



ARAŞTIRMA

65 YAŞ VE ÜSTÜNDEKİ KADINLARIN KADIN SAĞLIĞINA YÖNELİK SORUNLARININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Öz

Giriş: Araştırma, 65 yaş ve üstündeki kadınların kadın sağlığına yönelik sorunlarının ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Çorum il merkezinde bulunan Yavruturna Sağlık Ocağı'na kayıtlı 65 yaş üstündeki 907 kadından 209'u oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formunda kadınların tanımlayıcı özellikleri, kadın sağlığını etkilediği düşünülen bazı risk faktörleri ve kadınların 65 yaş ve sonrası dönemde yaşadıkları bazı sağlık sorunları yer almaktadır. Veri toplama formu 10 Kasım-10 Aralık 2004 tarihleri arasında uygulanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.0 paket programında yüzdeler, sayılar ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların %87.1'inin sağlık sorunu yaşadığı, bunların %89.6'sında kalp-damar, %63.7'sinde romatizmal hastalıkların olduğu, kadınların %68.4'ünün genitouriner sisteme ilişkin şikayet yaşadığı, %38.8'inin genitouriner sisteme ilişkin bir sağlık sorunu nedeniyle tanı aldığı, %52.4'ünde sık idrar çıkma, %49.7'sinde stres inkontinans ve urge inkontinans, %45.7'sinde rahim sarkması, %37.0'sinde sistosel şikayeti olduğu, %99.0'unun kas-iskelet sistemine ilişkin şikayet yaşadığı, %89.9'unda osteoporoz, %88.9'unda boyda kısalma, %17.4'ünde kırık geliştiği, kırıkların %83.3'ünün kalça kırığı olduğu, kadınların, %15.8'inde değişik tip jinekolojik kanser olduğu, bu kadınların da %48.5'inin uterus kanseri, %33.3'ünün ise meme kanseri olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Kadınların yaşlılık dönemlerinde koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, Kadın, Sağlık sorunları.



RESEARCH

DETERMINATION OF WOMEN'S HEALTH PROBLEMS AND INFLUENCING FACTORS IN 65 YEARS OF AGE AND OLDER PEOPLE

ABSTRACT

Introduction: This study was prepared in descriptive manner with the aim of the determination of the problems related to women's health and the factors influencing those in 65 and over years old women.

Materials and Method: 907 women, aged 65 and over years, registered to Yavruturna Village Clinic in Provincial Centre of Çorum, Turkey were constituted the scope of this study. 208 women were randomly selected. Data were collected by using a questionnaire in between 10 November and 10 December 2004. Data analysis was done by SPSS 11.0. In the evaluation of data received the tests of χ^2 -square and percentage tests were used.

Results: In the study, 87.1% of the women has health problem, 89.6% of the women has cardiovascular problems, 63.7% of the women has rheumatismal disease, 52.4% of the women has pollacuri, 49.7% of those has stress incontinence, urge incontinence, 45.7% of those has uterine prolapse, 37.0% of those has cystocele, 89.9% of those has osteoporosis, 17.4% of those has fractures, 83.3% of those has hip fractures and 15.8% of those has gynecologic cancer, 48.5% of those has uterine cancer, 33.3% of those has breast cancer.

Conclusion: Development of preventive health policy in ageing period of women might be recommended.

Key words: Eldery, Women, Health problems.

İletişim (Correspondance)

Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN
Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik
ÇORUM
Tlf: 0364 223 07 30
e-posta: nurfatihh@hotmail.com

Geliş Tarihi: 30/01/2008
(Received)

Kabul Tarihi: 11/02/2008
(Accepted)

¹ Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik
ÇORUM

² Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik
ANKARA



GİRİŞ

Günümüzde kadının doğuştan beklenen yaşam süresi gelişmiş ülkelerde 80-85'e geliştirmekte olan ülkelerde ise 65-70'e kadar uzamıştır. Kadının yaşam süresi arttıkça menopoza ve postmenopoz dönemini yaşayan kadın nüfusu da artmaktadır. Bu durum kadınların yaşamlarının yaklaşık %34'lük dönemini klimakterik evre ve sorunlarıyla geçirmelerine neden olmaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılındaki raporuna göre, doğuştan yaşam beklentisinin artması ve doğurganlıktaki düşüş çerçevesince 2025 yılı için şu sonuçlara işaret edilmektedir; halen 66 yıl olan doğuştan yaşam beklentisi 73 yıla çıkacaktır ki bu 1955 ortalaması olan 48 yıla göre %50 artış anlamına gelmektedir. 1997 yılında 390 milyon olan 65 yaş üzeri insan sayısı 800 milyona ulaşmış olacaktır. Bir başka ifadeyle, söz konusu nüfus kesiminin toplam nüfus içindeki payının %6.6'dan, %10'a çıkması anlamına gelmektedir. Tek başına Çin'de, 60 yaş üzerinde 274 milyon insan olacaktır ve bu sayı ABD'nin bugünkü toplam nüfusundan fazladır. Küresel nüfus yaşlanması, büyük bölümünü kadınların oluşturdukları toplumlara doğru bir değişim yaratmaktadır. Ancak, kadınlar genel olarak erkeklerden daha uzun yaşarlarken, uzun yaşam beklentisi birçok kadın için gerçek bir avantaj anlamına gelmemektedir. Çünkü çoğu kadın, bu daha uzun yaşamı hastalık ve özürlülüklerden daha uzak yaşayamamaktadırlar. Milyonlarca kadın genç sayılabilecek yaşlarda iken daha çocukluk dönemlerinde başlayan gündelik baskılar ve eşitsizlikler yüzünden erken yaşlanmaktadır. Katlandıkları sorunlar arasında yetersiz beslenme, gebelik ve doğumla ilgili sağlık sorunları, tehlikeli yaşam ve çalışma koşulları, şiddet ve yaşam tarzına bağlı hastalıklar yer almaktadır. Bütün bunlar, menopoza sonrasında, göğüs ve rahim kanseri, osteoporoz ve diğer kronik hastalık olasılığını artırmaktadır (2).

Bu bağlamda sağlıklı bir yaşlılık politikası üretilebilmesi için yaşlılık konusunda yapılacak bilimsel araştırmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir (1,3). Bu çalışma, 65 yaş üzeri kadınların kadın sağlığına yönelik sorunlarının incelenerek, multidisipliner bir yaklaşım çerçevesinde sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli rolleri olan birinci basamakta çalışan sağlık personellerine rehber olacağı düşünülmüş yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte yapılmış olan araştırma Çorum İl merkezinde bulunan Yavruturna Sağlık Ocağı'na kayıtlı 65 yaş üstündeki kadınlar arasında gerçekleştirilmiştir. Araş-

tırmanın yapıldığı yer olarak Yavruturna Sağlık Ocağının seçilmesinin nedeni; kayıtlı 65 yaş üstündeki kadın sayısının yüksek bulunması, düzenli istatistiklerin tutulması nedeniyle verilere ulaşılabilirliğin kolay olmasıdır.

Yavruturna Sağlık Ocağı Çorum İl Merkezinde Yavruturna Mahallesi, Yeni Yol Mahallesi, Bahçelievler Mahallesi olmak üzere 3 mahalle (16728 kişi) ve Atçalı köyü, Karaağaç köyü, Palabıyık köyü, Pancarlık Köyü olmak üzere dört köyde (720 kişi) toplam 17648 kişiye hizmet vermektedir. Hizmet verilen toplam nüfusun 9450 kişisini kadın nüfusu oluşturmakla birlikte, bu nüfusun 907 kişisini 65 yaş ve üstündeki kadınlar oluşturmaktadır. 2000 yılı sonunda polikliniğe 1576 hasta başvurmuş ve bu bölgede 175 canlı doğum meydana gelmiştir. Sağlık Ocağında 4 doktor, 10 hemşire, 4 hizmetli görev yapmaktadır. Hemşireler muayeneye gelen hastaları hazırlama, enjeksiyon yapma, tansiyon ölçme, aşı yapma gibi görevlerde bulunmaktadır. Bunun yanı sıra çocukların beslenmesi, hijyen, aşılar, bulaşıcı hastalıklar gibi konularda eğitim vermektedir. Ayrıca ev ziyareti yaparak bebek ve gebe izlemi yapmakta ve aşılama hizmetlerini yürütmektedir. Hemşireler yaşlı kadınların sağlığına yönelik risk faktörlerini belirleme, bunlardan korunma ve erken tanılama gibi konularda hizmetlerde bulunmamaktadırlar.

Araştırmanın örnekleme, evrendeki bireylerin sayısının bilindiği durumlarda olayın görülüş sıklığına göre belli bir *d* duyarlılığı ve belli bir *z* güvenilirliği için örneklemedeki birey sayısını belirlemek amacı ile kullanılan formüle göre hesaplanmış ve 209 birey çalışmaya alınmıştır. Örnekleme alınan bireyler tesadüfi sayılar tablosundan yararlanılarak basit tesadüfi örnekleme yöntemine göre belirlenmiştir.

Verilerin toplanmasında formu araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek ve uzman görüşü (Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü öğretim elemanları) alınarak hazırlanmış olan ve üç bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır.

Birinci bölümde; yaş, öğrenim durumu, medeni durumu ve demografik özellikler gibi kişiyi tanıttığı bilgileri, ikinci bölümde; kadın sağlığını etkilediği düşünülen bazı risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik; menarş yaşı, ilk gebelik yaşı, gebelik ve canlı doğum sayısı gibi doğurganlık bilgileri, menopoza girme yaşı, menopoza girme nedeni gibi klimakterik döneme ilişkin bilgileri, sigara içme alışkanlığı, fiziksel aktivite yapma durumu, süt ve süt ürünlerini tüketme durumu gibi alışkanlıkları ve yaşam tarzına ilişkin bilgileri ve kronik hastalıklar ve ilaç kullanma durumuna ilişkin bilgileri,



üçüncü bölümde ise; postmenopozal ve yaşlılık dönemi sağlık sorunları ve şikayetlerinin belirlenmesine yönelik; genitoüriner sistem , kas-iskelet sistemi ve emosyonel duruma ilişkin yaşanan şikayetler ve bu dönemde görülen bazı sağlık sorunlarını ortaya çıkarmaya yönelik sorular yer almıştır.

Hazırlanan veri toplama formunun ön denemesi, araştırmacı tarafından 12-19 Ekim 2004 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama formu Çorum il merkezinde bulunan Bahçelievler Sağlık Ocağı'na kayıtlı 65 yaş üstündeki 20 kadına uygulanarak, anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği değerlendirilmiştir. Ön deneme sonucunda, veri toplama formunda son düzeltmeler yapılarak veri toplama formuna son şekli verilmiştir.

Veri toplama formu, araştırmacı tarafından 10 Kasım- 10 Aralık 2004 tarihleri arasında uygulanmıştır. Örnekleme çıkan kadınların adresleri Çorum merkez Yavruturna Sağlık Ocağı'nda bulunan ev halkı tespit fişlerinden (ETF) alınmıştır. Kadınlara uygulanacak veri toplama formu araştırmacı tarafından eğitilip denetlenen Gazi Üniversitesi Çorum Sağlık Yüksekokulu üçüncü sınıf öğrencileri ve bizzat araştırmacının kendisi tarafından evlere gidilerek yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur.

Veri toplama formu uygulanmadan önce, araştırmacı tarafından örneklem kapsamına alınan kadınlara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, sözel olarak izin alınmıştır. Veri toplama formunun uygulanması yaklaşık olarak 30 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesinde; genitoüriner sisteme yönelik olarak; stres inkontinans, mesane kasında kasılma olmaksızın stres anında (gülme, hapsirme, öksürme, ağır kaldırma, gibi) mesane içi basıncın üretra içi basıncı aşmasıyla oluşan idrar kaçırma durumudur. Araştırma sırasında gülme, hapsirme, öksürme, ağır kaldırma esnasında idrar kaçırdığını ifade eden kadınlar stres inkontinanslı olarak ele alınmıştır. "Urge inkontinans" ise tuvalete yetişmeden idrara kaçırmayla karakterize idrar kaçırma durumudur. Araştırma sırasında tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığını ifade eden kadınlar urge inkontinanslı olarak değerlendirilmiştir. Uterus prolapsusu, uterusu tutan bağlarda gevşeme ve yetmezlik sonucu uterusun vajenden dışarı doğru sarkmasıdır. Aynı şekilde sistosel mesanenin, rektosel rektumun, enterosel ise incebarsakların vajenden dışarı sarkması durumudur. Araştırma sırasında rahim sarkması, mesane sarkması, rektum sarkması, incebarsak sarkması sorunu olduğunu ifade eden ve reçetelerinde, muayene raporlarında bu tanılara ilişkin ifade olan kadınlar uterus prolapsusu, sistosel, rektosel ve enterosel şikayeti olan kadın-

lar olarak ele alınmıştır.

Kadınların beden kitle indeksi (BKİ); boy ve vücut ağırlığı ölçümü yapılarak; $BKİ = (kg/m^2)$ formülü ile hesaplanarak bulunmuştur. $BKİ = 19.9 kg/m^2$ düşük, $BKİ = 20-24.9 kg/m^2$ normal, $BKİ = 25-29.9 kg/m^2$ yüksek, $BKİ = 30 kg/m^2$ şişman grupta ele alınmıştır. Günlük süt ve süt ürünlerinden 1 porsiyon süt (1 bardak)/1 porsiyon peynir (1 dilim)/1 porsiyon yoğurt (1 kase) bunların her birinden sadece 1 porsiyon alanlar az düzeyde, bunların herhangi ikisinden birer porsiyon alanlar orta düzeyde, bunların hepsinden birer porsiyon alanlar ise yüksek düzeyde süt ve süt ürünleri tüketen grupta ele alınmıştır. Günde ortalama yarım saatten az fiziksel aktivitede bulunan kadınlar az düzeyde, yarım saat fiziksel aktivitede bulunan kadınlar orta düzeyde, ortalama bir saat ve daha fazla fiziksel aktivitede bulunan kadınlar ise yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan grupta ele alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, yaş, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, ev halkı sayısı, ikametgah bölgesi, ailenin aylık gelir durumu, menarş yaşı, ilk gebelik yaşı, menopoza girme nedeni, HRT alma durumu gibi obstetrik ve jinekolojik öykü, sigara içme alışkanlığı, süt ve süt ürünlerini tüketme durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, ilaç kullanma durumu ve kronik hastalıklar araştırmanın bağımsız değişkenlerini, 65 yaşın üstünde görülen kadın sağlığına yönelik sorunlar ve şikayetler ise araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Bu çalışmada alanda doldurularak getirilen soru formları kontrol edilmiş ve anket soruları veri kodlama yönergesine göre kodlanarak SPSS 11.0 paket programına aktarılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik sayılar, ki-kare istatistiksel yöntemi kullanılmıştır.

BULGULAR

Kadınların Bazı Demografik ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular;

Araştırmaya katılan kadınların %80.5'inin 65-74 yaş grubunda, %57.4'ü okur-yazar olmadığı, %60.3'ünün dul, %95.2'sinin ev hanımı, %42.1'inin gelirinin 100 Euro ve daha az olduğu, %89'unun sosyal güvencesinin olduğu, %69.4'ünün eşleriyle veya çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %51,2'inin menarş yaşının 11-13 yaş olduğu, %64.5'inin ilk gebelik yaşının 14-18 yaş olduğu, %62.6'sının 5 ve daha fazla sayıda gebe kaldığı, %100.0'ının vajinal doğum yaptığı, %46.4'ünün canlı doğum sayısının 5 ve üzeri olduğu, %51.8'inin doğumları arası geçen sürenin 2-



4 yıl olduğu, %37.1'nin doğumlarını ara ebelerin yaptırdığı, %71.3'ünün doğumlarının evde olduğu belirlenmiştir. %68.3'ünün doğurganlık çağında hiçbir aile planlaması yöntemini kullanmadığı, kadınların en çok kullandığı aile planlaması yönteminin %55.6 ile rahim içi araç olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %47.4'nün son adet görme yaşının 46-50 yaş arası olduğu, %88.0'inin doğal nedenler ile menopoza girdiği, %85.6'sının menopoza girdikten sonra HRT almadığı, %83.3'ü tedaviye menopoz döneminin ilk 5 yılı içerisinde başladığı, %66.7'sinin 1 yıl ve daha az süreyle HRT aldığı, %86.6'sının menopoza girdikten sonra hangi tip hormon aldığını bilmediği belirlenmiştir.

Kadınların Bazı Sağlık Sorunlarına İlişkin Bulgular;

Araştırmaya katılan kadınların %87.1'inin sağlık sorunu yaşadığı, sağlık sorunu yaşayan kadınların %89.6'sında kalp-damar, %63.7'sinde romatizmal hastalıkların olduğu, kadınların %78.0'inin düzenli olarak ilaç kullandıkları, %22.0'sinin ilaç kullanmadığı, ilaç kullanan kadınların %29.4'ü kortizon kullandığı, %27.6'sının anti-asit kullandığı, %24.5'inin ise antikoagülan grubu ilaç kullandıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunda (%91.2) emosyonel sorunlar bulunmaktadır. Kadınlarda en fazla bulunan emosyonel sorun %81.3 ile uyku sorunları, %55.2 ile yorgunluk, %50.0 ile de sıcak basması olarak belirlenmiştir.

Kadınların sağlık sorunu olma durumuna göre emosyonel sorunu olma durumlarının dağılımına ilişkin bulgular incelendiğinde ise sağlık sorunu olma ile emosyonel sorunu olma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık sorunu olan kadınların %95.6'sının emosyonel sorunu var iken, sağlık sorunu olmayan kadınların %66.7'sinin emosyonel sorunu vardır.

Araştırmaya katılan kadınların %68.4'ünde genitoüriner sistem sorunlarına ilişkin bir semptom bulunurken, %38.8'i genitoüriner sisteme ilişkin bir sağlık sorunu nedeniyle tanı almış, %52.4'ünde sık idrar çıkma, %49.7'sinde stres inkontinans ve urge inkontinans, %45.7'sinde rahim sarkması, %37.0'sinde sistosel belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan kadınların, %99.0'ının kas-iskelet sistemi sorunlarına ilişkin bir semptomu var iken, %89.9'unda osteoporoz, %88.9'unda boyda kısalma, %17.4'ünde kırık geliştiği, kırıkların %83.3'ünün kalça kırığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların, %15.8'inde değişik tip jinekolojik kanser olduğu, bu kadınların da %48.5'inin uterus kanseri, %33.3'ünün ise meme kanseri olduğu belirlenmiştir.

Kadınların emosyonel şikayetlerini etkileyen bazı faktörlere ilişkin bulgular incelendiğinde kadınların meslek, aylık toplam gelir ve birlikte yaşadığı kişinin varlığı, sağlık sorunu bulunma durumu, doğum yapma durumu ve doğum sayısı ile emosyonel sorunu olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p<0.05$) kadınların menopoz yaşı, menopoza girme nedeni, HRT alma durumu ile emosyonel sorunu olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Kadınların menarş yaşı, doğum yapma durumu, doğum sayısı, doğumu yaptıran kişi, menopoz yaşı, HRT alma durumu, sağlık sorunu olması ile genitoüriner sisteme ilişkin so-

Tablo 1— Kadınların genitoüriner sisteme (GÜS) ilişkin sorunlarının ve aldıkları tanılarının dağılımları

G.Ü. Şikayetlere İlişkin Veriler	Sayı	%
Şikayet Varlığı (n=209)		
Yok	66	31.6
Var	143	68.4
Şikayetler* (n=143)**		
Vulvada kaşıntı	25	17.5
Vajinada yanma	13	9.1
Akıntı	22	15.4
Stres inkontinans	71	49.7
Urge inkontinans	71	49.7
Sık idrara çıkma	75	52.4
Gece idrar kaçırma	26	18.2
Kesik kesik idrar yapma	33	23.1
İdrar yaparken yanma	38	26.6
İdrar yaparken ağrı	30	21.0
Diğer***	12	8.4
Alınan Tanılara İlişkin Veriler		
Tanı Alma Durumu**** (n=209)		
Almayan	128	61.2
Alan	81	38.8
Alınan Tanılar**** (n=81)**		
Uterus prolapsusu	37	45.7
Sistosel	30	37.0
Rektosel	11	13.4
Sık tekrarlanan idrar yolu iltihabı	28	34.6
Vajinal atrofi*****	11	13.6
Vajinal enfeksiyon	21	25.9

*Genitoüriner sisteme ilişkin şikayetler kadınların sözel ifadelerine göre belirlenmiştir.

** . Kadınlar birden fazla şikayet yaşadıklarından yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

***Vajinal kuruluk,cinsel ilişki sırasında ağrı ve cinsel ilişki sonrasında kanama şikayetleri

****Tanılar kadınların sözel ifadesine göre belirlenmiştir.

*****Vajinal atrofi tanısı ilaç reçetelerine göre belirlenmiştir.

**Tablo 2—** Kadınların kas-iskelet sistemine (KİS) ilişkin sorunlarının dağılımları

KİS Şikayetlerine İlişkin Veriler	Sayı	%
Şikayet (n=209)		
Olmayan	2	1.0
Olan	207	99.0
Şikayetler** (n=207)		
Sırtın alt kısmında ağrı	109	52.6
Boyda kısalma	184	88.9
Sırtta kamburluk	84	40.6
Osteoporoz	186	59.9
Artrit	75	36.2
Kırık	36	17.4

*Kadınlar birden fazla şikayet yaşadıklarından yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

**Kas-iskelet sistemine ilişkin yaşanan şikayetler kadınların sözel ifadesine göre belirlenmiştir. Şikayetlerin belirlenmesi yöntem kısmında ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

runu olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunurken (Tablo 3), aynı zamanda ilk gebelik yaşı, doğumlar arası geçen süre, doğumu yaptıran kişi, doğumun yapıldığı

yer ile genitoüriner sisteme ilişkin şikayetlerden tanı alma arasındaki ilişki de istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların fiziksel aktivitede bulunma durumu, sağlık sorunu bulunma ve düzenli ilaç kullanma durumu, HRT alma durumu ve aile hikayesinde bulunma durumu ile osteoporoz olma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p<0.05$) (Tablo 3), menopoz yaşı, menopoza girme nedeni ile osteoporoz olma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Ayrıca kadınların sırtta kamburluk, boyda kısalma, osteoporoz, kırık ve artirite ilişkin aile hikayesi bulunma durumu ile bu şikayetlerin kendisinde olması arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların kadına özgü kanser tanısı alma durumu ile aile hikayesinde kadına özgü kanser bulunma durumu ve HRT alma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların uterus kanseri tanısı alma durumu ile obesite,

Tablo 3— Kadınların bazı doğurganlık özelliklerine, HRT alma durumu ve sağlık sorunu bulunma durumuna göre genitoüriner sisteme (G.Ü.S.) ilişkin sorunu olma durumlarının dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	GÜS Şikayet				Toplam (Sayı)
	Yaşayan		Yaşamayan		
	Sayı	%	Sayı	%	
Menarş Yaşı (n = 209)					
11 yaş ve daha az	5	33.3	10	66.7	10
11-13 yaş	67	62.6	40	37.4	107
14 yaş ve üstü	171	91.4	16	8.6	187
Doğum Yapma Durumu (n = 209)					
Hiç Doğum Yapmamış	1	9.1	10	90.9	11
Doğum Yapmış	142	71.7	56	28.3	198
Doğum Sayısı (n = 198)*					
1-2	7	25.9	20	74.1	27
3-4	34	45.9	40	54.1	74
5 ve üzeri	60	61.9	37	38.1	97
Doğumu Yaptıran Kişi (n = 198)*					
Doktor	5	12.5	35	87.5	40
Ebe ve Ara Ebe	127	80.4	31	19.6	158
HRT Alma Durumu (n = 209)					
Alan	5	16.7	25	83.3	30
Almayan	138	77.1	41	22.9	179
Sağlık Sorunu (n = 209)					
Olan	136	74.7	46	25.3	182
Olmayan	7	25.9	20	74.1	27

*Bu grubu doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır.

**Tablo 4—** Kadınların fiziksel aktivitede bulunma durumu, sağlık sorunu olma durumu, ilaç kullanma ve HRT alma durumu; aile hikayesine göre osteoporoz bulunma durumları

Özellikler	Osteoporoz				Toplam (Sayı)
	Gelişen		Gelişmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Fiziksel Aktivitede Bulunma Durumu*					
Fiziksel Aktivitesi Olmayanlar	150	96.2	6	3.8	156
Günde Ortalama Yarım Saat (Az)	28	87.5	4	12.5	32
Günde Ortalama Bir Saat (Orta)	8	38.1	13	61.9	21
Sağlık Sorunu**					
Olan	180	98.9	2	1.1	<i>p<0.05</i>
Olmayan	6	22.2	21	77.8	182
İlaç Kullanma Durumu***					
Kullanan	158	96.9	5	3.1	<i>p<0.05</i>
Kullanmayan	28	60.9	18	39.1	163
HRT Alma Durumu					
Alan	10	33.3	20	66.7	<i>p<0.05</i>
Almayan	176	98.3	3	1.7	30
Aile Hikayesinde****					
Olan	180	97.3	5	2.7	<i>p<0.05</i>
Olmayan	7	2.2	17	70.8	185
Toplam	187	89.5	22	10.5	<i>p<0.05</i>

*Kadınların fiziksel aktivitede bulunma durumunun sınıflandırılması yöntem kısmında verilerin değerlendirilmesinde ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

**Bu grubu hipertiroidizm/hipotiroidizm (tiroksin tedavisine bağımlı), diabetes mellitus (insüline bağımlı), romatizmal, kalp damar ve sinir sistemi hastalıkları olan kadınlar oluşturmaktadır.

***Bu grubu antikonvülsan, kortizon, antikoagülan, methot-rexate, hipotiroid hormon tedavisi furosemide grubu diüretikler, alüminyum içeren antiasit ilaç kullanan kadınlar oluşturmaktadır.

****Aile hikayesinde bulunma durumu kadınların sözel ifadelerine göre belirlenmiştir.

diyabet, hipertansiyon durumları, menarş yaşı, doğum yapma durumu ve menopoz yaşı arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Literatürde; yaşlılık döneminde en fazla görülen emosyonel şikayetlerin uyku sorunları olduğu, bu şikayetlere ek olarak sıcak basması, huzursuzluk, duygu ve mizaç değişiklikleri, yorgunluk, cinsel işlev bozukluğu, libido azalması ve depresyon gibi ruhsal belirtilerin de sık olarak ortaya çıktığı bildirilmektedir (4,5). Konuyla ilgili olarak, Blazer'ın çalışmasında 65 yaş ve üzeri kadınlarda en fazla görülen emosyonel şikayetin uyku sorunları (%79.8) olduğu, bunu %58.0 ile yorgunluk şikayetinin izlediği belirtilmiştir (6). Heikinen ve Kaupinen'in çalışmalarında yaşlı bireylerde depresif semptomla-

ra bakılmış, bu bireylerde en fazla görülen depresif semptomların uykusuzluk ve yorgunluk olduğu belirtilmiştir (7). Bu sonuçlar araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Heikinen ve Kaupinen'in çalışmalarında emosyonel şikayetlerin en fazla yalnız yaşayan kadınlarda (%46.8) görüldüğü, bu şikayetlerin %10.6'sını ise düşük sosyoekonomik seviyede olan kadınların oluşturduğu belirtilmektedir. Yiğit ve arkadaşlarının makalesinde Uçanok ve Bayraktar (1996) yaşam olayları, sosyal destek, çocuk sayısı gibi özelliklerin postmenopozal dönemdeki depresyon katsayıları üzerine etkisi konulu çalışmalarında özellikle eş desteğinin bu konuda önemli olduğu vurgulamıştır (8). Blazer ve Gallo çalışmalarında düşük sosyoekonomik düzey emosyonel şikayetler açısından ileri yaşlarda risk oluşturmaktadır. Bu sonuçlar araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (6,9). Beck'in çalışmasında doğum yapma durumu ve doğum sayısı gibi do-



ğurganlık özelliklerinin postmenopozal ve yaşlılık dönemindeki kadınlarda minör depresyon açısından bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (10). Horwath ve arkadaşlarının çalışmalarında doğum yapma durumunda ve doğum sayısı arttıkça kadınlarda depresif semptomlar daha fazla görülmektedir (11). Heikinen ve Kaupinen'in çalışmalarında kadın ve erkekte depresif semptom etyolojileri arasındaki en önemli farkın kadının doğurganlık özelliğinden kaynaklandığı vurgulanmaktadır (7). Bu sonuçlar araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada, doğum yapma durumu ve doğum sayısının emosyonel şikayetler açısından risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Heikinen ve Kaupinen'in, Goulding ve arkadaşları, çalışmalarında erken menopoz, menopoza girme nedeni, HRT alma durumu ile postmenopozal dönemde yaşanan emosyonel şikayetler arasındaki ilişki önemli bulunurken, bu değişkenler ile 65 yaş ve üstü dönemde yaşanan emosyonel şikayetler arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur (7,12). Aynı çalışmada 65 yaş ve üzeri dönemde sosyolojik faktörlerin emosyonel şikayetler açısından etkisinin daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu sonuç yapılan araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Foley ve arkadaşlarının çalışmalarında, kronik hastalıkların uyku problemleri açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (13). Aynı çalışmada kalp hastalıklarının 1.99 kat, diyabetin 1.98 kat, akciğer hastalıklarının 1.81 kat ve diğer çeşitli sağlık sorunlarının da %1.56 kat insomnia riskini artırdığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırma kadınlarda sağlık sorunu bulunma durumunun emosyonel şikayetler açısından bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Literatürde; kadınlarda ilerleyen yaşlarda estrogen yetmezliğine bağlı olarak, alt üriner sistem mukozalarının atrofiye uğraması, vasküler yapı ve bağ dokusundaki azalma sonucu idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, gece idrara çıkma gerçek stres inkontinansı (Öksürürken hapsirirken idrar kaçırma), urge inkontinans (tualete yetişmeden idrar kaçırma) ve atrofik daralmalara bağlı olarak idrar yapma güçlükleri' ortaya çıktığı belirtilmektedir (14-16).

Dikno ve arkadaşlarının çalışmasında 60 yaş ve yukarı kadınların %42'inde inkontinans tespit edilmiştir. Demirci ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı çalışmada kadınlarda stres inkontinans sıklığı %42.3 olarak belirtilmiştir (17). Molander ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri 4206 kadınla yaptığı çalışmalarında üriner inkontinans prevalansı %50'nin üzerinde bulunmuştur (18). Bu sonuçlar araştırmanın bulgularıyla

benzerlik göstermektedir. Molander ve arkadaşları çalışmalarında, 65 yaş ve üzeri kadınlarda yaklaşık %11 sıklığında vulvada kaşıntı, akıntı, idrar yaparken ağrı, idrar yaparken yanma şikayetlerinin olduğunu belirtmişlerdir (18). Bu sonuca göre araştırma grubundaki kadınlarda vulvada kaşıntı, akıntı, idrar yaparken ağrı, idrar yaparken yanma şikayetleri daha yüksek sıklıkta bulunmuştur. Çalışma kadınlarda 65 yaş ve sonrasında genitoüriner sisteme ilişkin yakınmalarda bir artış olduğunu göstermektedir.

Literatürde; kadınlarda artan yaşla birlikte pelvis döşemesini oluşturan tabakaların, adele ve bağ dokularının tonüs ve esnekliklerini kaybetmeleri sonucu yaşlılık döneminde sistosel, rektosel, enterosel, uterus prolapsusu gibi sorunların ortaya çıkabileceği vurgulanmaktadır (14-16). Luber ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı kadınlarda en fazla görülen genitoüriner sisteme ilişkin sağlık sorunun rahim sarkması olduğu ve bu şikayetin en fazla 60-89 yaş grubu kadınlarda görüldüğü belirtilmiştir (19). Çalışmada kadınlarda 65 yaş ve sonrasında pelvik relaksasyon ve bunun sonucu oluşabilecek rahim sarkması gibi genitoüriner sisteme ait sağlık sorunlarında bir artış olduğunu göstermektedir.

Literatürde; pelvik relaksasyon sonucu gelişen rahim sarkması ve bununla birlikte oluşan sistosel, rektosel, enterosel şikayetlerinin genellikle doğumla başladığı ve giderek yıllarla belirgin bir hal aldığı belirtilmekte ve bu şikayetlerin güç ve fazla doğum yapan kadınlarda daha sıklıkla görüldüğü vurgulanmaktadır (14-16). Konuyla ilgili olarak, Brown ve arkadaşlarının çalışmalarında, multiparlarda nulliparalara göre rahim sarkması ve stres inkontinans şikayetlerinin %16 sıklığında daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (20). Christian ve Ash'in çalışmalarında mutiparite, sık aralıklarla doğum ve adolesan gebelik durumlarının ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek genital prolapsuslar açısından önemli risk faktörleri olduğu vurgulanmıştır (21). Bu sonuçlar araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışma, çok ve sık aralıklarla doğum yapma (3'den fazla, 2 yıldan kısa aralıklarla), adolesan gebelik (<18) durumlarının, pelvik relaksasyon, rahim sarkması, sistosel, rektosel ve enterosel ve bunlarla birlikte gelişen genitoüriner sisteme ait şikayetler açısından bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Literatürde, postmenopozal ve yaşlılık döneminde estrogen hormonunda meydana gelen azalmanın genital atrofiye neden olarak vajinada kuruluk, yanma, akıntı, ağrılı cinsel ilişki, kanama ile seyreden senil vajinit'e (atrofik vajinit) ve alt üriner sistem mukozasının atrofi sonucunda gelişen değişik tiplerde inkontinans problemlerine neden olabileceği vurgulan-



maktadır (22-24). Aynı şekilde kadınlarda postmenopozal dönemde alınan hormon replasman tedavisinin postmenopozal ve yaşlılık döneminde estrogen yetersizliği sonucu genitoüriner sisteme ilişkin gelişebilecek sağlık sorunlarını çözmede etkin bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır. Ellerkmann ve arkadaşlarının çalışmalarında 45 yaş ve daha erken menopoza giren kadınlarda ileri yaşlarda atrofik vajinit ve pelvik relaksasyon riskinin arttığı bildirilmektedir (25). MacLennan ve arkadaşlarının çalışmalarında 51 yaş ve daha geç menopoza giren kadınlarda stres inkontinans prevalansı %32 iken, bu sıklık 45 yaş ve daha erken dönemde menopoza giren kadınlarda %40 olarak belirlenmiştir (26). Bu sonuçlar araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışma, erken menopozun genitoüriner sisteme ilişkin gelişebilecek sağlık sorunları açısından bir risk faktörü olduğunu bunun yanısıra hormon replasman tedavisinin de bu sağlık sorunlarının önlenmesinde etkili bir tedavi şekli olduğunu göstermektedir.

Brown ve arkadaşlarının çalışmalarında tip II diyabetin üriner inkontinans riskini artırdığı vurgulanmıştır (27). Huang ve arkadaşlarının çalışmalarında bilişsel düşünce yeteneği ve fiziksel aktivitesi azalmış 65 yaş üstü kadınlarda inkontinans semptomlarının arttığı belirlenirken (28), Abbot'ın kolajen doku hastalığı olan 55-75 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada bu kadınlarda ileri yaşlarda en fazla böbrek fonksiyonlarına ilişkin sağlık sorunları yaşandığı (%24.5), üriner sisteme ilişkin şikayetlerin dağılımı incelendiğinde, akut böbrek yetmezliği (%12.5), nefrotik sendrom (%15.5), piyelonefrit (%12.2), sistit (%10.0) olduğu belirlenmiştir (29). Bu sonuçlar araştırmanın bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Çalışma genel sağlık sorunu bulunma durumunun genitoüriner sistem şikayetleri açısından bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Literatürde; kadınların postmenopozal ve 65 yaş ve sonrası dönemde kas-iskelet sistemine ilişkin yaşadıkları en önemli sorunun kemiklerde kütle kaybı (osteoporoz) olduğu vurgulanmaktadır. Osteoporoz kadınlarda yaşamları boyunca, tip 1 osteoporoz (klimakterik dönemde östrojen azalmasına bağlı olarak gelişen) ve tip 2 (senil) osteoporoz (doğrudan yaşlanmaya bağlı olarak gelişen) olarak iki şekilde görülmektedir. Kadınlarda osteoporozla bağlı olarak gelişen boyda kısalma, sırtta kamburluk ve osteoporotik kırık şikayetleri kas iskelet sistemine ilişkin sıklıkla yaşanan şikayetlerdir (14-16). Postmenopozal dönemde vertebral bölgedeki kemik mineral yoğunluğu kayıplarının, femur bölgesindeki kemiklere göre daha hızlı olduğu vurgulanmakta ve menopoz döneminin başlamasıyla birlikte osteoporoz yönünden öncelikle vertebra böl-

gesindeki kemikler etkilendiği için 65 yaşına gelmiş kadınların yaklaşık %50 kadarında kemik erimesine bağlı olarak en az bir vertebra çökme kırığı gelişebileceği, yaşlılık dönemiyle de femur bölgesindeki kemikler risk altında olduğu için bu dönemde de kalça kırığı riskinin postmenopozal döneme göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (30). Tüm kalça kırıklarının hemen hemen yarısı 80 yaşından sonra görülmektedir.

Konuyla ilgili olarak Kaplan ve Aybar çalışmalarında; postmenopozal dönemde vertebra bölgesinde kırık riskinin, yaşlılık döneminde ise kalça kırığı riskinin arttığı belirlenmiştir (31,32). Bu sonuçlar çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışma, kadınlarda yaşlılık döneminin senil osteoporoz ve bununla birlikte gelişen kas-iskelet sistemi şikayetleri ve özellikle kalça kırığı açısından risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Jose ve Wilbert'in çalışmalarında belirttiğine göre; "Kadın Sağlığı Girişimi (Women's Health Initiative-WHI)" çalışmalarına göre; postmenopozal hormon replasman tedavisi osteoporoz ve bunun sonucu olarak gelişebilecek kas-iskelet sistemine ilişkin komplikasyonları önlemede önemli bir tedavi şeklidir. Ayrıca WHI 16608 kadın üzerinde yaptığı randomize bir çalışmada postmenopozal dönemde alınan hormon replasman tedavisinin kalça kırığı riskini %66 azalttığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada 5.2 yıl HRT alan 16.000 kadında total kırık riskinin düştüğü bildirilmektedir (33). Bu sonuçlar çalışmanın bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçları, postmenopozal hormon replasman tedavisinin osteoporozu önlemede önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

"The Study of Health Across the Nation" (SWAN), 'The National Osteoporosis Risk Assessment' (NORA) ve 'The National Institutes of Health' (NIH) çalışmalarına göre; düşük fiziksel aktivite osteoporoz için önemli bir risk faktörüdür. Bu sonuçlar Çorum'da yapılan çalışmanın bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalar hipertiroidizm, hipotiroidizm (tiroksin tedavisine bağımlı), diabetes mellitus (insüline bağımlı), romatizmal hastalıklar, kalp damar hastalıkları, sinir sistemi hastalıklarının ve antikonvülsan ilaçlar, kortizon, antikoagülan, methot-rexate, hipotiroid hormon tedavisi, furosemid grubu diüretikler, alüminyum içeren antiasit ilaçların osteoporoz gelişmesi yönünden risk faktörü olduğu belirlenmiştir (34,35).

Literatürde; ailede osteoporoz hikayesinin bulunmasının osteoporoz açısından önemli bir risk faktörü olduğu vurgu-



lanmaktadır. Yapılan çalışmalarda hereditenin kadının yaşamı boyunca elde edeceği kemik dokusu miktarının pikini ve gelecekteki kemik kaybı oranını belirleyecek kadar önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (34,35).

Kaplan'ın çalışmasında Frost, Guthrie ile Thompson ve arkadaşları postmenopozal osteoporoz hikayesi bulunan kadınların çoğunluğunda birinci dereceden aile yakınlarında osteoporoz olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada Steaven ve arkadaşları annesinde postmenopozal dönemde femur bölgesinde osteoporoz gelişen kadınlarda, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kalça kırığı görülme insidansı daha yüksek bulunmuştur (31). Bu sonuçlar araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Brinton'ın çalışmasında nulliparite ve infertilite önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (36). Aynı çalışmada erken menarş uterus kanserine yakalanma riskini 2.4 kat artırmaktadır. Bu sonuçlar araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çorum'da yapılan ve kadınlar arasında yapılan bu çalışma sonuçları, nulliparite, geç menopoz ve erken menarşın uterus kanseri gelişiminde önemli bir riski faktörü olduğunu vurgulamaktadır.

Literatür değerlendirildiğinde; postmenopozal dönemde alınan hormon replasman tedavisinin meme ve rahim kanseri riskini arttırması hala tartışma konusudur. HRT'nin meme kanseri için ancak küçük bir risk oluşturduğu ve tedavi kesildikten 2 yıl sonra artmış olan riskin ortadan kalkacağı yönünde çalışmalar olmakla birlikte, karşılanmamış östrojenin meme ve rahim kanseri riskini arttıracığı, kullanılan HRT tedavilerine, ayda yaklaşık 12 gün progesterin ilavesi ile bu riskin azaltılacağı veya ortadan kaldırılacağı öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (37,38). Ancak, son yapılan çalışmalar östrojen ile birlikte verilen progesterinin rahim kanseri riskini azaltmakla birlikte meme kanseri riskini artırabileceği yönündedir (39,40). "Women's Health Initiative (WHI)" çalışmalarına göre; hormon replasman tedavisi kardiyovasküler hastalık, venöz tromboembolizm, meme ve rahim kanseri riskini arttırmaktadır. The Million Women Study'in 1996-2001 yılları arasında 50-64 yaşları arasında, 1 084 110 Ukraynalı kadın üzerinde HRT'nin değişik tiplerinin meme kanseri ve meme kanseri nedeniyle gelişen ölümlere üzerine etkisini araştırmak bulmak amacıyla yaptığı çalışma sonuçlarına göre; HRT kullanan kadınların yaklaşık olarak yarısında (9364 kişi) kullanımı takiben 2.6 ve 4.1 yıl içinde invazif meme kanserine rastlanmıştır ve bu kadınlardan 637'si meme kanseri nedeniyle ölmüştür. Aynı çalışma sonuçlarına göre meme kanserine yakalanma riski HRT kullananlarda kullanmayanlara göre 1.66

kat, meme kanserinden ölüm riski ise 1.22 kat artmaktadır. Geçmişte kullananlarda ise bu risk hiç kullanmayanlara göre 1.05 kat artmaktadır. Aynı çalışma sonuçlarına göre yalnız östrojen alan kadınlarda meme kanserine yakalanma riski 1.30 iken östrojen-progesteron kombine tedavi alan kadınlarda risk iki katına çıkmaktadır. Günümüzde yapılan çalışmalar sonucunda meme ve rahim kanseri riskini arttırdığı için postmenopozal dönemde alınan HRT 3-5 yıl arasında sınırlandırılmıştır (37,39,40). Bu sonuçlar araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışma, postmenopozal dönemde 4 yıl ve daha uzun süreyle alınan hormon replasman tedavisinin meme ve rahim kanseri açısından önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Literatürde; obezite, hipertansiyon ve diyabetin uterus kanseri riskini arttırdığı vurgulanmaktadır. Winter'in çalışmasında obesitenin 2-11 kat , hipertansiyonun 1.2-2.1 kat, diyabetin ise 1.3-2.7 kat uterus kanseri riskini arttırdığı vurgulanmaktadır (41). Shoff'un çalışmasında, hem obez hem de diabetik kadınlarda uterus kanserine yakalanma riski 2.95 kat artmaktadır. Aynı çalışmada diyabetin obesiteyle birlikte daha fazla uterus kanseri riskine neden olacağı vurgulanmaktadır (42). Bu sonuçlar araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışma, obesite, hipertansiyon ve diyabetin uterus kanseri gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; kadınların yaşlılık dönemlerindeki sağlıkları, tüm yaşamları boyunca ortaya çıkan çeşitli faktörler tarafından belirlenir. Eğer kadınların daha uzun yaşam süresini iyi ve yaşanabilir hale getirmek gerekiyorsa, kadınların sağlık durumlarını en iyi düzeye getirecek politikaların hedeflenmesi gerekir. Bu politikalar daha bebeklik ve çocukluk dönemlerinde baş gösteren sorunları ele alacak biçimde geliştirilmeli, ardından ergenlik döneminden başlayıp yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerini de kapsayacak biçimde tüm yaşam süresine yönelmelidir (2). Bu nedenle özellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına önemli rolleri olan halk sağlığı alanında çalışan sağlık personelinin kadın sağlığını tüm yaşam süresi boyunca bütüncül bir yaklaşım ile ele alması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akkuzu G, Akın A. Menopoz sonrası ve yaşlılıkta kadının sağlık sorunları. Sağlık ve Toplum 1998;3(4):68-72.
2. Dünya Sağlık Örgütü: Dünya Sağlık Raporu 1998. 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon. (Çev. Ed: B Metin, A. Akın, İ. Güngör), Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara 1998, p 118.
3. Argon G, Sağlıklı yaşlılık ve hemşirelik. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1992;8(3):107-113.



4. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. Roche Müstehzarları Sanayi A.Ş. Yayınları, İstanbul 1993,pp: 214-216.
5. Lock DG. Depressive symptoms in late life: A primary prevention. *Aging Mental Health* 2000;2:110-132.
6. Blazer DG. Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention. *Aging Mental Health* 2002;6:177-209.
7. Heikinen R, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2004;38(3):239-250.
8. Çayköylü A, Yazıcı G, Arslan M. Menopozda psikiyatrik bozukluklar. *Türk Fertilite Dergisi* 2003;11(1):9-14.
9. Gallo J J. Epidemiology of mental disorders in middle age and late life: conceptual issues. *Epidemiol Rev* 1995;17(1):83-94.
10. Beck DA. Minor depression: a review of literature. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:177-209.
11. Horwath E, Johnson J, Klerman GL. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:817-823.
12. Goulding MR, Rogers ME, Smith SM. Health and aging: trend in aging United States and worldwide. *MMWR* 2003;52(6):101-106.
13. Foley D, Ancoli-Israel S, and Britz P. et al. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *J Psychosom Res.* 2004. 56:497-502.
14. Berek JS. Novak Jinekoloji (Çev. Ed: A. Erk) Onikinci Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara 1998,pp 771-981.
15. Scott JR. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Eighth Edition. JB Lippincott Company, Philadelphia 1999,pp 677.
16. Kişnişçi H. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara 1996, pp 1170- 1319.
17. Dicno, AC, Estanol MV, Mallet V. Epidemiology of lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet Gyneco* 2004;47(1):36-43.
18. Molander U, Milsom I, Ekelund P. An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Maturitas* 1990;12(1):51-60.
19. Lubner KM, Boero S, Choe JY. The Demographics of pelvic floor disorders: Currents observation and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1496-1501; discussion 1501-1503.
20. Wolin JH. Stress incontinence in young nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:1166-1168.
21. Christian P, Ash M. Childbirth and the pelvic floor: The gynaecological consequences. *Reviews in Gynaecological Practice* 2005;5(1): 15-22.
22. Dicno AC, Estanol MV, Mallet, V. Epidemiology of lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet Gyneco* 2004; 47(1):36-43.
23. Hampell C, Wienhold D, Benken N. Prevalance and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997;32 (Suppl 2):3-12.
24. Kinchen K, Gohier J, Obenchain R. Prevalance and frequency of stress urinary incontinence among community-dwelling women. *Eur Urol* 2002;(Suppl 1):85.
25. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Mellick CF. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:1332-1337; discussion 1337-1338.
26. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107: 1460-1470.
27. Brown JS, Vittinghoff E, MS Feng Lin MS. Prevalence and Risk Factors for Urinary Incontinence in Women With Type 2 Diabetes and Impaired Fasting Glucose; Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2001-2002. *Diabetes Care.* 2006; 29(6):1307-1312.
28. Huang AJ, Brown JS, Thom DH. Urinary Incontinence in Older Community-Dwelling Women The Role of Cognitive and Physical Function Decline. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 909 - 916.
29. Abbot MJ. A case control study of collagen disorders and urogenital risk. *Reviews. Gynaecological Practice* 2002; 6(1):82-88.
30. Yıldırım M. Klinik Jinekoloji. 3. Baskı. Çağdaş Medikal- Kitapevi, Ankara Eylül 2002, pp 69.
31. Kaplan S. Postmenopozal dönem kadınların kemik mineral yoğunluklarını etkileyen bazı risk faktörlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 2003.
32. Aybar S. Menopozun fiziksel düzeyi ve osteoporozun üzerindeki etkisinin premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlar arasında değerlendirilerek karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 1996.
33. Ness J, Aronow WS, Beck G. Menopausal symptoms after cessation of hormone replacement therapy. *Maturitas.* 2006;53(3): 356-61.
34. Ketenci A. Türkiye'de Vertebral Osteoporozun Sıklığı ve Risk Faktörleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul 1992.
35. Aygün F. Kalça Kırığı Olan Osteoporozlu Olgularda Risk Faktörleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul,1988.
36. Brinton LA, Berman M.L, Mortel R. Reproductive, menstrual and medical risk factors for endometrial cancer: results from a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167: 1317-1325.
37. Güner H. Jinekolojik Onkoloji. Çağdaş Medikal Kitabevi, Ankara Şubat 2002.
38. Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A. Assesment of Current International federation of gynecologic and obstetrics staging of vulvar carcinoma relative to prognostic factors for survival (A Gynecologic Oncology Grup Study). *Am J Obstetrics and Gynecology* 1991;164:1111-1112.
39. Aschenbrenner DS. HRT reconsidered: What should you tell patients about it now?. *AJN* 2004;104(6):51-53.
40. Schairer C, Lubin C, Troisi R. Menopausal Estrogen and Estrogen-Progestin Replasman Therapy and Breast Cancer Risk. *JAMA* 2000; 283: 485-91.
41. Winter WE. Uterin cancer. *Medicine* 2004;1(10):1-10.
42. Shoff SM, Newcomb PA. Diabetes body size and risk of endometrial cancer. *Am J Epidemiol.* 1998;148:234-240.