

PAPER DETAILS

TITLE: KLİMATERİK DÖNEMDEKİ KADINLARIN SAĞLIK DAVRANISLARI VE MENOPOZA
İLİSKİN TUTUMLARININ MENOPOZAL YAKINMALAR ÜZERİNE ETKİSİ

AUTHORS: Gülbu TORTUMLUOĞLU, Behice ERÇİ

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29209>

KLİMAKTERİK DÖNEMDEKİ KADINLARIN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE MENOPOZA İLİŞKİN TUTUMLARININ MENOPOZAL YAKINMALAR ÜZERİNE ETKİSİ

Gülbu TORTUMLUOĞLU*

Behice ERCİ**

ÖZET

Bu çalışma klimakterik dönemdeki kadınların sağlık davranışları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopoza yakınmalar üzerine etkisini saptamak amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Ocak 2002-ocak 2003 tarihleri arasında Abdurrahman Gazi Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan klimakterik dönemdeki kadınlar üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2761 klimakterik dönemdeki kadın oluşturmuş ve örnekleme 337 klimakterik kadın alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından Menopozal Yakınma Listesi, Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği uygulanarak toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre menopozal yakınması olmayan kadınların SYBD ve Menopoza ilişkin tutum puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre klimakterik dönemdeki kadınlara klimakterik dönemde ilişkili planlanmış eğitim verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Menopozal yakınmalar, menopoza ilişkin tutum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

ABSTRACT

The Impact Of The Attitude and Health Behaviors Of The Climacteric Women On The Menopausal Symptoms Of

This study was conducted to investigate the impact of the climacteric women impact of attitude, and health behaviors on the menopausal symptoms as cross-sectional design. This research was carried out between January 2002- January 2003 on the climacteric women who have live in Abdurrahman Gazi Primary Health Care Region in Erzurum. The population of study formed total 2767 climacteric womens. This study was carried out in 337 climacteric womens. The data was collected using inquiry form formed by the researcher, the menopausal symptoms check list, attitude toward menopausal and Health Promotion Life-Style Profile (HPLS) scales. According to the study of the findings, HPLS mean score and menopausal attitude of the women no having menopausal symptom was higher. According to these results, it is suggested that the planned education programmes of the related to climacteric period can be applied to climacteric women.

Key Words: Menopausal symptoms, menopausal attitude, health promotion life-style.

GİRİŞ

Klimakterik dönem, kadınların ovarial fonksiyonların sona ermesiyle birlikte bazı endokronolojik ve vazomotor semptomlarla karakterize bir dönemdir. Evrensel olmayan bu dönem, her kadının sosyokültürel yapısıyla bağdaşan bir algılamanın ürünüdür. 40-

45 yaşlarında başlayıp 60-65 yaşlarına kadar devam etmektedir (Karanisoğlu 1996, Ertüngealp ve Seyisoğlu 1996, Taşkın 2002, Bayraktar ve Uçanok 2002). Teknolojik gelişmeler, insan yaşam kalitesini ve beklenen yaşam süresini arttırırken yaşlı nüfusunda artmasına neden olmaktadır. MÖ. 1000

*Atatürk Üniv. Halk Sağl. Hemş. AD (Dr.Arş.Gör.)

**Atatürk Üniv. Halk Sağl. Hemş. AD (Yrd.Doç.Dr.)

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 klimakterik döneme bile giremeden ölen kadınlar, günümüzde ömürlerinin yaklaşık 1/3’ini postmenopoz döneminde geçirmektedirler (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1996). Klimakterik dönem biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen gelişimsel bir dönemdir (Dennerstein 1996, Bayraktar ve Uçanok 2002). Benzer hormonal değişiklikler geçirmelerine rağmen her kadın menopozal yakınmaları farklı boyutta yaşar (Coudle 1992, Taşkın 2002). Klimakterik yakınmaların boyutunu, kadınların menopozla ilişkin tutumlarının yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi davranışları da etkilemektedir (Karanisoğlu 1996, Dennerstein 1996, Baştürk ve ark. 1996, Hvas 2001, Conboy 2001, Fuh et al. 2001, Bloch 2002).

Klimakterik yakınmalara yönelik yapılan araştırmalarda; Avustralya’daki kadınların klimakterik yakınmaları (% 80), Asya ülkelerindeki kadınlara göre (%8.2 ila %52.3) daha yoğun yaşadıkları saptanmıştır (Dennerstein 1996, Cuong 2002,

<http://www.pslgroup.com/dg/9020>)

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 sağlamalarından kaynaklanan olumlu tutumun etkisi belirtilmektedir

<http://www.webster.edu/woolfm/ageismeross.html>, Punyahotra 1999, Hvas 2001).

Avrupa kadınları ise klimakterik dönemdeki değişiklikleri yaşlılığın bir işareti, güç, güzellik ve doğurganlığın kaybı olarak görmekte ve döneme ilişkin olumsuz tutum geliştirmektedirler

(Jimenez and Perez 1999, Hvas 2001, Berger and Wenzel 2002).

Klimakterik yakınmaların boyutunu sağlıklı yaşam biçimi davranışları da etkilenmektedir. Konuyla ilgili çalışmalar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının menopozal yakınmaları azaltmada önemli etkisi bulunmaktadır. Klimakterik dönemdeki kadının, döneme yönelik sağlıklı bir beslenme ve düzenli egzersiz yapma alışkanlığının olması, stres yönetimindeki başarısı, kişilerarası destek sistemlerinin olması, kendine değer verip, kendini gerçekleştirme ve genel olarak sağlık sorumluluğu bilincinde olması bu dönemi daha az yakınmalarla ve daha rahat geçirmelerini sağlamaktadır (Karanisoğlu 1996, Lowdermilk 1997, Hotun 1998, Taşkın 2002)

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 (Hotun 1998, Taşkın 2002). 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 (Ertüngealp ve Seyisoğlu 1996). Toplum sağlığı hemşiresi, erken dönemde kadınlarda yaşla birlikte oluşan değişiklikleri saptama, sağlığını geliştirici davranışları kazandırma ve sürdürmede rol almalıdır (Collier 1982, Cook 1993, Redland and Stufbergen 1993, Faye 1996, Tillett et al. 1998).

Kadınların klimakterik döneme yönelik yaşadıkları yakınma, menopozal tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek, bu sonuçları sağlığı geliştirmek amacıyla kullanmak sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarındandır. Sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olan hemşireler, kadının klimakterik döneme özgü sağlık sorunlarının saptanması, yapılacak

girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynamalıdır (Coudle and Chen 1992, Karanisoğlu 1996, Saraçoğlu 1997).

Amaç

Araştırma klimakterik dönemdeki kadınların sağlık davranışlarının ve menopoza ilişkin tutumlarının menopoza yakınmalar üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Hipotezler

- 1) Kadınların sağlık davranışları menopoza yakınmaları etkiler.
- 2) Kadınların menopoza ilişkin tutumları menopoza yakınmaları etkiler.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma Erzurum ili Büyükşehir Belediyesi sınırlarında olan Abdurrahman Gazi Sağlık Ocağı Bölgesinde Ocak 2002-Ocak 2003 tarihleri arasında ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Abdurrahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 40-60 yaş grubundaki 2761 kadın oluşturmuştur. Evrenin belirlenmesinde Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesinden alınan Ocak 2000-Aralık 2000 verileri kullanılmıştır. Örneklem seçiminde, olayın görülüş sıklığının incelenmesi ve evrendeki birey sayısının biliniyor olması nedeniyle $n = N \cdot t^2 \cdot pq / y^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq$

formülü kullanılmış ve örneklem 337 olarak belirlenmiştir (Akdur 1996).

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

Araştırmanın örneklemi oluşturacak olan 337 kadını yansız seçmek için 40-60 yaş grubundaki 2761 kadın diğerlerinden ayrılarak, numaralandırılmış ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.

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 prekoks (40 yaşından önce menopoza girenler) ve bilateral oofektomili (çift taraflı overyumları alınanlar) olmaması

* Kadınlarda mevcut yakınmalar az yada hiç olmayacağı ve bu kadınlardaki yaşam kalitesi yüksek olacağı için HRT tedavisine devam etmemesi (Hotun 1998).

Araştırmanın Değişkenleri

Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve menopoza ilişkin tutumları bu çalışmanın bağımsız değişkenini, menopozal yakınmaları ise araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur. Araştırmanın ara değişkenlerini ise kadınların sosyodemografik ve klimakterik döneme ait özellikleri oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Soru formu

Soru formu; klimakterik dönemindeki kadının yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışıyor olma durumu, ailenin toplam aylık geliri, eşlerinin eğitim düzeyi, çocuğunun olup olmaması ve varsa sayısı, bakmakla yükümlü olduğu bireyin olma durumu, varsa sayısı gibi sosyo-demografik özellikleri tanımlayan sorulardan oluşmuştur.

Ön uygulama soru formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla evrenden seçilen 30 klimakterik dönemdeki kadına yapılmıştır. Kendisine ön uygulama yapılan klimakterik dönemdeki kadınlar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Soru formları araştırmacılar tarafından örnekleme alınan kadınların evlerine gidilerek

uygulanmıştır. Her soru formu için toplam 20-25 dakikalık süre ayrılmıştır.

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 sağlamanın yanı sıra gereken tedavi dozunu ayarlamakta ve izlemede değerli bilgiler vermektedir. 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 (Coşkun ve Hotun 1996).

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 (Uçanok 1994).

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 (Esin 1997).

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS Paket programında araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımları, menopoza ilişkin tutum ölçeği ve SYBD ölçeği ile Menopozal yakınma listesi arasında bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır.

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. Araştırmacılar kadınlara araştırmanın amacını açıklamış ve çalışmaya gönüllü katılımı sağlamışlardır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Evrenin geniş olması, ulaşım zorlukları, yeterli insan gücü, zaman ve ekonomi sağlanamadığı için araştırma Abdurrahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesindeki klimakterik dönemdeki kadınlar ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları Abdurrahman Gazi Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 40-60 yaş klimakterik dönemdeki kadınlara genellenebilir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırma bulguları üç ana başlık altında gruplandırılarak tartışılmıştır.

1-Sosyodemografik Özellikler

Araştırma grubundaki kadınların 40 ile 60 yaş arasında olup yaş ortalamaları 48.36 ± 6.49 olarak belirlenmiştir. Kadınların %32.6'sı 40-44 yaş grubunda, %44.8'i okur-yazar, %79.5'i evli, %51.0'inin eşi ilköğretim mezunu, %92.3'ü ev hanımı, %95.5'i çocuk sahibi ve %52.2'si bakıma muhtaç bireye sahip olmayanlardan oluşmaktadır (Tablo 1). Kadın-

ların sahip oldukları çocuk sayısının ortalaması 4.52 ± 2.01 , bakıma muhtaç birey sayısının ortalaması 2.63 ± 1.75 , 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 348.51 ± 268.60 olduğu belirlenmiştir.

2-Menopozal Yakınma, Menopozal İlişkin Tutum ve SYBD'na Ait Bulgular ve Tartışma

Menopozal Yakınmya Ait Bulgular ve Tartışma

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 2). Bu çalışmanın sonuçları konuyla ilgili olarak Türkiye'de farklı bölgelerde yapılan çalışmaların sonuçlarıyla kısmen uyum göstermektedir (Özsoy ve Bayık 1990, Oskay 1995, Coşkun ve Hotun 1996, Uptan 1999, Ertem ve Şirin 2000, Işık ve Vural 2001, Ergöl 2001). Yine bu çalışmanın sonucu Avrupa'da farklı ülkelerde yapılan çalışma sonuçlarıyla da kısmen uyum göstermektedir (Velasko et al. 2000, Dog et al. 2001). Ancak Bu çalışmanın sonucu Asya ülkelerinde yapılan çalışma sonuçlarından oldukça farklılık göstermiştir (Fuh et al. 2001, Pan et al. 2002). 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 olmasından kaynaklanabileceği literatürde belirtilmiştir (Punyahotra 1999).

Tablo 1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=337)	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 Mezunlu	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

*Sayı ve yüzdeler çocuğu olan kadınlar üzerinden alınmıştır

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

Tablo 2. Kadınların Menopozal Yakınmalarının Dağılımı

Yakınmalar (n = 337)	Yakınma Durumu*			
	Var		Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Sıcak basması-Gece Terlemesi	245	72.7	92	27.3
Uykusuzluk – Yorgunluk	252	74.8	85	25.2
Baş Ağrısı – Baş Dönmesi	251	74.5	86	25.5
Sinirlilik – Gerginlik	231	68.5	106	31.5
İçe Kapanma – Ağlama	165	49.0	172	51.0
Eklem – Kas Ağrıları	234	69.4	103	30.6
İştah Değişikliği , Kilo Artışı	117	34.7	220	65.3
Konstipasyon , Hemoroid	148	43.9	189	56.1
Çarpıntı	206	61.1	131	38.9
Deride Kuruma , Pullanma	114	33.8	223	66.2
Yüzde Tüyenme, Pubik Kılıklarda Seyrelme	64	19.0	273	81.0
Disparoni	66	19.6	271	80.4
Cinsel İlgi Azlığı	136	40.4	201	59.6
Sık Ve Ağrılı Miksiyon	112	33.2	225	66.8
Adet Düzensizliği	92	27.3	245	72.7

*Yüzdeler satır yüzdesidir ve n üzerinden alınmıştır.

Menopoza İlişkin Tutumlara Ait Bulgular ve Tartışma

Kadınların menopoza ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 37.94 ± 12.58 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Bu puan ortalamasının, olumlu menopozal tutumun alt sınır puanı olan 40'ın altında yer aldığı ve kadınların olumsuz menopozal tutum içinde oldukları saptanmıştır. Ergöl' de (2001) klimakterik kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların olumsuz tutum içinde olduklarını saptamıştır (x:39.80). Bloch (2002) Avusturya'da yaptığı çalışmada klimakterik kadınların % 35.3 menopoza karşı negatif duygular, %33.3 pozitif duygular, %27.5 tarafsız, %3.9 ilgisiz ve umursamaz tutumda olduklarını bulmuştur. Avusturya'daki klimakterik kadınların 1/3'i menopoza 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 çalışma da ise Doğu araplarının menopoza olumlu yaklaştıkları saptanmıştır (Ballinger 1990). Bunun nedeni ise doğum kontrol yöntemlerini kullanmayan bu kadınların menopoz dönemini doğurganlığın sonu olarak görüp mutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Lopez ve Perez (1999) çalışmasında kadınların %57.6'sının menopoza yönelik olumsuz tutum da olduklarını saptamıştır. İlgili literatürde, kadınların olumsuz tutumlarının nedenleri arasında annelik rolünün kaybı, evlilik ilişkisinin ve kadınlık cazibesinin kaybı, vücut postüründeki değişiklikler, fiziksel güç kaybı ve kadının bu dönemi cinsel yaşamının sonu gibi görmesinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Güler 1984, Yürekli 1998, Bloch 2002).

Tablo 3. Kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalaması

Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	$\bar{X} \pm SD$
1-80	1-80	37.94 $\pm$ 12.58

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ait Bulgular ve Tartışma

Kadınların toplam SYBD ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları kendini gerçekleştirme için 25.37 $\pm$ 8.36, sağlık sorumluluğu için 17.49 $\pm$ 5.35, egzersiz için 5.73 $\pm$ 1.93, beslenme için 13.55 $\pm$ 4.06, kişiler arası destek için 17.88 $\pm$ 4.10, stres yönetimi için 15.05 $\pm$ 4.47 ve toplam SYBD puanı için 94.64 $\pm$ 23.04 olarak belirlenmiştir. Kadınların SYBD ve alt ölçeklerinden aldıkları madde puan ortalamaları değerlendirildiğinde, en yüksek puanı kişilerarası destekten (2.55 $\pm$ 0.58) ve en düşük puanı ise egzersiz davranışlarından (1.14 $\pm$ 0.38) aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, Sayan ve Erci'nin (2001) Erzurumda çalışan kadınlarda yaptığı çalışmada 122.50 $\pm$ 14.57, Esin'in kadınlarda yaptığı çalışmada 120 $\pm$ 20.42, Erci ve arkadaşlarının (2000) ebe ve hemşirelerde yaptıkları çalışmada ebeler için 122.8

$\pm$ 16.7, hemşireler için 119.6 $\pm$ 26.3 olarak saptanmıştır. Ayrıca Ahijevch ve Bernard'ın (1994) Afrikan-Amerikalı kadınlarda yaptıkları çalışmada toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasını 121.03 $\pm$ 21.91 olarak belirlemişlerdir. Bu araştırmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları toplam puan ve alt ölçekler için diğer bütün çalışmaların sonuçlarına göre çok daha düşük bulunmuştur. Bu sonucun çalışma grubundaki kadınların genelinin eğitim ve aylık gelir düzeylerinin düşük, ev hanımı olan kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca bölgenin yaşam biçimine etki eden kültürel yapısı da göz önüne alınmalıdır. Çünkü bireyler davranışları 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.

Tablo 4. Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalaması (n=337)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	Ölçek $\bar{X} \pm SD$	Madde $\bar{X} \pm SD$
Alt Ölçekler				
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

3-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Menopoza İlişkin Tutumların Menopozal Yakınmalara Etkisine Ait Bulgular ve Tartışma

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Menopozal Yakınmalara Etkisine Ait Bulgular ve Tartışma (Hipotez 1. Kadınların sağlık davranışları menopozal yakınmaları etkiler)

Kendini gerçekleştirme puan ortalamalarının menopozal yakınmalardan olan uykusuzluk-yorgunluk, baş ağrısı-baş dönmesi, sinirlilik-gerginlik, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, çarpıntı, disparoni, cinsel ilgide azalma ve sık-ağrılı miksiyon yakınmaları olmayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 5).

Sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının sinirlilik-gerginlik, cinsel ilgide azalma ve sık-ağrılı miksiyon yakınmaları olmayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 5).

Egzersiz puan ortalamalarının baş ağrısı-baş dönmesi, eklem-kas ağrıları, konstipasyon-hemoroid, çarpıntı ve sık-ağrılı miksiyon yakınmaları olmayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 4).

Beslenme puan ortalamalarının menopozal yakınmalardan olan 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-ağrılı miksiyon yakınmaları olmayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 5).

Kişilerarası destek puan ortalamalarının menopozal yakınmalardan olan iştah değişikliği-kilo artışı, çarpıntı ve sık-ağrılı miksiyon yakınmaları olmayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 5).

Stres yönetimi puan ortalamalarının menopozal yakınmalardan olan sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk-yorgunluk, sinirlilik-gerginlik, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı ve sık-ağrılı miksiyon yakınmaları olmayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 4). Konuyla ilgili literatürde kadınların stres yönetimindeki başarısının menopozal yakınmaları azaltacağı yönünde olup bu çalışmanın sonuçları literatürle uyumludur (Pekçetin 1990, Baltaş ve Baltaş 1993, Taşkın 2002)

Toplam SYBD puan ortalamalarının menopoza yakınmalardan olan uykusuzluk-yorgunluk, sinirlilik-gerginlik, eklem-kas ağrıları, iştah değişikliği-kilo artışı, çarpıntı, cinsel ilgede azalma ve sık-ağrılı miksiyon yakınmaları olmayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 5). Bu sonuçlar doğrultusunda **1.Hipotez kabul edilmiştir.**

SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının menopoza yakınması olmayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Conboy (2001) klimakterik kadınlarla yaptığı bir çalışmada sağlıklı yaşam davranışları arttıkça menopoza yakınmaların görülme oranlarında azalmalar saptamıştır. Ayrıca konuyla ilgili literatürlerde de sağlık davranışlarının menopoza yakınmaları etkilediği belirtilmiştir (Dennerstein 1996, Hotun 1998).

Menopoza İlişkin Tutumların Menopoza Yakınmalara Etkisine Ait Bulgular ve Tartışma (2. Hipotez: Kadınların menopoza ilişkin tutumları menopoza yakınmaları etkiler)

Menopoza ilişkin tutum puan ortalamalarının menopoza yakınmalardan olan sıcak basması-gece terlemesi, uykusuzluk, sinirlilik, içe kapanma ağlama, iştah değişikliği kilo artışı, deride kuruma-pullama ve disparoni yakınmalarının olmadığı kadınlarda daha olumlu olduğu saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 5). **Bu sonuçlar doğrultusunda 2.hipotez kabul edilmiştir.**

Fuh (2001) Taivan Kinmen klimakterik kadınlarında yaptığı çalışmada menopoza ilişkin tutum ile menopoza yakınmalar arasında ilişki saptamıştır. Olumsuz menopoza ilişkin tutum içinde olan kadınların menopoza yakınmaları daha çok yaşadıklarını bulmuştur. Ayrıca Bloch (2002) çalışmasında depresyon, uyku bozukluğu gibi menopoza yakınmaların oluşumunda olumsuz menopoza ilişkin tutumun etkisini saptamıştır. Baştürk (1996) olumlu menopoza ilişkin tutumda olan kadınların menopoza yakınmalarla baş etme yeteneğinin daha fazla olduğunu saptamıştır.

Tablo 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Menopoza İlişkin Tutum Ölçeğinin Menopozal Yakınmalar İle İlişkisinin Dağılımı

MENOPOZAL YAKINMALAR	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ							MENOPOZA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ
	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişiler arası Destek	Stres yönetimi	Toplam SYBD	
Sıcak basması-gece terlemesi	-1.82 .069	.085 .932	1.22 .223	-1.95 .051	.375 .708	-1.96 .050*	-1.67 .096	-3.58 .000***
Uykusuzluk-yorgunluk	-2.87 .004**	-.654 .514	-1.408 .160	-2.86 .005**	-1.28 .199	-2.15 .032*	-2.65 .008**	-2.68 .008**
Baş ağrısı-baş dönmesi	-2.91 .004**	-1.85 .064	-2.931 .004*	-3.86 .000**	-3.36 .713	-3.46 .001**	-3.28 .001***	-1.82 .069
Sinirlilik-gerginlik	-3.32 .001***	-2.020 .044*	-1.617 .107	-4.63 .000**	-2.12 .034*	-3.69 .000**	-3.69 .000***	-2.47 .014*
İçeride kapanma-ağlama	-1.74 .072	-.333 .730	-1.619 .109	-1.23 .219	-.774 .440	-1.65 .099	-1.58 .115	-3.70 .000***
Eklem-kas ağrısı	-2.89 .004**	-.715 .475	2.21 .022*	-.445 .000**	-.948 .334	-2.01 .045*	-2.73 .007**	.599 .550
İştah değişikliği-kilo artışı	-2.05 .041*	-.230 .220	-1.725 .085	-3.10 .002**	-3.10 .002**	-2.63 .009**	-2.35 .019*	-2.82 .005**
Kabızlık-hemoroid	-1.25 .209	-.982 .332	-1.986 .048*	-1.84 .067	-1.23 .219	-1.30 .193	-1.51 .131	-1.67 .095
Çarpıntı	-2.80 .005**	-1.139 .255	-3.525 .000**	-2.55 .011*	-2.473 .014*	-2.01 .045*	-2.56 .011*	-1.00 .315
Deride kuruma-pullanma	-.732 .465	1.846 .066	.028 .978	.891 .374	-.156 .876	.149 .881	.394 .094	-2.99 .003**
Yüzde tüylenme-pubik kıllarda seyrelme	-1.34 .178	-1.008 .314	-.798 .426	-2.711 .007**	-1.35 .177	-1.70 .090	-1.66 .097	-.549 .584
Disparoni	-2.21 .028*	-1.22 .223	-.978 .329	-2.47 .014*	-.515 .607	-1.82 .069	-1.90 .058	-2.37 .018*
Cinsel ilgide azalma	-3.39 .001***	-2.683 .008**	-1.664 .097	-4.22 .000**	-.640 .523	-2.94 .000	-3.30 .001***	.713 .476
Sık ve ağrılı miksiyon	-3.20 .002**	-2.237 .026*	-2.057 .040*	-4.70 .000**	-3.87 .699	-2.02 .044*	-2.93 .004**	-.049 .961
Adet düzensizliği	1.56 .119	.789 .430	1.09 .314	2.03 .043	1.57 .117	1.89 .059	1.81 .071	-1.77 .077

Bu tablodaki birinci değer t değerini, ikinci değer ise p değerini göstermektedir. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

SONUÇ ve ÖNERİLER

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. Kadınların menopoza ilişkin 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. 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. Araştırma sonuçlarına göre menopozal

yakınması olmayan kadınların SYBD ve Menopoza ilişkin tutum puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma hipotezleri kabul edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

*Kadınlara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini kavratılacağı eğitim programlarının hazırlanması,

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

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

*Klimakterik kadınlara yönelik eğitim programlarının daha geniş bir alanda ve multidisipliner olarak yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ahijevych K, Bernhard L** (1994). Health promotion behaviors of African American Women. *Nursing Research* 43 (2): 86-89.
- Akdur R** (1996). Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi. Ankara; Ek XIX.
- Ballinger CB** (1990). Psychiatric aspects of menopause. *British Journal of Psychiatry* 156:773-787.
- Baltaş A, Baltaş Z** (1993). Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi. İstanbul.
- Baştürk M ve ark.** (1996). Menopoz kliniğine başvuran kadınlarda psikiyatrik değerlendirme. IV. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. İstanbul 30 Ekim- 1 Kasım.
- Bayraktar R, Uçanok Z** (2002). Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi*. Nisan-Haziran 5(2):5-12.

Berger G, Wenzel E (2002). Women, body and society. Cross-culturel differans in menopause experiences.

<http://www.ldb.org/menopause.htm>

Bloch A (2002). Self-awareness during the menopause. *Maturitas* 30;41(1):61-68.

Collier P (1982). Health behaviors of women. *Nursing Clinics Of North America*. 17(1):121-126.

Conboy I, Domar A, Connel EO (2001). Women at mid-life: symptoms, attitudes, and choices, an internet based survey. *Maturitas* 38(29):211-215.

Cook MJ (1993). Perimenopause; An opportunity for health promotion. *JOGN May/June* 223-228.

Coudle P, Chen S (1992). Care of women. In Clark MJ, ed. *Nursing in the community*. A Publishing Division of Prentice Hall. Connecticut 490-521. Cross-cultural perspectives.

<http://www.webster.edu/woolfm/ageismcros.html>

Cuong DT (2002). Risks and benefits of hormone replacement therapy.

<http://matweb.hcuge.ch/bookmp/143.htm>

Coşkun A, Hotun N (1996). Kadınların klimakterik dönemine özgü gereksinimleri ve hemşirenin rolü. V. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi 30 Ekim- 1 Kasım İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. 251-259.

Dennerstein L (1996). Well-being symptoms and the menopausal transition. *Maturitas* 23(2):147-157.

Dog TL, Riley D, Carter T (2001). An integrative approach to menopause. *Alternative Therapies In Health And Medicine; Aliso Viejo* 7 (4):45-57.

Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G (2000). Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi* 3 (1): 10-15.

Ergöl Ş (2001). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları. *Sağlık ve Toplum Ocak/Mart* 1:49-57.

Ertem (Karacan) G, Şirin A (1996). 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. 256-259.

Ertüngealp E, Seyisoğlu H (1996). Klimakterium ve Menopoz. Kişnişçi HA ve ark, eds. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Kitabevi. Ankara 1319-1351.

Esin N (1998). Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 14-18 Nisan Adana. 52-55.

Faye JL, Stefanie GC (1996). Discomforts of the perimenopause. *JOGN* February 173-180.

Fuh JL et al (2001). The Kinmen women health investigation (KIWI): a menopausal study of a population aged 40-54. *Maturitas* 39:117-124.

Güler K (1984). Menopoz ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni* I (4): 14-19.

Hotun N (1998). Bir kilometre taşı. *Menopoz Çevik Matbaacılık*. İstanbul.

Hvas L (2001). Positive aspects of menopause. A qualitative study. *Maturitas* 39:11-17.

Işık G, Vural G (2001). Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 1 (1):39-48.

Jimenez LJ, Perez SG (1999). The attitude of the woman in menopause and its influence on the climacteric. *Ginecol Obstet Mex* 67:319-322.

Karanisoğlu H (1996). Klimakterik dönem. Coşkun A, ed. *Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı*. Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul. 184-203.

Lopez J, Perez SG (1999). The attitude of the women in menopause and its influence on the climacteric. *Ginecol Obstet Mex*. July 67:319-322.

Lowdermilk DL, Perry SE, Bobok IM. (1997). *Maternity and Women's Health Care Infertility*. St Louis Mosby, 1200-1213. Menopause affects Japanese women less than westerners.

http://www.pslgroup.com/dg/9020_e.htm

Oskay (Yeşiltepe) Ü (1995). Kadınların menopoz dönemindeki sağlık sorunlarına ilişkin bilgilerinin belirlenmesi. İstanbul Üniv. Sağlık Bil. Enst. Hemşirelik Ana bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Özsoy A, Bayık A (1990). 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.

Pan HA et al. (2002). The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 41 (4); 269-274.

Pektikin Ç (1990). Stres ve başa çıkma yolları. *Hemşirelik Bülteni* IV (15):95-106.

Punyahotra S (1999). An Asian perspective of the menopause. *Maturitas* 27(1):3

Redland AR, Stufbergen AK (1993). Strategies for maintenance of health-promoting behaviours. *Advances in clinical Nursing Research*. June 28(2): 427-442.

Saraçoğlu F (1997). Menopoz ve hormon replasman tedavisi. *Türk Hemşireler Dergisi* 47(4):37-48.

Sayan A, Erci B (2001). Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

rilmesi. Atatürk Üniv. HYO Dergisi 4 (2) :11-19.

Seçkin NC ve ark. (1998), Sener AB, Turhan NÖ, Gökmen O, Orhon E, Bulgurlu H et al. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas* 30(1):37-40.

Taşkın L (2002). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset matbaacılık. Ankara.

Tillet LA, Nola J, Pender (1998). The health promotion. In Tomey MA, Alligood MR, eds. *Nursing Theorist and their work*. Mosby, St Louis Baltimore 529-535.

Uçanok Z (1994). Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin,

tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. Yüksek Lisans tezi. Hacettepe Üniv. Sosyal Bil. Enst. Ankara.

Uptan S (1999). Klimakterik dönemdeki kadınların öz-bakım gücünün artırılmasında hemşirenin rolü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.

Velasco MV et al (2000). 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).

Yürekli A (1998). Menopoz ve psikolojik destek. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(2): 49-54.