T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

CERRAHİ MENOPOZDAKİ KADINLAR İÇİN ROY ADAPTASYON MODELİ DOĞRULTUSUNDA GELİŞTİRİLEN HEMŞİRELİK DESTEK PROGRAMININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

MEHTAP GÜMÜŞAY

DANIŞMAN
PROF. DR. NEVİN ŞAHİN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Bu çalışma 23.02.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Nevin ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Fakülte

Prof. Dr. Ümran OSKAY
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Fakülte

Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Fakülte

Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr.. DrMeltem DEMİRGÖZ BAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

MEHTAP GÜMÜŞAY

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince ilgisini ve sevgisini daima hissettiğim, bilimsel desteği ile yoluma ışık tutan, öğrencisi olmaktan onur duyduğum kıymetli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Nevin ŞAHİN'e,

Tez izleme jürimde yer alan, öneri ve bilimsel destekleri ile tez çalışmama yön veren Prof. Dr. Ümran OSKAY ve Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL'a

Eğitimim süresince ilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Ergül ASLAN, Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Meltem KAYDIRAK'a,

Varlığı ile beni güçlendiren ve zor zamanlarımda yeniden başlamak için cesaretlendiren Arş. Gör. Zehra ACAR, Arş. Gör. Fatma ASLAN DEMİRTAŞ, Arş. Gör. Burcu DİŞLİ'ye,

Samimiyetleri ve yardımseverlikleri için Arş. Gör. Burçin IRMAK ve Öğr. Gör. Dr. Gözde Küğcümen'e

Veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen hastane çalışanlarına ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara,

Yaşamım boyunca beni her konuda destekleyen, sevgilerini ve ilgilerini esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür ederim.

Mehtap GÜMÜŞAY

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Menopoz ile İlgili Tanımlar 3
2.2. Menopozal Değişiklikler ve Yönetimi 4
2.2.1. Vazomotor Değişiklikler 4
2.2.2. Psikolojik ve Duygudurum Değişiklikleri 6
2.2.3. Cinsel Değişiklikler 7
2.2.4. Uyku Düzeni Değişiklikleri 9
2.2.5. Bilişsel Değişiklikler 10
2.2.6. Kas – İskelet Sistemi Değişiklikleri 12
2.2.7. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri 13
2.2.8. Genito - Üriner Değişiklikler 13
2.3. Menopoz ve Yaşam Kalitesi 15
2.4. Menopoz ve Uyku Kalitesi 16
2.5. Menopoz ve Depresyon 17
2.6. Menopoz Hemşireliği 18
2.7. Hemşirelikte Kuram Kullanımı 18
2.7.1. Roy Adaptasyon Kuramı 19
2.8. Progresif Kas Gevşeme Egzersizi 24
3. GEREÇ VE YÖNTEM 26
3.1. Araştırmanın Amacı 26

3.2. Araştırmanın Türü....26
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı....26
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi....26
3.5. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri....28
3.6. Veri Toplama Araçları....28
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu....28
3.6.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği....29
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi....29
3.6.4. Perimenopozal Depresyon Ölçeği (Meno-D)....32
3.6.4.1. Perimenopozal Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasında Yer Alan Katılımcılara Dair Bilgiler....32
3.6.4.2. Perimenopozal Depresyon Ölçeğinin Dil Eşdeğerliği, İçerik ve Kapsam Geçerliği Analizinin Yapılması....35
3.6.4.3. Perimenopozal Depresyon Ölçeği Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular...41
3.7. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerin Toplanması....44
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi....51
3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri....52
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri....53
4. BULGULAR....54
4.1. Kişisel Bilgi Formu İle Elde Edilen Bulgular....55
4.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular 60
4.3. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Etkinliğine Uyku Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular....61
4.4. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular....63
4.5. Girişim ve Kontrol Grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D Korelasyonuna Ait Bulgular....65
5. TARTIŞMA....68
5.1. Kişisel Bilgi Formu İle Elde Edilen Bulguların Tartışılması....69

5.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması 71
5.3. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Uyku Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması 73
5.4. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Depresyon Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması 74
5.5. Girişim ve Kontrol Grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması 76
KAYNAKLAR 80
EKLER 98
ETİK KURUL KARARI 119
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 121
ÖZGEÇMİŞ 122

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Katılımcılara ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı (n=120) 33
Tablo 3-2: Geçerlik ve güvenirlik çalışmasına katılan kadınların tanıtıcı özellikleri (n=120)..... 34
Tablo 3-3: Maddelere göre kapsam geçerlik indeksi skoru 36
Tablo 3-4: Kaiser Meyer Olkin ve Bartlett Küresellik testi sonuçları 37
Tablo 3-5: Açıklanan varyans 38
Tablo 3-6: Beş faktörlü yapıda perimenopozal depresyon ölçeği maddeleri ve faktör yükleri 38
Tablo 3-7: Perimenopozal Depresyon Ölçeği'ne yönelik saptanan uyum indeksi değerleri 39
Tablo 3-8: Perimenopozal Depresyon Ölçeği ve alt boyutlarının ölçek maddeleri ve Cronbach Alfa katsayıları 41
Tablo 3-9: Madde-toplam puan korelasyonu 42
Tablo 3-10: Ölçekte yer alan maddeler ve ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları..... 43
Tablo 3-11: Meno-D test – tekrar test toplam puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları 44
Tablo 3-12:Roy Adaptasyon Modeli'ne yönelik olası değişiklikler ve ölçme araçları .. 51
Tablo 3-13. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri... 52
Tablo 4-1: Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular 55
Tablo 4-2: Kadınların genel sağlık özelliklerine ilişkin bulgular 57
Tablo 4-3. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine ait bulgular 59
Tablo 4-4: Girişim ve kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ alt alan ve toplam puanlarının karşılatırılması 60
Tablo 4-5: Girişim ve kontrol grubundaki kadınların PUKİ alt boyut ve toplam puanlarının karşılatırılması 62
Tablo 4-6: Girişim ve kontrol grubundaki kadınların Meno-D alt boyut ve toplam puanlarının karşılatırılması 64
Tablo 4-7: Girişim ve kontrol grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D'nin ilk izlem sonuçlarının korelasyonu 65

Tablo 4-8: Girişim grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D'nin son izlem sonuçlarının korelasyonu 66
Tablo 4-9: Kontrol grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D'nin son izlem sonuçlarının korelasyonu 66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Roy Adaptasyon Modeli ve Olası Değişiklikler 23
Şekil 3-1: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Puanlaması 31
Şekil 3-2: Meno-D Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi 40
Şekil 3-3:Araştırmanın Consort Şeması 45
Şekil 3-4: Hemşirelik Destek Programı Akış Şeması 49
Şekil 3-5: Girişim ve Kontrol Grubu Uygulama Akış Şeması 50

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CFI: Compartive Fit Index

Consort: Consolidated Standards of Reporting Trials

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GFI: Goodness of Fit Index

KGİ: Kapsam Geçerlilik İndeksi

KMO: Kaiser Meyer Olkin Testi

Meno-D: Perimenopozal Depresyon Ölçeği

MENQOL: Menopause-Specific Quality of Life (Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği)

MÖYKÖ: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

NAMS: North Amerika Menopause Society

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

Ort: Ortalama

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SS: Standart Sapma

SWAN: Study of Women's Health Across the Nation (Ulusal Kadın Sağlığı)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHI: Women's Health Initiative (Kadın Sağlığı Girişimi)

ÖZET

Gümüşay, M. (2022). Cerrahi Menopozdaki Kadınlar İçin Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu randomize kontrollü deneysel çalışma, cerrahi menopozdaki kadınlar için Roy Adaptasyon Modeli doğrultusuda geliştirilen hemşirelik destek programının kadınların yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve depresif belirti durumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde Eylül 2019- Şubat 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Hastanenin jinekoloji servisinde ooferektomi işlemi gerçekleştirilen, çalışma kriterlerine uyan kadınlar örnekleme dahil edildi. Girişim grubuna, rutin uygulanan hemşirelik bakımına ek olarak geliştirilen hemşirelik destek programı uygulandı. Kontrol grubundaki kadınlara rutin hemşirelik bakımı uygulandı. Kadınların çalışmaya dahil edildiği ilk görüşme sırasında Kişisel Bilgi Formu doldurduldu. Kadınların ilk izlem ve son izlem değerlendirilmesinde Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Perimenopozal Depresyon Ölçeği (Meno-D) kullanıldı.

Girişim grubunun son izlem MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D puanlarının ilk izlem ve kontrol grubu puanlarına göre azaldığı belirlendi. Girişim grubunun yaşam kalitesi, uyku kalitesi artarken, depresif belirtilerinde azalma olduğu görüldü. Kontrol grubunun ilk izlem ve son izlem MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik belirlenmedi.

Sonuç olarak, Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda gerçekleştirilen hemşirelik destek programının cerrahi menopozdaki kadınlarda yaşam kalitesi ve uyku kalitesini artırdığı ve depresif belirtileri azalttığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi menopoz, hemşirelik destek programı, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, depresyon

ABSTRACT

Gümüşay, M. (2022). The Effect OF Nursing Support Program Developed In Accordance With Roy Adaptation Model For Women In Surgical Menopause On Their Life Quality. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Obstetric and Gynecologic Nursing. Doctoral Thesis. Istanbul.

This randomized controlled experimental study was carried out to determine the effect of the nursing support program developed in line with the Roy Adaptation Model for women in surgical menopause on the quality of life, sleep quality and depressive symptom status of women. The study was conducted between September 2019 and February 2021 in a training and research hospital. Women who had undergone oophorectomy in the gynecology service of the hospital and met the study criteria were included in the sample. A nursing support program, which was developed in addition to routine nursing care, was applied to the intervention group. Routine nursing care was given to the women in the control group. The Personal Information Form was filled during the first interview in which the women were included in the study. The Menopause-Specific Quality of Life Scale (MENQOL), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the Perimenopausal Depression Scale (Meno-D) were used in the evaluation of the women at the first and last follow-up.

It was determined that the intervention group's final follow-up MENQOL, PSQI and Meno-D scores decreased compared to the first follow-up and control group scores. It was observed that the quality of life and sleep quality of the intervention group increased, while their depressive symptoms decreased. There was no statistically significant change in the control group's first and last follow-up MENQOL, PSQI and Meno-D scores.

In conclusion, it was observed that the nursing support program carried out in line with the Roy Adaptation Model increased the quality of life and sleep quality of women in surgical menopause, and reduced depressive symptoms.

Key Words: Surgical menopause, nursing support program, quality of life, quality of sleep, depression

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Menopoz over yetmezliği ile menstrüel siklusun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanmaktadır (Rees ve ark., 2011). Menopozal dönem kadın yaşamında hormonal durumun değiştiği olağan bir yaşam evresidir (Rees ve ark., 2011; Taşkın, 2016). Bu dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak baş ağrısı, eklem ağrısı, kas ağrısı, sıcak basması, terleme, uyku sorunları, stres, depresyon, anksiyete, cinsel istekte azalma, inkontinans gibi fiziksel ve ruhsal değişiklikler meydana gelmektedir (Şahin ve Coşkun, 2007; Rees ve ark., 2011; Özdemir ve Uysal, 2018). Bu değişikliklerin yanı sıra kadının mortalite ve morbiditesini etkileyebilecek kardiyovasküler hastalıklar ve osteoporoz insidansında da artış görülmektedir. Cerrahi menopoz durumunda bu değişiklikler daha hızlı ve keskin olarak ortaya çıkmaktadır. Ooferektomi sonrası hormon düzeylerindeki ani değişiklik ile kadının yakınmaları da ortaya çıkmaktadır. Cerrahi menopozda yaşanan ani değişiklikler kadının beden algısını, fiziksel ve ruhsal durumunu etkilemektedir (Mahajan ve ark., 2016).

Kadın hayatının önemli bir kısmını kapsayan menopoz döneminde, kişinin yaşadığı yakınmalarla baş edebilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için, kadının menopozal dönem konusunda farkındalık kazanmasını sağlayacak, yaşanabilecek sağlık sorunlarını ve uygulanacak önlemleri içeren sağlık eğitimi büyük önem taşımaktadır. Bu dönemde, sağlığın geliştirilmesi ve yakınmaların önlenmesine yönelik verilen eğitim ve danışmanlık hemşirenin rolleri arasında yer almaktadır (Erkin ve ark., 2014). Hemşireler, kadının menopozal semptomlarını tanılama ve yaşadığı yakınmaların çözümünde danışmanlık ile yaşam kalitesini arttırmayı hedeflemektedir. Kadının menopozal döneme uyum sağlamasına, sağlık davranışlarını geliştirmesine ve ilerleyen dönemde daha az sağlık sorunuyla karşılaşmasını sağlamaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Duman ve Timur, 2018; Pace ve ark., 2018).

Yapılan hemşirelik çalışmalarında, menopoz dönemindeki kadınlara semptom yönetimi ve yakınmalarla baş etmek için, sağlık eğitimi, günlük tutma, beslenme-egzersiz programı, bilişsel terapi, aromaterapi, akupunktur, akupresür vb. yöntemler yaygın olarak kullanılmaktadır (Chaudhuri ve ark., 2015; Duman ve Timur, 2018; Garcia ve ark., 2018; Guo ve ark., 2018; Moudi ve ark., 2018; Webster ve ark., 2018). Bu uygulamalardan yalnız biri kullanılabildiği gibi, birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı destek programları da yapılabilmektedir. Çalışmaların sonucunda, kadınların yaşadıkları

menopozal semptomlarda, cinsel işlev bozukluklarında, anksiyete ortalamalarında, depresyon skorlarında azalma ve yaşam kalitelerinde artma olduğu belirtilmektedir (Shafaie ve ark., 2014; Anderson ve ark., 2015; Im ve ark., 2017; Shobeiri ve ark., 2017).

Cerrahi menopoza giren kadınlarda hormonal değişimler ve kadının beden imajında olan değişimlerle beraber kadının stres, anksiyete, depresyon gibi emosyonel durumunda değişiklikler gerçekleşmektedir. Emosyonel, fiziksel değişikliklerin etkisi ile kadın yaşam kalitesinin etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu çalışmanın amacı, cerrahi menopozdaki kadınlar için Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının kadınların depresif belirti durumu, uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz ile İlgili Tanımlar

Klimakterium kadının yaşamında hormon üretiminin ve üreme yeteneğinin azaldığı, premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopoz evrelerini içeren bir dönemdir. Bu dönem, kadının cinsel olgunluk döneminden sonra başlamakta, yaşlılık dönemine kadar uzanmaktadır (Demirci, 2015; Taşkın, 2016). Bu dönemin en önemli özelliği menopozun yaşanmasıdır (Şahin, 2016). Menopoz, yaşamın doğal akışında her kadının yaşayacağı olağan bir süreçtir. Over yetmezliği sebebi ile menstrüel siklusun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanmaktadır (Rees ve ark., 2011; RCOG, 2018). Menopozal dönemlerde kadın yaşamında hormonal durum değişmekte, fiziksel ve psikolojik değişiklikler yaşanmaktadır. (Rees ve ark., 2011; Shifren, Gass ve NAMS, 2014; NICE, 2015; RCOG, 2018).

Ortalama menopoz yaşı 51-52'dir. (Rees ve ark., 2011; Taşkın 2016; RCOG, 2018). Menopozal dönem ortalama 45 yaş civarında başlayan premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopozu içeren ortalama 65 yaşa kadar devam eden bir süreçtir (Şahin, 2016; Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Menopoz oluş biçimine göre ikiye ayrılmaktadır. Foliküllerin tükenmesi ile gerçekleşen fizyolojik durum doğal menopoz; tıbbi bir endikasyon sonucu overlerin cerrahi olarak çıkarılması durumu da cerrahi menopoz olarak adlandırılmaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2013; Rodriguez ve Shoupe, 2015). Doğal menopozda yaşanan süreç adım adım ilerlediği için kadının adaptasyonu gelişirken, cerrahi menopozda yaşanan etkiler aniden ortaya çıkmaktadır (Rodriguez ve Shoupe, 2015).

Premenopoz, klimakteriumun ilk evresidir. Bu evrede menstrual siklusta düzensizlikler görülmeye başlanmakta ve fertilite şansı azalmaktadır. Aynı zamanda, vazomotor ve psikolojik yakınmalar da ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından menopoz öncesi 2- 6 yıl olarak belirtilen bu dönem ilk yakınmaların görülmesi ile başlayıp menopozla sonlanmaktadır (Şahin, 2016; Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

Perimenopoz, menopozdan postmenopoza geçiş süreci olan, menopozdan sonraki bir yılı kapsayan dönemdir (Şahin, 2016; Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Menopozal yakınmaların yoğun olarak yaşandığı bu dönemde, kendini yorgun hissetme, anksiyete,

uykusuzluk, sıcak basması ve psikolojik değişiklikler görülmektedir (Rees ve ark., 2011; Taşkın 2016).

Postmenopoz, DSÖ tarafından menopoz sonrası 6-8 yıllık dönem olarak tanımlanmaktadır. Perimenopozun bitmesiyle başlayıp yaşlılığa kadar devam etmektedir. Over fonksiyonları sona ermiş ve fertilite son bulmuştur (Şahin, 2016; Çelik ve Pasinlioğlu, 2013).

2.2. Menopozal Değişiklikler ve Yönetimi

Menopozal dönemlerde ortaya çıkan hormon seviyelerindeki değişiklik, özellikle östrojen seviyesindeki düşüş, menopozal yakınmaların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Rees ve ark., 2011). Menopozal yakınmalar, premenopozal dönemde görülmeye başlanır ve son menstruasyondan sonra şiddeti artar. Bu yakınmaların yaşanma süresi kadınlarda değişiklik gösterebilir. Her yıl 1,5 milyon kadın menopozal geçiş dönemini yaşar ve bu süreçte sıcak basması, gece terlemesi, uykusuzluk, yorgunluk, vajinal kuruluk, azalmış cinsel istek, kas-kemik ağrıları, duygu durum değişiklikleri gibi farklı durumları deneyimler (Santoro ve ark., 2015).

Menopozal yakınmaların süresi ve şiddeti; eğitim düzeyi, yaş, meslek, gelir durumu, medeni durumu, eşi ile ilişkisi, menopoza yönelik bilgi düzeyi ve tutumu, yaşadığı toplumun kadına ve menopoza yüklediği anlam ve sosyal destek gibi faktörlerden etkilenebilir (Özcan ve Oskay, 2013).

2.2.1. Vazomotor Değişiklikler

Genellikle sıcak basması ve gece terlemesi olarak tariflenen vazomotor değişiklikler, menopozal geçişin en rahatsız edici yakınmalarından biridir ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Kaunitz ve Manson, 2015; Avis ve ark., 2018). Bu sebeple menopozal kadınların tıbbi bakım arama sebeplerinin başında gelmektedir (Kaunitz ve Manson, 2015). Vazomotor yakınmalar, yüz, boyun ve göğüste ani bir sıcaklık hissi ile ortaya çıkmakta ve birkaç dakika veya daha kısa süre devam etmektedir (Şahin, 1998; Kaunitz ve Manson, 2015).

Vazomotor yakınmalar menopozal dönemlerdeki kadınların çoğunu etkilemektedir. Ancak yakınmaların sıklığı, süresi ve şiddeti kişiden kişiye farklılık göstermektedir (ACOG, 2014; Avis ve ark., 2018). Menopozal dönemlerdeki kadınlarda yürütülen en büyük çalışmalardan biri olan Study of Women's Health Across the Nation

(SWAN)'a göre, kadınların %60-80'i bu dönemde vazomotor yakınma yaşamaktadır (Thurston ve ark., 2008). Nappi ve ark. (2021) vazomotor yakınma prevalansını Avrupa için %40, Amerika Birleşik Devletleri için %34 ve Japonya için %16 olarak belirtmiştir. Vazomotor yakınmalar premenopozal dönemde başlamakla birlikte, son menstruasyondan sonraki bir yıl boyunca görülme sıklığı artmaktadır (Rees ve ark., 2011; Politi ve ark., 2008). Menopozal evre sıcak basması sıklığını ve süresini etkilemekte, premenopozal dönemde bu yakınmalar daha az yaşanmaktadır (Freeman ve Sherif, 2007). Kadınlar günde ortalama 4-5 sıcak basması yaşadığını (Hunter ve ark., 2012) bildirmekle beraber bazı kadınların bu belirtiyi günde 20 kez yaşadığı da belirtilmektedir (Thurston ve ark., 2008b). Vazomotor değişiklikler, genetik temeller, diyet, fiziksel değişiklikler, ilaç kullanımı, kültürel etkiler, bireysel deneyimler ve beklentilerden etkilenen karmaşık ve çok nedenli bir fenomendir (Rees ve ark., 2011; Sassarini ve Lumsden, 2015; Herber-Gast ve ark., 2015).

Vazomotor değişikliklerin fizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak over kaynaklı hormonlardaki azalmalar sonucu hipotalamustan kaynaklanan endokrin ve termoregülatör olaylar olduğu düşünülmektedir (Roberts ve Hickey, 2016; De Villiers ve ark., 2016). Aynı zamanda, hipotalamusta azalmış endorfin konsantrasyonu, pulsatil hipofiz luteinize edici hormon salgılanması, norepinefrin, serotonin ve diğer termoregülatörler salınımının artmasıyla ilişkilidir. Bu nörotransmiterler, hipotalamik termoregülatör çekirdeğinde değişikliğe sebep olarak uygun olmayan ısı kaybına yol açar (Casper ve Yen 1985; Freedman ve Krell 1999; Kaunitz ve Manson 2015).

Vazomotor yakınmaların yönetiminde öncelikle ortam sıcaklığını düşürecek önlemler alınması önemlidir. Bu yakınmaları yaşayan kadınların kalın kıyafetler giymek yerine ince kat kat giyinmesi, sigara, alkol, kafein tüketimi ve baharatlı yiyeceklerden kaçınması ve soğuk içecekler tüketmesi yakınmaların görülme sıklığını ve şiddetini azaltacaktır (Kaunitz ve Manson, 2015). Kıyafet seçiminde terletmeyen kumaşların tercih edilmesi, gece terlemelerine yönelik soğutucu jel ve sprey kullanımı önerilmektedir. Kadınların yakınma yönetimi için stres yönetiminin sağlanması da önemlidir. Stresin azaltılmasında gevşeme egzersizleri, meditasyon, masaj, yoga, akupunktur ve biofeedback gibi alternatif yöntemler kullanılabilir (NAMS, 2017). Akupunktur, egzersiz, yoga ve gevşeme egzersizi gibi alternatif yöntemlerin menopozal yakınmaların yönetiminde ve stresin azaltılmasında etkisinin incelendiği birçok çalışma

bulunmaktadır. Düzenli egzersiz yapılması, hormon tedavisi uygulanması, fitoöstrojen içeren besinlerin tüketimi, E vitamini kullanımı ve sık duş alınması sıcak basması ve terlemenin azaltılmasında etkili olabilmektedir (Altunbay ve Yurdakul, 2009). Vazomotor yakınmaların azaltılmasına yönelik olarak soya, karayılan otu ve diğer bazı bitkiler kullanılmaktadır (Kaunitz ve Manson, 2015).

Vazomotor yakınmalar uyku ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve ruh halinde değişikliklere neden olmaktadır. Tedavi edilmeyen vazomotor yakınmalar önemli ölçüde yüksek poliklinik ziyaret sıklığı ve artan maliyetlerle ilişkilendirilmiştir (Sarrel ve ark., 2015). Vazomotor yakınmaların nispeten kısa süre devam ettiği düşünülmekle beraber, çalışmalar yıllarca devam edebildiğini göstermektedir (Avis ve ark., 2015). Bu nedenle tedavi kararı verilirken yakınmanın süresi de göz önünde bulundurulmalıdır.

2.2.2. Psikolojik ve Duygudurum Değişiklikleri

Menopozal geçiş döneminde kadınlarda depresyon, duygudurumda dalgalanma, moral bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, saldırganlık, umutsuzluk, uyuşukluk, enerji kaybı ve stres gibi psikolojik yakınmalar görülebilmektedir (Weber ve ark., 2013; Rees ve ark., 2011; Jehan ve ark., 2015). Kadının kişilik özellikleri, eğitim durumu, anksiyete öyküsü, sosyal destek mekanizmaları, hormon düzeyindeki değişiklikler, kadının ve toplumun menopozu algılayışı ve menopoza karşı tutumu gibi faktörler psikolojik yakınmaların görülmesinde etkili olmaktadır (Koyun ve ark., 2011; Alpay ve ark., 2013; Ali ve ark., 2020; Im ve ark., 2016,). Kadınlar depresyon açısından erkeklerden daha fazla risk altındadır ve bu risk yaşın ilerlemesiyle artmaktadır (Llaneza ve ark., 2012). Kadınlarda depresyon gelişimi için riskli bir dönem olan menopoz sürecinde, kadınların çoğunun ruhsal durumunda büyük değişiklikler görülmemektedir (Rees ve ark., 2011).

Kadınların menopozal dönemlerde yaşadığı psikolojik değişiklikler geçmiş ya da mevcut yaşam koşulları ve problemleri ile ilgili olabilmektedir. Bu nedenle psikolojik değişiklikler bütüncül bir şekilde değerlendirilmelidir (Rees ve ark., 2011). Menopozla ilişkili östrojen düşüşü, ana nöroprotektif faktörlerin üretimini engelleyerek duygudurum düzensizliği ve depresyon gelişimini tetikleyebilmektedir (Jung ve ark., 2015; Santoro ve ark., 2015; Ali ve ark., 2020). Aynı zamanda hormonal değişikliklerin neden olduğu sıcak basması, terleme, uykusuzluk ve cinsel sorunlar da psikolojik sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Özkan ve ark., 2006; Ali ve ark., 2020; Regestein ve ark., 2015).

Kadınların psikolojik sorunları yaşama durumu, kişisel deneyimlerinden ve yaşadıkları yakınmalardan etkilenmesi sebebiyle görülme sıklığı değişiklik göstermektedir.

Menopozal dönemlerde psikolojik yakınmalara neden olabilecek faktörler (Rees ve ark., 2011)

- Ebeveyn, akraba veya arkadaşın ölümü
- Yaşlanan ve bakım ihtiyacı artan ebeveynler
- Ölüm, ayrılık veya boşanma sebebiyle eş kaybı
- Sosyal destek eksikliği
- Genç erişkin evlatların eğitimsel sıkıntıları
- Hastalık/sağlık
- Artan iş yükü
- Ekonomik problemler
- Gençlik ve doğurganlığın önemli olduğu bir kültürde yaşlanmayla başa çıkmak
- Uyku problemlerine ve yorgunluğa neden olan vazomotor dengesizlik

Psikolojik değişiklikler ile baş etmede nefes egzersizleri, gevşeme egzersizleri, masaj, fiziksel aktivite, sosyal desteğin güçlendirilmesi ve uyku kalitesinin arttırılması gibi girişimler etkili olmaktadır (Altunbay ve Yurdakul, 2009; NAMS, 2017). Menopozal dönemlerdeki kadınların sağlık profesyonellerine başvurması, psikolojik destek ve medikal tedavi alması yaşadıkları psikolojik sorunların çözümünde faydalı olacaktır (NAMS, 2017). Menopozal dönemlerdeki psikolojik sorunların çözümünde, duyguların tanınması ve nedenlerin netleştirilmesi için kadına fırsat tanınmalıdır. Tedavi gerekliliğinde, kadının bireysel ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması önemlidir.

2.2.3. Cinsel Değişiklikler

Cinsel aktivite sıklığı yaşla birlikte azalmakta ve kadınlar her yaşta erkeklerden daha az sıklıkla cinsel aktivitede bulunmaktadır (Simon ve ark., 2018). Cinsel dürtü hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşla birlikte kademeli olarak azalmaktadır, ancak kadınlar bu durumdan daha fazla etkilenme olasılığına sahiptir. Menopozal dönemlerdeki kadınlarda cinsellik genellikle azalmaktadır (Ezeribe, 2017).

Menopozal dönemlerde, dolaşımdaki östrojen seviyelerinin azalmasının yanı sıra, yaşanan sıcak basması, gece terlemesi ve vajinal kuruluk cinsel motivasyonu zayıflatabilmektedir (Ezeribe, 2017; Simon ve ark., 2018). Menopozal doğrudan ilişkili olmasa da, androjenlerdeki yaşa bağlı azalma kadınlarda cinsel isteği azaltabilir. Bu dönemde, düşük arzu, zayıf uyarılma, disparoni ve orgazm bozukluğu gibi durumlar cinsel memnuniyetin azalmasına yol açmaktadır. Menopoz, menopoz yaşı, menopoza girme şekli (erken, doğal veya cerrahi), üreme hedeflerine ulaşma, zihinsel ve fiziksel sağlık, eğitim durumu, beden algısı ve benlik saygısı gibi kişisel faktörler cinselliğin duygusal ve bilişsel boyutlarını etkilemektedir (Simon ve ark., 2018).

Menopozal dönemlerde, hormonal ve hormonal olmayan nedenlerle kadın cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir. Östrojen seviyesindeki düşüşe bağlı olarak vajinal kuruluk ve vajinal atrofik değişiklikler cinsel işlevi etkilemektedir (Hotun Şahin, 2016; Rees ve ark., 2011; Özcan ve Kızılkaya-Beji, 2014; Bozkurt ve Sevil, 2016; Bülbül ve ark., 2020). Bu dönemde, vajinal mukozada incelme, vulva ve vajinal duvarlar da soluklaşma, incelme ve elastikiyet kaybı görülmektedir. Vajinal sekresyonlar azalarak lubrikasyonun azalmasına neden olmaktadır. Azalmış östrojen düzeyleri de genital bölgede çevresel duyusal algıyı zayıflatabilmekte ve kadınlar eşlerinin temasından sonra rahatsızlık hissedebilmektedir (Rees ve ark., 2011; Bozkurt ve Sevil, 2016). Menopozal dönemlerdeki kadınların %50'sinin yaşadığı genitoüriner yakınmaların cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Süt ve Küçükkaya, 2018). Aynı zamanda, eşler arasındaki uyumsuzluk, yetersiz cinsel uyarılma, uyku problemleri, depresyon ve stres, gibi hormonal olmayan durumlar kadınların cinselliğe olan ilgisini azaltabilmektedir (Rees ve ark., 2011). Yine bu dönemlerde yaşanan kilo artışı, memelerde sarkma, cilt kırışıklığı ve tüylenme gibi beden algısında değişikliğe neden olabilecek durumlar cinsel yaşamı etkileyebilmektedir (Bozkurt ve Sevil, 2016).

Kadınlar menopozal dönemlerde cinsel sorunları farklı oranlarda yaşayabilmektedir. Perimenopozal dönemdeki kadınların yaklaşık dörtte üçünün, postmenopozal dönemdeki kadınların ise yarısının bir veya daha fazla cinsel sorun yaşamaktadır (Bozkurt ve Sevil, 2016). Menopozal kadınların yarısından çoğunun cinsel işlev bozukluğu yaşadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Nazarpour ve ark., 2016; Jamali ve ark., 2016).

Cinsel sorunların çözümünde neden bağlı olarak vajinal atrofiye bağlı disparoni tedavisi için vajinal kayganlaştırıcıların kullanımı önerilmekte, yetersiz kaldığı durumlarda vajinal östrojen tedavisinin yararlı olacağı belirtilmektedir (Kaunitz ve Manson, 2015; Bozkurt ve Sevil, 2016). Düzenli ve dengeli beslenmenin sağlanması, kilo kontrolünün sağlanması, genital hijyenin sağlanması, kegel egzersizlerinin yapılması, hormon tedavisi, fitoöstrojenlerin kullanılması, masaj ve aromaterapi gibi yöntemler cinsel işlev üzerinde olumlu etkileri nedeniyle önerilmektedir (Altunbay ve Yurdakul, 2009). Yapılan bir çalışma, postmenopozal kadınlarda egzersizin cinsel işlevi olumlu etkilediğini, lubrikasyon ve orgazm olma durumunda olumlu sonuçlar gösterdiğini belirtmiştir (Nazarpour ve ark., 2016).

2.2.4. Uyku Düzeni Değişiklikleri

Uyku bozuklukları, menopoza giren kadınların önemli bir sorunudur (Santoro ve ark., 2015; Baker ve ark., 2018). Uyku kalitesi yaşın ilerlemesinden genellikle olumsuz etkilenmektedir, bu sürece menopozun da eklenmesi ile kadınlar uyku problemlerini daha fazla yaşamaya başlar (Zheng ve ark., 2015; Santoro ve ark., 2015). Bu dönemde, uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük, uykunun bölünmesi ve uyku süresinin azalması gibi sorunlar daha fazla yaşanmaktadır (Jehan ve ark., 2015). Menopozal geçiş ve sonrası dönemdeki kadınlar, premenopozal dönemdeki kadınlara kıyasla uyku güçlüğü yaşadıklarını daha yüksek oranda bildirmiştir (Kravitz ve ark., 2003). Perimenopoz, postmenopoz ve cerrahi menopozadaki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara kıyasla uyku bozukluğu yaşama olasılıkları da daha yüksek bulunmuştur (Xu ve Lang, 2014).

Menopozal dönemlerde ortaya çıkan hormonal değişiklikler ve bunun sonucunda oluşan vazomotor yakınmalar uyku kalitesini etkilemektedir (Rees ve ark., 2011; Timur ve Şahin, 2010; Park ve ark., 2015). Hormonal düzeydeki değişiklikler, östrojenin uykuya geçişi kolaylaştırıcı ve uykunun REM fazını sayı ve süre olarak arttırıcı bir hormon olması nedeniyle de uyku kalitesini doğrudan etkilemektedir. Aynı zamanda, daha önce yaşanan uyku sorunları, uyku hijyeni ve ruhsal durumdaki değişiklikler de uyku problemlerini tetiklemektedir. Sosyo-ekonomik sorunlar, beyaz ırk olma ve ailesel sorunlar gibi faktörler uyku sorunları ile ilişkilendirilmektedir (Santoro ve ark., 2015). Yapılan bir çalışma, depresyon, vazomotor yakınmalar ve sigara içme öyküsünün uyku problemleri ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Smith ve ark., 2018). Bu dönemde yaşanan vazomotor

yakınmalar ve ruh hali değişiklikleri uyku bozukluklarına neden olduğu gibi uyku bozukluklarının şiddetli olduğu ve işlevsel bozulma ile ilişkili olduğu kadınlarda yaşam kalitesi, ruh hali, üretkenlik ve fiziksel sağlık üzerinde geniş kapsamlı bir etkiye sahiptir. Słopień ve ark., (2015) menopoz ve uyku ilişkisini inceleyen çalışmada, kadınların uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede güçlük yaşadığı belirlenmiştir (Słopień ve ark., 2015). Yapılan çalışmalar menopozal kadınların çoğunun uykusuzluk ve yorgunluk şikayeti yaşadığını göstermektedir (Baker ve ark., 2015; Erkin ve ark., 2014; Ruan ve ark., 2016).

Kadınların uyku problemleri ile baş etmesinde, sindirimi zor ve yağlı besin tüketiminin azaltılması, alkol, sigara kullanılmaması, kafein ve tein gibi uyarıcı maddeleri içeren içeceklerin tüketilmemesi, uyku öncesi süt ürünlerinin tüketilmesi fayda sağlayacaktır. Stresi azaltması nedeniyle yürüyüş, fiziksel aktivite, solunum ve gevşeme egzersizleri yapılması da önerilmektedir. Uyku saatlerinin düzenli olması ve buna uyularak uyku saatleri dışında uyumamak, uyku düzeni oluşturmada ve yaşanılan problemlerin azaltılmasında etkili olacaktır. Yatak odasının uyku için kullanılması, yatak odasında TV, bilgisayar ve telefon gibi cihazların bulundurulmaması uyku hijyeni açısından önemlidir (NAMS, 2017). Uyku öncesi duş, masaj egzersiz ve rahatlatıcı bitki çaylarının (papatya, melisa vb.) tüketilmesi faydalı olacaktır (Altunbay ve Yurdakul 2009). Uyku bozuklukları ve uykusuzluğun tedavisi bulgularla ilişkilidir. Uyku sorunları uyku apnesi ve huzursuz bacak sendromu gibi nedenlerden kaynaklanıyorsa bunlara yönelik tedaviler uygulanmaktadır. Huzursuz bacak sendromu tedavisinde gabapentin, dopamin agonistleri ve opioidler, uyku apnesi tedavisinde pozitif hava yolu basınç cihazları kullanılmaktadır. Vazomotor yakınmalar nedeniyle yaşanan uyku problemleri için hormon tedavisinin uygun olacağı düşünülmektedir (Santoro ve ark., 2015).

2.2.5. Bilişsel Değişiklikler

Unutkanlık, dikkat dağınıklığı, problem çözme sürecinde yavaşlama ve sözel akıcılıkta zayıflama menopozal dönemlerdeki kadınlar tarafından yaygın şekilde bildirilen bilişsel problemlerdir. Normalde kadınların erkeklere kıyasla daha güçlü olan sözel bellekleri zayıflar ve kadınlar bu dönemde isimleri ve sözel bilgileri hatırlama da zorluk yaşayabilmektedir (Ali ve ark., 2020; Santoro ve ark., 2015). Hafızadaki zayıflama, vazomotor yakınmalar ve eklem problemlerinden sonra en sık görülen menopozal değişikliklerdendir (Ali ve ark., 2020) Postmenopozal dönemdeki kadınların

pre-perimenopozal dönemdeki kadınlara kıyasla motor fonksiyon ve sözel belleklerinde zayıflama daha fazla bildirilmiştir (Weber ve ark., 2013).

Östrojen reseptörleri beynin hafızayı ve bilişsel işlevi kontrol eden alanlarında bol miktarda bulunmaktadır (McEven, 2001; Morgan ve ark., 2018). Östrojen reseptör izoformları, beyinde farklı şekillerde eksprese edilmekte ve östradiole benzersiz şekillerde yanıt vermektedir. Aynı zamanda, hem nöral hem de periferal substratlarda çok sayıda eylemi başlatmaktadır (Hara ve ark., 2015; Morgan ve ark., 2018). Bu nedenle, menopozal dönemlerde östrojen düzeyindeki düşüş, beyin yapısını ve işlevini değiştirerek, genetik olarak savunmasız bireylerde bilişsel yaşlanma ve Alzheimer hastalığına yatkınlık ile sonuçlanabilmektedir (Ali ve ark., 2020; Gava ve ark., 2019).

50 yaş civarından itibaren bilişsel işlevlerde azalma beklendik bir durumdur. İşlem yapma yeteneğinde azalma ve yeni öğrenilen bilgileri unutma gibi değişiklikler kadınlarda sıklıkla görülmektedir. Menopozal dönemlerde bilişsel güçlük yaşayan kadınların, sonraki dönemlerde daha büyük risk taşıyıp taşımadıkları önemli bir konudur (Santoro ve ark., 2015). Yapılan çalışmalar menopozal dönemlerdeki kadınların farklı oranlarda unutkanlık sorunu yaşadığını belirtmektedir (Maki ve Henderson, 2016; Özer ve Gözükara, 2016). Postmenopozal dönemdeki kadınların pre-perimenopozal dönemdeki kadınlara kıyasla motor fonksiyon ve sözel belleklerinde zayıflama daha fazla bildirilmiştir (Weber ve ark., 2013). Regestein ve ark. (2015) çalışmalarında sıcak basmasının uyku bozukluklarına ve bilişsel fonksiyonda azalmaya neden olduğunu belirtmiştir.

Erken gözlemsel ve temel bilimsel çalışmalar hormon tedavisinin umut verici bilişsel sonuçları olduğunu belirtirken, daha uzun soluklu büyük klinik deneyler tedavi ile ilişkili risklerin olduğunu belirtmektedir (Rossouw ve ark., 2002; Shumaker ve ark., 2003). Bazı kadınlarda bilişsel sorunların çözümünde östrojen kullanımı fayda sağlayabilmekte ancak riskler nedeniyle kullanılması önerilmemektedir (Morgan ve ark., 2018; Santoro ve ark., 2015). Depresyon varlığında görülen bilişsel sorunların tedavisinde antidepresan ilaçların kullanımı fayda sağlayabilmektedir (Santoro ve ark., 2015). Erişkinlerde dikkat bozukluğu tedavisi için kullanılan atomoksetinin, peri-postmeopozal dönemde olup bilişsel sorunlar ile hastaneye başvuran kadınlarda hafıza ve dikkat bozukluğu konusunda fayda sağladığı belirtilmiştir (Santoro ve ark., 2015).

2.2.6. Kas – İskelet Sistemi Değişiklikleri

Kas-iskelet sistemi için koruyucu etkiye sahip olan östrojen düzeyinin, menopozal dönemlerdeki düşüşü ile birlikte kas ve kemiklerde fonksiyon bozuklukları meydana gelmektedir (Stevenson, 2011; Ogwumike ve ark., 2016). Bu dönemde, östrojen düzeyindeki değişikliğin tendon, bağ doku, kıkırdak doku, eklem kapsülleri ve sinoviyal membranlar üzerine de olumsuz etkileri bulunmaktadır (Khadilkar, 2019). Bu etkinin sonucu olarak menopozal dönemlerdeki kadınlarda kas ağrısı, eklem ağrısı, motor hareketlerde azalma ve hareket kısıtlılığı gibi yakınmalar artmaktadır (Çelik ve Pasinlioğlu, 2014). Özellikle postmenopozal dönemlerde kas güçsüzlüğü, kas atrofisi, osteoporoz ve osteoartrit gibi hastalıklar daha sık görülmektedir (Ogwumike ve ark., 2016). Menopoz sonrası dönemde kemik kaybı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Osteoporoz, kırık ve travma riskinde artışa zemin hazırlayan, kemik yoğunluğunun azalması ve kemik yapısının bozulması ile karakterize bir iskelet hastalığıdır (Rees ve ark., 2011). Osteoporozun başlıca klinik belirtileri olan el bileği, kalça ve omurga kırıkları, yaşam kalitesini etkilemekte ve kalça kırıkları mortalite artışına yol açmaktadır. Avusturya'da menopoz ve osteoporoz kliniğinde yapılan bir çalışma, katılımcıların %34'ünün osteopenik ve %13,5'inin osteoporotik kemik mineral yoğunluğuna sahip olduğunu belirlemiştir. Katılımcıların %6,6'sının (6540 kadının) kırılganlık nedenli kemik kırığı yaşadığı belirlenmiştir (Boschitsch ve ark., 2017). Osteoporoz önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır, postmenopozal osteoporozda hormonal tedavi kullanılmaktadır. Kadın Sağlığı Girişimi (Women's Health Initiative-WHI) raporları sonrasında, semptomatik ve osteoporoz riski yüksek olan kadınlar dışında rutin hormonal tedavi önerilmemektedir (Crandal ve ark., 2015; Khadilkar, 2019).

Menopoz sonrası yaşanan kas-iskelet sistemindeki rahatsızlıkları azaltmak için koruyucu ve önleyici bakıma odaklanmak önemlidir. Sağlıklı ve dengeli beslenme, kalsiyum içeren gıdaların tüketimi, D vitamini alımı, düzenli fiziksel aktivite ve direnç egzersizleri kas iskelet sistemini güçlendirmek ve osteoporozu önlemek için faydalı olmaktadır (Khadilkar, 2019). Günlük kalsiyum miktarının yiyecekler ile karşılanamadığı durumlarda kalsiyum tabletleri kullanmak faydalı olacaktır. Çalışmalar günlük yürüyüşlerin ve merdiven çıkma egzersizlerinin kemik kaybını geciktirdiğini ve kemik yoğunluğunu arttırdığını bildirmektedir.

2.2.7. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar daha çok erkek problemi olarak görülmesine karşın postmenopozal dönemdeki kadınlarda da bu risk artmaktadır. Menopoz, kadınlar için kardiyovasküler rahatsızlıklar açısından risk faktörü olarak görülmektedir (Ogwumike ve ark., 2015). Kardiyovasküler hastalıklar için hipertansiyon, obezite, diyabet, sigara kullanımı ve sedanter yaşam risk faktörleri arasında bulunmaktadır.

Östrojen hormonu ve diğer üreme hormonlarının kalp, beyin, kemik ve kaslar gibi organların sağlıklı şekilde işlevlerini sürdürmesinde destek sağlamaktadır (Stevenson, 2011). Üreme dönemi süresince östrojen hormonunun düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyini azaltıp, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyini arttırarak kardiyovaküler hastalık gelişme riskini azaltmaktadır. Aynı zamanda östrojenin damar elastikiyetini arttırdığı bilinmektedir (Yıldız ve ark., 2015). Menopozal dönemlerde bazal metabolizma hızının da düşmesi ile beraber kadının kilosu ve beden kitle indeksi artış göstermektedir (Ogwumike ve ark., 2015). Oluşan bu değişiklikler kadın için kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır. Women Health Initiative (WHI) çalışma sonuçları hormon tedavi almayan histerektomi geçiren kadınların kardiyovasküler hastalık riskinin arttığı bildirilmiştir (Allison ve ark., 2008).

Menopozal dönemlerdeki kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için dengeli ve düzenli beslenme planı oluşturulmalıdır. Kadınların fiziksel aktivitesini arttıracak egzersiz ve aktivitelere katılması faydalı olacaktır. Sigara tüketiminin bırakılması ve varsa diğer sistemik hastalıkların tedavisine uyum sağlanması risk faktörlerini azaltmak açısından önemlidir. Stresörlerden uzak durmak, aynı zamanda meditasyon, nefes egzersizleri, gevşeme egzersizleri ve yoga gibi stresi azaltacak çalışmalar yapmakta riski azaltmakta etkili olacaktır.

2.2.8. Genito - Üriner Değişiklikler

Östrojene karşı oldukça duyarlı olan ürogenital dokular, menopozal dönemlerdeki hormonal dalgalanmalar ve östrojen seviyesindeki düşüşten olumsuz şekilde etkilenmektedir (Santoro ve ark., 2015). Menopozal dönemlerdeki kadınlarda vajinal kuruluk ve disparoni şikayetleri sıkça görülmektedir (Santoro ve Komi, 2009). Aynı zamanda, vajinanın daralıp kısalması, uterus prolapsusları, üretra ve mesanede bulunan östrojen reseptörlerinin etkilenmesi nedeniyle inkontinans şikayetleri de yaşanmaktadır (Santoro ve ark, 2015; Kaunitz ve Manson, 2015). Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı

Çalışmaları Derneği (International Society for the Study of Women's Sexual Health) ve Kuzey Amerika Menopoz Derneği (North Amerika Menopause Society NAMS) 2014 yılında, östrojen ve diğer seksüel steroidlerin seviyelerindeki düşüşe bağlı olarak labia majör-minör, klitoris, vestibül, vajina, üretra ve mesanede ortaya çıkan değişikliklerin tümünü menopozun genitoüriner sendromu olarak tanımlamıştır (Portman ve ark., 2014; Gandhi ve ark., 2016; Espitia De La Hoz, 2018). Bu yeni tanımlama ile genitoüriner sistemde meydana gelen değişiklikleri tanımlamada yetersiz kalan postmenopozal atrofik vajinit, atrofik vulvovajinit veya vulvovajinal atrofi gibi terimler yerine daha uygun bir tanıma sahip olacaktır (Portman ve ark., 2014). Menopoz sonrası kadınların yaklaşık %50'si ürogenital atrofiye bağlı yakınmalar göstermektedir (Nappi ve Lachowsky, 2009).

Menopozal dönemlerdeki kadınların farklı oranlarda üriner inkontinans yaşadığını belirten çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar, kadınların üriner inkontinans prevalansının %20-37 aralığında değiştiğini göstermektedir (Dellu ve ark., 2016; Lu ve ark., 2016; Cagnacci ve ark., 2017). Yaşın ilerlemesi, doğum yapmak, obezite, konstipasyon, ağır kaldırma, aşırı derecede öksürme gibi çeşitli nedenlerle pelvik taban kaslarında zayıflama yaşanmakta ve uterin prolapsus, sistosel, rektosel ve enterosel gibi sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır (Beşen ve Oskay, 2013). Genito-üriner sorunların içinde yer alan pelvik organ prolapsusu da kadınlarda farklı oranlarda görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada, menopozal genitoüriner sendreom yaygınlığı %51 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, kadınların %84'ü vajinal kuruluk, %57'sinde disparoni ve %67'sinde cinsel işlev bozukluğu görülmüştür (Espitia De La Hoz, 2018). Menopozal dönemlerdeki kadınların çoğu bu sıkıntıları yaşamakta ancak kadınların genito-üriner sorunlar için profesyonel yardım arama davranışları oldukça düşüktür. Kadınların en çok yardım arama davranışları oldukça düşüktür. Kadınların en çok yardım aradığı vazomotor yakınmaların aksine, genito-üriner yakınmalarda tedavi alınmadan iyileşme sağlanamamakta ve bu durum ilerlemeye devam etmektedir (Kaunitz ve Manson, 2015; Santoro ve ark., 2015).

Kadınların yaşadıkları inkontinans ve prolapsus sorunlarında yaşam tarzı değişiklikleri, karın içi basıncı azaltacak uygulamalar ve kegel egzersizleri ile pelvik tabanı güçlendirmeleri önerilmektedir (Beşen ve Oskay, 2013). İnkontinans problemi olan kadınların yeterli sıvı alımının sağlanması ve üriner sistem için iritan etkili yiyecek

ve içeceklerin (çay, kahve, tatlandırıcılar, asitli içecekler, acılı ve baharatlı yiyecekler) sınırlandırılması önerilmektedir (NAMS, 2017). Davranışçı bilişsel terapi ve mesane eğitimi fayda sağlamaktadır. Sigara ve madde kullanımının önlenmesi, kilo kontrolü ve dengeli beslenmenin sağlanması, konstipasyonun önlenmesi ve perine hijyeninin sağlanması görülen yakınmaların azaltılmasında önemlidir. Östrojen eksikliğine bağlı gelişen vajinal atrofi, kuruluk ve buna bağlı yaşanan disparonide hormonal tedavi etkili olmaktadır (NAMS, 2017).

2.3. Menopoz ve Yaşam Kalitesi

Teknoloji ve sağlık sisteminin gelişmesi ile birlikte beklenen yaşam süresi de uzamıştır. Beklenen yaşam süresinin ortalama 80 yaş olduğu düşünülen kadınlar, hayatlarının yaklaşık üçte birini menopoz ve sonrası dönemde geçirmektedir (Kharbouch ve Şahin, 2007; Erkin ve ark., 2014). Kadınlarda menopozal geçiş dönemi ve sonrasında birçok değişikliğin yanı sıra yaşın ilerlemesi ile sağlık problemleri artmaya başlamaktadır. Yaşanan bütün bu değişiklikler, kadının yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesi subjektif bir parametre olması nedeniyle, doğrudan nasıl hissettiklerini, günlük aktivitelerini ve fonksiyonlarını sorgulamak bu konuda bilgi toplamanın en basit ve uygun yoludur. Yaşam kalitesini değerlendiren araçlar, fiziksel, ruhsal ve sosyal parametreleri ölçmektedir (Kharbouch ve Şahin, 2007; Erkin ve ark., 2014; Özdemir ve Uysal, 2018).

Kadınların yaşadıkları yakınmaların sıklığı ve şiddeti günlük aktivitelerini de etkilemektedir. Yapılan bir çalışma, sıcak basması sıklığının ve şiddetinin uyku ve yaşam kalitesini etkilediğini belirlemiştir. Sıcak basmasındaki iyileşmenin uyku ve yaşam kalitesinde iyileşme ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Pinkerton ve ark., 2016). Hildreth ve ark. (2018) menopozal dönemler ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu ve yakınmaların sıklığının ve şiddetinin arttığı geç perimenopozal dönemde yaşam kalitesi ve depresyonun olumsuz etkilendiğini saptamıştır. Diğer bir çalışma, yaşanan yakınmaların şiddetlenmesi ile yaşam kalitesinin kötüleştiğini belirtmiştir (Larroy ve ark., 2020). Larroy ve ark. (2020), yaşanan yakınmaların yanı sıra eğitim düzeyi ve menopoz hakkındaki bilgi düzeyinin de yaşam kalitesini etkilediğini bildirmiştir. Menopozal dönemlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında medeni durum, kronik hastalık varlığı, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, alkol kulllanımı, fiziksel aktivite, sosyal

destek, uyku düzeni gibi birçok durum bulunmaktadır (El Hajj ve ark., 2020; Jalambadani ve ark., 2020; Kang ve ark., 2021).

Kadınların deneyimleri doğrultusunda menopozu algılamaları değişiklik göstermekte bu durumda yaşam kalitelerini etkilemektedir. Kadınların bu dönemde yaşadıkları deneyimleri iyileştirecek çalışmalar doğrudan yaşam kalitesini de etkileyecektir. Bu sebeple, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörleri iyileştirmeye yönelik yapılacak koruyucu ve sağlığı geliştirici bakım ve eğitim oldukça önemlidir. Sağlık profesyonellerinin farkındalık yaratarak ve yakınmalarla baş etme konusunda kadınları bilgilendirerek yaşam kalitesini arttırması amaçlanmalıdır.

2.4. Menopoz ve Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, ölçülmesi ve tanımlanması kolay olmayan kompleks bir kavram ve uyku süresi, uyku latensi, uyku periyodu, uyku düzeni, uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi uykunun farklı boyutlarını ilgilendirmektedir. Aynı zamanda kişinin uyku sonrasında dinç ve iyi hissetmesi de uyku kalitesi ile ilişkilidir. Uyku kalitesi fizyolojik ve psikolojik birçok faktörden etkilemektedir. Yaşın ilerlemesi ve menopoz ile birlikte kadınlar sıklıkla uyku problemleri bildirmektedir.

Peri-postmenopozal dönemdeki kadınların %40-60'ının uyku bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir. Çalışmalar, uyku problemlerinin en çok postmenopozal dönemde bildirildiğini göstermektedir (Kim ve ark., 2018; Zolfaghari ve ark., 2020). Ortalama yaşam süresinin uzaması ile postmenopozal dönemde geçirilen süre de artmaktadır. Kadınların uyku konusunda yakınmaları uykuya dalmakta zorluk, uykunun sıklıkla bölünmesi, uykuya devam edememe ve gece uyanıklığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kim ve ark. (2018)'nın çalışmasında premenopozal dönemdeki kadınların %14,4'ünün, perimenopozal dönemdeki kadınların %18,2'sinin ve postmenopozal dönemdeki kadınların %30,2'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Postmenopozal dönemdeki kadınlarda obstrüktif uyku apnesini inceleyen bir çalışmada cerrahi menopoza giren kadınların doğal menopoza giren kadınlara kıyasla daha riskli olduğu belirlenmiştir (Huang ve ark., 2018). Diğer bir çalışmada, postmenopozal dönemdeki kadınların premenopozal ve perimenopozal dönemdeki kadınlara göre uykuya dalma sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir (Zolfaghari ve ark., 2020). Smith ve ark. (2018) longitudinal çalışmasında premenopoz ve perimenopozal dönemdeki (premenopoz, perimenopoz) uyku durumunun bir sonraki menopozal dönemin uyku göstergesi

olmadığını belirtmiştir. Aynı çalışma vazomotor yakınma ve sigara içme öyküsü ile uyku problemleri arasında ilişki olduğunu saptamıştır (Smith ve ark., 2018). Menopozal dönemlerdeki uyku sorunlarında, medikal tedaviye alternatif olarak non-farmakolojik yöntemlerde kullanılmaktadır (Vardar ve ark., 2020). Akupunktur, yoga, fiziksel egzersiz, bilişsel davranışsal terapi, uyku hijyeni eğitimi gibi yöntemlerin uyku kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Vardar ve ark., 2020).

2.5. Menopoz ve Depresyon

Menopozal dönemlerdeki hormonal değişikliklerin duygu durumu olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Schmidt ve ark., 2015; Gordon ve ark., 2021). Bu sebeple menopoz, depresif duygu durumun artması açısından kırılgan bir süreç olarak görülmektedir (Gordon ve ark., 2021). Alam ve ark. (2020) çalışmalarında menopozal dönemlerdeki kadınların %30,4'ünde majör depresyon belirlemiştir. Menopozal durum ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen premenopozal dönemdeki kadınlarda diğer kadınlara göre daha az sıklıkla depresyon görülmüştür (Alam ve ark., 2020). Fu ve ark. (2020) çalışmalarında, postmenopozal dönemdeki kadınlarda depresif belirtilerin geç üreme döneminde ve menopoza geçiş döneminde olan kadınlara göre daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Yaşanılan stresli olaylar, sosyo-ekonomik durum, menopoza ilişkin algı ve tutum da depresyona neden olan durumlar arasındadır. Kadının içinde bulunduğu toplumun değer ve inanışları ruhsal sorunlar yaşamaya neden olabilmektedir. Doğurganlığa, gençliğe ve güzelliğe önem verilen toplumlarda yaşamak kadın için bu süreci daha zor hale getirebilmektedir. Daha önce geçirilmiş majör depresyonun bu dönemde tekrarlama riskinde artış olabileceği belirtilmektedir (Gordon ve ark., 2021; Maki ve ark., 2019).

Menopoz sonrası depresyon sıklıkla görülmekte ve yorgunluk hissi, uyku bozuklukları, motivasyon kaybı, ilgisizlik gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (Gordon ve ark., 2021). Histerektomi ve ooferektomi sonucu cerrahi menopoza giren kadınların anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunları daha sık yaşadığı ve belirtilerinin daha şiddetli yaşandığı belirtilmektedir (Rodriguez-Landa ve ark., 2015, Kingsberg ve ark., 2020). Bu dönemde yaşanan problemlerin beden imajı ve benlik algısında azalmaya neden olabileceği bildirilmiştir.

2.6. Menopoz Hemşireliği

Menopoz, kadın sağlığı ve üreme sağlığı açısından oldukça önemli bir dönemdir (Moghani ark., 2016). Kadının yaşamındaki değişiklikler, birçok uyum problemini de beraberinde getirmektedir. Kadının bu yaşam dönemindeki yeni rollerine uyum sağlamasında, sağlık profesyonellerinden destek almaları beklenilen bir durumdur. Kadının üreme sağlığını ilgilendiren konularda eğitim ve danışmanlık sağlanarak sağlığın korunup geliştirilmesi hemşirenin görevlerindendir (T.C. Resmi Gazete, 2011). Ülkemizde menopoz hemşireliği çok kulanılan bir kavram olmamasına rağmen, dünyada aktif olarak çalışan örnekleri bulunmaktadır (Holloway ve ark. 2019; Pace ve ark. 2018).

Menopoz hemşiresi, kadının bütüncül olarak değerlendirilmesini, uyum sürecinin tamamlanmasını ve yaşam kalitesinin arttırılmasını hedeflemektedir. Hemşireler, menopoz dönemlerinde kadınların desteklenmesi ve yaşadıkları sorunlarla başa çıkmasında etkin rol almaktadır. Kadınlara menopozun normal bir süreç olduğu, yeterli ve dengeli beslenmenin önemi, alkol ve sigara kullanılmaması gerektiği, düzenli cinsel yaşamın sürdürülmesi, sosyal yaşamın sürdürülmesi, fiziksel aktivitenin önemi ve sağlık kontrollerinin düzenli yaptırılması konularında eğitimler hemşireler tarafından sağlanmalıdır (Çelik ve Pasinoğlu, 2013). Bu bilgileri içeren, kadının yaşam kalitesini olumlu etkileyecek destek programları oluşturulmalıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan eğitim ve destek programları menopozun morbiditesinin azaltılmasını sağlayacaktır (Peacock ve ark., 2021).

2.7. Hemşirelikte Kuram Kullanımı

Hemşirelik mesleğinin varlığını sürdürebilmesi için kendine özgü bilgi birikimini geliştirmesi gerekmektedir. Mesleğe ait bilgi üretimi, mevcut bilginin, yeni düşüncelerin ve kuramların araştırmalarda kullanılarak test edilmesi ile gerçekleşmektedir (Şengün ve ark., 2013). Aynı zamanda mesleğin toplum tarafından kabullenilmesi ve profesyonelliği için meslek, kuram geliştirme ve uygulama becerisi geliştirmelidir (McCrae, 2012). Hemşirelik disiplini, yalnız hemşirelik bilgisini geliştirmek için değil, insanların sağlık düzeylerini geliştirmek için de bilgi birikimini kullanmaktadır (Bayat, 2017). Hemşirelik disiplininde 1950'li yıllarda kuramların tanımlanması ile iş merkezli bakımdan, ihtiyaca yönelik bakıma odaklanılmıştır (Çatal ve Dicle 2014; McCrae 2012; Bayat, 2017).

Hemşirelik kuramlarının çalışmalarda kullanımı araştırma problemini kavramsallaştırma ve oluşturulan hipotezlerin doğruluğunu sınama konusunda rehberlik etmektedir (Wu ve Volker 2009). İlaveten çalışmanın bulgu ve sonuçlarının bilimsel bir çerçevede açıklanmasını sağlamaktadır (Mock ve ark., 2007). Her kuram hemşirelik disiplinine ait farklı bir bakış açısı yansıtmakta ve kullanıcıya farklı bir çerçeve ve yol haritası sunmaktadır (McKenna, 2005). Hemşireler belli bir kuram ya da modeli kullanarak o kuram/model üzerine uzmanlaşabilmektedir (Bayat, 2017).

Hemşirelik kuramları, temel olarak insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramları çerçevesinde geliştirilmiştir. Ancak her bir kavram, farklı kültürlerde farklı şekilde ele alınarak değerlendirilebilmektedir (Velioğlu, 2012).

2.7.1. Roy Adaptasyon Kuramı

Hemşire Callista Roy, pediatri klinik çalışması sırasında, çocukların ortama kolay uyum sağladıklarını ve değişenlere hızlı yanıt verdiklerini gözlemlemiş, bu doğrultuda adaptasyon kavramı üzerine yoğunlaşmıştır. Modelin geliştirilmesi aşamasında, Dorothy Johnson Davranışsal Sistem Modeli'nden, Beralanffy'nin Genel Sistem Teorisi'nden, Helson'un Adaptasyon Düzeyi Teorisi'nden ve Folkman ve Lazarus'un Etkileşimsel Stres ve Başetme Modeli'nden faydalanmıştır. Roy Adaptasyon Modeli 1970 yılında yayımlanarak, kullanılmaya başlanmıştır. Ancak Roy, modelin hemşireler tarafından yanlış anlaşıldığını düşünerek 1988'de modeli tekrar açıklamıştır (Uzun, 2017).

Kuramın temel kavramları

Roy Adaptasyon Modeli, kişinin veya grubun adaptasyona uygun olan yapısı ile çevresel faktörlerden etkilenerek uyum sağlama durumunu açıklamaktadır.

İnsan

Roy'a göre, karmaşık bir adaptasyon sistemine sahip olan insan hemşirelik hizmetinin alıcısı konumundadır (Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017). İnsan içinde bulunduğu çevre ile sürekli etkileşim halindedir. Bu nedenle insan sürekli değişmekte ve sürekli uyum sağlamaya çalışmaktadır (Meleis, 2012). Çevresinden etkilendiği gibi kendisi de çevresini etkilemektedir. İnsan doğumla birlikte sahip olduğu ve sonradan edindiği mekanizmalar ile çevresel uyaranlara adaptasyon biçimi ile olumlu ya da olumsuz yanıt oluşturmaktadır (Senesac ve Roy, 2015; Roy, 2009). Kadın hayatında önemli bir süreç olan menopozal dönemlerde kadın fiziksel, bilişsel, ruhsal ve sosyal

açıdan birçok değişiklik yaşamaktadır. Kadınlar bu dönemde yakınmaları ile baş edebilmek için uyum sağlamaya ihtiyaç duymaktadır.

Çevre

Çevre, insanların yanıt oluşturmak zorunda kaldığı uyaranları oluşturmaktadır. İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlık olması sebebiyle sadece fiziksel uyaranlara değil psikolojik ve sosyal uyaranlara da cevap vermektedir. Roy'a göre uyaranlar; odak, bağlamsal ve rezidüel uyaranlardır. Odak uyaran; kişi tarafından hemen karşı koyulan içsel ve dışsal uyaranlardır. Bağlamsal uyaran; odak uyaranın neden olduğu davranışa ve odak uyaranın etkisini değiştirerek katkıda bulunan uyaranlardır. Rezidüel uyaran; davranışa etkisi henüz belirlenmemiş uyaranlardır (Uzun, 2017; Senesac ve Roy, 2015; Roy, 2009). Bir bakış açısına göre, insanın adapte olmasını gerektiren uyaranların çevreyi oluşturduğu, diğer bakış açısı çevrenin adaptasyon sistemini etkileyen uyaran olduğunu belirtmektedir. Menopozal dönemlerdeki kadının yaşadığı değişiklikler ve yakınmalardan olumsuz etkilenmemesi için adaptasyonun sağlanması gerekmektedir. Bu dönemde çevresel faktörler hem yakınmaları etkileyebileceği gibi hem de baş etme mekanizmalarını destekleyerek adaptasyonu kolaylaştırabilir.

Sağlık

Sağlık ve sağlıklı olma hali, çevresel uyaranlara ve değişikliklere olumlu cevap verebilme olarak tanımlanmıştır (Roy, 2009). Sağlığı, insan ve çevre arasındaki ilişki belirlemektedir. Eğer kişi uyaranlara karşı adaptasyonunu sağlayabiliyorsa sağlık, sağlanamıyorsa hastalık söz konusu olmaktadır (Velioğlu, 2012; Uzun, 2017). Menopozal dönemlerde ortaya çıkan değişiklikler ile kadının baş edebilmesi, adapte olması durumunda optimal sağlık hedefine ulaştıracaktır. Ancak bu değişikliklere uyum sağlanamıyorsa bir takım sağlık sorunları ortaya çıkacaktır.

Hemşirelik

Hemşireler, adaptasyonun sağlanma sürecinde önemli bir rolü üstlenmektedir. Hemşirelik, insana, aileye, topluma uyaran sağlayarak ya da mevcut uyaranın etkisini değiştirerek adaptasyonu arttıran bir dış güç olarak görülmektedir. Uyaranları bulmayı ve bu uyaranlara karşı olumlu davranışları arttırmayı amaçlamaktadır (Uzun, 2017; Roy 2009). Adaptasyon ihtiyacı duyulan menopozal dönemlerde, uyaranlarla baş edilmesi ve uyum sağlanabilmesi hemşirelerin bilgi birikim ve yardımları ile daha mümkün olacaktır.

Hemşirelerin adaptasyon biçimlerine yönelik çalışmalarını sürdürmeleri, sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasına katkı sağlayacaktır. Roy Adaptasyon Modelini dört temel kavram çerçevesinde açıklamıştır (Uzun, 2017; Roy 2009).

Roy Adaptasyon Modeli'nde insanın, iç ve dış uyaranlara karşı verdiği tepki ve davranış şekli adaptasyon biçimi olarak tanımlanmaktadır. Roy'a göre adaptasyon biçimi dört grupta değerlendirilmektedir. Bunlar; Fizyolojik adaptasyon biçimi, benlik kavramı adaptasyon biçimi, rol fonksiyonu adaptasyon biçimi ve karşılıklı bağımlılık adaptasyon biçimidir.

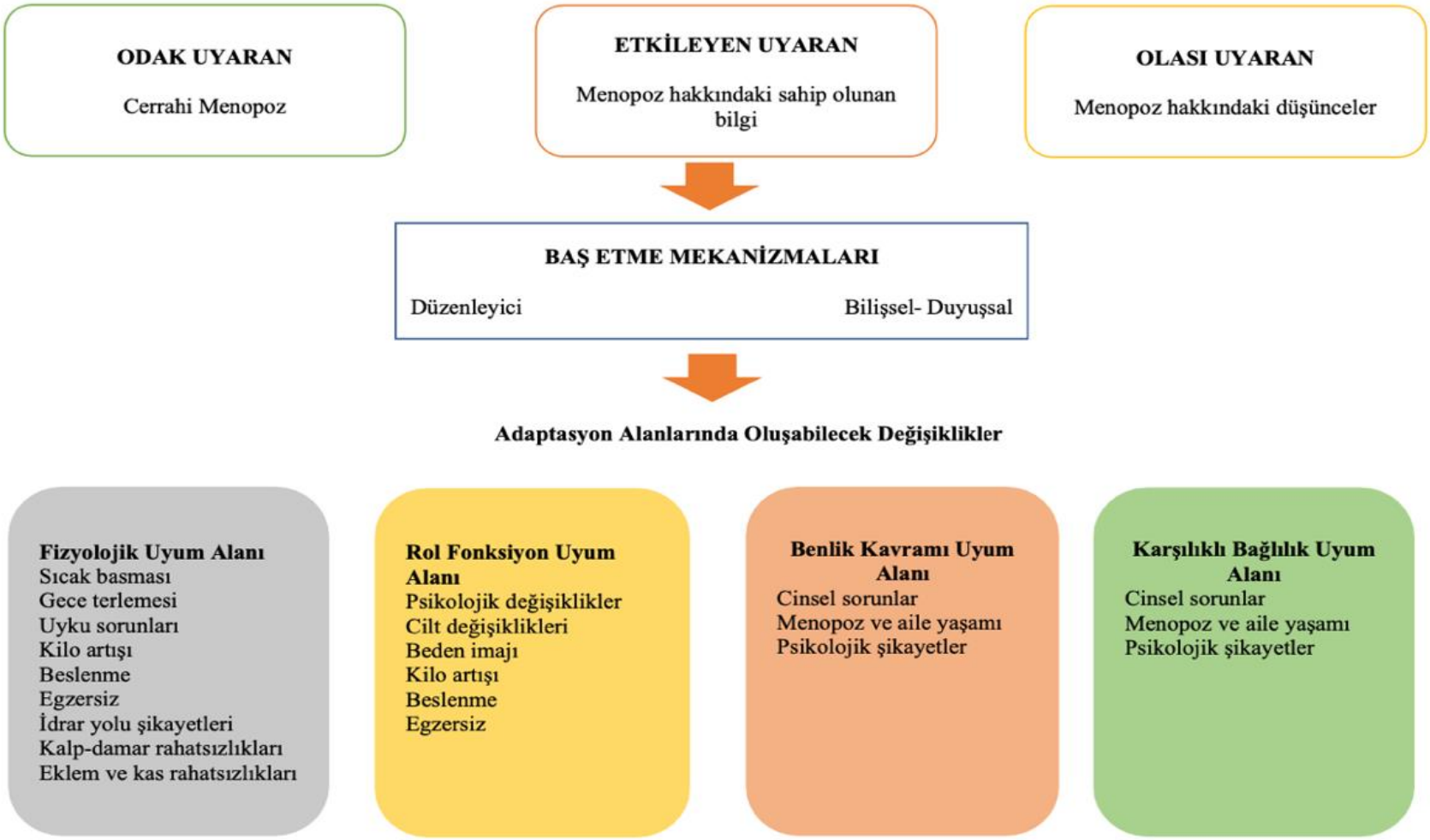
Fizyolojik adaptasyon biçimi: İç ve dış uyaranlara karşı bireyin bedeninin verdiği yanıtlar ile fizyolojik bütünlüğün korunması söz konusudur (Velioğlu, 2012). Bireyin, tüm hücre, organ ve sistemlerinin ihtiyaç duyduğu beş temel fizyolojik gereksinimi bulunmaktadır. Bunlar oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite-dinlenme ve korunmadır. Bu adaptasyon biçiminin amacı değişikliklere adaptasyonun sağlanması için ihtiyaçların karşılanmasıdır (Uzun, 2017; Roy 2009). Kadın vücudunda birçok değişikliğin ortaya çıktığı menopozal dönemler adaptasyon mekanizmasının işleyişi ile birey için farklı sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Menopozal dönemlerde fizyolojik alanda gerçekleşen değişikliklerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve bu değişikliklere karşı uyum mekanizmalarının güçlendirilmesi önemlidir.

Benlik kavramı adaptasyon biçimi: Benlik kavramı, kişinin kendi hakkındaki duygu, düşünce, inanç ve algılarının tamamını ifade etmektedir. Fiziksel ve kişisel benlik olmak üzere iki ana kavram bulunmaktadır. Beden algısı ve beden imajı fiziksel benliği oluştururken, benlik konusunda öz tutarlılık, beklentiler ve değerler ise kişisel benliği oluşturmaktadır (Roy, 2009; Meleis, 2012; Senesac ve Roy, 2015). Menopozal dönemde bulunan kadının yaşadığı yakınmalar ve vücudundaki değişiklikler, menopoza ilişkin algısını ve tutumunu etkilemektedir. Kadının adaptasyon mekanizmalarının güçlendirilmesi, kadının benlik kavramında olumlu sonuçlar ortaya koyacaktır.

Rol fonksiyonu adaptasyon biçimi: Rol fonksiyon alanında, bireye toplum içinde verilen roller ve bu rollere ilişkin beklentiler üzerine odaklanılmaktadır. Bu alanda, bireyin sosyal bütünlüğün sağlanması ve sürdürülmesi bulunmaktadır. Roy adaptasyon modelinde birincil, ikincil ve üçüncül rollerden bahsedilmektedir. Yaş, cinsiyet ve gelişimsel roller birincil rolleri, sürekliliği olan ve birey tarafından tercih edilen roller ikincil rolleri, tercihe dayalı ve kalıcı olmayan roller üçüncül rolleri oluşturmaktadır.

Menopozal dönemler kadının rollerini yerine getirmesinde farklı engeller oluşturabilir, bu sebeple kadının rol fonksiyon değerlendirilmesi önemlidir. Kadının yaşadığı rol çatışmalarının belirlenmesi ve adaptasyon sürecinde desteklenmesi gerekmektedir (Roy, 2009; Meleis, 2012; Senesac ve Roy, 2015).

Karşılıklı bağımlılık adaptasyon biçimi: kişilerin birbirleriyle iletişim ve etkileşimlerini ele almaktadır. Değer gösterme, sevgi, saygı gibi iletişimsel boyutla ilgilidir. Bu adaptasyon biçimin amacı insanların ilişkilerinde bütünlüğü korumaktır (Roy, 2009; Meleis, 2012; Senesac ve Roy, 2015). Menopozal dönemlerdeki kadının ailesi ve arkadaşları ile ilişkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.



Şekil 2-1: Roy Adaptasyon Modeli ve Olası Değişiklikler

2.8. Progresif Kas Gevşeme Egzersizi

Progresif kas gevşeme egzersizi, kas gruplarının istemli olarak kasılması ve gevşemesi ile gerçekleştirilen bir bilişsel davranışçı tedavi tekniğidir. Progresif gevşeme ilk olarak, fizyoloji ve psikoloji alanında çalışan bir hekim olan Edmund Jacobson tarafından 1929 yılında tanımlanmıştır. Progresif gevşeme tekniği ile zihnin sakin tutulması ile kaslarda gevşeme, sempatik sinir sistemi aktivitesinde azalma sağlanarak gerginliğin ve anksiyetenin hafifletilmesi hedeflenmektedir (Kırca ve Kutlutürkan, 2020). Progresif gevşeme egzersizi, yüz, boyun, kol, bacak ve sırt gibi kas gruplarını kasıp gevşetmeyi derin nefes alma ile birleştiren bir yöntemdir. İlerleyici kas gevşeme adıyla bilinen bu yöntem, kasların kademeli olarak kasılıp gevşetilmesi prensibine dayanmaktadır (Boz, 2016). Progresif gevşeme egzersizi anksiyeteyi azaltmaya ve homeostazisi sağlamaya yardımcı olmaktadır (Peciuliene ve ark., 2015; Kırca ve Kutlutürkan, 2020). Uygulama kolaylığı ve maliyeti olmaması açısından tercih edilen yöntemlerden biridir (Cooke, 2015). Çocuk, yetişkin ve yaşlılarda uygulanabilir ve gebelik, menopoz gibi dönemlerde de kullanılmaktadır.

Progresif gevşeme egzersizi, kişinin kendi içinde dinginlik hissine ulaşmasını sağlayan bir teknik olarak tanımlanmaktadır. Bu teknik ile kişilere kaslardaki gerginlik ve gevşeme arasındaki fark hissettirilerek, gerginlik durumunda kendi kendine gevşemesi öğretilebilmektedir (Kırca ve Kutlutürkan, 2020). Gevşeme ile beraber kasların gerginliği, kaygı düzeyi ve stresin etkileri de azalmaktadır. Aynı zamanda, kan basıncını, yorgunluğu ağrıya duyarlılığı azaltmakta, uykuyu kolaylaştırmakta, fiziksel ve ruhsal durumu iyileştirmektedir (Boz, 2016; Sözer ve Ege, 2021). Baş ağrısı, astım, kalp hastalığı, hipertansiyon, uyku problemleri, menopoz yakınmaları, kemoterapi gibi birçok farklı durumda uygulandığı bilinmektedir (Chaudhuri ve ark. 2015; Kılıç 2018; Sözer ve Ege, 2021).

Menopozal dönemlerdeki kadınların progresif kas gevşeme egzersizlerini uyguladığı çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda menopozal yakınmaların bir ya da birkaç tanesine yönelik uygulamalar yapılmıştır. Saensak ve ark. (2013) çalışmalarında progresif gevşeme egzersizlerinin vazomotor yakınmalar ve uyku bozukluğunda iyileşme sağladığını belirtmiştir. Menopozal dönemlerde yapılan progresif kas gevşeme egzersizinin uyku kalitesini arttırdığı saptanmıştır (Amanda, 2019). Batra ve Shiju (2019) çalışmalarında gevşeme egzersizinin postmenopozal kadınların stres

düzeyini azalttığını bildirmiştir. Menopozal kadınlarla progresif kas gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesini arttırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Jokar ve ark., 2016; Duman ve Timur Taşhan, 2018).

Sonuç olarak, menopozal dönemdeki kadınların uyum sürecinin tamamlanması, kadınların desteklenmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için hemşirelik hizmetlerinin sağlanması oldukça önemlidir. Kadınların menopozal yakınmaları ile başedebilmesi için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Progresif gevşeme egzersizi bu dönemde kullanılan yöntemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu araştırmada progresif gevşeme egzersizinin dahil edildiği Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve depresyon belirtileri üzerine etkileri değerlendirilerek sunulmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının cerrahi menopoza giren kadınların depresif belirti, uyku problemleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Türü

Çalışmanın birinci aşamasında Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği metodolojik türde tamamlanmıştır. İkinci aşaması, cerrahi menopoza giren kadınlara yönelik hazırlanan hemşirelik destek programının uygulamasını içeren randomize kontrollü ve deneysel bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın birinci aşaması Eylül 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasında, katılımcıların sağlanması için ilk görüşmeler Ocak 2020- Şubat 2021 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine bağlı Jinekoloji servisinde gerçekleştirilmiştir. Mart-Ağustos 2020 tarihleri arasında COVID-19 pandemi önlemleri sebebiyle hastanede veri toplanamamıştır. Tüm görüşmeler Temmuz 2021'de tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ilk aşamasında Perimenopozal Depresyon Ölçeği (Meno-D)'nin Türkçe dil geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçek uyarlama çalışmalarında uyarlanacak ölçeğin madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınması önerilmektedir. Perimenopozal Depresyon Ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır, bu sebeple ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması son adetinin üzerinden 12 ay geçmiş 120 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem kapsamına Eylül 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında perimenopozal dönemde bulunan, Türkçe iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar dahil edilmiştir.

Çalışmanın ikinci aşamasının evrenini, Ocak 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde histerektomi-bilateral salphingo ooferektomi operasyonu geçiren kadınların tümü oluşturmuştur.

Çalışmanın örneklem büyüklüğü, Moridi ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)'nin ön test, son test toplam puan ortalamaları refeans alınarak etki büyüklüğü hesaplanmıştır. G-power test kullanılarak çift yönlü hesaplama ile 0,66 etki büyüklüğü, 0,05 hata payı ve % 80 güç ile her bir grup için 38 toplam 76 kadının çalışmaya katılması gerektiği belirlenmiştir. Çalışma süresince katılımcı sayısında çeşitli nedenlerle kayıp olabileceği göz önünde bulundurularak her bir grup için 45 toplam 90 kadının çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Örneklem Kabul Kriterleri

Araştırmaya katılım için cerrahi yolla menopoza giren kadının;

- Okur-yazar olması,
- Psikiyatrik bir tanı konulmamış olması,
- Hormon tedavisi almıyor olması,
- Uyku ilacı kullanmıyor olması,
- Onkolojik bir hastalığının olmaması
- Fiziksel ve mental bir engelinin olmaması,
- İletişim kurma zorluğu (konuşma, algılama, dil, anlama problemi) olmaması,
- Daha önce menopoza girmemiş olması belirlenmiştir.

Örneklemden Dışlanma Kriterleri

- Çalışma sürecinde kadının çalışmadan çekilmek istemesi olarak belirlenmiştir.

Örneklem kabul kriterlerine uyan kadınların, girişim ve kontrol gruplarına atanması randomizasyon (random.org) yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Girişim grubu: 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 38, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 50, 52, 55, 58, 61, 62, 64, 66, 67, 70, 75, 78, 84, 88, 89.

Kontrol grubu: 1, 3, 7, 9, 10, 13, 14, 19, 23, 24, 31, 33, 35, 36, 37, 39, 44, 48, 49, 51, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 63, 65, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 90.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri

Bağımsız değişken:

- Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programı

Bağımlı değişken:

- Kadınların yaşam kalitesine ilişkin MÖYKÖ puan ortalamaları, uyku kalitesine ilişkin PUKİ puan ortalamaları, depresif belirti durumlarına ilişkin Meno-D puan ortalamaları.

H_1: Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programına dahil edilen girişim grubu kadınların yaşam kalitesi kontrol grubu kadınlara göre daha iyidir.

H_2: Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programına dahil edilen girişim grubu kadınların uyku kalitesi kontrol grubu kadınlara göre daha iyidir.

H_3: Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programına dahil edilen girişim grubu kadınların depresif belirti durumları kontrol grubu kadınlara göre daha azdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Perimenopozal Depresyon Ölçeği kullanıldı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu literatür doğrultusunda hazırlanmış olup 29 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formunda sosyodemografik, obstetrik, jinekolojik ve genel sağlık özelliklerinin değerlendiren sorular bulunmaktadır. Sosyodemografik özellikler ile ilgili; yaş, eğitim süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, aile tipi, maddi durum ve sosyal güvenceye ilişkin sorulara yer verilmiştir. Obstetrik özelliklere ilişkin; doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı ve yaşayan çocuk sayısı soruları bulunmaktadır. Jinekolojik ve genel sağlık özelliklerine ilişkin; daha önce jinekolojik operasyon geçirme durumu, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, fiziksel egzersiz yapma durumu, sağlık algısı, üriner inkontinans ve

fekal inkontinans yaşama durumu, cerrahi menopoz nedeni, menopoza yönelik bilgi alma durumu ve menopoz hakkında düşüncesi ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek-1).

3.6.2. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği-MÖYKÖ (The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire- MENQOL), menopozal dönemdeki kadının yaşam kalitesini değerlendirebilmek amacıyla 1996 yılında Hilditch ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kharbouch ve Şahin tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ölçek likert tipte 29 soru ve vazomotor (1-3. sorular), psikososyal (4-10. sorular), fiziksel (11-26. sorular) ve cinsel (27-29. sorular) olmak üzere 4 alt alandan oluşmaktadır. Her soru için puan 1 ile 8 arasında değişmektedir. Puanlamada 1 puan o durumun yaşanmadığını, 2 puan durumun yaşandığını ancak rahatsız edici olmadığını, 3-8 arasındaki puanlama durumun şiddetini göstermektedir. Her alt alanın puanı alt alandaki maddelerin puanının ortalaması ile elde edilmektedir. Ölçekte yüksek puan düşük yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayıları alt alanlar için sırasıyla 0,82, 0,81, 0,87, 0,89 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada MÖYKÖ Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0,90, 0,89, 0,90, 0,83 bulunmuştur (Ek-2).

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) uyku kalitesini ölçmek ve uyku bozukluklarını değerlendirebilmek amacıyla Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ağargün ve arkadaşları ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını 1996 yılında yapmıştır. PUKİ toplamda 24 sorudan oluşmakta ancak kişinin yatak olup olmadığı ile ilgili 19. soru ve varsa yatak partneri tarafından doldurulacak son beş soru ölçek puanlamasına dahil edilmemektedir. PUKİ'de puanlamaya dahil edilen 18 soru uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere yedi alt bileşeni oluşturmaktadır. Her alt bileşen için puan 0-3 arasında alınmakta ve alt bileşenlerin toplam puanı ölçek toplam puanını vermektedir. Toplam ölçek puanı 0-21 arasında bir değer olmaktadır (Buysse ve ark., 1989; Ağargün ve ark., 1996). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayı 0,80 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada PUKİ Cronbach Alpha katsayısı 0,82 bulunmuştur (Ek-3).

PUKİ toplam puanının hesaplanması için önce alt bileşenlerin puan hesaplaması yapılmaktadır. Alt bileşen puanı hesaplanırken ilgili soru ya da soruların puan hesaplamasının yapılması gerekmektedir. Şekil 3-1'de soru puanlamaları ve alt bileşen puanlamaları bulunmaktadır.

Alt Bilesenler	Soru	Soru Puanlama Sekli		Bilesen Puanı
Öznel Uyku Kalitesi	Soru 6	Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Cok kötü	0 1 2 3	Elde edilen puan bu bileşenin puanını belirler
Uyku Latensi	Soru 2	< 15 dakika 16-30 dakika 31-60 dakika > 60 dakika	0 1 2 3	Soru 2 ve 5a'nın puanları toplamı bu bileşenin puanını belirler 0 0 1-2 1 3-4 2 5-6 3
	Soru 5a	Hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üc va da fazla	0 1 2 3	
Uyku Süresi	Soru 4	Süre ≥ 7 saat 6 ≤ Süre < 7 saat 5 ≤ Süre < 6 saat Süre < 5 saat	0 1 2 3	Elde edilen puan bu bileşenin puanını belirler
Alışılmış Uyku Etkinliği	Soru 1 Soru 3 Soru 4	[(Uyku süresi x 100)/ Yatakta geçirilen süre] ile elde edilen değer kullanılır		Soru 1, 3 ve 4'ten elde edilen değer bu bileşenin puanını belirler Uyku etkinliği ≥ % 85 0 %75≤Uyku etkinliği < %84 1 %65≤ Uyku etkinliği< %74 2 Uvku etkinliği < %65 3
Uyku Bozukluğu	Soru 5b Soru 5c Soru 5d Soru 5e Soru 5f Soru 5g Soru 5h Soru 5i Soru 5i	5b-j her bir soru için puanlama yapılır		Soru 5b, c, d, e, f, g, h, i ve j'nin toplam puanı bu bileşenin puanını belirler 0 0 1-9 1 10-18 2 19-27 3
		Hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç ya da fazla	0 1 2 3	
Uyku İlacı Kullanımı	Soru 7	Hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üc va da fazla	0 1 2 3	Elde edilen puan bu bileşenin puanını belirler
Gündüz İşlev Bozukluğu	Soru 8	Hiç Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üc va da fazla	0 1 2 3	Soru 8 ve 9'un puanları toplamı bu bileşenin puanını belirler
	Soru 9 9	Hiç problem oluşturmadı Yalnızca çok az problem oluşturdu Bir dereceye kadar problem oluşturdu Çok büyük problem oluşturdu	0 1 2 3	0 0 1-2 1 3-4 2 5-6 3
PUKİ	Bileşenlerin toplamı PUKİ toplam puanını vermektedir			

Şekil 3-1: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Puanlaması

3.6.4. Perimenopozal Depresyon Ölçeği (Meno-D)

Orijinal dili İngilizce olan Perimenopozal Depresyon Ölçeği-Meno-D (Ek-4) 2018 yılında Kulkarni ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması için yazarın kendisinden yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Ölçek perimenopozal depresyon belirtilerinin şiddetini derecelendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek enerji, paranoid düşünce, sinirlilik, benlik saygısı, soyutlanma (izolasyon), anksiyete, somatik semptomlar, uyku bozukluğu, ağırlık, cinsel ilgi, hafıza ve konsantrasyon ile ilgili 12 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin bütün maddeleri 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 48'dir. Ölçek puanının artışı depresif belirti durumunun arttığını göstermektedir. Ölçekten alınan 20-24 puan aralığı hafif perimenopozal depresyonu, 24-32 puan aralığı tedavi gerektiren orta derecede perimenopozal depresyonu, 32 puan ve üzeri tedavi gerektiren şiddetli perimenopozal depresyonu ifade etmektedir.

3.6.4.1. Perimenopozal Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasında Yer Alan Katılımcılara Dair Bilgiler

Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine ait veriler Tablo 3-1'de ve obstetrik verilerinin de yer aldığı tanıtıcı özelliklerin dağılımı Tablo 3-2'de verilmiştir.

Tablo 3-1: Katılımcılara ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı (n=120)

Özellikler		**Ort ± SS (Min-Max)**	
Yaş		49,40±2,05 (45-53)	
Eğitim süresi		9,35±3,88 (2-17)	
Eşin eğitim süresi		11,85±3,01 (5-16)	
		n	**%**
Eğitim durumu	İlkokul	32	28,3
	Ortaokul	23	19,2
	Lise	39	32,5
	Üniversite	24	20,0
Çalışma durumu	Evet	56	46,7
	Hayır	64	53,3
Medeni durumu	Evli	110	91,7
	Bekar	10	8,3
Aile tipi	Çekirdek Aile	103	85,8
	Geniş Aile	17	14,2
Ekonomik durumu	Gelir giderden az	29	24,2
	Gelir gidere denk	56	46,7
	Gelir giderden fazla	35	29,2
Sosyal güvence	Var	114	95,0
	Yok	6	5,0

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Max:Maximum

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 49,40±2,05'dir. Kadınların %32,5'inin lise ve %28,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %53,3'ünün çalışmadığı, %91,7'sinin evli olduğu, %85,8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %46,7'sinin gelirinin giderine denk olduğu ve %95'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3-2: Geçerlik ve güvenirlik çalışmasına katılan kadınların tanıtıcı özellikleri (n=120)

Özellikler		**Ort ± SS (Min-Max)**	
Boy		161,60±4,39 (150-170)	
Kilo		70,77±9,77 (45-98)	
BKİ		27,11±3,69 (20-35,56)	
Doğum sayısı		2,11±0,93 (0-5)	
Düşük sayısı		0,41±0,52 (0-2)	
Küretaj sayısı		0,34±0,64 (0-3)	
Yaşayan çocuk sayısı		2,08±0,93 (0-5)	
		n	**%**
Kronik hastalık	Var	54	45,0
	Yok	66	55,0
Sigara kullanma durumu	Evet	48	40,0
	Hayır	72	60,0
Fiziksel egzersiz yapma	Evet	34	28,3
	Hayır	86	71,7
Üreme sağlığı ile ilgili operasyon geçmişi	Var	27	22,5
	Yok	93	77,5

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Max:Maximum BKİ: Beden Kitle İndeksi

Kadınların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında, BKİ ortalamalarının 27,11±3,69 olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %45'inin kronik hastalığı olduğu, %40'ının sigara kullandığı, %28,3'ünün düzenli fiziksel egzersiz yaptığı ve %22,5'inin üreme sağlığına ilişkin operasyon geçmişi olduğu belirlenmiştir. Kadınların ortalama doğum sayılarının 2,11±0,93 ve ortalama yaşayan çocuk sayısının 2,08±0,93 olduğu bulunmuştur.

3.6.4.2. Perimenopozal Depresyon Ölçeğinin Dil Eşdeğerliği, İçerik ve Kapsam Geçerliği Analizinin Yapılması

Perimenopozal Depresyon Ölçeği Geçerlik Analizine İlişkin Bulguları

Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin geçerlik çalışmasına yönelik dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği analizleri yapılmıştır.

3.6.4.2.1. Dil Geçerliği

Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin dil geçerliliğini değerlendirmek için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Meno-D (A rating scale to detect depression in menopause), önce iki uzman çevirmen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. İlk çeviriden sonra ölçek maddeleri araştırmacı ve tez danışmanı tarafından değerlendirilmiş ve maddelerde düzenlemeler yapılmıştır. Düzenleme yapılan ölçek, ölçeğin orijinal halini görmemiş başka bir çevirmen tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiştir. Ölçeğin özgün ve geri çevirisi yapılan halinde maddeler karşılaştırılmış ve eşdeğerlik sağlanmıştır.

3.6.4.2.2. Kapsam Geçerliği

Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin kültüre uygunluğu, dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için alanında uzman 25 kişiye e-posta yoluyla gönderilmiş ve 12 uzmandan geri dönüş sağlanmıştır. Uzmanların ölçek maddelerini değerlendirmesinde Davis Tekniği (1992) kullanılmıştır. Bu teknikte her bir madde için 4'lü derecelendirme yapılmaktadır. Uzmanlar bu tekniğe göre, (a) "Uygun", (b) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli", (c) "Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve (d) "Madde uygun değil" şeklinde bütün maddeleri değerlendirmiştir. Değerlendirme formlarında her bir madde altında uzmanların önerilerini yazabilecekleri "Değişiklik Önerisi" alanı oluşturulmuştur. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Davis Tekniği'nde a ve b seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin "Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)" elde edilmektedir. Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin her maddesi için yapılan uzman değerlendirmesi sonucu elde edilen KGİ skorları Tablo 3-3'te verilmiştir. KGİ skorunun değerlendirilmesinde, 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmekte ve bu değerin üzerinde

bulunan maddelerin uygunluğu kabul edilmektedir (Erefe, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2002; Ercan ve Kan, 2004; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018; Yurdugül, 2005). Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin maddeleri için KGİ değeri 0,83 ile 1 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle maddelerden hiçbiri ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 3-3: Maddelere göre kapsam geçerlik indeksi skoru

Madde	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	Uzman 7	Uzman 8	Uzman 9	Uzman 10	Uzman 11	Uzman 12	Uzman sayısı	a ve b veren uzman sayısı	KGİ Skoru
Madde 1	a	a	a	a	a	b	b	a	b	a	b	a	12	12	1
Madde 2	a	b	b	c	b	a	c	b	b	b	b	a	12	10	0,83
Madde 3	a	a	b	a	a	a	b	b	a	a	c	a	12	11	0,91
Madde 4	c	b	a	a	a	a	b	a	b	a	b	a	12	11	0,91
Madde 5	a	a	a	a	a	a	c	a	b	a	b	a	12	11	0,91
Madde 6	b	a	b	a	a	b	b	b	a	a	c	a	12	11	0,91
Madde 7	a	a	a	a	a	a	b	a	a	a	b	a	12	12	1
Madde 8	a	a	a	a	b	a	b	a	a	a	c	a	12	11	0,91
Madde 9	a	a	a	a	b	a	b	a	a	a	b	a	12	12	1
Madde 10	a	a	b	a	a	b	b	a	c	a	c	a	12	10	0,83
Madde 11	a	a	a	a	a	a	b	b	a	a	b	a	12	12	1
Madde 12	a	a	a	a	a	b	b	a	a	a	b	a	12	12	1

3.6.4.2.3. Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

3.6.4.2.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Çalışmanın örneklem büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) testi ve faktör analizinin uygunluğunun kabulü için Bartlett testi kullanılmıştır. Tablo 3-4'te KMO ve Bartlett küresellik testi sonuçlarına ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo 3-4: Kaiser Meyer Olkin ve Bartlett Küresellik testi sonuçları

Testler	Sonuçlar	p
Kaiser Meyer Olkin	0,652	
Bartlett Küresellik testi	X^2=483,259	0,000

Faktör analizinin uygun olarak kabul edilmesi için, Bartlett testinin anlamlı olması ($p<0,05$) gerekmektedir. KMO endeksi 0 ila 1 arasında değişir ve 0,6 iyi bir faktör analizi için minimum değer olarak önerilmektedir (Tabachnick ve Fiedel, 2013). Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin KMO değeri 0,652 olarak bulunmuştur. Bartlett testi sonucu $p<0,05$ belirlenmiştir. Test sonuçları bu değerleri karşılamaktadır. Yapılan testler sonucunda çalışmanın faktör analizi uygulamak için uygun olduğu saptanmıştır (Tablo 3-5).

KMO ve Bartlett testi sonucunda Perimenopozal Depresyon Ölçeği'ne açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Tablo 3-5'te Temel Bileşenler Analizi sonucunda elde edilen bulgular verilmiştir. Perimenopozal Depresyon Ölçeği özdeğeri 1,00'in üzerinde olan beş faktörlü bir yapı göstermekte ve bu yapı ile toplam varyansın %76,076'sını açıklamaktadır. Birinci faktör toplam varyansın %28,332'sini, ikinci faktör toplam varyansın %15,615'ini, üçüncü faktör toplam varyansın %13,208'ini, dördüncü faktör toplam varyansın %10,531'ini ve beşinci faktör toplam varyansın %8,390'ını açıklamaktadır.

Tablo 3-5: Açıklanan varyans

Faktör	Toplam Faktör Yükü	Açıklanan Varyans %	Birikimli Açıklanan Varyans %
1	3,400	28,332	28,332
2	1,874	15,615	43,947
3	1,585	13,208	57,155
4	1,264	10,531	67,686
5	1,007	8,390	76,076

Rotasyon sonrası maddelerin beş faktördeki dağılımlarını gösteren ölçeğin faktör yükleri Tablo 3-6'da gösterilmiştir. Orijinal ölçekte olduğu gibi beş alt boyuttan oluşmaktadır. Perimenopozal Depresyon Ölçeği beş faktörlü olarak incelendiğinde faktör yükleri 0,696-0,908 arasında değişmektedir. Ölçekteki tüm maddelerin faktör yükleri 0,30'dan fazla olması sebebiyle ölçekten madde çıkarma işlemi yapılmamıştır. Analiz doğrultusunda yapı geçerliliği açısından uygun olduğu bulunmuştur.

Tablo 3-6: Beş faktörlü yapıda perimenopozal depresyon ölçeği maddeleri ve faktör yükleri

Maddeler	Faktör Yükü				
	1*	2*	3*	4*	5*
Madde 1-Enerjide azalma					0,872
Madde 10-Cinsel ilgi					0,864
Madde 2-Şüpheci düşünme	0,696				
Madde 4-Benlik saygısı	0,710				
Madde 5-Soyutlanma	0,756				
Madde 6-Anksiyete	0,765				
Madde 3-Sinirlilik				0,870	
Madde 8-Uyku bozukluğu				0,867	
Madde 7-Fiziksel semptomlar			0,908		
Madde 9-Ağırlık			0,907		
Madde 11-Hafıza		0,901			
Madde 12-Konsantrasyon		0,887			

*Varimax Döndürme sonrası alt boyutlar, 1. "Benlik", 2. "Bilişsel", 3. "Somatik", 4. "Uyku" ve 5. "Cinsel"

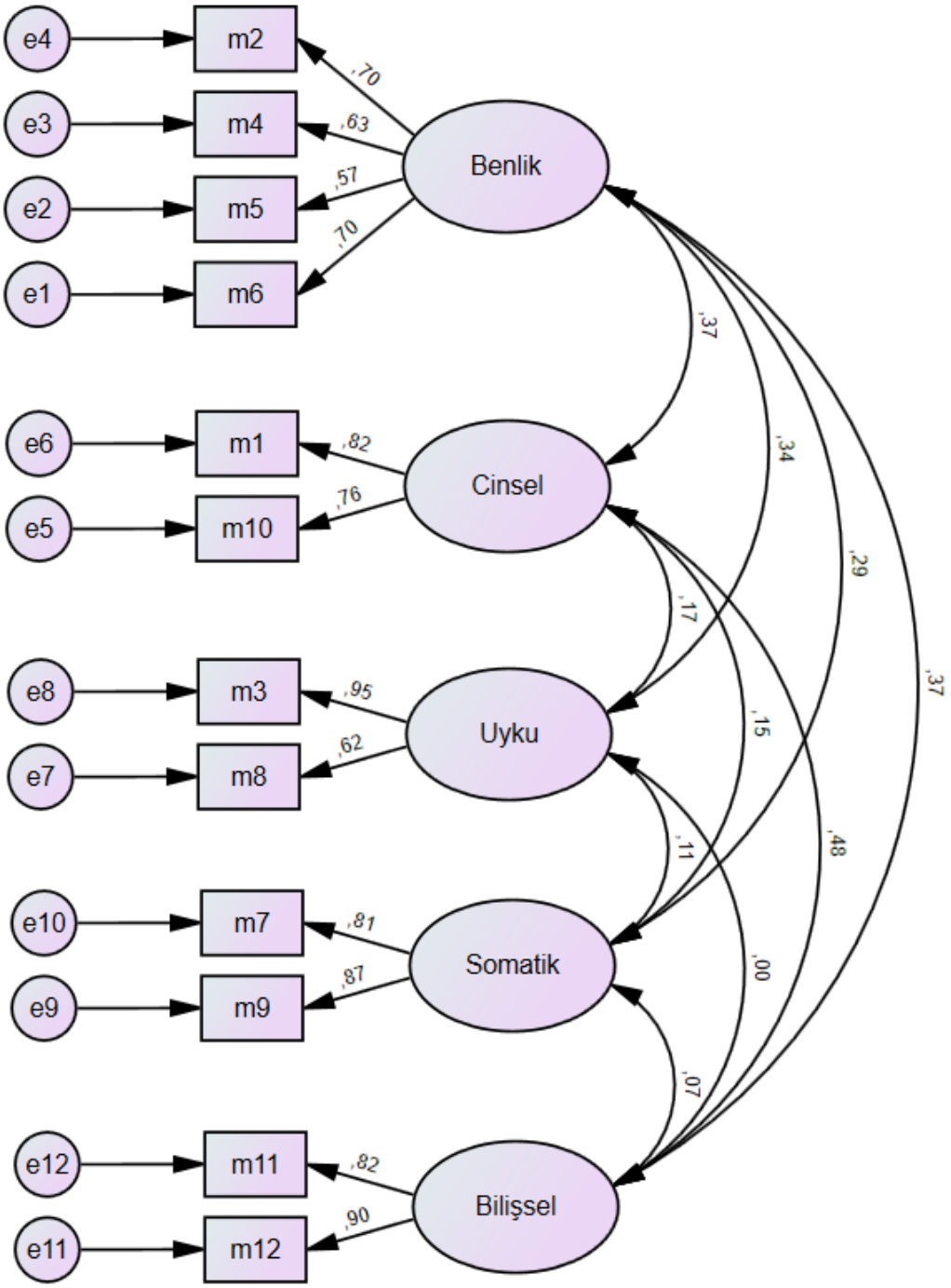
3.6.4.2.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin normal değer, kabul edilebilir değer ve Perimenopozal Depresyon Ölçeği'ne ait analiz sonuçları Tablo 3-7'de verilmiştir.

Tablo 3-7: Perimenopozal Depresyon Ölçeği'ne yönelik saptanan uyum indeksi değerleri

Uyum Ölçüleri	Bulunan Değer	Kabul Edilebilir Değer	Normal Değer
$x^{2/sd}$	1,429	2< $x^{2/sd}$ <5	$x^{2/sd}$ <2
RMSEA	0,060	0,05<RMSEA<0,08	RMSEA<0,05
GFI	0,914	0,90<GFI<0,95	GFI>0,95
AGFI	0,847	0,80<AGFI<0,90	AGFI>0,95
CFI	0,957	0,90<CFI<0,95	CFI>0,95

Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin model uyumunu incelemek amacıyla farklı indeksler kullanılmıştır. $x^{2/sd}$ değeri 1,429, RMSEA 0,060, GFI 0,914, AGFI 0,847 ve CFI 0,957 ve olarak bulunmuştur. Bulunan değerler uyum indeks değerlerinin tümü istenilen aralıkta kabul edilmiştir (Çokluk ve ark., 2010).



Şekil 3-2: Meno-D Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi

3.6.4.3. Perimenopozal Depresyon Ölçeği Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin güvenirlik çalışması için iç tutarlılık ve zamana göre değişmezlik testleri uygulanmıştır.

3.6.4.3.1. İç Tutarlılık

Perimenopozal Depresyon Ölçeği maddelerinin iç tutarlığı Cronbach alfa analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,75 bulunmuştur. Cronbach alfa değeri "Benlik" alt boyutu için 0,74, "Bilişsel" alt boyutu için 0,85, "Somatik" alt boyutu için 0,82, "Cinsel" alt boyutu için 0,76 ve "Uyku" alt boyutu için 0,73 belirlenmiştir. Perimenopozal Depresyon Ölçeği'ne ait ortalama, standart sapma ve Cronbach alfa değerleri Tablo 3-8'de verilmiştir.

Tablo 3-8: Perimenopozal Depresyon Ölçeği ve alt boyutlarının ölçek maddeleri ve Cronbach Alfa katsayıları

	Ölçek Maddeleri	Cronbach Alfa
Benlik Alt Boyut	2, 4, 5, 6	0,74
Bilişsel Alt Boyut	11, 12	0,85
Somatik Alt Boyut	7, 9	0,82
Uyku Alt Boyut	3, 8	0,73
Cinsel Alt Boyut	1, 10	0,76
Ölçek Toplam		0,75

Ölçekte yer alan her maddenin diğer maddeler ile korelasyonunu değerlendirebilmek için madde-toplam puan korelasyonu uygulanmıştır. Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyonu değerleri Tablo 3-9'da verilmiştir.

Tablo 3-9: Madde-toplam puan korelasyonu

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Güvenirlik Katsayısı
Madde 1- Enerjide azalma	,461	,731
Madde 2- Şüpheci düşünme	,507	,728
Madde 3- Sinirlilik	,281	,751
Madde 4- Benlik saygısı	,491	,729
Madde 5- Soyutlanma	,346	,744
Madde 6- Anksiyete	,476	,730
Madde 7- Fiziksel semptomlar	,344	,745
Madde 8- Uyku bozukluğu	,242	,754
Madde 9- Ağırlık	,320	,749
Madde 10- Cinsel ilgi	,424	,737
Madde 11- Hafıza	,429	,735
Madde 12- Konsantrasyon	,413	,737

Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları pozitiftir ve herhangi bir maddenin çıkarılması ölçeğin Cronbach alfa katsayısının önemli düzeyde yükselmesini sağlamamaktadır. Bu nedenle ölçekten madde çıkarma işlemi yapılmamıştır.

Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin maddeleri ve ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon testi uygulanmıştır. Ölçeğe ait korelasyon test sonuçları Tablo 3-10'da verilmiştir. Korelasyon testi sonuçları incelendiğinde, korelayon güvenirlik değerlerinin (r değeri) ,312 ile ,624 arasında olduğu ve ölçekte yer alan maddeler ile ölçek toplam puanı arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 3-10: Ölçekte yer alan maddeler ve ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları

	Ölçek Toplam Puan	
Maddeler	**r**	**p**
Madde 1- Enerjide azalma	,624	,000
Madde 2- Şüpheci düşünme	,621	,000
Madde 3- Sinirlilik	,358	,000
Madde 4- Benlik saygısı	,590	,000
Madde 5- Soyutlanma	,481	,000
Madde 6- Anksiyete	,586	,000
Madde 7- Fiziksel semptomlar	,477	,000
Madde 8- Uyku bozukluğu	,312	,000
Madde 9- Ağırlık	,478	,000
Madde 10- Cinsel ilgi	,589	,000
Madde 11- Hafıza	,547	,000
Madde 12- Konsantrasyon	,543	,000
Ölçek Toplam	1	

3.6.4.3.2. Zamana Göre Değişmezlik

Perimenopozal Depresyon Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğin incelenmesinde test-tekrar test analizi uygulanmıştır.

3.6.4.3.2.1. Test Tekrar Test

Ölçeğin zamana göre değişmezliğinin değerlendirilmesi amacıyla 30 perimenopozal kadına 15 gün ara ile iki kez Perimenopozal Depresyon Ölçeği uygulanmıştır ve birinci test toplam puanı ile tekrar test toplam puanı arasındaki korelasyona bakılmıştır. Korelasyon sonucu Tablo 3-11'de gösterilmiştir.

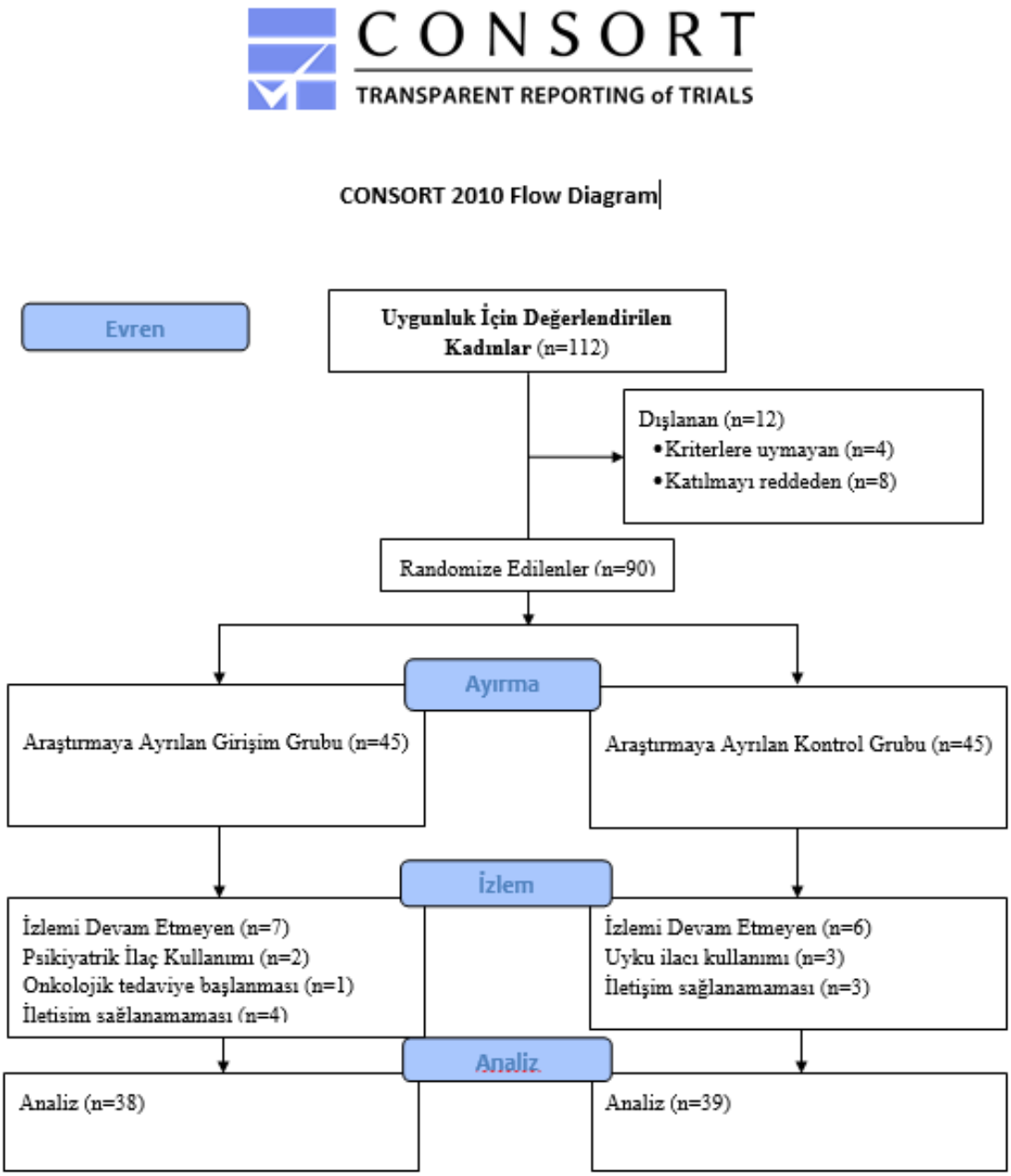
Tablo 3-11: Meno-D test – tekrar test toplam puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları

		Perimenopozal Depresyon Ölçeği Tekrar Test
Perimenopozal Depresyon Ölçeği Test	**r**	,974
	p	,000

Tablo 3-11'de Perimenopozal Depresyon Ölçeği test toplam ve tekrar test toplam puanı arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir (r=,974; p<,001).

3.7. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerin Toplanması

Çalışma, T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Servisi'nde histerektomi bilateral salphingo ooferektomi operasyonu geçiren ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 90 kadınla yapıldı. Çalışma konusunda gerekli tüm bilgilerin verilmesinden sonra araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu doldurduldu (Ek-6, Ek-7). Çalışma süresince psikiyatrik ilaç kullanımı, uyku ilacı kullanımı, onkolojik tedavi başlanması ve iletişim sağlanamaması nedenleri ile çalışma gruplarından çıkarılan kişiler oldu. Çalışma 38 girişim ve 39 kontrol toplam 77 kadınla tamamlandı (Şekil 3-3). Kontrol grubundaki kadınlar ile çalışma tamamlandıktan sonra menopozal yakınmalar ile baş etme konusunda konuşularak bilgi verildi.



Şekil 3-3:Araştırmanın Consort Şeması

Hemşirelik Destek Programına yönelik hemşirelik girişimleri;

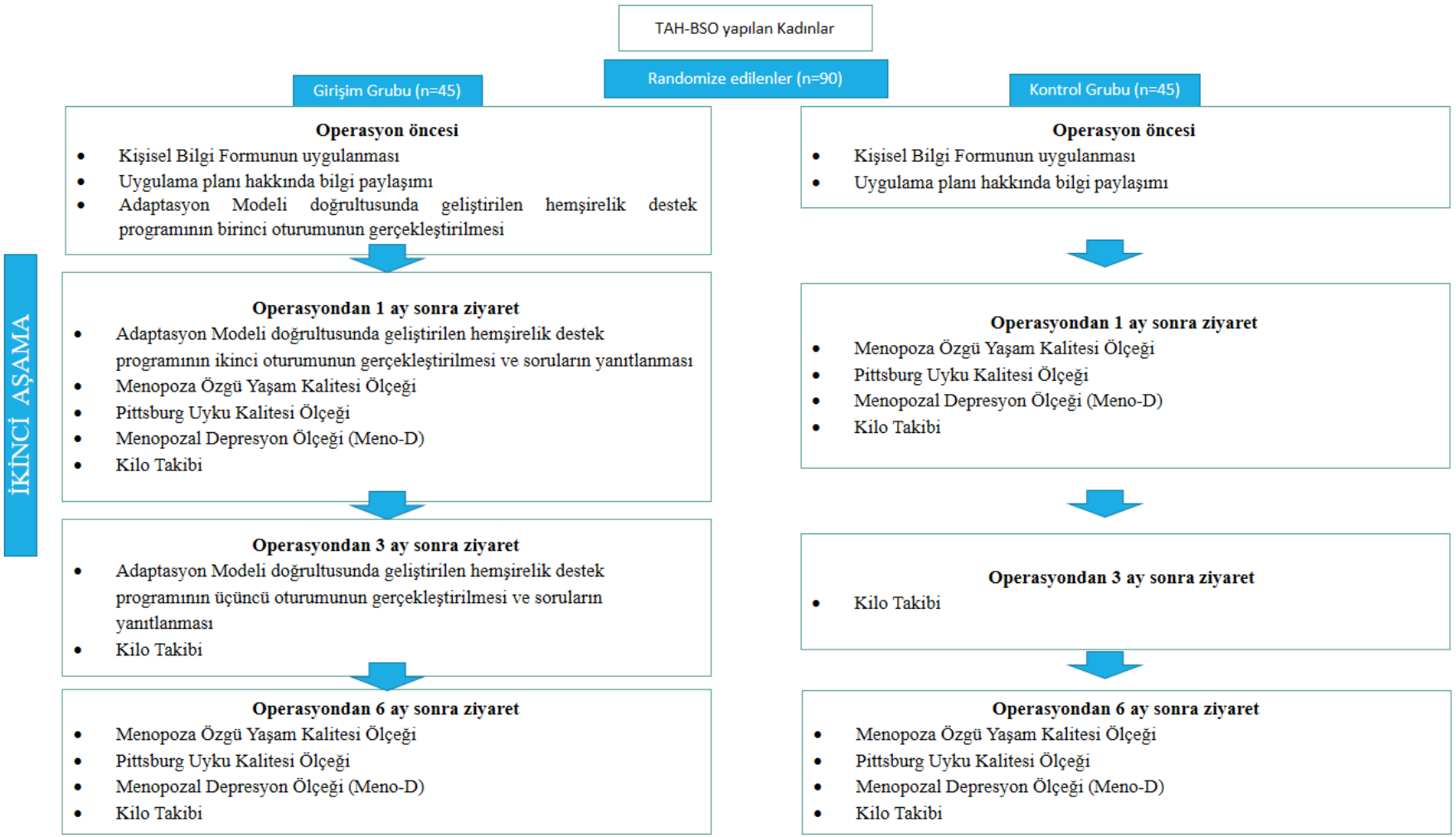
- Araştırma kriterlerine uyan kadınlardan ilk aşamada Kişisel Bilgi Formu doldurmaları istendi.
- Roy Adaptasyon Kuramı doğrultusunda ve literatür göz önünde bulundurularak hazırlanan menopoz ve menopozal dönemlerde yaşanan sorunlar ve bunlarla baş etmek için kullanılan yaklaşımları içeren eğitim verildi.
- Kadınlara progresif gevşeme egzersizi açıklanarak öğretildi ve yönergelerle ilk uygulama sağlandı.
- Verilen eğitimi desteklemesi ve bilgileri sonrasında da hatırlaması adına, Roy Adaptasyon Kuramı doğrultusunda hazırlanan Menopoz ve Yaşam kitapçığı verildi.
- Hemşirelik destek programı kapsamında kadınlarla gerçekleştirilen oturum içeriği Şekil 3-4'te verilmiştir.
- Çalışma başlangıcında Covid-19 pandemisinin olmaması sebebi ile oturumlar yüz yüze planlandı ancak pandemi sonrasında 1. ve 2. oturum birleştirilerek ilk görüşmede yüz yüze verildi. 2. 3. ve 4. oturum sırasında değerlendirmenin sağlanması için telefon görüşmesi yapıldı (Şekil 3-5).
- Telefon görüşmelerinde 3. ve 4. oturum akışı uygulandı ve yaşadıkları sorunlar ile baş etme yöntemleri üzerine konuşuldu. Kadınların soruları varsa cevaplandı.
- Kontrol grubuna rutin hemşirelik bakımı uygulandı.
- Kontrol grubunda yer alan kadınlara son değerlendirme sonrasında menopozal dönem ve yakınmalar ile baş etme konusunda bilgi verildi.

Hemşirelik destek programı ve akış şeması					
	Akış	Yöntem	İçerik	Görüşme zamanı	Görüşme süresi
Oturum I	• Katılımcı ile tanışma • Uygulama planı hakkında bilgi paylaşımı • Histerektomi ve bilateral salphingo ooferektomi ameliyatı hakkında duygu ve düşüncelerin paylaşılması • Menopoz hakkında bilgi düzeyinin değerlendirilmesi • Menopoz hakkında duygu ve düşüncelerin paylaşılması • Kadın üreme sistemi ve menopozal değişikliklerle ilgili bilgilendirme • Menopoz döneminde ortaya çıkan ruhsal değişikliklerin önlenmesi ve azaltılması için progresif gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi • Progresif gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulanması	Anlatım Soru-cevap Tartışma Demonstrasyon	• Geçirdiği/geçireceği operasyon hakkında duygu ve düşüncelerini ifade etmesi istenir • Menopoz hakkında bilgi durumu belirlenir ve açık uçlu sorular ile yönlendirilerek daha önce duyduğu ya da araştırarak elde ettiği bilgiler değerlendirilir. • Menopoza girmesi hakkında duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır • Kadın üreme sistemi anatomisi, fizyolojisi ve menarş hakkında görsel materyal kullanılarak bilgi verilir. • Menopoz döneminde ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal değişiklikler hakkında bilgi verilir ➢ Üreme sistemi değişiklikleri ➢ Üriner sistem değişiklikleri ➢ Kardiyo-vasküler sistem değişiklikleri ➢ Kas-iskelet sistemi değişiklikleri ➢ Sindirim sistemi değişiklikleri ➢ Saç ve deri değişiklikleri ➢ Vazomotor değişiklikler ➢ Psikososyal değişiklikler • Menopozal yakınmalar ve yakınmaları arttıran faktörler hakkında bilgi verilir • Menopoz döneminde sosyal destek (eş, aile, arkadaş, özel kişi vb) faktörlerinin bu durum ile baş etme konusunda önemi belirtilir	Kadının operasyon için hastaneye yatışı yapıldıktan sonra	45-60 dk

Oturum II	• Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan değişikliklerin değerlendirilmesi • Ortaya çıkan değişiklikler ve yakınmalar hakkında duygu ve düşüncelerin paylaşılması • Menopozal yakınmalarla baş edilmesine yönelik bilgilendirme • Beden imajı ve korunmasına yönelik bilgi verilmesi (Beslenme, egzersiz ve yaşam biçimi değişiklikleri) • Menopoz döneminde ortaya çıkan ruhsal değişikliklerin önlenmesi ve azaltılması için progresif gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi • Progresif gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulanması • Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkında bilgilendirme	• Anlatım • Soru-cevap • Tartışma	• Yaşadığı yakınmalar hakkında duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır • Menopozal yakınmalar ile ilgili bilgi verilir ➢ Sıcak basması, gece terlemesi ➢ Uyku problemleri ➢ Baş ağrısı, baş dönmesi ➢ Unutkanlık, dikkat dağınıklığı ➢ Sinirlilik, gerginlik ➢ İçe kapanma ➢ Kilo artışı ➢ Cinsel istekte azalma ➢ Eklem ve kas ağrıları ➢ Vajinal enfeksiyon, kuruluk ve disparoni ➢ Stres, urge inkontinans • Yakınmaların azaltılması ve baş edilebilmesi konusunda bilgiler ve öneriler verilir ➢ Beslenme değişiklikleri ➢ Yaşam biçimi değişikliği ➢ Fiziksel aktivite ➢ Nefes farkındalığı ➢ Progresif gevşeme egzersizleri ➢ Progresif gevşeme egzersizleri birlikte uygulanması sağlanır. • Menopoz döneminde kullanılabilecek tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkında bilgi verilir. ➢ Bitkisel tedaviler ➢ Homeopati ➢ Mekanik tedaviler (akupunktur, refleksoloji vb.)	Operasyon sonrası 15. gün ile 30. gün arasında	20-30dk

Oturum III	• Yaşadığı menopoz ile ilgili yakınma ve duygu değişimleri hakkında konuşulması • Bunlarla baş etmek için kullandığı yöntemlerin tartışılması	• Soru-cevap • Tartışma	• Önceki oturumlarda verilen eğitimler hakkında geribildirim alınır. • Baş etme yöntemlerini kullanma durumu ile yaşadığı yakınma sıklığı arasında değişiklik durumu değerlendirilir • Baş etme yöntemlerinin kullanımında yaşadığı deneyimler tartışılır	Operasyondan 3 ay sonra	15-20dk
Oturum IV	• Genel tekrar yapılır ve uygulanan programa dair duygu ve düşüncelerin paylaşımı	• Soru-cevap • Tartışma	• Uygulanan programın değerlendirmesi yapılır • Katılımcılardan programın etkinliği ile ilgili geribildirim alınır • Programın etkinlik durumu, eksiklerinin giderilebilmesi ve cerrahi menopoza daha iyi uyum sağlanabilmesi neler yapılacağı konusunda katılımcıların görüşleri alınır	Operasyondan 6 ay sonra	15-20 dk

Şekil 3-4: Hemşirelik Destek Programı Akış Şeması



Şekil 3-5: Girişim ve Kontrol Grubu Uygulama Akış Şeması

3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda değerlendirilebilmesi için uyum alanlarına yönelik ölçme araçları Tablo 3-12'de verilmiştir.

Tablo 3-12:Roy Adaptasyon Modeli'ne yönelik olası değişiklikler ve ölçme araçları

Uyum Alanları	Olası Değişiklikler	Ölçme Araçları
Fizyolojik Uyum Alanı	• Sıcak basması • Gece terlemesi • Uyku sorunları • Kilo artışı • Beslenme • Fiziksel aktivite • Alt Üriner sistem şikayetleri • Kalp-damar rahatsızlıkları • Eklem ve kas rahatsızlıkları	• MÖYKÖ vazomotor ve fiziksel alt boyutu • Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği • Meno-D somatik ve uyku alt boyutu • Kilo Takibi
Benlik Kavramı Uyum Alanı	• Psikolojik değişiklikler • Cilt değişiklikleri • Beden imajı • Kilo artışı • Beslenme • Fiziksel aktivite	• Meno-D benlik alt boyutu
Rol Fonksiyon Uyum Alanı	• Menopoz ve iş yaşamı • Menopoz ve aile yaşamı • Psikolojik sorunlar • Cinsel sorunlar	• MÖYKÖ psikososyal ve cinsel alt boyutu • Meno-D cinsel ve bilişsel alt boyutu
Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı	• Cinsel sorunlar • Menopoz ve aile yaşamı • Psikolojik sorunlar	• MÖYKÖ psikososyal ve cinsel alt boyutu • Meno-D cinsel ve bilişsel alt boyutu

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde incelenilen özellikle ve kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3-13'te sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 ve SPSS Amos 24 programları kullanılmıştır.

Tablo 3-13. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri

Özellik	**Kullanılan Testler**
-İçerik/Kapsam geçerliliği	-Davis Tekniği ile Kapsam Geçerlik İndeksi
-Örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizine uygunluğu	-Kaiser-Mayer-Olkin İndeksi -Barlett's Küresellik Testi
-Yapı geçerliliği	Açıklayıcı Faktör Analizi -Temel Bileşenler Analizi -Varimax Döndürme Yöntemi Doğrulayıcı Faktör Analizi -Uyum Analizi -Path Diyagramı
-İç tutarlılık	-Cronbach Alfa Katsayısı -Madde-Toplam Puan Korelasyonu -Ölçek Madde Puanlarının Ölçek Toplam Puanı ile Korelasyonu
-Zamana göre değişmezlik	-Test Tekrar Test
-Kadınların sosyodemografik özellikleri, genel sağlık özellikleri ve menopoza ilişkin özelliklerinin analizi -Girişim ve kontrol grubunun benzerliği	- Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma - Bağımsız gruplarda uygulanan t-testi, ki-kare analizi
-Girişim ve kontrol grubunun ilk ve son izlem bulgularının karşılaştırılması	-Bağımsız gruplarda uygulanan t-testi
-Girişim ve kontrol gruplarının ilk ve son izlem bulgularının grup içi karşılaştırılması	-Paired-samples t test

3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın etik izni Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-12). Araştırma katılımcılarının Helsinki Bildirgesi doğrultusunda hazırlanan onam formu ile yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönleri

- Randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması,
- Uygulanan hemşirelik destek programının Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilmiş olması,
- Görsel ve yazılı materyal kullanılması

Sınırlı Yönleri

- Araştırmanın tek bir hastanede yürütülmesi
- Araştırmanın ilk görüşmesinin hastane ortamı nedeniyle baş-başa gerçekleştirilememesi
- Araştırmanın diğer görüşmelerinin telefon görüşmesi ile gerçekleştirilmesi
- Uyku ilacı kullanımının dışlama kriteri olması nedeniyle süreç içinde çalışmadan dışlanan kadınların değerlendirilememiş olması
- Araştırmanın uzun dönem sonuçlarının bilinmemesi
- Çalışma verilerinin COVİD-19 pandemi sürecinde toplanması

4. BULGULAR

Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının cerrahi menopoza giren kadınların depresif belirti, uyku problemleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya, girişim grubunda 39 kadın ve kontrol grubunda 38 kadın katılmıştır.

Çalışma bulguları aşağıdaki gibi üç bölümde değerlendirilmiştir.

4.1. Kişisel Bilgi Formu İle Elde Edilen Bulgular

4.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

4.3. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Uyku Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

4.4. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

4.5. Girişim ve Kontrol Grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D Korelasyonuna Ait Bulgular

4.1. Kişisel Bilgi Formu İle Elde Edilen Bulgular

Bu bölüm girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların sırasıyla sosyo-demografik, genel sağlık özellikleri ve menopoza ilişkin özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 4-1: Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

		Girişim Grubu		**Kontrol Grubu**		**İstatistik**	
		Ort SS		**Ort SS**		**t**	**p**
Yaş Minimum-Maksimum		46,84±2,04 (42-51)		47,15±1,82 (42-50)		-,705	0,483
		n	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
Eğitim Durumu	İlkokul	26	68,4	26	66,6	,352	0,950
	Ortaokul	4	10,5	5	12,8		
	Lise	5	13,2	4	10,3		
	Üniversite	3	7,9	4	10,3		
Çalışma durumu	Evet	15	39,5	17	43,6	,018	,892
	Hayır	23	60,5	22	56,4		
Medeni durum	Evli	37	97,4	36	92,3	1,001	,317
	Bekar	1	2,6	3	7,7		
Aile tipi	Çekirdek Aile	36	94,7	37	94,9		
	Geniş Aile	2	5,3	2	5,1		
Ekonomik durumu	Gelir giderden az	7	18,4	6	15,4		
	Gelir gidere denk	29	76,3	30	76,9	,281	,869
	Gelir giderden fazla	2	5,3	3	7,7		
Sosyal güvence	Var	38	100,0	39	100,0		

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma t: Independent Samples t test, χ^2:Pearson Chi-Square Test

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre girişim ve kontrol grubundaki dağılımları Tablo 4-1'de verilmiştir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılmasında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Girişim grubundaki kadınların yaş ortalaması 48,02±2,08'dir. Girişim grubundaki kadınların %68,4'ünün ilkokul düzeyinde eğitim aldığı ve %39,5'inin bir işte çalıştığı belirlendi. Girişim grubundaki kadınların %97,4'ünün evli ve %94,7'sinin çekirdek aileye sahip olduğu saptandı. Kadınların tamamı sosyal güvencesinin olduğunu ve %76,3'ü gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtti.

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 48,30±2,38'dir. Kontrol grubundaki kadınların %66,6'sının ilkokul düzeyinde eğitim aldığı ve %43,6'sının bir işte çalıştığı belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların %92,3'ünün evli ve %94,9'unun çekirdek aileye sahip olduğu saptandı. Kadınların tamamı sosyal güvencesinin olduğunu ve %76,9'u gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtti.

Tablo 4-2: Kadınların genel sağlık özelliklerine ilişkin bulgular

		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik	
		Ort±SS		Ort±SS		t	p
Boy		161,28±4,76		160,69±5,34		,517	,607
Kilo		71,63±10,27		73,10±11,60		-,588	,558
BKİ		27,54±3,91		28,23±4,16		-,742	,460
Doğum sayısı		2,55±1,34		2,71±1,21		-,566	,573
Düşük sayısı		0,60±1,12		0,61±1,11		-,040	,969
Küretaj sayısı		0,47±0,82		0,46±0,82		,065	,949
Çocuk sayısı		2,28±1,37		2,46±1,31		-,562	,576
		n	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
BKİ	Normal	11	28,9	8	20,5		
	Fazla kilolu	16	42,1	17	43,6	,851	,653
	Obez	11	28,9	14	35,9		
Kronik hastalık	Var	18	47,4	21	53,8	,116	,734
	Yok	20	52,6	18	46,2		
Sürekli kullanılan ilaç	Var	20	52,6	24	61,6	,313	,576
	Yok	18	47,4	15	38,4		
Sigara kullanma durumu	Evet	8	21,1	11	28,2	,215	,643
	Hayır	30	78,9	28	71,8		
Düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu	Evet	14	36,8	13	33,4	,007	,933
	Hayır	24	63,2	26	66,6		
Bakımından sorumlu olunan kişi	Var	4	10,5	2	5,1	,781	,377
	Yok	34	89,5	37	94,9		
Sağlık algısı	İyi	16	42,1	15	38,4		
	Orta	20	52,6	18	46,2	2,125	,346
	Kötü	2	5,3	6	15,4		
Üriner inkontinans	Var	17	44,7	20	51,3	,120	,729
	Yok	21	55,3	19	48,7		
Fekal inkontinans	Yok	38	100,0	39	100,0		

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma t: Independent Samples t test, χ^2:Pearson Chi-Square Test

Girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların genel sağlık özellikleri Tablo 4-2'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan girişim ve kontrol gruplarındaki kadınların genel sağlık özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Girişim grubundaki kadınların BKİ ortalaması 27,76±3,90, ortalama doğum sayısı 2,55±1,34 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 2,28±1,37 bulunmuştur. Girişim grubunda bulunan kadınların %42,1'inin fazla kilolu olduğu, %47,4'ünün kronik bir hastalığı olduğu, %52,6'sının düzenli olarak ilaç kullandığı, %21,1'inin sigara kullandığı, %36,8'inin düzenli egzersiz yaptığı, %10,5'inin bir kişinin bakımından sorumlu olduğu, %52,6'sının sağlığını orta olarak değerlendirdiği ve %44,7'sinin üriner inkontinansı olduğu belirlendi.

Kontrol grubundaki kadınların BKİ ortalaması 28,34±4,44, ortalama doğum sayısı 2,71±1,21ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 22,46±1,31 bulunmuştur. Kontrol grubunda bulunan kadınların %43,6'sının fazla kilolu olduğu, %53,8'inin kronik bir hastalığı olduğu, %61,6'sının düzenli olarak ilaç kullandığı, %28,2'sinin sigara kullandığı, %33,4'ünün düzenli egzersiz yaptığı, %5,1'inin bir kişinin bakımından sorumlu olduğu, %46,2'sinin sağlığını orta olarak değerlendirdiği ve %51,3'ünün üriner inkontinansı olduğu belirlendi.

Tablo 4-3. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine ait bulgular

		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik	
		n	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
Üreme sağlığı ile ilgili operasyon geçmişi	Evet	8	21,1	9	23,1	,046	,830
	Hayır	30	78,9	30	76,9		
Cerrahi menopoz nedeni	Disfonksiyonel kanama	10	26,3	9	23,1	1,202	,753
	Myom Uteri	20	52,6	23	59,0		
	Kist varlığı	8	21,1	7	17,9		
Menopozal döneme ilişkin sağlık personelinden bilgi alma durumu	Alınmış	11	28,9	15	38,5	,412	,521
	Alınmamış	27	71,1	24	61,5		
Menopoza ilişkin algı	Olumlu	12	31,6	12	30,8	,006	,939
	Olumsuz	26	68,4	27	69,2		

χ^2:Pearson Chi-Square Test

Girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların menopoza ilişkin özellikleri Tablo 4-3'de verilmiştir. Araştırmaya katılan girişim ve kontrol gruplarındaki kadınların menopoza ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Girişim grubunda bulunan kadınların %21,1'inin daha önce üreme sağlığı ile ilgili operasyon geçirdiği, %52,6'sının cerrahi menopoza girme nedeninin myomuteri olduğu, %71,1'inin sağlık personelinden menopoza ilişkin bilgi almadığı ve %31,6'sının menopoz hakkında olumlu algıya sahip olduğu belirlendi.

Kontrol grubundaki bulunan kadınların %23,1'inin daha önce üreme sağlığı ile ilgili operasyon geçirdiği, %59,0'unun cerrahi menopoza girme nedeninin myomuteri olduğu, %61,5'inin sağlık personelinden menopoza ilişkin bilgi almadığı, %30,8'inin menopoz hakkında olumlu algıya sahip olduğu belirlendi.

4.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların MÖYKÖ ilk izlem ve son izlem sonuçlarına ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 4-4: Girişim ve kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ alt alan ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Girişim Ort SS	Kontrol Ort SS	t^a	p
Vazomotor Alan	İlk İzlem	5,71±0,72	5,58±0,99	,651	,517
	Son İzlem	4,52±0,65	5,93±0,89	-7,838	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=13,749 p=**0,000**	t^b=-2,968 p=**0,005**		
Psikososyal Alan	İlk İzlem	3,21±0,79	3,15±0,85	,321	,749
	Son İzlem	2,01±0,72	3,34±0,95	-6,908	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=10,394 p= **0,000**	t^b=-1,681 p=0,101		
Fiziksel Alan	İlk İzlem	3,45±0,77	3,58±0,82	-,712	,479
	Son İzlem	2,59±0,68	3,59±0,72	-6,225	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=8,051 p= **0,000**	t^b=-,169 p=0,866		
Cinsel Alan	İlk İzlem	4,00±1,14	3,96±1,13	,166	,869
	Son İzlem	3,35±0,71	4,22±1,27	-3,685	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=3,470 p=**0,001**	t^b=-1,690 p=0,099		
Toplam Puan	İlk İzlem	3,68±0,69	3,72±0,75	-,235	,815
	Son İzlem	2,73±0,61	3,84±0,74	-7,131	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=10,003 p=**0,000**	t^b=-1,144 p=0,260		

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma t^a: Independent Samples t test t^b: Paired-Samples t test

Girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların MÖYKÖ toplam ve alt alanlarına ilişkin elde edilen bulgular Tablo 4-4'te verilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu ilk değerlendirme sonuçlarına göre, vazomotor, psikososyal, fiziksel, cinsel alt alanları ve MÖYKÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Girişim grubundaki kadınların

hemşirelik destek programı sonrası vazomotor alan, psikososyal alan, fiziksel alan, cinsel alan alt boyutlarındaki son izlem puan ortalamaları ile kontrol grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

Girişim grubundaki kadınların MÖYKÖ alt boyutlarından alınan ilk izlem ve son izlem puan ortalamalarındaki değişim incelendiğinde, vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alt alanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlendi ($p<0,05$). Kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ alt alanlarında ilk izlem ve son izlem puan ortalamalarındaki değişim incelendiğinde, vazomotor alanda ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenirken, diğer alt boyutlarda ilk izlem ve son izlem değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

4.3. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Etkinliğine Uyku Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların PUKİ ilk izlem ve son izlem sonuçlarına ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 4-5: Girişim ve kontrol grubundaki kadınların PUKİ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Girişim Ort SS	Kontrol Ort SS	t^a	p
Öznel Uyku Kalitesi	İlk İzlem	1,63±0,67	1,53±0,55	,662	,510
	Son İzlem	1,21±0,74	1,56±0,71	-2,127	**,037**
Test ve anlamlılık		t^b=3,273 p=**0,002**	t^b=-,274 p=0,786		
Uyku Latensi	İlk İzlem	1,89±0,68	1,84±0,70	,305	,761
	Son İzlem	1,28±0,51	2,02±074	-5,041	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=4,532 p=**0,000**	t^b=-1,362 p=0,181		
Uyku Süresi	İlk İzlem	0,92±1,07	0,97±0,81	,245	,807
	Son İzlem	0,60±0,63	1,12±0,57	-3,787	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=2,229 p=**0,032**	t^b=-1,356 p=0,183		
Alışılmış Uyku Etkinliği	İlk İzlem	0,94±1,01	0,92±0,98	,107	,915
	Son İzlem	0,42±0,55	0,87±0,76	-2,953	**,004**
Test ve anlamlılık		t^b=3,411 p=**0,002**	t^b=,361 p=0,720		
Uyku Bozukluğu	İlk İzlem	1,18±0,39	1,15±0,36	,351	,726
	Son İzlem	1,13±0,41	1,30±0,46	-1,751	,084
Test ve anlamlılık		t^b=1,434 p=0,160	t^b=-2,629 p=**0,012**		
Gündüz İşlev Bozukluğu	İlk İzlem	1,21±0,70	1,25±0,84	-,258	,797
	Son İzlem	0,81±0,56	1,69±0,83	-5,292	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=3,224 p=**0,003**	t^b=-3,317 p=**0,002**		
***Toplam Puan**	İlk İzlem	7,78±3,58	7,69±3,48	,121	,904
	Son İzlem	5,47±2,22	8,58±3,01	-5,148	**,000**
Test ve anlamlılık		t^b=5,097 p=**0,000**	t^b=-2,310 p=**0,026**		

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma t^a: Independent Samples t test t^b: Paired-Samples t test

*Uyku ilacı kullanımı dışlama kriterlerinde yer alması nedeniyle uyku ilacı kullanımı alt boyutu çıkarılmıştır.

Girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların PUKİ toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin bulgular Tablo 4-5'te sunulmuştur.

Girişim ve kontrol grubu ilk değerlendirme sonuçlarına göre, PUKİ toplam puan ve alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Girişim grubundaki kadınların hemşirelik destek programı sonrası öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutları puan ortalamaları ile kontrol grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Uyku bozukluğu alt boyutu son izlem puan ortalamalarında girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Girişim grubundaki kadınların PUKİ alt boyutlarından alınan ilk izlem ve son izlem puan ortalamalarındaki değişim incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlenirken ($p<0,05$), uyku bozukluğu alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Kontrol grubundaki kadınların PUKİ alt boyutlarında ilk izlem ve son izlem puan ortalamalarındaki değişim incelendiğinde, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenirken ($p<0,05$), diğer alt boyutlarda ilk izlem ve son izlem değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

4.4. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların Meno-D ilk izlem ve son izlem sonuçlarına ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 4-6: Girişim ve kontrol grubundaki kadınların Meno-D alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	t[a]	p
Benlik	İlk İzlem	3,28±1,70	3,17±1,21	,325	,745
	Son İzlem	2,68±1,39	3,38±1,22	-2,339	**,022**
Test Anlamlılık		t[b]=2,235 p=**0,032**	t[b]=-,773 p=0,444		
Bilişsel	İlk İzlem	2,10±1,13	1,94±0,91	,667	,507
	Son İzlem	1,57±0,72	2,28±1,12	-3,278	**,002**
Test Anlamlılık		t[b]=2,650 p=**0,012**	t[b]=-1,803 p=0,079		
Cinsel	İlk İzlem	3,07±1,19	2,94±0,91	,538	,592
	Son İzlem	1,47±0,76	3,25±1,18	-7,826	**,000**
Test Anlamlılık		t[b]=7,831 p=**0,000**	t[b]=-1,501 p=0,142		
Uyku	İlk İzlem	3,34±0,99	3,30±1,23	,135	,893
	Son İzlem	1,76±1,02	3,28±1,19	-5,992	**,000**
Test Anlamlılık		t[b]=7,219 p=**0,000**	t[b]=,124 p=0,902		
Somatik	İlk İzlem	2,78±1,06	2,71±0,97	,307	,759
	Son İzlem	1,86±0,87	3,23±0,98	-6,407	**,000**
Test Anlamlılık		t[b]=4,431 p=**0,000**	t[b]=-2,364 p=**0,023**		
Toplam Puan	İlk İzlem	14,60±4,18	14,10±3,05	,603	,548
	Son İzlem	9,36±3,19	15,43±4,24	-7,079	**,000**
Test Anlamlılık		t[b]=7,570 p=**0,000**	t[b]=-1,485 p=0,146		

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma t[a]: Independent Samples t test t[b]: Paired-Samples t test

Girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların Meno-D toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin bulgular Tablo 4-6'da verilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu ilk değerlendirme sonuçlarına göre, Meno-D toplam puan ve alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Girişim grubundaki kadınların son izlem Meno-D toplam

puan ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile kontrol grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlendi (p<0,05).

Girişim grubundaki kadınların Meno-D alt boyutlarından alınan ilk izlem ve son izlem puan ortalamalarındaki değişim incelendiğinde, cinsel, uyku ve somatik alt boyutlarında çok ileri düzeyde (p<0,001), benlik ve bilişsel alt boyutta ileri düzeyde (p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların Meno-D alt boyutlarında ilk izlem ve son izlem puan ortalamalarındaki değişim incelendiğinde, somatik alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<0,05) belirlenirken, benlik, bilişsel, cinsel ve uyku alt boyutlarında ilk izlem ve son izlem puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

4.5. Girişim ve Kontrol Grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D Korelasyonuna Ait Bulgular

Bu bölümün ilk tablosunda girişim ve kontrol grubundaki kadınların ilk izlemde elde edilen MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular, ikinci tablosunda girişim grubunun son izlem MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular ve üçüncü tablosunda kontrol grubunun son izlem MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-7: Girişim ve kontrol grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D'nin ilk izlem sonuçlarının korelasyonu

		MÖYKÖ	**PUKİ**	**Meno-D**
MÖYKÖ	r	1,000	,347	,341
	p		**,002***	**,002***
PUKİ	r		1,000	,410
	p			**,000****
Meno-D				1,000

*p<0,05, **p<0,001, a: Pearson korelasyon analizi (2-tailed)

Girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınlardan ilk izlemde elde edilen MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D puanları arasındaki ilişkinin bulgularına Tablo 4-7'de yer verilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ puanına göre, PUKİ (p=0,002) ve Meno-D (p=0,002) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi. Aynı zamanda PUKİ ve Meno-D arasında da (p<0,001) zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı.

Tablo 4-8: Girişim grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D'nin son izlem sonuçlarının korelasyonu

		MÖYKÖ	**PUKİ**	**Meno-D**
MÖYKÖ	r	1	,472	,397
	p		**,003***	**,014***
PUKİ	r			,408
	p			**,011***
Meno-D				1

*p<0,05, **p<0,001, a: Pearson korelasyon analizi (2-tailed)

Girişim grubunda bulunan kadınlardan son izlemde elde edilen MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D puanları arasındaki ilişkinin bulguları Tablo 4-8'te verilmiştir.

Girişim grubundaki kadınların MÖYKÖ puanına göre, PUKİ (p=0,003) ve Meno-D (p=0,014) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunurken, PUKİ ve Meno-D arasında da (p=0,011) zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptandı.

Tablo 4-9: Kontrol grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D'nin son izlem sonuçlarının korelasyonu

		MÖYKÖ	**PUKİ**	**Meno-D**
MÖYKÖ	r	1	,550	,610
	p		**,000**	**,000**
PUKİ	r			,638
	p			**,000**
Meno-D				1

*p<0,05, **p<0,001, a: Pearson korelasyon analizi (2-tailed)

Kontrol grubunda bulunan kadınlardan son izlemde elde edilen MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D puanları arasındaki ilişkinin bulguları Tablo 4-9'da sunulmuştur.

Kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ puanına göre, PUKİ ($p<0,001$) ve Meno-D ($p<0,001$) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunurken, PUKİ ve Meno-D arasında da ($p<0,001$) orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, cerrahi menopoza giren kadınlarda Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve depresif belirtileri deperlendirildi. Araştırmadan elde edilen bulgular beş ana başlık altında tartışıldı.

5.1. Kişisel Bilgi Formu İle Elde Edilen Bulguların Tartışılması

5.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması

5.3. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Uyku Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması

5.4. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Depresyon Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması

5.5. Girişim ve Kontrol Grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması

5.1. Kişisel Bilgi Formu İle Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Bu bölümde girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların sırasıyla sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık özellikleri ve menopoza ilişkin özelliklerine ilişkin bulguları tartışıldı.

Araştırmada girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, aile tipi, ekonomik ve sosyal güvence durumu benzerlik göstermektedir ($p>0,05$ Tablo 4-1). Doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı ve çocuk sayısı gibi obstetrik özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4-2). Kadınların BKİ, kronik hastalık, sürekli kullanılan ilaç varlığı, sigara kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, bakımından sorumlu olunan kişi, sağlık algısı, üriner inkontinans ve fekal inkontinans gibi sağlık özellikleri açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4-2). Üreme sağlığı ile ilgili operasyon geçmişi, cerrahi menopoz nedeni ve menopozal döneme ilişkin bilgi alma durumu açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4-3). Her iki grupta bu özelliklerin benzer olması çalışma sonuçlarının etkilenmemesi açısından önemlidir.

Kadınların yaş ortalamaları, Varma ve ark.'nın (2005) doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeylerini inceleyen çalışmalarında 46,91±4,50, Mumcu Boğa'nın (2013) cerrahi menopozdaki kadınlarda depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında deney grubu 46,1±3,7 ve kontrol grubu 46,2±3,0, Açmaz ve ark.'nın (2014) cerrahi menopozlu kadınların depresyon, anksiyete ve uyku kalitesini araştıran çalışmalarında 46,32±5,30, Cho ve ark.'nın (2019) doğal ve cerrahi menopozun uyku bozukluğu ile ilişkisini incelediği çalışmada 42,94±5,98, Abbas ve ark.'nın (2018) doğal ve cerrahi menopozun arteriyel sertlik ile ilişkisini inceleyen çalışmalarında 41,48±3,6, Tozlu'nun (2019) menopoz tipleri ile yaşam kalitesi, cinsel fonksiyon ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarında 47,32±3,75 olarak bildirilmiştir. Bu çalışma için kadınların yaş ortalaması girişim grubu için 46,84±2,04, kontrol grubu için 47,15±1,82 olarak bulunmuştur (Tablo 4-1). Çalışmanın yapıldığı grubun yaş ortalaması o grubu temsil etmekle beraber diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlasının ilkokul düzeyinde eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 4-1). Açmaz ve ark.'nın (2014) çalışmasında cerrahi menopozlu

kadınların %54,5'inin ilkokul düzeyinde, Kökçü ve ark.'nın (2015) cerrahi menopozlu kadınların %47,1'inin ilkokul düzeyinde eğitim almıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA 2018) göre ülkemizdeki 45-49 yaş aralığındaki kadınların %22'si lise ve üzerinde eğitim almıştır. Çalışmamıza katılan kadınların yaş grubu göz önünde bulundurulduğunda, eğitim düzeyleri TNSA 2018 verileri ile uyum göstermektedir.

Duran ve Sinan (2020) çalışmalarında cerrahi menopozlu kadınların %59,1'inin çalışmadığını, Açmaz ve ark. (2014) %72,7'sinin ev hanımı olduğunu belirlemiştir. TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş aralığındaki kadınların çalışma oranı %28 iken 40-44 yaş aralığında çalışma oranı %37 olarak belirtilmiştir. Bu çalışma için kadınların çalışma oranı girişim grubu için %39,5 ve kontrol grubu için %43,6 olarak bulunmuştur (Tablo 4-1). Çalışmanın sonuçları diğer çalışmalar ve TNSA 2018 verileri ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada girişim ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğu (%76,3-76,9) gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-1). Aynı zamanda kadınların tamamını sosyal güvencesi bulunmaktadır. Duran ve Sinan (2020) çalışmalarında cerrahi menopozlu kadınların %70,4'ünün gelirinin giderine denk ve %97,2'sinin sosyal güvencesinin olduğunu, Açmaz ve ark. (2014) cerrahi menopozlu kadınların %50'sinin orta gelir düzeyine sahip olduğunu, Kökçü ve ark. (2015) cerrahi menopozlu kadınların %54,5'inin gelirinin orta düzeyde ve %38,8'inin gelirinin iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. TNSA 2018 verileri kadınların %90,3'ünün herhangi bir sağlık sigortası olduğunu ve 40-44 yaş aralığındaki kadınların %91,5'inin, 45-49 yaş aralığındaki kadınların %93,8'inin sağlık sigortası olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada girişim grubundaki kadınların BKİ'si 27,54±3,91 ve kontrol grubundaki kadınların BKİ'si 28,23±4,16 olarak saptanmıştır (Tablo 4-2). Özdemir ve ark. (2009) çalışmasında cerrahi menopozlu kadınların BKİ ortalamasının 30,01±4,84 olduğunu bildirmiştir. Abbas ve ark. (2018)'nın çalışmasında ise BKİ ortalaması 24,6±4,3 olarak sunulmuştur. Açmaz ve ark. (2014) 29,53± 5,61, Farahmand ve ark. (2015) 28.2 ± 3.1 Kökçü ve ark. (2015) yaptığı çalışmada doğal menopozlu kadınlar için BKİ medyanı 29, cerrahi menopozlu kadınlar için BKİ medyanı 28 olarak bulunduğu belirtilmiştir.

5.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması

Menopozal dönemlerde, östrojen seviyesindeki düşüşün sebep olduğu yakınmalar kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Cerrahi menopozda östrojen seviyesinde gerçekleşen ani düşüş ile yaşanan yakınmalar daha rahatsız edici olabilmektedir. Bhattacharya ve Jha (2010) doğal menopoz ve cerrahi menopozdaki kadınların yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada, cerrahi menopozlu kadınların doğal menopozlu kadınlara göre yaşam kalitesinin daha kötü bulunduğu belirtilmiştir. Mahajan ve ark. (2016) doğal ve cerrahi menopozda menopozal semptomları ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, cerrahi menopozlu kadınlarda somatik, psikolojik ve ürogenital semptomların doğal menopozlu kadınlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışma, doğal menopozlu kadınların yaşam kalitelerinin cerrahi menopozlu kadınlara göre daha iyi olduğunu göstermektedir (Mahajan ve ark., 2016). Tozlu (2019) menopoz tiplerine göre depresyon, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonları incelediği çalışmasında, cerrahi menopozda vazomotor semptomların doğal ve erken menopoza kıyasla daha fazla görüldüğünü saptamıştır. Taşkıran ve Özgül (2021) bireysel faktörlerin menopoz semptomları ve menopoza özgü yaşam kalitesini incelediği çalışmada, MÖYKÖ puan ortalamaları doğal menopoz için vazomotor alt boyut 3,95±2,19, psikososyal alt boyut 3,13±1,31, fiziksel alt boyut 3,46±0,98, cinsel alt boyut 3,90±2,16 belirlenirken, cerrahi menopoz için vazomotor alt boyut 4,35±2,37, psikososyal alt boyut 3,01±1,16, fiziksel alt boyut 3,73±0,93, cinsel alt boyut 4,35±1,89 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada hem girişim hem de kontrol grubunda hemşirelik destek programı öncesi MÖYKÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, girişim ve kontrol grubunu karşılaştırmak ve girişimin etkinliğini değerlendirebilmek için önemlidir. Çalışmaya katılan kadınların ilk izlem ve son izlem puanları karşılaştırıldığında girişim($p<0,001$) grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve MÖYKÖ puan ortalamasının azaldığı belirlenirken, kontrol ($p=0,260$) grubunda MÖYKÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Girişim grubundaki kadınların vazomotor alt boyut ($p<0,001$), psikososyal alt boyut ($p<0,001$), fiziksel alt boyut ($p<0,001$) ve cinsel alt boyut ($p=0,001$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların vazomotor alt boyut ($p=0,005$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, psikososyal alt boyut ($p=0,101$), fiziksel alt

boyut (p=0,866) ve cinsel alt boyut (p=0,099) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4-4). **Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programına dahil edilen girişim grubu kadınların yaşam kalitesi kontrol grubu kadınlara göre daha iyidir. H_1 kabul edildi**

Menopoz döneminde kadınlara yönelik sağlık eğitiminde amaç, kadınların menopoz hakkındaki bilgilerini artırmak, tutumunu olumlu yönde değiştirmek ve ortaya çıkacak yakınmalarla aktif başa çıkmasını sağlamaktır (Towey ve ark., 2006; Koyuncu ve ark., 2018). Menopozal kadınlarda sağlık eğitimi ve eğitim ile entegre edilmiş programlar sıklıkla kullanılmaktadır (Shafaei ve ark., 2014; Moridi ve ark., 2006; Shobeiri ve ark., 2017; Rathnayake ve ark., 2020). Planlanarak verilen eğitim programlarının etkinliğini farklı alanlarda değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Shafaei ve ark. (2014) destek grubu tarafından verilen eğitimin menopozal semptomlar üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, girişim grubunun menopozal semptomlarında anlamlı bir azalma olduğunu belirlemiştir. Rindner ve ark. (2017) birinci basamak sağlık hizmetlerinde menopoza geçiş hakkında kadınlara yönelik grup eğitiminin kadınların fiziksel ve zihinsel sağlıklarına etkisini inceledikleri çalışmada, müdahale grubunda semptomlarda azalma belirlenirken, kontrol grubunda olumlu bir değişiklik bulamamıştır. Yazdkhasti ve ark. (2012) yapılandırılmış eğitim programının menopozdaki kadınların MÖYKÖ puanında azalma sağladığını bildirmiştir. Moridi ve ark. (2006) sağlık eğitim programının menopozlu kadınlar üzerinde etkisini inceleyen çalışmada, MÖYKÖ puanların anlamlı düzeyde iyileştiğini bildirmiştir. Rathnayake ve ark. (2020) Sri Lanka'da menopozlu kadınlarda sağlığı geliştirici yaşam tarzı eğitiminin bilgi, tutum ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmasında, eğitim verilen kadınların yaşam kalitesinin iyileştiğini belirlemiştir. Ueda ve ark. (2009) Japon kadınlara ders ve egzersiz içeren 6 haftalık eğitimin etkinliğini incelemiş ve kullandıkları yaşam kalitesi ölçeğinin sağlık algısı ve fiziksel alanlarında iyileşme saptamıştır. Bu çalışmada yapılan uygulama sonrasında kadınların yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir iyileşme görülmektedir (Tablo 4-4). Çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Menopoz konusunda farkındalık kazandıran eğitimler, kadınların yaşadıkları yakınmaları daha gerçekçi değerlendirmelerine yardımcı olabilir. Eğitim programlarının içeriği, kadınların değişiklikler ve yakınmalar ile başetmesinde gerçekçi hedefler belirlemesine olanak sağlar. Aynı zamanda eğitimler ve destek programları, kadınların menopoz algılarını olumlu etkileyerek ve bu sürece adaptasyonunu kolaylaştıracaktır. Kadınların

yakınmalar ile etkili şekilde başedebilmesi, bu sürece uyumunun kolaylaşması yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

5.3. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Uyku Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması

Menopozal dönemlerde, gece boyunca tekrarlayan uyanmalar, uykuda kalmayı zorlaştırmakta ve yaygın bir uyku sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Vahratian, 2017; Kravitz ve ark., 2020). Cerrahi olarak menopoza giren kadınların yaşadığı yakınmaların daha şiddetli olması, uyku problemlerini arttırabilmektedir (Shaver, 2013; Zambotti ve ark., 2014). Cho ve ark. (2019) doğal ve cerrahi menopozun uyku bozukluğu ile ilişkisini incelediği çalışmada, cerrahi olarak menopoza giren kadınların doğal menopozlu kadınlara kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla uykusuzluk yaşadığını bildirmiştir. Aynı çalışmada, PUKİ toplam puan ortalamasının doğal menopoz için 4,75±3,00 belirlenirken, cerrahi menopoz için 5,85±3,33 olduğu saptanmıştır (Cho ve ark., 2019). Kravitz ve ark. (2020) cerrahi menopoz öncesi ve sonrası uyku problemlerini inceleyen çalışmalarında, cerrahi olarak menopoza giren çoğu kadının uyku şikayetlerinin ameliyat sonrası kötüleşmediği ancak uyku semptomlarının kötüleşmesi gibi bir durumda uzman tarafından değerlendirilmenin önemli olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada hem girişim hem de kontrol grubunda hemşirelik destek programı öncesi PUKİ toplam puan ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, girişim ve kontrol grubunu karşılaştırmak ve girişimin etkinliğini değerlendirebilmek için önemlidir. Çalışmaya katılan kadınların ilk izlem ve son izlem puanları karşılaştırıldığında girişim ($p<0,001$) grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve PUKİ puan ortalamasının azaldığı belirlenirken, kontrol ($p=0,026$) grubunda PUKİ puan ortalamasının arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Girişim grubundaki kadınların öznel uyku kalitesi ($p=0,002$), uyku latensi ($p<0,001$), uyku süresi ($p=0,032$), alışılmış uyku etkinliği ($p=0,002$) ve gündüz işlev bozukluğu ($p=0,003$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenirken, uyku bozukluğu ($p=0,160$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-5). Kontrol grubundaki kadınların uyku bozukluğu ($p=0,012$) ve gündüz işlev bozukluğu ($p=0,002$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, öznel uyku kalitesi ($p=0,786$), uyku latensi ($p<0,181$), uyku süresi ($p=0,183$), alışılmış uyku etkinliği ($p=0,720$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo

4-5). **Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programına dahil edilen girişim grubu kadınların uyku kalitesi kontrol grubu kadınlara göre daha iyidir. H_2 kabul edildi.**

Uyku kalitesini arttırmak için menopozal kadınlarda eğitim programı, gevşeme egzersizleri ve bilişsel davranışçı terapinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Drake ve ark. (2019) postmenopozal dönemde uyku bozukluğu yaşayan kadınlarda bilişsel davranışçı terapi, uyku kısıtlama tedavisi ve uyku hijyeni eğitiminin etkinliği incelemiş, bilişsel davranışçı terapi ve uyku kısıtlamasının, uyku hijyeni eğitimine göre daha etkili olduğunu belirlemiştir. Bai ve Cheng (2021)'in Çin'de orta yaşlı hemşirelerde menopoz sendromu ve sağlığı geliştirici davranışın uyku kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmasında, şiddetli menopoz sendromu ve düşük ruhsal gelişimin uyku kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir. Garcia ve ark. (2018) postmenopozal kadınlarda farkındalık ve gevşeme eğitiminin uykusuzluk ve yaşam kalitesi üzerinde etkisini incelediği çalışmada, girişim grubunun PUKİ ve MÖYKÖ puan ortalamalarında azalma gerçekleşmiştir. Kaya ve ark. (2021) kadınlara verilen eğitim programının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında eğitim sonrası PUKİ toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma belirlemiştir. Bu çalışmada hemşirelik destek programı uygulanan kadınların son değerlendirmesinde PUKİ puanında azalma ile uyku kalitesinde iyileşme olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışma ve literatür incelemesi sonuçları doğrultusunda, kadınlara uygulanan menopoz konusunda farkındalık kazandırmayı amaçlayan eğitim ve progresif gevşeme egzersizlerini içeren hemşirelik destek programının uyku bozukluklarında azalmaya neden olduğu ve uyku kalitesini artırdığı söylenebilir. Kadınların menopozal yakınmalarla başetme konusunda edindiği bilgi önleyici ve azaltıcı etkiler bulundurması sebebi ile bu şikayetlerin etkisini ve sıklığını azaltacaktır. Sağlığı geliştirici yönde edinilen bilgi ve yöntemlerin kadının uyku kalitesini de artırması beklenmektedir.

5.4. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Depresyon Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine Ait Bulguların Tartışılması

Menopoz, over hormonlarının düşük konsantrasyonları, anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (Gullien-Ruiz ve ark., 2020). Cerrahi menopozun neden olduğu hormonal değişiklikler, doğal menopoza kıyasla daha şiddetli anksiyete ve

depresyon belirtilerine neden olabilmektedir (Zsakai ve ark., 2016; Gullien-Ruiz ve ark., 2020). Varma ve ark., (2005) doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeylerini inceleyen çalışmalarında, cerrahi menopoza giren kadınların depresyon puanı ortalaması daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak bir fark bulunmadığını belirtmiştir (p>0,05). Açmaz ve ark. (2014) cerrahi menopozlu kadınların depresyon, anksiyete ve uyku kalitesini incelediği çalışmalarında, cerrahi menopozlu kadınların kontrol grubuna göre depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada hem girişim hem de kontrol grubunda hemşirelik destek programı öncesi Meno-D toplam puan ve alt alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-6). Bu durum, girişim ve kontrol grubunu karşılaştırmak ve girişimin etkinliğini değerlendirebilmek için önemlidir. Çalışmaya katılan kadınların ilk izlem ve son izlem puanları karşılaştırıldığında girişim(p<0,001) grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve Meno-D puan ortalamasının azaldığı belirlenirken, kontrol (p=0,146) grubunda Meno-D puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Girişim grubundaki kadınların benlik (p=0,032), bilişsel (p=0,012), cinsel (p<0,001), uyku (p<0,001) ve somatik (p<0,001) alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir (Tablo 4-6). Kontrol grubundaki kadınların somatik (p=0,023) alt alanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, benlik (p=0,444), bilişsel (p=0,079), cinsel (p=0,142) ve uyku (p=0,902) alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4-6). **Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programına dahil edilen girişim grubu kadınların depresif belirti durumları kontrol grubu kadınlara göre daha azdır. H_3 kabul edildi.**

Rindner ve ark. (2017) kadınlara birinci basamak sağlık hizmetlerinde menopoz geçişi hakkında verilen grup eğitiminin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada, uygulama grubunun depresyon puanında azalma olmasına rağmen bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Larroy ve ark., (2015) menopozal dönemdeki İspanyol kadınlarda bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini araştırmış ve uygulamanın menopozal semptomlarda, anksiyete ve depresyonda anlamlı azalmaya yol açtığını bildirmiştir. Wong ve ark. (2018) menopozal kadınlarda farkındalık temelli stres azaltma ve psikoeğitimin etkinliğini araştırdıkları çalışmada, farkındalık temelli stres azaltma uygulamasının anksiyete ve depresyon puanlarında diğer gruba göre anlamlı bir azalma

ile iyileşme olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada girişim grubundaki kadınların son izlem Meno-D puan ortalamasında azalma olduğu ve depresif belirtilerde iyileşme olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-6). Literatürde kadınlara verilen eğitim, bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık eğitiminin depresyon belirtilerinde iyileşmeyi sağladığı görülmektedir. Çalışmada uygulanan girişiminde literatürle benzer etkileri gösterdiği söylenebilir. Kadınlara verilen eğitim stres, anksiyete ve depresif belirtilerle başetmesini kolaylaştırabilir ve gevşeme egzersizlerinin yaşanan ruhsal yakınmaları hafiflettiği söylenebilir.

5.5. Girişim ve Kontrol Grubunun MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde girişim ve kontrol grubunun ilk izlem ve son izlem MÖYKÖ ile PUKİ, Meno-D puanları arasındaki korelasyon bulguları tartışılmıştır.

Literatür incelemesinde menopozal kadınlarda MÖYKÖ ve PUKİ'nin birlikte kullanıldığı çalışmalar bulunmakta, ancak Meno-D'nin birlikte kullanıldığı çalışma bulunmamaktadır. Meno-D'nin kullanılmaması diğer ölçeklere göre daha sonra geliştirilmesi ile ilişkili olabilir. Kadınların farklı menopozal dönemlerinde yaşam kalitesi, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete vb. durumlarını inceleyen çalışmalar mevcuttur. Lee ve ark. (2020) premenopozal ve postmenopozal kadınlarda yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarında, premenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesi ile uyku kalitesi arasında pozitif korelasyon belirlemiştir. Yıldız (2019) klimakterik dönemdeki kadınlarda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi, uyku ve anksiyete üzerine etkisini incelediği çalışmasında, PUKİ toplam puanı ile MÖYKÖ alt boyutları arasında pozitif korelasyon olduğunu bildirmiştir. Kim ve ark. (2018) menopozal semptomlar ile uyku kalitesi arasında ilişkiyi inceleyen çalışmada, MÖYKÖ alt alanları ile PUKİ puan ortalaması arasında anlamlı ilişki belirlemiştir. Gürler (2017)'in aromaterapinin menopozal dönemdeki kadınlarda yaşam kalitesi ve uyku kalitesine etkisini araştıran çalışmasında, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmada MÖYKÖ ve PUKİ puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-7, Tablo 4-8). Literatürde hormonal değişiklikler ve ortaya çıkan yakınmaların uyku kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Rees ve ark., 2011; Timur ve Şahin, 2010; Park ve ark., 2015). Bu

sebeple ortaya çıkan yakınmaların değerlendirildiği MÖYKÖ ile uyku kalitesinin değerlendirildiği PUKİ arasında ilişki olması literatürü desteklemektedir.

Kadınların MÖYKÖ ve Meno-D puan ortalamaları incelendiğinde, yaşam kalitesi ile depresyon arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (Tablo 4-7, Tablo 4-8, Tablo 4-9). MÖYKÖ'den alınan puan arttıkça Meno-D puanı da artmaktadır. Timur ve Şahin (2010) perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda depresyon prevelansını araştırdıkları çalışmada, depresyon belirtileri olan kadınların MÖYKÖ alt boyut puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır ($p<0,001$). Hasan ve ark. (2016) diyabeti olan postmenopozal kadınların MÖYKÖ fiziksel, vazomotor ve psikososyal alt boyutlarındaki puan artışının depresif belirtileri arttırdığını bildirmiştir. Literatür incelemesinde yaşam kalitesi ve depresyonun farklı araçlarla değerlendirilse de aralarında ilişki olduğu görülmektedir.

Kadınların önemli menopozal dönem yakınmalarından biri olan uyku problemleri, fizyolojik ve psikolojik birçok faktörden etkilenmektedir. Toffol ve ark. (2014) perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda uyku bozukluğu ile depresyon puanları arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Vousoura ve ark. (2015) postmenopozal dönemdeki kadınların depresyon durumu ve uyku bozuklukları arasında pozitif korelasyon olduğunu bildirmiştir. Smith ve ark. (2018) çalışmalarında depresyon sıklığı ile uyku bozukluğu arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Postmenopozal dönemdeki İspanyol kadınlarda menopozal semptomlar ve uyku kalitesi arasında ilişkiyi inceleyen çalışma, anksiyete ve depresyon ile uyku bozukluğu, gündüz uyku hali ve uyku süresi arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (Zagalaz-Anula ve ark., 2019). Bu çalışmada Meno-D ve PUKİ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin pozitif yönlü ve zayıf düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-7, Tablo 4-8). Kadınların yaşadığı yakınmalar, ruh hali, uyku durumu ve yaşam kalitesi birbiri ile ilişkili kavramlardır. Bu kavramlardan birinde oluşacak negatif durum diğerlerini de etkileyebileceği düşünülebilir. İnsan doğası gereği bütüncül bir yapıya sahiptir ve bu yapıda oluşan bir problem sistemde farklı sorunları tetikleyebilmektedir.

Sonuç:

Bu çalışmada cerrahi menopoza giren kadınlara uygulanan Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve depresyon belirtileri üzerine etkilerini saptamak amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamaları 46,84±2,04 ve 47,15±1,82 bulundu. Kadınların BKİ'leri girişim grubu için 27,54±3,91 ve kontrol grubu için 28,23±4,16 olarak saptandı. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların ilk izlem MÖYKÖ, PUKİ ve Meno-D toplam puan ortalamalarının benzer olduğu belirlendi (p>0,05).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar;

- Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının girişim grubundaki kadınların yaşam kalitesinin arttığı, (p<0,05) (**H1** hipotezi doğrulanmıştır)
- Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının girişim grubundaki kadınların MÖYKÖ vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alt alan puan ortalamalarını azalttığı, (p<0,05)
- Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının girişim grubundaki kadınların uyku kalitesinin arttığı, (p<0,05) (**H2** hipotezi doğrulanmıştır)
- Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının girişim grubundaki kadınların PUKİ öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve gündüz işlev bozukluğu puan ortalamalarını azalttığı, (p<0,05)
- Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının girişim grubundaki kadınların depresyon belirtilerinin azaldığı, (p<0,05) (**H3** hipotezi doğrulanmıştır)
- Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda hazırlanan hemşirelik destek programının girişim grubundaki kadınların Meno-D benlik, bilişsel,

cinsel, uyku ve somatik alt boyut puan ortalamalarını azalttığı ($p<0,05$) belirlendi.

Öneriler

Araştırma bulguları doğrultusunda;

- Cerrahi menopozdaki kadınların yaşadığı yakınmaların ve yakınmalardan hissedilen rahatsızlığın azaltılması konusunda kadınlara farkındalık kazandırılması,
- Menopozal yakınmalar ile baş etme konusunda davranış değişikliği ve farmokolojik olmayan yöntemlerin ilk aşamada kullanımının kadınlara anlatılması,
- Cerrahi menopozdaki kadınların yaşam kalitesi ve uyku kalitesinin arttırılması, depresif belirtilerinin azaltılması için operasyon sonrası dönemde kapsamlı menopoz eğitiminin sağlanması,
- Bu dönemde bulunan kadınların stres, anksiyete ve duygu-durum değişikliklerinin azaltılması ve ruh halinin iyileştirilmesi için gevşeme egzersizlerinin eğitim programlarına dahil edilmesi,
- Kadınların menopozal döneme uyumu ve optimal sağlığa ulaşılabilmesi için hemşirelik kuramlarına dayalı programların geliştirilmesi,
- Menopoz konusunda farkındalık kazandıran eğitimlerin operasyon sonrası rutin hemşirelik bakımına dahil edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abbas, S. Z., Sangawan, V., Das, A., & Pandey, A. K. (2018). Assessment of cardiovascular risk in natural and surgical menopause. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, *22*(2), 223.

Açmaz, G., Albayrak, E., Aksoy, H., Başer, M., Soyak, M., ZARARSIZ, G., & Müderris, İ. (2014). Cerrahi menopozlu hastaların depresyon anksiyete ve uyku kalitesi sıklığı açısından araştırılması. *Bozok Tıp Dergisi*, *4*(1), 22-28.

Ağargün, M.Y., Kara, H., Anlar, Ö. (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 7*(2), 107-115.

Alam, M. M., Ahmed, S., Dipti, R. K., & Hawlader, M. D. H. (2020). The prevalence and associated factors of depression during pre-, peri-, and post-menopausal period among the middle-aged women of Dhaka city. *Asian Journal of Psychiatry*, *54*, 102312.

Ali, A. M., Ahmed, A. H., & Smail, L. (2020). Psychological climacteric symptoms and attitudes toward menopause among Emirati women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(14), 5028.

Allison, M. A., Manson, J. E., Langer, R. D., Carr, J. J., Rossouw, J. E., Pettinger, M. B., ... & Robinson, J. (2008). Oophorectomy, hormone therapy, and subclinical coronary artery disease in women with hysterectomy: the Women's Health Initiative coronary artery calcium study. *Menopause (New York, NY)*, *15*(4 Pt 1), 639.

Alpay, N., Kıvanç, Z. E., & Ulaşoğlu, C. (2013). Menopoz dönemindeki kadınlarda hormon profilinin depresif belirtiler ile ilişkisi. *Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 26*, 171-176.

Altunbay, D. ve Yurdakul, M. (2009). Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal yakınmaları ve başetme yöntemleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 25*, 43-60.

Amanda, S. P. (2019). Progressive muscle relaxation in improving sleep quality. *Journal of Health (JoH)*, *6*(2), 90-94.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*, *123*, 202-16.

Anderson, D., Seib, C., McGuire, A., & Porter-Steele, J. (2015). Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas*, *81*(1), 69-75.

Avis, N.E., Crawford, S.L., & Green, R. (2018). Vasomotor symptoms across the menopause transition: differences among women. Obstetricsand Gynecology Clinics, 45(4), 629-640.

Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., ... & Study of Women's Health Across the Nation. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA internal medicine*, *175*(4), 531-539.

Bai, J., & Cheng, C. (2021). The relationship between health-promoting behaviors, menopause syndrome, and sleep quality in Chinese middle-aged nurses: A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science*, e12443.

Baker, F. C., De Zambotti, M., Colrain, I. M., & Bei, B. (2018). Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nature and science of sleep*, *10*, 73.

Baker, F. C., Willoughby, A. R., Sassoon, S. A., Colrain, I. M., & de Zambotti, M. (2015). Insomnia in women approaching menopause: beyond perception. *Psychoneuroendocrinology*, *60*, 96-104.

Batra, B., & Shiju, D. J. (2019). Effectiveness of Jacobson's Progressive Muscle Relaxation Technique in Reduction of Stress among Postmenopausal Women in Selected Hospital. *Hindu*, *48*, 80.

Bayat, M. (2017). Betty Neuman: Sistemler modeli. A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Baykara, *Hemşirelik teorileri ve modelleri* içinde (ss. 32-52). İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.

Bhattacharya, S. M., & Jha, A. (2010). A comparison of health-related quality of life (HRQOL) after natural and surgical menopause. *Maturitas*, *66*(4), 431-434.

Beşen, M. A., & Oskay, Ü. Y. (2013). Yaşlı Kadınlarda Jinekolojik Sorunlar ve Bakım Yaklaşımları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(1).

Boschitsch, E., Durchschlag, E., & Dimai, H. P. (2017). Age-related prevalence of osteoporosis and fragility fractures: real-world data from an Austrian menopause and osteoporosis clinic. *Climacteric*, *20*(2), 157-163.

Boz, İ. (2016). Gevşeme teknikleri. Z. Özer, İ. Boz, *Hemşirelikte Tamamlayıcı Terapiler.* Içinde (ss. 27-38). Antalya.

Bozkurt, Ö. D., & Sevil, Ü. (2016). Menopause and sexual life. *Celal Bayar University Journal of Health Sciences Institute*, *3*(4), 497-503.

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, *28*(2), 193-213.

Bülbül, T., Mucuk, S., Dolanbay, M., & Turhan, İ. (2020). Do complaints related to menopause affect sexuality and marital adjustment?. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-15.

Cagnacci, A., Palma, F., Carbone, M.M., Grandi, G. ve Xholli, A. (2017). Association between urinary incontinence and climacteric symptoms in postmenopausal women. *Menopause*, *24*, 77-84.

Casper, R.F. ve Yen, S.S. (1985). Neuroendocrinology of menopausal flushes: an hypothesis of flush mechanism. *Clinical Endocrinology (Oxf)*, *22*, 293–312.

Chaudhuri, A., Ray, M., Saldanha, D., & Sarkar, S. K. (2015). Effects of progressive muscle relaxation on postmenopausal stress. *Journal of the Scientific Society*, *42*(2), 62.

Cho, N. Y., Kim, S., Nowakowski, S., Shin, C., & Suh, S. (2019). Sleep disturbance in women who undergo surgical menopause compared with women who experience natural menopause. *Menopause*, *26*(4), 357-364.

Cooke, H., & CAM-Cancer Consortium. (2015). Progressive muscle relaxation. *CAM–Cancer Consortium*, 1-6.

Crandall, C. J., Aragaki, A., Cauley, J. A., Manson, J. E., LeBlanc, E., Wallace, R., ... & Watts, N. B. (2015). Associations of menopausal vasomotor symptoms with fracture incidence. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *100*(2), 524-534.

Çatal, E., & Dicle, A. (2014). Teori-araştırma bileşeni: Roy'un uyum modeli örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *7*(1), 33-45.

Çelik, A.S. ve Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *1*(1), 50-56.

Çelik, A.S. ve Pasinlioğlu, T. (2014). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16-29.

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). Çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları (Birinci baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

De Villiers, T. J., Hall, J. E., Pinkerton, J. V., Pérez, S. C., Rees, M., Yang, C., & Pierroz, D. D. (2016). Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Maturitas*, *91*, 153-155.

Dellú, M. C., Schmitt, A. C. B., Cardoso, M. R. A., Pereira, W. M. P., Pereira, E. C. A., Vasconcelos, É. D. S. F., & Aldrighi, J. M. (2016). Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climacteric. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *62*, 441-446.

Demirci, H. (2015). Menopoz. İçinde: Olgularla Jinekolojik Hastalarda Bakım Editör: B. Karaca Saydam. 2015. I. Baskı, Nobel Tıp kitabevleri, Ankara, ss: 200-208.

Drake, C. L., Kalmbach, D. A., Arnedt, J. T., Cheng, P., Tonnu, C. V., Cuamatzi-Castelan, A., & Fellman-Couture, C. (2019). Treating chronic insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia, sleep restriction therapy, and sleep hygiene education. *Sleep*, *42*(2), zsy217.

Duman, M., & Timur Taşhan, S. (2018). The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *International journal of nursing practice*, *24*(4), e12650.

Duran, A. D., & Sinan, Ö. (2020). Doğal ve cerrahi menopoza giren kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının ve depresyon durumlarının belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(2), 150-156.

El Hajj, A., Wardy, N., Haidar, S., Bourgi, D., Haddad, M. E., Chammas, D. E., ... & Papazian, T. (2020). Menopausal symptoms, physical activity level and quality of life of women living in the Mediterranean region. *PloS one*, *15*(3), e0230515.

Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(3), 211-16.

Erefe İ. (Ed.) (2002). Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Yöntemleri. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul. S:169-188.

Erkin, Ö., Ardahan, M. ve Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadinlarin yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*,1095-1113.

Espitia De La Hoz, F. J. (2018). Prevalence of genitourinary syndrome of menopause and impact on sexuality of women in Quindío (Colombia), 2013-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *69*(4), 249-259.

Ezeribe, S. N. (2017). Menopause and sexuality in women: the counselling implications. *Menopause*, *8*(20).

Farahmand, M., Tehrani, F. R., Khomami, M. B., Noroozzadeh, M., & Azizi, F. (2015). Surgical menopause versus natural menopause and cardio-metabolic disturbances: A 12-year population-based cohort study. *Journal of endocrinological investigation*, *38*(7), 761-767.

Freedman, R.R. ve Krell, W. (1999). Reduced thermoregulatory null zone in postmenopausal women with hot flashes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. *181*, 66–70.

Freeman, E.W. ve Sherif, K. (2007). Climacteric Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric*, *10*,197–214.

Fu, J. X., Luo, Y., Chen, M. Z., Zhou, Y. H., Meng, Y. T., Wang, T., ... & Xu, C. (2020). Associations among menopausal status, menopausal symptoms, and depressive symptoms in midlife women in Hunan Province, China. *Climacteric*, *23*(3), 259-266.

Gandhi, J., Chen, A., Dagur, G., Suh, Y., Smith, N., Cali, B., & Khan, S. A. (2016). Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American journal of obstetrics and gynecology*, *215*(6), 704-711.

Garcia, M. C., Kozasa, E. H., Tufik, S., Mello, L. E. A., & Hachul, H. (2018). The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (MRTI) on postmenopausal women: a pilot study. *Menopause*, *25*(9), 992-1003.

Gava, G., Orsili, I., Alvisi, S., Mancini, I., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2019). Cognition, mood and sleep in menopausal transition: the role of menopause hormone therapy. *Medicina*, *55*(10), 668.

Gordon, J. L., Sander, B., Eisenlohr-Moul, T. A., & Tottenham, L. S. (2021). Mood sensitivity to estradiol predicts depressive symptoms in the menopause transition. *Psychological medicine*, *51*(10), 1733-1741.

Gözüm S, Aksayan S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 4 (1), 9-14.

Guillén-Ruiz, G., Maximino, C., Lima-Maximino, M., da Costa, B. P. D., Olmos-Vázquez, O. J., & Rodríguez-Landa, J. F. (2020). Actions of progesterone on

depression-like behavior in a model of surgical menopause are mediated by GABAA receptors. *Salud mental*, *43*(1), 43-53.

Guo, T., Jia, M., Jin, Y., Xu, N., Peng, T. (2018). Acupuncture for perimenopausal insomnia: A systematic review and meta-analysis protocol. *Medicine*, *97*(24), e11083.

Gürler, M., Kızılırmak, A., & Başer, M. (2017). *Menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan aromaterapinin uyku ve yaşam kalitesine etkisi* (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).

Hara, Y., Waters, E. M., McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2015). Estrogen effects on cognitive and synaptic health over the lifecourse. *Physiological reviews*, *95*(3), 785-807.

Hasan, S. S., Thiruchelvam, K., Ahmed, S. I., Clavarino, A. M., Mamun, A. A., & Kairuz, T. (2016). Psychological health and menopause-specific quality of life of Malaysian women with type 2 diabetes. *Asian Journal of Psychiatry*, *23*, 56-63.

Herber-Gast, G. C. M., Brown, W. J., & Mishra, G. D. (2015). Hot flushes and night sweats are associated with coronary heart disease risk in midlife: a longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *122*(11), 1560-1567.

Hilditch, J.R., Lewis, J., Peter, A., Maris, B.V., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G.H., Norton, P.G., Dunn, E. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24, 161-175.

Hildreth, K. L., Ozemek, C., Kohrt, W. M., Blatchford, P. J., & Moreau, K. L. (2018). Vascular dysfunction across the stages of the menopause transition is associated with menopausal symptoms and quality of life. *Menopause (New York, NY)*, *25*(9), 1011.

Holloway D, Bagness C, Abernethy K, Hillard A. (2019). Royal collage of Nursing. Nurse specialist in menopause. 4-20. https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub- 007732 Erişim tarihi: 29.10.2021

Hotun Şahin, N. (2016). Klimakteryum ve İleri Yaş Döneminde Cinsellik. *Turkiye Klinikleri Journal Obstetric Womens Health and Diseases Nursing-Special Topics*, *2*, 42-50.

Huang, T., Lin, B. M., Redline, S., Curhan, G. C., Hu, F. B., & Tworoger, S. S. (2018). Type of menopause, age at menopause, and risk of developing obstructive sleep apnea in postmenopausal women. *American journal of epidemiology*, *187*(7), 1370-1379.

Hunter, M. S., Gentry-Maharaj, A., Ryan, A., Burnell, M., Lanceley, A., Fraser, L., ... & Menon, U. (2012). Prevalence, frequency and problem rating of hot flushes persist in older postmenopausal women: impact of age, body mass index, hysterectomy, hormone therapy use, lifestyle and mood in a cross-sectional cohort study of 10 418 British women aged 54–65. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(1), 40-50.

Im, E. O., Kim, J., Chee, E., & Chee, W. (2016). The Relationships between Psychological Symptoms and Cardiovascular Symptoms Experienced during Menopausal Transition: Racial/Ethnic Differences. *Menopause (New York, NY)*, *23*(4), 396.

Jalambadani, Z., Rezapour, Z., & Movahedi Zadeh, S. (2020). Investigating the Relationship between Menopause Specific Quality of Life and Perceived Social Support among Postmenopausal Women in Iran. *Experimental Aging Research*, *46*(4), 359-366.

Jamali, S., Javadpour, S., Mosalanejad, L. ve Parnian, R. (2016). Attitudes About Sexual Activity Among Postmenopausal Women in Different Ethnic Groups: A Cross-sectional Study in Jahrom, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility,17*, 47–55.

Jehan, S., Masters-Isarilov, A., Salifu, I., Zizi, F., Jean-Louis, G., Pandi-Perumal, S.R. ve ark. (2015). Sleep Disorders in Postmenopausal Women. *Journal of Sleep Disorders & Therapy*, *4*, 1000212.

Jokar, A., Kargosha, A., Akarzadeh, M., Asadi, N., & Setoudeh, Z. (2016). Comparing the influence of relaxation training and consumption of valerian on insomnia of menopause women: A randomized clinical trial. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, *13*(1), 40-44.

Jung, S.J., Shin, A. ve Kang, D. (2015). Menarche Age, Menopause Age And Other Reproductive Factors İn Association With Post-Menopausal Onset Depression: Results From Health Examinees Study (HEXA). *Journal of Affective Disorders*, 187,127-135.

Kang, H. K., Kaur, A., & Dhiman, A. (2021). Menopause-specific quality of life of rural women. *Indian Journal of Community Medicine*, *46*(2), 273.

Kaunitz, A. M., & Manson, J. E. (2015). Management of menopausal symptoms. *Obstetrics and gynecology*, *126*(4), 859.

Kaya, Y., Şayık, D., & Bilgin, M. (2021). The Effect of an Educational Program on the Knowledge Level of Menopause. *Eskisehir Medical Journal*, *2*(3), 158-165.

Khadilkar, S. S. (2019). Musculoskeletal disorders and menopause. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 69*(2),99–103.

Kharbouch, S.B., Şahin, N.H. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing, 15*(59), 82–90.

Kulkarni, J., Gavrilidis, E., Hudaib, A. R., Bleeker, C., Worsley, R., Gurvich, C. (2018). Development and validation of a new rating scale for perimenopausal depression—the Meno-D. *Translational psychiatry, 8*(1), 123.

Kim, M. J., Yim, G., & Park, H. Y. (2018). Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *Plos one*, *13*(2), e0192934.

Kingsberg, S. A., Larkin, L. C., & Liu, J. H. (2020). Clinical effects of early or surgical menopause. *Obstetrics & Gynecology*, *135*(4), 853-868.

Kılıç, N. (2018). Progresif gevşeme egzersizlerinin romatoid artritli hastaların yorgunluk ve uyku kalitesine etkisi/The effect of progressive muscle relaxation exercise on fatigue and quality of sleep of patients with rheumatoid arthritis.

Kırca, K., & Kutlutürkan, S. (2020). Progresif gevşeme egzersizlerinin kanser ve tedavi sürecinde kullanımı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(2), 258-267.

Kokcu, A., Kurtoglu, E., Bildircin, D., Celik, H., Kaya, A., & Alper, T. (2015). Does surgical menopause affect sexual performance differently from natural menopause?. *The journal of sexual medicine, 12*(6), 1407-1414.

Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *3*(1), 67-99.

Koyuncu, T., Unsal, A., & Arslantas, D. (2018). Evaluation of the effectiveness of health education on menopause symptoms and knowledge and attitude in terms of menopause. *Journal of epidemiology and global health*, *8*(1-2), 8.

Kravitz, H. M., Matthews, K. A., Joffe, H., Bromberger, J. T., Hall, M. H., Ruppert, K., & Janssen, I. (2020). Trajectory Analysis of Sleep Maintenance Problems in Midlife Women Before and After Surgical Menopause: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause (New York, NY)*, *27*(3), 278.

Kravitz, H. M., Ganz, P. A., Bromberger, J., Powell, L. H., Sutton-Tyrrell, K., & Meyer, P. M. (2003). Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*, *10*(1), 19-28.

Larroy, C., Marín, C., & Gutiérrez, S. (2015). The effects of cognitive-behavioral techniques on hot flushes, depression and anxiety related to menopause in Spanish women. *Wulfenia Journal*, *22*(3).

Larroy, C., Marin Martin, C., Lopez-Picado, A., & Fernandez Arias, I. (2020). The impact of perimenopausal symptomatology, sociodemographic status and knowledge of menopause on women's quality of life. *Archives of gynecology and obstetrics*, *301*(4), 1061-1068.

Lee, B. G., Ham, O. K., Kim, S. H., Lee, E. J., Kang, H. S., & Chae, D. (2020). Concomitants of menopause-specific quality of life in premenopausal and post-menopausal women living in South Korea. *Women & Health*, *60*(8), 887-898.

Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., & Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, *71*(2), 120-130.

Lu, S., Zhang, H., Zhang, Y.J. ve Shao, Q.C. (2016). Prevalence And Risk Factors Of Urinary İncontinence Among Perimenopausal Women İn Wuhan. *Journal of Huazhong University of Science and Technology*, *36*, 723-726.

Mahajan, N., Kumar, D., & Fareed, P. (2016). Comparison of menopausal symptoms and quality of life after natural and surgical menopause. *International Journal of Scientific Study*, *3*(11), 74-77.

Maki, P. M., Kornstein, S. G., Joffe, H., Bromberger, J. T., Freeman, E. W., Athappilly, G., ... & Board of Trustees for The North American Menopause Society (NAMS) and the Women and Mood Disorders Task Force of the National Network of Depression Centers. (2019). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Journal of Women's Health*, *28*(2), 117-134.

McCrae, N. (2012). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(1), 222-229.

McEwen, B. S. (2001). Invited review: Estrogens effects on the brain: multiple sites and molecular mechanisms. *Journal of applied physiology*, *91*(6), 2785-2801.

McKenna, H. (2005). Dynamic effects on nursing roles with changing healthcare services. *Journal of Research in Nursing*, *10*(1), 99-105.

Meleis, A. I. (2012). Theoretical nursing: Development and progress (5th ed.) Philadelphia, PA: Walters Kluwer Health: Lippincott, Williams and Wilkins.

Mock, V., St. Ours, C., Hall, S., Bositis, A., Tillery, M., Belcher, A., ... & McCorkle, R. (2007). Using a conceptual model in nursing research–mitigating fatigue in cancer patients. *Journal of advanced nursing*, *58*(5), 503-512.

Moghani, S. S., Simbar, M., Dolatian, M., & Nasiri, M. (2016). The relationship between perceived social support and women experiences in menopause. *Advances in Nursing and Midwifery*, *25*(90), 55-64.

Morgan, K. N., Derby, C. A., & Gleason, C. E. (2018). Cognitive changes with reproductive aging, perimenopause, and menopause. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, *45*(4), 751-763.

Moridi, G., Shahoei, R., Khaldi, S., & Sayedolshohadaei, F. (2013). Quality of life among Iranian postmenopausal women participating in a health educational program. *Chronic Diseases Journal*, *1*(2), 63-66.

Moridi, G., Seyedalshohadaee, F., & Hossainabasi, N. (2006). The effect of health education on knowledge and quality of life among menopause women. *Iran Journal of Nursing*, *18*(44), 31-38.

Moudi, A., Dashtgard, A., Salehiniya, H., Katebi, M. S., Razmara, M. R., & Jani, M. R. (2018). The relationship between health-promoting lifestyle and sleep quality in postmenopausal women. *BioMedicine*, *8*(2).

Mumcu Boğa, N. (2013). *Cerrahi menopozdaki kadınlara Roy Adaptasyon Modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü depresyon sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisi*. (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Nappi, R. E., Kroll, R., Siddiqui, E., Stoykova, B., Rea, C., Gemmen, E., & Schultz, N. M. (2021). Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: Prevalence and quality of life burden. *Menopause*, *28*(8), 875-882.

Nappi, R. E., & Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, *63*(2), 138-141.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). Menopause: diagnosis and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng23. Erişim tarihi: 16.11.2021

Nazarpour, S., Simbar, M., & Tehrani, F. R. (2016). Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, *55*(4), 480-487.

North American Menopause Society (NAMS). (2017). Menopause Flashes Archived Topic Collections https://www.menopause.org

Ogwumike, O.O., Adeniyi, A.F. ve Orogbemi, O.O (2016). Physical activity level of postmenopausal women in Nigeria: Association with self-rated health status, overall obesity, and abdominal obesity. *Women Health* ,56***(5),***487-501.

Özcan, H., & Kızılkaya-Beji, N. (2014). Sexuality during menopause. *Andrology Bulletin*, *16*(58), 209-211.

Özcan, H., & Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, *28*(4), 157-163.

Özdemir, S., Çelik, Ç., Görkemli, H., Kıyıcı, A., & Kaya, B. (2009). Compared effects of surgical and natural menopause on climacteric symptoms, osteoporosis, and metabolic syndrome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *106*(1), 57-61.

Özdemir, Ö.Ç., & Uysal, M.F. (2018). Postmenopozal dönemde pilates egzersizlerinin yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 25-32.

Özer, Ü., & Gözükara, F. (2016). Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, *3*(1).

Özkan, A. (2006). *Cerrahi yolla menopoza giren kadınlara verilen eğitimin, menopozal yakınmaları algılamasına ve yaşam kalitesine etkisi*. (Doctora Tezi). Marmara Üniversitesi İstanbul.

Pace, D. T., Chism, L. A., & Kelly, L. (2018). The role of nursing with the journal Menopause and NAMS over the last 25 years: contributions and collaboration. *Menopause*, *25*(6), 579-585.

Park, Y. K., Cha, N. H., & Sok, S. R. (2015). Relationships between menopausal syndrome and sleeping of middle-aged women. *Journal of physical therapy science*, *27*(8), 2537-2540.

Peacock, K., Ketvertis, K. M., & Doerr, C. (2021). Menopause (Nursing).

Peciuliene, I., Perminas, A., Gustainiene, L., & Jarasiunaite, G. (2015). Effectiveness of progressive muscle relaxation and biofeedback relaxation in lowering physiological arousal among students with regard to personality features. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *205*, 228-235.

Pinkerton, J. V., Abraham, L., Bushmakin, A. G., Cappelleri, J. C., & Komm, B. S. (2016). Relationship between changes in vasomotor symptoms and changes in menopause-specific quality of life and sleep parameters. *Menopause*, *23*(10), 1060-1066.

Politi, M.C., Schleinitz, M.D., Col, N.F. (2008). Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J Gen Intern Med, 23*, 1507–1513.

Portman, D. J., & Gass, M. L. (2014). Vulvovaginal atrophy terminology consensus conference panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*, *21*(10), 1063-1068.

Rathnayake, N., Alwis, G., Lenora, J., Mampitiya, I., & Lekamwasam, S. (2020). Effect of Health-Promoting Lifestyle Modification Education on Knowledge, Attitude, and Quality of Life of Postmenopausal Women. *BioMed research international*, *2020*.

Rees, M., Stevenson, J., Hope, S., et al. (2011). Management of the Menopause içinde (s 3-14).

Regestein, Q., Friebely, J. ve Schiff, I. (2015). How self reported hot flashes may relate to affect, cognitive performance and sleep. *Maturitas, 81*, 449-455.

Rindner, L., Strömme, G., Nordeman, L., Hange, D., Gunnarsson, R., & Rembeck, G. (2017). Reducing menopausal symptoms for women during the menopause transition using group education in a primary health care setting—a randomized controlled trial. *Maturitas*, *98*, 14-19.

Roberts, H., & Hickey, M. (2016). Managing the menopause: An update. *Maturitas*, *86*, 53-58.

Rodriguez, M., & Shoupe, D. (2015). Surgical menopause. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *44*(3), 531-542.

Rodríguez-Landa, J. F., Puga-Olguín, A., Germán-Ponciano, L. J., García-Ríos, R. I., & Soria-Fregozo, C. (2015). Anxiety in Natural and Surgical Menopause-Physiologic and Therapeutic Bases. *A fresh look anxiety disorders. Rijeka: InTech*, 173-198.

Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, & Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*, *288*(3), 321-333.

Roy, S.C. (2009). The Roy Adaptaion Model (3rd Ed.) New Jersey: Pearson Education & Upper Saddle River.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (RCOG) 2018. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/gynaecology/pi-treatment-symptoms-menopause.pdf Erişim tarihi: 01.11.2021

Ruan, X., Cui, Y., Du, J., Jin, F. ve Mueck, A.O. (2016). Prevalence Of Climacteric Symptoms Comparing Perimenopausal And Postmenopausal Chinese Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *21*, 1-9.

Saensak, S., Vutyavanich, T., Somboonporn, W., & Srisurapanont, M. (2013). Effectiveness of a modified version of the applied relaxation technique in treatment of perimenopausal and postmenopausal symptoms. *International journal of women's health*, *5*, 765.

Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, *44*(3), 497-515.

Santoro N, Komi J. (2009). Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *J Sex Med*, 6, 2133–2142.

Sarrel, P., Portman, D., Lefebvre, P., Lafeuille, M. H., Grittner, A. M., Fortier, J., ... & Aupperle, P. M. (2015). Incremental direct and indirect costs of untreated vasomotor symptoms. *Menopause*, *22*(3), 260-266.

Sassarini, J., & Lumsden, M. A. (2015). Vascular function and cardiovascular risk factors in women with severe flushing. *Maturitas*, *80*(4), 379-383.

Schmidt, P. J., Dor, R. B., Martinez, P. E., Guerrieri, G. M., Harsh, V. L., Thompson, K., ... & Rubinow, D. R. (2015). Effects of estradiol withdrawal on mood in women with past perimenopausal depression: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, *72*(7), 714-726.

Senesac, P., & Roy, S. C. (2015). Sister Callista Roy's adaptation model. *Nursing theories and nursing practice*, 153-164.

Shafaie, F. S., Mirghafourvand, M., & Jafari, M. (2014). Effect of education through support group on early symptoms of menopause: a randomized controlled trial. *Journal of caring sciences*, *3*(4), 247.

Shaver, J.L. (2013). Hot flashes and sleep: pieces of the puzzle. *Menopause,* 20, 877-880.

Shobeiri, F., Jenabi, E., Khatiban, M., Hazavehei, S. M. M., & Roshanaei, G. (2017). The effect of educational program on Quality of Life in menopausal women: A Clinical trial. *Journal of menopausal medicine*, *23*(2), 91-95.

Shumaker, S. A., Legault, C., Rapp, S. R., Thal, L., Wallace, R. B., Ockene, J. K., ... & WHIMS Investigators. (2003). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *Jama*, *289*(20), 2651-2662.

Simon, J. A., Davis, S. R., Althof, S. E., Chedraui, P., Clayton, A. H., Kingsberg, S. A., ... & Wolfman, W. (2018). Sexual well-being after menopause: an international menopause society white paper. *Climacteric*, *21*(5), 415-427.

Słopien, R., Wichniak, A., Pawlak, M., Słopień, A., Warenik-Szymankiewicz, A. ve Sajdak, S. (2015). Disturbances of sleep continuity in women during the menopausal transition. *Psychiatr*, *49*, 615–623.

Smith, R. L., Flaws, J. A., & Mahoney, M. M. (2018). Factors associated with poor sleep during menopause: results from the Midlife Women's Health Study. *Sleep medicine*, *45*, 98-105.

Sözer, G. A., & Ege E. (2021). Menopoz semptomlarını yönetmek ve yaşam kalitesini artırmak: ilerleyici kas gevşeme egzersizleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(2), 179-188.

Stevenson, J. C. (2011). A woman's journey through the reproductive, transitional and postmenopausal periods of life: impact on cardiovascular and musculo-skeletal risk and the role of estrogen replacement. *Maturitas*, *70*(2), 197-205.

Shifren, J. L., Gass, M. L., & NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. (2014). The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*, *21*(10), 1038-1062.

Süt, H. K., & Küçükkaya, B. (2018). Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında cinsel yaşam kalitesi. *KASHED*, *4*(1), 51-68.

Şahin, N.H. (1998). Bir Kilometre Taşı: Menopoz. (s. 11-94). İstanbul: Çevik Matbaacılık.

Şahin, NH. (2016). Klimakteryum dönemi ve menopoz. Ebe ve Hemşirelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 135-141.

Şahin, HN., Coşkun, A. (2007). The Menopausal Age, Related Factors and Climacteric, Complaints in Turkish Women. *Revista Referenc'a, 4,* 91-99.

Şengün, F., Üstün, B., & Bademli, K. (2013). Türkiye'de Kuram/Modele Dayali Hemşirelik Araştirmalarinin İncelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *16*(2), 132-139.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics (6th edition). Boston: Pearson Education.

Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 716-746.

Taşkıran, G., & Özgül, S. (2021). Individual Characteristics Associated with Menopausal Symptom Severity and Menopause-Specific Quality of Life: A Rural Perspective. *Reproductive Sciences*, 1-11.

T. C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011 SALI, Sayı: 27910. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Madde 3 ve Ek 2" G" Bendi.

Thurston, R. C., Sutton-Tyrrell, K., Everson-Rose, S. A., Hess, R., & Matthews, K. A. (2008). Hot flashes and subclinical cardiovascular disease: findings from the Study of Women's Health Across the Nation Heart Study. *Circulation*, *118*(12), 1234-1240.

Thurston, R. C., Bromberger, J. T., Joffe, H., Avis, N. E., Hess, R., Crandall, C. J., ... & Matthews, K. A. (2008b). Beyond frequency: who is most bothered by vasomotor symptoms?. *Menopause (New York, NY)*, *15*(5), 841-847.

Timur, S., & Sahin, N. H. (2010). The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause*, *17*(3), 545-551.

Toffol, E., Kalleinen, N., Urrila, A. S., Himanen, S. L., Porkka-Heiskanen, T., Partonen, T., & Polo-Kantola, P. (2014). The relationship between mood and sleep in different female reproductive states. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 1-13.

Towey, M., Bundy, C., & Cordingley, L. (2006). Psychological and social interventions in the menopause. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 18, 413–417.

Tozlu, F. (2019). *Doğal menopoz, cerrahi menopoz ve erken menopozun yaşam kalitesi, cinsel fonksiyonlar ve depresyon düzeylerine etkisi.* (Uzmanlık Tezi). Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Sakarya.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

Ueda, M., Matsuda, M., Okano, K., & Suenaga, H. (2009). Longitudinal study of a health education program for Japanese women in menopause. *Nursing & Health Sciences*, *11*(2), 114-119.

Uzun, Ş. (2017). Sister Calista Roy: Adaptasyon modeli. A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Baykara, *Hemşirelik teorileri ve modelleri* içinde (ss. 370-442). İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.

Vahratian A Sleep duration and quality among women aged 40–59, by menopausal status NCHS Data Brief, no. 286. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2017.

Vardar, O., Özkan, S., & Sercekus, P. (2020). Postmenopozal kadınlarda uygulanan egzersiz programının uyku kalitesine etkisi. *Cukurova Medical Journal*, *45*(3), 1108-1114.

Varma, G. S., Oğuzhanoğlu, N. K., Karadağ, F., Özdel, O., & Amuk, T. (2005). Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *8*(3), 109-115.

Velioğlu, P. (Ed). (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar Kitabı*. İstanbul: Alaş Ofset Matbaa.

Vousoura, E., Spyropoulou, A. C., Koundi, K. L., Tzavara, C., Verdeli, H., Paparrigopoulos, T., ... & Zervas, I. M. (2015). Vasomotor and depression symptoms may be associated with different sleep disturbance patterns in postmenopausal women. *Menopause*, *22*(10), 1053-1057.

Weber, M.T., Rubin, L.H. ve Maki, P.M. (2013). Cognition in perimenopause: the effect of transition stage. *Menopause, 20,* 511-517.

Webster, A. D., Finstad, D. A., Kurzer, M. S., & Torkelson, C. J. (2018). Quality of life among postmenopausal women enrolled in the Minnesota Green Tea Trial. *Maturitas*, *108*, 1-6.

Wong, C., Yip, B. H. K., Gao, T., Lam, K. Y. Y., Woo, D. M. S., Yip, A. L. K., ... & Wong, S. Y. S. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) or psychoeducation for the reduction of menopausal symptoms: a randomized, controlled clinical trial. *Scientific reports*, *8*(1), 1-10.

Wu, H. L., & Volker, D. L. (2009). The use of theory in qualitative approaches to research: application in end-of-life studies. *Journal of advanced nursing*, *65*(12), 2719-2732.

Xu, Q., & Lang, C. P. (2014). Examining the relationship between subjective sleep disturbance and menopause: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*, *21*(12), 1301-1318.

Yazdkhasti, M., Keshavarz, M., Merghati Khoei, E., & Hosseini, A. F. (2012). The effect of structured educational program by support group on menopause women's quality of life. *Iranian Journal of Medical Education*, *11*(8), 986-994.

Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 20*(1), 251-264.

Yıldız, Z. (2019). *Klimakterik dönemdeki kadınlarda fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi, uyku ve anksiyete üzerine etkileri* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Yildiz, C., Yildiz, A., & Tekiner, F. (2015). Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda lipit profili ve plazma aterojenik indeksinin karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, *42*(1), 36-40.

Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 1,* 771-774.

de Zambotti, M., Colrain, I. M., Javitz, H. S., & Baker, F. C. (2014). Magnitude of the impact of hot flashes on sleep in perimenopausal women. *Fertility and sterility*, *102*(6), 1708-1715.

Zagalaz-Anula, N., Hita-Contreras, F., Martinez-Amat, A., Cruz-Díaz, D., Aibar-Almazán, A., Barranco-Zafra, R. J., & Lomas-Vega, R. (2019). The associations between menopausal symptoms and sleep quality in Spanish postmenopausal women. *Climacteric*, *22*(5), 511-517.

Zheng H, Harlow SD, Kravitz HM, et al. (2015). Actigraphy-defined measures of sleep and movement across the menstrual cycle in midlife menstruating women: Study of Women's Health Across the Nation sleep study. *Menopause 22*(1), 66–74.

Zolfaghari, S., Yao, C., Thompson, C., Gosselin, N., Desautels, A., Dang-Vu, T. T., ... & Carrier, J. (2020). Effects of menopause on sleep quality and sleep disorders: Canadian Longitudinal Study on Aging. *Menopause*, *27*(3), 295-304.

Zsakai, A., Karkus, Z., Utczas, K., Biri, B., Sievert, L. L., & Bodzsar, E. B. (2016). Body fatness and endogenous sex hormones in the menopausal transition. *Maturitas*, *87*, 18-26.

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

EK-2: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK-3: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

EK-4: Meno-D

EK-5: Perimenopozal Depresyon Ölçeği (Meno-D)

EK-6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Girişim Grubu)

EK-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

EK-8: Perimenopozal Depresyon Ölçeği (Meno-D)'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması İçin Kullanım İzni

EK-9: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni

EK-10: Menopoz ve Yaşam Kitapçığı

EK-11: Otojenik Gevşeme Egzersizi Eğitimi Uygulayıcı Sertifikası

EK-12: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

1) Yaşınız:……..
2) Boyunuz:……
3) Kilonuz:……..
4) BKİ:
5) Eğitim süreniz:……yıl
6) Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
7) Mesleğiniz nedir?
a) Ev Hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest meslek e) Emekli
8) Medeni durumunuz nedir?
a) Bekar b) Evli
9) Aile tipiniz: a) Çekirdek b) Geniş
10) Maddi durumunuz:
a) Gelir Gidere Denk b) Gelir Giderden Fazla c) Gelir Giderden Az
11) Sosyal güvence: a) Var b) Yok
12) Doğum sayınız: ……...
13) Düşük sayınız: ……
14) Küretaj sayınız: ……..
15) Çocuk sayınız: ……
16) Birlikte yaşadığınız kişi sayısı: ……..
17) Evli iseniz yaşadığınız sorunlarda eş desteğiniz var mı?
a) Evet b) Hayır
18) Kronik bir hastalığınız var mı?
a) Evet ……. b) Hayır
19) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
a) Evet…… b) Hayır
20) Sigara kullanıyor musunuz?
a) Evet (günde.....adet) b) Hayır
21) Haftanın 3-5 günü 30 dakikadan uzun fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
22) Ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birisi var mı?
a) Evet b) Hayır
23) Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) İyi b) Orta c) Kötü
24) Üreme sağlığı ile ilgili daha önce ameliyat oldunuz mu?
a) Evet…… b) Hayır
25) İdrar kaçırma problemi yaşadınız mı/ yaşıyor musunuz? Evet ise ne süredir?
a) Evet……ay/yıl b) Hayır
26) Dışkı kaçırma problemi yaşadınız mı/yaşıyor musunuz? Evet ise ne süredir?
a) Evet……ay/yıl b) Hayır

27) TAH-BSO operasyonu geçirme sebebiniz nedir?

a) Myomuteri b) Kronik pelvik ağrı c) Kronik PID
d) Travma e) Disfonksiyonel uterin kanama f) Kanser
g) Atoni h)Diğer……..

28) Menopozal döneme yönelik bilgi aldınız mı? Evet ise kimden/nereden?

a) Evet …… b) Hayır

29) Menopoz sizin için ne ifade ediyor? (Birden fazla yanıt verilebilir.)

a) Normal bir süreç olarak
b) Güç/itibar kazanmak
c) Kadın özelliklerinin bitmesi
d) Üretkenliğin bitmesi
e) Yaşlılık
f) Diğer (Açıklayınız……..)

EK-2: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıda verilen her bir sorun için geçen ay bir sorun yaşayıp yaşamadığınızı belirtiniz. Eğer yaşadıysanız bunun sizi ne derece rahatsız ettiğini işaretleyiniz.

Hiç rahatsız edici değil_____ son derece rahatsız edici

0 1 2 3 4 5 6

	YOK	VAR						
		0	1	2	3	4	5	6
1.Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık								
2. Gece terlemesi								
3. Terleme								
4. Hayatından memnun olmama								
5. Endişeli ve gergin hissetme								
6. Hafızada zayıflama hissetme								
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme								
8. Depresif hüzünlü ya da bezgin hissetme								
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olma)								
10. Yalnız kalma isteği								
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları								
12. Kas ve eklemlerde ağrı								
13. Yorgun ve yıpranmış								
14. Uyuma güçlüğü								
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar								
16. Fiziksel güçte azalma								
17. Dayanma gücünde azalma								
18. Enerjide azalma								
19. Ciltte kuruluk								
20. Kilo alma								
21. Yüz tüylerinde artma								
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik								
23. Şişkinlik hissi								
24. Bel ağrısı								
25. Sık idrara çıkma								
26. Öksürürken yada gülerken idrar kaçırma								
27. Cinsel istekte değişiklik								
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede) kuruluk								
29. Cinsellikten kaçınma								

EK-3: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecedeki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

5.1.	**30 dakika içinde uykuya dalamadınız**	
a. Geçen hafta boyunca hiç		b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez		d. Haftada 3 veya↑
5.2.	**Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız**	
a. Geçen hafta boyunca hiç		b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez		d. Haftada 3 veya ↑
5.3.	**Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız**	
a. Geçen hafta boyunca hiç		b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez		d. Haftada 3 veya ↑
5.4.	**Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz**	
a. Geçen hafta boyunca hiç		b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez		d. Haftada 3 veya ↑

5.5.	**Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız**
a. Geçen hafta boyunca hiç	b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez	d. Haftada 3 veya↑
5.6.	**Aşırı derecede üşüdünüz**
a. Geçen hafta boyunca hiç	b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez	d. Haftada 3 veya↑
5.7.	**Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz**
a. Geçen hafta boyunca hiç	b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez	d. Haftada 3 veya ↑
5.8.	**Kötü rüyalar gördünüz**
a. Geçen hafta boyunca hiç	b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez	d. Haftada 3 veya ↑
5.9.	**Ağrı duydunuz**
a. Geçen hafta boyunca hiç	b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez	d. Haftada 3 veya ↑
5.10. Diğer nedenler lütfen belirtiniz.....	
Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız	
a. Geçen hafta boyunca hiç	b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez	d. Haftada 3 veya ↑

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
a. Çok iyi b. Oldukça iyi c. Oldukça kötü d. Çok kötü

7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya ↑

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

a. Geçen hafta boyunca hiç b. Haftada 1'den ↓
c. Haftada 1 veya 2 kez d. Haftada 3 veya↑

9. Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

a. Hiç problem oluşturmadı b. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
c. Bir dereceye kadar problem oluşturdu d. Çok büyük bir problem oluşturdu

EK-4 : Meno-D (A rating scale to detect depression in menopause)

MENO- D

A rating scale to detect depression in menopause

Professor Jayashri KULKARNI
Monash Alfred Psychiatry
research centre Melbourne

Subject's name or code: ..... Date: .....

The Meno- D can be completed as a self-report scale or completed by a clinician. The general reference point for each item is the individual's pre-menopausal level or state.

A – LOW ENERGY

Over the last 2 weeks have you noticed reduced energy levels.

Prompt questions: *Did you feel more tired after activity than normal? Did your activity decrease because you were tired? Did you feel tired most of the time despite decreasing your activity? Did you continually feel tired so that even small tasks like brushing your hair felt draining?*

0	No change in energy, feel active all day
1	More tired after activity than previously
2	Decreased activity because of tiredness
3	Feel tired most of the time despite resting, decreased activity
4	Continually feeling exhausted, even small tasks such as brushing hair feel draining "Bone weary, mind weary"

B – PARANOID THINKING

Over the last 2 weeks have you experienced increased paranoid thinking?

Prompt questions: Have you been feeling guilty? Have you been worried that others think badly of you? Have you been suspicious that others think badly of you? Have you been convinced that others have a low opinion of you or are trying to replace you?

0	No paranoid thinking
1	Increasing worry that others think badly of you
2	Suspicious that people at work or home think badly of you
3	Convinced that others have a low opinion of you and are trying to replace you

C – IRRITABILITY

Over the last 2 weeks have you felt more irritable?

Prompt questions: Have you felt more irritable than usual? Have you snapped at anyone or been short with anyone over small incidents? Have you felt real rage and had major outbursts about minor incidents?

0	No irritability
1	Mild irritability
2	Increased irritable response to minor incidents
3	Anger expressed by "snapping", verbal outbursts over minor incidents
4	Rage, major verbal outbursts over minor incidents

D – SELF ESTEEM

Over the last 2 weeks has your self-esteem been lowered.

Prompt questions: Have you felt worse about yourself than usual? Have you felt really bad about yourself? Have you felt worthless and made negative comments about yourself?
Have you believed that the world would be better off without you?
Have you harmed yourself in any way? Have you experienced suicidal thoughts? Have you attempted suicide?

0	Good self-esteem or no change in self- esteem
1	Slight decrease in self-esteem
2	Poor self–esteem with no reality base
3	Very poor self-esteem in all life domains, with marked self-denigratory comments
4	No self-worth at all to the point of believing that the world would be better off without you. (NB – this rating must then lead to further questions about suicide planning, actions and deliberate self-harm)

E – ISOLATION

Over the last 2 weeks have you withdrawn socially?

Prompt questions: Have you socialized as normal? Have you had less of an interest in socializing? Have you become socially withdrawn? Have you felt isolated, even when with others?

0	Socialize normally
1	Decreased socializing
2	Disinterested in socialising
3	Social and occupational withdrawal
4	Feeling isolated, "in a bubble" even when with others

F – ANXIETY

Over the last 2 weeks have you experienced heightened levels of anxiety?

Prompt questions: Have you felt especially anxious or nervous when in public? Have you felt highly anxious when completing new tasks? Have you felt highly anxious when completing tasks that are routine or familiar to you? Have you had panic attacks and felt extremely anxious when doing normal everyday things?

0	No new anxiety
1	Increased anxiety when performing in public
2	Highly anxious when doing new tasks
3	Heightened anxiety when doing routine and familiar tasks
4	Panic attacks, highly anxious when doing ordinary and familiar tasks

G – SOMATIC SYMPTOMS

Over the last 2 weeks have you experienced physical symptoms?

Prompt questions Have you had any physical complaints? For example, i) increase physical pain with little exertion ii) frequent headaches or iii) joint and muscle pain that limited your activity? Have you experienced severe and debilitating aches and pains that prevented you from engaging in activity?

0	No physical symptoms
1	Increased muscle aches, joint pains on exercise
2	Increased leg, back and joint pains with little exertion
3	Frequent headaches, muscle and joint pains limiting activity
4	Severe aches and pains requiring pain relief and preventing activity

© Kulkarni 2018

H – SLEEP DISTURBANCE

Over the last 2 weeks have you experienced sleep disturbance?

Prompt questions: How has your sleep been? Has your sleep been broken briefly but you could get back to sleep easily? Has your sleep been broken several times each night and you found it hard to get back to sleep? Have you been waking up more than 2 or 3 times per night due to hot flushes, sweating? Have you on most nights been sleeping for only 2 hours or less due to sweating, hot flushes and night chills?

0	No sleep problems
1	Sleep broken by brief waking once or twice per night, but easily return to sleep
2	Sleep broken by waking several times per night, but easily return to sleep
3	Waking up three or more times per night due to hot flashes and sweating, plus difficulty returning to sleep
4	Sleeping two or less hours per night consistently. Sweating, hot flashes, feeling hot then cold, interrupting sleep all night

I – WEIGHT

Have you gained weight (in comparison to pre-menopause weight)?

Prompt questions Has your weight changed at all? Have you gained a moderate amount of weight despite no change in diet or exercise? Have you continued to gain weight despite engaging in strict dieting or increased exercise? Have you had a major weight gain of 6kg or more?

0	No change in weight
1	Mild weight gain (1-2kg)
2	Moderate weight gain despite no change in diet or exercise (3-6kg)
3	Continuing weight gain and abdominal fat deposition, despite dietary restriction and increasing exercise
4	Major weight gain (>6kg) with abdominal, breast, hip and thigh fat deposition

J – SEXUAL INTEREST

Over the past 2 weeks have you experienced a decreased libido?

Prompt questions: Have you had decreased libido? Has your libido diminished significantly? Have you had discomfort with sexual activity in addition to a decreased libido? Have you lost all interest in sexual activity?

0	No change in libido
1	Mild decrease in libido
2	Diminished libido
3	Decreased libido and discomfort with sexual activity
4	Loss of interest in all sexual activity

K – MEMORY

Over the last 2 weeks have you noticed any memory related difficulties?

Prompt questions: Have you had mild problems remembering simple things like names and numbers? Did you need to make lists in order to function at work or at home? Did memory problems lead to dysfunction or impairment in any way?

0	No memory problems
1	Mild problems remembering names and numbers
2	Need to make lists to function at work or home
3	Impaired memory leading to dysfunction
4	Severe loss of memory leading to inability to function

L – CONCENTRATION

Over the past 2 weeks have you experienced problems concentrating?

Prompt questions: Did you have difficulty reading or holding a conversation? How severe were these problems? Were you unable to focus on any task for a suitable period of time?

0	No concentration difficulties
1	Mild problems with concentrating on reading
2	Mild problem with concentration on reading and watching TV/films
3	Marked problems concentrating on reading and watching TV/films
4	Unable to focus on any tasks

EK-5: Perimenopozal Depresyon Ölçeği (Meno-D)

Menopozda depresyonu belirlemek için bir derecelendirme ölçeği
Meno- D öz bildirim ölçeği olarak kişi tarafından veya bir klinisyen tarafından tamamlanabilir. Her bir öğe için genel referans noktası, bireyin menopoz öncesi düzeyi veya durumudur.

A: Enerjide Azalma	
Son 2 hafta içinde enerji düzeyinizin azaldığını farkettiniz mi? **Sorular yönlendir:** Aktivite sonrasında normalden daha yorgun hissettiniz mi? Yorgun olduğunuz için aktiviteniz azaldı mı? Aktivitenizi azaltmanıza rağmen genellikle yorgun hissettiniz mi? Sürekli yorgun hissi nedeniyle yapmanız gereken küçük işler (saç taramak vb) bile aksadı mı?	
0	Enerjide değişiklik yok, tüm gün aktif hissetme
1	Daha önceye göre aktiviteden sonra daha yorgun
2	Yorgunluk nedeniyle azalan aktivite
3	Dinlenmenin artması ve aktivitenin azalmasına rağmen genellikle yorgun hissetme
4	Küçük işleri (saç taramak vb) bile aksatma, sürekli olarak yorgun hissetme
B: Şüpheci Düşünce	
Son 2 hafta boyunca şüpheci düşüncenizin arttığını gördünüz mü? **Sorular yönlendir:** Kendinizi suçlu hissediyor musunuz? Başkalarının hakkınızda kötü şeyler düşündüğünden endişelendiniz mi? Başkalarının hakkınızda kötü düşündüğünden şüphelendiniz mi? Başkalarının hakkınızda olumlu düşünmediğini ve sizi değiştirmeye çalıştığına inandığınız oldu mu?	
0	Şüpheci düşünce yok
1	Başkalarının kötü düşündüğünden endişesinde artma
2	İş yerinde veya evdeki insanların kötü düşündüğünden şüpheli
3	Başkalarının hakkınızda olumlu düşünmediğini ve sizi değiştirmeye çalıştığına ikna olma
4	Başkalarının, size birçok yönden zarar vermek için aktif olarak plan yaptıklarına inanma
C: Sinirlilik	
Son 2 hafta boyunca kendinizi daha sinirli hissettiniz mi? **Sorular yönlendir:** Her zamankinden daha fazla rahatsız hissediyor musunuz? Küçük şeylerde/olaylarda kimseye çattınız mı veya kimseyle sürtüşme yaşadınız mı? Küçük olaylar karşısında büyük patlamalar yaşadınız mı ve gerçek öfke hissettiniz mi?	
0	Rahatsız olmamak
1	Hafif rahatsızlık
2	Küçük şeylere/olaylara karşı artan huzursuzluk/rahatsızlık
3	Küçük şeyler/olaylar karşısında sözlü patlamalar ve "patlama" ile ifade edilen öfke
4	Küçük şeyler/olaylar karşısında büyük sözel patlamalar ve öfke
D: Benlik saygısı	
Son 2 hafta boyunca özgüveniniz azaldı mı? **Sorular yönlendir:** Kendinizi her zamankinden daha kötü hissetiniz mi? Kendiniz hakkında gerçekten kötü hissettiniz mi? Kendinizi değersiz hissettiniz mi ve kendiniz hakkında olumsuz yorumlar yaptınız mı? Dünyanın siz olmadan daha iyi olacağına inandınız mı? Herhangi bir şekilde kendinize zarar verdiniz mi? İntihar düşünceleri yaşadınız mı? İntihar girişiminde bulundunuz mu?	
0	İyi benlik saygısı ya da benlik saygısında değişiklik yok
1	Benlik saygısında hafif azalma
2	Gerçeklik temeli olmayan kötü benlik saygısı
3	Belirgin kendini aşağılayan yorumlar ile birlikte tüm yaşam alanlarında çok düşük benlik saygısı
4	Öz-değer yok- Dünyanın sensiz daha iyi bir yer olacağına inanma noktasına gelme
E: Soyutlanma (izolasyon)	
Son 2 hafta boyunca sosyal olarak geri çekildiniz mi? **Sorular yönlendir:** Normal olarak sosyalleştiniz mi? Sosyalleşmeye daha az mı ilgi duyuyorsunuz? Sosyal olarak geri çekildiniz mi? Başkaları ile birlikteyken bile soyutlanmış hissettiniz mi?	
0	Normal sosyalleşme
1	Azalmış sosyalleşme
2	Sosyalleşmeye ilgisizlik
3	Sosyal ve mesleki çekilme
4	Başkalarıyla birlikte iken bile, "bir balonun içinde" gibi soyutlanmış hissetme

F: Anksiyete/Endişe	
Son 2 hafta içinde kaygı düzeyinizde artış oldu mu? **Sorular yönlendir:** Özellikle toplum içinde endişeli veya gergin hissettiniz mi? Yeni görev/iş/sorumlulukları yerine getirirken çok endişeli hissettiniz mi? Rutin veya alışılmış işleri tamamlarken çok endişeli hissettiniz mi? Normal gündelik şeyler yaparken panik atak geçirdiniz mi ve aşırı endişeli hissettiniz mi?	
0	Yeni bir kaygı yok
1	Toplum içinde artan endişe
2	Yeni iş/görev yaparken çok endişeli
3	Rutin ve alışılmış işi/görevi yaparken çok belirgin endişe
4	Sıradan ve alışılmış iş/görev yaparken oldukça endişeli ve panik atakları var
G: Somatik/Fiziksel Semptomlar	
Son 2 hafta süresince fiziksel semptomlar yaşadınız mı? **Sorular yönlendir:** Herhangi bir fiziksel yakınmanız oldu mu? Örneğin, i) Hafif hareket ile fiziksel ağrınız arttı mı? ii) Sık sık baş ağrısı ya da iii) aktivitenizi kısıtlayan eklem ve kas ağrısı yaşadınız mı? Aktivite yapmanıza engel olan şiddetli ve zayıflatıcı ağrı ve sızı yaşadınız mı?	
0	Fiziksel belirti yok
1	Egzersiz sırasında artan kas ağrıları, eklem ağrıları
2	Küçük bir hareket ile artan bacak, sırt ve eklem ağrıları
3	Sıklıkla aktiviteyi kısıtlayan baş, kas ve eklem ağrıları
4	Aktiviteyi engelleyen ve ağrının rahatlamasını gerektiren şiddetli ağrı ve sızı
H: Uyku bozukluğu	
Son 2 hafta boyunca uyku bozukluğu yaşadınız mı? **Sorular yönlendir:** Uykunuz nasıldı? Uykunuz kısa süreli bölündü ama kolayca uyuyabildiniz mi? Uykunuz her gece birkaç kez bölündü ve tekrar uykuya dalmak zor oldu mu? Sıcak basması ve terlemeden dolayı 2 ya da 3 kezden fazla uyandınız mı? Çoğu gece terleme, ateş basması ve bunu izleyen üşüme nedeniyle 2 saat ya da daha az uyudunuz mu?	
0	Uyku problemi yok
1	Uykunun her gece bir veya iki kez kısa süreli bölünmesi, ancak uykuya kolayca dalma
2	Uykunun her gece birkaç kez bölünmesi, ama kolayca tekrar uykuya dalma
3	Sıcak basması ve terleme nedeniyle gece üç veya daha fazla kez uyanma ve tekrar uykuya dalma zorluğu
4	Sürekli olarak gece iki veya daha az saat uyuma. Terleme, ateş basması ve bunu izleyen üşüme ile bütün gece uykunun bölünmesi
I: Ağırlık	
Kilo aldınız mı (menopoz öncesi kiloya kıyasla)? **Sorular yönlendir:** Kilonuz hiç değişti mi? Diyet veya egzersizde bir değişiklik olmamasına rağmen orta düzeyde bir kilo aldınız mı? Sıkı diyet ya da artan egzersize rağmen kilo almaya devam ettiniz mi? 6 kg veya daha fazla kilo aldınız mı?	
0	Ağırlıkta değişiklik yok
1	Hafif kilo alımı (1–2 kg
2	Diyet veya egzersizde herhangi bir değişiklik olmamasına rağmen orta düzeyde kilo alımı (3–6 kg)
3	Diyet kısıtlaması ve egzersiz artışına rağmen kilo alımı ve karın çevresinde yağ birikimi
4	Karın, meme, kalça ve uylukta yağ birikimi ile fazla kilo alımı (> 6 kg)
J: Cinsel ilgi	
Son 2 hafta boyunca cinsel isteğinizde azalma oldu mu? **Sorular yönlendir:** Cinsel isteğinizde bir değişiklik oldu mu? Cinsel isteğiniz önemli ölçüde azaldı mı? Azalmış cinsel isteğe ek olarak cinsel aktivite sırasında rahatsızlık duydunuz mu? Cinsel aktiviteye olan ilginizi kaybettiniz mi?	
0	Cinsel istekte değişiklik yok
1	Cinsel istekte hafif azalma var
2	Azalmış cinsel istek
3	Azalan cinsel istek ve cinsel aktivitede rahatsızlık
4	Tüm cinsel aktivitelere ilgi kaybı

K: Hafıza	
Son 2 hafta boyunca hafızayla ilgili herhangi bir zorluk yaşadınız mı? **Sorular yönlendir:** İsim ve numara gibi basit şeyleri hatırlamakta hafif sorunlarınız var mı? İşyerinde veya evdeki işleriniz için liste yapmaya ihtiyaç duyuyor musunuz? Hafıza sorunları herhangi bir işlev bozukluğuna veya bozulmaya neden oldu mu?	
0	Hafızada değişiklik yok
1	İsim ve sayıları hatırlamakta hafif problemleri var
2	İş yerinde veya evde işler için liste hazırlaması gerekir
3	İşlev bozukluğuna yol açan zayıflamış hafıza
4	İş görememeye neden olan ciddi hafıza kaybı
L: Konsantrasyon	
Son 2 hafta boyunca konsantre olmakta zorlandığınız oldu mu? **Sorular yönlendir:** Okumakta veya konuşma yapmakta zorlandınız mı? Bu sorunlar ne kadar şiddetliydi? Uygun bir zaman aralığında herhangi bir işe/göreve odaklanamadığınız oldu mu?	
0	Konsantrasyonda değişiklik yok
1	Okumaya odaklanmada hafif problemleri var
2	Okumaya ya da televizyon/film izlemeye odaklanmada hafif problemleri var
3	Okumaya ya da televizyon/film izlemeye odaklanmada belirgin problemleri var
4	Hiçbir işe odaklanamıyor

EK-6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Girişim Grubu)

Değerli Katılımcı,

"Cerrahi menopozdaki kadınlar için Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının yaşam kalitesine etkisi" adlı çalışma yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının cerrahi menopoza giren kadınların depresif belirti, uyku problemleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar, cerrahi menopoza giren kadınların yaşam kalitesinin iyileştirilebilmesi için yararlı bilgiler sağlayacaktır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Size hiçbir zararı olmayacak olan çalışmada bireysel yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimse ile paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde girişim grubuna dahil edileceksiniz. Size bu süreçte menopoza yönelik danışmanlık hizmeti verilecektir. Anket formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Araştırma süresince (ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 15. gün, 3. ay ve 6. ay) ortalama 15-20 dakikalık görüşmeler yapılacak ve anket formlarını yanıtlayacaksınız. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek veya sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katılmak isteğe bağlı olduğundan çalışmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde herhangi olumsuz bir sonuç olmayacaktır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılma hakkınız da bulunmaktadır. Araştırmayla ilgili her türlü soruyu aşağıda yer alan iletişim bilgilerinden bana ulaşarak sorabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Araştırmaya dahil olduğumda herhangi bir ücret almayacağımı biliyorum.

Gönüllünün;	Araştırmacının;
Adı Soyadı:	Adı Soyadı: Mehtap GÜMÜŞAY
İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:

EK-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Değerli Katılımcı,

"Cerrahi menopozdaki kadınlar için Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının yaşam kalitesine etkisi" adlı çalışma yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının cerrahi menopoza giren kadınların depresif belirti, uyku problemleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar, cerrahi menopoza giren kadınların yaşam kalitesinin iyileştirilebilmesi için yararlı bilgiler sağlayacaktır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Size hiçbir zararı olmayacak olan çalışmada bireysel yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimse ile paylaşılmayacaktır. Anket formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Araştırma süresince (ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 15. gün, 3. ay ve 6. ay) ortalama 15-20 dakikalık görüşmeler yapılacak ve anket formlarını yanıtlayacaksınız. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek veya sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katılmak isteğe bağlı olduğundan çalışmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde herhangi olumsuz bir sonuç olmayacaktır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılma hakkınız da bulunmaktadır. Araştırmayla ilgili her türlü soruyu aşağıda yer alan iletişim bilgilerinden bana ulaşarak sorabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Araştırmaya dahil olduğumda herhangi bir ücret almayacağımı biliyorum.

Gönüllünün;	Araştırmacının;
Adı Soyadı:	Adı Soyadı: Mehtap GÜMÜŞAY
İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:

EK-8: Perimenopozal Depresyon Ölçeği (Meno-D)'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması İçin Kullanım İzni

EK-9: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni

EK-10: Menopoz ve Yaşam Kitapçığı

MENOPOZ VE YAŞAM



Hazırlayanlar
Prof. Dr. Nevin ŞAHİN
Arş. Gör. Mehtap GÜMÜŞAY

EK-11: Otojenik Gevşeme Egzersizi Eğitimi Uygulayıcı Sertifikası



EK-12: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Mehtap Gümüşay-2702160269

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%16	%5	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%3
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
5	books.akademisyen.net İnternet Kaynağı	%1
6	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	%1
8	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	abakus.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Mehtap	**Soyadı**	Gümüşay
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	2021
Yük.Lis.	Ordu Üniversitesi	2016
Lisans	Marmara Üniversitesi	2012
Lise	Ordu Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	Medical Park Göztepe Hastanesi	2012-2012
2.	Hemşire	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-2013
3.	Araştırma Görevlisi	Ordu Üniversitesi	2013-2017
4.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	2017

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	Orta		72,5 (YDS)

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Uluslararası ve Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Gumusay, M., Erbil, N., & Demirbag, B. C. (2021). Investigation of sexual function and body image of pregnant women and sexual function of their partners. *Sexual and Relationship Therapy*, *36*(2-3), 296-310.

Acar, Z., **Gümüşay, M.,** & Şahin, N. H. (2021). Evli kadınların gebe kalmaya yönelik geleneksel inanç ve uygulamaları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(3), 215-227.

Kaydirak, M. M., **Gumusay, M.,** Gulec, Y., & Sahin, N. H. (2020). Parental opinions and approaches about childhood vaccinations: are anti-vaccination approaches and ındecisiveness parental rights?. *Journal of Community Health Nursing*, *37*(4), 222-232.

Gümüşay, M., Sarı, E., & Satılmış, İ. G. (2020). İnfertil çiftlerde cinsel yaşam ile ilgili araştırmaların sistematik derlemesi. *Androloji Bülteni*, *22*(2), 74-85.

Erbil, N., **Gümüşay, M.,** & Salman, E. Öğrenci hemşirelerin internet bağımlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *3*(1), 17-26.

Gümüşay, M., & Erbil, N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *2*(2), 96-109.

Erbil, N., & **Gümüşay, M.** (2018). Relationship between perceived social support and attitudes towards menopause among women and affecting factors. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, *4*(2), 7-18.

Gümüşay, M., & Erbil, N. (2016). Alternative methods in the management of menopausal symptoms. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, *2*(2), 20-25.

Kitap Bölüm Yazarlığı (Ulusal)

Gümüşay, M., & Şahin, N. H. (2019). "Menopozal Semptomların Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımı" Jinekoloji Hemşireliği. Şahin N. (Ed.). (ss:225-235). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2019, ISBN: 978-605- 258-589-4

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Gümüşay, M., Erbil, N. (2018). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul. 23-24 Mart 2018. (Sözel Bildiri)

Gümüşay, M., Sarı, E., Güngör, İ. (2018). İnfertil Çiftlerde Cinsel Yaşam İle İlgili Araştırmaların Sistematik Derlemesi. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul. 23-24 Mart 2018, pp.0340.

Gümüşay, M., Erbil, N. (2018). Gebelikte Gebeler ve Eşlerinin Cinsel Yaşamı. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul. 23-24 Mart 2018, pp.0517.

Gümüşay, M., Erbil, N., & Demirbag, B. C. (2017). Gebelikte Kadının Beden Algısının ve Eşlerin Cinsel Fonksiyonunun İncelenmesi. 5. Uluslararası ve 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara. 5-8 Kasım 2017, pp.0065.

Erbil, N., **Gümüşay, M.** (2016). The relationship between perceived social support and attitudes towards menopause of women. Poster presentation, Abstract-114, The 14th Congress-2nd Global Conference of the European Society of Contraception and Reproductive Health, Basel, Switzerland, 4-7 May, 2016,The European of Contraception & Reproductive Health Care. 2016; 21(Supp 1):95-96.

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Güleç, Y., Özer, Y., Ulutaş, M.S., Şahin, N., Kaydırak, M., **Gümüşay, M.** (2019). Ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına ilişkin görüş ve tutumları, Poster Bildiri-169, 18. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Kitabı, 25-27 Nisan 2019, Afyon.

Kaya, Z., **Gümüşay, M.,** Karaköse, D., Aydoğan, F., Demir, B., Değirmenci, F., Şahin, N. (2019). Toplumdaki evli kadınların gebe kalmaya yönelik kültürel inanç ve tutumları, Poster Bildiri-179, 18. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Kitabı, 25-27 Nisan 2019, Afyon.

Erbil, N., **Gümüşay, M.,** Salman, E. (2016). Öğrenci hemşirelerin internet bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörler, Poster Bildiri- 347, 15.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Poster Bildiri Kitabı, Osmangazi Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir.

Gümüşay, M., Alkan, M., Erbil, N. (2016). Öğrenci hemşireler hastane randevu sistemini biliyor mu? Kullanıyor mu? Poster Bildiri- 343, 15.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi

Poster Bildiri Kitabı, Osmangazi Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir.

Erbil, N., **Gümüşay, M.** (2016). Öğrenci hemşireler hemşirelik tanılarını kullanıyor mu? Poster Bildiri- 341, 15.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Poster Bildiri Kitabı, Osmangazi Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir.

Gümüşay, M., Ahçıoğlu, A., Erbil, N. (2016). Öğrenci hemşirelerin bilişim ürünlerinin hemşirelikte kullanımı hakkındaki görüşleri, Sözlü Bildiri- 119, 15.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Sözlü Bildiri Kitabı, Osmangazi Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir.

Gümüşay, M., Tekçe, Ş., Erbil, N. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin uzaktan eğitim hakkındaki görüşleri, Sözlü Bildiri- 98, 15.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Sözlü Bildiri Kitabı, Osmangazi Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir.

Gümüşay, M., Erbil, N. (2015). Menopoz sorunlarının yönetiminde alternatif yöntemler. Poster Bildiri-161, 15.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 10-12 Eylül 2015, Erzurum.

Serifika ve Kurslar

Otojenik Gevşeme Terapisi Eğitimi, Kim Psikoloji, 2019
Fertilite Yogası, Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği, 2019
Niteliksel Araştırma Yöntemleri, SASBİL, 2019
Elektronik Fetal Monitörizasyon (EFM) Kursu, Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği, 2018
Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Kursu, Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği, 2017
Alt Üriner Sistem Şikayetleri Olan Hastanın Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı Kursu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2017
Sağlık Çalışanları İçin Cinsel Sağlık Kursu, Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği, 2016