde görülen değişikliklerin başlıca nedenleri; overlerin yaşlanması ve foliküler atreziye bağlı olarak fonksiyonel özelliklerini kaybetmesidir. Foliküler atrezi yaşamın ilk yıllarında başlar ve menopoza kadar devam eder. Foliküller, pubertede 380-400 bin civarında iken 40’lı yaşların başlangıcında 8000’e kadar iner. Östrojenlerin primer üretim yeri olan foliküllerdeki bu azalma, östradiol (E2) düzeyinde de azalmaya ve bununla ilişkili olarak folikül stimüle edici hormonun (FSH) artmasına yol açar. Bu artmayla birlikte birçok folikül aynı zamanda gelişir ve östradiol seviyesi normale ulaşır. Fakat folikül fazı ve dolayısıyla siklus süresi hafifçe kısalarak klimakteriumdaki ilk adet düzensizlikleri başlamış olur.^{1,2,4,56}

2.1.3. Klimakterium Döneminin Sınıflandırılması

Klimakterium dönem 4 evreyi kapsamaktadır. Bu evreler;

2.1.3.1. Premenopoz: Klimakterik dönemin ilk evresidir. Bu dönemde sikluslar devam etmektedir.¹¹ Premenopozal dönem kişiye ve topluma göre değişmekte olup 35-40 yaşlarında başlayıp, 55-60 yaşına kadar uzayabilir.⁵⁹ Bu fazda menstural siklus bozulmuş, fertilité azalmış, vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve emosyonel rahatsızlıklar gibi yakınmalar görülmeye başlamıştır.^{2,8}

2.1.3.2. Menopoz: Menopoz kelimesi Yunanca “menos” ay, “pause” ise sonlanmak anlamındadır.^{2,4} Klimakterium içerisinde bir nokta olarak kabul edilen ve üzerinden bir yıl geçtikten sonra tanı konulabilen en son adet kanamasının özel ismidir.^{8,56,60} Menopozun fizyolojik tanımı, “40 yaşından sonra, folikül stimulan hormon (FSH) düzeyindeki yükselme nedeniyle ortaya çıkan over yetersizliği sonucu menstruasyon kanamalarının sürekli olarak kesilmesi” şeklindedir.⁶¹ Klimakterik dönemde overiyal foliküllerdeki azalma ile birlikte östrojen üretimide azalır, foliküllerin tamamen tükenmesi ile östrojen hormonu salgısı durur ve sonuçta menopoz ortaya çıkar.¹ Menopoz genellikle 40-50 yaşlar arasında görülür. 40 yaşından önce menopoza girmek “Klimakterium precox” veya “erken menopoz” olarak isimlendirilir.^{4,62,63}

2.1.3.3. Perimenopoz: Menopozu ve menopoz sonrası ilk bir yılı kapsar.^{1,2,64} Bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlar sıcak basması, gece terlemesi, yorgunluk, huzursuzluk, unutkanlık gibi psikosomatik semptomlar ve baş ağrısı görülmektedir.^{60,64}

2.1.3.4. Postmenopoz: Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süredir.⁵⁶ Bu dönemde over fonksiyonları tamamen durmuş ve fertilité ortadan kalkmıştır.^{1,65}

2.1.4. Klimakterik Dönemde Görelen Değişiklikler

Klimakterik dönemde, östrojen üretiminin azalmasına bağlı olarak kadınlarda birtakım değişiklikler olur ve bu değişiklikler döneme özgü belirtiler olarak kendini gösterir. Klimakterik dönemdeki değişiklikler başlıca iki nedene bağlı olarak gelişir. Bunlar;

1-Yaşlanmaya bağlı morfolojik değişiklikler,

2-Klimakterik dönemde ortaya çıkan ve ani östrojen eksikliğine bağlı olan değişiklikler.^{7,57} Bunlar;

a)Pelvik organ değişimleri

b)Ekstra pelvik organ ve sistemlere ait değişimler^{56,57}

Klimakterik dönemde kadında östrojen hormonunun azalması sonucu ortaya çıkan değişiklikler iki aşamada incelenir. Bunlar; premenopozal ve postmenopozal değişikliklerdir.⁶⁵

2.1.4.1. Premenopozal Değişiklikler:

Siklus Bozuklukları: Klimakterik dönemde en yaygın görülen değişikliklerden birisi menstural siklus değişiklikleridir. Kandaki östrojen düzeyi, 40-45 yaşlarında başlayıp 60-65 yaşlarına kadar azalmaya devam eder. Ancak bu overlerin tamamen

durması anlamına gelmez. Bu dönemde menstürasyon anovulatuvar tipte olup, polimenore, hipermenore, hipomenore, amenore şeklinde ortaya çıkabilir.^{2,4,66-68} Fakat kandaki östrojen düzeyi, yeterli düzeye yükselip, yeterli düzeyde düşmediği için endometrial siklus gerçekleşmez. Anovulatuvar siklus nedeni ile foliküller sürekli östrojen salgılar ve endometriumu sürekli “proliferatif” fazda tutar. Endometrium yıkılmaya başladığı zamanda, rejenerasyonu sağlayacak folikül gelişmesi olmadığı için kanama fazla ve devamlı olarak ortaya çıkar.^{1-3,11,65} Periyotlar üç haftadan daha kısa aralıklarla, on günden daha uzun sürebilir.⁶⁸

Vazomotor Değişiklikler: Klimakterik dönemin en yaygın görülen belirtilerinden birisi de vazomotor değişikliklerdir. Kadınlar klimakterik dönemdeki vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon şeklindeki değişiklikleri “sıcak basması” ve “gece terlemesi” şeklinde yaşarlar.^{1-3,11,38,65} Vazomotor değişiklikler arasında sıcak basmaları, gece terlemeleri ve uykusuzluk gibi rahatsızlıklar yer alır. Sıcak basmaları klimakterik dönemdeki kadınların % 75’inde görülmektedir. Sıcak basması özellikle menopoza takip eden ilk iki yıl ve cerrahi menopozlu kadınlarda daha sık olmaktadır.⁶⁹ Sıcak basması kadınların % 25’inde beş yıldan daha uzun bir süre ve % 10’unda ise onbeş yıldan daha uzun süre devam etmektedir.^{11,56} Hatta 40 veya daha uzun seneler devam edebilmektedir.⁶⁹ Kadınların % 30’u bu şikayetleri ağır geçirebilir.⁷⁰ Klimakterik kadınlar bu değişiklikleri hafif, orta ve ciddi boyutta yaşayabilirler ve bu değişikliklerden farklı boyutlarda etkilenebilirler. Hafif derecedeki sıcak basmaları kadınların günlük aktivitelerini etkilemeyecek, kısa süreli ve tahammül edilecek boyutta olan değişikliklerdir. Orta derecedeki sıcak basmaları klimakterik kadınlara rahatsızlık verir ve günlük yaşam aktivitelerini engeller.^{1,2,38,65} Sıcak basmaları birkaç saniye sürmekle beraber bazen birkaç dakika bazen daha da uzayabilir. Günde 1-2 kez saatte 5-6 defa oluşabilir.^{62,71,72} Sıcak basmaları özellikle uykusuzluk problemlerine de sebep olabilir.^{67,68} Ani başlayan, geçici, özellikle göğüs bölgesi, yüz ve başta hissedilen sıcaklık hissi ve bunu takiben gelişen ciltteki kızarma ve terleme şeklinde bir süre devam eden sıcak basması daha sonra yerini titremeye bırakır.^{67,69,73}

Sıcak basmalarının yanı sıra en çok görülen vazomotor değişiklikler arasında baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, göz önünde uçuşmalar, nefes darlığı, dikkati toplayamama, bir iki parmakta hissizlik ve karıncalanma, terleme ve titreme sayılabilir.^{1-3,38,65,67,72,}

Emosyonel Değişiklikler: Birçok kadın 41-59 yaşlarında emosyonel değişiklikleri yaşar.⁹ Klimakterik dönemdeki kadınlarda ortaya çıkan fizyolojik ve biyokimyasal değişimler, orta yaş dönemi stresi ve yaşadığı toplumun kültürel yapısı kadının emosyonel dengesini etkileyen faktörlerdir. Hormonal ve biyokimyasal dengenin hızlı değişmesi, orta yaşın getirdiği bir takım zorluklar ve kültürel özellikler kadınların emosyonel sıkıntılarının şiddetinde rol oynayabilirler.^{1,2,74}

Orta yaş dönemindeki kadın, adölesan olan çocuklarıyla baş etme, yaşlanmış anne ve babasına bakma, ailesinden birinin kaybı, eşinden ayrılma/boşanma gibi sebeplerle daha çok karşı karşıya kalır ve bütün bunlar kişinin strese girmesinde rol oynayabilir.^{1,2,68} Ayrıca menopoza, yaşlılığın ilk basamağı, fiziksel güç, enerji, cazibe ve doğurganlığın kaybı olarak algılayan kadınlar için menopoz bir sonu gösterir.^{1,2,11} Yaşlılıkla birlikte kadınların statü kazandığı kültürlerde, menopozdaki kadınlarda depresyon daha az görülmektedir. Türk kültüründe kadının klimakterik dönem sıkıntılarını telafi edebileceği seçenekleri vardır. Birçok kadın menopoza bir kurtuluş olarak algılar. Onlar için menopoz, gebelik korkusundan, menstürasyon şikayetlerinden, kontrasepsiyon sıkıntısından kurtuluşdur. Bu nedenlerle birçok kadın menopoza sorunsuz geçirebilmektedir.^{1,2,22} Bütün bu değişikliklerin yanı sıra çabuk kızma, olaylara karşı aşırı hassasiyet, hafıza zayıflaması, yorgunluk, uykusuzluk gibi belirtiler de emosyonel değişiklikler arasındadır. Bazen mani, melankoli ve depresyon gibi psikolojik bozukluklarda görülebilir.^{3,13,65,70,75}

2.1.4.2. Potmenopozal Değişiklikler:

Üreme Sistemi

Vulvada Görülen Değişiklikler:

Atrofi ve distrofi: Uzun süre östrojen uyarısının olmaması sebebiyle üreme organlarında görülen küçülme ve fonksiyon azalmasıdır. Küçülme uterus, vajina ve vulva kısmında ortaya çıkar. Genital atrofi semptomları bütün kadınlarda aynı değildir. Vulvadaki atrofının klinik önemi, bu zeminden çıkması muhtemel olan ve ileri yaşlarda insidansı yükselen skuamöz hücreli karsinomlardır.^{2,3,11,66-68}

Puriritis vulva: Vajen florası bozularak pH asitten alkalene doğru değişir ve patojen mikroorganizmalar için uygun ortam oluşturur, laktobasiller ve diğer bakterilerin üremesi için zemin hazırlar. Bu nedenle klimakterik dönemdeki kadınlarda sık sık genital enfeksiyonlar görülür.^{11,50,68}

Vajinada Görülen Değişiklikler

Atrofik ve enfeksiyöz vajinit: Östrojen azalmasıyla birlikte, vajinanın dokusu zayıflar buna bağlı olarak vajinanın esnekliği kaybolur, daralır ve kısalır. Vajinada kuruluk, yanma hissi, disparoni, kanama, rijidite ile seyreden “atrofik vajinit” veya “senil vajinit” adı verilen tablo meydana gelir.⁵⁶

Disparoni: Vajinada östrojen hormonunun azalmasına bağlı olarak vajinal atrofi, vajinal kuruluk, vajinada kısalma, labiumda subkütan yağ dokusu kaybı olur. Bu nedenlerle cinsel birleşme ağrılı, seksüel uyarılmada gecikme (menopoz öncesi 30 saniye iken menopoz sonrası 2-5 dakikadır) ve post-koitol kanama görülebilir.^{3,11,50,70}

Hafif kanlı akıntılar: Östrojen hormonunun azalması ile vajinanın epitel katları inceler, çok küçük travmalara karşı bile çok hassas hale gelir ve kanamalar görülmeye başlar. Ayrıca atrofi olayının giderek artmasına bağlı olarak enfeksiyon veya koitusa bağlı minimal vajinal travma da kanamaya neden olabilir.⁵⁶

Memelerde değişiklik: Meme çaplarında küçülme, memede sarkma, gevşeme ve kıvam değişikliği görülür. Ayrıca meme başı küçülür, düzleşir ve meme başının erektil elemanları azalır.^{13,56}

Seksüel Problemler: Menopozal dönemde seksüel problemler ikiye ayrılır. Birincisi, arzu, motivasyon, fantezi ve memnuniyetsizlikten kaynaklanan problemler ikincisi ise orgazmik cevapla ilgili olan problemlerdir.⁶⁷

Uterus ve Pelvis Tabanında Görülen Değişiklik

Uterus Prolapsusu: Östrojen eksikliği sonucu uterus, rektum ve mesaneyi destekleyen dokularda atrofi olması ile birlikte destekleyici ligamentlerde ve elastik dokuda tonus kaybı olur. Bunun sonucu olarak uterus prolapsusu görülür.^{2,11,15}

Üriner Sistem

Üretra ve vezika epitelini inceler, mesana sfinkteri tonüsünü kaybeder, atrofiye uğrar. Doğumlardan kalan travmatik lezyonlar da, idrar şikayetlerine yol açabilir. Sık sık idrar hissi, idrar inkontinansı, kronik sistit ve üretra mukozasında prolapsuslar görülür. Mesane damla damla boşalır bu nedenle yeterli boşalamaz, uzun süre bu durumun devam etmesi enfeksiyonlara neden olur. (postmenopozal kadınların % 25-45’inde görülmektedir.^{4,15,66,68}

Kardiyovasküler Sistem

Klimakterik dönemde kadınlarda östrojen azalmasına bağlı olarak damar sertliği ve kalp krizi riski %60 oranında artar.⁶⁷ Kadınlarda klimakterik dönem öncesi düşük seyreden kardiyovasküler problemler klimakterik dönem sonrası artarak erkeklerle aynı hıza erişmektedir.⁶⁹ Aşırı kilo, sigara kullanımı, dengesiz beslenme, sedanter bir yaşam, kan basınç düzeyinde yükselme, genetik faktörler, alkol tüketimi, kolesterol düzeyi artması kalp hastalıkları için risk faktörleridirler. Postmenopozal kadınlar, lipit mekanizmasındaki değişiklikler nedeniyle kalp-damar hastalıklarına yakalanma riski altındadırlar.^{1,3,11,69} Ayrıca postmenopozal dönem kadınların koroner kalp hastalıklarından ölme nedenleri arasında önemli bir yer almaktadır.⁸

Kas-İskelet Sistemi

İnsanlarda yaklaşık 30 yaşlarında tamamlanan azami kemik kütlesi, daha sonra genetik özellikler, coğrafi özellikler, kötü beslenme, inaktivasyon, endokrin ve metabolik hastalıklar, menopoz, stres, sigara ve alkol kullanımı gibi birçok faktöre bağlı olarak değişen hızlarda azalmaya başlar. Bu azalma 20 yıl kadar devam etmekle birlikte özellikle menopoz sonrası 3-6 yıllık sürede daha fazla olmaktadır. Kadınlar postmenopoz döneminin ilk 20 yılında kemik kütlesinin %75'ini kaybederler.⁸ Bu azalmayla birlikte osteoporoz veya fraktür riski yükselir.^{1,13,56,69,76}

Osteoporoz klimakteriumun en korkulan risklerindedir.^{7,68} Osteoporoz kemik rezorbsiyon hızının, yeni kemik oluşum hızından fazla olması nedeniyle kemik trabeküllerindeki incelmeye bağlı olarak kemik porozitesinde (gözenekli yapıda) artış görülmesidir. Bununla birlikte kemik yoğunluğunda oluşan genel azalmayı osteopeni olarak adlandırılmaktadır. Ancak bu her iki durum içinde yaygın olarak kullanılan ifade osteoporozdur.^{61,77} Otuz yaşına kadar ulaşılan kemik yoğunluğu ve otuz yaşından sonra başlayan kemik kaybının hızı, osteoporozla bağlı kırık gelişmesinin iki önemli nedenidir.^{7,68} Menopoza gelinceye kadar kadınlar kemik kütlesinin 1/3 'ünü kaybederler. Doğal menopoz sonrası toplam kemik kaybı yılda ortalama % 1-2 'dir. Osteoporozda boy uzunluğunda kısalma, sırtın alt kısmında ağrı, kamburlaşma ve kalça çıkıkları gibi belirtiler görülür.⁶⁸⁻⁷⁰

Merkezi Sinir Sistemi

Beyin hücre sayısında azalma, kısa süreli hafıza kayıpları, görme, tat alma, duyma, koku duyularında zayıflama görülür.⁶⁷

Sindirim Sistemi

Östrojen azalması, ağız kuruluğu, kötü tad ve diş eti hastalıklarına yol açabilir. Kolon spazmı ile birlikte distansiyon, konstipasyon yada diyare, hemoroidlerde artış görülebilir. Ayrıca iştahta artma ve dispepside görülebilir.^{1,2,4,67}

Diğer Değişiklikler

Saç ve Deride Değişiklikler

Östrojenin azalmasına bağlı olarak kollojen bağ dokusu ve elastik lifler azalır, epidermis incilir. Bu değişiklikler ciltte buruşma ve sarkmalara neden olur. Bu durum ise bazı kadınlarda orta yaş stresine neden olur.^{2,3,11,56} Ciltte fokal hiperpigmentasyon, depigmentasyon görülür. Saçlarda ve diğer tüylü ve kıllı bölgelerde beyazlaşmalar başlar. Östradiol seviyesinin azalması ve adrenokortikal aktivitenin artışı ile çene, dudak üstü, göğüste ve karında kalın tüylerin çıkma eğilimi artar. Koltukaltı ve pubik kıllarda seyrelmeler gözlemlenir.^{3,4} Yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarının yavaşlaması ile ciltte kuruluk başlar, esnekliği kaybolur ve deri çok kolay travmatize olur, ayrıca yaraların iyileşmesi de uzar. Mukozalarda da benzer değişiklikler olduğundan kadınlar sıkça ağız kuruluğundan şikayet ederler.⁵⁶

Neoplazma

Orta yaş kadınları menopozal hormonlardaki seviyelerin farklılaşmasına bağlı olarak direkt ilişkili olmasa da özellikle meme ve akciğer kanserleri açısından risk altındadırlar.¹¹

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda yukarıda belirtilen değişikliklerin yanı sıra solunum yeteneğinde, böbrek fonksiyonlarında, kandan metabolik artıkların uzaklaştırılmasında problemler görülebilir.^{1,2,67}

2.2.KLİMATERİK DÖNEM VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Klimakterik dönem fizyolojik olmasına rağmen, yaşamı tehdit edici ve yaşam kalitesini bozucu patolojik olaylarla birlikte seyrettiği için sağlık çalışanları tarafından özel olarak ele alınması gereken bir dönemdir. Teknolojik gelişmeler, insan yaşam kalitesini ve beklenen yaşam süresini artırmakta, yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. MÖ. 1000 yıllarında 18 yıl olarak bilinen ortalama kadın ömrü, günümüzün gelişmiş ülke koşullarında 80-85 yıl kadar, Türkiye’de ise 68-70 yıla kadar uzamıştır. Önceki yıllarda klimakterium çağına bile girmeden ölen kadınlar, günümüzde

ömürlerinin yaklaşık 1/3'ünü postmenopoz döneminde geçirmektedirler.⁵⁶ Hemşireler klimakterik dönemdeki kadınlara yardım edebilmeleri için, klimakterik dönemin özelliklerini, oluşabilecek değişiklikleri ve bu değişiklikler karşısında yapılması gereken sağlık hizmetlerini çok iyi bilmelidirler. Klimakterik döneme yönelik yaptıkları danışmanlık ile hemşireler, kadınların menopoz hakkında bilgi sahibi olmalarına, yaşayacakları sorunlarla baş etme yollarını öğrenmelerine yada en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olabilirler.^{3,11,75,78} Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler, kadının klimakterik döneme özgü sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır.^{1,9,59} Hemşireler kadınlara döneme özgü bilgiler vererek, sorularını cevaplayarak, iyimser ve kendilerine güvenli tutumlar geliştirmelerine yardımcı olabilirler.^{15,75} Bu dönemdeki kadınların, orta yaş ile ilgili beklentileri belirlenerek, kültürel değerleri tanınarak, sosyal destek sistemleri saptanarak kendilerini tanımaları ve sağlıklarında aktif rol almaları sağlanabilir. Böylece kadın sağlığını geliştirici yaşam biçimi davranışlarını benimseyebilir. Temel sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personellerinin, bu konuda anahtar kişi olması gerekmektedir.^{4,11,78} Klimakterik dönemde kadının sağlık bakımı için hemşirenin genel hedefleri şunlar olmalıdır.

1-Menopozal dönem hakkında kadını ve ailesini bilgilendirmek, yanlış inanç ve algılamaları düzeltmek ve anksiyeteyi gidermek.

2-Bu dönemde ilgili sorunlarla kadın ve ailesinin etkili bir şekilde başa çıkabilmesine ve uyum sağlayabilmesine yardımcı olmak, danışmanlık yapmak.

3-Cinsel yaşam, beslenme, egzersiz ve sosyal aktivitelerinin planlanmasında kadına ve ailesine sağlık eğitimi vermek ve danışmanlık yapmak.

4-Kadının erken tedavi ve imkanlarını bilmesini sağlamak ve buna yönlendirmek.

5-Kadının döneme özgü değişiklikleri tanınması ve rapor edebilmesini sağlamak.

6-Kadının sağlık bakımına ilişkin karar verme sürecine katılabilmesini sağlamak.^{1,2,7}

Klimakterik dönem, sadece klimakterik dönemdeki kadının değil, ailesinin de sorunudur. Bu dönemde yaşanan fizyolojik değişiklikler kadının ailesiyle olan ilişkisine ve aile düzenine de yansımaktır. Menopozda oluşan bazı değişiklikler kadınları öylesine olumsuz etkiler ki kadınların yaşam kalitesinde azalmalar olur. Klimakterik

dönem, birçok toplumda kadınların eğitim, danışmanlık ve tedavi almaksızın geçirebilecekleri bir dönem olmaktan çıkmıştır. Kadınların bu dönemi problemsiz geçirmesi için sağlık çalışanlarına ve ailelere önemli roller düşmektedir.^{68,70} Hemşirelik kuramlarının pek çoğunda yeri olan “Temel İnsan Gereksinimleri” doğrultusunda menopozal kadınların temel gereksinimleri şunlardır.⁷⁹

- 1-Uygun beslenmenin sürdürülmesi,
- 2-Yeterli uyku ve dinlenme,
- 3-Uygun fiziksel aktivite,
- 4-Düzenli seksüel yaşam,
- 5-Vazomotor değişikliklerle başa çıkma,
- 6-Gebelikten korunma,
- 7-Stresle başa çıkma,
- 8-Deri değişiklikleri ile başa çıkma,
- 9-Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi,
- 10-Sosyal destek,
- 11-HRT danışmanlığı.

Halk sağlığı hemşiresi birtakım değişikliklerle gelen bu yaşam dönemi için kadını hazırlamalıdır. Gerekirse benzer problemlere sahip kadınları biraraya getirerek sorunlarını tartışmaları, fikir alışverişinde bulunmalarını sağlamalıdır.⁷⁹ Klimakterik dönem kadınlarını yukarıda sıralanan maddeler doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönlendirmek için hemşirelerin yapması gerekenler şunlardır.

1-Uygun beslenmenin sürdürülmesi: Sağlığı koruma ve geliştirmenin ilk adımının sağlıklı bir beslenmeden geçtiği aşıkardır.⁸⁰ Her toplumda farklı beslenme alışkanlıkları vardır. Beslenme alışkanlıkları; kişinin günlük öğün sayısı, ana öğünlerde ve ara öğünlerde tükettikleri besinlerin tür ve miktarları, yiyecek satın alma, yemek hazırlama, pişirme ve servis gibi ana özelliklerin yanında, kişilerin hızlı veya yavaş yemek yemesi, besinlerin ağızda çiğnenmesi, üzüntülü ,neşeli veya yorgunluk durumlarında besin tüketimi, besinleri soğuk yada sıcak tüketme gibi davranış kalıplarını içeren bir bütünlük teşkil etmektedir.⁸¹ Sağlığı geliştirmede beslenme alışkanlıkları ve davranışlarında değişiklik olması gerekir.⁸⁰ Bireylerin beslenme alışkanlıklarına müdahale etmek ve değiştirmek oldukça zor bir girişimdir.⁸¹ Kadın için beslenme, sağlığın geliştirilmesinde önemli bir faktördür. Klimakterik kadına sağlıklı

beslenmenin önemi kavratılmalı, beslenme ilkeleri ile ilgili pratik bilgiler verilmelidir.^{51,82} Klimakterik dönemde östrojen yetmezliğine bağlı olarak, metabolik hız yavaşlar, kilo alma eğilimi artar, kolesterol düzeyinde artış görülür. Beslenmeye yönelik olumsuz uygulamalar, dengesiz yeme alışkanlıkları ölüm oranlarını, kalp hastalıklarını, arterioskleroz ve osteoporoz gibi hastalık oranlarını artırmaktadır.⁸³ Kadınlara beslenirken tüm besin gruplarından tüketme, aşırı şeker, tuz, yağ ve kolesterolden uzak durma, istenen kiloyu sürdürmeleri ve bunların önemi anlatılmalıdır.^{2,4,84} Menopoz dönemi yakınmalarında alınan besinlerin önemli etkisi olduğu ve yakınmaların giderilmesinde önemli bir etkiye sahip olan östrojen ve progesteronların doğal beslenme yoluyla da alınabileceği açıklanmalıdır.⁸⁵ Kadınlara osteoporozla karşı protein, kalsiyum, fosfor ve D vitamini tüketiminin önemi anlatılmalı ve önerilmelidir.^{65,68,78,81} Menopoza giren her kadının kalsiyum dengesi konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Kalsiyum ihtiyacı menopoz öncesi 1000 mg iken menopoz sonrası 1500 mg'a çıkar.⁶⁵ Sıcak basmalarını ve halsizliği önlediğinden besinlerle ve tablet olarak E vitamini verilmelidir. Ayrıca meyve ve sebze yönünden ağırlıklı beslenmeleri önerilir.^{1,41,81} Aşırı alkol, tütün tüketiminin azaltılması veya sonlandırılması osteoporoz riskini azaltma açısından önemlidir.^{1,38.}

2-Yeterli uyku ve dinlenme: Normal uyku saatlerinin yanı sıra, bireylerin dinlenme sürecine de dikkat etmesi sağlığı geliştirmenin önemli basamaklarından biridir. Uyku süresindeki azalmaya bağlı olarak, iştahsızlık, iritabilite, mental karışıklık, öğrenmede azalma gibi etkiler görülebilmektedir.^{4,11,86} Hemşire klimakterik dönemdeki kadının uyku ve dinlenme gereksinimini gidermede eğitim yapabilir ve önerilerde bulunabilir. Bunlar;

*Gerektiğinden fazla uyumaya çalışmamalı,

*Eğer uyumakta zorluk çekiliyorsa, farklı aktivitelerle uğraşmak için yatak terkedilmeli

*Uyunacak ortam çok sıcak yada çok soğuk olmamalı(18 C° civarı)

*Uyumak için sessiz bir ortam tercih edilmeli,

*Düzenli egzersiz yapmalı,

*Düzenli yatma saatlerini oluşturulmalı,

*Uyumadan önce sıcak bir banyo veya ılık içecekler almalı,

*Yatağı seksüel aktivite ve uyuma için kullanmalı, TV. izlemek, kitap okuma gibi aktivitelerde kullanmamalı,

*Yatmadan önce uykuyu bozabilecek etkenlerden uzak kalınmalı(alkol, sigara, çay, kahve alma gibi),

*Uyku için ilaç almanın sürekli bir çözüm olamayacağı bilinmeli.^{4,11}

3-Uygun fiziksel aktivite : Her kadına yaşına, işine, yaşam tarzına ve sağlık problemlerine uygun egzersiz yapması gerektiği anlatılmalıdır.^{51,86} Osteoporozun önlenmesinde yürüme, merdiven çıkma egzersizlerinin kemik kaybını geciktirdiği ve kemik yoğunluğunu artırdığı gözlenmiştir. Hemşireler, kadınların egzersiz programını planlama ve uygulamalarında danışmanlık yapmalıdır.^{1,2,11,68} Düzenli egzersizin güçlü kaslar, akciğer kapasitesinde artma, kas gerginliğini ve anksiyeteyi azaltma, kemik kitlesini artırarak kırıkları önleme, postürü koruyarak deformiteleri önleme, normal beden ağırlığını devam ettirme ve aşırı beslenme durumlarını tolere etme gibi olumlu yönleri vardır. Ayrıca kalp hastalıklarının yönetimi ve korunmasında, hipertansiyon, diabetes mellitus, osteoporoz ve depresyondan da korunmada etkilidir.^{77,83}

4-Düzenli seksüel yaşam: Kadınlar bu dönemde görülecek olan genital atrofi, kayganlığın azalması konularında bilgilendirilmelidirler.¹ Menopozdan sonrada cinsel yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürebileceği kadınlara ve eşlerine anlatılmalıdır.² Klimakterik kadının cinsel işlevini sürdürmesinde bireysel özellikler, eşin tepkisi, cinsel aktivite düzeyi, yaşlanma süreci ve kadının yaşadığı toplumun kültürel yapısı etkilidir. Hemşirenin bu durumda görevleri, kadınları bilgilendirme, destekleme, tarafsız dinleme ve cinsel sorunlarla başa çıkmada cesaretlendirme ve yönlendirmedir. Kadınların cinsel istekdeki azalmalarının tanımlanmasının detaylandırılması gerekmektedir.⁵⁰

5-Vazomotor değişikliklerle başa çıkma:Kadınların bu durumdan daha az etkilenmeleri için kalabalık ve sıcak ortamlardan uzak durmaları, alkol, kahve, çay ve sıcak içecekler, baharatlı yiyeceklerden uzak kalmaları gerekmektedir.⁷¹ Ayrıca heyecan ve stresden uzak kalmak, sıcak basmasını kontrol etmeyi öğrenmek (örn: soğuk su içinde yüzdüğünü hayal etmek), sıcak basması sırasında vantilatör, duş almak, vücudun belli yerlerine buz parçaları uygulamak gibi teknikleri kullanmak yarar sağlayabilir. Gece uyurken oda sıcaklığının normal (18 C° civarında) olmasında gece olabilecek ateş basmalarının önlenmesinde yardımcı olur.^{1,2,11} E vitamininin alınması ve düzenli egzersizde bu şikayetlerin azalmasında faydalı olmaktadır.^{68,71}

6-Gebelikten korunma: Adet düzensizlikleri menopoza 2-8 yıl önce başlayabilir. Adet olma miktarı ve süresi azalabilir fakat bu gebe kalma ihtimalini ortadan kaldırmaz. Bu konuda kadınların bilgilendirilmesi ve uygun bir aile planlama yöntemi kullanmaları önerilmelidir.^{1,2,7,65,68} Otuzbeş yaşın üzerindeki kadınlarda düşük doz oral kontraseptif hapların kullanımı; istenmeyen gebelikler ve anormal menstürel kanamalardan korunmanın yanı sıra güvenli bir hormonal etki sürdürmede etkilidir.⁸⁷ Menopoza 49 yaşından önce giren kadınların iki yıl süre ile, 50 yaşından sonra menopoza giren kadınların ise menopoza girdikten sonra bir yıl süre ile herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanarak korunmaya devam etmeleri gerekmektedir.⁷

7-Stresle başa çıkma: Stres gelişen dünyamızın kaçınılmaz bir problemidir. Hemşire stresle başa çıkma yollarını anlatarak bireylerde sağlığı geliştirici davranışları artırabilir.^{81,88} Hemşire Roy'un "Adaptasyon modeli" ile veya farklı bir yaklaşımla stres ile başa çıkma eğitimleri yapabilir.⁸⁸ Hemşireler bireylerde nelerin stres oluşturduğunu tanılamaya çalışır. Stres kaynağı kişinin kendisi olabileceği gibi özel nedenlerde olabilir. Stres ile baş etmede üç faktör rol oynar. Bunlar; *olayı kişinin algılaması veya anlaması, destek sistemleri ve baş etme mekanizmalarıdır*. Bu faktörlerden herhangi birinin olması veya olmaması kadının stress ile baş edebilmesini etkiler. Hemşire, klimakterium dönemindeki kadının öncelikle mevcut bilgilerinin derecesini değerlendirmeli, daha sonra stress yaratan konu üzerinde konuşmaya teşvik etmeli ve son olarak da kadının stresle baş etme becerilerini gözden geçirmelidir.^{2,89,90} Postür değişiklikleri, saçlardaki renk değişiklikleri, ciltte barizleşen kırışıklıklar ve bunların sonucu kadınlarda oluşan beğenilmeme duygusu klimakterium dönemindeki kadınlarda stres oluşturabilir. Kadınlara ve yakınlarına hayatın bir evresi olan bu dönemin yaşlanmak değil normal fizyolojik bir durum olduğu anlatılmalıdır.⁶⁶ Ayrıca kadının çalışmasının, iş doyumunun, evde üretken olmasının, geçmişte dengeli bir kişiliğe sahip olmasının, çevre ile uyum içinde olmasının bu dönemi rahat atlattırmasında yardımcı olduğu anlatılmalıdır.^{15,65} Birçok kadın bu dönemde yaşadığı değişikliklerle baş edemez ve psikolojik sorunlar yaşar.⁷⁰ Hemşire klimakterium dönemindeki kadınları depresyon yönünden gözlemlemeli, olası değişikliklere karşı duyarlı olmalıdır.¹⁵ Klimakterium dönemindeki kadınlara stresle baş etmede etkin olan faktörler öğretilmeli ve kavratılmalıdır. Bunlar; sağlıklı beslenme, egzersiz, uyumlu kişiler arası ilişki, kendine değer verme, düzenli uyuma, yeni uğraşlar

bulma, duyguları açık bir şekilde ifade etme, davranışlarda olumlu değişiklikler sağlama ve zamanı iyi kullanma gibi öneriler olmalıdır.^{89,90}

8-Deri değişiklikleri ile başa çıkma: Klimakterium döneminde östrojen azalmasına bağlı olarak epidermiste incelme, subkütan yağ dokusunda atrofi ve deri turgorunda bozulma ortaya çıkar. Ciltte kuruluk, buruşma, kırışıklık, saçlardaki beyazlanma gibi değişiklikler kadınların kendilerine olan öz güvenlerini kaybetmelerine sebep olur. Hemşire bu değişiklikleri yaşayan kadınlara rehberlik ve danışmanlık sunmalıdır.⁴

9-Kişisel değer ve benlik saygısının sürdürülmesi: Kadınların klimakterium döneminde oluşabilecek bu değişikliklerden benlik saygısı etkilendiğinden kadınların bu değişikliklerle baş etmesi olumlu bir benlik imajı geliştirmesi açısından önemlidir. Hemşire, benlik saygısı ve yaşam doyumu düşük, menopoza adaptasyonu yetersiz kadınlara karşı duyarlı olmalı ve destek stratejileri geliştirmelidir.⁴ Kadınların benlik saygısını yükseltmek için yaşam tarzında değişiklikler yapması, bakımına özen göstermesi, zorluklar karşısında güçlü olması, yeni beceriler kazanması, sosyal aktivitelere katılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması önerilir.^{1,66}

10-Sosyal destek: Kadınların bu dönemleri rahat bir şekilde atlatmalarında eş, arkadaş ve grupların olumlu etkisi göz ardı edilemez. Hemşireler bu dönemde yaptıkları danışmanlıklarla kadınların sıkıntılarına destek olabilir, yol göstererek onları rahatlatır. Bu dönemdeki kadınlara eğitim, danışmanlık nitelikli toplantılar düzenlenebilir.^{4,11}

11-Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Danışmanlığı: HRT tedavisi perimenopoz ve menopoz sırasında östrojen ve diğer azalan hormonları yerine koymak amacıyla yapılır.^{18,62} Hormon replasman tedavisi, kadının yaşamını uzatmak için değil, premenopozal, menopozal ve postmenopozal dönemde yaşam kalitesini artırmak için yapılır.^{1,7,38,70} HRT koruyucu sağlık hizmetidir ve devletlerin sağlık hedeflerinden olması gerekmektedir.⁵⁹ Günümüzde HRT vazomotor şikayetlerde ortalama 3-5 yıl, osteoporoz endikasyonunda 5-10 yıl, kardiyovasküler hastalıklara karşı korunma amacıyla ise ömür boyu kullanımı önerilmektedir. HRT alan kadınlar için ilk bir yılda 3 ayda bir, 2. yılda 6 ayda bir, sonra yıllık izlem yapılır. Bu izlemler sürdürülürken birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin işbirliği içinde olması önemlidir. Fakat kadının risk faktörleri açısından değerlendirildiği yer birinci basamak sağlık hizmetleri olmalıdır.^{7,69} HRT'ne başlama zamanının ideal olarak menopozal döneme girince

olması önerilmekte, gecikmenin tedaviyi olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.¹³ HRT tedavisinin yararları, riskleri bütün kadınlara anlatılmalıdır.⁶⁸

HRT tedavisinin yararları;

- *Vazomotor semptomları önler.
- *Genitouriner atrofi değişiklikleri azaltır.
- *Osteoporozdan korur.
- *Kardiyo vasküler hastalık riskini azaltır.
- *Uyku bozuklukları ve depresyonu azaltır.
- *Hafıza ve konsantrasyonu geliştirir.
- *Alzheimer hastalık riskini azaltır.
- *Kolonorektal kanser riskini azaltır.
- *Seksüel ilgi kaybını önler.
- *Kadına enerji ve daha rahat bir yaşam sağlar.

HRT tedavisinin riskleri;

- *Endometrial karsinoma,
- *Meme kanseri,
- *Trombo-embolik hastalıklara eğilim,
- *Safra taşı gelişme olasılığı,
- *Hipertansiyon gelişme olasılığı yönleriyle risklidir.^{18,68,75}

12-Diğer görülen değişikliklerle baş etme:

Üriner sistem enfeksiyonlarını önlemede, kadına günde 6-9 bardak su içmesi, genital hijyenin önemi, kegel egzersizleri anlatılır.^{1,2,11}

2.3.KLİMAKTERİK DÖNEM VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

2.3.1.Sağlığı Geliştirme Kavramının Tanımlanması:

Sağlığı geliştirme, bireylerin maksimum düzeyde sağlığa ulaşabilmeleri için, davranışlarını değiştirmelerini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir.^{49,54,55,91} Bununla birlikte sağlığı geliştirme “insanların sağlıklarını kontrol etme ve sağlıklarını geliştirme yeteneğine sahip olma gücü” veya “bireylerin her yönüyle iyi olabilmelerini sağlayabilmek için isteklerinin farkında olabilmelerini, isteklerini tanımlayabilmelerini, çevreyi değiştirebilmelerini ve çevreyle uyum sağlayabilmelerini sağlama gücü” olarak tanımlanabilir.⁴⁶

Sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki başarı, bireylerin bilgi, düşünce ve değer yargılarının değişmesiyle mümkündür. Bireyler yaşamı boyunca birçok davranışı yaşadığı sosyal çevre içerisinde öğrenir. Bu öğrenilen davranışlar olumlu olabildiği gibi olumsuz davranışlarda olabilir.⁹² Sağlığı geliştirme davranışları, sağlık potansiyelinin ve iyilik durumunun artmasına yönelik birey, aile ve gruplara yönelik yapılan bütün aktiviteleri kapsamaktadır.⁹³ Bireylerin sağlığa ulaşması için nasıl motive edileceğinin öneminin anlaşılması, sağlık bakımı vermenin ve sağlık eğitimi yapmanın önemini toplum düzeyinde artırmıştır.⁴⁹ Bireyin davranışları hem bilişsel algılardan hem de sosyal çevreden etkilendiği için, sosyal öğrenme teorileri ve bilişsel davranış teorilerinden, olumlu davranış değişimini sağlamaya yönelik girişimlerden yararlanılabilir.⁹²

2.3.2. Bilişsel Yaklaşımda Genel Öğrenme Stratejiler: Bilişsel stratejiler, bilgilerin örgütlenmesi, saklanması ve geri getirilmesinde kullanılan stratejilerdir.

1-Dikkati yoğunlaştırmak

- Dikkatin dağılmasını önleyecek çevrenin oluşturulması,
- Eğitim amaçlarının açıklanması,
- Önemli noktaların vurgulanması,
- Dikkat dağınıklığı ile başa çıkabilmeleri için, bireylere kendi kendilerini gözlemlene ve denetleme tekniklerinin öğretilmesi.

2- Bireylerin bilişsel süreçlerini açığa çıkarmak

- Bireylere kendilerini anlatma fırsatının sunulması,
- Bireylere sorunlarıyla ilişkili sorular sorularak, düşünme sürecine geçirilmesi.

3- Kısa süreli hafızanın sınırlılıklarından kaçınılması

- Eğitim materyalinin kısa süreli hafızanın sınırlarını aşmayacak hızla sunulması,
- Konuları uygun bölümlere ayırma ve tekrar etme stratejilerinin öğretilmesi,
- Bireyleri bilişsel süreçleri incelemeye teşvik ederek, problemlerin çözümünün bir parçası olduğunun öğretilmesi,
- Bireylere problem çözme yöntemlerini tartışabildikleri, tartışma dönemlerinin sağlanması,
- Bireylere, bir işe başlamak için kendi kendini teşvik etme, devam etmek için kendisini cesaretlendirme ve her adımı tamamlamada kendini pekiştirme gibi kendi kendine öğrenme becerilerinin öğretilmesi,

- Bireylere bilgiyi yeniden ifade etmesinin öğretilmesi.⁹⁴

2.3.3.Sağlığı Geliştirme Modeli:

Sağlığı geliştirme modeli araştırma için temel araçtır. Model sağlıklı davranış değişikliğini etkilediğine inanılan faktörlerin arasındaki ilişkileri açıklamak amacıyla test edilmeye ve geliştirilmeye devam etmektedir. Sağlığı geliştirme modeli Albert Bandura'nın sosyal öğrenme teorisine temellenir.^{49,54,55,95}

Pender'in sağlığı geliştirme, modeli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen, koruyan ve geliştiren bir durumu anlatmaktadır. Pender' in sağlığı geliştirme modelinde, sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bileşenler; bilişsel algılama faktörleri, değiştirilebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler olarak açıklanmaktadır.^{54,55,95} Pender sağlığı geliştirme modelini revize ederek yeniden oluşturmuştur. Pender'in sağlığı geliştirme modeli ve revize edilmiş sağlığı geliştirme modeli şekil 1 ve şekil 2'de gösterilmiştir (Şekil 1 ve Şekil 2).⁵⁴

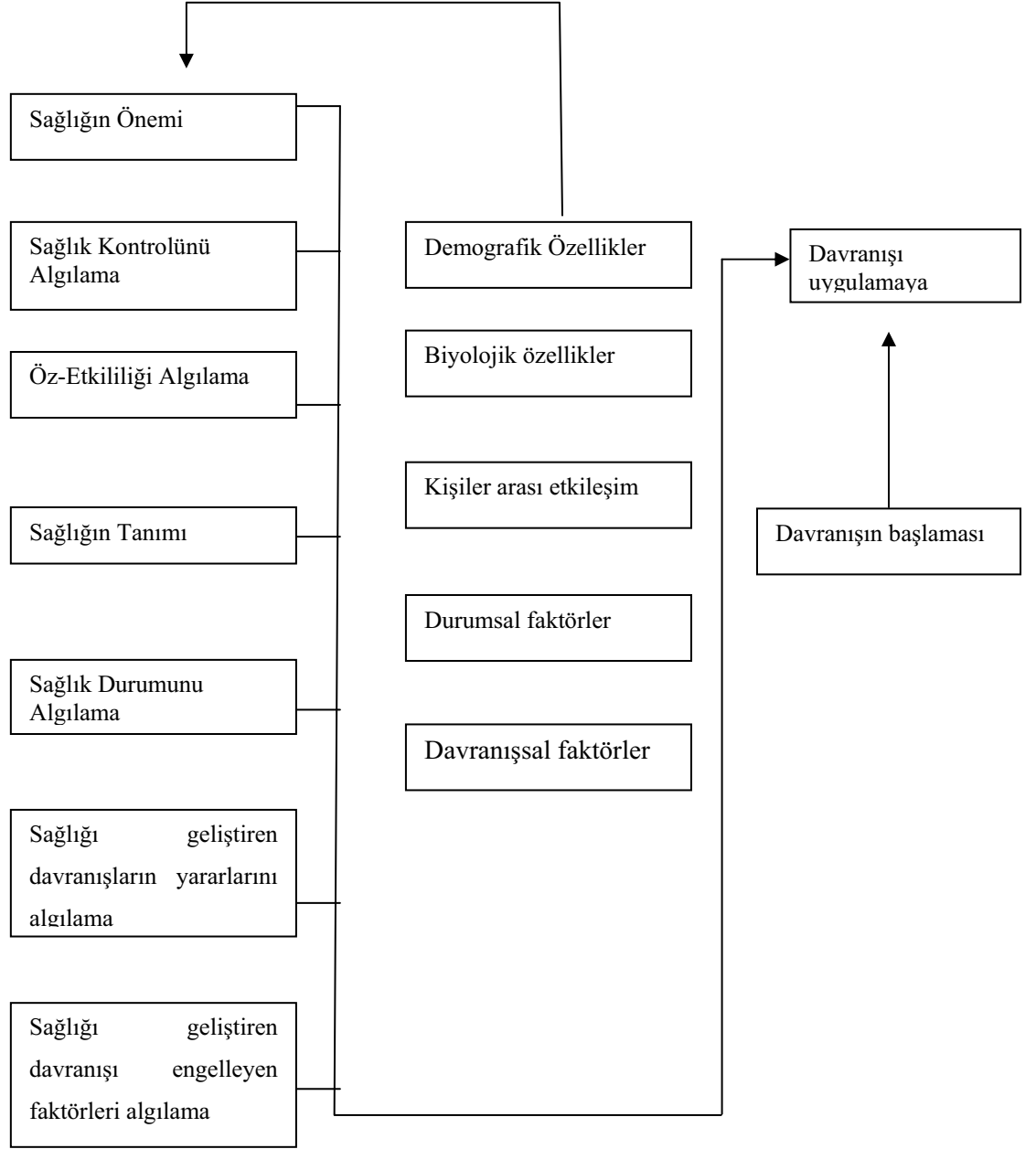
2.3.3.1.Bilişsel Algılama Faktörleri:

Bilişsel algılama faktörleri, sağlığı geliştirici davranışların kazanılmasına ve sürekliliğine etki ederler. Sağlığa yararlı davranışları (egzersiz gibi) benimsemek, sağlığı zararlı davranışlardan (sigarayı bırakma gibi) sakınmak birçok insan için zordur. Davranış değişikliğini yapmak ve devam ettirmek, bireyin başa çıkma eğilimleri ile ilgilidir. Bireyin olumlu sağlık davranış kazanmada etkin olması, başa çıkma eğilimi bireyin bilişsel algılama faktörleriyle doğrudan ilgilidir.⁹² Bilişsel algılama faktörleri, sağlığın önemi, sağlık kontrolünü algılama, öz-etkililik, sağlığın tanımı, sağlık durumunu algılama, sağlık davranışlarını algılamada destekleyen ve engelleyen faktörlerdir. Bunlardan sağlık kontrolünü algılama, sağlık durumunu algılama ve öz-etkililiği algılama sağlığı geliştirici davranışların en güçlü belirleyicileridir.^{49,54,55,78,82} Kişi bakım alan bireydir ve modelin odağıdır. Her birey kendi bilişsel algı ve tanımlayıcı faktörleriyle özeldir.⁴⁹

Bilişsel Algılama Faktörleri

Değiştirilebilir Faktörler

Sağlığı Geliştiren Davranışlara Katılım

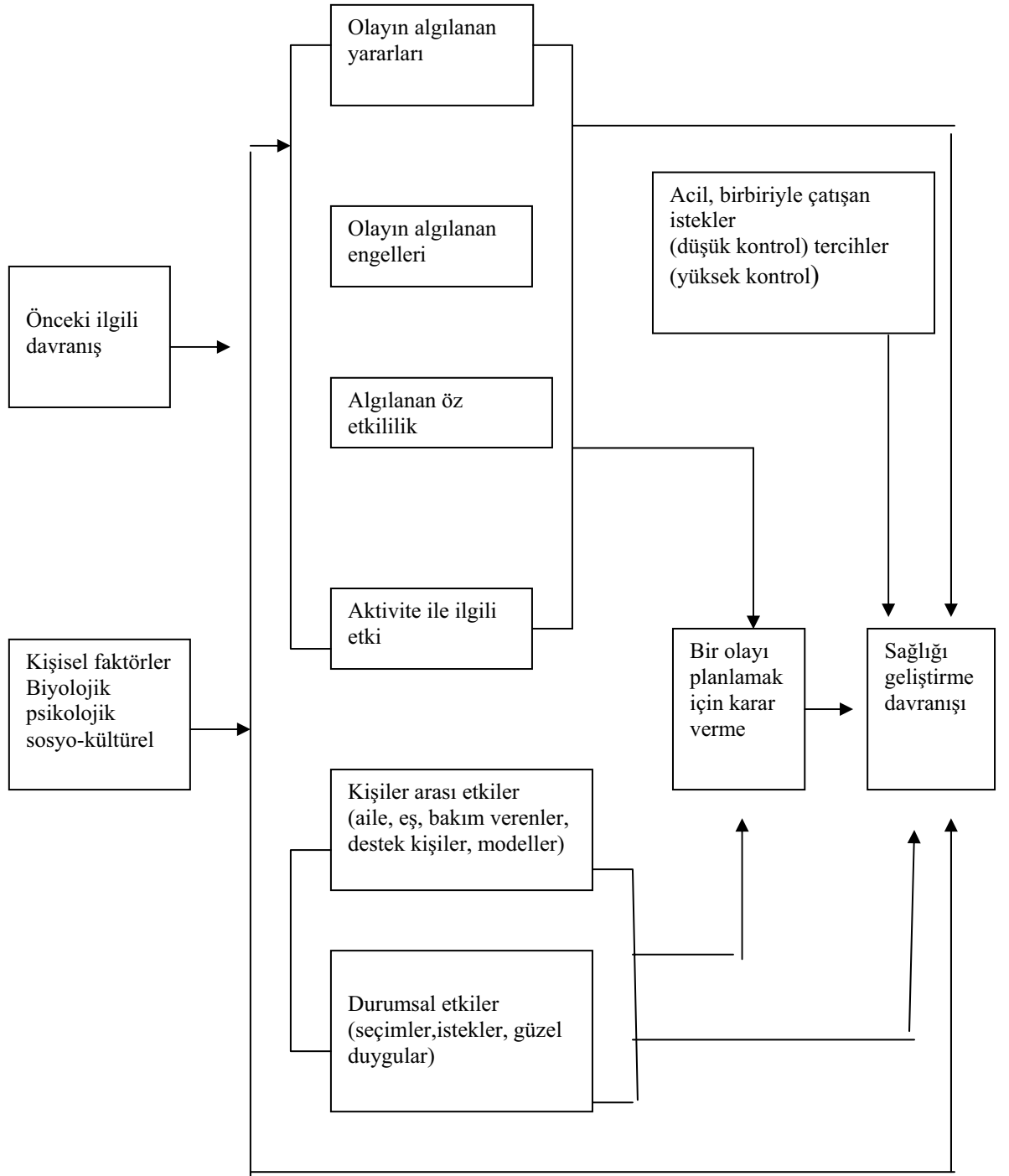


Şekil 1. Sağlığı Geliştirme Modeli (<http://nursing.umich.edu/faculty/chart.gif>)

Bilimsel Özellikler ve Deneyimler

Davranış Özel Algılar ve Etki

Davranışın Sonucu



Şekil 2. Revize Edilmiş Sağlığı Geliştirme Modeli (<http://nursing.umich.edu/faculty/chart.gif>)

Sağlığın Önemi

Bireylerin sağlık davranışlarını, sağlıklarına verdikleri önem doğrudan etkilemektedir.^{49,54,55} Bireylerin sağlıklarına genellikle önem ve değer verdikleri düşüncesi yanlıştır. Bireyler genellikle hasta oldukları yada ölümden korktukları zaman sağlıklarının önemini anlarlar. Durumları düzeldiğinde ise çoğu zaman bunu unuturlar. Bu geleneksel anlayışın değiştirilmesi ise zor ve uzun bir iştir.^{49,96,97}

Sağlık Kontrolünü Algılama

Bireylerin sağlık davranışlarını nasıl kontrol ettikleri, yeni sağlık davranışları kazanmalarında önemli rol oynar.^{49,54,55} Bireylerin davranışları içsel ve dışsal sağlık kontrol davranışlarından etkilenmektedir. İçsel etmenler bireyin kendi sağlığı üzerinde kendi sorumluluğunu gösterir. Dışsal etmenler ise bireyin sağlığı üzerinde etkili olan hemşire, hekim, aile vb. diğer kişileri gösteren *güçlü dışsal etmenler* ve bireyin sağlığının kontrolünde şansa, talihe bırakılmışlığı gösteren *şans etmenidir*. Bireylerin güçlü dışsal etki düzeyinin yüksek olması bireyin sağlık davranışlarına sahip ya da kazanma düzeyinin yüksek olacağını göstermektedir. İç kontrol ve sağlık davranışları arasında güçlü bir ilişki tanımlanmıştır.^{49,54,82}

Sağlığın Tanımı

Sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesinde bireylerin sağlık tanımları önemli bir etkendir.^{49,54,55} Sağlık evrensel bir kavram olmasına rağmen, herkes tarafından kabul edilen ortak bir tanımı yoktur.⁹⁸ Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir" biçiminde tanımlamaktadır.^{6,99}

Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen ve Engellenen Faktörleri Algılama

Sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal etkenler vardır. Bireyin fiziksel ve psikolojik özellikleri, motivasyonu, kişisel ve davranışsal özellikleri, sağlık durumu, davranışın yararlarını algılama, değişimi fark etme düzeyi, aile, arkadaş, sosyal kurumlar, kanunlar gibi destekleyici çevrelerin varlığı sağlığı geliştiren davranışları etkilemektedir.^{49,53-55,82,91,100}

Öz-Etkililiği Algılama

Öz- etkililik-yeterlilik algısı "Bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı veya yargısı" ya da "bireyin belirli bir performans

düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı” şeklinde tanımlanmaktadır.^{52,53,101} Öz-etkililik olumlu davranış değişikliğinin sürekliliğinde büyük rol oynamaktadır. Öz-etkililik-yeterlilik algısına sahip olan bireyler, daha zorlu işlere girmek ve devam ettirmek eğilimindedirler. Öz-etkililik-yeterlilik algısı yüksek olan kişiler, öz-etkililik-yeterlilik algısı düşük olan kişilere göre yeni bir davranışı öğrenmek ve sürdürmek için daha çok çaba harcarlar.^{100,101} Pender’e göre öz etkililik-yeterlilik sağlıklı yaşam biçimini etkileyen önemli bilişsel algılama faktörlerindedir.⁵⁴

2.3.3.2. Sağlığı Geliştirmede Değiştirilebilir Faktörler:

Demografik faktörler: Cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, meslek vb. demografik faktörler sağlığı geliştirici davranışları etkilemektedirler.^{49,53,55,78,100}

Biyolojik faktörler: Bireyin vücut ağırlığı sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilemektedir.^{49,55,78,82}

Kişiler arası Etkileşim: Aile ve çevreyle bireyin kurduğu olumlu kişiler arası ilişkiler bireyin olumlu sağlık davranışı kazanmasında etkilidir. Ailedeki birey sayısı da sağlığa ilişkin olumlu veya olumsuz sağlık davranışı geliştirmede önemlidir.^{49,82,102}

Yapısal Faktörler: Bireyin içinde yaşadığı çevre koşulları bireyin sağlık davranışlarını kazanmasında etkili rol oynamaktadır.^{49,55,78,82}

Davranışsal Faktörler: Bireylerin bilişsel ve psiko motor beceri düzeyi olumlu sağlık davranışı kazanma üzerinde etkilidir.^{54,78,82}

2.3.4. Olumlu Sağlık Davranışı Kazandırma:

Değişkenler ne olursa olsun her insan sağlığını korumak için gerekli güce sahiptir. Önemli olan bireylerin kendilerinde olan bu gücü ortaya çıkarmalarına yardımcı olmaktır. Hemşireler sağlıkla ilgili davranışları değiştirmeye yönelik motivasyonu sağlamak için, etkili girişim planlarına ihtiyaç duyarlar.^{54,91} Bireyler yaş, cinsiyet ve kalıtım gibi bazı faktörleri değiştiremezler, fakat şişmanlık, kötü alışkanlıklar, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kolaylıkla benimseyip daha sağlıklı bir yaşam sürebilirler.^{103,104} Sağlığı geliştirmedeki amaç, bireyin mevcut olanaklar dahilinde en sağlıklı şekilde yaşamasına yardımcı olmaktır.¹⁰⁵ Sağlığı geliştirme aktiviteleri iki bölümde incelenmektedir.

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması,
- Kazandırılan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürekliliğinin sağlanması.⁴⁶

2.3.5. Sağlığı Sürdüren ve Geliştiren Davranışlara Yönelik Hemşirelik Tanıları

Sağlığı Sürdüren Davranışlar

- * Bireyin sağlığını tanıma, sürdürme, yardım aramasında yetersizlik.
- * Sağlık uygulamaları ile ilgili bilgi eksikliği.
- * İçsel veya dışsal uyum sağlayamama.
- * Temel sağlık uygulamalarında sorumluluk almada yetersizlik.
- * Olumlu sağlık davranışları geliştirme, araç gereç ve ekonomik kaynak bulmada yetersizlik.
- * Kişisel sosyal destek sistemlerinde yetersizlik.¹⁰⁰

Sağlığı Geliştiren Davranışlar

- * Nötral sağlık durumundaki bireyin, kişisel veya çevresel sağlık alışkanlıklarını değiştirmede aktif olarak yardım yollarını bilmesi.
- * İyilik halini daha yüksek bir düzeye çıkarmak için üstün çaba sarfetmesi
- * Sağlık uygulamalarını kontrol etmek için üstün çaba sarfetmesi
- * Nötral sağlık durumundaki bireyin pozitif sağlığa ulaştıran sağlık alışkanlıklarına sahip olması
- * Sağlığı ve çevresi ile ilgili beklentilerini ifade etmesi
- * Toplumun sağlık kaynaklarını kullanma alışkanlığı kazanması
- * Sağlığı geliştiren davranışlar konusunda bilgiye ihtiyaç duyması.

Sağlığı sürdüren ve geliştiren davranışların kavramsal tanımları ve farklılıkları tablo 1'de gösterilmiştir.¹⁰⁰

2.4.SAĞLIĞI GELİŞTİRMEDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Sağlığı geliştirme bir sağlık hizmeti olmasına rağmen tıbbi bir hizmet değildir. Hemşirelik uygulamalarında sağlığı geliştirme öncelikli ele alınması gereken konulardandır. Hemşirelik hizmeti alan kişiye sağlığın geliştirilmesinde yardımcı olabilmesi için hemşirelerin çeşitli roller üstlenmesi gerekir.^{31,54} Bu roller;

1-Tanımlama; Sağlığın geliştirilmesinde ilk adım potansiyel sağlık riskini belirlemektir. Hemşirenin sağlığı geliştirme, sağlığı devam ettirme ve sağlığı koruma rolünün yanında hemşirelik tanısı koyma, girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirme aktivitelerinde de rolü vardır.

Tablo 1. Sağlığı Sürdüren ve Geliştiren Davranışların Kavramsal Tanımları ve Farklılıkları

Sağlığı Sürdüren Davranışlar	Sağlığı Geliştiren Davranışlar
*Bireyin amacı, hastalıklar ve yetersizliklerden sakınmak sağlığını korumaktır.	*Bireyin amacı, en üst düzeyde fiziksel sağlık ve iyilik haline ulaşmak, sağlığını geliştirmektir.
*Bireyin aktiviteleri, ılımlı, dengeli sağlık durumunu tekrar kazanmaya ve sürdürmeye yöneliktir.	*Bireyin aktiviteleri, ılımlı, dengeli sağlık durumunun ötesinde pozitif sağlık durumunu kazanmaya yöneliktir.
*Birey, hastalık ve yetmezlik durumlarını önlemede, hastalık bulgu ve semptomları kontrol etmede, sağlığını tanımada, sürdürmede uzman hemşirenin yardımına ihtiyaç duyar.	*Birey, sağlık davranışlarını geliştiren kaynakları arar, iyilik durumunu geliştirmek için çevresel kaynakları bulur. Hemşirenin rehberliğine ihtiyaç duyar.
*Birey, sağlığını uzman bir hemşirenin yardımı ile kontrol eder.	*Birey iyilik halini ve sağlığını geliştirmek için çaba harcar.
*Birey, bilgi yetersizliği, değerleri, sağlıkla ilgili kaynaklara ulaşamama gibi durumlardan dolayı başkalarının yardımları olmaksızın ılımlı, dengeli, sağlık durumunu sürdürmede yetersizlik gösterir.	*Birey, hastalıkların tanınmasında semptom ve bulguları kontrol etmede yaşına uygun sağlık sorunlarını belirleyerek sağlığını kontrol etmede yeterlidir.
*Birey ve aile; toplumsal ya da gelişimsel olaylardan önce hazırlık veya planlama yapamaz.	*Önemli gelişimsel durumlar, aile ve birey tarafından planlanır.

2-Savunma: Bireyler özel durumlarda, hakları hakkında bilgilendirilmeye ihtiyaç duyarlar ve bu konuda yardım isterler. Hemşire bu konularda bireylere yardım ve duruma göre savunma yapmalıdır.

3-Liderlik: Hemşire bireylerin sağlığını geliştirmek için sağlık bakımını koordine eder ve yürütür. ⁹³

4-Danışmanlık: Hemşirelerin en etkin sağlığı geliştirme görevlerinden biri danışmanlık hizmetleridir. Hemşireler sahip oldukları bilgi ve becerileri bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda onlara yardım etmek için kullanırlar.

5-Eğitici Rolü: Bireylerin tıbbı ve sosyal programlara katılımlarını sağlamak, sağlıkla ilişkili eğitimler düzenlemek ve bireyleri bu eğitimlere katılımlarında cesaretlendirmek hemşirenin görevlerindedir. ^{51,93}

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisini araştırmak amacıyla öntest-sontest kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak planlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Erzurum Büyükşehir Belediyesi il sınırlarında olan Abdurahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesinde Ocak 2002-Şubat 2003 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırma evreni olarak belirlenen Abdurahman Gazi Sağlık Ocağı Erzurum Büyükşehir Belediyesi İl sınırlarında hizmet vermekte olan sağlık ocaklarından biridir. Abdurahman Gazi Sağlık Ocağında; 5 hekim, 4 hemşire, 9 ebe, 3 sağlık memuru, 3 çevre sağlık teknisyeni, 1 laboratuvar teknisyeni, 1 memur ve 1 hizmetli ile 40.532.000 nüfusa hizmet verilmektedir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Abdurahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 40-60 yaş grubundaki 2761 klimakterik dönemdeki kadın oluşturmaktadır. Evrenin tespit edilmesinde Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesinden alınan Ocak 2000-Aralık 2000 verileri kullanılmıştır. Örneklem seçiminde, olayın görülüş sıklığının incelenmesi ve evrendeki birey sayısının biliniyor olması nedeniyle,

$$N \cdot t^2 \cdot pq$$

$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot pq}{y^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq}$ formülü kullanılmıştır.¹⁰⁶

$$y^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq$$

N=Evren hacmi

n= Örneklem hacmi

p=Görülme sıklığı

q=1-p=Görülmemme sıklığı

t= yanılma payı (t) değeri (1.96)

y=Öngördüğünüz yanılma , sapma

Menopozal yakınmaların sıklığı, her bir menopozal yakınma için ayrı ayrı saptandığından dolayı bilinen ortalama bir sıklık hızına ulaşılamamış ve bu nedenle sıklık bilinmeyen durumlarda kullanılan $p=0.5$, $q=0.5$ 'e göre hesaplanmıştır.

Araştırmanın **birinci aşaması** formül sonucunda belirlenen 337 klimakterik dönemdeki kadınla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini oluşturacak olan 337 kadını yansız seçmek için 40-60 yaş grubundaki 2761 kadının mensup olduğu ailelere ait ev halkı tespit fişleri diğerlerinden ayrılarak, numaralandırılmış ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.

Araştırmanın **ikinci aşaması** ise araştırma sınırlılıkları göz önüne alınarak 337 kadın arasından amaca uygun olarak olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen 100 kadın üzerinde yapılmıştır. Ancak eğitim süresinin uzun olması nedeniyle çalışmaya devam etmek istemeyen (3), il dışına taşınan (1), hamile kalan (1), eğitimlere düzenli devam edemeyen (8) toplam 13 kadın araştırma kapsamı dışında bırakılarak 44 kontrol ve 43 deney grubu olmak üzere çalışma 87 kadınla tamamlanmıştır. Araştırma grubuna alınacak kadınlarda şu özellikler aranmıştır;

- * Araştırmada kullanılan ölçeklerin, araştırma kapsamına alınanların kendileri tarafından okunarak doldurulması şeklinde (self-reported) oluşturulduğu için örnekleme seçilen kadınların okur-yazar olması.
- * Menopozal yakınmaları çok yoğun yaşadıkları için kadınların klimakterik prekoksli (40 yaşından önce menopoza girenler) ve bilateral ooferektomili (çift taraflı overyumları alınanlar) olmaması.⁴
- * Kadınlarda mevcut yakınmalar az yada hiç olmayacağı ve bu kadınlardaki yaşam kalitesi yüksek olacağı için HRT tedavisine devam etmemesi.^{68,75,107}

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Araştırmanın kontrol değişkenleri

Eğitim düzeyi, klimakterik evre, çalışma durumu ve menopozal yakınmalar araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmuştur.

3.4.2. Araştırmanın demografik ve klimakterik döneme özgü değişkenleri

Klimakterik dönemdeki kadının yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, toplam aylık gelir, eşin eğitim durumu, çocuk sayısı, ailede bakmakla yükümlü olduğu birey sayısı, evlilik hayatından memnun olma durumu, boş zamanlarını

değerlendirme biçimi, klimakterik döneme özgü bilgi alma, bilginin alındığı kaynak, ailede kararlara katılma durumu, içinde bulunduğu klimakterik evre, menopoza dönemi algılama biçimi ve algılama biçiminin nedenleri araştırmanın demografik ve klimakterik döneme özgü değişkenlerini oluşturmuştur.

3.4.3. Araştırmanın bağımsız değişkeni

Klimakterik döneme özgü verilen sağlık eğitimi araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

3.4.5. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, menopoza yakınmaları, menopoza ilişkin tutumları, öz etkililik-yeterlilik, sağlığın önemi, sağlık durumunu algılama ve çok boyutlu sağlık kontrolü ölçekleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Soru formu

Soru Formunun Hazırlanması

Soru formu; sosyo-demografik özellikleri tanımlayan ve araştırmacı tarafından ilgili literatürlerin incelenmesi sonucu menopoza yakınma, tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına doğrudan veya dolaylı etki ettiği saptanan sorulardan oluşmuştur.^{1,6,10-17,108} Soru formu; klimakterik dönemindeki kadının yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışıyor olma durumu, sigara kullanma durumu, ailenin toplam aylık geliri, eşlerinin eğitim düzeyi, çocuğunun olup olmaması ve varsa kaç çocuğa sahip olduğu, bakmakla yükümlü olduğu bireyin olma durumu, varsa sayısı, evlilik hayatından memnun olma durumu, boş zamanlarını değerlendirme biçimi, klimakterik döneme özgü bilgi alma durumu, bilgi aldığı kaynak, ailede kararlara katılma durumu ve hangi tür kararlara katıldığı, klimakterik evre, dönemi algılama biçimi ve algılama biçiminin nedenlerine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Soru Formunun Ön Uygulaması

Ön uygulama soru formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla evrenden seçilen 30 klimakterik dönemdeki kadına yapıldı. Kendisine ön uygulama yapılan klimakterik dönemdeki kadınlar araştırmanın kapsamı dışında bırakıldı.

Soru Formunun Uygulanması

Soru formları araştırmacı tarafından örnekleme alınan kadınların evlerine gidilerek uygulandı. Her soru formu için toplam 20-25 dakikalık süre ayrıldı.

3.5.2.Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL):

Menopozun “biyokültürel özelliğinden dolayı her kültürde farklı tür ve şiddette yakınmalar görülebilir. Menopozal yakınmaları ölçen ilk araç 1965’te Neugarten ve Kraines tarafından geliştirilmiştir. Günümüze değin pek çok araştırmacı tarafından, madde sayıları ve özellikleri farklı menopozal yakınma listeleri oluşturulmuştur. MYTL kadının gereksinimlerine uygun bakım ve tedavinin planlanması, kadının kendini objektif olarak değerlendirmesini sağlamasının yanı sıra gereken tedavi dozunu ayarlamakta ve izlemede değerli bilgiler verir. Türk kadınına özgü MYTL menopozal yakınma durumunu belirlemede kullanılmak üzere menopozal yakınma listesi geliştirilmiştir. İstatistiksel yöntemle 1996 yılında Hotun ve Coşkun tarafından geçerlilik ve güvenilirliği saptanan araçta 15 madde vardır. MYTL ‘nin iç tutarlılığını test etmede, “aracı ikiye bölme” yöntemi kullanılmıştır. 1. bölümün alfa değeri 0.66, 2. bölümün alfa değeri 0.61 olarak saptanmış. Ayrıca Spearman-Brown korelasyon katsayısı 0.59, Guttman Split-Half Korelasyon katsayısı 0.58 olarak saptanmış ve testin tutarlılığına karar verilmiştir.¹⁰⁹

3.5.3.Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği:

Farklı yaş gruplarındaki kadınların menopoz yaşantısı ve sonrasına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Uçanok tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin tümü için iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Bu araştırma için iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır.

Menopoza İlişkin Tutum Ölçeğinde 2 adet olumlu, 18 adet olumsuz ifade bulunmaktadır. Olumlu ifadeler için, “Kesinlikle katılmıyorum” yanıtına 0 puan, “Katılmıyorum” yanıtına 1 puan, “Kararsızım” yanıtına 2 puan, “Katılıyorum” yanıtına 3 puan ve “Kesinlikle katılıyorum” yanıtına 4 puan verilmektedir. Olumsuz ifadelerde ise bu puanlama ters yönde yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 80’dir. Ölçekten alınabilecek yüksek puan menopoza ilişkin olumlu

tutumu, düşük puan ise olumsuz tutumu göstermektedir. Ortalama puanın üzerinde (40) alınan puanlar yükseldikçe tutumun daha olumlu olduğu kabul edilmektedir. ¹¹⁰

3.5.4.Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile):

1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş olup 1997'de Esin tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçer. Ölçeğin tamamı ve alt grupları için ölçeğin alfa değerleri; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0.91, sağlık sorumluluğu için 0.74, kendini gerçekleştirme için 0.77, egzersiz için 0.71, beslenme için 0.57, kişiler arası destek için 0.65, stres yönetimi için 0.63 olarak saptanmıştır. Bu araştırma için ölçeğin alfa değerleri; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0.94, sağlık sorumluluğu için 0.77, kendini gerçekleştirme için 0.89, egzersiz için 0.73, beslenme için 0.70, kişiler arası destek için 0.72, stres yönetimi için 0.73 olarak saptanmıştır.

Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) Pender tarafından geliştirilen sağlığı geliştirme modelini test etmek için geliştirilmiştir. 6 Alt grubu olan ölçek 48 maddeden oluşmuştur. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak kullanılabilir. Ölçeğin tüm puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir.

**Kendini gerçekleştirme alt grubu;* bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

**Sağlık sorumluluğu alt grubu;* bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

**Egzersiz alt grubu;* sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

**Beslenme alt grubu;* bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

**Kişiler arası destek;* bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

**Stres yönetimi*; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. İşaretleme 4 likert tipli ölçek üzerinde yapılır. “Hiçbir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Sık sık” yanıtı için 3, “Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilir.

Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192’dir.

Kendini gerçekleştirme alt ölçeği için en düşük puan 13, en yüksek puan 52’dir.

Sağlık sorumluluğu alt ölçeği için en düşük puan 10, en yüksek puan 40’dir.

Egzersiz alt ölçeği için en düşük puan 5, en yüksek puan 20’dir.

Beslenme alt ölçeği için en düşük puan 6, en yüksek puan 24’dür.

Kişiler arası destek ve stres yönetimi alt ölçeği için en düşük puan 7, en yüksek puan 28’dir.

Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda gösterilmiştir.

Kendini gerçekleştirme: (13 madde) 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. maddeler

Sağlık sorumluluğu : (10 madde) 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeler

Egzersiz : (5 madde) 4, 13, 22, 30 ve 38. maddeler

Beslenme : (6 madde)1, 5, 14, 19, 26, 35. maddeler

Kişiler arası destek : (7 madde) 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. maddeler

Stres yönetimi : (7 madde) 6, 14, 27, 36, 40, 41 ve 45. maddeler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları : (48) 1’den 48’e kadar olan bütün maddeler

Ölçeğin uygulaması 8-10 dakika sürmektedir.²⁶

Sağlığı Geliştirme Modeline göre sağlığı geliştiren davranışların geliştirilmesinde doğrudan etkili olduğu belirtilen bilişsel algılama faktörlerini değerlendirmek amacıyla araştırmanın ikinci aşamasında Öz-Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama Ölçekleri kullanıldı.

3.5.5.Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği (Multidimensional Health Locus of Scale):

Wallston ve De Wellis tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Esin ve Erdoğan tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı için ölçülen alfa değerleri; içsel sağlık kontrolü için 0.73, Güçlü Dışsal Kontrol için 0.64, Şans etkisi için 0.73 olarak bulunmuştur. Bu araştırma için ölçeğin iç tutarlılığı için ölçülen alfa değerleri; içsel sağlık kontrolü için 0.77, Güçlü Dışsal Kontrol için 0.84, Şans etkisi için 0.80 olarak bulunmuştur.

Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği (ÇBSK) ile bireyin sağlık davranışlarını nasıl algıladığı ve kontrol ettiği sorusuna yanıt getirilmiştir. Ölçek, Rotter'in sosyal öğrenme teorisindeki "bireyin, davranışlarını nasıl kontrol ettiği" görüşünden yola çıkılarak geliştirilmiştir. Birey sağlık durumunun kontrolünü içsel ve dışsal etkenlerle gerçekleştirmiştir. Dışsal kontrol, güçlü dışsal etkenler ve şans etkeni ile açıklanmaktadır. Birey inançlarını şekillendirirken hem içsel hem de dışsal kontrolün etkisindedir.

İçsel sağlık kontrolü, bireyin kendi değerlerinin sağlığı üzerindeki etkisini ölçer. İçsel sağlık kontrolü yüksek olan bireyin sağlığında süreklilik ve yüksek sağlık düzeyi vardır.

Güçlü dışsal etkenler, bireyin sağlığını kontrol etmede sağlık personeli, arkadaş, aile gibi dış etkilerin ne derece önemli olduğunu belirler. Güçlü dışsal etki düzeyinin yüksek olması bireyin sağlığının gelişmeye açık olmadığını gösterir.

Şans etkeni ise, bireyin sağlığını kontrol etmede şansa, talihe, oluruna bırakmışlığa ne düzeyde önem verdiğini gösterir. Bu düzeyin yüksek olması, bireyin sağlığını geliştirmesini ve korumasını güçleştirir.

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır. Her ifadenin yanıtı 1'den 6'ya kadar puanlanmıştır. İşaretleme 6'lı likert-tipi ölçek üzerine denekler tarafından yapılmıştır. "Tamamen katılmıyorum" yanıtına 1, "Orta derecede katılmıyorum" yanıtına 2 puan, "Biraz katılmıyorum" yanıtına 4 puan, "Orta derecede katılıyorum" yanıtına 5 puan, "Tamamen katılıyorum" yanıtına 6 puan verilir.

Tüm maddeler olumludur, puanlaması ters yapılan madde yoktur. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Birbirinden bağımsız değerleri ölçen 3 alt grubu vardır. Bu gruplar ve kapsamına giren maddeler şöyledir.

<i>İçsel sağlık kontrolü</i>	: 1, 4, 10, 12,14, 15, 22, 23, 25, 27, 33, 36. maddeler
<i>Güçlü dışsal kontrolü</i>	: 3, 5, 9, 11, 13, 18, 19, 24, 26, 28, 32, 34. maddeler
<i>Şans etkisi</i>	: 2, 6, 7, 8, 16, 17, 20, 21, 29, 30, 31, 35. maddeler.

Her bir alt grubun en düşük puanı 12, en yüksek puanı 72'dir.

Ölçek 8-10 dakika içinde uygulanabilmektedir.²⁶

3.5.6.Sağlığın Önemi Ölçeği (Importance of Health Scale)

Wallston ve arkadaşları tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Rokeach tarafından 1973 yılında geliştirilen 18 maddelik bireyin değer haritası (Value survey) ölçeğinin 9 maddesi alınarak, sağlık maddesi eklenmiş ve 10 maddelik ölçek oluşturulmuştur. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği test-tekrar korelasyonu ile değerlendirilmiş ve r değeri 0.89 ve anlamlılık derecesi p=0.000 bulunmuştur. Esin ve Erdoğan tarafından 1997 yılında Türkçeye uyarlanan ölçeğin, geliştirenler tarafından güvenilirliği yapılmış ve bu değerlendirme yeterli görülmüş, başka bir işlem yapılmamıştır.

Ölçek iki değeri tanımlamayı sağlar. Biri mutluluk, özgürlük, rahat bir yaşam, başarı duygusu ile yaşamak gibi hedefler içinde, sağlığını hangi derecede gördüğünü belirler diğeri bireyin yaşam hedeflerinin önem sırasını belirleyerek danışmanlık yapılmasını sağlar.

Bireyden 10 maddeyi önem derecesine göre; her bir maddenin sol başına 1'den 10'a doğru sıralandırma yapması istenir. Sağlık maddesinin başına yazılan sayı 11'den çıkarılır. Bulunan sayı ölçeğin puanıdır. En düşük puan 1 en yüksek puan 10'dur. Yüksek puan yüksek sağlık değerine sahip olduğunu gösterir. Uygulama süresi 5-6 dakika sürmektedir.²⁶

3.5.7.Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği :

Davis, Avery ve Donald tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerliliği Esin ve Erdoğan tarafından 1997 yılında yapılmış ve pek çok çalışmada bireyin sağlık durumunu algılamasını belirlemede kullanılmıştır. Ölçek tek bir maddeden oluşur. Bireyden "Şu anda sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?" sorusunu derecelendirmesi istenir. "Çok iyi" yanıtı için 1, "İyi" yanıtı için 2, "Kötü" yanıtı için 3 puan ve "Çok kötü" yanıtı için 4 puan verilir. En düşük puan 4, en yüksek puan 1'dir.

Tek bir maddeden oluşan ölçeğin açık ve anlaşılır olduğu, konu ile ilgili birçok çalışmada kullanıldığı ve ilgili diğer ölçekler kadar geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmektedir.²⁶

3.5.8.Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (The Self- Efficacy):

Sherer ve Arkadaşları tarafından 1982 yılında davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere geliştirilen bir öz değerlendirme ölçeğidir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Gözüm ve Aksayan tarafından 1999 yılında yapılmış ve ölçeğin tüm ifadelerinin dahil edildiği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak saptanmıştır. Bu araştırma için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.76 olarak belirlenmiştir.

Ölçekteki sorular; davranışı sürdürme, davranışa başlama, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele olmak üzere dört alan üzerine odaklanmıştır. Ölçek 23 maddeden oluşan 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Her madde için “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtı için 1, “Beni biraz tanımlıyor” yanıtı için 2, “Kararsızım” yanıtı için 3, “Beni iyi tanımlıyor” yanıtı için 4, “Beni çok iyi tanımlıyor” yanıtı için 5 puan verilir.2-4-6-7-10-11-12-14-16-17-18-20 ve 22. maddeler ters yönde puanlanır.Böylece her birey en düşük 23 ve en yüksek 115 puan alabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği genel öz-etkililik algısının yüksek, toplam puanının düşüklüğü ise öz-etkililik- yeterlilik algısının düşük seviyede olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin uygulamasında zaman sınırlaması yoktur. 5-6 dakikada uygulanabilir.¹¹¹

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Birinci aşamanın verileri; araştırma problemin tanımlanması için öncelikle, araştırmacı tarafından ilgili literatürlerden yararlanılarak hazırlanan sosyodemografik ve klimakterik döneme yönelik bilgileri içeren soru formu, MYTL, Menopozal Tutum Ölçeği ve SYBD ölçekleri kullanılarak toplanmıştır.

İkinci aşamanın verileri; öntest ve sontest olarak eğitim öncesi ve sonrasında iki kez uygulanan MYTL, Menopozal Tutum, SYBD, Öz Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü (ÇBSK), Sağlığın Önemi ve Sağlık Durumunu Algılama ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın birinci ve ikinci aşaması aynı örneklem

grubunda yapıldığı için problemin tanımlanmasında kullanılan MYTL, Menopozal Tutum ve SYBD ölçekleri öntest olarak uygulanmamıştır.

Araştırmanın ilk aşamasında toplanan verilerin doğrultusunda, deney grubuna Pender'in "Sağlığı Geliştirme Modeli" esas alınarak sekiz aylık bir eğitim programı uygulanmıştır.

Hemşirelik Girişimlerinin Uygulanmasındaki Aşamalar

Örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen 337 kadın arasından, araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen 100 kadının 50'si kontrol ve 50'si deney grubu olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grupları belirlenirken araştırmanın kontrol değişkenleri göz önünde bulundurularak eşleştirilmiştir.

Eğitim grupları oluşturulmadan önce deney grubundaki kadınlar ile telefon ile görüşülerek uygun gün ve saatleri belirlendi. Deney grubundaki 50 kadın onar kişilik beş gruba ayrılarak 15 günde bir kez Abdurrahman Gazi Sağlık Ocağına çağrıldı. Her eğitim için toplam üç saatlik süre belirlendi ve bu süre 50'şer dakikalık üç oturum olarak yapıldı. Deney grubundaki her kadına sekiz haftalık süre içerisinde toplam dört kez eğitim yapıldı ve her kadına toplam 12 saatlik eğitim yapıldı. Eğitimler araştırmacı tarafından anlatma, tartışma, soru-cevap ve problem çözme yöntemi kullanılarak yapıldı.

Eğitimin içeriğini Sağlığı Geliştirme Modelinin bilişsel algılama faktörleri ve klimakterium dönemi oluşturmuştur. Öncelikle çalışma grubundaki kadınların sağlığı nasıl algıladıkları, sağlıklarını nasıl kontrol ettikleri, sağlığa verdikleri önem ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını devam ettirmedeki kararlılıkları konuşularak tartışıldı. Her kadına konuşmak ve soru sormak için olanak tanındı. İlk eğitim seansı Sağlığı Geliştirme Modeli kapsamında gerçekleştirildi. Diğer eğitim seansları ise klimakterium döneminin özellikleri, bu dönemde görülen değişiklikler, menopozal yakınmalar ve bu yakınmalarla nasıl baş edebilecekleri anlatıldı, tartışıldı.

Araştırmacı tarafından ilgili literatürler yardımıyla hazırlanan eğitim kitapçıkları dördüncü eğitimin sonunda kadınlara dağıtıldı. Eğitim kitapçıkları, eğitimin sürekliliğini sağlamak, ellerinde daima ulaşabilecekleri bir kaynak oluşturmak, kadınların aile ve yakınlarının da dönemin özelliklerini algılamalarına yardımcı olmak amacıyla kadınlara dağıtılmıştır. Eğitim programının gerçekleştirildiği odada, sorunlara yönelik resimler, ilgi çekecek broşürler bulunduruldu. Sekiz haftalık eğitim

tamamlandıktan sonra altı aylık bir süre deney grubundaki kadınlar sağlık ocağında, telefonla ve evlerinde ziyaret edilerek hedef davranışların devamı konusunda cesaretlendirildi. İzlemler süresince deney grubundaki kadınların sorularına cevaplar verildi. Tamamlanan eğitim süreci sonrası aynı testler deney ve kontrol grubundaki kadınlara uygulanarak eğitimin etkinliğine yönelik veriler toplandı. Sontest uygulamaları tamamlandıktan sonra kontrol grubundaki kadınlara da eğitim kitapçıkları dağıtılıp tek seanslık bir eğitim programı uygulandı. Araştırma planı şekil 3'de verilmiştir.

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

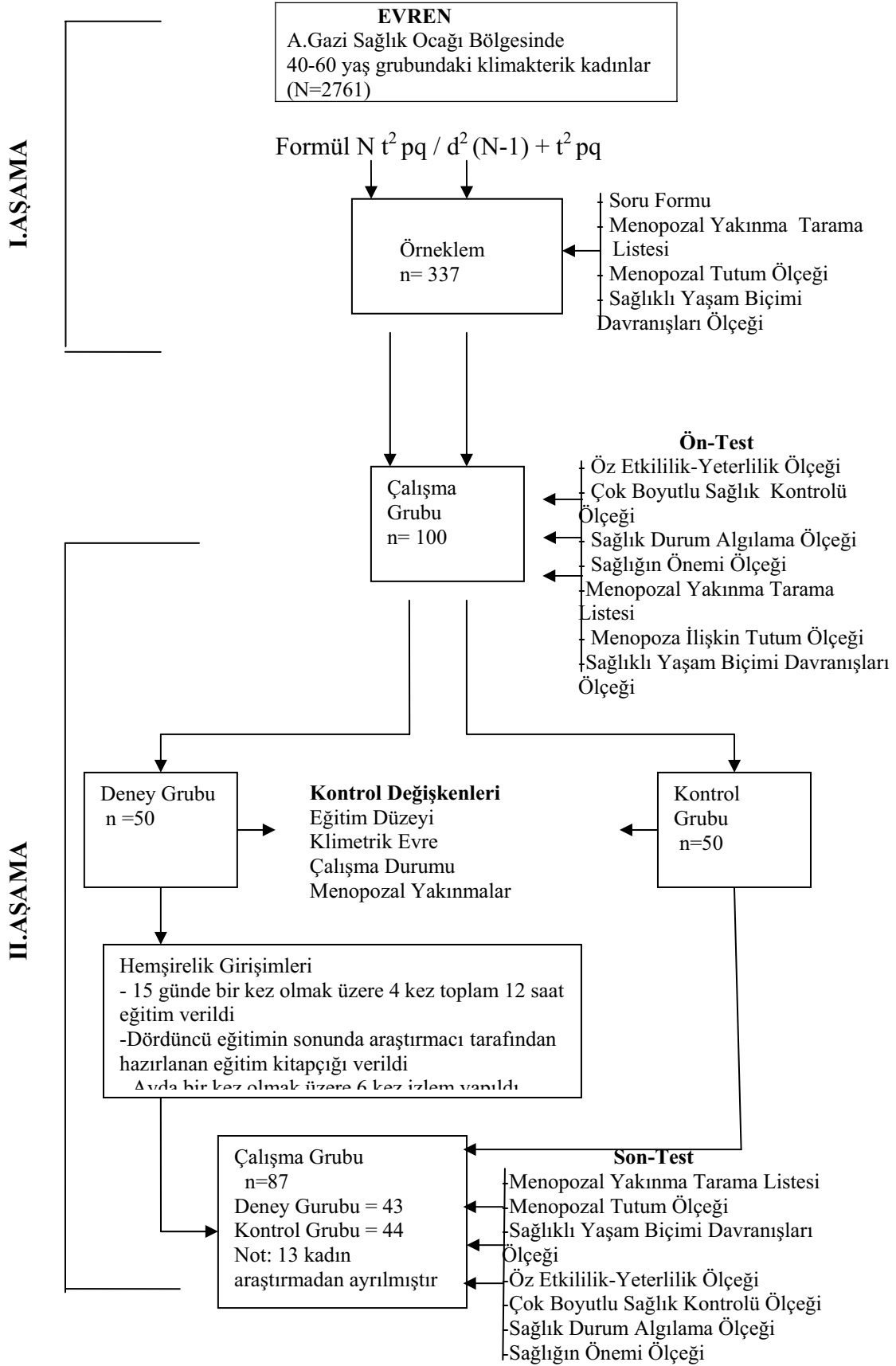
Deney ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klimakterik döneme yönelik özelliklerinin karşılaştırılmasında Chi-Square, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U analizleri yapılmıştır. Kruskal Wallis analizleri sonucunda anlamlı çıkan sonuçlarda farkın nereden kaynaklandığını saptamak için bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Deney ve kontrol grubunun her ikisinde öntest ve sontest menopozal yakınma bulgularını karşılaştırmada Mc Nemar,

Deney ve kontrol grubunun öntest ve sontest menopozal yakınma sonuçlarını karşılaştırmada Chi-Square,

Deney ve kontrol grubunun her ikisinde öntest ve sontest menopoza ilişkin tutum, SYBD, ÇBSK, Öz etkilik-yeterlilik, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama bulgularını karşılaştırmada bağımlı gruplarda t testi,

Deney ve kontrol grubunun öntest ve sontest Menopoza İlişkin Tutum, SYBD, ÇBSK, Öz Etkilik-Yeterlilik, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama bulgularını karşılaştırmada bağımsız gruplarda t testi,



Şekil 3 Araştırma Planı

3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurum ve kuruluşlardan gerekli izinler alınmıştır. Çalışma süresince kadınların gizlilik duygusuna saygı gösterilmiş, düşüncelerinden ve yaptıkları yanlış uygulamalardan dolayı yargılanmamışlardır. Kadınların düşüncelerini, uygulamalarını, yakınmalarını, tutumlarını, davranışlarını rahatça konuşabilecekleri ortam oluşturulmuştur. Araştırmanın her iki aşamasında da araştırmacı kadınlara araştırmanın amacını, takip edilecek süreci ve olası beklenen sonuçları açıklamış ve çalışmaya gönüllü katılımı sağlamıştır. Kadınlara çalışmayı herhangi bir noktada bırakabilecekleri belirtilmiştir.

Deney grubundaki kadınlara yönelik eğitim programı tamamlandıktan sonra araştırmanın problem tanımlama aşamasında ve kontrol grubunda yer alan kadınlara da etik uygunluk açısından eğitim verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Evrenin geniş olması, ulaşım zorlukları, yeterli insan gücü, zaman ve ekonomi sağlanamadığı için araştırma Abdurahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesindeki klimakterik dönemdeki kadınlar ve çalışma grubuna verilen planlı sağlık eğitimi ile sınırlıdır.

Klimakterik kadınlara yapılan eğitim uygulamaları ve izlemlerde sağlık ocağı yönetimince kullanılmak üzere ayrılan odanın eğitim için ideal olmaması, kadınların yaz mevsiminde tatile gitmeleri eğitim ve izlemlerde aksamalara neden olmuştur.

Araştırma sonuçları Abdurahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 40-60 yaş klimakterik dönemdeki kadınlara genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki aşamada toplanmış ve iki bölüm olarak değerlendirilmiştir. Birinci bölümü problemi tanımlamak amacıyla 337 klimakterik kadına yönelik bulgular, ikinci bölümü ise 337 kadın arasından araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen 87 klimakterik kadına yönelik bulgulardan oluşmaktadır.

4.1. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, MENOPOZAL YAKINMA, MENOPOZAL TUTUM VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA AİT BULGULARI

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırma grubundaki kadınların 40 ile 60 yaş arasında olup yaş ortalamaları 48.36 ± 6.49 olarak belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğunu 40-44 yaş grubunda (%32.6), okur-yazar (% 44.8), eşleri ilkokul mezunu (% 51.0), evli (%79.5), ev hanımı (%92.3), çocuk sahibi olanlar (% 95.5) ve bakıma muhtaç bireye sahip olmayanlar (% 52.2) oluşturmuştur. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısının ortalaması 4.52 ± 2.01 , bakıma muhtaç birey sayısının ortalaması 2.63 ± 1.75 , içtikleri sigara sayısının ortalaması 8.74 ± 6.80 , çalışma yıllarının ortalaması 23.03 ± 3.60 olarak saptanmıştır. Kadınların toplam aylık gelirleri 35 milyon ile 1.5 milyar arasında değiştiği ve aylık gelir ortalamasının da 348.51 ± 268.60 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	Sayı	%
Yaş Grupları		
40-44 yaş	110	32.6
45-49 yaş	89	26.4
50-54 yaş	53	15.7
55-60 yaş	85	25.3
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	151	44.8
İlkokul mezunu	136	40.4
Ortaokul Mezunu	35	10.4
Lise ve üzeri	15	4.4
Eşin Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	18	5.3
İlkokul mezunu	172	51.1
Ortaokul mezunu	98	29.1
Lise mezunu ve üzeri	49	14.5
Medeni Durum		
Evli	268	79.5
Dul	69	20.5
Çalışma Durumu		
Çalışan	26	7.7
Ev Hanımı	311	92.3
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	322	95.5
Yok	15	4.5
Çocuk Sayısı*(n=322)		
1-3	113	35.2
4-6	154	47.8
7-9	49	15.2
10 ve üzeri	6	1.8
Bakıma Muhtaç Birey		
Var	161	47.8
Yok	176	52.2
Bakıma Muhtaç Bireye Sahip Olma Durumu**(n=161)		
1-2	91	56.6
3-4	51	31.7
5 ve üzeri	19	11.7
TOPLAM	337	100.0

* Sayı ve yüzdeler çocuğu olan kadınlar üzerinden alınmıştır

**Sayı ve yüzdeler bakıma muhtaç bireye sahip kadınlar üzerinden alınmıştır

Kadınların büyük çoğunluğunu evlilik hayatından memnun olan (% 46.9), boş zamanlarını eliş yapıarak geçiren (% 57.3), ailede alınan iç ve dış kararlara katılan (% 68.5) ve sigara kullanmayanların (% 88.4) oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların, Evlilikteki Memnuniyet, Boş Zamanları Değerlendirme Biçimi, Ailede Alınan Kararlara Katılma, Sigara Kullanma Durumu ve İçilen Sigara Sayısına Dağılımı

DEĞİŞKENLER		
Evlilik Memnuniyeti	Sayı	%
Çok Memnun	135	40.1
Memnun	158	46.9
Memnun Değil	29	8.5
Hiç Memnun Değil	15	4.5
Boş Zamanları Değerlendirme		
Eliš yapıarak	193	57.2
İbadet ederek	27	8.0
Eliš yapıarak ve ibadet ederek	45	13.4
Hiçbir şey yapmadan	13	3.9
Sosyal aktivitelere katılmak	59	17.5
Kararlara Katılma		
Evet	231	68.5
Hayır	65	19.3
Kısmen	41	12.2
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	39	11.6
Hayır	298	88.4
İçilen Sigara Sayısı*(n=39)		
1-5	17	43.7
6-10	13	33.2
11 ve üzeri	9	23.1
TOPLAM	337	100.0

*Sayı ve yüzdeler sigara içen kadınlar üzerinden alınmıştır

Tablo 4'de görüldüğü gibi kadınların % 52.3'si premenopoz, % 7.4'ü perimenopoz, % 22.8'i postmenopoz ve %17.5'inin ise postmenopoz sonrası dönemde oldukları saptanmıştır. Kadınların % 70'inin döneme yönelik bilgi almadığı, bilgiyi alan kadınların ise bu bilgiyi %61.4 en yüksek oranla doktorlardan aldığı belirlenmiştir. Kadınların % 56.4'ü bu dönemi kötü olarak algıladıkları ve dönemi kötü algılamanın en yaygın nedenini de bu dönemde vücutta meydana gelen olumsuz değişiklikler (% 97.4) olarak tanımlanmıştır. Kadınların % 19'u ise dönemi iyi olarak algıladıklarını belirtmişler ve bunun nedenini çoğunlukla (%46.3) menstrüasyon dönemine yönelik sıkıntılardan kurtuluş olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4. Kadınların Klimakterik Evre, Klimakterik Döneme Yönelik Bilgi Alma, Bilginin Alındığı Kaynaklar, Dönemi Algılama Biçimi ve Nedenlerine Dağılımı

DEĞİŞKENLER		
Klimakterik Evre	Sayı	%
Premenopoz	176	52.3
Perimenopoz	25	7.4
Postmenopoz	77	22.8
Postmenopoz Sonrası	59	17.5
Bilgi Alma Durumu		
Evet	85	25.2
Hayır	236	70.0
Kısmen	16	4.8
Bilginin Alındığı Kaynaklar*(n=101)		
Ebe ve/veya Hemşire	7	6.9
Doktor	62	61.4
Arkadaş-Akraba	9	8.9
Kitle İletişim Araçları	23	22.8
Dönemi Algılama Biçimi		
İyi	64	19.0
Kötü	190	56.4
Kısmen iyi ve kötü	83	24.6
Dönemi İyi Algılamanın Nedenleri**(n=147)		
Korunma yöntemi kullanılmadığı için	9	6.1
Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için	21	14.3
Menstürasyonun sıkıntılarından kurtulmak için	68	46.3
İbadetler aksatılmadan yapıldığı için	45	30.6
Toplumda saygınlık kazandırdığı için	4	2.7
Dönemi Kötü Algılamanın Nedenleri ***(n=273)		
Doğurganlık yok olduğu için	3	1.1
Cinsellik azaldığı için	4	1.5
Vücutta değişiklikler olduğu için	266	97.4
TOPLAM	337	100

*Sayı ve yüzdeler bilgi alanlar üzerinden alınmıştır

**Toplam klimakterik dönemi iyi algılayanlar üzerinden alınmıştır.

***Toplam klimakterik dönemi kötü algılayanlar üzerinden alınmıştır.

4.1.2. Menopozal Yakınmalara Ait Bulgular

Kadınların en yaygın olarak yaşadıkları menopozal yakınmaların uykusuzluk-yorgunluk (% 74.8), baş ağrısı-baş dönmesi (% 74.5), sıcak basması-gece terlemesi (%72.7), eklem-kas ağrıları (% 69.4), sinirlilik-gerginlik (%68.5) ve çarpıntı (%61.1) olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Kadınların Menopozal Yakınmalarının Dağılımı (n=337)

MENOPOZAL YAKINMALAR	GENEL YAKINMA DURUMU				
	Var		Yok		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	%
Sıcakbasması-Gece Terlemesi	245	72.7	92	27.3	100.0
Uykusuzluk – Yorgunluk	252	74.8	85	25.2	100.0
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	251	74.5	86	25.5	100.0
Sinirlilik – Gerginlik	231	68.5	106	31.5	100.0
İçe Kapanma – Ağlama	165	49.0	172	51.0	100.0
Eklem – Kas Ağrıları	234	69.4	103	30.6	100.0
İştah Değişikliği , Kilo Artışı	117	34.7	220	65.3	100.0
Konstipasyon , Hemoroid	148	43.9	189	56.1	100.0
Çarpıntı	206	61.1	131	38.9	100.0
Deride Kuruma , Pullanma	114	33.8	223	66.2	100.0
Yüzde Tüylene, Pubik Kıllarda Seyrelme	64	19.0	273	81.0	100.0
Disparoni	66	19.6	271	80.4	100.0
Cinsel İlgî Azlığı	136	40.4	201	59.6	100.0
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	112	33.2	225	66.8	100.0
Adet Düzensizliği	92	27.3	245	72.7	100.0

Tablo 6’da görüldüğü gibi kadınların % 29.4’ünün sıcak basması-gece terlemesi, %25.2’sinin baş ağrısı- baş dönmesi, % 24.3’ünün uykusuzluk-yorgunluk, %24.3’ünün eklem-kas ağrıları ve %23.4’ü sinirlilik-gerginlikle ilgili olarak menopozal yakınmalara yönelik endişe yaşadıkları saptanmıştır.

Kadınların en çok öneri aldıkları menopozal yakınmaların ise %11.3’nün sıcak basması- gece terlemesi, % 10.1’inin baş ağrısı- baş dönmesi, % 9.2’sinin uykusuzluk-yorgunluk ve % 7.4 ‘ünün sinirlilik-gerginlik olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Kadınların Menopozal Yakınmalara Yönelik Endişeleri ve Bu Konuyla İlgili Öneri Alma Durumlarına Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR (n=337)	ENDİŞE DURUMU				ÖNERİ ALMA DURUMU			
	Var		Yok		Aldı		Almadı	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sıcakbasması-Gece Terlemesi	99	29.4	238	70.6	38	11.3	299	88.7
Uykusuzluk-Yorgunluk	82	24.3	255	75.7	31	9.2	306	90.8
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	85	25.2	252	74.8	34	10.1	303	89.9
Sinirlilik – Gerginlik	79	23.4	258	76.6	25	7.4	312	92.6
İçe Kapanma – Ağlama	62	18.4	275	81.6	13	3.9	324	96.1
Eklem – Kas Ağrıları	82	24.3	255	75.7	27	8.0	310	92.0
İştah Değişikliği, Kilo Artışı	42	12.5	295	87.5	7	2.1	330	97.9
Konstipasyon, Hemoroid	44	13.1	293	86.9	16	4.7	321	95.3
Çarpıntı	64	19	273	81	24	7.1	313	92.9
Deride Kuruma, Pullanma	35	10.4	302	89.6	8	2.4	329	97.6
Yüzde Tüylenme, Pubik Kıllarda Seyrelme	24	7.1	313	92.9	3	0.9	334	99.1
Disparoni	29	8.6	308	91.4	2	0.6	335	99.4
Cinsel İlgil Azlığı	33	9.8	304	90.2	1	0.3	336	99.7
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	33	9.8	304	90.2	5	1.5	332	98.5
Adet Düzensizliği	32	9.5	305	90.5	8	2.4	329	97.6

4.1.3. Menopozal Tutumlara Ait Bulgular

Kadınların menopozal tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 37.94 ± 12.58 olarak saptanmıştır. Bu puan ortalamasının, olumlu menopozal tutumun alt sınır puanı olan 40'ın altında yer aldığı ve kadınların olumsuz menopozal tutum içinde oldukları saptanmıştır.

4.1.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ait Bulgular

Kadınların toplam SYBD ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları kendini gerçekleştirme için 25.37 ± 8.36 , sağlık sorumluluğu için 17.49 ± 5.35 , egzersiz için 5.73 ± 1.93 , beslenme için 13.55 ± 4.06 , kişiler arası destek için 17.88 ± 4.10 , stres yönetimi için 15.05 ± 4.47 ve toplam SYBD puanı için 94.64 ± 23.04 olarak belirlenmiştir. Kadınların SYBD ve alt ölçeklerinden aldıkları madde puan ortalamaları değerlendirildiğinde, en yüksek puanı kişilerarası destekten (2.55 ± 0.58) ve en düşük puanı ise egzersiz davranışlarından (1.14 ± 0.38) aldıkları belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=337)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Ölçekler	Ölçeğin Alt ve Üst Değer	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	Ölçek X±SD	Madde X±SD
Kendini gerçekleştirme	13-52	13-49	25.37±8.36	1.95±0.64
Sağlık sorumluluğu	10-40	10-38	17.49±5.35	1.74±0.53
Egzersiz	5-20	5-19	5.73±1.93	1.14±0.38
Beslenme	6-24	6-24	13.55±4.06	2.25±0.67
Kişiler arası destek	7-28	7-28	17.88±4.10	2.55±0.58
Stres yönetimi	7-28	7-28	15.05±4.47	2.15±0.63
Ölçeğin Toplam Puanı	48-192	48-165	94.64±23.04	1.97±0.48

4.2. ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, MENOPOZAL YAKINMA, TUTUM VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA AİT BULGULARI

4.2.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışma grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun 40-44 yaş grubunda yer aldığı (%36.8), ilkokul mezunu (%62.1) ve evli (%86.2) olup, eşlerinin de ortaokul mezunu (%36.8) olduğu ayrıca bu kadınların ev hanımı (%93.1) ve bakıma muhtaç bireye sahip olan (%67.5) kadınlardan oluştuğu saptanmıştır (Tablo 8).

Deney ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik özellikler yönünden karşılaştırıldığında; yaş grupları, eğitim düzeyleri, eşlerinin eğitim düzeyleri, medeni durum, çalışma durumları, çocuk sayısı ve bakıma muhtaç bireye sahip olma yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca deney grubundaki kadınların toplam aylık gelir ortalaması 457.44 ± 314.55 , kontrol grubunun ise 392.13 ± 221.52 olarak saptanmış ve iki grubun aylık gelir ortalamasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=1.122$, $p=.262$). Deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 46.25 ± 5.23 , kontrol grubunun ise 48.34 ± 5.62 ; deney grubu kadınların sahip oldukları çocuk sayısının ortalaması 4.46 ± 1.95 , kontrol

grubunun ise 3.79 ± 1.67 ; deney grubundaki kadınların bakıma muhtaç bireye sahip olma ortalaması 3.06 ± 1.28 , kontrol grubunun ise 2.65 ± 1.56 olarak belirlenmiştir.(Tablo 8).

Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	DENEY		KONTROL		TOPLAM		Test ve "p" Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş							
40-44 yaş	18	41.9	14	31.8	32	36.8	$\chi^2=1.881$ df=3 P=.597
45-49 yaş	13	30.2	13	29.5	26	29.9	
50-54 yaş	8	18.6	9	20.5	17	19.5	
55-60 yaş	4	9.3	8	18.2	12	13.8	
Eğitim Düzeyi							
Okur-yazar	10	23.3	6	13.6	16	18.4	$\chi^2=2.596$ df=3 P=.458
İlkokul mezunu	26	60.5	28	63.6	54	62.1	
Ortaokul Mezunu	4	9.3	8	18.2	12	13.8	
Lise ve üzeri	3	7.0	2	4.5	5	5.7	
Eşin Eğitim Düzeyi							
İlkokul mezunu	14	32.6	17	38.6	31	35.6	$\chi^2=1.071$ df=2 P=.585
Ortaokul mezunu	15	34.9	17	38.6	32	36.8	
Lise ve üzeri	14	32.6	10	22.7	24	27.6	
Medeni Durum							
Evli	37	86.0	38	86.4	75	86.2	$\chi^2=.002$ df=1 P=.966
Dul	6	14.0	6	13.6	12	13.8	
Çalışma Durumu							
Çalışan	3	7.0	3	6.8	6	6.9	$\chi^2=.001$ df=1 p=.977
Ev Hanımı	40	93.0	41	93.2	81	93.1	
Toplam Aylık Gelir	457.44± 314.55		392.13 ±221.52		424.41±271.91		t=1.122, P=.262
Çocuk Sayısı							
2 ve daha az	6	14.0	9	20.5	15	17.2	$\chi^2=1.946$ df=3 P=.378
3-5	24	55.8	28	63.6	52	59.8	
6-8	13	30.2	7	15.9	20	23.0	
Bakıma Muhtaç Birey							
Yok	13	46.4	15	34.1	28	32.2	$\chi^2=.148$ df=1 P=.700
Var	30	53.6	29	65.9	59	67.5	

Tablo 9'da görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında evlilik memnuniyeti, boş zamanları değerlendirme ve ailedeki kararlara katılma durumlarına göre gruplar arasında farklılık saptanmazken ($p>0.05$), sigara içme durumuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 9). Bu farklılık, kontrol grubundaki kadınlarda sigara içme oranının

(%17.1) deney grubundaki kadınların sigara içme oranından (% 2.3) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Evlilik Memnuniyeti, Boş Zamanları Değerlendirme, Ailedeki Kararlara Katılma ve Sigara Kullanma Durumlarına Dağılımı

DEĞİŞKENLER	DENEY		KONTROL		TOPLAM		
Evlilik Memnuniyeti							
Çok Memnun	19	44.2	20	45.5	39	44.8	$\chi^2=.239$ df=3 P=.971
Memnun	21	48.8	20	45.5	41	47.2	
Memnun Değil	2	4.7	3	6.8	5	5.7	
Hiç Memnun Değil	1	2.3	1	2.2	2	2.3	
Boş Zamanları Değerlendirme.							
Elişi yaparak	23	53.5	26	59.1	49	56.3	$\chi^2=1.472$ df=4 P=.832
İbadet ederek	2	4.7	2	4.5	4	4.6	
Elişi yaparak ve İbadet ederek	11	25.5	7	15.9	18	20.7	
Hiçbirşey Yapmadan	1	2.3	2	4.6	3	3.5	
Sosyal Aktivitelerle	6	14.0	7	15.9	13	14.9	
Kararlara Katılma							
Evet	33	76.7	35	79.6	68	78.2	$\chi^2=.533$ df=2 P=.766
Hayır	2	4.7	3	6.8	5	5.7	
Kısmen	8	18.6	6	13.6	14	16.1	
Sigara Kullanma							
Evet	1	2.3	8	17.1	9	9.6	$\chi^2=5.142$ df=1 P=.023*
Hayır	42	97.7	36	82.9	78	90.4	

*0.05 seviyesinde anlamlı

Tablo 10'da görüldüğü gibi çalışma grubunu oluşturan deney ve kontrol grubundaki kadınların içinde buldukları klimakterik evre, döneme yönelik bilgi alma durumu, bilgi aldıkları kaynak, dönemi algılama biçimlerine göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Klimakterik Evre, Bilgi Alma Durumu, Kimden Aldıkları, Dönemi Algılama Biçimleri ve Algılama Biçimlerinin Nedenlerine Dağılımı

DEĞİŞKENLER	DENEY		KONTROL		TOPLAM		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Klimakterik Evre							
Premenopoz	26	60.5	23	52.2	49	56.3	x ² =1.006 df=3 P=.800
Perimenopoz	3	7.0	5	11.4	8	9.3	
Postmenopoz	9	20.9	9	20.5	18	20.7	
Postmenopoz Sonrası	5	11.6	7	15.9	12	13.7	
Bilgi Alma Durumu							
Evet	13	30.2	14	31.8	27	31.0	x ² =.376 df=2 P=.828
Hayır	28	65.1	29	65.9	57	65.5	
Kısmen	2	4.7	1	2.3	3	3.5	
Bilgi Alınan Kaynakları*							
Ebe ve/veya Hemşire	1	6.7	1	6.7	2	6.7	x ² =.190 df=2 P=.909
Doktor	11	73.3	10	66.7	21	70.0	
Kitle İletişim Araçları	3	20.0	4	26.4	7	23.3	
Dönemi Algılama Biçimi							
İyi	8	18.6	7	15.9	15	17.2	x ² =3.086 df=2 P=.214
Kötü	22	51.2	30	68.2	52	59.8	
Kısmen iyi ve kötü	13	30.2	7	15.9	20	23.0	
Dönemi iyi algılama nedenleri**(n=21)							
Korunma yöntemi kullanılmadığı için	1	4.8	-		1	2.9	
Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için	1	4.8	1	7.1	2	5.7	
Menstürasyonun sıkıntılarında kurtulmak için	13	61.9	6	42.9	19	54.3	
İbadetler aksatılmadan yapıldığı için	6	28.6	6	42.9	12	34.2	
Toplumda saygınlık kazandırdığı için	-		1	7.1	1	2.9	
Dönemi kötü algılama nedenleri***(n=35)							
Doğurganlık yok olduğu için	-	-	1	2.7	1	1.4	
Cinsellik azaldığı için	-	-	1	2.7	1	1.4	
Vücutta değişiklikler olduğu için	35	100	35	94.6	70	94.6	

*Sayı ve yüzdeler bilgi alan kadınlar üzerinden alınmıştır

**Sayı ve yüzdeler dönemi iyi algılayan kadınlar üzerinden alınmıştır

***Sayı ve yüzdeler dönemi kötü algılayanlar üzerinden alınmıştır.

4.2.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopozal Yakınmalara Ait Bulguları

Çalışma grubundaki kadınların menopozal yakınmalara ait bulguları üç başlık altında incelenmiştir.

Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Menopozal Yakınmaların Dağılımları

MYTL'nin toplam bir puana sahip olmamasından dolayı 15 yakınmanın her biri sosyo-demografik ve klimakterik döneme yönelik özelliklerle ayrı olarak ele alınması gerektiğinden bu bölümün bütün bulguları tablo olarak verilmemiştir. Kontrol değişkeni olarak belirlenen kadınların içinde bulunduğu klimakterik evre, eğitim düzeyi, çalışma durumları ve menopozal yakınmalarına yönelik bulgular tablo olarak verilmiştir.

Yaş Grupları

Kadınların yaş gruplarına göre sıcak basması-gece terlemesi ($x^2=15.130$, $p=.002$), dispareni ($x^2=11.618$, $P=.009$) ve adet düzensizliği ($x^2=12.212$, $P=.007$) yakınmalarının dağılımında gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmuştur. Kadınların bu yakınmaları en çok 45-49 yaş grubunda yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak kadınların yaş gruplarının, uykusuzluk-yorgunluk ($x^2=6.362$, $P=.095$), baş ağrısı-baş dönmesi ($x^2=3.154$, $P=.369$), sinirlilik-gerginlik ($x^2= 2.141$, $P=.544$), içe kapanma-ağlama ($x^2=.128$, $P=.988$), eklem-kas ağrıları ($x^2=3.597$, $P=.308$), iştah değişikliği-kilo artışı ($x^2=4.475$, $P=.215$), konstipasyon-hemoroid ($x^2=1.308$, $P=.727$), çarpıntı ($x^2=3.110$, $P=.375$), deride kuruma-pullanma ($x^2=2.623$, $P=.454$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($x^2= 1.086$, $P=.780$), cinsel ilgide azalma ($x^2=1.012$, $P=.798$) ve sık ve ağrılı miksiyon ($x^2=4.232$, $P=.237$) yakınmalarında gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Eğitim Düzeyi

Kadınların eğitim düzeylerine göre menopozal yakınmaların dağılımı tablo 11'de gösterilmiştir. Kadınların eğitim düzeylerinin uykusuzluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik ve eklem-kas ağrılarının görülme dağılımında anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 11. Kadınların, Eğitim Düzeyleri ve Menopozal Yakınmalarına Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR (N=87)	EĞİTİM DÜZEYİ				Test ve P değeri
	Okur- yazar (n=32) %(Var)	İlkokul mezunu (n=26) % (Var)	Ortaokul mezunu n=17) % (Var)	Lise Mezunu ve üstü (n=12) % (Var)	
Sıcak basması–Gece Terlemesi	93.8	76.6	58.3	60.0	$\chi^2=6.076$ P=.108
Uykusuzluk – Yorgunluk	87.5	87.0	75.0	40.0	$\chi^2=7.858$ P=.049*
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	93.8	77.8	41.7	40.0	$\chi^2=13.020$ P=.005**
Sinirlilik – Gerginlik	75.0	79.6	41.7	40.0	$\chi^2=9.474$ P=.024*
İçe Kapanma – Ağlama	50.0	48.1	25.0	20.0	$\chi^2=3.540$ P=.316
Eklem – Kas Ağrıları	81.3	85.2	50.0	40.0	$\chi^2=11.014$ P=.012*
İştah Değişikliği , Kilo Artışı	31.3	29.6	8.3	20.0	$\chi^2=2.602$ P=.457
Konstipasyon , Hemoroid	37.5	46.3	50.0	60.0	$\chi^2=939$ P=.816
Çarpıntı	81.3	68.6	50.0	60.0	$\chi^2=3.220$ P=.359
Deride Kuruma , Pullanma	12.5	42.6	33.3	20.0	$\chi^2=5.466$ P=.141
Yüzde Tüyenme, Pubik Kıllarda Seyrelme	12.5	24.1	-	20.0	$\chi^2=4.245$ P=.236
Disparoni	18.8	20.4	16.7	-	$\chi^2=1.293$ P=.731
Cinsel İlgi Azlığı	62.5	53.7	50.0	40.0	$\chi^2=.939$ P=.816
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	43.8	46.3	25.0	-	$\chi^2=5.432$ P=.143
Adet Düzensizliği	12.5	24.1	41.7	60.0	$\chi^2=6.080$ P=.108

df=3 * 0.05 seviyesinde anlamlı **0.01 seviyesinde anlamlı

Eşin Eğitim Düzeyi

Eşlerin eğitim düzeylerine göre kadınların menopozal yakınma dağılımı incelenmiş ve dağılım farkının karşılaştırılması sonuçları şöyle bulunmuştur; kadınlarda görülen, sıcak basması-gece terlemesi ($\chi^2=.920$, P=.631), uykusuzluk-yorgunluk ($\chi^2=.667$, P=.713), baş ağrısı-baş dönmesi ($\chi^2=1.661$, P=.436), sinirlilik-gerginlik ($\chi^2=2.553$, P=.282), içe kapanma-ağlama ($\chi^2=.084$, P=.959), eklem-kas ağrıları ($\chi^2=4.854$, P=.088), iştah değişikliği-kilo artışı ($\chi^2=.962$, P=.618), konstipasyon-hemoroid ($\chi^2=$

2.535, P=.282), çarpıntı ($x^2=2.369$, P=.306), deride kuruma-pullanma ($x^2=.407$, P=.816), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($x^2=1.601$, P=.449), disparoni ($x^2=1.198$, P=.549), cinsel ilgide azalma ($x^2=1.318$, P=.517), sık ve ağrılı miksiyon ($x^2=1.847$, P=.397) ve adet düzensizliği ($x^2=3.251$, P=.197) gibi menopozal yakınmalarda eşlerin eğitim düzeylerinin gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Medeni Durum

Kadınların medeni durumlarının menopozal yakınmaların görülme sıklığı üzerinde farklılık oluşturma durumu incelenmiş ve kadınlarda görülen, sıcak basması-gece terlemesi ($x^2=.218$, P=.640), uykusuzluk-yorgunluk ($x^2=.003$, P=.955),baş ağrısı-baş dönmesi ($x^2=1.660$, P=.198), sinirlilik-gerginlik ($x^2= 144$, P=.705), içe kapanma-ağlama ($x^2=.023$, P=.880), eklem-kas ağrıları ($x^2=841$, P=.359), konstipasyon-hemoroid ($x^2=104$, P=.747), çarpıntı ($x^2=.329$, P=.566), deride kuruma-pullanma ($x^2=.554$, P=.457), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($x^2=938$, p=.333), disparoni ($x^2=3.137$, P=.077), cinsel ilgide azalma ($x^2=091$, P=.763), sık ve ağrılı miksiyon ($x^2=1.343$, P=.247) ve adet düzensizliği ($x^2=015$, P=.903) yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. İştah değişikliği kilo artışı yakınmasının ise evli kadınlarda (%58.3) dul kadınlara oranla daha sık (%21.3) görüldüğü ve bu dağılımın her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır (p<0.05).

Çalışma durumu

Kadınların çalışma durumuna göre menopozal yakınmaların dağılımı ve dağılım farkının karşılaştırılması tablo 12'de gösterilmiştir. Bir işte çalışıyor olmak, uykusuzluk yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, sık-ağrılı miksiyon ve adet düzensizliği üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır (p<0.05). Menopozal yakınmaların çalışmayan kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Tablo 12. Kadınların, Çalışma Durumları ve Menopozal Yakınmalarına Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR (N=87)	ÇALIŞMA DURUMU		Test ve “P” değeri	
	Çalışmayan (n=81) %	Çalışan (n=6) %		
Sıcak basması–Gece Terlemesi	80.2	50.0	$\chi^2=2.994$	P=.084
Uykusuzluk – Yorgunluk	86.4	33.3	$\chi^2=11.033$	P=.001***
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	76.5	33.3	$\chi^2=5.363$	P=.021*
Sinirlilik – Gerginlik	74.1	33.3	$\chi^2=4.528$	P=.033*
İçe Kapanma – Ağlama	46.9	-	$\chi^2=.4.998$	P=.025*
Eklem – Kas Ağrıları	80.2	33.3	$\chi^2=6.945$	P=.008**
İştah Değişikliği , Kilo Artışı	27.2	16.7	$\chi^2=.316$	P=.574
Konstipasyon , Hemoroid	48.1	16.7	$\chi^2=2.229$	P=.135
Çarpıntı	69.1	50.0	$\chi^2=.937$	P=.333
Deride Kuruma , Pullanma	37.0	-	$\chi^2=3.392$	P=.066
Yüzde Tüyenme, Pubik Kıllarda Seyrelme	18.5	16.7	$\chi^2=0.13$	P=.910
Disparoni	18.5	16.7	$\chi^2=.013$	P=.910
Cinsel İlgil Azlığı	54.3	50.0	$\chi^2=.042$	P=.838
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	43.2	-	$\chi^2=4.338$	P=.037*
Adet Düzensizliği	22.2	83.3	$\chi^2=10.727$	P=.001***

df=1

* 0.05 seviyesinde anlamlı

** 0.01 Seviyesinde anlamlı

***0.001 Seviyesinde anlamlı

Toplam Aylık Gelir

Toplam aylık gelir düzeyine göre menopozal yakınmaları olan kadınların dağılımı incelenmiş ve uykusuzluk-yorgunluk ($t=-3.103$, $p=.003$), baş ağrısı-baş dönmesi ($t=-2.124$, $p=.037$), sinirlilik-gerginlik ($t=-2.926$, $p=.004$), eklem-kas ağrısı ($t=-3.163$, $p=.002$) ve adet düzensizliği ($t=2.498$, $p=.014$) yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Menopozal yakınmaları olan kadınların menopozal yakınmaları olmayan kadınlara oranla aylık gelir düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak sıcak basması-gece terlemesi ($t=-1.202$, $P=.233$), içe kapanma-ağlama ($t=-.823$, $P=.413$) iştah değişikliği-kilo artışı ($t=-.810$, $P=.420$), konstipasyon-hemoroid ($t=-.810$, $P=.420$), çarpıntı ($t=-1.173$, $P=.244$), deride kuruma-pullanma ($t=.237$, $P=.813$), yüzde tüyenme-pubik kıllarda seyrelme ($t=.161$, $P=.872$), disparoni ($t=-1.111$, $P=.269$), cinsel ilgide azalma ($t=-1.217$, $P=.227$) ve sık ve ağrılı miksiyon ($t=-1.565$, $P=.121$) yakınmalarında aylık gelir durumunun gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Çocuk sayısı

Kadınların sahip oldukları çocuk sayısındaki farklılığa göre menopozal yakınmaların dağılım farkı incelenmiş ve şu sonuçlar elde edilmiştir. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısı baş ağrısı-baş dönmesi (KW=6.674, P=.036) ve eklem-kas ağrısı (KW=5.818, P=.055) yakınmalarının dağılımında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p < 0.05$). Çocuk sayısı arttıkça her iki yakınmanın sıklığında azalma saptanmıştır. Ancak kadınlarda görülen, sıcak basması-gece terlemesi (KW=.4.733, P=.094), uykusuzluk-yorgunluk (KW=3.142, P=.208), sinirlilik-gerginlik (KW= 2.813, P=.245), içe kapanma-ağlama (KW=4.538, P=.103), iştah değişikliği-kilo artışı (KW=3.605, P=.165), konstipasyon-hemoroid (KW=5.170, P=.075), arpıntı (KW=2.776, P=.250), deride kuruma-pullanma (KW=1.391, P=.389), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme (KW= 2.084, P=.353), disparoni (KW=1.354, P=.437), cinsel ilgide azalma (KW=.608, P=.738), sık ve ağrılı miksiyon (KW=.386, P=.824) ve adet düzensizliği (KW=1.846, P=.397) yakınmalarında çocuk sayısının istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Bakıma Muhtaç Bireye Sahip Olma Durumu

Kadınların bakıma muhtaç bireye sahip olma durumuna göre menopozal yakınmaların farkının dağılımı incelenmiş ve şu sonuçlar saptanmıştır. Kadınların bakıma muhtaç bireye sahip olma durumu içe kapanma ($t=8.309$, P=.004), kabızlık ($t=7.315$, P=.007) ve deride kuruma pullanma ($t=10.325$, P=.001) yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturmuştur. Bakıma muhtaç bireye sahip olan kadınlarda menopozal yakınmaların daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ancak, sıcak basması-gece terlemesi ($t=-1.170$, P=.245), uykusuzluk-yorgunluk ($t=-.104$, P=.918), baş ağrısı-baş dönmesi ($t=-.207$, P=.837), sinirlilik-gerginlik ($t= 479$, P=.633), eklem-kas ağrıları ($t=1.398$, P=.166), iştah değişikliği-kilo artışı ($t=.207$, P=.837), arpıntı ($t=.207$, P=.837), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($t= .087$, p=.930), disparoni ($t=1.270$, P=.207), cinsel ilgide azalma ($t=087$, P=.930), sık ve ağrılı miksiyon ($t=.586$, P=.559) ve adet düzensizliği ($t=.671$, P=.837) yakınmalarında bakıma muhtaç bireye sahip olmanın gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Evlilik Memnuniyeti

Evlilik hayatından memnun olma durumuna göre menopozal yakınmaların sıklık dağılımı karşılaştırıldığında iştah değişikliği-kilo artışı (KW=8.499, P=.037)

yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Evlilik hayatından memnun olanlarda iştah değişikliği-kilo artışının daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ancak kadınlarda görülen sıcak basması-gece terlemesi (KW=.260, P=.520), uykusuzluk-yorgunluk (KW=1.602, P=.659), baş ağrısı-baş dönmesi (KW=.685, P=.877), sinirlilik-gerginlik (KW=3.194, P=.303), içe kapanma-ağlama (KW=.5.191, P=.158), eklem-kas ağrıları (KW=1.577, P=.665), konstipasyon-hemoroid (KW=1.630, P=.653), çarpıntı (KW=.651, P=.885), deride kuruma-pullanma (KW=1.335, P=.793), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme (KW= 1.907, P=.592), disparoni (KW=1.907, P=.592), cinsel ilgide azalma (KW=2.291, P=.511), sık ve ağrılı miksiyon (KW=2.117, P=.548) ve adet düzensizliği (KW=2.178, P=.536) yakınmalarında kadınların evlilik hayatından memnun olma durumlarının gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Ailede Alınan Kararlara Katılma Durumu

Menopozal yakınmaların kadınların ailede alınan kararlara katılma durumlarına göre dağılımının karşılaştırılması sonucunda disparoni (KW=7.326, P=.026) yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ailedeki kararlara katılmayan kadınların tamamında disparoni yakınmasının görülmediği saptanmıştır. Ancak ailedeki kararlara kısmen katılan kadınların %42.9'unda ve ailede alınan kararların tümüne katılan kadınların ise % 14.7'sinde disparoni yakınmasının görüldüğü saptanmıştır.

Sıcak basması-gece terlemesi (KW=.585, P=.746), uykusuzluk-yorgunluk (KW=.119, P=.942) baş ağrısı-baş dönmesi (KW=1.462, P=.481), sinirlilik-gerginlik (KW= 2.025, P=.363), içe kapanma-ağlama (KW= 1.986, P=.370), eklem-kas ağrıları (KW=1.730, P=.421), iştah değişikliği-kilo artışı (KW= 5.601, P=.061), konstipasyon-hemoroid (KW= 575, P=.750), çarpıntı (KW=3.014, P=.222), deride kuruma-pullanma (KW=4.328, P=.085), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme (KW=1.184, P=.553), cinsel ilgide azalma (KW=4.245, P=.120), sık ve ağrılı miksiyon (KW=2.046, P=.360) ve adet düzensizliği (KW= 3.437, P=.179) yakınmalarında kadınların ailede alınan kararlara katılma durumunun istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Sigara kullanma Durumu

Kadınların menopozal yakınmalarının sigara içme durumuna göre dağılımında sigara içen kadınlarda sıcak basması-gece terlemesi (t=2.049, P=.044) daha sıklıkla

görüldüğü saptanmış ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak uykusuzluk-yorgunluk ($t=.604$, $P=.548$), baş ağrısı-baş dönmesi ($t=-.738$, $p=.462$), sinirlilik-gerginlik ($t=.242$, $P=.809$), içe kapanma-ağlama ($t=.374$, $P=.709$), eklem-kas ağrıları (-1.018 , $P=.312$), iştah değişikliği-kilo artışı ($t=-1.792$, $P=.077$), konstipasyon-hemoroid ($t=.237$, $P=.813$), çarpıntı ($t=-.334$, $P=.739$), deride kuruma-pullanma ($t=.963$, $P=.338$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($t=-1.409$, $P=.163$), disparoni ($t=.501$, $P=.617$), cinsel ilgide azalma ($t=.500$, $P=.619$), sık ve ağrılı miksiyon ($t=-1.687$, $P=.095$) ve adet düzensizliği ($t=-.738$, $P=.462$) yakınmalarında kadınların sigara içme durumlarının istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Boş zamanları değerlendirme

Kadınların boş zamanlarını değerlendirme biçimlerine göre uykusuzluk-yorgunluk ($\chi^2=7.613$, $P=.107$), sinirlilik-gerginlik ($\chi^2=9.893$, $P=.042$), içe kapanma-ağlama ($\chi^2=11.298$, $P=.023$), eklem-kas ağrıları ($\chi^2=19.817$, $P=.001$), cinsel ilgi azlığı ($\chi^2=10.674$, $P=.030$), sık ve ağrılı miksiyon ($\chi^2=9.617$, $P=.047$) ve adet düzensizliği ($\chi^2=17.660$, $P=.001$) gibi menopozal yakınmalarda gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır. Ancak, sıcak basması-gece terlemesi ($\chi^2=7.613$, $P=.107$), baş ağrısı-baş dönmesi ($\chi^2=6.083$, $P=.192$), iştah değişikliği-kilo artışı ($\chi^2=2.688$, $P=.625$), konstipasyon, hemoroid ($\chi^2=5.564$, $P=.234$), çarpıntı ($\chi^2=3.386$, $P=.495$), deride kuruma, pullanma ($\chi^2=4.290$, $P=.368$), yüzde tüylenme, pubik kıllarda seyrelme ($\chi^2=2.599$, $P=.627$) ve disparoni ($\chi^2=5.795$, $P=.215$) yakınmalarında kadınların boş zamanlarını değerlendirme biçiminin gruplar arasında farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

Klimakterik Evre

Kadınların klimakterik evresine göre menopozal yakınmaların dağılımı tablo 13'de gösterilmiştir. Kadınların klimakterik evresinin, adet düzensizlikleri ve iştah değişikliği-kilo kaybı yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Adet düzensizliğinin premenopozal dönemde, iştah değişikliği ve kilo kaybının ise postmenopoz döneminde sık görüldüğü saptanmıştır.

Klimakterik Döneme Yönelik Bilgi Alma Durumu

Kadınların klimakterik döneme yönelik bilgi alma durumlarına göre menopozal yakınmaların dağılımı incelendiğinde sıcak basması-gece terlemesi ($\chi^2=5.714$, $P=.057$), uykusuzluk-yorgunluk ($\chi^2=8.365$, $P=.015$), baş ağrısı ($\chi^2=12.226$, $P=.002$), sinirlilik ($\chi^2=11.819$, $P=.003$) ve çarpıntı ($\chi^2=6.780$, $P=.034$) yakınmalarında istatistiksel olarak

Tablo 13. Kadımların, Klimakterik Evreleri ve Menopozal Yakınmalarına Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR (N=87)	Pre menopoz (n=49) %(Var)	Peri menopoz (n=8) %(Var)	Post menopoz (n=18) %(Var)	Post menopoz sonrası (n=12) %(Var)	Test ve “p” değeri
Sıcakbasması–Gece Terlemesi	73.5	75.0	88.9	83.3	$x^2=2.080$ P=.556
Uykusuzluk – Yorgunluk	79.0	87.5	94.4	75.0	$x^2=2.699$ P=.440
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	79.6	75.0	72.2	50.0	$x^2=4.367$ P=.224
Sinirlilik – Gerginlik	69.4	75.0	83.3	58.3	$x^2=2.399$ P=.494
İçe Kapanma – Ağlama	36.7	50.0	61.1	41.7	$x^2=3.334$ P=.343
Eklem – Kas Ağrıları	75.5	87.5	88.9	58.3	$x^2=4.359$ P=.225
İştah Değişikliği , Kilo Artışı	20.4	-	50.0	33.0	$x^2=9.223$ P=.026*
Konstipasyon , Hemoroid	46.9	37.5	61.1	25.0	$x^2=4.035$ P=.258
Çarpıntı	65.3	62.5	83.3	58.3	$x^2=2.725$ P=.436
Deride Kuruma , Pullanma	30.6	50.0	44.4	25.0	$x^2=2.446$ P=.485
Yüzde Tüyenme, Pubik Kılılarda Seyrelme	20.4	-	27.8	8.3	$x^2=3.801$ P=.284
Cinsel İlgi Azlığı	59.2	62.5	44.4	41.7	$x^2=2.159$ P=.540
Sık ve Ağrılı Miksiyon	44.9	25.0	38.9	33.3	$x^2=1.467$ P=.690
Adet Düzensizliği	42.9	25.0	-	-	$x^2=17.429$ P=.001***

df=4

*0.05 Seviyesinde anlamlı, ***0.001 Seviyesinde anlamlı

anlamlı farklılık saptanmıştır. Menopozal yakınmaların döneme yönelik bilgi almayan kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ancak içe kapanma-ağlama ($x^2=2.420$, P=.298), eklem-kas ağrıları ($x^2=3.803$, P=.149), iştah değişikliği-kilo artışı ($x^2=1.661$, P=.436), konstipasyon-hemoroid ($x^2=3.653$, P=.161), deride kuruma-pullanma ($x^2=2.080$, P=.353), yüzde tüyenme-pubik kılılarda seyrelme ($x^2=4.627$, P=.099), disparoni ($x^2=4.489$, p=.106), cinsel ilgide azalma ($x^2=1.318$, P=.517), sık ve ağrılı miksiyon ($x^2=1.847$, P=.397) ve adet düzensizliği ($x^2=2.603$, P=.273) yakınmalarında

kadınların bilgi alma durumu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır.

Klimakterik Döneme Yönelik Bilgi Alınan Kaynak

Klimakterik döneme yönelik kitle iletişim araçlarından bilgi alanlarda uykusuzluk-yorgunluk ($x^2=8.571$, $P=.014$) yakınmaları diğer gruplara göre daha seyrek görülmekte olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak sıcak basması-gece terlemesi ($x^2=.814$, $P=.665$), baş ağrısı-baş dönmesi ($x^2=440$, $P=.802$), sinirlilik-gerginlik ($x^2= 2.222$, $P=.329$), içe kapanma-ağlama ($x^2=1.429$, $P=.490$), eklem-kas ağrıları ($x^2=3.065$, $p=.216$), iştah değişikliği-kilo artışı ($x^2=4.762$, $P=.092$), konstipasyon-hemoroid ($x^2=.139$, $P=.933$), çarpıntı ($x^2=1.702$, $P=.427$), deride kuruma-pullanma ($x^2=.330$, $P=.848$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($x^2= .833$, $P=.659$), disparoni ($x^2=3.580$, $P=.167$), cinsel ilgide azalma ($x^2=9.592$, $P=.008$), sık ve ağırlı miksiyon ($x^2=1.847$, $P=.397$) ve adet düzensizliği ($x^2=3.251$, $P=.197$) yakınmalarında kadınların klimakterik döneme yönelik bilgi alma kaynakları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamıştır.

Klimakterik Dönemi Algılama Biçimi

Klimakterik dönemi kötü ve kısmen kötü algılayanlarda eklem-kas ağrısı ($x^2=5.799$, $p=.055$), cinsel ilgide azalma ($x^2=6.221$, $P=.045$) ve ağırlı-sık miksiyon ($x^2=7.039$, $P=.030$) yakınmaları dönemi iyi algılayanlara göre daha sık görülmekte olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak, sıcak basması-gece terlemesi ($x^2=1.904$, $P=.386$), uykusuzluk-yorgunluk ($x^2=.5.335$, $P=.069$), baş ağrısı-baş dönmesi ($x^2=.443$, $P=.801$), sinirlilik-gerginlik ($x^2= 1.299$, $P=.522$), içe kapanma-ağlama ($x^2=.3.611$, $P=.164$), iştah değişikliği-kilo artışı ($x^2=.496$, $P=.780$), konstipasyon-hemoroid ($x^2= 1.926$, $P=.382$), çarpıntı ($x^2=1.134$, $P=.567$), deride kuruma-pullanma ($x^2=2.003$, $P=.367$), yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ($x^2= 2.108$, $P=.348$), disparoni ($x^2=3.825$, $P=.148$) ve adet düzensizliği ($x^2=.028$, $P=.986$) yakınmalarında kadınların klimakterik dönemi algılama biçiminin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır.

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Öntest Menopozal Yakınmalarının Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR	ÇALIŞMA GRUBU										TEST VE "P" DEĞERİ			
	DENEY				KONTROL				TOPLAM					
	Var		Yok		Var		Yok		Var				Yok	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Sıcak Basması-Gece Terlemesi	33	76.7	10	23.3	35	79.5	9	20.5	68	78.2	19	21.8	$\chi^2=.100$	P=.725
Uykusuzluk-Yorgunluk	33	76.7	10	23.3	39	88.6	5	11.4	72	82.8	15	17.2	$\chi^2=2.155$	P=.142
Baş Ağrısı-Baş Dönmesi	36	83.7	7	16.3	28	63.6	16	36.4	64	73.6	23	26.4	$\chi^2=4.511$	P=.034*
Sininrlilik-Gerginlik	29	67.4	14	32.6	33	75.0	11	25.0	62	71.3	25	28.7	$\chi^2=.607$	P=.436
İçe Kapanma -Ağlama	23	53.5	20	46.5	15	34.1	29	65.9	38	43.7	49	56.3	$\chi^2=3.326$	P=.068
Eklem-Kas Ağrıları	34	79.1	9	20.9	33	75.0	11	25.0	67	77.0	20	23.0	$\chi^2=.203$	P=.652
İştah Değişikliği-Kilo Artışı	12	27.9	31	72.1	11	25.0	33	75.0	23	26.4	64	73.6	$\chi^2=.094$	P=.759
Konstipasyon-Hemoroid	19	44.2	24	55.8	21	47.7	23	52.3	40	46.0	47	54.0	$\chi^2=.110$	P=.740
Çarpıntı	28	65.1	15	34.9	31	70.5	13	29.5	59	67.8	28	32.2	$\chi^2=.284$	P=.594
Deride Kuruma-Pullanma	13	30.2	30	69.8	17	38.6	27	61.4	30	34.5	57	65.5	$\chi^2=.680$	P=.410
Yüzde Tüylenme-Pubik Kılıarda Seyrelme	10	23.3	33	76.7	6	13.6	38	86.4	16	18.4	71	81.6	$\chi^2=1.341$	P=.247
Disparoni	6	14.0	37	86.0	10	22.7	34	77.3	16	18.4	71	81.6	$\chi^2=2.217$	P=.330
Cinsel İlgı Azlığı	23	53.5	20	46.5	24	54.5	20	45.5	47	54.0	40	46.0	$\chi^2=.010$	P=.921
Sık ve Ağrılı Miksiyon	22	51.2	21	48.8	13	29.5	31	70.5	35	40.2	52	59.8	$\chi^2=4.226$	P=.040*
Adet Düzensizliği	12	27.9	31	72.1	12	27.3	32	72.7	24	27.6	63	72.4	$\chi^2=.004$	P=.947

df=1

* 0.05 Derecesinde anlamlıdır.

Menopozal Yakınlara Ait Öntest ve Sontest Bulguları

Deney ve kontrol grubundaki kadınların baş ağrısı-baş dönmesi ve sık-ağrılı miksiyon yakınmalarını görülme dağılımında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Menopozal Yakınlara Yönelik Endişe ve Öneri Alma Durumlarının Dağılımı

Menopozal Yakınlıklar (N=337)	Endişe Durumu				Test ve "P" değeri	Öneri Alma Durumu				Test ve "P" değeri
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	Var	Yok	Var	Yok		Aldı	Almadı	Aldı	Almadı	
Sıcakbasması-Gece Terlemesi	27.9	72.1	21.7	77.3	$\chi^2=.309$ P=.579	16.3	83.7	11.4	89.6	$\chi^2=.442$ P=.506
Uykusuzluk-Yorgunluk	20.9	79.1	18.2	81.8	$\chi^2=.111$ P=.739	11.6	88.4	6.8	93.2	$\chi^2=.603$ P=.438
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	18.6	81.4	15.9	84.1	$\chi^2=.104$ P=.747	11.6	88.4	4.5	95.5	$\chi^2=1.474$ P=.225
Sinirlilik – Gerginlik	9.3	90.7	11.4	88.6	$\chi^2=.100$ P=.752	9.3	90.7	4.5	95.5	$\chi^2=.766$ P=.381
İççe Kapanma – Ağlama	9.3	90.7	9.1	90.9	$\chi^2=.001$ P=.973	2.3	97.7	2.3	97.7	$\chi^2=.000$ P=.987
Eklem – Kas Ağrıları	18.6	81.4	15.9	84.1	$\chi^2=.111$ P=.739	7.0	93.0	6.8	93.2	$\chi^2=.001$ P=.977
İştah Değişikliği, Kilo Artışı	9.3	90.7	11.4	88.6	$\chi^2=.100$ P=.732	4.7	95.3	2.3	97.7	$\chi^2=.370$ P=.543
Konstipasyon, Hemoroid	7.0	93.0	4.5	95.5	$\chi^2=.237$ P=.626	2.3	97.7	2.3	97.7	$\chi^2=.000$ P=.987
Çarpıntı	16.3	83.7	15.9	84.1	$\chi^2=.002$ P=.963	11.6	88.4	9.1	90.9	$\chi^2=.151$ P=.698
Deride Kuruma, Pullanma	4.7	95.3	9.1	90.9	$\chi^2=.668$ P=.414	-	100	2.3	97.7	$\chi^2=.988$ P=.320
Yüzde Tüylenme, Pubik Kılımlarda Seyrelme	2.3	97.7	4.5	95.5	$\chi^2=.322$ P=.570	-	100.0	-	100.0	
Disparoni	-	100.0	6.8	93.2	$\chi^2=.3.037$ P=.081	-	100.0	-	100.0	
Cinsel İlgisi Azlığı	4.7	95.3	6.8	93.2	$\chi^2=.189$ P=.664	-	100.0	-	100.0	
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	2.3	97.7	4.5	95.5	$\chi^2=.001$ P=.981	-	100.0	-	100.0	
Adet Düzensizliği	4.7	95.3	9.1	90.9	$\chi^2=1.838$ P=.175	-	100.0	-	100.0	

df=1

Deney ve kontrol grubundaki kadınların endişelenme ve öneri alma durumlarına göre menopozal yakınmalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 15).

Tablo 16. Deney Grubundaki Kadınların Öntest ve Sontest Menopozal Yakınmalarının Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR	ÖN-TEST		SON-TEST		Mc Nemar ve “p”
	Var	Yok	Var	Yok	
	%	%	%	%	
Sıcakbasması–Gece Terlemesi	76.7	23.3	30.2	69.8	P=.000***
Uykusuzluk – Yorgunluk	76.7	23.3	4.7	95.3	P=.000***
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	83.7	16.3	23.3	76.7	P=.000***
Sinirlilik – Gerginlik	67.4	32.6	2.3	97.7	P=.000***
İçe Kapanma – Ağlama*	53.5	46.5	-	100.0	P=.000***
Eklem – Kas Ağrıları	79.1	20.9	37.2	62.8	P=.000***
İştah Değişikliği , Kilo artışı*	27.9	72.1	-	100.0	P=.000***
Konstipasyon , Hemoroid	44.2	55.8	14.0	83.2	P=.001***
Çarpıntı	65.1	34.9	7.0	93.0	P=.000***
Deride Kuruma , Pullanma	30.2	69.8	16.3	83.7	P=.031*
Yüzde Tüyenme, Pubik Kıllarda Seyrelme	23.3	76.7	7.0	93.0	P=.016*
Disparoni	14.0	86.0	4.7	95.3	P=.219
Cinsel İlgi Azlığı	53.5	46.5	23.2	76.7	P=.000***
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	51.2	48.8	25.6	74.4	P=.003**
Adet Düzensizliği	27.9	72.1	11.6	88.4	P=.071

* 0.05 seviyesinde anlamlı ** 0.01 Seviyesinde anlamlı ***0.001 seviyesinde anlamlı

Deney grubundaki kadınların öntest ve sontest menopozal yakınmaların görülme dağılımları arasında disparoni ve adet düzensizliği dışında kalan menopozal yakınmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 16).

Kontrol grubundaki kadınların tablo 17’de görüldüğü gibi sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma, sık- ağrılı miksiyon ve adet düzensizliği yakınmalarının ön-test ve son-test dağılımı arasında istatistik olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak kontrol grubundaki kadınların sıcak basması-gece terlemesi ve baş ağrısı baş dönmesi yakınmalarında ön-test ve son-test bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 17. Kontrol Grubundaki Kadınların Öntest ve Sontest Menopozal Yakınmalarının Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR	ÖN-TEST		SON-TEST		Mc Nemar ve “P” değeri
	Var	Yok	Var	Yok	
	%	%	%	%	
Sıcakbasması–Gece Terlemesi	79.5	20.5	95.5	4.5	P=.016*
Uykusuzluk – Yorgunluk	88.6	11.4	93.2	6.8	P=.688
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	63.6	36.4	93.2	6.8	P=.000***
Sinirlilik – Gerginlik	75.0	25.0	81.8	18.2	P=.453
İçe Kapanma – Ağlama	34.1	65.9	56.8	43.2	P=.002**
Eklem – Kas Ağrıları	75.0	25.0	81.8	18.2	P=.453
İştah Değişikliği , Kilo Artışı	25.0	75.0	29.5	70.5	P=.625
Konstipasyon , Hemoroid	47.7	52.3	45.5	54.5	P=.1.000
Çarpıntı	70.5	29.5	65.9	34.1	P=.625
Deride Kuruma , Pullanma	38.6	61.4	40.9	59.1	P=.1.000
Yüzde Tüylenme, Pubik Kıllarda Seyrelme	13.6	86.4	18.2	81.8	P=.500
Disparoni	22.7	77.3	20.5	79.5	P=1.000
Cinsel İlgide Azlığı	54.5	45.5	54.5	45.5	P=1.000
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	29.5	70.5	34.1	65.9	P=.625
Adet Düzensizliği	27.3	72.2	25.0	75.0	P=1.000

* 0.05 seviyesinde anlamlı ** 0.01 seviyesinde anlamlı ***0.001 seviyesinde anlamlı

Deney grubundaki kadınlara verilen planlı sağlık eğitimi sonrasında deney ve kontrol grubundaki kadınlara uygulanan sontest bulgularına göre; yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, sık-ağrılı miksiyon ve adet düzensizliği dışındaki bütün yakınmaların sıklık dağılımında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Deneysel ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sontest Menopozal Yakınmalarının Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR	DENEY(n=43)		KONTROL(n=44)		Test ve "P" değeri
	Var	Yok	Var	Yok	
	%	%	%	%	
Sıcakbasması-Gece Terlemesi	30.2	69.8	95.5	4.5	$\chi^2= 9.785$ P=.000***
Uykusuzluk – Yorgunluk	4.7	95.3	93.2	6.8	$\chi^2= 68.188$ P=.000***
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	23.3	76.7	93.2	6.8	$\chi^2= 43.873$ P=.000***
Sinirlilik – Gerginlik	2.3	97.7	81.8	18.2	$\chi^2= 56.224$ P=.000***
İçe Kapanma – Ağlama	-	100.0	56.8	43.2	$\chi^2= 34.283$ P=.000***
Eklem – Kas Ağrıları	37.2	62.8	81.8	18.2	$\chi^2= 17.997$ P=.000***
İştah Değişikliği , Kilo Artışı	-	100.0	29.5	70.5	$\chi^2= 14.936$ P=.000***
Konstipasyon , Hemoroid	14.0	83.2	45.5	54.5	$\chi^2= 10.299$ P=.001**
Çarpıntı	7.0	93.0	65.9	34.1	$\chi^2= 32.108$ P=.000***
Deride Kuruma , Pullanma	16.3	83.7	40.9	59.1	$\chi^2= 6.44$ P=.011**
Yüzde Tüyenme, Pubik Kılıklarda Seyrelme	7.0	93.0	18.2	81.8	$\chi^2= 2.472$ P=.116
Disparoni	4.7	95.3	20.5	79.5	$\chi^2= 4.917$ P=.027*
Cinsel İlgi Azlığı	23.2	76.7	54.5	45.5	$\chi^2= 10.997$ P=.004**
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	25.6	74.4	34.1	65.9	$\chi^2= .752$ P=.386
Adet Düzensizliği	11.6	88.4	25.0	75.0	$\chi^2= 2.162$ P=.141

df=1

*0.05 seviyesinde anlamlı **0.01 Seviyesinde anlamlı ***0.001 Seviyesinde anlamlı

30.2'ye, uykusuzluk-yorgunluk yakınması % 76.7'den 4.7'ye, baş ağrısı-baş dönmesi yakınması %83.7'den 23.3'e, sinirlilik-gerginlik yakınması %67.4'den %2.3'e, eklem-kas ağrıları %79.1'den % 37.2'ye, konstipasyon-hemoroid %44.2'den %14'e, çarpıntı % 65.1'den % 7'ye, deride kuruma-pullanma % 30.2'den %16.3'e, cinsel ilgide azalma % 53.5'den %23.2'ye, yüzde tüyenme-pubik kılıklarda seyrelme yakınması % 23.3'den % 7'ye, disparoni yakınması ise % 14'den % 4.7'ye, sık ve ağrılı miksiyon

yakınması %51.2'den %25.6'ya doğru azalma gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca içe kapanma –ağlama yakınmaları %53.5 ve iştah değişikliği kilo artışı %27.9 iken eğitim sonrasında tamamen görölmediği saptanmıştır.

4.2.3. Çalışma Grubundaki Kadınların Menopozal Tutumlara Ait Bulguları

Çalışma grubundaki kadınların menopozal tutumlara ait bulguları üç başlık altında incelenmiştir.

Çalışma Grubundaki Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Menopozal Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımına Ait Bulgular

Çalışma grubundaki kadınların, yaş grubu, eğitim düzeyi, eşlerin eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu ve bakıma muhtaç bireye sahip olma durumu gibi sosyo-demografik özelliklerinin menopozal tutum puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ayrıca kadınların toplam aylık gelir düzeyi ve bakıma muhtaç bireylerin sayısı ile menopozal tutum puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Kadınların evlilik yaşantısından memnun olmaları, boş zamanlarının değerlendirme biçimleri ve sigara kullanma durumları menopozal tutum puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$). Ancak kadınların ailedeki kararlara katılmaları menopozal tutum puan ortalamaları üzerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20). Gruplar arasındaki bu farklılığın kararlara katılanlar ile kararlara katılmayan kadınlar arasındaki puan ortalamalarındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 19. Kadınların, Sosyo-Demografik Özellikleri ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarına Dağılımı

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	MENOPOZAL TUTUM ÖLÇEĞİ		
	Sayı	X±SD	Test ve “P” değeri
Yaş			
40-44 yaş	32	39.56 ±12.13	KW=5.935 df=3 P=.115
45-49 yaş	26	33.46 ±9.43	
50-54 yaş	17	43.29±15.96	
55-60 yaş	12	35.08 19.04	
Eğitim Düzeyi			
Okur-yazar	16	36.37± 13.14	KW=1.939 df=3 P=.585
İlkokul mezunu	54	38.29 ±14.94	
Ortaokul mezunu	12	39.58± 9.80	
Lise ve üzeri	5	33.60± 9.71	
Eşin Eğitim Düzeyi			
İlkokul mezunu	31	34.51± 15.46	KW=5.360 df=2 P=.069
Ortaokul mezunu	32	38.68 ±12.13	
Lise ve üzeri	24	41.04 ±12.67	
Medeni Durum			
Bekar	75	33.50 ± 15.62	MW-U=380.50 P=.392
Dul	12	38.54 ± 13.30	
Çalışma durumu			
Çalışan	6	42.50± 11.27	MW-U=177.50 P=.272
Ev Hanımı	81	37.50 ± 13.81	
Ailenin aylık geliri		424.41±271.91	r =-.009 P=.937
Çocuk sayısı			
2 ve daha az	15	38.80±14.51	KW=.109 df=2 P=947
3-5	52	37.65±14.24	
6-8	20	37.65±11.99	
Bakıma muhtaç bireye sahip olma durumu			
Var	59	35.11±10.99	MW-U=638.00 P=.087
Yok	28	43.60±16.84	
Bakıma muhtaç birey sayısı		2.86 ±1.43	r =-.198 P=.132

Tablo 20. Kadınların Evlilik Memnuniyeti, Boş Zamanları Değerlendirme, Ailedeki Kararlara Katılma ve Sigara İçme Durumları ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarına Dağılımı

DEĞİŞKENLER	MENOPOZAL TUTUM ÖLÇEĞİ			
	Sayı	%	X±SD	P ve Test Değeri
Evlilik Memnuniyeti				
Çok Memnun	39	44.8	38.79±13.99	KW=3.833 df=3 P=.280
Memnun	41	47.1	37.14±13.84	
Memnun Değil	5	5.7	31.20±8.87	
Hiç Memnun Değil	2	2.3	-	
Boş Zamanları Değer.				
Elişi	49	56.3	32.12±11.11	KW=7.468 df=4 P=113
İbadet	4	4.6	37.50±8.58	
Elişi ve İbadet	18	20.7	46.22±20.19	
Hiçbirşey Yapmadan	3	3.4	36.66±7.37	
Sosyal Faaliyetlerle	13	14.9	36.92±10.02	
Kararlara Katılma				
Evet	68	78.2	39.55±14.03	KW=9.234 df=2 P=.010**
Hayır	5	5.7	26.20±4.9	
Kısmen	14	16.1	33.71±11.18	
Sigara Kullanma				
Evet	9	9.6	33.87±8.37	MW-U=261.50 P=.423
Hayır	78	90.4	38.25±14.05	

**0.01 Seviyesinde anlamlı

Kadınların klimakterik döneme yönelik bilgi alma durumları menopozal tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$) (Tablo 21). Kadınların bilgi alma durumlarına göre gruplar arasındaki fark bilgi alan ve bilgi almayan kadınlar arasındaki puan farkından kaynaklanmaktadır. Kadınların klimakterik dönemi nasıl algıladıklarına göre menopozal tutum puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$) (Tablo 21). Gruplar arasındaki bu farklılığın dönemi iyi algılayanlar ile dönemi kötü algılayanlar ve dönemi kötü algılayanlar ile kısmen iyi algılayanlar arasındaki puan farklarından kaynaklandığı saptanmıştır. Kadınların içinde buldukları klimakterik evre ve klimakterik bilgi aldığı kaynak menopozal tutum puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Kadınların Klimakterik Evre, Bilgi Alma, Bilgiyi Aldıkları Kaynak, Dönemi Algılama Biçimleri ve Algılama Biçimlerinin Nedenleri ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarına Dağılımı

DEĞİŞKENLER	MENOPOZAL TUTUM ÖLÇEĞİ			Test ve "P" değeri
	Sayı	%	X±SD	
Klimakterik Evre				
Premenopoz	49	56.3	38.59±12.10	KW=1.580 df=3 P=.664
Perimenopoz	8	9.3	34.87±11.41	
Postmenopoz	18	20.7	36.66±13.78	
Postmenopoz Sonrası	12	13.7	38.58±20.74	
Bilgi Alma Durumu				
Evet	27	31.0	32.14±10.25	KW=6.542 df=2 P=.038*
Hayır	57	65.5	40.42±14.37	
Kısmen	3	3.5	40.33±15.30	
Bilginin Alındığı Kaynak				
Ebe ve/veya Hemşire	2	6.7	31.00±1.41	KW=1.369 df=2 P=.504
Doktor	21	70.0	32.90±11.33	
Kitle İletişim Araçları	7	23.3	33.71±11.55	
Dönemi Algılama Biçimi				
İyi	15	17.2	48.93±18.69	KW=32.079 df=2 P=.000***
Kötü	52	59.8	30.84±5.15	
Kısmen iyi ve kötü	20	23.0	47.75±13.46	
Dönemi iyi algılama nedenleri				
Korunma yöntemi kullanılmadığı için	1	2.9	48.00±-	
Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için	2	5.7	48.00±16.97	
Menstürasyonun sıkıntılarında kurtulmak için	19	54.3	47.36±11.32	
İbadetler aksatılmadan yapıldığı için	12	34.3	50.66±22.43	
Toplumda saygınlık kazandırdığı için	1	2.9	37.00±1	
Dönemi kötü algılama nedenleri				
Doğurganlık yok olduğu için	1	1.4	36.00±1	
Cinsellik azaldığı için	1	1.4	22.00±1	
Vücutta değişiklikler olduğu için	70	94.6	35.72±11.25	

* 0.05 Seviyesinde anlamlı

***0.001 Seviyesinde anlamlı

Menopozal Tutumlara Ait Öntest ve Sontest Bulguları

Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öntest Menopozal Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı

MENOPOZAL TUTUM ÖLÇEĞİ					Test ve Değeri
Ölçeğin Alt Üst Değeri	Deney		Kontrol		
	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	X±SD	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	X±SD	
1-80	1-63	38.83±13.87	15-80	36.88±13.53	t=.664 df=85 P=.509

Deney grubundaki kadınların öntest menopozal tutum puan ortalamaları 38.83±13.87, sontest menopozal tutum puan ortalamaları 48.69±10.85 olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=-7.766, P=.000). Deney grubundaki kadınlara eğitim öncesi uygulanan öntest sonucuna göre kadınların puan ortalamaları menopozal döneme yönelik olumlu tutumun başlangıç puanı olarak kabul edilen 40'ın altında iken eğitim sonrası uygulanan sontest puan ortalamaları 40'ın üstünde bulunmuştur.

Kontrol grubundaki kadınların öntest menopozal tutum puan ortalamaları 36.88±13.53, sontest puan ortalamaları 36.18±13.78 olarak belirlenmiş ve iki puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (t=1.192, P=.240).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05)(Tablo 23). Kontrol grubundaki kadınlar, aldıkları sontest menopozal tutum puan ortalamaları ile olumsuz menopozal tutum sınırları içerisinde yer alırken deney grubundaki kadınların olumlu menopozal tutum içinde oldukları saptanmıştır.

Tablo 23. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sontest Menopozal Tutum Puan Ortalamalarının Dağılımı

Menopozal Tutum Ölçeği	Deney X±SD	Kontrol X±SD	Test ve "P" Değeri
	48.69±10.85	36.18±13.78	t=4.697 df=85 p=.000

4.2.4. Çalışma Grubundaki Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Öz Etkililik-Yeterlilik, Sağlığın önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeklerine Ait Bulgular

Bu bölümün bulguları üç başlık altında incelenmiştir.

Çalışma Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımına Ait Bulgular

Çalışma grubundaki kadınların eğitim düzeyi ve çalışma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçim davranışları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 24). Gruplar arasındaki fark okur-yazar olanlar ile ortaokul, lise ve üzeri olan kadınlardan ve ilkokul mezunu olanlar ile ortaokul mezunu, lise ve üzeri olan kadınlardan kaynaklanmaktadır.

Eğitim düzeyi yüksek ve çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kadınların toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları ile aylık gelirleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Kadınların, Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarına Dağılımı

DEĞİŞKENLER	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ		
	Sayı	X±SD	Test ve “p” değeri
Yaş			
40-44 yaş	32	98.71 ±17.59	KW=2.062 df=3 P=.560
45-49 yaş	26	97.96 ±20.80	
50-54 yaş	17	94.47±16.51	
55-60 yaş	12	90.58 ±15.61	
Eğitim Düzeyi			
Okur-yazar	16	91.68± 14.13	KW=11.119 df=3 P=.011**
İlkokul mezunu	54	93.07 ±16.18	
Ortaokul mezunu	12	112.50± 22.38	
Lise mezunu ve üzeri	5	111.20± 11.43	
Eşin Eğitim Düzeyi			
İlkokul mezunu	31	92.38± 19.01	KW=4.053 df=2 P=.132
Ortaokul mezunu	32	99.46 ±17.84	
Lise mezunu ve üzeri	24	98.00 ±16.94	
Medeni Durum			
Dul	75	95.08 ± 15.77	MW-U=431.00 P=.815
Evli	12	96.77 ± 18.53	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	6	125.83± 12.52	MW-U=40.00 P=.001**
Ev hanımı	81	94.37 ± 16.53	
Ailenin aylık geliri		424.41±271.91	r =.416 P=.000**
Çocuk sayısı			
2 ve daha az	15	102.93±25.79	KW=.109 df=2 P=947
3-5	52	94.71±16.36	
6-8	20	96.50±15.25	
Bakıma muhtaç bireye sahip olma durumu			
Var	59	97.11±17.28	MW-U=764.00 P=.573
Yok	28	95.32±20.00	
Bakıma muhtaç birey sayısı		2.86± 1.43	r =.209 P=.112

** 0.01 Seviyesinde anlamlı

Kadınların evlilik yaşantısından memnun olma durumları, boş zamanlarını değerlendirme biçimleri, ailede alınan kararlara katılma durumları ve sigara içme

durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Kadınların, Evlilik Memnuniyeti, Boş Zamanları Değerlendirme, Ailedeki Kararlara Katılma ve Sigara İçme Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarına Dağılımı

DEĞİŞKENLER	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ			
	Sayı	%	X±SD	Test ve “p” değeri
Evlilik Memnuniyeti				
Çok Memnun	39	44.8	96.28±19.12	KW=3.931 df=3 P=.269
Memnun	41	47.1	96.82±17.17	
Memnun Değil	5	5.7	106.00±18.59	
Hiç Memnun Değil	2	2.3	77.00±7.07	
Boş Zamanları Değerlendirme				
Elişi	49	56.4	96.46±18.10	KW=6.572 df=4 P=.150
İbadet	4	4.6	93.25±13.72	
Elişi ve İbadet	18	20.7	89.77±15.32	
Hiçbirşey Yapmadan	3	3.4	88.66±9.60	
Sosyal Faaliyetlerle	13	14.9	109.00±19.65	
Kararlara Katılma				
Evet	68	78.2	98.86±18.24	KW=5.323 df=2 P=.070
Hayır	5	5.7	86.80±13.66	
Kısmen	14	16.1	88.71±16.25	
Sigara Kullanma				
Evet	9	9.6	103.00±19.81	MW-U=249.00 P=.325
Hayır	78	90.4	95.88±17.92	

Kadınların klimakterik evresi, döneme yönelik bilgi alma durumu ve dönemi algılama biçimlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Kadınların Klimakterik Evresi, Bilgi Alma Durumu, Bilgi Kaynağı, Dönemi Algılama Biçimi ve Algılama Biçimlerinin Nedenleri ve Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarına Dağılımı

DEĞİŞKENLER	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ			
	Sayı	%	X±SD	Test ve "P" Değeri
Klimakterik Evre				
Premenopoz	49	56.3	99.14±19.48	KW=1.616 df=3 P=.656
Perimenopoz	8	9.3	96.37±16.46	
Postmenopoz	18	20.7	91.66±14.98	
Postmenopoz Sonrası	12	13.7	93.33±17.51	
Bilgi Alma Durumu				
Evet	27	31.0	95.62±15.93	KW=4.202 df=2 P=.122
Hayır	57	65.5	95.77±18.59	
Kısmen	3	3.5	119.33±17.47	
Bilgiyi Kimden Aldı				
Ebe ve/veya Hemşire	2	6.7	91.00±18.29	KW=1.186 df=2 P=.553
Doktor	21	70.0	97.38±19.34	
Kitle İletişim Araçları	7	23.3	101.85±15.23	
Dönemin Nasıl Algılandığı				
İyi	15	17.2	96.53±18.29	KW=.386 df=2 P=.824
Kötü	52	59.8	96.71±19.34	
Kısmen iyi ve kötü	20	23.0	96.10±15.23	
Dönemi iyi algılama nedenleri				
Korunma yöntemi kullanılmadığı için	1	2.9	128.00±-	
Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için	2	5.7	88.00±11.31	
Menstrüasyonun sıkıntılarından kurtulmak için	19	54.3	98.52±16.89	
İbadetler aksatılmadan yapıldığı için	12	34.2	93.41±13.32	
Toplumda saygınlık kazandırdığı için	1	2.9	73.00±-	
Dönemi kötü algılama nedenleri				
Doğurganlık yok olduğu için	1	1.4	80.00±-	
Cinsellik azaldığı için	1	1.4	76.00±-	
Vücutta değişiklikler olduğu için	70	94.6	97.07±18.17	

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ait Öntest ve Sontest Bulguları

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları ön-test toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$)(Tablo 27). Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden olan kişiler arası destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Ön-Test Öz Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÇEKLER	İŞARETLENEN ALT VE ÜST DEĞERLER		Deney X± SD	Kontrol X± SD	Test ve P Değeri
	Deney	Kontrol			
Öz Etkililik-Yeterlilik	48-115	46-115	78.72±15.27	83.77±14.06	t=1.605 P=.502
Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü İçsel sağlık kontrolü	20-65	22-66	45.51±10.14	47.13±9.78	t=-.321 P=.749
Güçlü dışsal kontrol	12-72	12-72	43.72±12.62	42.36±13.36	t=.383 P=.259
Şans etkisi	15-67	26-63	39.25±14.95	42.52±11.71	t=-1.136 P=.259
Sağlığın Önemi	1-10	3-10	8.55±2.45	8.79±1.70	t=-.525 P=.384
Sağlık Durumunu Algılama	4-1	4-1	2.13±.5598	2.25±.6147	t=-.876 P=.384
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Kendini gerçekleştirme	15-37	14-41	24.51 ±5.04	25.38 ±6.88	t=-.675 P=.502
Sağlık sorumluluğu	11-30	10-32	17.25± 4.27	18.52±5.46	t=-1.203 P=.232
Egzersiz	5-14	5-10	5.69± 1.72	5.81± 1.57	t=-.340 P=.734
Beslenme	7-23	6-22	13.48 ±3.68	14.04 ±3.28	t=-.745 P=.459
Kişiler arası destek	14-24	13-22	19.37 ±2.17	18.15 ±3.27	t=2.030 P=.045*
Stres yönetimi	11-26	7-24	15.97 ±3.61	15.31 ±4.11	t=.792 P=.431
Ölçeğin toplam Puanı	75-134	62-144	96.32± 5.51	96.75± 20.50	t=-.109 P=.914

df=85 *0.05 seviyesinde anlamlı

Deney grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden en yüksek madde puan ortalamasını kişiler arası destekten (2.76±0.33), en düşük madde puan ortalamasını ise (1.13±0.34) egzersizden aldıkları belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise yine benzer biçimde en yüksek madde puan ortalamasını kişiler arası destek (2.60±0.46) alt ölçeğinden, en düşük madde puan ortalamasını ise egzersiz (1.16±0.31) alt ölçeğinden aldıkları saptanmıştır.

Deney grubundaki kadınların öntest ile sontest toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 28). Ayrıca deney grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerindeki ön-test ve son-test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 28).

Kontrol grubundaki kadınların ise öntest ve sontest sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 29). Ancak kontrol grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden olan egzersiz, beslenme ve stres yönetimi öntest ve sonest puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 29). Bu farklılık kontrol grubundaki kadınların sontest egzersiz, beslenme ve stres yönetimindeki puan ortalamalarındaki artıştan kaynaklanmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca ölçeğin alt boyutlarından olan kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi sontest puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak öntest ve sontest sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 28. Deney Grubundaki Kadınlarmın, Öz Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlıkın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeklerinin Öntest ve Sontest Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÇEKLER	ÖN-TEST X± SD	SON-TEST X± SD	Test ve “P” değeri
Öz Etkililik-Yeterlilik	78.72±15.27	84.74±14.35	t=-4.030 P=.000***
Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü			t=-2.400 P=.021*
İçsel sağlık kontrolü	45.51±10.11	48.04±8.16	
Güçlü dışsal kontrol	43.72±12.62	43.20±10.70	t=-.340 P=.735
Şans etkisi	39.25±14.95	34.60±10.63	t=-2.842 P=.007**
Sağlığın Önemi	8.55±2.45	9.97±0.15	t=-3.779 P=.000***
Sağlık Durumunu Algılama	2.13±0.55	2.44±3.08	t=-.637 P=.280
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları			
Kendini gerçekleştirme	24.51 ± 5.04	34.58± 4.94	t=-11.204 p= .000***
Sağlık sorumluluğu	17.25 ± 4.27	20.27 ± 5.63	t=-4.615 P= .000***
Egzersiz	5.69 ± 1.72	10.79 ± 2.53	t=-15.092 P= .000***
Beslenme	13.48 ± 3.68	18.32± 2.71	t=-8.342 P= .000***
Kişiler arası destek	19.37 ± 2.37	23.58 ± 2.53	t=-8.348 P=.000***
Stres yönetimi	15.97 ± 3.61	19.53 ± 2.27	t=-5.910 P= .000***
SYBD toplam puanı	96.32 ±15.51	126.62 ± 13.62	t=-12.409 P= .000***

df=42 *0.05 , ** 0.01, ***0.001 seviyelerinde anlamlı

Öz Etkilik-Yeterlilik Algısına Ait Öntest ve Sontest Bulguları

Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest öz etkililik-yeterlilik algısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 27).

Deney grubundaki kadınların öntest ve sontest öz etkililik-yeterlilik algısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 28). Deney grubundaki kadınların sontest öz etkililik-yeterlilik algısı öntest öz etkililik-yeterlilik algısına göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Kontrol grubundaki kadınların ise öntest ve sontest öz etkililik-yeterlilik algısı puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 29).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların öz etkililik-yeterlilik sontest puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 30). Deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre sontest öz etkililik-yeterlilik algıları daha yüksek bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest içsel sağlık kontrolü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 27).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest güçlü dışsal kontrol puan ortalamaları arasındaki puan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 27).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest şans etkisi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 27).

Deney grubu kadınların ÇBSK ölçeğinin alt ölçeklerinden olan içsel sağlık kontrolünden (3.79 ± 0.84) en yüksek, şans etkisinden (3.24 ± 1.24) ise en düşük puanı aldıkları saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise benzer bir biçimde içsel sağlık kontrolünden (3.85 ± 0.99) en yüksek puanı, şans etkisinden (3.54 ± 0.97) ise en düşük puanı aldıkları belirlenmiştir (Tablo 27).

Çok Boyutlu Sağlık Kontrolünü Algılamaya Ait Öntest ve Sontest Bulguları

Deney grubundaki kadınların ÇBSK ölçeğinin alt ölçeklerinden olan içsel sağlık kontrolü puan ortalamaları öntest ve sontest sonuçları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 28). Deney grubundaki kadınların sontest içsel sağlık kontrolü puan ortalamaları, öntest puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. İçsel sağlık kontrolü puan ortalamasının yüksek olması kadınların kendi sağlık kontrollerinde kendilerinin daha çok söz sahibi olduklarını gösteren olumlu bir durumdur.

Deney grubundaki kadınların ÇBSK ölçeğinin alt ölçeklerinden olan şans etkisi puan ortalamaları öntest ve sontest sonuçları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 28). Deney grubundaki kadınların son-test şans etkisi puan ortalamaları ön-test şans etkisi puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur. Şans etkisi puan ortalamasının düşük olması, kadının sağlığını kontrol etmede şans etkisine daha az inandığını gösterir. Ancak deney grubundaki kadınlarda güçlü dışsal kontrol öntest ve sontest puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 28).

Kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest ÇBKS ölçeğinin alt ölçeklerinden olan içsel sağlık kontrolü, güçlü dışsal kontrol ve şans etkisi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 29).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son-test şans etkisi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubundaki kadınların şans etkisi puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Ancak deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest içsel sağlık kontrolü ve güçlü dışsal kontrol arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 30).

Sağlığın Önemini Algılamaya Ait Öntest ve Sontest Bulguları

Deney grubundaki kadınların öntest sağlığın önemi puan ortalaması 8.55 ± 2.45 , kontrol grubundaki kadınların ise sağlığın önemi puan ortalaması 8.79 ± 1.70 olarak belirlenmiş olup iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 27).

Deney grubundaki kadınların öntest sağlığın önemini algılama puan ortalamaları ile sontest sağlığın önemini algılama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$) (Tablo 28).

Kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest sağlığın önemini algılama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 29).

Deney ve kontrol grubu kadınların sontest sağlığın önemi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 30).

Tablo 29 Kontrol Grubundaki Kadınların Öz Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeklerinin Öntest ve Sontest Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÇEKLER	Ön-test X± SD	Son-test X± SD	Test ve P Değeri	
Öz Etkililik-Yeterlilik	83.77±14.16	83.61±14.16	t=.569	P=.572
Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü				
İşsel sağlık kontrolü	46.27±11.88	47.00±9.61	t=.743	P=.401
Güçlü dışsal kontrol	42.65±13.22	43.20±12.83	t=.526	P=.602
Şans etkisi	42.52±11.71	42.53±11.66	t=1.086	P=.284
Sağlığın Önemi	8.79±1.70	8.72±1.72	t=1.000	P=.323
Sağlık Durumunu Algılama	2.25±0.61	2.27±0.58	t=.573	P=.570
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları				
Kendini gerçekleştirme	25.48± 6.93	25.32 ± 6.74	t=.485	P=.631
Sağlık sorumluluğu	18.55 ± 5.52	18.88 ± 5.64	t=-.1.673	P=.109
Egzersiz	5.83 ±1.58	6.25 ±1.98	t=.572	P=.016*
Beslenme	14.06 ± 3.31	14.46 ± 3.65	t=-2.324	P=.025*
Kişiler arası destek	18.25 ± 3.25	14.46 ± 3.65	t=.617	P=.541
Stres yönetimi	15.39 ± 4.13	15.86± 3.99	t=-.2.148	P=.038*
SYBD toplam puanı	97.09 ± 20.61	99.04 ± 21.71	t=-1.714	P=.094

* 0.05 seviyelerinde anlamlı

Sağlık Durumunu Algılamaya Ait Öntest ve Sontest Bulguları

Çalışma grubundaki kadınların ön-test sağlık durumlarını % 5.7'si çok iyi, % 72.4'ü iyi, % 18.4'ü kötü ve % 3.4'ü çok kötü olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir.

Deney grubundaki kadınların sağlık durumunu algılamaları puan ortalamaları 2.13±.5598, kontrol grubundaki kadınların sağlık durumunu algılama puan ortalamaları ise 2.25±.6147 olarak belirlenmiş olup deney ve kontrol grubu kadınların öntest sağlık durumunu algılama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05)(Tablo 27).

Kadınlar son-test sağlık durumlarını % 5.7'sinin çok iyi, % 78.2'sinin iyi, % 13.8'inin kötü ve % 2.3'ünün çok kötü olarak algıladıklarını belirtmişlerdir

Deney grubundaki kadınların sağlık durumunu algılama öntest ve sontest puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 28).

Kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest sağlık durumunu algılama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olarak belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 29).

Deney ve kontrol grubu kadınların sontest sağlık durumunu algılama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların, Öz Etkililik-Yeterlilik, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü, Sağlığın Önemi, Sağlık Durumunu Algılama ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçekleri Sontest Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÇEKLER	DENEY X± SD	KONTROL X± SD	Test ve “P” değeri
Öz Etkililik-Yeterlilik	84.74±14.35	82.02±18.08	t=.776 P=.440
Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü İşsel sağlık kontrolü	48.04±8.16	47.00±9.61	t=.547 P=.586
Güçlü dışsal kontrol	43.20±10.70	43.20±12.83	t=.002 P =.999
Şans etkisi	34.60±10.63	42.93±11.66	t=-.3.460 p=.001***
Sağlığın Önemi	9.97±.1925	8.72±1.71	t=4.754 p =.000***
Sağlık Durumunu Algılama	2.44± 3.08	2.27±.5852	t=.358 p =.721
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Kendini gerçekleştirme	34.58±4.94	25.22±6.70	t=7.394 p=.000***
Sağlık sorumluluğu	20.27± 5.63	18.84±5.58	t=1.196 P=.235
Egzersiz	10.79± 2.52	6.22± 1.97	t=9.409 p=.000***
Beslenme	18.32 ±2.71	14.43 ±3.66	t=5.623 P=.000***
Kişiler arası destek	23.58±2.53	18.00 ±3.64	t=8.277 P=.000***
Stres yönetimi	19.53 ±2.27	15.77 ±3.981	t=5.350 P=.000***
SYBD toplam puanı	126.62± 13.97	98.65± 21.67	t=7.127 P=.000***

***0.001 Seviyesinde anlamlı

5. TARTIŞMA

Hemşirelik modelleri; hemşirelik uygulamaları için bilimsel bir temel olarak, hemşirelik bilgi içeriğinin daha sistematik şekilde gelişmesini sağlamakta ve bakıma pratik yaklaşımlar getirmektedir. Modeller hemşirelik bakımının geliştirilmesinde etkin olarak kullanılabilir. ¹¹² Bu amaçla araştırmanın teorik çatısı hemşirelik modellerinden olan “Sağlığı geliştirme Modeli” üzerine kurulmuştur.

Araştırmanın bu problemi tanımlamak ve araştırmayı yönlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın birinci aşamasına ait bulgular tartışılmamış bu bulgular yalnızca araştırmaya bir yön vermesi amacıyla kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasına ait bulgular ise beş başlık altında tartışılmıştır.

- 1.Sosyo-demografik ve klimakterik döneme yönelik özellikler
- 2.Menopozal yakınmalara ait bulguların tartışılması
- 3.Menopozal tutumlara ait bulguların tartışılması
- 4.Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait bulguların tartışılması

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİMAKTERİK DÖNEME YÖNELİK ÖZELLİKLER

Çalışma grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun 40-44 yaş grubunda yer aldığı (%36.8), ilkokul mezunu (%62.1) ve evli (%86.2), eşlerinin de ortaokul mezunu (%36.8) olduğu ayrıca bu kadınların ev hanımı (%93.1) ve bakıma muhtaç bireye sahip olanlardan (%67.5) oluştuğu saptanmıştır (Tablo 8).

Deney ve kontrol grubundaki kadınlar, yaş grupları, eğitim düzeyleri, eşlerinin eğitim düzeyleri, medeni durumları, çalışma durumları, çocuk sayıları ve bakıma muhtaç bireye sahip olma durumlarına göre karşılaştırıldıklarında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 8).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların evlilik memnuniyeti, boş zamanlarını değerlendirme ve ailedeki kararlara katılma durumlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), sigara içme durumlarına göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$)(Tablo 9). Bu farklılık kontrol grubundaki kadınların sigara içme oranlarının (%17.1) deney grubundaki kadınların sigara içme oranlarından (% 2.3) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Kadınların büyük çoğunluğunun döneme yönelik bilgi almadıkları (%65.5), bilgi alan kadınların ise (% 34.5) bu bilgiyi çoğunlukla doktorlardan (%70.0) aldıkları saptanmıştır (Tablo 10). Ergöl'de¹⁶ klimakterik kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların % 55.3'ünün döneme yönelik bilgi almadıklarını ve bilgi alan kadınların ise bu bilgiyi en yüksek oranla doktorlardan (%42.2) aldıklarını saptamıştır. Meksika'da klimakterik kadınlarda yapılan bir çalışmada¹¹³ ise kadınların % 83.8'inin menopozal yakınmalara yönelik bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca kadınların % 90.1'inin osteoporoz ve %37.2'sinin ise kardiyovasküler hastalıklar yönünden bu dönemin riskli olduklarını bildiklerini bulmuşlardır. Uptan³⁹ ve Oskay¹¹⁴ ise klimakterik kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların döneme yönelik bilgiyi çoğunlukla komşu ve akrabalarından aldıklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe basılı yayın ve radyo, TV'dan daha çok bilgi edindiklerini, eğitim düzeyi düştükçe arkadaş-komşu ve deneyimlerinden daha çok yararlandıkları saptamıştır. Özsoy ile Bayık'ın¹¹⁵ çalışmalarında kadınların %66.1'inin bu dönemi hiç kimseye paylaşmadıkları, %14.7'sinin arkadaşlarıyla, %11.1'inin hekimle ve % 1.7'sinin ise ebe-hemşireyle paylaştıkları belirlenmiştir. Pan ile arkadaşları¹¹⁶ yaptıkları çalışmada en yaygın bilgi kaynağı olarak gazete ve magazinleri bildirmişlerdir. Ersoy ile Göktuğ¹¹⁷ Ankara'da Cevizlidere'de (çok göç alan varoş bir mahalle) yaptıkları çalışmalarında kadınların klimakterik döneme yönelik bilgi almaya gereksinim duymadıklarını ve kulaktan dolma bilgilerle yetindiklerini saptamışlardır. Bu araştırmanın sonuçları Ergöl¹⁶ ve Ersoy ile Göktuğ'un¹¹⁷ sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar, çalışma grubundaki kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması, boş zamanlarını kitap, dergi gazete vs. okuyarak geçirme alışkanlıklarının yetersiz olması, bu dönemin bilgi alınması ve birtakım girişimler yapılması gereken bir dönem olarak algılanmaması ve kadına ait her türlü cinsel konuların tabu olarak kabul edilmesinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Kadınların % 59.8'i klimakterik dönemi vücutta değişiklikler olması, cinselliğin azalması ve doğurganlığın kaybolması nedenleriyle kötü olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 10). Konuyla ilgili olarak yapılan araştırmalarda da araştırma bulgularındaki aynı nedenlerden dolayı kadınların dönemi kötü olarak algıladıkları belirtilmektedir.^{15,66}

Araştırma bulgularına göre kadınların %17.2'si ise korunma yöntemi kullanmak zorunda kalmadıkları, ibadetleri aksatmadan yaptıkları, toplumda saygınlık kazandıkları, menstruasyon sıkıntılarında ve gebe kalmaktan kurtuldukları için dönemi iyi olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Bu araştırmanın sonuçları konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.^{11,15,17,20,118,119}

Deney ve kontrol grubundaki kadınların, klimakterik evre, döneme yönelik bilgi alma, bilgiyi alma kaynağı, dönemi nasıl algıladığı, iyi ve kötü algılama nedenlerine göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 10).

Araştırma bulgularına yönelik olarak verilen bu sonuçlar deney ve kontrol gruplarının birbiriyle oldukça benzer olduğunu ve örneklem grubunun homojen bir yapıya sahip olduğunu düşündürebilir.

5. 2.MENOPOZAL YAKINMALARA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.2.1. Çalışma Grubundaki Kadınların Sosyo-demografik ve Döneme Yönelik Özelliklerine Göre Menopozal Yakınmalarının Dağılımına Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde menopozal yakınmalardan olan adet düzensizliğine ait bulgular sosyodemografik değişkenlerden olan yaş ve döneme özgü değişkenlerden olan klimakterik evre dışındaki değişkenlerle tartışılmamıştır. Adet düzensizlikleri hormonal değişikliklerle seyreden bir yakınma olup kadınların yaş ve klimakterik evreleri dışındaki faktörlerden önemli boyutta etkilenmemektedir.

Yaş Grupları

Kadınların yaş gruplarına göre sıcak basması-gece terlemesi, disparoni ve adet düzensizliği yakınmalarının dağılımında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların 45-49 yaş grubunda bu yakınmaları en yoğun biçimde yaşadıkları saptanmıştır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da bu yakınmaların premenopoz evreye denk gelen 45-49 yaş grubunda daha sık görüldüğü saptanmıştır.^{8,120,121}

Kadınların yaş gruplarına göre, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, cinsel ilgide azalma ve sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarının

dağılımında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada yaşın menopozal yakınmalar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.¹²²

Eğitim Düzeyi

Kadınların eğitim düzeylerine göre uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik ve eklem-kas ağrılarının görülme dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11). Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda bu yakınmaların eğitim düzeyi düşük olan kadınlara göre daha az görüldüğü saptanmıştır. Konu ile ilgili olarak Malacara ile arkadaşları¹²¹ klimakterik kadınlarda yaptıkları bir çalışmada sıcak basması ve anksiyete gibi menopozal yakınmaların eğitim düzeyi düşük olanlarda daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Oskay da¹¹⁴ İstanbul'da klimakterik kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe menopoz dönemindeki sağlık sorunlarına yönelik bilgilerinin daha çok olduğunu saptamıştır. Bu sonuçlar, eğitim düzeyi yüksek kadınların egzersiz yapma oranlarının daha yüksek olması, stresle baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanabilmeleri, vücutlarına ve sağlık durumlarına daha çok önem verdikleri, sağlık hizmetlerinden daha etkin biçimde yararlanmaları, iş meşguliyetlerinin olması ve benlik saygılarının daha yüksek olmasının uykusuzluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik ve eklem-kas ağrıları yakınmalarının azalmasında etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Sıcak basması-gece terlemesi, içe kapanma-ağlama, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarında kadınların eğitim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11). Bardel¹²² de eğitim durumunun menopozal yakınmalarda farklılık oluşturmadığını saptamıştır. Bu sonuç araştırma sonucunu kısmen desteklemektedir. Çünkü bu çalışmada eğitim düzeyi bazı yakınmaların dağılımında gruplar arasında anlamlı farklılıklar oluşturmuştur. Bu sonuçların ise toplumun kadına verdiği değer, beslenme alışkanlıkları, cinselliğin yaşla birlikte toplumda algılanış biçiminden kaynaklanabileceği kültürel yapısından, kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Eşin Eğitim Düzeyi

Eşlerinin eğitim düzeylerinin kadınlarda görülen, sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma, sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarının dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ergöl¹⁶ çalışmasında kadınların eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça, kadınların klimakterik döneme özgü sorunları bilme durumlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarındaki artışın istatistiksel olarak anlamsız olduğunu saptamıştır. Ancak Şanlıoğlu³⁷ çalışmasında eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların menopozal döneme yönelik bilgi puanlarında artış olduğunu saptamıştır. İki farklı sonucu gösteren bu araştırmalardan Ergöl'ün¹⁶ sonucu araştırma sonucunu desteklemektedir. Ersoy ve Göktuğ da¹¹⁷ yaptıkları çalışmada kadınların bu dönemi kendi başlarına yaşadıklarını, cinselliğe ait tabulardan dolayı kimseyle paylaşmadıklarını saptamıştır. Bu araştırmanın sonucu bölgenin kültürel yapısıyla ilgili olarak kadınlar ile eşler arasındaki bilgi aktarımının yeterli olmamasına, cinselliğin bir tabu olarak görülüp konuşulmamasına ve ayrıca eşlerin çoğunlukla ilkökul ve ortaokul mezunu olduğu düşünülürse bu dönem ve döneme yönelik yakınmaların çözümüne yönelik bir bilgiye sahip olmadıkları düşünülebilir.

Medeni Durum

İştah değişikliği-kilo artışı yakınmalarının dul kadınlarda, evli kadınlara oranla daha az görüldüğü ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eşini kaybeden kadınlarda, kendilerini yeni rollerine hazırlayamamadan kaynaklanan yalnızlık, ümitsizlik ve depresyonun sonucu olarak iştah azalması görülebilmektedir.⁴ Bu araştırma sonucunun literatür doğrultusunda olduğu düşünülebilir.

Kadınların medeni durumlarına göre sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık-ağrılı miksiyon yakınmalarının dağılımında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırma sonuçlarına genel olarak bakıldığında medeni durumun menopozal yakınmalar üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu sonuç evli kadınların, dul kadınlara göre klimakterik dönemde görülen yakınmalara yönelik eşlerinden destek görerek farklılık oluşturmamalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışma durumu

Kadınların çalışma durumlarına göre uykusuzluk yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları ve sık-ağrılı miksiyon yakınmalarının dağılımında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo12). Menopozal yakınmaların ev hanımı olan kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Kendini meslek ve hobilerine veren kadınlarda menopozal yakınmalar daha az görülmektedir. İlgili literatürler^{15,38,123,124} çalışma yaşamının kadınlarda sürekli bir uğraşı olduğunu ve bununda menopozal yakınmaların görülmemesinde etkin olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmanın sonuçları ilgili literatürlerle benzerlik göstermektedir.

Sıcak basması-gece terlemesi, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ve disparoni, cinsel ilgide azalma yakınmalarının dağılımında çalışan ve ev hanımı olan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$)(Tablo 14). Bu sonuçların bölgenin kültürel yapısından kaynaklanan beslenme biçimi ve cinselliğe bakış açısından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Toplam aylık gelir

Kadınların toplam aylık gelir düzeyine göre uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik ve eklem-kas ağrısı yakınmalarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Aylık geliri düşük olan kadınlarda menopozal yakınmalar daha sık görülmektedir. Bu araştırmanın sonucu Ballinger'in çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.¹²⁵ Parasal olanaklar kadınların başka alanlara yönelmesine, diğer doyum kaynaklarının artmasına ve sonuçta bu dönemde görülen yakınmalardan daha az etkilenmesine neden olabileceği düşünülebilir. Diğer bir bakış açısı ile ekonomik yetersizliklerin menopozal yakınmaların artmasında etkili olabileceği düşünülebilir.

Kadınların toplam aylık gelir düzeylerinin sıcak basması-gece terlemesi, içe kapanma-ağlama iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride

kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık ve ağırlı miksiyon yakınmalarında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu sonucun da yine bölgenin kültürel yapısıyla bağdaşan beslenme biçimi ve toplumun cinselliğe bakış açısından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çocuk sayısı

Kadınların sahip oldukları çocuk sayısının baş ağrısı-baş dönmesi ve eklem-kas ağrısı yakınmalarının dağılımında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çocuk sayısı arttıkça her iki yakınmanın sıklığında azalma saptanmıştır. Konuyla ilgili olan bir literatürde çalışmayan kadınlarda menopoza döneminde evde çocuğu bulunmasının kadını yakınmalardan koruduğu savunulmaktadır.⁴ Araştırma sonucu kadınların çocuklarının sorumluluğundan kaynaklanan nedenlerle zamanını aktif ve dolu geçirmesinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Kadınlarda görülen sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık ve ağırlı miksiyon yakınmalarında çocuk sayısının istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Bakıma Muhtaç Bireye Sahip Olma Durumu

Kadınların bakıma muhtaç bireye sahip olma durumları, içe kapanma, konstipasyon-hemoroid ve deride kuruma pullanma yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$). Bakıma muhtaç bireye sahip olan kadınlarda menopozal yakınmaların daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bakıma muhtaç olarak belirlenen bireylerin genel olarak kayın valide ve kayın peder olduğu düşünülürse gelin pozisyonundaki kadınların dışarı açılmaları, arkadaş toplantılarına katılmalarının kısmen de olsa engellendiği düşünülebilir. Bu durumun kadınlarda içe kapanma-ağlama yakınmalarına neden olabileceği düşünülebilir. Ayrıca konstipasyon-hemoroid ve deride kuruma pullanma yakınmalarının klimakterik dönemin ilerleyen evrelerinde ortaya çıkması beklenen bir durumdur.⁴ Ancak kadınların beslenme biçimi, kendilerine gösterdikleri bakım ile bu sorunlar azaltılabilir. Bu sonuçlarda kadınların kendilerine

ayıracıkları zamanın az olması, ne yapacaklarını bilmemeleri ve bu yakınmaları önemsememelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, çarpıntı, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarında bakıma muhtaç bireye sahip olmanın gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Genel olarak bakıma muhtaç bireye sahip olma durumu menopozal yakınmaların görülme dağılımında anlamlı farklılık oluşturmamıştır. Çünkü örneklem grubundaki kadınların bakıma muhtaç olan bireylerin eşlerinin ana, baba ve kardeşleri olduğunu belirtmişlerdir. Bölgenin kültürel yapısına göre gelin konumundaki kadınların gelinlik görevleri arasında en bilinen ve yaygın olanının eşlerin anne ve babasına hizmet etmek, ölene kadar onlara bakmak, saygı göstermektir.¹²⁶ Araştırma kapsamındaki kadınların, bu bölgenin kültürel yapısıyla yetiştirildiği için bakıma muhtaç bireylere bakmayı görev olarak algıladığı ve bunu fazladan bir yük olarak görmediği düşünülebilir.

Evlilik Memnuniyeti

Kadınların evlilik hayatından memnun olma durumuna göre menopozal yakınmaların görülme dağılımı karşılaştırıldığında iştah değişikliği-kilo artışı yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Evlilik hayatından memnun olan kadınlarda iştah değişikliği-kilo artışı yakınmalarının daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Kadınlarda görülen sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık-ağrılı miksiyon yakınmalarında kadınların evlilik hayatından memnun olma durumlarının gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Konuyla ilgili literatürler^{5,15,124,127} kadınların yaşadıkları menopozal yakınmalar ile evlilik memnuniyeti arasında negatif yönde ilişki saptamışlardır. Mutlu bir evlilik ve birliktelik yaşayan kadınlarda menopozsal yakınmaların daha az görüldüğü saptanmıştır. Çalışmaların sonuçları araştırma sonuçlarını desteklememektedir. Bunun nedeninin kadınların aile ortamındaki memnuniyetten anladıkları ifadenin gerçek memnuniyet

ifadesiyle aynı anlama gelmemesinden kaynaklanabilir. Çünkü araştırma örneklemini oluşturan kadınların genel olarak eğitim düzeyi düşük, ekonomik bağımsızlığı olmayan kadınlardan oluşması ve bu bağlamda kadınların kanaatkar olma, erkeğine itaat etme, düşük beklenti düzeyi buldukları ortamdan memnun olmalarına ortam hazırladığı düşünülebilir.¹²⁶ Ayrıca kadın, eşiyile düşük beklentide uyumu yakaladıysa kendini mutluda sayabilir.¹²⁸

Ailede Alınan Kararlara Katılma Durumu

Kadınların ailede alınan kararlara katılma durumlarının disparoni yakınmasının dağılımında farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$). Ailedeki kararlara kısmen katılanlarda disparoninin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu sonucun ailede kararlara katılan kadınların cinselliğe yönelik yakınmalarını daha rahat bir biçimde aktarmalarından kaynaklanan bir sonuç olabileceği düşünülebilir.

Sıcak basması-gece terlemesi uykusuzluk-yorgunluk baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, cinsel ilgide azalma, sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarında kadınların ailede alınan kararlara katılma durumunun istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Erci¹²⁹ çalışmasında eğitim düzeyi düşük ve çalışmayan kadınların ailedeki kararlara katılma oranlarının çalışan ve eğitim düzeyi yüksek kadınlara göre daha düşük olduğunu belirlemiştir. Bu çalışmada çalışma grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun çalışmayan ve eğitim düzeyi düşük olan kadınlardan oluşması aile kararlarındaki etkinliklerinin yetersiz olduğunu düşündürebilir. Ayrıca bu araştırma sonuçlarını kararlara katılmayan kadınların, aile içindeki kararlarda erkeğin kadından daha fazla söz sahibi olmasını doğal karşılamalarından ve dini inançlarına göre bunun böyle olması gerektiğini düşünerek bunu yaşamlarında önemli bir problem olarak algılamamalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir.¹³⁰

Sigara kullanma Durumu

Sigara kullanan kadınlarda sıcak basması-gece terlemesi yakınmalarının daha sık görüldüğü saptanmıştır. Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda da^{121,122,124} sigara içen kadınlarda sıcak basması-gece terlenmesi yakınmaların daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçları, yapılan araştırma sonuçlarıyla uyum göstermektedir.

Uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma, sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarında kadınların sigara kullanma durumlarının istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu sonucun sigara içen kadınların genellikle eğitim düzeyi yüksek ve çalışan kadınlardan oluşmasından ve bu olumsuz durumu diğer olumlu yaşam biçimleriyle dengeledikleri düşünülebilir.

Boş zamanları değerlendirme

Kadınların boş zamanlarını değerlendirme biçimlerine göre uykusuzluk-yorgunluk, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, cinsel ilgi azlığı, sık ve ağrılı miksiyon gibi menopozal yakınmaların dağılımında istatistiksel farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Boş zamanlarını sosyal aktivitelerle geçiren kadınlarda menopozal yakınmaların daha az görüldüğü saptanmıştır. İlgili literatürde de¹⁵ kendilerine severek yapabildikleri hobi bulan, sosyal aktivitelere katılan kadınlarda klimakterik yakınmalar daha az görüldüğü belirtilmektedir. Bu araştırmanın sonucu ilgili literatürle benzerlik içindedir.

Sıcak basması-gece terlemesi, baş ağrısı-baş dönmesi, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon- hemoroid, çarpıntı, deride kuruma, pullanma, yüzde tüylenme, pubik kıllarda seyrelme ve disparoni yakınmalarında kadınların boş zamanlarını değerlendirme biçiminin gruplar arasında farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

KlimakterikEvre

Kadınların içinde bulunduğu klimakterik evrenin, adet düzensizlikleri ve iştah değişikliği-kilo artışı yakınmalarının dağılımında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15). Adet düzensizliğinin premenopozal dönemde, iştah değişikliği ve kilo artışının ise postmenopoz dönemde sık görüldüğü saptanmıştır. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda menopozal yakınmaların premenopoz ve perimenopoz dönemde daha sık görüldüğü belirtilmiştir.^{23,59,116,120,122,131}

Sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarının dağılımında klimakterik

evrenin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu sonuç araştırmanın başka bir sonucu olan “yaş gruplarının menopozal yakınmalar üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmama”sıyla uyumludur ve benzer biçimde yorumlanabilir.

Klimakterik Döneme Yönelik Bilgi Alma Durumu

Kadınların %65.5’inin döneme yönelik bilgi almadıkları saptanmıştır. Klimakterik döneme yönelik bilgi alma durumlarına göre kadınların menopozal yakınmaların dağılımı incelendiğinde sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı, sinirlilik ve çarpıntı yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Menopozal yakınmaların döneme yönelik bilgi almayan kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. Klimakterik dönem ve bu döneme yönelik değişiklikler ve yakınmalardan haberdar, baş etme yöntemlerini bilen kadınlar bu dönemi daha nitelikli bir yaşam biçimiyle karşılayabilir ve döneme yönelik baş etme mekanizmaları geliştirebilir.^{1,2}

İçeride kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma, sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarında kadınların bilgi alma durumu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$). Bu sonucun döneme yönelik alınan bilginin içeriği ve alma süresiyle ilişkili bir sonuç olabileceği düşünülebilir.

Klimakterik Döneme Yönelik Bilgi Alınan Kaynak

Klimakterik döneme yönelik kitle iletişim araçlarından bilgi alan kadınlarda uykusuzluk-yorgunluk yakınmaları diğer bilgi alma kaynaklarını kullanan kadınlara göre daha az sıklıkla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sıcak basması-gece terlemesi, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içeride kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma, sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarında kadınların klimakterik döneme yönelik bilgi alma kaynakları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamıştır ($p>0.05$). Yine bu sonuçlar verilen eğitim programının içeriği ve süresiyle ilişkili olarak ele alınabilir. Çünkü kadınların en yaygın bilgi alma kaynağının doktorlar olduğu göz önüne alınırsa bu durum sınırlı bir zamanda sınırlı

konularda bilgi alma ihtimalini yükseltmektedir. Böylece kadınlara verilen eğitimin amacına kısmen ulaşabileceği kaçınılmaz sonuç olarak görülebilir.

Klimakterik Dönemi Algılama Biçimi

Klimakterik dönemi kötü ve kısmen kötü algılayanlarda eklem-kas ağrısı, cinsel ilgide azalma ve ağrılı-sık miksiyon yakınmaları dönemi iyi algılayanlara göre daha sık görülmekte olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda dönemi kötü olarak algılayan kadınlarda menopozal yakınmaların daha sık görüldüğü saptanmıştır.^{17,20,132} Bu sonuçlar araştırmanın bulgularını desteklemektedir.

Sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma ve yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni yakınmalarında kadınların klimakterik dönemi algılama biçiminin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

5.2.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öntest Menopozal Yakınma Bulgularının Tartışılması

Çalışma grubundaki kadınların % 78.2'sinde sıcak basması-gece terlemesi yakınmaları saptanmıştır. Bu yakınma deney grubundaki kadınların % 76.7'sinde, kontrol grubundaki kadınların ise % 79.5'inde görüldüğü bulunmuş ve iki grubunu yakınmalarının dağılımında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14). Klimakterik kadınlarla Coşkun ile Hotun'un¹⁰⁹ İstanbul'da yaptıkları çalışmada sıcak basması-gece terlemesi % 72.9, Seçkin ve arkadaşlarının¹³³ Ankara'da yaptıkları çalışmada % 73.8, Işık ve Vural'ın¹³⁴ Ankara'da yaptıkları çalışmada %82.0 ve Valesco ve arkadaşlarının¹¹³ Meksika'da yaptıkları çalışmada % 70.9, Fuh ve arkadaşlarının¹⁹ Kinmen de yaptıkları çalışmada %15.1 sıcak basması-% 8.2 gece terlemesi, Pan ve arkadaşlarının¹¹⁶ yaptıkları çalışmada ise %38.0 olarak saptanmıştır. Dog ve arkadaşları¹³⁵ çalışmalarında Amerika'daki kadınların %80'inin klimakterik dönemde en az bir kez sıcak basması-gece telemesi yakınmasını deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Araştırma bulguları Fuh ile arkadaşlarının¹⁹ Kinmen'de ve Pan ile arkadaşlarının¹¹⁶ Taiwan'da yaptıkları çalışma bulgularına göre daha yüksek bulunmuştur.^{19,116} Araştırma bulgusunun Fuh ile arkadaşlarının¹⁹ ve Pan ile arkadaşlarının¹¹⁶ yaptıkları çalışma

sonuçlarına göre daha yüksek olmasının nedenleri olarak Asya kültüründe kadının statüsünün orta yaş döneminde yükselmesi, dönemi normal bir süreç olarak algılamaları, aile içi ve dışı sorumluluklarının fazla olması, ayrıca Asya kadınlarının batıdaki kadınlara göre sigara ve alkolü daha az tüketmeleri, besinlerinin daha az karbonhidrat ve yağ içermesi, birçok kadının yaşamında egzersizin yoğunlukta olması sayılabilmektedir.²⁴ Bunlara ek olarak yapılan bir çalışmada diyetle sıcak basmalarının %40 azaltılabileceği saptanmıştır.¹³⁶ Bu araştırmanın sonucu çalışma grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimlerinden olan beslenme, egzersiz ve kendini gerçekleştirme puanlarının düşük olmasıyla açıklanabilir.

Çalışma grubundaki kadınların uykusuzluk-yorgunluk yakınmaları %82.8 olarak belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların %76.7'sinde, kontrol grubundaki kadınların ise % 88.6'sında uykusuzluk-yorgunluk yakınmaları belirlenmiş ve iki grup arasında yakınmaların görülme dağılımına göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14). Uykusuzluk-yorgunluk yakınmasını Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ çalışmalarında % 71.3, Ertem ve arkadaşları³⁸ %71.4, Pan ile arkadaşları¹¹⁶ % 42.0, Velasco ile arkadaşları¹¹³ %53.5 olarak belirlemişlerdir. Araştırma sonucu Coşkun ile Hotun'un¹⁰⁹ ve Ertem ile arkadaşlarının³⁸ sonuçları ile kısmen benzerlik göstermektedir. Konu ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda^{3,8,10,15,71,137} gece-terlemesi sıcak basması yakınmasının kadınlarda uykusuzluk-yorgunluğa neden olduğu belirtilmiştir. Çalışma grubundaki uykusuzluk-yorgunluk yakınmalarının sıcak-basması-gece telemesi ile de ilişkili olabileceği düşünülebilir. Ayrıca çalışma grubundaki kadınların beslenme alışkanlıklarının da bu yakınmaları artırdığı düşünülebilir.

Çalışma grubundaki kadınların % 73.6'sında baş ağrısı-baş dönmesi yakınmaları görülmüştür. Deney grubundaki kadınların % 83.7'sinde, kontrol grubundaki kadınların ise %63.6'sında baş ağrısı-baş dönmesi yakınmaları saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında bu yakınmanın görülme oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 14). Bu farklılığın deney grubundaki baş ağrısı-baş dönmesi yakınmalarının fazla olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Baş ağrısı-baş dönmesi yakınmasını klimakterik kadınlarla yaptıkları çalışmada Ergöl¹⁶ %63.1, Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ %71.3, Ertem ve arkadaşları³⁸ % 62.1, Uptan³⁹ %34.0, Velasco ile arkadaşları¹¹³ %60.2 ve Fuh ile arkadaşları¹⁹ %37.5 olarak saptamışlardır. Bu

araştırmanın sonuçları Coşkun ile Hotun'un çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup diğer araştırma sonuçlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma grubundaki kadınların %71.3'ünde sinirlilik-gerginlik ve %43.7'sinde içe kapanma ağlama yakınması saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların % 67.4'ünde, kontrol grubundaki kadınların ise %75.0'inde sinirlilik-gerginlik yakınmaları belirlenmiş olup yakınmaların deney ve kontrol grupları arasındaki görülme dağılımı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yine deney grubundaki kadınların %53.5'inde, kontrol grubundaki kadınların ise %34.1'inde içe kapanma ağlama yakınmaları belirlenmiştir. Bu yakınmanın deney ve kontrol grupları arasındaki görülme dağılımı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 14). Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ çalışmalarında sinirlilik-gerginlik yakınmasını %74.5, içe kapanma-ağlama yakınmasını ise % 43.7 saptamışlardır. Ergöl¹⁶ ise çalışmasında sinirlilik-gerginlik yakınmasını %73.7, ağlama-içe kapanma yakınmasını ise %38.5 olarak belirlemiştir. Coşkun ile Hotun'un¹⁰⁹ ve Ergöl'ün¹⁶ çalışma bulguları bu araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca araştırma bulguları kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması, toplumun kadına verdiği değer, kültürel yapı, aylık gelir ortalamalarının düşük olması ve bunlarla da bağlantılı olarak kadınların aileden aldıkları sosyal desteğin az olması, aktif yaşantılarının yok denecek kadar az olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan eklem-kas ağrılarının çalışma grubundaki kadınların %77.0'sinde görüldüğü bulunmuştur. Bu yakınma deney grubundaki kadınların %79.1'inde kontrol grubundaki kadınların ise %75'inde görüldüğü saptanmıştır. Her iki grup arasında yakınmanın görülme dağılımında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 14). Klimakterik kadınlarda yapılan çalışmalarda eklem-kas ağrılarını Seçkin ve arkadaşları¹³³ % 82.3, Uptan³⁹ % 48.0, Ertem ile arkadaşları³⁸ % 83.5, Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ % 75.7, Fuh ile arkadaşları¹⁹ %38.5 olarak saptamışlardır. Bu araştırmanın bulguların Coşkun ile Hotun'un¹⁰⁹ bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada tamamen örtülü giyinen kadınların tamamında, başı örtülü kadınların %60'ında,örtülü giyinmeyen kadınların ise %40'ında D vitamini eksikliği saptanmıştır.¹³⁸ Menopozda östrojen yetmezliğine bağlı kalsiyum absorpsiyonu bozulacağından, kalsiyum ve D vitamini yönünden zengin gıdalara gereksinim vardır.² Yapılan bir araştırmaya göre bireylerin günlük süt, yoğurt

tüketimlerinin Türkiye için önerilen günlük miktarın çok altında olduğu ancak günlük peynir tüketiminin önerilen miktarı karşıladığı bulunmuştur.¹³⁹ Yapılan araştırma sonuçlarına göre, bu araştırmadan elde edilen sonuç, kadınların etkin egzersiz alışkanlıklarının olmaması, beslenme alışkanlıkları, dini inançlarından dolayı tamamen kapalı giyinmeleri, yeterince güneşten faydalanmamalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir.^{104,140,141}

İştah değişikliği-kilo artışı çalışma grubundaki kadınların %26.4'ünde saptanmıştır. Deney grubundaki kadınlarda %27.9, kontrol grubundaki kadınlarda ise % 25.0 oranlarda iştah değişikliği-kilo artışı yakınmaları gözlenmiş olup deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 14). Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ yaptıkları çalışmada kadınların % 44.2'sinde iştah değişikliği-kilo artışı saptamışlardır. Bu araştırmanın sonucu Hotun'un sonucuna göre daha düşük bulunmuştur. Sonuçlar arasındaki bu farklılığın bu araştırmada çalışma grubundaki kadınların kendilerini toplumdaki diğer kadınlara göre algılayışlarından ve kilolarını izlemenin gerekliliğinin önemi üzerinde durmamalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Konstipasyon-hemoroid yakınmasını çalışma grubundaki kadınların % 46'sının deneyimledikleri saptanmıştır. Konstipasyon-hemoroid yakınmasını deney grubundaki kadınların % 44.2'si, kontrol grubundaki kadınların ise %47.7'si deneyimlemişlerdir. Deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında konstipasyon-hemoroid yakınmaların görülme dağılımında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$)(Tablo 14). Konuyla ilgili olarak Ergöl'ün¹⁶ yaptığı çalışmada konstipasyon-hemoroid yakınmaları % 29.6, Coşkun ile Hotun'un¹⁰⁹ yaptıkları çalışmada ise konstipasyon-hemoroid yakınmaları % 35.2 olarak bulunmuştur. Bu araştırmanın sonucu Coşkun ile Hotun'un¹⁰⁹ çalışma sonucuyla kısmen uyum içinde olup görülme oranı biraz daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucu da yine Erzurum kadınlarının beslenme kültüründe meyve, sebze gibi posalı yiyeceklere çok fazla yer vermemelerinden (İklimin soğukluğundan), sedanter bir yaşamlarının olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Kadınların klimakterik dönemde yaşadıkları bir başka yakınma ise çarpıntıdır. Çarpıntıyı çalışma grubundaki kadınların %67.8'inin deneyimledikleri saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların % 65.1'i, kontrol grubundaki kadınların ise %70.5'i yaşamaktadır. Deney ve kontrol grupları arasında çarpıntının görülme oranlarında

anlamli farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$)(Tablo 14). Ertem ile arkadaşları³⁸ yaptıkları çalışmada kadınların çarpıntı yakınmasını % 70.0 oranında yaşadıklarını saptamıştır. Çarpıntı yakınmasını Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ çalışmalarında % 53.6, Ergöl¹⁶ çalışmasında % 49.7, Pan ile arkadaşları¹¹⁶ % 34.0 ve Özsoy ile Bayık¹¹⁵ çalışmalarında %34.0 olarak bulmuşlardır. Yakınma oranı Hotun'un çalışma sonucuna göre yüksek Ertem ve arkadaşlarının çalışma oranlarına göre düşüktür. Ertem ile arkadaşlarının çalışma sonuçları bu araştırmanın sonuçlarıyla uyum göstermektedir. Araştırma sonucunun kadınların demografik özelliklerinden ve bölgenin kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülebilir. Bölge kadınlarının kilolu olması, egzersizin yaşamlarında yer almaması gibi nedenlerin de çarpıntı yakınmasının diğer araştırma sonuçlarına göre daha sık görülmesinde rol oynayabileceği düşünülebilir.

Çalışma grubundaki kadınların % 34.5'inde deride kuruma-pullanma görüldüğü saptanmıştır. Bu yakınma deney grubundaki kadınların %30.2'sinde, kontrol grubundaki kadınların ise %38.6'sında belirlenmiş olup iki grup arasında yakınmaların görülme oranlarına göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14). Uptan³⁹ çalışmasında klimakterik kadınların % 34.0'ünde deride kuruma-pullanma yakınmasını belirlemiştir. Deride kuruma-pullanma yakınmasını Bloch ile arkadaşları¹²⁴ %56.8, Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ % 20.9, Ergöl¹⁶ ise % 21.8 olarak saptamışlardır. Uptan'ın³⁹ çalışma sonucu bu araştırmanın sonucunu desteklemektedir. Araştırmadan elde edilen bu sonuç çalışma grubundaki kadınların yalnızca %34.4'ünün postmenopoz ve postmenopoz sonrası dönemde olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Ayrıca deride kuruma-pullanma gibi değişiklikler, kadınların yaşının yanı sıra yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme ve olumsuz çevresel faktörlerden de etkilenebileceği düşünülebilir.⁴

Çalışma grubundaki kadınların % 18.4'ünde yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme yakınmasının görüldüğü belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların % 23.3'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise % 13.6'sının yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme yakınmasını yaşadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınlarda yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme yakınmanın görülme dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14). Ergöl¹⁶ çalışmasında kadınların % 17.9'unda, Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ ise % 42.4'ünde yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme yakınmalarını saptamışlardır. Ergöl'ün¹⁶ çalışma

sonucu araştırma sonucuyla benzerlik göstermekte olup Coşkun ile Hotun'un¹⁰⁹ sonucu çalışma sonuçlarına göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bu sonuç da yine çalışma grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun pre-perimenopoz (%65.6) dönemde olmalarından ve bu yakınmanın ise daha çok postmenopoz ve postmenopoz sonrası dönemde görülmesiyle açıklanabilir.

Çalışma grubundaki kadınların %18.4'ü disparoniye deneyimlemiş olarak bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların %14'ünde, kontrol grubundaki kadınların ise % 22.7'sinde disparoni saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınlarda disparoni görülme yönüyle farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14). Kadınlarda görülen disparoni ile ilişkili olduğu düşünülen bir diğer yakınma cinsel ilgi azlığıdır. Bu yakınma deney grubu kadınlarda %53.5, kontrol grubundaki kadınlarda ise %54.5 oranında belirlenmiş ve iki grup arasında görülme dağılımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). İlerleyen yaşla birlikte vajinanın esnekliği azalmakta, duvar kalınlığı incelmekte, uzunluğu ve genişliği değişmektedir. Disparoni yaşayan kadınlarda cinsel isteksizlik gelişebilmektedir.¹³⁷ Ancak bu sonucu sadece fizyolojik değişikliklerle açıklamak yetersiz olur. Çünkü bu yakınmaların aynı zamanda kadının kültürel yapısı, toplumun cinselliğe bakış açısı, erkeğin kadına verdiği değer ve cinsel olgunluk döneminde düzenli devam eden cinsel yaşamda etkilemektedir.^{11,50} Seçkin ve arkadaşları¹³³ kadınların %20 'sinde disparoni, Coşkun ve Hotun¹⁰⁹ kadınların % 47.4'ünde cinsel ilgi azlığı bulmuştur. Normal cinsel yaşamına devam eden kadınlarda bu yakınma daha az görülmektedir.^{50,142} İtalyada klimakteriklerde yapılan bir çalışmada kadınlarda %46 oranında libidoda azalma ve buna bağlı olarak disparoni saptanmıştır .¹⁴³ Disparoni vajinal atrofi ve vajinitis ile ilgilidir .¹²⁵ Kadınlarda görülen cinsel ilgi azlığının deneyimledikleri disparonin yanı sıra dönemi yaşlılığın başlangıcı, seksüel yaşamın bitişi, evlilik ilişkisinin ve kadınlık cazibesinin kaybı olarak düşünmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.^{15,66}

Sık ve ağrılı miksiyon yakınmasını çalışma grubundaki kadınların %40.2'si deneyimlemişlerdir. Deney grubundaki kadınların %51.2'si, kontrol grubundaki kadınların ise %29.5'i yaşamakta oldukları belirlenmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında bu yakınmanın görülme dağılımında anlamlı farklılık saptanmıştır ($P<0.05$)(Tablo 14). Bu farklılığın deney grubundaki kadınlarda sık-ağrılı miksiyon yakınmasının daha sık görülmesinden kaynaklanmaktadır. Fuh ile arkadaşları¹⁹

çalışmalarında klimakterik kadınların % 27.5'inin sık-ağrılı miksiyon yakınmasını deneyimlediklerini saptamışlardır. Sık-ağrılı miksiyon yakınmasını Coşkun ile Hotun¹⁰⁹ %35.2 ve Ergöl¹⁶ ise %42.7 olarak saptamıştır. Bu sonuçlar araştırma sonuçlarıyla kısmen benzerlik göstermektedir.

Adet düzensizliği çalışma grubunda % 27.6 olarak bulunmuştur. Deneysel grubundaki kadınların % 27.9'unda, kontrol grubundaki kadınların ise % 27.3'ünde adet düzensizliği olduğu ve gruplar arasındaki farkın dağılımı anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$)(Tablo 11). Bu çalışmada adet düzensizliğinin tamamen premenopozal dönemde görüldüğü saptanmıştır. Kadınlarda premenopoz döneminde östrojen ve progesteron yapımının kesilmesi sonucu menstruasyonlar düzensizleşmekte, siklus süreleri kısalmakta, fertilize azamaktadır.^{50,135}

Kadınların % 29.4'ünün sıcak basması-gece terlemesi, %25.2'sinin baş ağrısı-baş dönmesi, % 24.3'ünün uykusuzluk-yorgunluk, %24.3'ünün eklem-kas ağrıları ve %23.4'ünün sinirlilik-gerginlikle ilgili olarak endişe yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 15). Coşkun ve Hotun¹⁰⁹ ise kadınların %53.9'unun eklem-kas ağrılarında, %52.3'ünün sıcak basması-gece terlemesinde, %50.8'inin sinirlilik-gerginlikte, %48.3'ünün baş ağrısı-baş dönmesinde ve % 45.5'inin uykusuzluk-yorgunluk nedeniyle endişe yaşadıklarını belirlemişlerdir. Hotun'un⁴ çalışma bulguları endişe yaşanan yakınmalar olarak araştırma bulgularına benzerlik göstermelerine karşın, endişe oranları bu çalışmada daha düşük bulunmuştur. Ersoy ile Göktuğ¹¹⁷ çalışmalarında kadınların klimakterik dönemi yaşlılığın başlangıcı ve yaşlılıkla eş olarak algıladıkları için bu dönemdeki yakınmaları önemsemediklerini bulmuştur. Bu araştırmanın sonucu, çalışma grubundaki kadınların kültürel yapısıyla bağdaşan ve aşırı kadereci olmalarından kaynaklanan bir sonuç olabileceği gibi bu dönemdeki yakınmaların yaşlılığın bir göstergesi olarak düşünülüp önemsenilmediği de düşünülebilir.^{117,126}

Kadınların %11.3'ünün sıcak basması- gece terlemesinde, % 10.1'inin baş ağrısı- baş dönmesinde, % 9.2'sinin uykusuzluk-yorgunluk ve % 7.4'sinin ise sinirlilik-gerginlikle ilgili olarak öneri aldıkları bulunmuştur (Tablo 15). Coşkun ve Hotun¹⁰⁹ ise klimakterik kadınların % 26.5'inin eklem-kas ağrılarında, %22.7'sinin sıcak basması-gece terlemesinde, %22.4'ünün baş ağrısı-baş dönmesinde, % 19.3'ünün sinirlilik-gerginlikte ve % 18.4'ü de uykusuzluk-yorgunlukta öneri aldıklarını saptamışlardır. Coşkun ile Hotun'un¹⁰⁹ çalışması öneri alınan yakınmalar yönüyle bu araştırmanın

sonuçlarını desteklemesine karşın öneri alma oranları bu araştırmada daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç kadınların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacakları konusunda yeterli bilgilerinin olmamasından, bu bilgiye ulaşacakları kaynakları bilmemelerinden ve bu dönemi yaşlılığın başlangıcı olarak algılayıp önemsememelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.^{117,144}

5.2.3.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sontest Menopozal Yakınma Bulgularının Tartışılması (1. Hipotez: Deney grubuna verilen eğitim menopozal yakınmaları azaltır)

Deney grubundaki kadınların sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, cinsel ilgide azalma ve sık- ağırlı miksiyon yakınmalarında öntest ve sontest dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 16). Ancak deney grubundaki kadınların öntest ve sontest disparoni yakınmalarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 16).

Kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest sıcak basması-gece terlemesi, baş ağrısı-baş dönmesi yakınmalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farklılık kontrol grubu kadınlarda sontest menopozal yakınma dağılımındaki anlamlı artıştan kaynaklanmaktadır. Ancak kontrol grubu kadınların uykusuzluk-yorgunluk, sinirlilik-gerginlik, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo kaybı, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık- ağırlı miksiyon yakınmalarının öntestve sontest dağılım oranları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 17).

Deney ve kontrol gruplarına uygulanan sontest bulgularına göre; yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme ve sık-ağırlı miksiyon dışındaki bütün yakınmaların sıklık dağılımında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 17). Kültürel yapı kadınların bu döneme yönelik yakınmalarla nasıl baş edeceğini etkiler.¹²⁴ Uptan³⁹ Kuzey Kıbrıs 'da yaptığı çalışmasında eğitim öncesi eklem-kas ağrıları % 48 iken %19.1'e, Uykusuzluk yorgunluk % 50 iken % 21.3'e, sinirlilik

gerginlik %42 iken % 25.5'e, cinsel ilgi azlığı % 34 iken % 25.4'e, gece terlemesi-sıcak basması %40 iken % 17'ye düştüğü, eğitim önce ve sonrasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ertem ve arkadaşları³⁸ da klimakterik kadınlarda yaptıkları çalışmada deney grubuna verilen eğitimle kadınların menopozal bilgi düzeyinde eğitim sonrası kontrol grubuna göre anlamlı farklılıklar saptamışlardır. Ergöl¹⁶ çalışmasında menopozal yakınmalara yönelik uygulamaları bilmeleri ile bunları uygulamaları arasında pozitif yönde bir ilişki saptamıştır. Bu çalışma sonuçları araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Eğitim ile menopozal yakınmalarla baş etme öğretiler ve menopozal yakınmalar azaltılabilir. **(1.Hipotez kabul edilmiştir)**

5.3.MENOPOZAL TUTUMLARA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.3.1. Çalışma Grubundaki Kadınların Sosyodemografik ve Klimakterik Döneme Yönelik Özelliklerine Göre Menopozal Tutum Puan ortalamalarının Dağılımlarına Ait Bulguların Tartışılması

Yaş Grupları

Kadınların yaş gruplarının menopozal tutum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 19). Ergöl de¹⁶ araştırmasında yaşın menopozal tutum puan ortalamasında istatistiksel olarak farklılık oluşturmadığını saptamıştır. Lock da²³ çalışmasında yaşın menopozal tutumu etkilemediğini bulmuştur. Bu araştırma sonucunu Ergöl ve Lock'un çalışma sonuçları destekler niteliktedir.

Eğitim Düzeyi

Kadınların eğitim düzeylerinin menopozal tutumlarında farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19). Oskay'da¹¹⁴ araştırmasında eğitim durumunun menopozal tutumlar üzerinde etkisinin olmadığını saptamıştır. Oskay'ın¹¹⁴ sonucu araştırma sonucunu desteklemektedir. Ergöl¹⁶ çalışmasında yükseköğretim mezunu kadınların diğer eğitim düzeyindeki kadınlara göre daha olumlu tutum içinde olduklarını ancak farkın anlamsız olduğunu saptamıştır. Bu araştırmanın sonuçları Oskay ve Ergöl'ün çalışma sonuçları ile uyum içindedir.

Eşin Eğitim Düzeyi

Eşlerin eğitim düzeylerinin kadınların menopozal tutumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19). Bu araştırmanın çalışma grubundaki kadınların eşlerinden aldıkları desteğin en az düzeyde

olduğu ve eğitilmiş olmalarının kültürel yapılarının önüne geçemediği, bu konularda erkeklerin de bilgilerinin olmadığı ile ilgili olabileceği düşünülebilir.

Medeni Durum

Kadınların menopozal tutumları üzerinde medeni durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19). Ergöl'de¹⁶ araştırmasında medeni durumun menopozal tutum puan ortalamasında istatistiksel olarak farklılık oluşturmadığını saptamıştır. Araştırma sonucu Ergöl'ün sonucu ile uyum göstermektedir.

Çalışma Durumu

Kadınların çalışma durumunun menopozal tutum puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19). Bu sonucun, kadınların menopozal dönemi algılama biçimlerindeki benzerlikten kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Aylık Gelir

Kadınların toplam aylık gelir düzeyleri ile menopozal tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo19). Kültürle bağlantılı olarak belirlenmiş menopoz dönemiyle ilgili tutumlar kadının bu dönemi algılama şeklini ve baş edebilme kapasitesini çok etkilemektedir.¹⁰ Bu bağlamda araştırmanın sonucunu kültürel faktörlerin etkisinin, aylık gelir düzeyinden daha etkin olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çocuk Sayısı

Kadınların sahip oldukları çocuk sayısının menopozal tutum üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Bakıma Muhtaç Bireye Sahip Olma Durumu

Kadınların bakıma muhtaç bireye sahip olma durumlarının menopozal tutumları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 19).

Evlilikteki memnuniyet

Kadınların evlilik yaşantısındaki memnuniyet durumları menopozal tutumlarda farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20). Kadınların aile hayatını mutlu biçimde algılamalarının menopozal tutumlara etkisi beklenmektedir. Bu sonuç kadınların evlilikteki gerçek memnuniyet ifadesinden daha çok, olanla yetinmek ve düşük beklenti düzeyinden kaynaklanan bir memnuniyet ifadesinin olabileceği düşünülebilir.

Boş zamanları Değerlendirme Biçimi

Kadınların boş zamanlarını değerlendirme biçimlerine göre menopozal tutumlarında farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Ailede Alınan kararlara Katılma

Kadınların ailedeki kararlara katılmalarına göre menopozal tutumlarında farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 20). Ailedeki kararlara katılan kadınlarda menopozal tutum puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç ailede kararlara katılan kadınların çoğunlukla çalışan kadınların olmasından ve ailedeki kararlara katılmasından kaynaklanan daha tatminkar bir yaşantısının olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Sigara Kullanma Durumu

Kadınların sigara kullanma durumları menopozal tutumlarında anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Klimakterik Evre

Menopozal tutum üzerinde kadının içinde bulunduğu klimakterik evrenin farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 21). Ergöl¹⁶ araştırmasında menopoza girme durumunun menopozal tutum üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını saptamıştır. Ergöl'ün sonucu bu araştırmanın sonucuyla benzerlik gösterir niteliktedir.

Klimakterik Döneme Yönelik Bilgi Alma Durumu

Kadınların klimakterik döneme yönelik bilgi alma durumlarının menopozal tutumları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 21). Ancak bu farklılığı döneme yönelik bilgi alan kadınlar değil bilgi almayan ve kısmen bilgi alan kadınlar oluşturmuştur. Bilgi almayan ve kısmen bilgi alan kadınlar menopoza yönelik daha olumlu tutum içinde oldukları görülmüştür. Ergöl¹⁶ kadınların menopoza ilişkin tutumları ile döneme yönelik bilgi alma durumları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamsız bulmuştur. Araştırma sonucu Ergöl'ün¹⁶ sonucuyla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, kadınların aldıkları bilginin içeriği ve süresiyle ilgili bir sonuç olabileceği düşünülebilir.

Bilgi Alınan Kaynak

Kadınların döneme yönelik bilgi alma kaynaklarının menopozal tutumlarda farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 21). Bu sonucun, bilgi alma

kaynaklarının, kadınların birebir ihtiyaçlarına, sıkıntılarına, sorularına, beklentilerine cevap vermediğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Dönemi Algılama Biçimi

Kadınların dönemi algılama biçimleri menopozal tutumlarında farklılık oluşturmuştur ($p<0.05$) (Tablo 21). Dönemi iyi algılayanlarda menopozal tutum puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Menopozu kadınlığın sona ermesi olarak algılayan toplumlarda menopozu yönelik olumsuz tutum gelişmektedir.¹⁴⁵ Berger²⁰ batı ve doğu toplumlarında menopozal yakınmaları kross-kültürel olarak karşılaştırmış ve batıda yaşayan kadınların menopozu karşı daha olumsuz tutum içinde olduklarını saptamıştır. Çünkü batıdaki kadınlara göre menopoz güzellik, gençlik, doğurganlık, kadınlık hormonları gibi ciddi kayıpların olduğu bir dönemdir. Doğu kadınları için ise menopoz hastalık değil, yaşamın devam eden normal sürecidir. Doğu kadınları bu dönemi güzellikleriyle yaşarlar. Onlar için bu dönem, gebelik korkusu olmadan daha iyi sex, yaş itibarıyla çocukların büyüüp evden ayrıldıkları bir döneme denk geldiği için, daha çok zaman, özgürlük ve menstruasyon sıkıntılarından kurtuluştur.^{20,140}

5.3.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öntest Menopozal Tutumlarına Ait Bulgularının Tartışılması

Kadınların menopozal tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması deney grubu için 38.83 ± 13.87 , kontrol grubu için 36.88 ± 13.53 olarak saptanmış olup ölçeğin değerlendirme kriterine göre hem deney hem de kontrol grubu kadınların olumsuz tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Ayrıca öntest deney ve kontrol gruplarının menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 22). Ergöl' de¹⁶ klimakterik kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların olumsuz tutum içinde olduklarını saptamıştır ($x:39.80$). Ergöl'ün sonucu bu araştırmanın sonucuyla uyumluluk göstermektedir.

Kadınların olumsuz tutumlarının nedenleri annelik rolünün kaybı, evlilik ilişkisinin ve kadınlık cazibesinin kaybı, vücut postüründeki değişiklikler, fiziksel güç kaybı sayılabilir. Kadın bu dönemi cinsel yaşamının sonu gibi görür.^{15,66,124} Bloch¹²³ Avusturya'da yaptığı çalışmasında klimakterik kadınların % 35.3 menopozu karşı negatif duygular, %33.3 pozitif duygular, %27.5 tarafsız, %3.9 ilgisiz ve umursamaz tutumda olduklarını bulmuştur. Avusturya'daki klimakterik kadınların 1/3'ü menopozu

yönelik olumsuz tutum içindedirler. Çünkü toplumda menopoz tedavi görmesi gereken bir hastalık olarak algılanır ve o döneme giren kadın dayanılmaz acıları beklemeye başlar. Konuyla ilgili olarak yapılan başka bir çalışmada¹²⁵ ise Doğu araplarının menopoza olumlu yaklaştıkları saptanmıştır. Bunun nedeni ise doğum kontrol yöntemlerini kullanmayan bu kadınların menopoz dönemini doğurganlığın sonu olarak görüp mutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Lopez¹⁴⁶ çalışmasında kadınların %57.6'sının menopoza yönelik olumsuz tutum da olduklarını saptamıştır.

5.3.3.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sontest Menopozal Tutum Bulgularının Tartışılması Kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Deney grubundaki kadınların ise ön-test ve son-test menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 23). Deney ve kontrol grubundaki kadınların eğitim öncesi menopozal tutumları olumsuz iken eğitim sonrası deney grubundaki kadınların menopozal tutumları olumlu, kontrol grubundaki kadınların menopozal tutumları olumsuz olarak belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınlarda oluşan bu farklılık döneme yönelik araştırmacı tarafından verilen eğitimin bir sonucu olarak yorumlanabilir. Uptan³⁹ Kıbrısta klimakterik kadınlar üzerinde yaptığı çalışmasında kadınların menopoza yönelik eğitim-danışmanlık öncesi %72 , sonrası ise %89.4 oranla olumlu tutum içinde olduklarını saptamış ve verdiği eğitimin etkinliğini göstermiştir. Kotsriwrong da çalışmasında üç aylık bir eğitim süreci sonrasında kadınların menopozal tutumlarında olumlu değişiklikler saptamıştır.¹⁴⁷ Bu araştırmanın sonucu Uptan ve Kotsriwrong'un'ın sonuçlarıyla uyum göstermektedir . **(2. Hipotez kabul edildi)**

5. 4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.4.1.Çalışma Grubundaki Kadınların, Sosyodemografik ve Klimakterik Döneme Yönelik Özelliklerine Göre Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Dağılımına Ait Bulgularının Tartışılması

Yaş Grupları

Kadınların yaş gruplarına göre toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24). Wang³⁴, Chen⁴⁴, Pasinlioğlu ile Gözüm²⁸, Erci ile arkadaşları⁴³ yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak farklılık oluşturmadığını saptamışlardır. Bu sonuçlar araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Ancak Duffy³¹, Sayan ve Erci²⁹, Esin²⁶, Ahijevych ve Bernhard³⁰ yaptıkları çalışmalarda yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında anlamlı farklılık oluşturduğunu belirtmişlerdir. Ancak bu sonuçlar araştırma sonucunu desteklememektedir. Bu sonuç kadınların yaşla birlikte yaşamlarına kattıkları yeniliklerin deneme yanılma ile öğrendikleri yaşam biçimi ve kültürel özelliklerin derinliklerinden öteye gitmemiş olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Eğitim Düzeyi

Kadınların toplam sağlıklı yaşam biçim davranışları puan ortalamalarında eğitim düzeyi anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 24). Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlar ile çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalar araştırma bulgularını desteklemektedir.^{26,27,30-32,148,149} Sağlığı geliştirme modeline göre de eğitim düzeyi sağlıklı yaşam biçimini etkilemektedir.⁴⁹

Eşin Eğitim Düzeyi

Eşin eğitim düzeyi sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları üzerinde farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24). Bu sonuç eşlerin eğitim düzeylerinin çoğunlukla ilköğretim ve ortaokul mezunu olmalarından kaynaklanan bilgi düzeylerindeki yetersizlikten ve geleneksel yaşantılarına olan bağlılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Medeni Durum

Kadınların medeni durumunun, toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarında anlamlı farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 24). Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmaların sonuçları araştırma sonuçlarını desteklemektedir.^{28,29,30,32,34,39,43,45} Bu sonuç alt örneklem grubundaki kadınların tamamının evli veya eşi vefat etmiş kadınlardan oluşması ve dul olmanın ise toplumun kültürel yapısıyla da ilgili olarak yaşam biçimini değiştirecek bir faktör olarak algılanmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışma Durumu

Kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışları toplam puan ortalamalarında çalışma durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 24). Çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Esin²⁶ ve Ahijevech il Bernhard'ın³⁰ çalışma sonuçları bu araştırmanın sonuçları ile benzer niteliktedir.

Toplam Aylık Gelir

Kadınların toplam sağlıklı yaşam biçim davranışları puan ortalamaları ile toplam aylık gelirleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 24). Aylık gelir düzeyi yükseldikçe toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının da yükseldiği görülmüştür. Konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçları araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.^{26,27,29-31,33,36,149} Sağlığı geliştirme modeline göre aylık gelir sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesinde etkili bir faktördür.^{49,54}

Çocuk Sayısı

Kadınların çocuk sayısı toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24). Erci ve arkadaşları da¹⁵⁰ çocuk sayısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel farklılık oluşturmadığını saptamışlardır. Erci ile arkadaşlarının sonuçları bu araştırmanın sonucuyla uyum içindedir.

Bakıma Muhtaç Bireye Sahip Olma Durumu

Kadınların bakıma muhtaç bireye sahip olma durumuna göre toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24). Esin de²⁶ çalışmasında bağımlı birey sayısının olma durumunun

sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasını etkilemediğini bulmuştur (işçi). Esin'in sonucu araştırma sonucunu desteklemektedir. Sayan ile Erci²⁹, Ahijevych ile Bernhard³⁰ ve Stuijbergen'in³⁶ çalışma sonuçları ise bakıma muhtaç bireye sahip olma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu yönündedir. Bu fark bakıma muhtaç bireye sahip olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının daha düşük olması şeklindedir. Bu araştırmadaki sonucun, kadınların sahip oldukları bakıma muhtaç bireylerin kayınpeder ve kayınvalide olmalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Çünkü bölgenin kültürel yapısında kadının, eşinin anne, baba ve kardeşlerine bakma sorumluluğu vardır.¹²⁶ Kadınların bakıma muhtaç olan bu bireyleri fazladan bir yük olarak görmemelerinin ve yaşamlarının bir parçası olarak algılamalarının bir sonuca olabileceği düşünülebilir.

Evlilikteki memnuniyet

Kadınların evlilik yaşantısından memnun olma durumları sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 25). Esin²⁶ çalışmasında aile içi ilişkilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği ve aile içi ilişkileri iyi olan deneklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca Wang³⁴ ve Stuijbergen³⁶ ailedeki mutluluğun, desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olumlu yansıdığını bulmuşlardır. Esin²⁶, Wang³⁴ ve Stuijbergen'i³⁶ çalışma sonuçları bu araştırma sonuçlarını destekler özellikle bulunmamıştır. Bu sonucun kadınların evlilikteki memnuniyet algılamalarının altında yatan kültürel faktörlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Doğu kültüründe kadın itaatkar, kanaatkar ve elinde olanla yetinmelidir.¹²⁶ Çalışma grubundaki kadınların %91.9'unun evliliklerinden memnun olması da bu sonucu destekler niteliktedir.

Boş zamanları Değerlendirme Biçimi

Kadınların boş zamanlarını değerlendirme biçimlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 25). Kadınların genel olarak boş zamanlarını sağlıklı yaşam için önemli olan aktivitelerle geçirmemiş olmaları bu sonuca neden olabilir.

Ailede Alınan kararlara Katılma

Kadınların ailede alınan kararlar katılma durumları sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 25).

Sigara Kullanma Durumu

Sigara kullanma durumuna göre kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 25). Uptan'da³⁹ araştırmasında sigara kullanma durumlarına göre kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark saptamamıştır. Bu araştırma sonuçları Uptan'ın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Klimakterik Evre

Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları üzerinde kadınların içinde bulunduğu klimakterik evrenin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 26). Bu sonuç araştırmanın diğer bir bulgusu olan “yaş gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkisinin olmaması” ve bunun nedenleri ile uyum içindedir.

Klimakterik Döneme Yönelik Bilgi Alma Durumu

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları üzerinde kadınların döneme yönelik bilgi alma durumlarının anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 26). İlgili literatürlerde eğer birey sağlığını geliştirici davranışlar hakkında bilgi alırsa, yaşamı için stratejiler geliştireceği, başa çıkma mekanizmalarını güçlendireceği, öz güvenini artıracacağı, risk faktörlerini kendinden uzak tutmaya çalışacağı belirtilmiştir.^{36,105} Bu sonuçlar araştırma sonuçlarını desteklememektedir. Bunun nedeninin verilen klimakterik döneme yönelik eğitimin içeriği ve süresiyle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Dönemi Algılama Biçimi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında kadınların dönemi algılama biçimi, dönemi algılama biçiminin nedenlerinin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 26). Bilgiyi aldığı kaynak sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde farklılık oluşturmamıştır. Bilgi alınan kaynaktan öte bilginin kadınlarda bıraktığı etkisizlik düşünülürse tam anlamıyla alınmayan ve davranışa dönüştüremeyen bilginin çok anlamlı olmadığı düşünülebilir.

5.4.2. Çalışma Grubundaki Kadınların Öntest Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ait Bulgularının Tartışılması

Çalışma grubundaki kadınların toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 96.54 ± 18.10 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 96.32 ± 5.51 , kontrol grubu kadınların ise 96.75 ± 20.50 olarak saptanmış ve iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 27).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, Sayan ve Erci'nin²⁹ Erzurumda çalışan kadınlarda yaptığı çalışmada 122.50 ± 14.57 , Esin'in²⁶ İstanbul'da işçilerde yaptığı çalışmada 120.88 ± 20.42 , Esin'in kadınlarda yaptığı çalışmada 120 ± 20.42 , Pasinlioğlu ve Gözüm'ün²⁸ sağlık personelinde yaptıkları çalışmada 118 ± 14.6 , Erci ve arkadaşlarının¹⁵⁰ ebe ve hemşirelerde yaptıkları çalışmada ebeler için 122.8 ± 16.7 , hemşireler için 119.6 ± 26.3 , Gözüm ve Tezel'in³⁵ üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada 117.7 ± 17.3 , Yetkin ve Uzun'un¹⁵¹ üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada 122.07 ± 17.72 olarak saptanmıştır. Ayrıca Ahijevch ve Bernard'in³⁰ Afrikan Amerikalı kadınlarda yaptıkları çalışmada toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasını 121.03 ± 21.91 olarak belirlemişlerdir. Bu araştırmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları toplam puan için ve alt ölçekler için diğer bütün çalışmaların sonuçlarına göre çok daha düşük bulunmuştur. Bu sonucun çalışma grubundaki kadınların genelinin eğitim ve aylık gelir düzeyi düşük, ev hanımı olan kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca bölgenin yaşam biçimine etki eden kültürel yapısı da göz önüne alınmalıdır. Çünkü bireyler davranışlarının kültürel yaşamdan öğrenirler ve bu davranışları değiştirmek için para, eğitim ve farklı çevrelere ihtiyaç duyarlar. Bu nedenlerden dolayı bu araştırmadaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha düşük bulunmuş olabilir.

Çalışma grubundaki kadınlar sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden en yüksek puanı kişiler arası destekten aldıkları saptanmıştır. Erci ve arkadaşları da¹⁵² yaptıkları çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden olan kişiler arası destekten en yüksek madde puan ortalamasını aldıklarını saptamışlardır. Duffy ve arkadaşları da³¹ yaptıkları çalışmada araştırma kapsamına aldıkları bireylerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden en yüksek madde puan ortalamasının kişiler

arası destek ve kendini gerçekleştirmeden aldıklarını saptamışlardır. Pender ve arkadaşları¹⁵³, Duffy³¹, Lusk ve arkadaşları³², Kuster ve Fong³³ ise yaptıkları çalışmada örneklem grubundaki bireylerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden en yüksek madde puan ortalamasını kendini gerçekleştirmeden aldıklarını bulmuşlardır. Ahijevych ve Bernhard'ın³⁰ çalışmalarında ise en yüksek madde puan ortalamasını bireylerin sağlık sorumluluğu ve stres yönetiminden aldıklarını saptamışlardır. Bu sonuçlar araştırma bulgularıyla benzerlik göstermemektedir. Bu araştırma sonucundaki farklılığın bölgenin kültürel yapısından ve örneklem özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışma grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden en düşük madde puan ortalamasını egzersizden aldıkları saptanmıştır. Duffy³¹, Lusk ve arkadaşları³², Erci ve arkadaşları¹⁵² Gözüm ve Tezel³⁵, Pasinlioğlu ve Gözüm de²⁸ yaptıkları çalışmalarda örneklem grubundakilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden olan egzersizden en düşük madde puan ortalamasını aldıklarını bulmuşlardır. Bu araştırmanın sonuçları mevcut çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

5.4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sontest Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ait Bulgularının Tartışılması (3. Hipotez : Deney grubuna verilen eğitim sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırır)

Deney grubundaki kadınların öntest ve sontest sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 28). Bu farklılığın araştırmacı tarafından verilen planlı sağlık eğitiminden kaynaklandığı düşünülebilir.

Kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları ve alt boyutlarından olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 29). Ancak kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest egzersiz, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 29). Bu farklılık kontrol grubundaki kadınların sontest puan ortalamalarındaki artıştan kaynaklanmaktadır.

Eğitim verilmeyen kontrol grubundaki bu olumlu davranış değişiklikleri öntest olarak uygulanan formların uyarıcı etkisinin bir sonucu olarak düşünölebilir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 30). Ayrıca ölçeğin alt boyutlarından olan kendini geręekleřtirme, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi son-test puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 30). Ancak deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu görölmüştür ($p>0.05$) (Tablo 30).

Erci ve arkadaşları⁴³ ailelere verdikleri sağlık eğitimi sonrasında deney ve kontrol grubuna uyguladıkları sontest toplam sağlıklı yaşam biçim davranışları, kendini geręekleřtirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamışlardır. Ancak deney ve kontrol grubu arasında beslenme puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Chen⁴⁴ yaptığı çalışmasında planlı verdiği eğitim sonrasında deney ve kontrol grubundaki bireylerin sontest sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptamıştır. Chen'in arkadaşlarıyla⁴⁵ yaptığı bir başka çalışmada hemşirelik öğrencilerine sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik bir yıl süreyle yaptıkları eğitim sonrasında kişiler arası destek ve kendini geręekleřtirme dışında kalan diğer alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptamışlardır. Bu araştırma sonuçlarında da göröldüğü gibi planlı verilen sağlık eğitimi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarını bu konuda yapılan diğer araştırma sonuçları desteklemektedir. **(3. Hipotez kabul edildi)**

Bu bölümde Pender'in sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde direkt etkisini vurguladığı öz etkililik-yeterlilik, sağlığın önemi, sağlık durumunu algılama ve çok boyutlu sağlık kontrolü ölçeklerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Öz Etkililik-Yeterliliği Algılamaya Ait Öntest ve Sontest Bulgularının Tartışılması

Deney grubundaki kadınların öz etkililik-yeterlilik puan ortalaması 78.72 ± 15.27 , kontrol grubundaki kadınların ise öz etkililik-yeterlilik puan ortalaması 83.77 ± 14.06 olarak saptanmış olup deney ve kontrol grubu kadınların öntest öz etkililik-yeterlilik

algısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 27). Bu sonuç deney ve kontrol grubundaki kadınların öz etkililik-yeterlilik algısının benzer olduğunu göstermektedir. Gözüm ve Tezel³⁵ üniversite öğrencilerinde öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasını 86.3 ± 12.8 , Duffy ve arkadaşları³¹ Meksikalı Amerikan kadınlarda öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasını 84.1 ± 9.3 olarak bulmuşlardır.

Deney grubundaki kadınların öntest ve sontest öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 28). Kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 29). Deney grubundaki öz etkililik-yeterlilik puan ortalamasındaki anlamlı artışın araştırmacı tarafından verilen planlı sağlık eğitiminin bir sonucu olarak düşünülebilir.

Deney grubundaki kadınların sontest öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları 84.74 ± 14.35 , kontrol grubundaki kadınların ise 82.02 ± 18.08 olarak saptanmış olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 30). Deney grubundaki kadınların öz etkililik-yeterlilik öntest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşükken, eğitim sonrası daha yüksek bulunmuştur. Verilen eğitim programı deney grubu kadınların öz etkililik-yeterlilik puan ortalamalarında artış sağlamıştır (Tablo 28).

Çok Boyutlu Sağlık Kontrolünü Algılamaya Ait Öntest ve Sontest Bulgularının Tartışılması

Deney grubundaki kadınların ÇBSK ölçeğinin alt ölçeklerinden olan içsel sağlık kontrolü puan ortalaması 45.51 ± 10.14 , kontrol grubundaki kadınların içsel sağlık kontrolü puan ortalaması 47.13 ± 9.78 olarak saptanmış olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 27). Esin'in²⁷ kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada içsel sağlık kontrolü puan ortalaması 53.31 ± 10.75 , Gözüm ve Tezel'in³⁵ üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada içsel sağlık kontrolü puan ortalaması 50.6 ± 9.7 ve Esin'in²⁶ işçiler üzerinde yaptığı çalışmada içsel sağlık kontrolü puan ortalaması 49.37 ± 10.48 olarak saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre içsel sağlık kontrolü puan ortalamaları diğer çalışma sonuçlarına göre daha düşük bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre kadınların içsel puanlarının yüksek olmaması

bireyin kendi değerlerinin sağlığı üzerinde etkisinin düşük olduğunu göstermektedir. İçsel kontrol puanının yüksek olması bireyin sağlığı üzerindeki hakimiyetini göstermektedir.

Deney grubundaki kadınların ÇBSK ölçeğinin alt ölçeklerinden olan güçlü dışsal kontrol puan ortalaması 43.72 ± 12.62 , kontrol grubundaki kadınların 42.36 ± 13.36 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasındaki puan farkı anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 27). Esin'in²⁷ kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada güçlü dışsal kontrol puan ortalaması 53.31 ± 10.75 , Gözüm ve Tezel'in³⁵ üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada güçlü dışsal kontrol puan ortalaması 43.1 ± 10.4 ve Esin'in²⁶ işçiler üzerinde yaptığı çalışmada güçlü dışsal kontrol puan ortalaması 34.56 ± 9.51 olarak saptanmıştır. Güçlü dışsal etken puan ortalamalarının yüksek olması bireyin sağlığını kontrol etmede dış etkenlerin (sağlık personeli, arkadaş, aile) etkisinin fazlalığını göstermektedir. Bu araştırmada güçlü dışsal etken puan ortalamasının yüksek olması, kadınların kültürel yapılarından kaynaklanan, kendilerine yönelik her türlü kararın eş ve diğer aile büyükleri tarafından verilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.¹²⁶

Deney grubundaki kadınların ÇBSK ölçeğinin alt ölçeklerinden olan şans etkisi düzeyleri puan ortalaması 39.25, kontrol grubundaki kadınların 42.52 ± 11.71 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubunun puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 275). Esin'in²⁷ kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada şans etkisi düzeyleri puan ortalaması 37.27 ± 11.09 , Gözüm ve Tezel'in³⁵ üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada şans etkisi düzeyleri puan ortalaması 37.4 ± 9.1 ve Esin'in işçiler²⁶ üzerinde yaptığı çalışmada şans etkisi düzeyleri şans etkisi düzeyleri puan ortalaması 47.85 ± 10.84 olarak saptanmıştır. Şans etkisi puan ortalamasının yüksek olması ise bireyin şansa, talihe olurlarına bırakmışlığı verdiği değeri gösterir. Bütün bu sonuçlar bireylerin eğitim düzeylerindeki farklılık, yaş gruplarındaki farklılık ve kültürel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Deney grubundaki kadınların öntest ve sontest içsel sağlık kontrolü ve şans etkisi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$)(Tablo28). Ancak deney grubundaki kadınların öntest ve sontest güçlü dışsal kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$)(Tablo 28). Bu sonucun kadınların aile içinde etkin yer almamasından,

kendilerine ait kararların eşleri tarafından veriliyor olmasından, eğitim düzeylerinin düşük ve ekonomik bağımsızlıklarının olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kontrol grubundaki kadınların öntest ve sontest içsel sağlık kontrolü, güçlü dışsal kontrol ve şans etkisi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 29)

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest şans etkisi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 30). Deney grubundaki kadınlarda şans etkisi puan ortalamasının düşük olması olumlu bir sonuçtur. Bu farkın araştırmacı tarafından verilen eğitim programından kaynaklandığı düşünülebilir. Erdoğan ve Yılmaz¹⁴ çalışmasında kadınlara verilen eğitim yoluyla kişisel sağlığına ilişkin batıl inançları ve kötü alışkanlıkları yenecek, kaderci, her şeyi olduğu gibi kabul eden kişilikten kurtulacağını saptamıştır Ancak deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest içsel sağlık kontrolü ve güçlü dışsal kontrol arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$)(Tablo 28).

Sağlığın Önemi Algılamaya Ait Öntest ve Sontest Bulgularının Tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sağlığın önemi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 27). Esin²⁷ çalışmasında kadınların sağlığın önemi puan ortalaması ve standart sapmasını 8.27 ± 2.38 olarak bulmuştur. Esin²⁶ bir başka çalışmasında ise işçilerin sağlığın önemi puan ortalaması ve standart sapmasını 8.14 ± 2.28 olarak bulmuştur. Esin'in çalışmaları araştırma bulgularıyla uyum göstermektedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest sağlığın önemi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 30). Deney grubundaki kadınların sağlığın önemini algılama puan ortalamaları kontrol grubu kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, verilen eğitim programının kadınların sağlıklarının önemini algılama düzeylerini artırmada etkili olduğunu düşündürülebilir.

Sağlık Durumunu Algılamaya Ait Öntest ve Sontest Bulgularının Tartışılması

Araştırma bulgularında deney grubundaki kadınların sağlık durumunu algılama puan ortalamaları 2.44 ± 3.08 , kontrol grubundaki kadınların puan ortalamaları ise 2.27 ± 2.89 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının algılanan sağlık durumu puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 27). Bu sonuç her iki grubun sağlık durumunu algılama yönüyle benzer olduğunu göstermektedir. Gözüm ve Tezel³⁵ üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 69.9'unun kendisini iyi olarak algıladıklarını belirlemiştir. Esin²⁶ işçilerde sağlık durumunu algılama puan ortalamasını 1.80 ± 0.51 olarak saptamıştır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest sağlık durumunu algılama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 30). Bu sonuç, bölgenin kültürel yapısından kaynaklanan bir sonuç olarak düşünülebilir. Sağlık kültürüne göre değişen göreceli bir kavramdır.¹¹² Bölgenin kültürel anlayışına göre sağlık ve hastalık Allah'ın bir lütfu olarak düşünülür ve her ikisine de şükredilir, eğer kişinin hastalığı onu günlük işlerinden alıkoymayacak kadar güçlü değilse durumuna şükreder ve bir şey yapmaya gerek görmez.^{96,126} Bölgenin sağlık kavramına bu bakış açısından yola çıkarak eğitim öncesi algılanan sağlık durumunun gerçek bir iyilik hali olmadığı, ancak eğitim sonrası verilen yanıtların gerçek sağlık tanımına daha çok yaklaştığı, iyilik oranları öntest ve sontest de aynı olsa bile gerçek anlamda aynı olamayacağı düşünülebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma, klimakterik kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin, menopozal yakınma, menopozal tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini araştırmak amacı ile Abdurrahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesinde iki aşamalı olarak planlanmış ve yapılmıştır. Araştırmanın birinci aşaması araştırma problemini tanımlamak amacıyla 337 klimakterik kadın üzerinde ikinci aşaması ise 337 kadın arasından araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen 87 klimakterik kadın üzerinde, verilen planlı eğitimin etkisini saptamak amacıyla öntest-son-test yarı deneme modeli olarak yapılmıştır.

Araştırma problemini tanımlama aşamasının sonuçları;

☀ Kadınların en yaygın yaşadıkları menopozal yakınmaların uykusuzluk-yorgunluk (% 74.8), baş ağrısı-baş dönmesi (% 74.5), sıcak basması-gece terlemesi (%72.7), eklem-kas ağrıları (% 69.4), sinirlilik-gerginlik (%68.5) ve çarpıntı (%61.1) olduğu saptanmıştır.

☀ Kadınların yaygın olarak sıcak basması-gece terlemesi (%29.4), baş ağrısı-baş dönmesi (%25.2), uykusuzluk-yorgunluk (%24.3), eklem-kas ağrıları (%24.3) ve sinirlilik-gerginlik (%23.4) gibi menopozal yakınmalara yönelik endişe yaşadıkları belirlenmiştir.

☀ Kadınların en çok öneri aldıkları menopozal yakınmaların, sıcak basması-gece terlemesi (%11.3), baş ağrısı-baş dönmesi (% 10.1), uykusuzluk-yorgunluk (% 9.2) ve sinirlilik-gerginlik (% 7.4) olduğu saptanmıştır.

☀ Klimakterik kadınların menopozal tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 37.94 ± 12.58 olarak bulunmuştur.

☀ Klimakterik kadınların toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları kendini gerçekleştirme için 25.37 ± 8.36 , sağlık sorumluluğu için 17.49 ± 5.35 , egzersiz için 5.73 ± 1.93 , beslenme için 13.55 ± 4.06 kişiler arası destek için 17.88 ± 4.10 , stres yönetimi için 15.05 ± 4.47 ve ölçeğin toplam puanı için 94.64 ± 23.04 olarak saptanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasının sonucunda;

☀ Çalışma grubundaki kadınların büyük çoğunluğu 40-44 yaş grubunda (%36.8), ilkokul mezunu (%62.1), eşleri ortaokul mezunu (%36.8), evli (%86.2), ev hanımı (%93.1) ve bakıma muhtaç bireye sahip olanlardan (%67.5) olduğu saptanmıştır.

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların; yaş grupları, eğitim düzeyleri, eşlerinin eğitim düzeyleri, medeni durumları, çalışma durumları, çocuk sayısı ve bakıma muhtaç bireye sahip olma durumlarına göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Deney grubundaki kadınların toplam aylık gelir ortalaması 457.44 ± 314.55 , kontrol grubundaki kadınların ise toplam aylık gelir ortalaması 392.13 ± 221.52 olarak saptanmış olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Deney grubundaki kadınların sahip oldukları çocuk sayısının ortalaması 4.46 ± 1.95 , kontrol grubundaki kadınların ise çocuk sayısının ortalaması 3.79 ± 1.67 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınların sahip oldukları çocuk sayıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Deney grubundaki kadınların sahip oldukları bakıma muhtaç birey sayısının ortalaması 3.06 ± 1.28 , kontrol grubundaki kadınların sahip oldukları bakıma muhtaç birey sayısının ortalaması ise 2.65 ± 1.56 olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların sahip oldukları bakıma muhtaç birey sayıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların evlilik memnuniyeti, boş zamanları değerlendirme ve ailedeki kararlara katılma durumlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), sigara içme durumuna göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$) saptanmıştır.

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük oranının premenopoz dönemde (%56.3) ve döneme yönelik bilgi almamış (%65.5) kadınlardan oluştuğu saptanmıştır. Bilgi alan kadınların ise bu bilgiyi en yüksek oranla doktorlardan (%70.0) aldıkları saptanmıştır.

☀ Kadınların bu dönemi yaygın olarak kötü algıladıkları (%59.8) ve kötü algılamalarının en belirgin nedeninin ise vücutta olan olumsuz değişiklikler (%94.6) olduğu belirlenmiştir.

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların, klimakterik evre, döneme yönelik bilgi alma, bilgiyi alma kaynağı ve dönemi algılama biçimlerine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınlarda menopozal yakınmaların görülme sıklığı karşılaştırıldığında baş ağrısı-baş dönmesi ve sık-ağrılı miksiyon yakınmalarının görülme sıklığında iki grup arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

☀ Kadınların farklı yaş grubunda olmalarının sıcak basması-gece terlemesi disaroni ve adet düzensizliği yakınmalarının dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

☀ Kadınların eğitim düzeyinin, uykusuzluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik ve eklem-kas ağrılarının görülme dağılımında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

☀ Eşlerin eğitim düzeylerinin kadınlarda görülen menopozal yakınmalarda gruplar arasında istatistiksel farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

☀ Menopozal yakınmalardan iştah değişikliği ve kilo kaybının evlilerde (%58.3) bekarlara (%21.3) oranla daha sık görüldüğü ve bu dağılımın her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür ($p<0.05$).

☀ Kadınların çalışma durumlarına göre, uykusuzluk yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, içe kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları ve sık-ağrılı miksiyon gibi menopozal yakınmaların dağılımında deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Menopozal yakınmaların ev hanımlarında çalışan kadınlara oranla daha sık görüldüğü saptanmıştır.

☀ Toplam aylık gelirin uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, eklem-kas ağrısı ve adet düzensizliği yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

☀ Kadınların sahip oldukları çocuk sayısının, baş ağrısı-baş dönmesi ve eklem-kas ağrısı gibi menopozal yakınmaların dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

☀ Bakıma muhtaç bireye sahip olma durumuna göre kadınlarda görülen içe kapanma, kabızlık ve deride kuruma pullanma gibi menopozal yakınmaların dağılımı arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bakıma muhtaç bireye sahip olan kadınlarda menopozal yakınmaların daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

☀ Kadınların evlilik yaşantılarındaki memnuniyetlerinin, iştah değişikliği-kilo kaybı yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Evlilik yaşamından memnun olan kadınlarda iştahsızlık-kilo kaybı daha sık görülmektedir.

☀ Sigara kullanan kadınlarda sıcak basması-gece terlemesi yakınmalarının daha sıklıkla görüldüğü saptanmış ve sigara içme durumuna göre iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

☀ Kadınların boş zamanlarını değerlendirme biçimlerine göre uykusuzluk-yorgunluk, sinirlilik-gerginlik, iştah kapanma-ağlama, eklem-kas ağrıları, cinsel ilgi azlığı ve sık ve ağrılı miksiyon yakınmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

☀ Kadınların klimakterik evrelere göre, adet düzensizlikleri ve iştah değişikliği-kilo kaybı yakınmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

☀ Kadınların klimakterik döneme yönelik bilgi alma durumlarına göre sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı, sinirlilik ve çarpıntı yakınmalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

☀ Klimakterik dönemi kötü ve kısmen kötü algılayanlarda eklem-kas ağrısı, cinsel ilgide azalma ve ağrılı-sık miksiyon yakınmaları dönemi iyi algılayanlara göre daha sık görülmekte olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

☀ Sıcak basması-gece terlemesi, konstipasyon-hemoroid, deride kuruma-pullanma, yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme, cinsel ilgide azalma ve sık- ağrılı miksiyon yakınmalarında deney grubu kadınların öntest ve sontest sıklık dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, eklem-kas ağrıları, çarpıntı ve disparoni yakınmalarında deney grubu öntest ve sontest sıklık dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Genel olarak deney grubu kadınların sontest menopozal yakınma oranlarının, öntest yakınma oranlarına göre daha düşük olduğu görülmüştür.

☀ Yaş grubu, eğitim düzeyi, eşlerin eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve bakıma muhtaç bireye sahip olma durumu gibi kadınlara ait sosyo-

demografik özelliklerin menopozal tutum puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

☀ Kadınların evlilik yaşantısındaki memnuniyetleri, boş zamanları değerlendirme biçimleri ve sigara kullanma durumları menopozal tutum puan ortalamalarında anlamlı farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p<0.05$).

☀ Deney grubu kadınların öntest ile sontest menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

☀ Kontrol grubu kadınların öntest ile sontest menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların sontest menopozal tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest çok boyutlu sağlık kontrolü, sağlığın önemi, sağlık durumunu algılama ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Klimakterik kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışları toplam puan ortalamasının eğitim düzeyi ve çalışıyor olma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlar ile çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

☀ Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları ile aylık gelirleri arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

☀ Kadınların yaş grupları, eşlerin eğitim düzeyleri, medeni durumları, sahip olunan çocuk sayıları ve bakıma muhtaç bireye sahip olma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında gruplar arasında farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

☀ Kadınların içinde buldukları klimakterik evre, döneme yönelik bilgi alma durumları, dönemi algılama biçimleri ve dönemi böyle algılamalarının nedenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

☀ Kontrol grubundaki kadınların öntest ile sontest egzersiz, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak öntest ve sontest toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve kendini gerçekleştirme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Deney grubundaki kadınların öntest ile sontest toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest ile sontest toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetiminden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), ancak sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların öntest ile sontest şans etkisi ve sağlığın önemini algılama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak öz etkililik-yeterlilik, içsel sağlık kontrolü ve güçlü dışsal kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

☀Klimakterik kadınlara verilen planlı sağlık eğitimi, döneme özgü yakınmaları azaltmıştır.

☀ Deney ve kontrol grubundaki kadınların menopozal tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır. Planlı sağlık eğitimi alan deney grubundaki kadınlarda olumlu menopozal tutum oluşmuştur.

☀Deney ve kontrol grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Deney grubundaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

▼ Kadınlara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öneminin kavratılacağı eğitim programlarının hazırlanması,

▼ Klimakterik kadınların döneme yönelik yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik girişimlerin hizmet içi eğitim programlarıyla ebe ve hemşirelere anlatılarak öneminin kavratılması,

▼ Ebe ve hemşirelerin, bütün çalışma alanlarında olanaklar ölçüsünde klimakterik kadınlara yönelik danışmanlık yapmaları, kadınların dönemle ilgili beklentileri, değerleri, destek sistemler ve sıkıntılarını değerlendirmeleri,

▼ Klimakterik kadınlara yönelik eğitim programlarının planlı bir biçimde yaygınlaştırılması, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığının bu amaçla kullanılması, ancak çalışma grubunda olmayan kadınlardan (kitapçığı talep eden çalışma grubunda olmayan kadınlar) alınan geri bildirimler doğrultusunda kitapçığın biraz daha basite indirgenerek ve resimlendirilerek kullanılması,

▼ Klimakterik kadınlara yönelik eğitim programlarının daha geniş bir alanda ve multidisipliner olarak yapılması,

▼ Klimakterik döneme yönelik yerel televizyonların, radyoların ve gazetelerin kullanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Karanisoğlu H. Klimakterik dönem. Coşkun A, ed. Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı. Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul 1996: 184-203.
- 2- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset matbaacılık. Ankara 2002.
- 3-Hawkins J, Higgins L. Gynecological Nursing. J.B. Lippincott Company. Philadelphia / Toronto. 1981: 463-470.
- 4- Hotun N. Bir klometremetre taşı. Menopoz Çevik Matbaacılık. 1998, İstanbul.
- 5-Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi. Nisan-Haziran 2002;5(2):5-12.
- 6- Dennerstein L. Well-being symptoms and the menopausal transition. Maturitas 1996;23(2):147-157.
- 7- Akkuzu G, Akın A. Menopoz sonrası ve yaşlılık döneminde kadının sağlık sorunları. Sağlık ve Toplum. Temmuz-Aralık 1998; 8(3-4): 68-72.
- 8- Huffman SB, Myers JE . Counseling women in midlife: an integrative approach to menopause. Journal of Counseling&Development 1999; 77(3):258-267.
- 9- Coudle P, Chen S. Care of women. In Clark MJ, ed. Nursing in the community. A Puplicing Divison of Prentice Hall. Connecticut 1992: 490-521.
- 10- Baştürk M, Tayyar M, Kuğu N, Gönül A, Reyhancan M, Yabanoğlu İ. Menopoz kliniğine başvuran kadınlarda psikiyatrik değerlendirme. IV. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. İstanbul 30 Ekim- 1 Kasım 1996.
- 11- Lowdermik DL, Perry SE, Bobok IM. Maternity and wonen's Health Care Infertility . St Louis Mosby . 1997: 1200-1213.
- 12- Işık G, Vural G. Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2001;1 (1):39-48.
- 13- Özdağ N. Menopoz, Osteoporoz ve hormon replasman tedavisi. Hemşire. Mart-Nisan 1998 : 48 (2).9-11.

- 14- Erdoğan E, Yılmaz D. Kadınların menopoz konusundaki bilgilerinin araştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1987;3 (2):11-21.
- 15- Güler K. Menopoz ve hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni . 1984; I (4): 14-19.
- 16- Ergöl Ş. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları. Sağlık ve Toplum Ocak/Mart 2001;1:49-57.
- 17- Hvas L. Positive aspects of menopause. A qualitative study. Maturitas 2001;39:11-17.
- 18- Cuong DT. Risks and benefits of hormone replacement therapy. <http://matweb.hcuge.ch/bookmp/143.htm>
- 19- Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Juang KD, Chin LM. The Kinmen women health investigation (KIWI): a menopausal study of a population aged 40-54. Maturitas 2001;39:117-124.
- 20- Berger G, Wenzel E. Women, body and society. Cross-culturel differans in menopause experiences. <http://www.ldb.org/menopause.htm>
- 21- Menopause affects Japanese women less than westerners. http://www.pslgroup.com/dg/9020_e.htm
- 22- Cross-cultural perspectives. <http://www.webster.edu/woolfilm/ageismeross.html>.
- 23- Lock M. Contested meanings of the menopause. The Lancet 1991; 337 (25): 1270-1271.
- 24- Punyahotra S. An Asian perspective of the menopause. Maturitas 1999;27(1):3
- 25- Jimenez LJ, Perez SG. The attitude of the woman in menopause and its influence on the climacteric. Ginecol Obstet Mex 1999; 67:319-322.
- 26- Esin Özabacı N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi. İstanbul, 1997.
- 27- Esin N. Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 14-18 Nisan 1998. Adana. 52-55.
- 28- Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2 (2): 60-68.

- 29- Sayan A, Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 2001; 4 (2) :11-19.
- 30- Ahijevych K, Bernhard L. Health promotion behaviors of African American Women. Nursing Research 1994; 43 (2): 86-89.
- 31- Duffy ME. Health promotion in the family: current findings and directives for nursing research. Perspectives in family and community health. In Sauciers K, ed. Mosby year book. St Louis Baltimore 1991; 310-319.
- 32- Lusk SL, Kerr M; Ronis DL. Health-promoting lifestyles of blue-color, skilled trade, and white-collar workers. Nursing Research 1995;44(1); 20-23.
- 33- Kuster AE, Fong CM. Further psychometric evaluation of the Spanish Language health-promoting lifestyle profile. Nursing Research 1993;42 (5):266-269.
- 34- Wang HH. A comparison of two models of health promoting lifestyle in rural elderly Taiwanese women. Public Health Nursing 2001; 18 (3): 204-211.
- 35- Gözüm S, Tezel A. Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin path analiziyle açıklanması. I. Uluslar Arası-VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Kongre Kitabı. Antalya 29 Ekim-2 Kasım 2000:294-300.
- 36- Stuifbergen AK, Becker H, Sands D. Barriers to health promotion for individuals with disabilities. Perspectives in Family and Community Health. Mosby Year Book. St. Lois Baltimore 1991:386-394.
- 37- Şanlıoğlu S. Kastamonu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 45-60 yaş grubu kadınların menopoza ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. Ankara 2001.
- 38- Karacan Ertem G, Şirin A. Menopoz polikliniğine başvuran kadınların menopoza ilişkin yakınmalarına verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi.I. Uluslar arası VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi. Kongre kitabı. Antalya,Türkiye, 29 Ekim- 2 Kasım 2000: 256-259.
- 39- Uptan S. Klimakterik dönemdeki kadınların öz-bakım gücünün artırılmasında hemşirenin rolü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul 1999.
- 40- Collier P. Health behaviors of women. Nursing Clinics Of North America. 1982;17(1):121-126.

- 41- Faye JL, Stefanie GC. Discomforts of the perimenopause. JOGN February 1996:173-180.
- 42- Conboy I, Domar A, Connel EO. Women at mid-life: symptoms, attitudes, and choices, an internet based survey. Maturitas 2001; 38(29):211-215.
- 43- Erci B, Kılıç D, Tortumluoğlu G. Ailelere verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;4 (1):33-40.
- 44- Chen MY. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. Public Health Nursing 1999; 16(2): 125-132.
- 45- Chen MY, Huang LH, Wang EK et al. The effectiveness of health promotion counseling for overweight adolescent nursing students in Taiwan. Public Health Nursing 2001; 18(5): 350-356.
- 46- Sağlığı Geliştirme. Dünya Sağlık Örgütü Yayını, WHO/HPR/HEP/95.1. 17-21 Kasım 1986 Ottawa, Ontario, KANADA.
- 47- Cook MJ. Perimenopause; An opportunity for health promotion. JOGN May/June 1993:223-228.
- 48- Atalay M. Tel H. Gelecek yüzyılda hemşirelikte lisans eğitiminin vizyonu. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1999;3(2):47-54.
- 49- Tillett LA, Nola J, Pender. The health promotion. In Tomey MA, Alligood MR, eds. Nursing Theorist and their work. Mosby, St Louis Baltimore 1998; 529-535.
- 50- Karanisaoğlu H. Menopozda cinsel işlev bozuklukları ve hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni. 1989; (III) 14: 103-106.
- 51- Edelman C, Milio N. Health defined; pPromotion and specific protection. In Edelman C, Mondle CL, eds. Health Promotion throughout the lifespan. The C.V. Mosb. Company. Princeton , 1986: 2-92.
- 52- Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1998;2(1):35-41.
- 53- Redland AR, Stufbergen AK. Strategies for maintenance of health-promoting behaviours. Advances in clinical Nursing Research. June 1993; 28(2): 427-442.
- 54- Pender NJ, Murdaug CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice 2002. <http://www.nursing.umich.edu/faculty/chart.gif>

- 55- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. (2 nd ed).Norwalk, CT:Appleton&Lange, California 1987.
- 56- Ertüngealp E, Seyisoğlu H. Klimakterium ve Menopoz. Kişnişçi HA ve ark, eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi. Ankara 1996:1319-1351.
- 57- Çay G. Klimakterium ve menopoz döneminde hormon replasman tedavisi. Hemşire Dergisi 1998;48 (4): 12-15.
- 58- Çanga Ş, Önder İ. Propedötik (Kadın-Doğum). Ar Basım-Yayın Ve Dağıtım A.Ş. İstanbul 1982.
- 59- Saraçoğlu F. Menopoz ve hormon replasman tedavisi. Türk Hemşireler Dergisi 1997;47(4):37-48.
- 60- Greendale GA. Lee NP. Arriola ER. The menopause. Lancet 1999; 353 (9152) :571-580.
- 61- Rudy DR. Kadınlarda klimakterik sorunlar. In Rudy DR, Kurwski K, eds. Aile Hekimliği Cilt II. Çeviren: El-Hüseyni N. Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş. İstanbul 1998;329-340.
- 62- Menopause: Another change in life. <http://www.hioti.com>
- 63- Menopoz ve klimakterium. <http://www.explorer.msn.com>.
- 64- Gomel V, Munro MG, Röve T. Jinekoloji. Çeviri: Attar NE. Atlas Kitapçılık Tic. Ltd.Şti. Ankara 1995:1-350.
- 65- Taşkın L. Anne Sağlığı Hemşireliği. Hürbilek Matbaacılık. Ankara1993.
- 66-Yürekli A. Menopoz ve psikolojik destek. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 4(2): 49-54.
- 67- Menopause Problems. <http://www.menopause.online.com/intl.asp>
- 68- Menopause 101. <http://www.hioti.com>
- 69- Bükülmez O. Hormon replasman tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 1998;29(4);60-69.
- 70- Menopoz son değil başlangıç olabilir. <http://search.msn.com/results.com>
- 71- Batı E. Menopoz. <http://explorer.msn.com>
- 72- Hot Flashes. <http://womenshealth.about.com>
- 73- Greene JG, Cooke DJ. Life stress and symptoms at the climacterium. British Jouernal of Psychiatry 1980;136:486-491.
- 74- Aber CS. Arathuzik DR. Womens perceptions and concern about menopause. Clin Excell Nurse Pract 1998; 2 (4):232-238.

- 75-Reynolds M, Tindall VR. Gynaecological Nursing. Blackwell Scientific Publications. London 1984.
- 76- Ertüngealp E ve ark. Changes in bone mineral density with age, menopausal status and body mass index in Turkish women. *Climacteric* 1999;245-251.
- 77- Eskiuyurt N, Akyüz G. Osteoporoz: Genel bir değerlendirme. Karaaslan Y, Akyüz G, eds. Osteoporoz 40.MD Yayıncılık. Ankara. 2002:1-22.
- 78- Stanhope M, Lancaster J. Community Health Nursing. Promoting health of aggregates, families and individuals. Mosby-Year Book. United States 1992.
- 79- Hotun N, Menopoz kliniği yönetimi. V.Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir 2-4 Temmuz 1997.
- 80-Sayan A. Beslenme alışkanlıkları ve temel besin gereksinimleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 2 (2):53-66.
- 81- Sürücüoğlu S. Beslenme ve sağlığımız. *Standart* 1999;38(448):40-52.
- 82- Palank CT. Determinants of health- promotive behaviors. *Nursing Clinics Of North America*.1991;26 (4):815-831.
- 83-Tanner EK. Assesment of a health promotive lifestyle. *Nursing Clinics of North America*. 1991;26 (1): 845-853.
- 84- Jones LC, Trabeaux S. Women's Health. Community Health Nursing. Stanhope M, Lancaster J, eds.Mosby-Year Book. St. Louise Missouri, 1996:545-564.
- 85- Managing menopause with diet. <http://www.find.article.com>
- 86-Bayık A. Kadın sağlığı. Erefe İ, ed. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul 1999:156-169.
- 87- Van Winter JT, Bernard ME. Oral contraception use during the perimenopausal years .*Am Fam Pysician* 1998; 58(6) :1375-1382.
- 88-Peddicord K. Strategies for promoting stres reduction and relaxation . *Nursing Clinics Of North America*.1991;26 (4):867-874.
- 89- Baltaş A. Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi. İstanbul, 1993.
- 90- Pektekin Ç. Stres ve başa çıkma yolları. *Hemşirelik Bülteni* 1990;IV (15):95-106.
- 91- Damrosch S. General strategies for motivating people to change of their behavior. . *Nursing Clinics Of North America*.1991;26 (4);833-843.
- 92- Gözüm S. Bağ B. Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;1 (2):32-43.

- 93- Spellbring AM. Nursings role in health promotion. Nursing Clinics Of North America.1991;26 (4) ;805-815.
- 94- Bacanlı H. Gelişim ve Öğrenme. Nobel Yayın Dağıtım. 4. geliştirilmiş baskı. Ankara 2001:179-195.
- 95- Marriner A. Nursing theorist and their work. The C.V. Mosby Company. St. Louis, Toronto, 1986.
- 96- Öztekin Z. Sağlık kavramı ve birinci basamak sağlık hizmetleri. Hacettepe dergisi, 2000; 31(1):73-77.
- 97- Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği. SOMGÜR Yayıncılık. Ankara 1996.
- 98- Spradley BW. Community Health Nursing Concepts And Practice. Little Brown And Company, Boston 1981.
- 99- Birol L. Hemşirelik Süreci. BOZKAYA Matbaacılık.İzmir, 2000.
- 100- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, İbrikçi S. Sağlığı sürdürme sağlığı geliştirme ve hemşirelik. Hemşirelik Bülteni. 1994; VIII (32): 28-35.
- 101- Özbay Y. Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. Erol Ofset. Trabzon 2001.
- 102- Eells Walsh Ma. Strategies for promotion of avoiding harmful substances. Nursing Clinics Of North America. 1991;26 (4);915-927.
- 103- Edmuds MW. Strategies for promoting physical fitness. Nursing Clinics Of North America.1991;26 (4):855-866.
- 104- Drican R. Toplum Hekimliği. Hatipoğlu Yayınevi. Ankara 1990.
- 105- Bigbee J. Strategies for promoting health protection. Nursing Clinics Of North America.1991;26 (4): 895-914.
- 106- Akdur R. Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi. Ankara 1996.
- 107- Karacan G. Hormon replasman tedavisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1996;12 (1):105-110.
- 108- Menopause in differant cultures. <http://ipog.ispog.org/abstracts/june>
- 109- Çoşkun A, Hotun N. Kadınların klimakterik dönemine özgü gereksinimleri ve hemşirenin rolü. V. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi 30 Ekim- 1 Kasım İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi 1996.

- 110- Uçanok Z. Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi.Yüksek Lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 1994.
- 111- Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;2 (1):21-34.
- 112- Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset. İstanbul 1999.
- 113- Velasco MV, Hernandez E, Ojeda-Mijares RI, Pozos-Cavano JL, Camacho-Rodriquez MA, Cardona-Perez JA. Experience and knowledge about climacteric and menopause in women in Mexico City. Gac Med Mex 2000;136(6):555-564. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.tr> (Abstract).
- 114- Oskay (Yeşiltepe) Ü. Kadınların menopoz dönemindeki sağlık sorunlarına ilişkin bilgilerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 1995.
- 115- Özsoy A, Bayık A. Ergene Sağlık Ocağı Bölgesi'nde kadınlarda menopozun epidemiyolojik incelenmesi ve menopozla ilgili sorunların saptanması. II.Ulusal Hemşirelik Kongre Bildirileri. Atatürk Kültür Merkezi. İzmir 12-14 Eylül 1990.
- 116- Pan HA, Wu MH, Hsu CC, YAO BL, Huang KE. The perception of menopause among women in Taiwan. Maturitas 2002; 41 (4); 269-274.
- 117- Ersoy T, Göktuğ A. www.yasamsaglik.com
- 118- Carolan M. Menopause: Irish women's voices. JOGN july/Agust 2000:397-404
- 119- Lee KH. Korean urban womens experience of menopause. New life.health care women Int 1997;18 (2):139-148.
- 120- Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM et al. Psychologic distres and natural menopause: A multietnic community study. Amerikan Public Health Association 2001;91(9):1435-1442.
- 121- Malacara MJ, Cetina TC, Bassol S et al. Symptoms at pre-and postmenopause in rural and urban women from three States of Mexico. Maturitas 2002; 43(1):11-19.
- 122- Bardel A, Wallender MA and Svardsudd K. Hormone replacement therapy and symptom reporting in menopausal women.maturitas 2002;41(1):7-15.
- 123- Collins A. A psychological approach to management of the menopause. Maturitas 1997;27(1):2
- 124- Bloch A. Self-awereness during the menopause. Maturitas 2002 ;30;41(1):61-68.

- 125- Ballinger CB. Psychiatric aspects of menopause. *British Journal of Psychiatry* 1990;156:773-787.
- 126- Sezen L. Erzurum Şehir Folklorü. Erzurum Kalkınma Vakfı Yayınları. Erzurum 1994.
- 127- Hautman MA. Changing womenhood:Perimenopoz among Filipina-Americans. *October JOGN* 1996;25(8):667-672.
- 128- Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum: kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi*. 2001; 1(4).
<http://aile.gov.tr/esleruyum.htm+evlilik+uyum>
- 129- Erci B. Women s efficiency in decision making and their perception of their status in the family. *Public Health Nursing* 2003;20(1):65-70
- 130- Özkan A, Demir Ü. Kadın istismarı. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi* 2002;5(1):87-92.
- 131- Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EMD, Chong YS, Mei S. The prevalence of menopausal syptoms in a community in singapore. *Maturitas* 2002; 41 (4):275-282.
- 132- Frey KA. Middle-aged womens Experience and perceptions of menopause. *Women Health* 1981;6 (1-2):25-36.
- 133- Seçkin NC, Sener AB, Turhan NÖ, Gökmen O, Orhon E, Bulgurlu H et al. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas* 1998;30(1):37-40.
- 134-Işık G, Vural G. Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 2001; 1(1):39-48.
- 135- Dog TL, Riley D, Carter T. An integrative approach to menopause. *Alternative Therapies İn Health And Medicine; Aliso Viejo* 2001;7 (4):45-57.
- 136- Yücecan S. Sağlıklı yaşama giden yol: Yeterli ve dengeli beslenme.VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 14-18 Nisan 1998.32-35.
- 137- Wasaha S. What every woman should know about menopause. *AJN* 1996; 96 (1): 25-32.
- 138-Glerup H. Commonly recommended daily intake of vitamin D is not sufficient. *J Intern Med* 2000;247 (2):260-268.

- 139-Özçelik Ö, Çakıroğlu P. Çalışanların süt-yoğurt- peynir tüketim alışkanlıkları. Standart 1999;38(448):34-39.
- 140- Avis NE. Kadınların menopoza bakışları. Menopozitif 1997 Sayı 1 Aralık.
- 141-Akşit B. Toplum kültür ve sağlık. Bertan M, Çağatay G, eds.Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitapevi Ltd. Şti. Ankara 1995:13-26.
- 142- Mercan R. Menopozda Hormon Tedavisi. [http:// www.explorer.msn.com](http://www.explorer.msn.com)
- 143- Chiechi LM, Granieri M, Lobascio A, Ferreri R, Loizzi P. Sexuality İn the climacterium. Clinexp Obstet Gynecol 1997; 24 (3):158-159.
- 144- Erci B. Annelerin sağlık ocaklarının görevleri hakkındaki bilgileri ve beklentileri. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni 1991;23(4):393-404.
- 145- Işık E. Psikiyatrik yönden menopoz. IV. Ulusal Konsültan Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. 30 Ekim-1 Kasım. İstanbul, 1996.
- 146-Lopez J, Perez SG . The attitude of the women in menopause and its infleunce on the climacteric. Ginecol Obstet Mex. July 1999;67:319-322 (Pubmed-Abstract).
- 147-Kotsriwrong C. The health promotion of menopause women. <http://websis.kku.ac.th/abstract/thesis>
- 148- Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects ofcognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research 1996; 45(1):30-36.
- 149- Johnson JL, Ratner PA, Bottorf JL, Hayduk LA. An exploration of Pender's Health Promotion Model using Lisrel. Nursing Research 1993;42(3): 132-138.
- 150-Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 2000;3 (1): 10-15.
- 151-Yetkin A, Uzun Ö. Eğitimi sağlıkla ilgili olan ve olmayan yüksekokul öğrencilerinin sağlık davranışlarının karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 200;3(2):1-11.
- 152-Erci B. Okanlı A. Kılıç D. Premenstrual sendromun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999 ;2 (2):14-26.
- 153- Pender NJ, Walker SN, Sechirst KR et al. Predicting health promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research 1990;326(3):106-120.

EK-I**SORU FORMU**

- 1- Yaşınız
- 2- Eğitim durumunuz nedir?
 - 1- Okur-yazar
 - 2- İlkokul Mezunu
 - 3- Ortaokul Mezunu
 - 4- Lise Mezunu ve üzeri
- 3- Medeni Durumunuz nedir?
 - 1.Evli
 2. Dul
- 4- Çalışıyormusunuz? 1. Evet 2. Hayır
- 5- Çalışıyorsanız çalışma yılınız..... Yıl
- 6- Sigara kullanıyormusunuz? 1-Evet 2-Hayır
- 7- Sigara Kullanıyor iseniz günde ne kadar kullanıyorsunuz? Günde.....Paket
- 8- Ailenin toplam aylık geliri(Milyon)
- 9- Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - 1 Okur-Yazar
 - 2.İlkokul Mezunu
 - 3.Ortaokul Mezunu
 3. Lise Mezunu ve üzeri
- 10- Çocuğunuz varmı ? 1-Evet 2. Hayır
- 11- Çocuğunuz varsa eğer kaç tane ?.....
- 12- Ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birey varmı?
 - 1-Hayır 2-Evet
- 13-Bakıma muhtaç birey varsa eğer, kaç kişi?
- 14-Evlilik hayatınızdan memnunmusunuz ?
 1. Çok memnunum
 2. Memnunum
 - 3.Memnun değilim
 4. Hiç memnun değilim

15-Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz ?

1. Elişi yaparak
2. İbadet ederek
3. El işi yaparak ve ibadet ederek
4. Hiçbirşey yapmadan
5. Sosyal aktivitelere (ev gezmeleri, alış-veriş, kitap dergi vs okuyarak)

16- Klimakterik döneme yönelik bilgi aldınız mı ?

1. Evet
2. Hayır
3. Kısmen

17- Klimakterik döneme yönelik eğer bilgi aldıysanız, kimden aldınız ?

1. Ebe-Hemşire
2. Doktor
3. Komşu ve akrabalar
4. Kitle iletişim araçları

18- Ailede kararlara katılıyormusunuz ?

1. Evet
2. Hayır
3. Kısmen

19- Hangi kararlara katılıyorsunuz

1. Çocuk bakımı ve eve yapılacak alışveriş gibi kararlara
2. Aileyi ilgilendiren bütün kararlara

20- Klimakterik dönemin hangi evresindesiniz ?

1. Premenopoz
2. Perimenopoz
3. Postmenopoz
4. Postmenopoz sonrası

21- Menopozal dönemi nasıl algılıyorsunuz?

- 1-İyi
- 2-Kötü
- 3-Kısmen iyi ve kötü

22- İyi ise neden ?

1. Aile planlama yöntemi kullanılmak zorunda olunmadığı için
2. Gebe kalmaktan kurtuluş olduğu için
3. Adet dönemi ağrı ve sıkıntılardan kurtuluş olduğu için
4. İbadetleri aksatmadan yapabildiği için
5. Aile ve toplumda saygınlık kazandırdığı için

23- Kötü ise neden ?

1. Doğurganlık kaybolduğu için
2. Cinsellik azaldığı için
3. Vücutta değişiklikler olduğu için

EK-II**MENOPOZA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ**

1-Kadınlar yaşamlarında adetten kesilmeyi , genellikle olumsuz bir olay olarak görmezler.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

2-Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle eşlerinin kendilerine karşı neler hissedeceğinden endişe duyarlar.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

3-Adetten kesilen kadın kendisinin anlayacağı çılgınca şeyler yapma eğilimindedir.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

4-Erkekler , adetten kesilme sonrasında eşlerini cinsel yönden daha az çekici bulurlar.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

5-Kadınlar genellikle adetten kesilme döneminde sinirli ve gergin olurlar.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

6-Bir çok kadın adetten kesildikten sonra artık gerçek bir kadın olmadığını düşünür.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

7-Pek çok kadın adetten kesilmekten üzüntü duyar.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

8-Adetten kesilmek bir kadın için hoş olmayan bir yaşantıdır.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

8-Kadınlar adetten kesilme sırasında bir takım sıkıntılar yaşamayı beklemelidirler.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

9-Aslında hemen her kadın yaşamında meydana gelen bu değişiklikten sıkıntı duyar.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

10-Adetten kesilme yaşlanmanın önemli bir işaretidir.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

11-Kadınları adetten kesilme döneminde en çok korkutan şey ne olacağını bilmemektir.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

12-Kadınlar genellikle adetten kesildikten sonra artık cinsel ilişkide bulunamayacaklarından endişe duyarlar.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

13-Pek çok kadın adetten kesilme döneminde üzüntülü ve çökkün olur.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

14-Adetten kesilme pek çok kadının yaşamını alt üst eder.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

15-Adetten kesilme bir kadının yaşamında pek çok sorun yaşandığı bir dönemdir.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

16-Kadınlar adetten kesildikten sonra genellikle cinsel arzu ve ilgilerini kaybederler

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

17-Adetten kesilmek kadının yaşamını büyük ölçüde etkilemez.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

18-Pek çok kadın için adetten kesilme katlanması oldukça zor bir durumdur.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

19-Adetten kesilen pek çok kadın artık fiziksel çekiciliğini kaybeder.

Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Kararsızım Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum

EK-III

MENOPOZAL YAKINMA TARAMA LİSTESİ (MYTL)

Menopozal yakınmalar	Yakınma Durumu		Endişe Durumu		Öneri Alma Durumu	
	Var	Yok	Var	Yok	Aldı	Almadı
Sıcak basması – gece terlemesi						
Uykusuzluk – yorgunluk						
Baş ağrısı – baş dönmesi						
Sinirlilik – gerginlik						
İçe kapanma – ağlama						
Eklem – kas ağrıları						
İştah değişikliği , kilo artışı						
Konstipasyon , hemoroid						
Çarpıntı						
Deride kuruma , pullanma						
Yüzde tüylenme, pubik kıllarda seyrelme						
Disparoni						
Cinsel ilgi azlığı						
Sık ve ağrılı miksiyon						
Adet düzensizliği						

EK-IV

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısında size uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zamann	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1- Sabahları kahvaltı ederim.	()	()	()	()
2- Sağlığım ile ilgili değişiklikleri farkeder, doktora giderim.	()	()	()	()
3- Kendimi beğenirim	()	()	()	()
4- Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()
5- Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu yada katkı maddesi bulunmayanları seçerim.	()	()	()	()
6- Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.	()	()	()	()
7- Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm , sonucu ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
8- Hayata hevesle iyimserlikle bakarım.	()	()	()	()
9- Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde geliştiğini fark ederim.	()	()	()	()
10- Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.	()	()	()	()
11- Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.	()	()	()	()
12- Kendimi mutlu ve memnun hissederim.	()	()	()	()
13- Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.	()	()	()	()
14- Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim()	()	()	()	()
15- Sağlıkla ilgili konularda kitap , dergi okurum. ()	()	()	()	()
16- Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.	()	()	()	()

- 17- Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi () () () ()
gerçekleştirmek için çalışırım.
- 18- Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim () () () ()
- 19- Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini () () () ()
tanımak için üzerindeki etiketi okurum.
- 20- Doktorun önerileri ile aynı fikirde .() () () ()
olmadığım zaman soru sorarım veya başka
bir doktorun görüşünü alırım.
- 21- Geleceğe ümitle bakarım. () () () ()
- 22- Uzman kişilerce yönetilen sportif () () () ()
faaliyetlere katılırım.
- 23- Hayatımda benim için neyin önemli () () () ()
olduğunu bilirim.
- 24- Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan () () () ()
ve bana dokunmalarından hoşlanırım.
- 25- İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm. () () () ()
- 26- Çiğ sebze meyve, baklagil gibi posalı () () () ()
ve lifli maddeler içeren yiyecekler terim.
- 27- Her gün rahatlamak ve gevşemek için () () () ()
15-20 dk. Zaman ayırırım.
- 28- Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman () () () ()
kişilerle tartışırım.
- 29- Kendi başarılarımla övünürüm. () () () ()
- 30- Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim. () () () ()
- 31- Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman () () () ()
geçiririm.
- 32- Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun () () () ()
ne anlama geldiğini bilirim.
- 33- Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda () () () ()
eğitici programlara katılırım.
- 34- Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum. () () () ()
- 35- Her gün 4 besin grubu (protein , yağ, () () () ()
karbonhidrat, vitamin) içeren öğünler planlarım.
- 36- Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı () () () ()
kasıp gevşerim.

- 37- Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum. () () () ()
- 38- Dinlenmek için , yürüme , yüzme , futbol , bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum. () () () ()
- 39-Başkalarına kolaylıkla ilgi , sevgi ve yakınlık gösteririm. () () () ()
- 40- Yatarken mutlu , hoş düşüncelerle yoğunlaşırım. () () () ()
- 41- Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum. () () () ()
- 42- Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım. () () () ()
- 43- Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim. () () () ()
- 44- Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıırım. () () () ()
- 45- Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım. () () () ()
- 46- Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım. () () () ()
47. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim. () () () ()
- 48- Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım. () () () ()

EK-V
SAĞLIĞIN ÖNEMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda hayata nasıl baktığınızı değerlendiren 10 ifade sıralanmıştır. Bu ifadeleri hayatınızdaki önemlilik derecesine göre 1'den 10'a kadar sıralayınız. Bu ifadeler arasında sizin yaşamınız için en önemli olanı seçin ve baş tarafındaki boşluğa 1 yazın , ikinci derecede önemli olanın başına 2 , üçüncü derece önemli olanın başına 3 , dördüncü derece önemli olanın başına 4 yazın ve böylece tüm ifadeleri önemsiz doğru 10'a kadar sıralayınız. Lütfen her bir ifade için tek bir sayı yazmaya özen gösteriniz.

Yaşamınızda aşağıdakilerden hangileri sizce daha önemlidir ?

- RAHAT VE BAŞARILI BİR YAŞAM
- HAREKETLİ VE HEYECANLI BİR YAŞAM
- BAŞARI DUYGUSUYLA YAŞAMAK
- ÖZGÜRLÜK
- MUTLULUK
- BEDENSEL VE RUHSAL YÖNDEN SAĞLIKLI OLMAK
- İÇ RAHATLIĞI , İÇ HUZURU İÇİNDE OLMAK
- HAYATTAN ZEVK ALMAK
- KENDİNE DEĞER VERMEK
- ÇEVREDEN KABUL GÖRMEK , BEĞENİLMEK

EK- VI

SAĞLIK DURUMU ALGILAMA ÖLÇEĞİ

Şu anda sağlığınızı nasıl yorumlarsınız ?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Kötü 4. Çok kötü

EK-VII

ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendi sağlıkları ile ilgili düşüncelerini yansıtan cümleler sıralanmıştır. Her bir cümlenin yanında 1'den 6'ya kadar sayılar yer almaktadır. Lütfen her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. İyi yada kötü fikir yoktur. Önemli olan sizin duygularınızı ve düşüncelerinizi ifade eden sayıyı işaretlemenizdir. Bazıları işaretlerken zorlanırsa karar verebilmek için size en uygun olan sayıyı işaretleyiniz.

Her okuduğunuz cümledeki düşünceye ,

Tamamen katılmıyorsanız 1'1

Orta derecede katılmıyorsanız 2'yi

Biraz katılmıyorsanız 3'ü

Biraz katılıyorsanız 4'ü

Orta derecede katılıyorsanız 5'i

Tamamen katılıyorsanız 6'yı yuvarlak içine alınız.

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Eğer hastalanırsam kısa bir süre kendi kendimi iyileşebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Neden olduğu önemli değil , hasta olacaksam olurum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Doktorların tavsiyelerine uymak sağlıklı kalmanın en iyi yoludur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Kendime iyi bakarak daha uzun ve sağlıklı yaşayabilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Hastalıklardan korunmam için en iyi yol , düzenli olarak doktora gitmektir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Sağlığımı etkileyen en önemli şey beklenmedik olaylardır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Hastalanıp hastalanmama bir talih meselesidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Ne zaman sağlığıma dikkat etsem daha kolay hastalanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Ne zaman kendimi kötü hissetsem uzman bir sağlık görevlisine danışırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Sağlığım benim kontrolümdedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Sağlığıma kavuşmam diğer insanlardan aldığım bakımla ilgilidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Kendimi kötü hissettiğim zaman , kendime iyi bakmadığımı düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

13. Hasta ya da sağlıklı olmamda ailemin payı vardır.	1	2	3	4	5	6
14. Hastalığımın kendim sorumluyum.	1	2	3	4	5	6
15. Kendime ne kadar iyi bakarsam bedenem o kadar iyi olurum.	1	2	3	4	5	6
16. Sağlığımın iyi olması , büyük ölçüde şansımın iyi olmasına bağlıdır.	1	2	3	4	5	6
17. Hastalıklardan iyileşmemde şansın büyük payı vardır	1	2	3	4	5	6
18. Sağlığımı sağlık görevlileri kontrol eder.	1	2	3	4	5	6
19. Sağlık görevlileri beni sağlıklı kılar.	1	2	3	4	5	6
20. Hastalanırsam , kendi kendime iyileşmeyi beklerim.	1	2	3	4	5	6
21. Sağlığımın iyi olması , büyük oranda şans ile ilgilidir	1	2	3	4	5	6
22. Kendim için yaptığım her şey sağlığımı etliler.	1	2	3	4	5	6
23. Sağlığım ile ilgili iyi gitmeyen ne varsa benim hatamdır.	1	2	3	4	5	6
24. Sağlıklı veya hasta olmamda diğer insanların büyük payı vardır.	1	2	3	4	5	6
25. Kendime iyi bakarsam hasta olmam.	1	2	3	4	5	6
26. Hastalıklardan iyileşmem genellikle doktor , hemşire ailem ve arkadaşlarımdan bana iyi bakmaları ile ilgilidir.	1	2	3	4	5	6
27. Sağlığımın doğrudan doğruya ben sorumluyum.	1	2	3	4	5	6
28. Sağlığımı yalnızca sağlık görevlilerine danışarak sürdürürüm.	1	2	3	4	5	6
29. Ne yaparsam yapayım hasta olabilirim.	1	2	3	4	5	6
30. İstersem sağlıklı kalabilirim.	1	2	3	4	5	6
31. Sağlığım beklenmedik olaylardan önemli ölçüde etkilenir	1	2	3	4	5	6
32. Eğer düzenli olarak çok iyi bir doktora gidersem daha az sağlık problemin olur.	1	2	3	4	5	6
33. Doğru davranışlarda bulunursam sağlıklı kalabilirim.	1	2	3	4	5	6
34. Sağlığımın sadece doktorun tavsiyelerine göre dikkat ederim.	1	2	3	4	5	6
35. Çoğunlukla , ne yaptığım önemli değil , hasta olacağım olurum diye düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
36. Eğer rahatsızlanırsam, kendimi yeniden iyileştirecek güce sahibim.	1	2	3	4	5	6

EK-VIII**ÖZ – ETKİLİLİK – YETERLİLİK ÖLÇEĞİ****Yönerge**

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüncelerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1- Beni hiç tanımlamıyor. | | | | | |
| 2- Beni biraz tanımlıyor. | | | | | |
| 3- Kararsızım. | | | | | |
| 4- Beni iyi tanımlıyor. | | | | | |
| 5- Beni hiç tanımlamıyor. | | | | | |
| 1- Yaptığım planları , gerçekleştireceğimden eminim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3-Bir işi bir seferde yapamıyorsam , yapıncaya kadar devam ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- Kendim için önemli hedefler koyduğumda , nadiren başarırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10-Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda , başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11- Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12- Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13- Başarısızlık beni daha çok teşvik eder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14- Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15- Ben kendime güvenen bir insanım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16- Kolaylıkla vazgeçerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17- Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gel yeteneğini kendimde bulamam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18- Yeni arkadaş edinmek benim için zordur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19- Tanışmak istediğim birisini görürsem , onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20- Arkadaşlık kurulması güç , ilginç biriyle tanışırsam , o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21- Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22- Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23- Arkadaşlarımı , arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |