



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DR. MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ
EĞİTİM VE DANIŞMANLIK PROGRAMININ MENOPOZAL
GEÇİŞ SÜRECİNE ETKİSİ**

EMİNE ÇETİN ATAY

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN
PROF. DR. ELİF GÜRSOY**

Eskişehir, 2024



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DR. MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ
EĞİTİM VE DANIŞMANLIK PROGRAMININ MENOPOZAL
GEÇİŞ SÜRECİNE ETKİSİ**

EMİNE ÇETİN ATAY

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN
PROF. DR. ELİF GÜRSOY**

Eskişehir, 2024

ÖZET

Başlık: Dr. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Yapılandırılmış Eğitim ve Danışmanlık Programının Menopozal Geçiş Sürecine Etkisi

Amaç: Bu çalışma Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının menopozal geçiş sürecine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma ön test-son test randomize kontrollü yarı deneysel bir çalışma olarak Mayıs 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında Eskişehir il merkezinde bulunan Odunpazarı Belediyesi'ne bağlı dokuz halk merkezinde yürütülmüştür. Örneklemi 45-55 yaş arası 60 kadın (eğitim:30, kontrol:30) oluşturmuştur. Eğitim grubundaki kadınlara Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı uygulanmıştır. Eğitim grubundaki kadınlarla halk merkezlerinde yüz yüze dört görüşme yapılmıştır. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği (MİTÖ), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21 ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) kullanılarak halk merkezinde eğitim grubuna ilk görüşmede, 2. ayda ve 5. ayda, kontrol grubuna ise ilk görüşmede ve 5. ayda uygulanarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı-yüzde, ortalama-standart sapma, ki-kare testi, Pearson ki kare testi, Yates düzeltmesi, Fisher Exact test, bağımsız örneklem t testi, Mann-Whitney U Test, Friedman Testi, bağımlı gruplarda t testi ve tekrarlı ölçümlerde ANOVA uygulanmıştır.

Bulgular: Kadınların menopoza ilişkin tutumları olumlu ve reddetmeme eğilimindedir. Araştırmada eğitim grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre menopoza ilişkin tutum, depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesine ilişkin son testte alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının; kadınların menopoza ilişkin tutumlarını olumlu yönde arttırdığı, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda, Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının menopozal dönemdeki kadınların sorunlarını azaltmada ve bu sorunlarla başetmelerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Menopoz, Meleis'in Geçiş Teorisi, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Title: The Effect Of a Structured Education And Counseling Program Based On Dr. Meleis' Transition Theory On The Menopausal Transition Process

Objective: This study aimed to evaluate the effect of a structured education and counseling program based on Dr. Meleis' Transition Theory on the menopausal transition process.

Method: The research was conducted as a pretest-posttest randomized controlled quasi-experimental study between May 2023 and October 2023 in nine community centers affiliated with Odunpazarı Municipality in Eskişehir city center. The sample consisted of 60 women (education: 30, control: 30) aged 45-55. To the women in the education group, a structured education and counseling program was implemented according to Dr. Meleis's Transition Theory. Four face-to-face interviews were held with the women in the education group in community centers. Data; Personal Information Form, Attitudes Towards Menopause Scale (ATMS), Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) and Menopause-Specific Quality of Life Scale (MENQOL) were used for the education group at the community center at the first interview, at the 2nd month and at the 5th month, and at the control group at the first interview and collected at the 5th month. In the analysis of data; number-percentage, mean-standard deviation, chi-square test, Pearson chi-square test, Yates correction, Fisher Exact test, independent samples t test, Mann-Whitney U Test, Friedman Test, dependent groups t test and repeated measures ANOVA were applied.

Results: Women's attitudes towards menopause tend to be positive and non-rejecting. In the study, it was determined that there was a statistically significant difference between the mean scores of the women in the education group in the post-test regarding attitudes towards menopause, depression, anxiety, stress and menopause-specific quality of life compared to the control group ($p < 0.05$). The training and consultancy program structured according to Dr. Meleis's Transition Theory; It has been determined that it positively increases women's attitudes towards menopause, reduces depression, anxiety and stress levels and increases the quality of life.

Conclusion: The results of the study, it has been determined that the training and counseling program structured according to Dr. Meleis's Transition Theory is

effective in reducing the problems of women in the menopausal period and helping them cope with these problems.

Keywords: Menopause, Meleis's Transition Theory, depression, anxiety, quality of life



İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI	
ETİK BEYAN	
TEŞEKKÜR	
ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Menopoz.....	4
2.1.1. Menopozun tanımı	4
2.1.2. Menopozun evreleri (Klimakteryum dönemi)	4
2.1.3. Menopozun çeşitleri	5
2.1.3.1. Başlangıç yaşına göre menopoz	5
2.1.3.2. Oluş biçimine göre menopoz.....	5
2.1.4. Menopozal dönemde görülen değişiklikler.....	6
2.1.4.1. Vazomotor değişiklikler.....	6
2.1.4.2. Uyku düzeni değişiklikleri.....	7
2.1.4.3. Genito-Üriner sistem ve cinsel işlev değişiklikleri	7
2.1.4.4. Psikososyal değişiklikler	8
2.1.4.5. Kas iskelet sistemi değişiklikleri	8
2.1.4.6. Cilt, mukoza ve saç değişiklikleri	9
2.1.4.7. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri	9
2.2. Menopozal Dönemde Menopoza İlişkin Tutum.....	9
2.3. Menopozal Dönemde Depresyon, Anksiyete ve Stres	11
2.4. Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi	11
2.5. Menopozal Dönemde Hemşirelik Bakımı.....	13
2.5.1. Menopoz döneminde yaşanabilecek sorunlara yönelik öneriler	15
2.6. Geçiş Teorisi.....	18

2.6.1. Afaf İbrahim Meleis ve geçiş teorisi	18
2.6.2. Geçiş kavramı ve hemşirelik.....	19
2.6.3. Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı.....	34
3.2. Araştırmanın Türü	34
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
3.4. Araştırmanın Hipotezleri ve Değişkenleri.....	35
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.5.1. Örneklem dâhil edilme kriterleri	37
3.5.2. Dışlama kriterleri	37
3.6. Veri Toplama Araçları.....	39
3.6.1. Kişisel bilgi formu	39
3.6.2. Menopoza ilişkin tutum ölçeğı (MİTÖ).....	39
3.6.3. Depresyon, anksiyete, stres ölçeğı (DASÖ-21)	39
3.6.4. Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeğı (MÖYKÖ).....	40
3.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları	41
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	53
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	53
3.9.1. Güvenilirlik analizi sonuçları.....	55
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	56
3.11. Araştırmanın Bütçesi	56
3.12. Araştırmanın Uygulama Takvimi	56
4. BULGULAR.....	58
4.1. Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması	59
4.2. MİTÖ, DASÖ-21 ve MÖYKÖ Ölçeklerinden Alınan Alt Boyut ve Toplam Puanların Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	63
5. TARTIŞMA.....	76
5.1. Kişisel Bilgi Formu'ndan Elde Edilen Bazı Bulguların Tartışılması	77
5.2. Menopoza İlişkin Tutum Düzeyi Bulgularının Tartışılması.....	78
5.3. Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81
5.4. Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	82

5.5. Stres Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	84
5.6. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	94
8. EKLER DİZİNİ.....	112
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	
EK-2. Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği	
EK-3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği	
EK-4. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK- 5. Menopoz Dönemi Kadın Sağlığı Eğitim Kitapçığı	
EK-6. Discern Ölçüm Aracı	
EK-7. Eğitim İçeriği İçin Görüşü Alınan Uzmanların Görevli Olduğu Kurumlar	
EK-8. Randomizasyon Listesi	
EK-9. Etik Kurul Onay Formu	
EK-10. Kurum İzni Onay Formu	
EK-11. Dr. Afaf İbrahim Meleis İzni ve Önerileri	
EK-12. Ölçek Kullanım İzinleri	
EK-13. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları	
EK-14. Benzerlik Oranı	
9. ÖZGEÇMİŞ.....	145
10. YAYINLAMAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	148

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. DASÖ-21 puan değeriendirme tablosu	40
Tablo 3.2. DISCERN ölçüm aracı değeriendirme sonuçları	43
Tablo 3.3. Menopozal dönemde olan kadınlar için geçiş sürecinin özelliklerini destekleyen eğitim ve danışmanlık programı	44
Tablo 3.4. Menopozal dönemde olan kadınlar için geçiş durumlarını destekleyen eğitim ve danışmanlık programı.....	45
Tablo 3.5. Menopozal dönemde olan kadınların yanıt şekillerini destekleyen eğitim ve danışmanlık programı.....	46
Tablo 3.6. Menopozal dönemde olan kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı	48
Tablo 3.7. Verilerin değeriendirilmesinde kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri.....	54
Tablo 3.8. Ölçüm araçlarına ilişkin Cronbach Alpha değerieleri.....	55
Tablo 4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	59
Tablo 4.2. Kadınların menopozal döneme ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	61
Tablo 4.3. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların MİTÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı	63
Tablo 4.4. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların DASÖ-21 alt boyut puan ortalamalarının dağılımı	65
Tablo 4.5. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı	68
Tablo 4.6. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği maddelerine evet yanıtını veren eğitim ve kontrol grubundaki kadınların dağılımı.....	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavram Haritası.....	23
Şekil 3.1.	Araştırmanın consort akış şeması.....	38
Şekil 3.2.	Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının kavramsal çerçevesi	47
Şekil 3.3.	Araştırmanın uygulama şeması	52



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CONSORT	: Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials)
DASÖ	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
DISCERN	: Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri (Quality Criteria for Consumer Health Information)
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
EMAS	: European Menopause and Andropause Society
E2	: Estradiol
ESOGÜ	: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
FSH	: Folikül Uyarıcı Hormon
FTSA	: Farkındalık Temelli Stres Azaltma
GESFA	: Göçmen Erkeklerin Sağlıklarına Yönelik Farkındalıklarını Arttırma
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
LH	: Luteinize Edici Hormondaki
MİTÖ	: Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği
MÖYKÖ	: Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
NAMS	: North American Menopause Society
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence
RCOG	: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
TJOD	: Türkiye Jinekolojik ve Obstetrik Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Menopozal dönem kadınların hayatındaki en önemli geçiş-kriz dönemlerinden biridir (Meleis, 2010). Bu dönemde hem fiziksel hem psikososyal yönden değişikliklerin olması nedeniyle, menopoz dönemi birçok yönden ele alınması gereken bir dönemdir. Menopoz, over yetmezliği sebebiyle östrojen hormonundaki azalma sonucu menstrüel siklusun kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanmaktadır (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2018). TÜİK kaynakları, kadınların doğuştan beklenen yaşam süresini 81.3 olarak belirtmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021). Kadınlar yaşamlarının en az üçte birini menopoz döneminde geçirdiğinden dolayı, kadınların yaşamında menopozal döneminin yeri ve önemi artmaktadır (Armand vd., 2017; Behnia-Willison vd., 2017; Yanikkerem vd., 2018).

Menopozal dönemde meydana gelen over fonksiyonlarının azalması nedeniyle ve hormonal düzensizliklere bağlı olarak kadınlarda bazı değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Bu dönemde kadınlarda ateş basması, gece terlemeleri, çarpıntı ve baş ağrısı gibi vazomotor değişiklikler; uyku düzeni bozuklukları, kilo artışı, kas ve eklem sistemi rahatsızlıkları, cilt ve saç problemleri, kardiyovasküler sistem hastalıkları gibi fiziksel değişiklikler; alınganlık, kendini beğenmeme, özgüven kaybı, huzursuzluk, yorgunluk, anksiyete, stres, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, depresyon gibi psikolojik değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Ürogenital şikayetler olarak da üriner sistem enfeksiyonları, üreme organlarında atrofi, vajinal kuruluk, disparoni, cinsel istekte azalma ve stres inkontinansı görülebilmektedir (Mehaseb vd., 2018; Converso vd., 2019; Gönenç & Koç, 2019; Çelikkanat & Sohbət, 2020, Kurt & Arslan, 2020; Çakır vd., 2022).

Kadınların bazıları menopozal dönemde yaşadıkları bu değişimleri menopozun normal bir süreci olarak görebilmektedir. Bu nedenle bu değişiklikleri benimseyip baş etme yöntemleri geliştirirken, bazı kadınlar daha olumsuz olarak algılayıp ciddi problemler yaşayabilmekte ve sürece daha zor uyum sağlayabilmektedir (Erbil, 2018). Yaşanan sorunların süresinin ve şiddetinin kadından kadına değişiklik göstermesinin birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler arasında, kadınların içinde yaşadığı kültür ve çevresi, menopoza giriş şekli ve menopoz yaşı gibi genetik faktörler; göç ve depresyon gibi psikolojik faktörler; genel sağlık durumu, menopoza ilişkin bilgisi ve tutumu sayılabilmektedir (Tümer & Kartal, 2018; Gönenç & Koç, 2019; Çelikkanat & Sohbət, 2020; Kurt & Arslan, 2020; Smail vd., 2020).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınların %54,1'inin menopoza karşı olumsuz tutum içinde olduğu bildirilmektedir (Erbil, 2018). Kadınların menopoza yönelik tutumları menopozal döneme uyumlarını ve menopozal şikâyetlerle baş etmelerini etkileyebilmektedir (Gönenç & Koç, 2019). Literatürde menopoz şikâyetlerinin menopoza yönelik tutumlardan etkilendiği, olumsuz tutumların menopoz şikâyetlerini arttırdığı bildirilmektedir (Şentürk Erenel vd., 2015; Alan vd., 2016; Gözüyeşil vd., 2018; Tümer & Kartal, 2018; Gümüşay & Erbil, 2019). Menopozal dönemde olan kadınlarla yapılan çalışmalarda, kadınlarda anksiyete düzeylerinin önemli ölçüde arttığı (Karmakar vd., 2017; Mulhall vd., 2018) ve kadınların %26 ile %75 oranında stres yaşadıkları (Nosek vd., 2010; Sarveswaran vd., 2021) belirtilmektedir. Menopozal dönemde kadınların beden imajında meydana gelen tüm değişikliklerin ve ortaya çıkan problemlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği de vurgulanmaktadır (Erkin vd., 2014).

Kadınların, yaşamını olumsuz etkileyen bu dönemi olumlu ve rahat geçirebilmeleri için bu dönemde ortaya çıkan şikâyetlerle baş etme yöntemlerini öğrenmeleri önem teşkil etmektedir. Özellikle yaşam süresinin uzadığı (70-80 yaş) ve kadınların yaşamının 1/3'nü menopozda geçirdiği göz önünde bulundurulduğunda “menopoza geçiş” sürecinin iyi yönetilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca her kadın benzer şikâyetleri yaşamakla birlikte kadından kadına şikâyetler farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle bu geçiş döneminde kadının bireysel baş etme yöntemlerini ele almak ve baş etmesini güçlendirmek önem kazanmaktadır (Atan & Yiğitoğlu, 2015; Tümer & Kartal, 2018; Çelikkanat & Sohbet, 2020).

Geçiş; literatürde insan hayatında bir durumdan başka bir duruma ya da bir statüden diğer bir statüye geçiş, zaman aralığı, süreç ve algı olarak tanımlanmaktadır (Im & Meleis, 1999). Yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan geçiş, yeni rol ve sürece adapte olmayı gerektirmektedir (Schumacher & Meleis, 1994). Bu geçiş kişilerin güncel yeni bilgiler öğrenmesini, eski davranışlarını değiştirmesini ve kendini tekrar tanımlamasını gerektirmektedir (Meleis vd., 2000). Menopozal dönemde geçişin başarılı bir şekilde gerçekleşmesi için, kadınların bu sürece uyumunun ve teoriler rehberliğinde eğitimlerin planlanması ve uygulanması sağlanmalıdır (Bekmezci vd., 2016). Planlanacak eğitim ve danışmanlığın yapılandırılmış bir programa ve rehberlere göre hazırlanması, ulaşılabilir ve anlaşılabilir olmasıyla sürekliliğin sağlanması açısından önem kazanmaktadır (Sereshti vd., 2016).

Menopozal dönemde olan kadınların ihtiyaçlarını ve yaşayabilecekleri sorunları tespit etmek, tanımlamak ve sağlıklarını geliştirmeye yönelik eğitimler planlamak ve hemşirelik hizmetleri içerisinde yer almasını sağlamak, kadın sağlığı hemşirelerinin sorumlulukları arasında yer alması gerekmektedir (Meleis, 2010). Menopozal dönemde olan kadınlarla yapılan çalışmalarda sağlık eğitimi ile bütünleşmiş eğitim ve danışmanlık programları sıklıkla kullanılmaktadır (Gönenç & Koç, 2019; Öztürk Eyimaya, 2019; Orhan & Yağmur, 2020; Aydın & Kavak Budak, 2023; Denizhan Kırca, 2022; Aslan Demirtaş, 2024). Türkiye’de Meleis’in Geçiş Teorisi’ne temellenerek yapılan bazı çalışmalar bulunmakta ve bu çalışmalarda Dr. Meleis’in teorisine temellendirilmiş eğitim ve danışmanlık programının etkili olduğu belirtilmektedir (Güleç Satır, 2015; Körükçü, 2015; Öztürk Eyimaya, 2019; Türk Düdükcü, 2019; Gül, 2021; Korkmaz, 2022).

Ancak ülkemizde menopozal dönemde Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’nin kullanıldığı yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışma Öztürk Eyimaya (2019)’nın Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre hazırlanan, yaşam kalitesine yönelik ve girişimsel olarak yaptığı çalışmadır. Bu çalışmanın da yalnızca yaşam kalitesini ele alması ve menopoz döneminin diğer yönlerini ele almaması ve başka bir çalışmaya da rastlanmaması nedeniyle eksik olan bu alana bilimsel katkı sağlamak amacıyla; Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre menopozal dönemde olan kadınların menopoza ilişkin tutumları, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve yaşam kalitelerini incelemek amaçlanmıştır. Bu nedenle bu araştırma; Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının menopozal geçiş sürecine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz

2.1.1. Menopozun tanımı

Kadınların hayatındaki önemli dönüm noktalarından biri olan menopoz, overlerde hormon düzeylerinin azalması ve folikül üretme fonksiyonunun kaybolması sonucu ortaya çıkan fizyolojik bir süreçtir (Mehaseb vd., 2018; Gebretatyos, 2020). Bu dönem kadınların üreme yeteneğinin bittiği bir dönem olmakla birlikte, kadın hayatının birçok yönden olumsuz olarak etkilendiği bilinmektedir (Erbaş & Demirel, 2017; Büyükkaplan vd., 2020).

Literatürde Dünya’da menopoz yaşı ortalaması 51 olarak belirtilirken (North American Menopause Society, 2024a), ülkemizde yapılan çalışmalarda 47-49 yaş olarak belirtilmektedir (Abiç, 2021; DüNDAR & Aksu, 2021; Tek Gökçer, 2022; Özgen & Saka, 2022; Zorlu vd., 2022; Aksel, 2023; Yaşar & Yeyğel, 2023).

2.1.2. Menopozun evreleri (Klimakteryum dönemi)

Menopozal dönem premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere dört evreye ayrılmaktadır. Tüm bu evreleri içine alan süreç ise klimakteryum dönemi olarak isimlendirilmektedir (Taşkın, 2016; Hotun Şahin, 2017; World Health Organization, 2022).

Premenopozal dönem: DSÖ’nün tanımına göre; menopozdan önceki 2-6 yıllık süreye premenopozal dönem adı verilmektedir. Bu dönemde menstruasyon düzensizlikleri ve ateş basmaları gibi belirtiler görülmektedir (Taşkın, 2016; Hotun Şahin, 2017).

Menopoz: Over fonksiyonlarının durması sonucu menstruasyonun kalıcı olarak kesilmesi anlamına gelmektedir (WHO, 2022).

Perimenopozal dönem: Menstruasyon düzensizliklerinin ilk görüldüğü andan itibaren son adet döneminden bir yıl sonraya kadar devam eden dönem perimenopozal dönem olarak adlandırılmaktadır (WHO, 2022).

Postmenopozal dönem: Perimenopozal dönemden sonraki 6-8 yıllık süreye postmenopozal dönem adı verilmektedir. Postmenopozal dönemde over fonksiyonları

tamamen durmuş ve doğurganlık ortadan kalkmıştır (Taşkın, 2016; Hotun Şahin, 2017; WHO, 2022).

Klimakteryum dönem, kadınların yaşamında bir geçiş sürecini ifade etmektedir (Taşkın, 2016). Kadın hayatında 40-45 yaşlarında başlayan bu dönem, 65 yaşa kadar devam etmektedir (Taşkın, 2016). Bu dönemde üremenin sona ermesiyle birlikte doğurganlık yeteneği kaybolmakta, over fonksiyonlarının durmasıyla biyolojik ve psikososyal semptomlar ortaya çıkmaktadır (Silva vd., 2016; Karakuş & Yanikkerem, 2016; Hotun Şahin, 2017).

2.1.3. Menopozun çeşitleri

2.1.3.1. Başlangıç yaşına göre menopoz

Erken (Prematür) menopoz: Over yetmezliği sonucu 40 yaşından önce bilinmeyen nedenlerle menstrual kanamalarının durmasıdır. Literatürde erken menopoza giren kadınların yaklaşık %8 olduğu belirtilmektedir. Overlerin alınması, hipotiroidizm, radyasyona maruz kalma, obezite, sık aralıklarla gebe kalma, kürtaj, düşüklerin olması, uzun süre emzirmeme ve genel sağlık durumunun kötü olması erken menopoza girme nedenleri arasında yer almaktadır (Hotun Şahin, 2017).

Normal menopoz: Kadınların menstrual kanamalarının 45-54 yaş aralığında sona ermesi olarak tanımlanmaktadır (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2014; Hotun Şahin, 2017).

Geç menopoz: Kadınların menstrual kanamalarının 55 yaşından sonra da devam etmesi olarak tanımlanmaktadır (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2014).

2.1.3.2. Oluş biçimine göre menopoz

Doğal/Spontan menopoz: Kadınların herhangi bir cerrahi ya da tıbbi bir girişim olmadan menstrual kanamalarının kesilmesi ve takip eden 12 ay boyunca kanamalarının devam etmemesi olarak adlandırılmaktadır (Hotun Şahin, 2017).

Cerrahi menopoz: Herhangi bir sebepten dolayı overlerin alınması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bu cerrahi işlem sonrasında menstruasyon kanamaları kalıcı olarak durmaktadır (Taşkın, 2016; Hotun Şahin, 2017).

2.1.4. Menopozal dönemde görülen değişiklikler

Menopozal dönemde olan kadınlarda östrojen eksikliği nedeniyle vazomotor, fiziksel, psikososyal ve cinsel sorunlar görülebilmektedir. Bu sorunlar ateş basması, gece terlemeleri, çarpıntı, baş ağrısı gibi vazomotor değişiklikler; uyku bozuklukları, cilt görünümünde değişiklik, kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları gibi fiziksel değişiklikler; üreme organlarında atrofi, cinsel istekte azalma, vajinal kuruluk, ağrılı cinsel ilişki, idrar kaçırma gibi ürogenital değişiklikler; sinirlilik, depresyon gibi ruhsal problemler; dikkat dağınıklığı, unutkanlık, halsizlik ve kardiyovasküler sistem hastalıklarını içerebilmektedir (Mehaseb vd., 2018; Converso vd., 2019; Çakır vd., 2022).

Menopozal dönemdeki kadınlarda görülebilecek belirtilerin sıklığı ve şiddeti; kadının menopoz yaşına, menopoza girme şekline, eğitim düzeyine, mesleğine, fiziksel veya ruhsal sorunların varlığına, ekonomik bağımsızlığına, gelir düzeyine, evlilik uyumuna, medeni durumuna, çocuklarının sayısına, ailenin büyüklüğüne, menopozla ilgili bilgi ve tutumuna, içinde yaşadığı kültüre, kadının toplumsal cinsiyet rollerine ve toplumun kadına verdiği değere göre değişiklik gösterebilmektedir (Ertekin Pınar vd., 2015; Gönenç & Koç, 2019).

2.1.4.1. Vazomotor değişiklikler

Sıcak basması, gece terlemesi ve terleme vazomotor değişiklikler arasında yer almaktadır. Özellikle premenopozal dönemdeki kadınlarda, hormonol dalgalanmalar ve düzensizlikler sonucu, sıcak basması ve gece terlemeleri en sık karşılaşılan değişiklikler arasında yer almaktadır (Avis vd., 2015; Hotun Şahin, 2017; Nappi vd., 2021). Bu değişikliklerin nedeni menopozal dönemde meydana gelen vazodilatasyon ve vazokonstriksiyondur. Estradiol (E2) seviyelerinin düşük ve folikül uyarıcı hormon (FSH) seviyelerinin yüksek olması sonucu vazomotor değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Sarri vd., 2017; Thurston, 2018). Vazomotor değişikliklerin görülme oranı ülkelere, kültürlere ve ırka göre farklılık gösterebilmektedir (Avis vd., 2015; Hotun Şahin, 2017; Nappi vd., 2021).

Sıcak basmaları ve gece terlemeleri orta yaştaki kadınların %70'inden fazlasında menopoza geçiş sırasında ortaya çıkabilmekte ve kadınların üçte biri bu belirtileri çok sık ya da şiddetli olarak yaşayabilmektedir. Sıcak basması, göğsün üst bölgesinde ve yüzün ortasında aniden ısı hissiyle, hem gündüz hem de gece tekrarlı bir şekilde ortaya

çıkmaktadır. Özellikle sıcak basması ile beraber görülen aşırı terleme, endişe ve çarpıntı durumu kadınların yaşam aktivitelerini sınırlayabilmektedir. Geceleri meydana gelen terleme ve sıcak basması genellikle kadınlarda uykusuzluğa ve yorgunluğa yol açabilmektedir. Genellikle menopozdan önceki iki yıl içinde sıcak basması ve gece terlemeleri belirgin şekilde artabilmekte ve bir yıl içinde en şiddetli seviyesine ulaşabilmektedir (Sarri vd., 2017; Nappi vd., 2021).

Yapılan bir çalışmada, sıcak basmasının genellikle 40-60 yaş arası kadınlarda görüldüğü ve kadınların %87'sinin her gün sıcak basması yaşadığı belirtilmektedir. Ayrıca, her dört kadından üçünün menopozal döneme yönelik sorunlarının olduğu, en fazla yaşanan sorunlar arasında sıcak basması ve gece terlemelerinin yer aldığı belirtilmiştir (Dündar & Aksu, 2021).

2.1.4.2. Uyku düzeni değişiklikleri

Uyku sorunları menopoza geçiş yapan kadınların en önemli şikâyetlerinden biri olabilmektedir (Baker vd., 2018). Uyku sorunları genellikle perimenopozun sonlarında zirve yapmakta ve postmenopoza kadar devam edebilmektedir (Smith vd., 2018). Uyku bozuklukları vazomotor semptomlarla direk ilişkili olup, ateş basması ve gece terlemesini şiddetli yaşayan kadınlarda gece sık uyanma görülebilmektedir (Gözüyeşil & Başer, 2016). Bu nedenle uyku bozukluklarının ortadan kaldırılması, vazomotor semptomların, depresyon, anksiyete ve stres gibi sorunların da azalmasını sağlayabilmektedir (Aksoy Can, 2022). Uyku sorunları premenopozal kadınlarda %16 ve %42, perimenopozal kadınlarda %39 ve %47 ve postmenopozal kadınlarda ise %35 ve %60 arasında değişebilmektedir (Laudisio vd., 2021).

2.1.4.3. Genito-Üriner sistem ve cinsel işlev değişiklikleri

Menopozal dönemde olan kadınlarda meydana gelen over fonksiyonlarında değişiklik nedeniyle; östrojen, androjen, progesteron ve testosteron hormonunun azalması sonucunda; cinsel istekte azalma, cinsel ilişki sıklığında ve genital organ duyarlılığında azalma, lubrikasyon kaybı, vajinal kuruluk, cinsel uyarılma, fantezi ve orgazm güçlüğü gibi cinsel problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu tür problemler kadınlarda cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olabileceği için, kadınlarda cinsel ilişkiden kaçınmayla sonuçlanabilmektedir. Ancak düzenli seks hayatı olan kadınlarda bu tür problemlerin daha az görüldüğü belirtilmektedir (Karakuş & Yanikkerem, 2016;

Thomas & Thurston, 2016; Karakoç vd., 2017; Martins vd., 2018; Nazarpour vd., 2018; NAMS, 2024).

Çalışmalarda menopozal dönemde cinsel problem görülme sıklığının %50-86,5 arasında olduğu belirtilmektedir (Islam vd., 2018; Nazarpour vd., 2018; Heidari vd., 2019). Postmenopozal dönemdeki kadınlarla yapılan araştırmada, kadınların %76,1'inde en çok cinsel istekte azalma olduğu belirtilmiştir (Jafarbegloo vd., 2019). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, araştırmaya katılan kadınların üçte ikisinin menopoza karşı olumsuz tutuma sahip olduğu ve kadınların artan olumsuz tutumlarının cinsel işlevlerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Gözüyeşil vd., 2021).

2.1.4.4. Psikososyal değişiklikler

Menopozal dönem, kadınlarda fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikososyal değişikliklerin de meydana geldiği bir dönemdir (Willi & Ehlert, 2019). Menopozal döneme geçiş sürecinde kadınlardaki östrojen yetersizliği nedeniyle meydana gelen adet düzensizlikleri, yoğun menstruasyon kanamaları depresyon, anksiyete, stres ve uyku bozuklukları gibi psikososyal sorunları da beraberinde getirebilmektedir (Özcan & Kızılkaya Beji, 2014). Yapılan çalışmalarda menopozal dönemde görülen psikososyal değişiklikler; kendini endişeli, gergin, üzgün hissetme, depresyon, anksiyete, kaygı durumu, çok çabuk öfkelenme, karar vermede zorlanma, duygusal iniş-çıkışlar, dikkat dağınıklığı, baş dönmesi, ajitasyon, uykusuzluk, yorgunluk, huzursuzluk, panik olma ve hayatından memnun olmama gibi durumlar olarak belirtilmektedir (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2013; Özcan & Oskay, 2013; Taşkın, 2016).

Diğer yandan östrojen hormonu nöroprotektif ve nörotrofik etkilere sahip olduğundan bilişsel işlevlerle ve hafızayla da yakından ilişkilidir. Bu nedenle menopozdan sonra kadınlarda bellek sorunları yaşanabilmektedir. En yaygın olarak konsantrasyon problemi, hafıza kaybı, unutkanlık ve beyin sisi görülmektedir (Gava vd., 2019; Conde vd., 2021).

2.1.4.5. Kas iskelet sistemi değişiklikleri

Postmenopozal dönemde olan kadınlarda en çok karşılaşılan değişiklikler arasında osteoporoz, kas eklem ağrıları ve hareketlerde azalma yer almaktadır (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2013). Kemik, östrojenle ilgili önemli bir dokudur. Östrojen yaşam boyu kemik minerallerin oluşumunda ve devamında güçlü bir rol oynamaktadır.

Menopoz döneminde yaşın ilerlemesine ve östrojen eksikliğine bağlı olarak kemik yoğunluğunda azalma görülebilmektedir. Azalan kemik yoğunluğu motor hareketlerde azalmaya, eklem ve kas ağrılarına, esneklikte azalmaya, osteoporoza, omurga, kalça ve el bileğinde kırılma riskinde artışa neden olabilmektedir (Monteleone vd., 2018; Gosset vd., 2021).

2.1.4.6. Cilt, mukoza ve saç değişiklikleri

Menopozal dönemde östrojen düzeyindeki azalmayla birlikte ciltte yapısal değişiklikler meydana gelebilmektedir. Ciltte incelmeye, cilt altı yağ dokusunda gerileme, lekelerde artma, elastikiyenin kaybolmasıyla birlikte ciltte kuruluk gibi değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Bu durum cildin hızlı yaşlanmasına, ciltte meydana gelen kırışıklığın, kuruluğun ve incelmenin artmasına yol açabilmektedir. Melanosit seviyesindeki azalma ciltte eşitsiz renk dağılımına neden olabilmektedir. Östrojen kaybına bağlı mukozanın patojenlere karşı geçirgenliği artabilmekte, mukozal hassasiyet ve iyileşmede gecikmeler ortaya çıkabilmektedir. Menopozal dönemdeki kadınlarda saç dökülmesi ise alın ve saçın tepe bölgesinde incelmelerle kendini gösterebilmektedir (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2013; Monteleone vd., 2018).

2.1.4.7. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri

Menopoz sonrası kadınlarda başlıca ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir (Pardhe vd., 2017; Africa vd., 2019). Üreme döneminde kadınlar östrojen hormonunun olumlu etkisiyle kardiyovasküler hastalıklara karşı korunmaktadırlar. Menopozal dönemle birlikte azalan östrojen seviyesiyle lipid metabolizmasındaki farklılıklar kadınları kalp damar rahatsızlıklarına yatkın hale getirmektedir. Östrojen seviyesindeki yetersizlikle birlikte total kolesterol seviyesinin artması damar sertliğine yol açarak koroner kalp rahatsızlıkları için önemli bir risk oluşturabilmektedir (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2013; Monteleone vd., 2018). Hildreth ve arkadaşları (2018) kan basıncının, nabız sayısının, ortalama arter basıncının ve arteriyel sertliğin menopozun evreleri boyunca arttığını belirtmiştir (Hildreth vd., 2018).

2.2. Menopozal Dönemde Menopoza İlişkin Tutum

Tutum; kişiye, çevreye ya da olaylara ait duyguları, düşünceleri, davranışları ve bakış açısını düzenleyen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bireyin o ana kadar öğrenmiş olduğu bilgiler, kişisel yaşantıları ve deneyimleri, içinde yaşamış olduğu

çevre ve bir şeye karşı hissettiği duygular, düşünceler o şeye olan tutumunu belirlemektedir (Koyuncu vd., 2015).

Menopozal döneme geçişin başarılı bir şekilde gerçekleşmesinde kadınların değişikliklere karşı tutumu ve deneyimi belirleyici rol oynamaktadır (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2014; Converso vd. 2019). Kadınların menopozal dönemde karşılaşılabilecek değişikliklere hazırlıklı olması, şikâyetlerinin sıklığı, süresi ve yaşam kalitesi menopoza ilişkin bakış açıları açısından önemlidir (Gönenç & Koç, 2019). Kadınların menopoza yönelik tutumunun olumlu ya da olumsuz olması, kadınların menopozal semptomlarını da etkileyebilmektedir. Örneğin, menopozu “yaşlanmanın başlangıcı” ya da “cinselliğin bitmesi” olarak gören kadınlar, menopozal semptomları daha fazla yaşarken, aile ve toplum içinde karar verme yetkisi olan kadınların, bu semptomları daha az yaşadığı belirtilmektedir (Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2014).

Literatür incelendiğinde; kadınların menopoza ilişkin tutumlarının, sosyodemografik özelliklerinden, yaşadığı çevresel ve kültürel farklılıklardan, menopozal semptomlarının şiddetinden ve menopozu algılama biçimlerinden etkilendiği belirtilmektedir (Hakimi vd., 2016; Jamali vd., 2016; Erbaş & Demirel, 2017; Tümer & Kartal, 2018; Gümüşay & Erbil, 2019; Dünder & Aksu, 2021). Li ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada postmenopozal dönemde olan kadınların premenopozal kadınlara göre menopoza ilişkin daha olumlu yönde tutum sergilediği belirtilmektedir (Li vd., 2016). Ülkemizde 45-60 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada; kadınların üniversite mezunu olması ve menopoza yönelik bilginin sağlık personelinin alınmasının, kadınların menopoza ilişkin tutumlarını olumlu yönde arttırdığı ve menopozal şikâyetlerini azalttığı saptanmıştır (Yaşar & Yeygel, 2023). Literatürde, menopoza ilişkin tutumu olumlu olan kadınların menopoza yönelik şikâyetlerinin daha az olduğu, menopoza ilişkin tutumu olumsuz olan kadınların ise menopozal şikâyetlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Ghazanfarpour vd., 2015; Erbaş & Demirel, 2017; Fışkın vd., 2017; Mehaseb vd., 2018; Tümer & Kartal, 2018; Gümüşay & Erbil, 2019). Ayrıca yapılan çalışmalarda menopoza ilişkin tutumu olumlu yönde arttırmak için, kadınlara premenopozal dönemde menopoza yönelik eğitim ve danışmanlık yapılması gerektiği belirtilmiştir (Tümer & Kartal, 2018; Gümüşay & Erbil, 2019). Menopozal dönemde yaşanabilecek sorunlara yönelik öneriler ve baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilerek kadınların menopoza ilişkin tutumları olumlu yönde geliştirilebilir ve yaşam kaliteleri artırılabilir. Böylece

kadınların menopozal dönemde yaşadığı sağlık problemleri azaltılarak bu sürecin doğru yönetimiyle kadın sağlığının geliştirilmesine olanak sağlanacağı belirtilmektedir (Yaşar & Yeygel, 2023).

2.3. Menopozal Dönemde Depresyon, Anksiyete ve Stres

Menopozal dönemde sıklıkla yaşanan ruhsal sorunların başında depresyon, anksiyete ve stres gelmektedir (Weber vd., 2013; Jehan vd., 2015). Kandaki östrojen düzeyinin azalması sonucunda serbest triptofan seviyesinin düşmesi, depresyonla ilişkili olan serotonin düzeyinin azalmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle menopozal dönemde ortaya çıkan depresyon, anksiyete ve stresin hormonal değişikliklerden ve bu değişikliklerin meydana getirdiği menopozal semptomlardan kaynaklandığı belirtilmektedir (Özdemir vd., 2020).

Menopozal dönemde depresyon, anksiyete ve stresin ortaya çıkmasında, depresif bozukluk öyküsü, kişilik özellikleri, baş etme becerilerinin yetersiz olması, benlik saygısının düşük olması, sosyal destek yetersizliği, eğitim ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması, hormon düzeyindeki değişiklikler, aile ve sosyal çevre ile olumsuz ilişkilerin kurulması, düzensiz beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının olmaması, kadınların ve toplumun menopoza karşı olumsuz tutumu rol oynamaktadır (Im vd., 2016; Armand vd., 2017; Yazdanpanahi vd., 2018; Ali vd., 2020).

Literatürde menopozal dönemde olan kadınlarla yapılan çalışmalarda; menopozal döneme girdikten sonra, kadınlarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığının önemli oranda arttığı ve yaşam kalitelerinin azaldığı belirtilmektedir (Li vd., 2016; Karmakar vd., 2017; Mulhall vd., 2018). Menopozal dönemde olan kadınların psikolojik problemlerle baş etmeleri için duygudurum değerlendirmesine fırsat verilmesi, gerekli tedavilerin planlanmasında kadınların kişilik özellikleri ve gereksinimlerine dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (NAMS, 2018). Hafif depresif belirtileri olan kadınlara psikoterapi önerilirken, orta ve şiddetli depresif belirtileri olan kadınlara psikoterapiye ek olarak farmakolojik tedavi de önerilmektedir (Öskan Fırat & Aslan, 2022).

2.4. Menopozal Dönemde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişinin kendi hayatını yorumlamasındaki kişisel algı, his ve biliş durumunun tümü olarak ifade edilmektedir (Taebi vd., 2018). Yaşam kalitesini DSÖ “Bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve amaçları,

beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algıları” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022). Yaşam kalitesi kavramı, bireyin psikolojik durumundan, beden sağlığından, toplumsal ilişkilerinden, inançları ve çevresi gibi birçok faktörden etkilendiği için bireylerin sağlık durumunun belirlenmesinde önemli bir ölçüm biçimi olarak kullanılmaktadır (Ceylan & Özerdoğan, 2014). Bu nedenle, bir toplumun sağlığının yükseltilmesi için menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gerekmektedir (Mathew vd., 2020).

Menopoz, bir kadının yaşamında üreme yeteneğinin sona ermesinin yanı sıra birçok bedensel, vazomotor, psikolojik ve cinsel şikâyetlerle de ilişkili olan önemli bir yaşam dönemidir (AlDughaiter vd., 2015). Kadınların %80’inden fazlası, premenopozal dönemde karşılaştıkları birçok sorun nedeniyle fiziksel ya da psikolojik semptom yaşamakta ve bu durum kadınların yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Erbil, 2018; Sun vd., 2018; Koirala vd., 2020). Ayrıca menopozal dönemde görülen semptomların sıklığının ve şiddetinin de kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Pinkerton vd., 2016; Hildreth vd., 2018). Kupcewicz ve arkadaşlarının Polonya’da yaptıkları bir çalışmada; menopoz semptomlarının sıklığı ve şiddeti ne kadar fazla ise yaşam kalitesinin o kadar azaldığı, menopoz semptomlarının şiddeti ve sıklığı ne kadar az ise yaşam kalitesinin o kadar arttığı belirtilmiştir (Kupcewicz vd., 2021).

Menopozal dönemde yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında; kadınların menopoza yönelik bilgi düzeyi, eğitim durumu, medeni durumu, kronik hastalık varlığı, beden kitle indeksi, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite, sosyal destek ve uyku düzeni gibi birçok faktör yer almaktadır (El Hajj vd., 2020; Jalambadani vd., 2020; Larroy vd., 2020; Kang vd., 2021). Mısır’da yapılan bir çalışmada, kadınların üçte ikisinden fazlasının menopoza yönelik bilgi sahibi olmadığı ve menopoza yönelik bilgi sahibi olmayan kadınların menopoz şikâyetlerinin fazla olduğu ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir (Mehaseb vd., 2018). Ülkemizde yapılan nitel bir çalışmada kadınların menopozal dönemi doğal bir süreç olarak gördükleri ve bu dönemde karşılaşılan problemlerle ilgili bilgi sahibi olmadıkları belirtilmektedir. Bu durumun kadınların psikososyal durumlarının bozulmasına dolayısıyla da yaşam kalitelerinin azalmasına neden olduğu belirtilmiştir (Polat & Karasu 2021).

Menopozal dönemde olan kadınlara, alanında uzman sağlık profesyonelleri aracılığıyla kadınların menopozal dönemde karşılaşacağı sorunlara ve baş etme yöntemlerine yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesi, kadınların bu dönemi daha sağlıklı geçirmelerine olanak sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmada faydalı olacağı belirtilmektedir (Orhan & Yağmur, 2020).

2.5. Menopozal Dönemde Hemşirelik Bakımı

Menopozal dönemde kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörler, kadın sağlığı açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir (Gümüşay & Erbil, 2019). Menopozal dönemdeki kadın sayısının artışı bu dönemle ilgili hemşirelik bakımı gereksinimini ve beklentisini arttırmaktadır. Burada etkin rol oynayan hemşirelere menopozal dönemde olan kadınların sağlıklarını geliştirmeyle ilgili büyük görev düşmektedir (Sis elik & Pasinlioğlu, 2014).

Menopozal dönemin başlıca sorunları, kadınların bu dönem hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları ve bu dönemin sağlıklı ve konforlu geçmesi için yapılabilecek başa çıkma yöntemleri konusunda yeterli donanıma sahip olmayışlarıdır. Hemşirelerin bu noktada menopozal dönemde olan kadınlara eğitim ve danışmanlık vererek kadınların bu dönemi daha sağlıklı ve bilinçli bir şekilde geçirmeleri sağlanabilmektedir (Koyun vd., 2011).

Kadınların hayatında önemli bir yeri olan menopozal dönemde, kadınların yaşam kalitesini arttırmak için; kadınlara hemşireler aracılığıyla menopozun normal bir süreç olduğu anlatılmalı ve bu duruma yönelik kadınlara bilgilendirme yapılarak farkındalığı arttırılmalıdır. Hemşireler kadınların menopozla ilgili duygu ve düşüncelerinin ortaya çıkarılmasını sağlamalı, menopozal dönemdeki kadınlara ve aile üyelerine menopoz dönemi, menopozun evreleri, menopoza girmeyi etkileyen faktörler, menopozal dönemde yaşanabilecek sorunlar ve hem bu sorunlara yönelik hem de sağlıklı yaşama yönelik öneriler hakkında bilgi vermelidir. Sadece kadınlara yönelik değil topluma da menopoz ve menopozun kadınların yaşamına etkisiyle ilgili eğitim vermeleri gerekmektedir (Erkin vd., 2014; Ertekin Pınar vd., 2015; The National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Ağralı vd., 2022; Yavan & Köprölü, 2022).

Menopozal dönemdeki kadınların dikkat etmesi gereken konular; yeterli ve dengeli beslenme, yeterli ve düzenli uyku, uygun fiziksel egzersizlerin yapılması,

düzenli cinsel yaşamın ve sosyal aktivitelerin sürdürülmesi, ortaya çıkan değişikliklerle baş etme yöntemlerinin öğrenilmesi ve yılda bir kere rutin sağlık kontrollerinin (kendi kendine meme muayenesi, mamografi, pap smear ve kemik ölçümü vb.) yaptırılması şeklinde özetlenebilir (Tortumluoğlu, 2004; Sis Çelik & Pasinlioğlu, 2013; Ertekin Pınar vd., 2015).

Hemşireler menopozaal dönemde kadınların dikkat etmesi gereken konuları ele alarak öncelikle menopozaal dönemdeki kadının genel sağlık durumunu, yaşadığı sorunları ve bu sorunlarla nasıl başa çıktığını değerlendirmelidir. Kadınların; kişilik özelliklerini, eğitim durumunu, sosyoekonomik durumunu, eş, aile ve arkadaş desteğini, menopozaal döneme yönelik bilgisini, bu döneme yönelik algısını, çevresel ve kültürel özelliklerini, menstruasyon değişikliklerini, günlük hayattaki aktivitelerini ve bunlarda meydana gelen değişiklikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (düzenli beslenme, sigara ve alkol kullanmama, uygun fiziksel aktivite, yeterli ve düzenli uyku, düzenli cinsel yaşam, düzenli aralıklarla sağlık kontrollerini yaptırma vb.) ve hayata bakış açısını bütüncül olarak değerlendirmelidir. Bunların sonucunda menopoza belirtileri açısından uygun hemşirelik tanıları belirlenmeli ve tanılara yönelik önerilere ve gerekli olan girişimlere kadının kendisinin ve eşinin de katılımı sağlanarak planlamaların yapılması gerekmektedir (Ertekin Pınar vd., 2015; Taşkın, 2016; Hotun Şahin, 2017; Ağralı vd., 2022).

Hemşireler menopozaal dönemde olan kadınlarla sağlıklı ve etkili bir iletişim kurmalı, kadınların tüm sorunlarını dikkatli bir şekilde dinlemeli, kendisini güvende hissetmesini sağlamalı ve her kadına yönelik bireysel önerilerde bulunmalıdır. Kadınlar özellikle cinsellik gibi bazı konuları konuşmakta ve soru sormakta çekinebilmektedirler. Bundan dolayı kadınların rahat edebileceği, güvenli bir ortam oluşturularak her konuda rahatça konuşabilmesi sağlanmalıdır (Yavan & Köprülü, 2022). Kadınların menopozaal dönemde yaşadığı değişimlerin etkisiyle, kadınların eş, aile ve arkadaş ilişkileri bozulabilmekte, fiziksel ve psikososyal problemler daha da şiddetli hale gelebilmektedir. Ortaya çıkan tüm bu sorunlar kadınların menopozaal döneme olan uyumunu zorlaştırabilmektedir. Bu durum yalnızca kadını değil, ailesini, çevresini, iş hayatındaki motivasyonunu ve verimliliğini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Karlidere & Özşahin, 2008).

Her kadının menopoza geçiş deneyimi farklıdır ve semptomların yönetiminde herkese uyan tek bir yaklaşım işe yaramamaktadır. Bu nedenle yönetim stratejilerini

bireyselleştirmek gerekmektedir (Talaular, 2022). Bireysel menopoz yönetimi yapabilmek için menopoz kliniklerine gereksinim olmaktadır ve var olan menopoz kliniklerinin sayısının arttırılması gerekmektedir. Ayrıca bu kliniklerde görev yapan hemşirelerin menopozla ilgili güncel bilgilere ve donanıma sahip olmaları sağlanmalıdır. Menopoz kliniklerinde hemşirelerin dışında doktor, diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog gibi alanında uzman kişilerle işbirliği yapılarak multidisipliner bir şekilde hareket etmek gerekmektedir (Erkin vd., 2014; Ertekin Pınar vd., 2015; NİCE, 2015; Ağralı vd., 2022).

Sağlık ekibi içinde profesyonel bir ye olarak bulunan hemşireler kadınlara, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak ve menopoz döneminin olumsuz etkilerini en aza indirmek için, kadınların bu dönemin farkında olmalarını ve sorumluluk almalarını sağlayabilirler. Hemşireler kadınların sağlık sorunlarının belirlenmesinde, gerekli olan bakımın planlanarak uygulanmasında ve değerlendirilmesinde eğitim verici, bakım verici, araştırıcı, uygulayıcı ve destekleyici rol üstlenmelidir. Ayrıca, kadınların menopoz semptomları ve yaşam kalitesi, verilen eğitimlerle iyileştirilebilmektedir. Menopozal dönemde olan kadınlara sağlık ekipleri arasında pozitif ve güvene dayalı ilişkiler geliştirmeyi içeren bu eğitimlerin tümü, kadınların bu yaşam döneminin daha rahat ve daha az endişe ile geçirmelerine yardımcı olacaktır (Gümüşay & Erbil, 2016; Hotun şahin, 2017).

2.5.1. Menopoz döneminde yaşanabilecek sorunlara yönelik neriler

Aşağıda Kuzey Amerika Menopoz Derneği'nin kadınların menopozla ilgili şikâyetlerini azaltmak için sunduğu öneriler yer almaktadır.

Ateş basması ve gece terlemesine yönelik neriler:

- Hafif, pamuklu ve ince kıyafetler giyilmeli.
- Yatak odası serin tutulmalı.
- Klima veya fan kullanılmalı.
- Isınan bölgelere soğuk uygulama yapılmalı.
- Ilık duş alınmalı.
- Soğuk içecekler tüketilmeli.
- Stresli, gergin ve heyecanlı olay ve ortamlardan uzak durulmalı.

- ay, kahve, sigara, alkol ve acı baharatlardan uzak durulmalı.
- Kilo takibi yapılmalı.
- Sıcak basması başladığında, rahat bir yere oturup, yavaş ve derin nefes egzersizleri yapılmalı (North American Menopause Society, 2018; NAMS, 2023a; NAMS, 2023b).

Uyku düzenine yönelik öneriler:

- İlk 15 dakika içinde uyuyamayınca, farklı bir ortamda dinlendirici aktiviteler (kitap okumak gibi) yapılmalı. Uyumak istendiğinde tekrar yatağa dönülmeli.
- Uyumadan önce televizyon, bilgisayar, telefon ve elektronik cihazlardan en az bir saat öncesinde uzak durulmalı.
- Uyumak için rahat bir yatak, karanlık, sessiz ve serin bir ortam hazırlanmalı.
- Yatak odası sadece uyumak ve cinsel aktiviteler için kullanılmalı.
- Haftanın her günü aynı saatte uyuyup, aynı saatte uyanılmalı.
- Uyumadan önce, ağır yemek ve tatlı yerine ılık süt, papatya ayı gibi sakinleştirici içecekler tüketilmeli.
- Her gün en az 30 dakika, uyumadan iki-üç saat öncesine kadar egzersiz yapılmalı, ancak yorucu egzersizlerden kaçınılmalı.
- Gün içinde bir saatin üzerinde ve saat 15:00'dan sonra uyuklama yapılmamalı (NAMS, 2023a; NAMS, 2023b).

Cinsel yaşamda görölen değişiklikler için öneriler:

- Eşle olan iletişim arttırılmalı.
- Cinsel aktivite düzenli olarak sürdürölmeye devam edilmeli.
- Cinsel aktivite pozisyonlarında değişiklikler yapılmalı.
- Suda çözünen kayganlaştırıcı ve nemlendiriciler kullanılmalı.
- Pelvik taban kaslarını güçlendirmek için kegel egzersizi yapılmalı (NAMS, 2018; NAMS, 2024a).

Ürogenital değişiklikler için öneriler:

- Günde en az 8 bardak su içilmeli.

- Tuvalet sonrası temizlik sadece su ile yapılmalı.
- Genital bölge temizliği “önden arkaya” doğru yapılmalı.
- Pamuklu iç çamaşırı tercih edilmeli.
- İç çamaşırı günlük olarak değiştirilmeli.
- İdrar kaçırma için, gerektiğinde küçük ince pedler kullanılmalı (NAMS, 2018; NAMS, 2024a).

Psikolojik değişiklikler için öneriler:

- Egzersiz yapılmalı: Bir arkadaşınızla doğa yürüyüşü yapın, yoga sınıfına katılın, bisiklete binin, derin nefes alma ve gevşeme egzersizleri yapın.
- Konuşulmalı: Endişelerinizi, korkularınızı bir aile üyesi, iyi bir arkadaş, sağlık personeli veya danışmanla paylaşın.
- İyi beslenilmeli: Taze meyve ve sebze, fındık ve yoğurt gibi sağlıklı atıştırmalıklarla günde üç öğün tüketin.
- Kafein ve alkolden kaçınılmalı: Buzlu bitkisel çay tüketin.
- Uykuya dikkat edilmeli: Genellikle yetişkinler geceleri 7-9 saat uyumaya ihtiyaç duyar. Uyku ihtiyacınızı kendinize göre belirleyin ve ihtiyacınız kadar uyuyun.
- Rahatlamalı: Derin nefes alma egzersizleri yapın, pozitif düşünün, hipnoz ve meditasyon uygulamaları yapın.
- Kendini şımartmalı: Kendinize masaj, manikür veya rahatlatıcı bir banyo uygulayın. İyi bir kitabın, müziğin veya favori hobinin tadını çıkarın.
- Zevk almalı: Her fırsatta gülmeyi ve gülümsemeyi unutmayın (NAMS, 2023b).

Osteoporoz (kemik erimesi) için öneriler:

- Meyve, sebze ve kalsiyum ağırlıklı besinler tüketilmeli.
- Yeterli D vitamini alınmalı.
- Yürüyüş, ağırlık egzersizleri, aerobik, tenis, pilates ve merdiven çıkma gibi egzersizler yapılmalı.
- Bu egzersizlerden herhangi biri haftada 3-4 gün 30-60 dakika süre ile yapılmalı.

- Uzun süre oturmaktan ve ayakta durmaktan kaçınılmalı (NAMS, 2018; NAMS, 2024b).

Cilt değişiklikleri için öneriler:

- Güneş koruyucu krem kullanılmalı.
- Sıcak banyolardan kaçınılmalı.
- Stresten uzak durulmalı.
- Ani kilo alıp vermekten kaçınılmalı.
- Güneş ışığına aşırı maruz kalmaktan kaçınılmalı.
- Gerekirse kozmetik ürünler kullanılmalı (NAMS, 2018).

Kalp hastalıklarına yönelik öneriler:

- Düzenli ve sağlıklı beslenilmeli.
- Kilo verilmeli.
- Günde en az 30 dakika egzersiz yapılmalı.
- Kan basıncı kontrolü yaptırılmalı.
- Sigara, aşırı alkol ve kafein alımından uzak durulmalı (NAMS, 2018; NAMS, 2024b).

Menopoz döneminde yaptırılması gereken sağlık kontrolleri:

- Şikâyetiniz olmasa da yılda bir kere rutin kontroller yaptırılmalı.
- Pap smear, meme ultrason ve/veya mamografi yaptırılmalı.
- Yılda bir kere kemik ölçümü yaptırılmalı (NAMS, 2018; NAMS, 2023a).

2.6. Geçiş Teorisi

2.6.1. Afaf İbrahim Meleis ve geçiş teorisi

Afaf İbrahim Meleis 19 Mart 1942 tarihinde Mısır İskenderiye’de doğmuştur. Annesi Mısır’da yüksek lisans ve doktora derecelerini kazanan ilk hemşiredir. Bu nedenle annesi Ortadoğunun Florance Nightengale’i olarak bilinmektedir. Annesine olan hayranlığı ile hemşirelik mesleğine yönelmiştir (Meleis, 2010; Alligood & Tomey, 2014). Annesinin kendini mesleğine adanması ve hemşirelik mesleğinin gelişmesinde aldığı roller Meleis’e yol gösterici olmuştur. Meleis annesinin yolundan

giderek hemşireliğe ilgi duymuştur ve eğitimine bu yönde devam etmiştir. İskenderiye Üniversitesi'nden 1961 yılında yüksek bir dereceyle mezun olmuştur. Sonrasında hemşirelikte akademisyen olabilmek için Rockefeller Bursu ile Amerika'ya gitmiştir. 1964 yılında Los Angeles Kalifornia Üniversitesi'nde hemşirelik alanında, 1966 yılında sosyoloji alanında yüksek lisans yapmıştır. 1968 yılında doktora derecesini tıp ve sosyal psikoloji alanında almıştır (Alligood & Tomey, 2014). Meleis kendisini kadın sağlığı, uluslararası sağlık, küresel sağlık, göçmenler ve hemşirelik teorisi geliştirmeye odaklanmıştır. Sosyal bilimler, hemşirelik ve tıp dergilerinde 175'ten fazla makalesi yayınlanmıştır. Fazla sayıda monografi, bildiri kitabı ve kitaplar yazmıştır. Konferans planlama, panellere başkanlık etme, kadın sağlığı araştırmalarında başkanlık ve danışmanlık yapmak gibi akademik etkinlik kapsamında çok fazla davet almıştır. Meleis rol yetmezliği ve yeni rollerle karşı karşıya kalan kişilerin karşılaştıkları sorunları incelemiştir ve rol desteği olarak bilinen bir terapötik yaklaşım tanımlamıştır. Bu çalışma Meleis'in yaşamda karşılaşılan geçişlere ilgi duymasına sebep olmuştur. Çalışmalarının sonucunda Geçiş Teorisi olarak bilinen hemşirelik teorisini ortaya çıkarmıştır (Alligood & Tomey, 2014).

2.6.2. Geçiş kavramı ve hemşirelik

Geçiş “farklı bir yaşam döneminden, durumundan ya da statüsünden diğerine geçiş” olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin beklenti ve algıları, deneyimlere yüklediği anlamlar ve değişimleri ele alma konusundaki bilgi ve beceriler sürecidir. Süreç hem geçiş olaylarının bozulmasını hem de kişinin bu duruma verdiği tepkileri içermektedir. Geçişin tanımlayıcı özellikleri arasında süreç, algı ve tepki modelleri yer almaktadır (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994; Im & Meleis, 1999).

Süreç: Geçişe neden olan bir olayın tahmin edilip edilmediği ve olayın kısa veya uzun vadeli olup olmadığı geçiş bir süreçtir. Geçiş sürecine yol açan olaylar; doğum, ölüm, menopoz, gebelik, hastalık, hastaneye yatış, kayıp, iyileşme, emeklilik ve göç gibi olaylardır (Chick & Meleis, 1986).

Algı: Geçiş olaylarına yüklenen anlamlar; insanlar, topluluklar ve toplumlar arasında değişiklik göstermekte ve dolayısıyla sonucu etkilemektedir. Hastaneye yatış, bazı kişiler tarafından iyileşmek olarak algılanırken, başka kültürden gelen kişiler tarafından ölüme doğru bir adım olarak düşünülebilmektedir. Bu durum algının bireyselliğini açıkça göstermektedir (Chick & Meleis, 1986).

Tepki modelleri: Geçiş sürecinde, rahatsızlık verici, gözlenebilen ya da gözlenemeyen davranışlardan oluşmaktadır. Davranışlar ruhsal yapıyı, süreçleri ve daha geniş sosyokültürel kalıpları içermektedir. Bu tepki modelleri; depresyon, anksiyete, stres, sinirlilik, oryantasyon bozukluğu, benlik kavramında değişiklik, rol performansındaki değişiklikler olarak sıralanabilmektedir (Chick & Meleis, 1986).

Geçiş, kişilerin hayatı boyunca herhangi bir değişiklikte karşılaştıklarında uyum sağlamak zorunda kaldıkları bir süreçtir (Schumacher & Meleis, 1994). Kişiler hayatı boyunca farklı geçiş dönemlerini yaşamak ve bu geçiş dönemleri boyunca, yeni rollere uyum sağlamak zorunda kalmaktadırlar. Başarılı bir geçiş dönemi, kişilerin gelecekteki yaşamlarında daha sağlıklı ve başarılı olabilmeleri için temel oluşturmaktadır (Lenz, 2001). Geçiş; giriş, geçiş ve çıkış olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama olan giriş aşaması, geçişin ilk beklenildiği zamanda oluşmaya başlamaktadır. Geçiş aşaması ise, geçişin gerçekleştiği aşamadır. Son aşama olan çıkış aşaması, yeni bir hayata, duruma ya da role uyum sağlandığında gerçekleşmektedir (Chick & Meleis, 1986; Chick & Meleis, 2010).

Bir yaşam döneminden, koşulundan veya durumundan diğerine geçiş hem süreci hem de karmaşık kişi-çevre etkileşiminin sonucunu ifade etmektedir. Birden fazla kişiyi ve olayı kapsayabilmektedir (Chick & Meleis, 1986).

Geçiş ve kişi: Geçiş kuramında, kişi hayatı bir rol oynamaktadır. Hemşireler her gün iyilik, sağlık ve kişisel bakımla ilgili bazı geçişler yaşayan insanlarla etkileşim halindedirler. Kişiler, yaşamlarının bir noktasında doğum, ölüm ya da hastalık gibi kritik olaylar yaşayabilmektedirler. Teori, kişilerin benzersiz olduğunu ve geçişlerini farklı şekillerde yaşadığını ve bu deneyimlere farklı anlam ifade ettiklerini göz önüne almaktadır. Hemşirenin, kişinin değişimi nasıl algıladığını değerlendirmesi ve bu algıya yönelik bakım geliştirmesi ve oluşacak davranış değişikliği süresince olumlu geri bildirim alınca kadar değerlendirme yapması önerilmektedir (Wheeler, 2017).

Geçiş ve çevre: Meleis kişinin çevresini, başarılı geçişinin tamamlayıcı rolü olarak görmektedir. Kişinin önemli bir ameliyat veya hastalıktan sonra, eve dönüp dönemediği ya da uzun süreli nitelikli hemşirelik bakımı alıp alamadığıyla ilgili bilgi vermektedir (Meleis, 2010; Alligood, 2014). Bir geçişin sağlıklı bir şekilde sona ermesi, kişilerin yeni durumlarının veya rollerinin üstesinden gelebilmesi için gerekli olan beceri ve davranışlarının kazanılması kültürel çevre ile belirlenmektedir.

Hemşirelerin geçişin doğasını anlayarak, kişilere etkili bakım vermek için sadece bir geçişe odaklanmak yerine, kişiyi ve ailesini etkileyen birden fazla geçiş olabileceğini göz ardı etmemesi önerilmektedir (Meleis, 2010).

Geçiş ve sağlık: Doğum, yaşlanma ve ölüm gibi bazı gelişimsel geçişler, batı toplumlarında kurumsallaşma biçimleri nedeniyle sağlık-hastalık hizmetlerinin yürüngesine girmektedir (Chick & Meleis, 1986). Bireysel deneyimleri ve sonuçları şekillendirmeye yardımcı olan birçok değişken bulunmaktadır. Değişim, bireyin sağlığı üzerinde zararlı bir etkiye sahip olsa da, tüm bireyler aynı şekilde aynı değişikliği yaşamamaktadır. Sosyoekonomik durum, kültürel inançlar ve eğitim düzeyi, potansiyel sağlıkla ilgili sonuçları etkileyebilmektedir (Meleis, 2010; Alligood, 2014).

Geçiş ve hemşire: Hemşireler geçişleri deneyimleyen bireylere bakım sunmaktadır. Bu nedenle geçiş kavramı hemşirelik mesleğinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte Geçiş teorisi hemşirelerin rol desteği üzerine kurulmuştur. Hemşireler geçiş döneminde olan kişileri geçişe hazırlama ve destekleme konusunda oldukça yetkindirler (Meleis vd., 2000). Geçiş döneminde olan kişilerin, yaşadığı geçişlerin farkında olmak, hemşirelik bakımında çok önemlidir (Ludin vd., 2013). Hemşireler geçiş döneminde olan hasta ve ailesine bakım veren birincil kişilerdir. Geçişler hem değişime neden olur hem de değişimin bir sonucudur. Ayrıca geçiş süreci davranış değişikliğine, ilişki, rol ve kimlik değişimine neden olmaktadır (Meleis, 2010; Alligood, 2014). Literatürde geçiş yaşayan kişilerin savunmasız oldukları, bakım ve desteğe gereksinim duydukları belirtilmiştir (Ludin vd., 2013). Geçiş yaşayan kişiler hemşirelerin yardım ve desteğiyle içinde oldukları durumun farkına varıp, yaşadıkları değişimlerle baş ederek, bu süreci sağlıklı bir şekilde yönetebilmektedirler (Flinterud & Andershed, 2015).

Chick ve Meleis (1986), hemşirelerin gelişimsel, durumsal veya sağlık ve hastalık durumlarının neden olduğu geçişler yaşayan kişiler üzerinde odaklandığını belirtmiştir. Hemşirelik çoğunlukla çeşitli geçiş türlerini içerdiğinden (örneğin doğum-ölüm, göç, sağlık-hastalık geçişi, idari geçiş vb.), geçiş teorisi hemşirelik araştırmalarında, eğitim ve uygulamalarında kolaylıkla benimsenmiş ve kabul edilmiştir (Meleis vd., 2000).

Geçiş teorisinin önemli varsayımları:

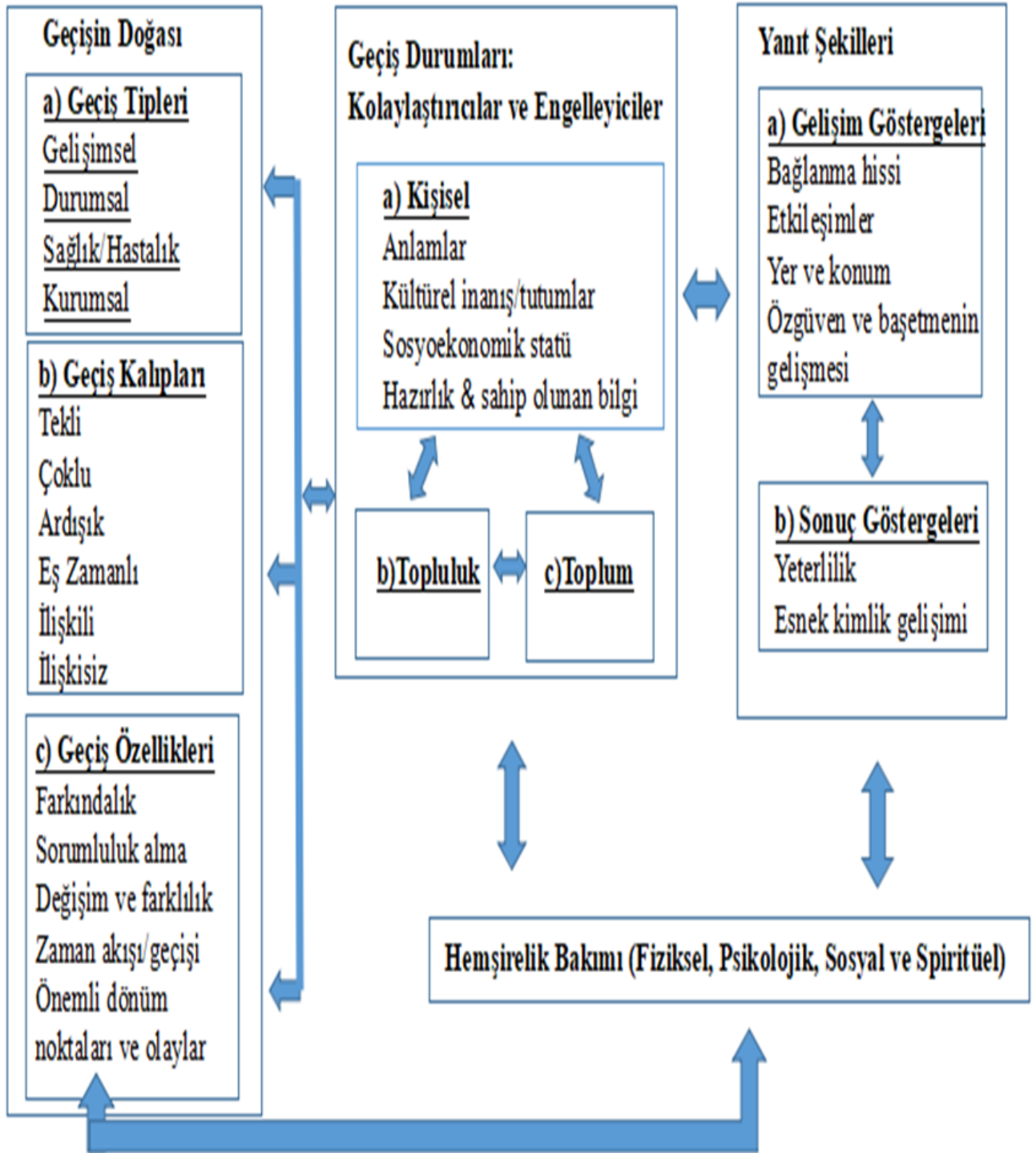
- Geçişler farklı boyutlarda ve karmaşık olabilmektedir.
- Dinamik ve ilerleyici bir süreç olan geçişler yaşam boyu devam etmektedir.
- Geçişlerin nedeni rol değişikliği, kimlik değişimi, farklı davranış şekilleri ve yeteneklerdir.
- Geçişler kişilerin karşılaştığı yaşam değişikliklerini oluşturmaktadır.
- Bireyin günlük yaşamını, çevresini ve etkileşimlerini geçiş süreci, koşullar ve yüklenen anlamlar şekillendirir.
- Geçiş dönemiyle ilişkili olan diğer önemli bir unsur hassasiyettir.
- Hemşireler geçiş döneminde olan kişilere ve ailelere birincil bakım vericidirler.
- Hemşirelerin dikkat, bilgi ve deneyimle kişilerin yaşamlarında meydana gelen her bir dönüm noktalarını belirlemeleri gerekmektedir.
- Başarılı bir geçişin olabilmesi için rol desteğine ihtiyaç vardır. Rol desteği, rolü açıklama, rol alma ve prova etmeyi içermektedir. Rol desteği sağlamak hem koruyucu hem de iyileştirici olmaktadır (Meleis, 2010; Alligood, 2014).

Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış Eğitim ve Danışmanlık Programının, menopozal geçiş sürecine etkisinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada, menopozal geçiş dönemiyle ilişkilendirilen Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'nin kavramları aşağıda sunulmuştur.

2.6.3. Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi

Geçiş Teorisi'nin ana kavramları Şekil 2.1.'de verilmiştir.

- Geçişin doğası (tipleri, kalıplar, özellikleri),
- Geçiş durumları (Kolaylaştırıcı ve engelleyiciler - kişisel, topluluksal, toplumsal),
- Yanıt şekilleri (gelişim göstergeleri, sonuç göstergeleri),
- Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı (nursing therapeutics) oluşturmaktadır (Meleis vd., 2000).



Şekil 2.1. Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavram Haritası (Meleis, 2010)

Geçişin doğası: Geçişin doğası bir geçişin türünü, kalıplarını ve özellikleri kapsamaktadır.

a) Geçiş tipleri: Literatürde geçiş tiplerinin; gelişimsel, durumsal, sağlık-hastalık ve kurumsal geçişlerden oluştuğu belirlenmiştir (Meleis, 2010).

Gelişimsel geçişler

İçinde gelişimsel bir geçişi barındıran, büyüme döngüsünün doğal sürecinde meydana gelen geçiş türüdür. Bu geçiş türü daha çok kişiyle ilgilenmektedir. Doğum, çocukluk, adölesan, gençlik, yetişkinlik, yaşlılık dönemleri ve menopozal dönem gelişimsel geçişe örnektir (Meleis, 2010; Munck vd., 2018). Yaşam boyu büyüme ve gelişme döneminde çok sayıda rol geçişi yaşanmaktadır. Geçiş dönemleri içinde yer alan fiziksel ve psikolojik alanda, gelişimsel geçişler sağlık problemleriyle ilişkili olabilmektedir. Bu problemler; zararlı madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, evlilik dışı gebelik gibi durumlarda çocukluktan ergenliğe geçiş dönemi, menopoz ve andropoz gibi yetişkinlikten yaşlılığa geçiş dönemi olmak üzere iki şekilde ortaya çıkmaktadır (Meleis vd., 2010).

Menopoz beklenen bir durum da olabilir, aniden gelişen bir durum da olabilmektedir. Kadınların yaşamının en önemli gelişimsel dönemlerinden biri olan menopozal geçiş dönemine uyum sağlayabilmeleri için, davranış ve sorumluluklarının yeniden belirlenmesi gerekmektedir (Meleis, 2010).

Durumsal geçişler

Mevcut stabil giden bir durumun değiştiği geçişlerdir. Önceden var olan rol bütünlüğü içerisine bireylerin gelmesini veya kaybını içermektedir. Örneğin; doğum ve ölüm gibi yaşam olayları ile aileye yeni birinin gelmesi ya da kaybı durumudur. Her bir durum topluluk içerisindeki etkileşim sonucu rollerin yeniden tanımlanmasını içermektedir. Bu durumlarda hemşire anahtar bir rol oynamaktadır (Meleis, 2010). Durumsal geçişler, genellikle fiziksel özelliklerin ve ortamların değişimiyle oluşan geçişlerdir. Göç etmek zorunda kalan kişilerin yaşadıkları çevrenin değişmesi, ev ortamında yaşayan yaşlı bireyin huzur evine yerleşmesi, evli olan birinin boşanması ya da bekâr birinin evlenmesi, serviste çalışan bir hemşirenin yönetici hemşire olması, eğitim, emeklilik gibi planlı ya da planlanmamış değişimler durumsal geçişlere örnek verilebilmektedir (Meleis, 2010).

Sağlık-hastalık geçişi

Sağlıktan hastalığa veya hastalıktan sağlığa geçiş ya da kronik bir hastalıktan kaynaklanan ani rol değişiklikleridir. Cerrahi girişim veya herhangi bir sağlık problemine yönelik tedavi sonrasında hastaneden eve taburcu olmayı, iyileşme durumunu ve rehabilitasyonu içeren geçiştir. Bu tür geçişlerin birbiri ile uyum içerisinde olması gerekmektedir (Meleis, 2010). Özellikle kanser, diyabet, otizm, şizofreni ya da Alzheimer gibi uzun süreli tanı ve tedavi protokolleri gerektiren hastalıklar, sağlık ya da hastalık durumunda değişikliğe neden olabilecek tetikleyicileri içermektedir. Bu hastalıklar teşhis anından itibaren sonraki süreçle ilgili pekçok belirsizliği ve korkuları içermektedir (Meleis, 2015). Kişiler aynı zamanda birden fazla geçiş türünü yaşayabilirler. Örnek olarak durumsal bir geçiş olan göç deneyimi yaşayan kadınların, aynı zamanda gelişimsel bir geçiş olan menopoza geçişini yaşamaları ya da göç deneyimi yaşayan bir erkeğin aynı anda kronik hastalık tanısı alması verilebilmektedir (Im vd., 2015; Im & Meleis, 1999).

Kurumsal geçişler

Kurumsal geçişler, bireylerin çevrelerinde meydana gelen sosyal, siyasi ve ekonomik değişimlerin etkisiyle, yönetsel değişimleri, rol değişimleri, kullanılan teknolojilerin değişmesini, yeni politikaların benimsenmesi ve yeni modellerin uygulamaya konması gibi çalışma ortamlarındaki geçişleri kapsamaktadır (Schumacher & Meleis, 1994). Birçok insan günlük hayatında aynı anda ayırt edilemeyen birçok geçiş yaşamaktadır. Meleis, geçişlerin farklı zamanlarda veya ardışık olarak yaşanabileceğini belirtmektedir. Geçişler arasındaki ilişkiyi etkileyen durumların çok önemli olduğunu belirtmiştir (Meleis vd., 2000). Geçiş türleri çok sayıda ve karmaşık olarak karşımıza çıkabilmektedir (Meleis vd., 2010).

b) Geçiş kalıpları: Tekli, çoklu, ardışık, eş zamanlı, ilişkili, ilişkisiz geçişler

Geçiş kalıpları, bireyin tekli ya da çoklu geçiş yaşayıp yaşamadığını içermektedir. Çoklu geçişlerde, her birinin sayısı, ciddiyeti ve algılanan önceliği, geçiş türüne göre daha önemli olmasa bile dikkat edilmesi gerekmektedir. Önemli konular arasında, çoklu geçişlerin ardışık mı eş zamanlı mı ortaya çıktığı ve geçişleri tetikleyen farklı olayların birbiri ile ilişkili olup olmadığı yer almaktadır. Hemşirelerin sadece belirli bir geçiş türüne odaklanmaları yerine birey ve ailenin yaşamındaki tüm önemli geçişlerin kalıplarını dikkate almaları gerektiği belirtilmektedir (Chick & Meleis, 1986; Meleis vd., 2000). Koreli kadınlarla yapılan çalışmada, kadınların aynı anda

çoklu geçiş yaşamaları nedeniyle, menopoz geçişine çok fazla önem vermedikleri belirtilmiştir. Çünkü kadınlar için göçmen ve işçi olarak yaşadıkları sorunların yanında menopozun getirdiği sorunlar daha az önem taşımaktadır (Im & Meleis 1999). Her geçiş döneminin menopozal dönemde olan kadınların yaşamında farklı etkileri bulunmaktadır (Meleis vd., 2000).

c) Geçiş deneyimlerinin temel zellikleri: Geçişlerin karmaşık ve çok boyutlu olmasına karşı, geçiş deneyimlerinin temel özelliklerini farkındalık, sorumluluk alma, değişim ve farklılık, zamanın akışı ve önemli dönüm noktaları oluşturmaktadır (Meleis, 2010).

Farkındalık

Geçiş döneminde olan kişilerin, geçiş sürecinin farkında olması, içinde bulundukları durumla baş etme yöntemlerini bilemeseler de, yaşadıkları sorunları dile getirebilmeleri açısından önem taşımaktadır. Bu sayede sorunlar tanımlanabilmekte ve kişiye göre bireysel eğitim programları oluşturulabilmektedir (Skarsater & Willman, 2006). Im ve Meleis (1999), Kore’de menopozal dönemde olan kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların bazılarının menopozal geçiş dönemi içinde olduklarının farkında olduğu, bazı kadınların ise bu dönemin farkında olmadıklarını belirtmiştir. Farkındalık seviyesi süreçler ve koşullar hakkında bilinenlerle, benzer geçişleri yaşayan bireylerin verdiği yanıt ve algılarını neyin oluşturduğu arasındaki uyum derecesini yansıtmaktadır (Meleis vd., 2000). Meleis ve arkadaşları da farkındalığın geç gerçekleşmesinin geçiş sürecinin başlamasını engellemeyeceğini belirtmiştir. Farkındalık eksikliğinin olması bireyin geçiş için hazır olmadığını göstermektedir (Meleis, 2010). Geçişi deneyimleyen kişinin kendisinin yaşadığı yeni durumun ya da geçişin farkında olması gerekmektedir (Munck vd., 2018).

Katılım (sorumluluk alma)

Kişiler yaşadığı geçişin farkında olmazsa değişim sürecine katılım sağlayamaz. Katılım sağlamak, geçiş sürecine uyumu hem kolaylaştırmakta hem de zorlaştırmaktadır. Fiziksel, psikosoyal ve çevresel değişimi farkedenden kişinin sorumluluk düzeyi, bu değişimi farketmeyen kişinin sorumluluk düzeyinden daha fazladır (Meleis vd., 2000).

Değişim ve farklılıklar

Geçişin temel özellikleri arasında yer almaktadır. Geçişlerin tümü değişim içerir, ancak değişimlerin tümü geçişle ilgili değildir. Geçişler değişime neden olmaktadır. Geçiş sürecini tam anlamıyla kabullenmek için değişimin etkilerini ortaya çıkarmak gerekmektedir. Değişim dengesiz olaylarla, rutinde yapılan işlerle veya düşünce, algı ve kimlik değişimiyle ilgili olabilmektedir. Farklılık; farklı beklentiler, farklı duygular, farklı olma algısı içinde olmayı ve çevreyi farklı şekillerde görmeyi ifade etmektedir (Im, 2010; Meleis, 2010).

Zamanın akışı/geçışı

Kişilerin geçiş süreci kendine özeldir ve bu süreç farklı zamanlarda sona erebilmektedir. Geçişin daha istikrarlı hale gelmesi; rutinlerin oluşması ve değişimin yeni normalliğinin şekillenmesi ile mümkün olmaktadır (Chick & Meleis, 1986). Meleis ve arkadaşları belirli geçiş deneyimlerinin zaman akışına sınırlar koyulmasının zor ya da imkânsız olabileceğini belirtmiştir. Hatta ölüm ya da hastalık gibi bazı geçiş dönemlerinin hiç bitmeyen süreçler olduğunu belirtmiştir (Meleis vd., 2000). Zamanın akışı yeni bir başlangıca doğru giden hareket olarak belirtilmektedir (Meleis, 2010).

Menopozal dönemde olan kadınlar geçiş sırasında bir zaman geçişi yaşamaktadır. Menopozal dönem belirtileri belirli fiziksel ve psikososyal değişikliklerle başlamakta ve bu değişiklikler olumsuz yönde artarak devam etmektedir. Bazı kadınlar için menopozal dönem boyunca yaşadığı değişikliklerin şiddeti ve süresi kadınların menopoza yönelik tutumlarına bağlı olarak değişmektedir. Ayrıca, menopozal dönem şikâyetlerinin belirli bir bitiş noktası vardır. Bazı kadınlar için bitiş noktası belirli olmayabilir (Im, 2010).

Önemli dönüm noktaları ve olaylar

Geçiş süreci, doğum, ölüm, menopoz, göç, hastalık gibi hayatımız boyu karşılaşılabileceğimiz önemli ve ciddi olaylar ile belirlenmektedir. Kişilerin günlük hayatta karşılaşılabileceği sorunlarla baş etmek için yeni yöntemler aradığı, eski tutumlarını ve rollerini değiştirdiği, yeni rutinlerinin ve yaşam biçimlerinin ortaya çıktığı ve yeni becerilerin kazanıldığı dönüm noktaları oluşmaktadır (Schumacher & Meleis, 1994; Skarsater vd., 2006; Meleis, 2010). Dönüm noktaları ve olaylar ortaya çıkan geçiş dönemiyle ilgili farkındalığın artması ve bu geçiş deneyimine karşı daha fazla sorumluluk almayla ilişkili olmaktadır. Menopozal dönemde olan kadının hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumlu tutum ve davranışlar sergilemesini ve

sorumluluk almasını sağlamak, gerekli durumlarda aileye destek olmak ve menopozaal döneme geçiş sürecinde farkındalık geliştirmek hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır (Meleis, 2010; Messias, 2010).

Geçiş durumları: kolaylaştırıcılar ve engelleyiciler: Bir geçişi başlatan olaylara ve geçiş sürecinin kendisine yüklenen anlamlar sağlıklı geçişleri kolaylaştırabilmekte ya da engelleyebilmektedir (Meleis vd., 2000). Kore’de menopozaal dönemde olan göçmen kadınlarla yapılan çalışmada, kadınların menopoza anlamaya ya da konuşmaya değmeyecek bir süreç olarak gördükleri, aile üyelerinin ihtiyaçlarına göre hareket ettikleri, kendi ihtiyaçlarını, sağlık sorunlarını ve menopoza yönelik problemleri görmezden geldikleri belirtilmiştir. Ayrıca kadınların menopozaal geçişi sırasında yaşadığı problemleri normalleştirdiği, ihmal ettiği ve bu problemleri yaşam olaylarıyla (emekli olma, çocukların ayrı yaşaması, maddi sorunlar, ölüm vb.) ilişkilendirdikleri belirlenmiştir. Menopozaal dönemde olan Koreli göçmen kadınların menopozaal ile ilgili yaşadığı problemleri yaşlanma belirtisi olarak gördükleri için menopoza geçiş sürecini normal bir süreç olarak algıladıkları belirtilmiştir (Im & Meleis, 1999).

Bir geçişin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi için, koşulların çok iyi anlaşılması gerekmektedir. Bu koşullar kişisel (durumun ne anlama geldiği, kişinin ne düşündüğü, kültürel inancı ve tutumu, sosyoekonomik durumu), topluluk (aile, eş ve arkadaş desteği, rol modelleri) ve toplum (damgalanma, cinsiyet, statü) koşulları olabilmektedir (Meleis vd., 2000; Lenz, 2001; Meleis, 2010).

a) Kişisel: Anlamlar

Anlam, beklenen ya da ani gelişen bir geçişe kişisel olarak verilen değeri ve kişinin kendi hayatını etkileme derecesini kapsamaktadır. Geçişe yüklenen anlamlar; pozitif, nötr ya da negatif olabilmektedir. Kadınların menopozaal geçiş dönemine verdikleri anlamın, iş bulup çalışmak zorunda olmalarına verdikleri anlamdan daha az önemli olduğu belirtilmiştir. Kadınların günlük hayatta yaşadığı ekonomik sıkıntılar nedeniyle menopozaal dönemde yaşadığı sorunları görmezden geldiği ve ihmal ettiği belirtilmektedir (Meleis vd., 2000).

Kültürel inanışlar ve tutumlar

Literatürde kültürel inanışlara ve tutumlara bağlı tepkilerin geçiş deneyimini etkileyebileceği belirtilmiştir. Kadınların menopozaal dönemle ilgili konuşmayı

utanılması gereken bir durum olarak kabul ettiği ve menopozal geçiş sürecini sessizce yalnız başlarına yaşamak zorunda kaldıkları belirtilmektedir (Meleis vd., 2000).

Sosyo-ekonomik stat

Sosyo-ekonomik stat geçişi etkileyen bir diğer durumdur. Kadınların psikolojik şikâyetlerinin olması sosyo-ekonomik durumlarından önemli derecede etkilenmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınların psikolojik şikâyetlerinin olma ihtimalinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Koreli kadınlarla yapılan çalışmada, kadınların menopoz geçiş sürecinde yaşadıkları sorunları görmezden gelmeleri, kadınların günlük yaşam mücadelesi içinde olmaları, sosyo-ekonomik durumlarının düşük olmasından ve çalışmak zorunda olmalarından kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu nedenle, sosyoekonomik durum dikkate alınmadan, menopozal geçiş süreci yeterince ifade edilememekte ve anlaşılamamaktadır (Im & Meleis, 1999; Meleis, 2010).

Hazırlık ve sahip olunan bilgi

Kadınların menopozla ilgili belirtilerinin ne olduğu, ne gibi şikâyetlerle karşı karşıya kalacağı ve nasıl baş edeceğiyle ilgili bilgi sahibi olma durumu bu süreci daha kolay bir şekilde geçirmesine olanak sağlayacaktır (Schumacher & Meleis, 1994). İleriye yönelik önceden yapılan hazırlık geçiş sürecini kolaylaştırırken, hazırlık durumunun olmayışı geçişi zorlaştırmaktadır. Hazırlık, geçiş sürecinden nelerin beklendiği ve geçişle baş etmede hangi yöntemleri uygulaması gerektiği ile ilgili bilgi sahibi olma durumudur. Menopozal dönemle ilgili bilgi eksikliğinin olması menopozal geçiş sürecini zorlaştırmaktadır (Meleis vd.,2000).

b) Topluluk: Topluluk, geçiş için kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilmektedir. Meleis (2010) eş, aile, akraba, arkadaş ve sağlık personelini topluluk olarak tanımlamıştır. Eş ya da aile tarafından verilen destek önemli bir topluluksal faktördür. Geçiş sürecinde yaşanılan problemlerle ilgili kitap, eğitim grupları, yazılı materyallerden ve sağlık personelinden öğrenilen güncel bilgiler ve çeşitli rol modelleri geçişteki diğer topluluksal unsurlardır. Geçiş yaşayan kişiler, aile, arkadaş ve sağlık personeliyle, geçiş sürecini nasıl daha kolay ve sağlıklı bir şekilde geireceğiyle ilgili konuşarak destek alabilmektedirler. Destek eksikliği sonucu geçiş yaşayan kişilerde güçsüzlük, kafa karışıklığı, hayal kırıklığı ve çatışma hissi oluşmaktadır. Geçişi deneyimleyen kişilerin topluluk üyeleriyle etkili iletişim

kurabilmesi, yardım alması ve rol modelinin olması daha kolay ve başarılı bir geçiş sürecinin olması için çok önemlidir (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis, 2010; Körükçü & Kabukçuoğlu, 2014). Kadınlarda menopoza döneminde eş, aile ve arkadaş desteğinin yetersiz olması, adolesan dönemde olan çocuklarla yaşanan sorunlar, yaşlı ebeveynin bakımı, çalışma hayatındaki zorluklar ya da işsiz olma, evlilik sorunları ve sevilen bir yakının kaybı menopozal geçiş sürecini zorlaştıran topluluk özellikleri arasında yer almaktadır (Ertekin Pınar vd., 2015).

c) Toplum: Büyük bir toplum geçiş süreci için kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilmektedir. Bir geçiş olayına kalıplaşmış anlamlar yüklemek sağlıklı bir geçiş sürecini zorlaştırabilmektedir. Kadın bedeniyile ilgili kültürel tutumlar ve deneyimler sağlıklı bir geçişteki diğer zorlaştırıcılar arasında, toplum ve arkadaş desteği ise kolaylaştırıcılar arasında sayılabilmektedir (Meleis vd., 2000). Kadınların menopoza geçiş sürecini toplumsal düzeyde etkileyen bir unsur da toplumsal cinsiyet eşitsizliği olarak belirtilmektedir (Meleis vd., 2000). Toplumun menopozal dönemde olan kadınlara olumsuz bakış açısı, kültürel özellikleri ve toplumun kadına yüklediği anlamın olumsuz olması kadınların geçiş sürecinin toplumsal zorlaştırıcıları arasında yer almaktadır (Irmak Vural & Balcı Yaygın, 2016; Uludağ vd., 2014; Zıvıdır & Sohbet, 2017).

Yanıt şekilleri: Sağlıklı bir geçiş için yanıt şekilleri gelişim ve sonuç göstergelerinden oluşmaktadır (Schumacher & Meleis 1994; Meleis, 2010).

a) Gelişim göstergeleri: Kişilerin, hastalık/geçiş durumunda, iyilik hali sürecinde elde olan imkânları en iyi şekilde nasıl kullanılacağını ve baş etme yöntemlerini nasıl geliştirebileceğini göstermektedir. Geçiş sürecinin herhangi bir durumunda ne kadar ilerlediğini gösteren ölçülebilir göstergelerdir. Sağlık personelinin sağlıklı sonuçlara ulaşabilmesi için erken değerlendirme ve müdahale yapması gerekmektedir (Meleis, 2010).

Sağlıklı bir geçiş, olumlu gelişim göstergelerini içermektedir. Menopozal dönemde olan kadınların yeterli bilgi ve desteğe sahip olması, olumlu yönde bir bağlanma hissi ve etkileşim oluşmasına ve böylece menopoza geçiş sürecini başarılı bir şekilde yönetebileceklerine dair güven duygularının gelişmesine olanak sağlamaktadır (İm, 2010). Gelişim göstergeleri; bağlanma hissi, etkileşim, yer ve konum, özgüven ve baş etme unsurlarından oluşmaktadır (Meleis, 2010).

Bağlanma hissi

Bağlanma hissi, birçok geçiş sürecinde göze çarpan önemli bir konudur. Geçiş döneminde olan kişilerin sorularına yanıt alabilmesi, sağlık personeliyle etkili ve güvenilir bir iletişim kurabilmesi olumlu bir geçiş deneyiminin göstergesidir (Meleis vd., 2000). Rol yetersizliği ise bir rolün ortaya çıkan davranışıyla ilgili duygu ve düşüncelerin farkında olunması ve uygulamada yaşanan zorluktur (Schumacher & Meleis 1994). Örneğin, göç geçişi yaşayan kişiler için, yeni ilişkiler kurmak, aile ve yakınları ile iletişimlerini sürdürmek çok önemli olmakla birlikte, göç geçişi yaşayan kişiler; barınma, ulaşım, istihdam ve sosyal destek kaynağı olarak sosyal ilişkilerini ve akrabalık bağlarını kullanmaktadırlar (Meleis vd.,2000).

Etkileşimler

Etkileşim yoluyla geçişin anlamı ve bakımın içeriği açıklanabilmektedir. Geçiş sürecinde menopozal döneme yönelik etkileşim yoluyla yardım alan kadınlar ve yardım eden hemşireler arasındaki iki yönlü ilişkinin, etkili ve uyum içinde olması gerekmektedir (Meleis, 2010).

Yer ve konum

Bireyin yeni rolünü zihnine yerleştirmesi, bir yere oturtması şeklinde ifade edilebilmektedir. Çoğu geçiş süreci için yer ve konum önemli olmaktadır, ancak göç gibi geçiş tiplerinde daha çok ön plana çıktığı belirtilmektedir (Meleis vd., 2000).

Özgüven ve baş etmenin gelişmesi

Geçiş sürecinde olan kişilerin özgüven ve baş etme düzeylerinde bir artış olması, geçiş sürecinin niteliğini yansıtan bir durumdur (Meleis vd., 2000). Koreli kadınlarla yapılan çalışmada, kadınlar birçok nedenden dolayı menopoz şikâyetlerini göz ardı etmişler şikâyetlerinin geçici, normal ve önemsiz olduğunu, yaşlanmadan kaynaklı olduğunu düşünmüşlerdir. Şikâyetleri ile baş edebildiklerinde herhangi bir yardım almadıkları, ancak baş edemedikleri zaman tıbbi yardım almak zorunda kaldıkları belirtilmiştir (Im & Meleis, 1999).

b) Sonuç göstergeleri: Geçiş başarılı bir şekilde yönetmek için gerek duyulan yeni becerilerde ustalık kazanmak, sonuç göstergelerinin ilkinin, değişken bütünleştirici kimlik geliştirme ise ikincisini oluşturmaktadır. Sonuç göstergelerinin düzeyi geçiş döneminde olan kişiler için yaşam kalitesine etkisini yansıtabilmektedir. Bir geçişin

ne zaman sona ereceğinin belirlenmesi, geçişin çeşidine, başlama durumuna, niteliğine ve modeline göre esnek ve değişken olabilmektedir (Meleis vd., 2000).

Yeterlilik/rol ustalığı

Geçişlerin tümünde en önemli olan ve dikkat edilmesi gereken süreci yönetme yeteneğidir. Geçiş başarılı bir şekilde yönetenler yaşamlarını yeniden şekillendirebilmekte ve geçişin üstesinden gelebilmek için gereken becerileri geliştirebilmektedirler. Hemşirelerin geçiş yaşayan kişilerin kendi yeteneklerini kullanabilmeleri için karar vermelerini desteklemeleri gerekmektedir (Skarsater, 2006). Bir geçişin başarılı olarak sonuçlanması, bireyin yeni durumu ve ortamı yönetmek için gereksinim duyduğu beceriye sahip olmasıyla ve yeni duruma uygun davranışlar göstermesiyle belirlenmektedir. Yeterlilik; tecrübeyle ve zamanla gelişir. Geçiş sürecinde yeterliliğin erken dönemde görülmesi mümkün olmamaktadır. Geçiş süreci sona erdiğinde yeterlilik düzeyi iyi düzeyde ise, sağlıklı ve başarılı bir geçiş sürecinin meydana geldiği belirtilmektedir (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis vd., 2010).

Esnek (uyumlandırılabilir) kimlik gelişimi

Bütün geçişlerde “bireyin hayatında bir denge hissine ulaştığını düşünmesi” beklenmektedir. Geçiş deneyimleri kimliğin yeniden düzenlenmesi ile sonuçlanacak şekilde karakterize edilmektedir. Geçiş deneyimi stabil olmaktan çok dinamik, statik olmaktan çok değişken bir kimlikle karakterizedir. Esnek bütünleştirilmiş kimlik gelişimi tanımlanabilir bir role sahip olmak demektir. Yeni bir rolün, bireyin tüm yaşamını etkilememesi ve diğer rollerinin önüne geçmemesine izin vermemesi gerekmektedir. Yani bireyin tek bir role odaklanmak yerine, her zaman ve her yerde yeni rollere açık ve esnek olması gerekmektedir (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis, 2010).

Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı

Meleis hemşirenin en önemli görevinin hayatı boyunca çeşitli geçişler yaşayan bireylere bu süreçte yardım etmek, sağlıklı geçişleri sağlamak ve sağlıklı geçişleri en aza indirmek olduğunu belirtmektedir. Hemşireler, geçiş sürecinde olan hastaların ve yakınlarının birinci bakıcılarıdır. Geçişler hem değişime neden olur hem de değişikliğin sonucudur (Meleis, 2010).

Geçiş teorisinde hemşirelik bakımı Schumacher ve Meleis (1994) tarafından kavramsallaştırılmıştır. Geçiş sürecine hazır oluş durumunun değerlendirilmesi ilk kavramı oluşturmaktadır. Hazır oluş; multidipliner bir çabayla bireyin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlamaktır. Geçiş teorisinde yer alan geçiş durumlarının her biri, bireyin geçiş için hazır olduğunun bir profilini oluşturmak ve geçiş deneyiminin kalıplarını belirlemek için değerlendirilmelidir (Meleis vd., 2000). Geçişin terapötik kavramının ikinci ölçüsü olarak hazırlık gelmektedir. Geçiş sürecine hazırlıklı olmanın ve bu süreç için en uygun koşulların hazırlanmasında ilk sırada eğitim gelmektedir. Üçüncü kavram ise rol desteğidir. Rol desteği etkili bir geçiş süreci için kullanılmaktadır. Rol desteği rolü açıklama, rol alma ve rol deneyimini içermektedir (Meleis, 2010).

Hemşireler, geçiş sürecindeki bireylerin temel bakım vericileri olup, geçişin birey ve ailesinin yaşamında neden olduğu değişikliklere hizmet sunmakta ve öncelik vermektedir. Ayrıca hemşirelik yaklaşımları bireyleri, sağlık ve hastalık deneyimleriyle ilgili yeni becerilerin öğrenilme sürecini kolaylaştırıcı ve onları hassas hale getirebilecek geçişlere hazırlamaktadır (Öztürk Eyimaya & Tezel 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının menopoza ilişkin tutum, depresyon, anksiyete, stres ve menopoza özgü yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Türü

Ön test-son test düzeni kullanılarak yapılan randomize kontrollü tipte deneysel bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Eskişehir Odunpazarı Belediyesi'ne bağlı dokuz halk merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın Odunpazarı Belediyesi'ne bağlı halk merkezlerinde yapılmasının nedeni; bu merkezlerin Eskişehir'in genel özelliklerini yansıtması, sosyoekonomik açıdan her kesimden kadınların olması ve halk merkezlerinde bulunan kadın sayısının fazla olmasıdır. Odunpazarı Belediyesi'ne bağlı toplamda 17 halk merkezine kayıtlı 2832 (kadın-erkek-çocuk) kursiyer bulunmaktadır. Bu kursiyerlerden 1756'sını kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların 650'si 45-55 yaş grubu arasında yer almaktadır. Halk merkezine başvuru yapan tüm kursiyerlerden iletişim bilgileri alınmaktadır. Açılacak olan tüm kurs ve faaliyetler hakkında kursiyerlere telefondan whatsapp aracılığıyla toplu mesaj gönderilerek bilgilendirme yapılmaktadır. Gerekli durumlarda kursiyerleri telefonla arayarak ya da kursiyerlere whatsapp yoluyla mesaj gönderilerek ulaşılmıştır. Halk merkezleri; Eskişehir ili Odunpazarı Belediyesi tarafından açılan, kadınların ekonomik durumlarına katkı sağlamak, el becerilerini geliştirmek, sosyokültürel açıdan aktif olmalarını sağlamak ve spor yapmalarına yardımcı olmak amacıyla hizmet vermektedir. Açılacak olan kurslara başvurular, halk merkezleri aracılığıyla belirli tarihlerde ücretsiz olarak yapılmaktadır. Halk merkezlerinde kadınlar için; dikiş, örgü, keçe, amigurimi (bez bebek), iğne oyası, mefruşat, makrome, çini, halk oyunları, spor, takı, kursları verilmektedir. Gökmeydan Halk Merkezi'nde farklı olarak ayrıca cilt bakımı ve kuaförlük kursu, Kırmızı Toprak Halk Merkezi'nde ise rölyef kursu verilmektedir. Merkezler benzer olarak 2 katlı bir bina olarak inşa edilmiştir. Genellikle 2 derslik bulunmaktadır. Merkezlerde sürekli olarak bulunan iki yönetici (halkla ilişkiler

organizasyon hizmetleri personeli) ve bir temizlik personeli çalışmaktadır. Kurslara görevlendirmeye gelen öğretmenler yalnızca kursun olduğu gün ve saatlerde halk merkezinde bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri ve Değişkenleri

H_{1a} Hipotezi: Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların menopoza ilişkin tutumlarını, kontrol grubuna göre olumlu yönde etkiler.

H_{1b} Hipotezi: Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların depresyon düzeylerini, kontrol grubuna göre azaltır.

H_{1c} Hipotezi: Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların anksiyete düzeylerini kontrol grubuna göre azaltır.

H_{1d} Hipotezi: Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların stres düzeylerini kontrol grubuna göre azaltır.

H_{1e} Hipotezi: Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların yaşam kalitesi düzeyini, kontrol grubuna göre artırır.

Araştırmanın bağımsız (neden) değişkenleri: Yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler ile Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı.

Araştırmanın bağımlı (sonuç) değişkenleri: Kadınların menopoza ilişkin tutumları, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri, menopoza özgü yaşam kalitesi düzeyleri.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mayıs 2023–Ekim 2023 tarihleri arasında Eskişehir il merkezinde bulunan Odunpazarı Belediyesi'ne bağlı 17 Halk Merkezi'ne kayıtlı, menopoza girme ve menopozal yakınmaların yoğun yaşandığı 45-55 yaş arasında

(Taşkın, 2016; Hotun Şahin, 2017) 650 menopozal dönemdeki kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem grubunu, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve dâhil edilme kriterlerini (45-55 yaş aralığında olan, okuma-yazma bilen ve son 12 aydır adet görmeyen kadınlar) sağlayan kadınlar oluşturmuştur.

Araştırma grubunda hedeflenmiş olan menopozal dönemdeki kadınlara ulaşmak için, 17 farklı halk merkezlerine kayıtlı 1756 kadına ulaşmak için, öncelikle Odunpazarı Belediyesi'nden kurum izni alındıktan sonra tüm halk merkezlerinin merkezi olan Gökmeydan Halk Merkezi'ndeki yönetici personel tarafından diğer tüm halk merkezlerinin yöneticilerine whatsapp yoluyla mesaj gönderilmiştir. Mayıs ayı itibariyle halk merkezlerinde “Menopoz döneminde kadın sağlığı”na yönelik bir araştırma yapılacağı, “45-55 yaş arası ve bir yıldır hiç adet görmeyen gönüllü olarak tüm kadınların katılabileceği” mesajı yazılmıştır. Tüm halk merkezlerinin yöneticileri bu mesajı whatsapp yoluyla halk merkezine kayıtlı tüm kursiyer kadınlara göndermiştir. Ayrıca yöneticiler tarafından halk merkezlerinde verilen kurslar sırasında kadınlara duyurular yapılmıştır. Yapılan duyurular sonrasında ve halk merkezlerine gelen bilgiler doğrultusunda, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerimize uyan dokuz halk merkezine (Büyükdere Halk Merkezi, Amigo Orhan (Emek) Halk Merkezi, Aydın Arat (71 Evler) Halk Merkezi, Karapınar Halk Merkezi, Prof. Dr. Orhan Oğuz (Kırmızıtoprak) Halk Merkezi, Sezai Aksoy (Erenköy) Halk Merkezi, Gündoğdu Halk Merkezi, Gökmeydan Halk Merkezi, Cüneyt Arkın (Çankaya) Halk Merkezi) kayıtlı 180 kadın belirlenmiştir. Dokuz halk merkezine kayıtlı 180 kursiyer kadınlarla alınan randevular doğrultusunda halk merkezlerinde ön görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sonunda araştırmaya katılmayı kabul eden 180 kadından 110 kadın (12 aydan daha kısa süre adet görmeyen (n=38), kronik hastalığı olan (n=28), doğal yolla menopoza girmeyen (n=24), bekâr olan (n=17), okuma-yazma bilmeyen (n=3)) kriterleri karşılamadığı için araştırmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma kriterlerini sağlayan 70 kadın araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya dâhil olan 70 kadın randomizasyon tablosu doğrultusunda eğitim grubuna (35) ve kontrol grubuna (35) alınacak kadınlar belirlenmiştir (EK-8).

Randomizasyon: Araştırmada örneklemin belirlenmesi ve grupların randomizasyonu ile ilgili ESOGÜ Biyoistatistik Anabilim Dalından danışmanlık alınmıştır. Eğitim ve kontrol gruplarında yer alacak kadın sayısını belirlemek amacıyla güç (G Power 3.1. programı) analizi yapılmıştır. Bu amaçla daha önce yapılmış olan

benzer çalışmanın (Mumcu Boğa, 2013) ölçek toplam puanı referans olarak kullanılmıştır. Yapılan güç analizi sonucunda, örneklem büyüklüğünün $d= 0,65$ etki büyüklüğü, 0,05 Tip 1 hata ve % 95 güç düzeyi ile her grubun en az 17 kadından ve toplamda 34 kadından oluşması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmadan ayrılma ihtimaline karşı ve araştırmanın gücü göz önünde bulundurularak menopozal dönemde olan 70 kadınla (35 eğitim grubu, 35 kontrol grubu) çalışmaya başlanmıştır. Eğitim ve kontrol grubunun belirlenmesinde örnekleme dâhil edilecek kişilerin ataması için istatistik uzmanı tarafından önceden hazırlanmış randomizasyon listesi kullanılmıştır (EK-8). Uygulanan eğitim ve danışmanlık süreci boyunca eğitim grubundan beş kadın (izleme devam etmeyen iki, iletişim sağlanamayan iki ve şehir dışına taşınan bir kadın), kontrol grubundan beş kadın (izleme devam etmeyen üç ve iletişim sağlanamayan iki kadın) araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırmadan ayrılmayan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerini sağlayan 30 eğitim ve 30 kontrol grubunda olmak üzere 60 kadın oluşturmuştur.

3.5.1. Örnekleme dâhil edilme kriterleri

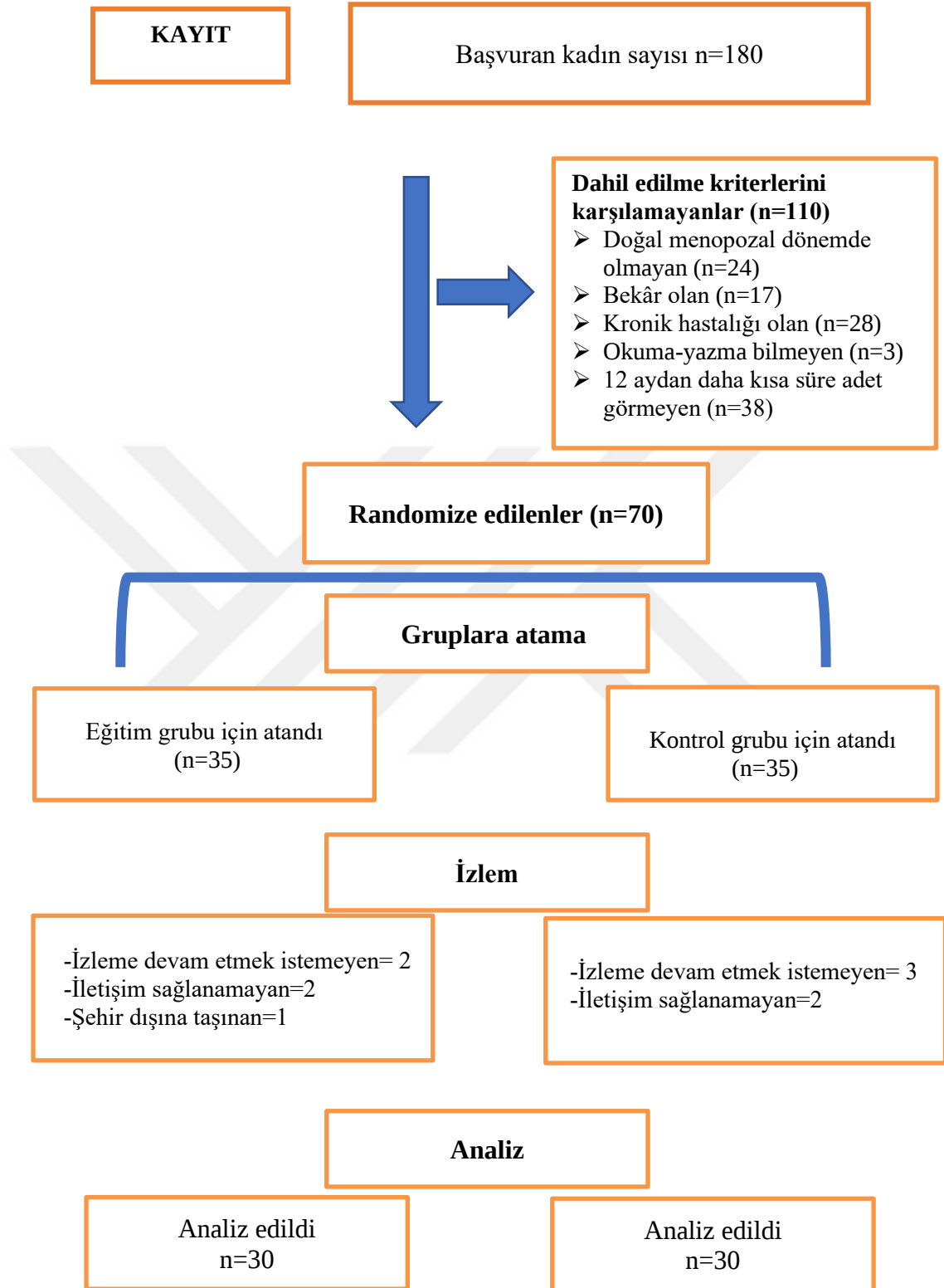
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi
- 45-55 yaş aralığında olması
- Okuma-yazma bilmesi
- Son 12 aydır adet görmemesi

3.5.2. Dışlama kriterleri

- Kronik bir hastalığın olması ve buna yönelik tedavi görüyor olması
- Önceden psikiyatrik tanı almış olması
- Cerrahi müdahale sonucu menopoza girmesi
- HRT-Hormon Replasman Tedavisi ve Alternatif tedavi almıyor olması
- Araştırmanın herhangi bir izleminde çekilmesi
- Veri toplama formlarını tamamlamaması

Aşağıda Consort Akış Şeması verilmiştir (Şekil 3.1.).

CONSORT AKIŞ ŞEMASI



Şekil 3.1. Araştırmanın consort akış şeması

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel bilgi formu

Kişisel Bilgi Formu, toplam 20 sorudan oluşan, araştırmaya alınacak kadınların sosyodemografik özelliklerinin, menopoza girme yaşının ve menopozla ilgili bilgi, algı ve tutumlarının sorgulandığı literatür taranarak hazırlanan formdur (Alpaslan, 2018; Öztürk Eyimaya, 2019; Aksoy Can, 2022; Denizhan Kırca, 2022; Gümüşay, 2022).

3.6.2. Menopoza ilişkin tutum ölçeği (MİTÖ)

MİTÖ, farklı yaş gruplarındaki kadınların menopoz yaşantısı ve sonrasına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla 1994 yılında Uçanok tarafından geliştirilmiştir (Uçanok & Bayraktar 1996). Ölçek menopoz yaşantısına ve sonrasına ilişkin olumlu ve olumsuz ifadelerden oluşan 5 dereceli Likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte 2 olumlu (1., 18. ifadeler), 18 olumsuz (2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 15., 16., 17., 19., 20. ifadeler) olmak üzere 20 ifade bulunmaktadır. Olumlu ifadeler için “kesinlikle katılmıyorum” yanıtına 0 puan, “katılmıyorum” yanıtına 1 puan, “kararsızım” yanıtına 2 puan, “katılıyorum” yanıtına 3 puan, “kesinlikle katılıyorum” yanıtına 4 puan verilmektedir. Olumsuz ifadelerde ise bu puanlama ters yönde yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır en yüksek puan ise 80’dir. Ölçekten alınabilecek puan ortalamalarının 40 ve üzerinde olması menopoza ilişkin olumlu tutumu, 40’ın altında olması ise olumsuz tutumu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.86’dır (Uçanok, 1994; Uçanok & Bayraktar, 1996). Tablo 3.9. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.9’da ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

3.6.3. Depresyon, anksiyete, stres ölçeği (DASÖ-21)

Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) 42 maddeden oluşmaktadır. DASÖ’de 14’ü depresyon, 14’ü anksiyete ve 14’ü stres alt boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin 21 maddelik kısa formu 2018 yılında Sarıçam tarafından

uyarlanmıştır (EK-3). DASÖ-21 alt ölçeklerinden depresyon, stres ve anksiyete ölçek maddelerinin her biri 7 sorudan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri son bir haftalık durum değerlendirilerek cevaplanmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipi ölçek olup; 0 “bana uygun değil”, 1 “bana biraz uygun”, 2 “bana genellikle uygun”, ve 3 “bana tamamen uygun” şeklinde kodlanmıştır. DASÖ-21 alt ölçeklerinden alınabilecek değer 0-21 puan arasında değişmektedir. Depresyon alt boyutundan 5 puan ve üzeri, anksiyete alt boyutundan 4 puan ve üzeri, stres alt boyutundan 8 puan ve üzeri alınması ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir (Sarıçam, 2018). DASÖ-21 puan değerlendirme tablosu aşağıda verilmiştir (Tablo 3.1.).

Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için 0,87, anksiyete alt ölçeği için 0,87 ve stres alt ölçeği için 0,89'dur (Sarıçam, 2018). Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilen orijinal ölçekte Cronbach alfa güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için 0,91, anksiyete alt ölçeği için 0,81 ve stres alt ölçeği için 0,89'dur (Lovibond & Lovibond, 1995). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.9.'da ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Tablo 3.1. DASÖ-21 puan değerlendirme tablosu

Düzye	Depresyon	Anksiyete	Stres
Normal	0-4	0-3	0-7
Hafif	5-6	4-5	8-9
Orta	7-10	6-7	10-12
İleri	11-13	8-9	13-16
Çok İleri	14+	10+	17+

3.6.4. Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği (MÖYKÖ)

MÖYKÖ, Hilditch ve arkadaşları (1996) tarafından menopozal döneme özgü kadınların yaşam tarzındaki farklılıkları ölçerek, zaman içinde meydana gelen yaşam kalitesindeki değişimi sorgulamak amacıyla geliştirilmiştir (Hilditch vd., 1996). Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2005 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından yapılmıştır (Kharbouch & Şahin, 2007). Likert tipte olan ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçek toplamı ortalama puan kullanılmasıyla hesaplanmaktadır. Sorular dört konu başlığı

altında toplanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında kadınların son bir ay içerisinde yaşamış oldukları yakınmalar sorgulanmakta olup, sorulara “hayır” ya da “evet” şeklinde cevap alınmaktadır. Ölçekten alınabilecek ön düşük puan 0, en yüksek puan ise 6’dır. “0” puan, konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını, “1” puan, sorunun var olduğunu ancak rahatsız edici olmadığını, “2-6” arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini göstermektedir. Konu başlıklarına ait soru adedi eşit olmadığından, skorların ortalamaları o konu başlığına ait genel skor olarak değerlendirilmektedir. Puan arttıkça yakınmanın şiddeti de artmaktadır (Kharbouch & Şahin, 2007).

Vazomotor alan (1-3.sorular, 3 soru) konu başlığından alınan en düşük puan 3 ve en yüksek puan 24’tür. Psikososyal alan (4-10. sorular,7 soru) konu başlığından alınan en düşük puan 7 ve en yüksek puan 56’dır. Fiziksel alan (11-26. sorular, 16 soru) konu başlığından alınan en düşük puan 16 ve en yüksek puan 128’dir. Cinsel alan (27-29. sorular, 3 soru) konu başlığından alınan en düşük puan 3 ve en yüksek puan 24’dür. Puanın düşük olması kadındaki yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kharbouch ve Şahin ölçeğin iç tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach’s Alpha değerleri; vazomotor alan için 0.73, psikososyal alan için 0.84, fiziksel alan için 0.88 ve cinsel alan için 0.84 olarak belirlenmiştir (Kharbouch & Şahin, 2007).

3.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır.

I. Aşama: Hazırlık Aşaması- Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim içeriğinin ve eğitim kitapçığının hazırlanması

II. Aşama: Uygulama Aşaması

II. a. Eğitim grubuna yapılan uygulamalar

II. b. Kontrol grubuna yapılan uygulamalar

I. Aşama: Hazırlık Aşaması:

I. a. Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim içeriğinin ve eğitim kitapçığının hazırlanması

Eğitim içeriği araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda menopozal dönemde olan kadınların ihtiyaçlarına yönelik hazırlanmıştır. Yapılan araştırmalar

sonucunda çalışmalar incelenmiş olup eğitim içeriği başlıkları belirlenmiştir (Gözüyeşil & Başer, 2016; Taşkın, 2016; Hotun Şahin, 2017; Gönenç & Koç, 2019; Öztürk Eyimaya, 2019). Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim içeriği; menopoza, menopoza dönemleri, menopoza girmeyi etkileyen faktörler, menopoza döneminde yaşanabilecek sorunlar ve bu sorunlara yönelik öneriler, menopoza dönemi egzersizleri, menopoza döneminde yaptırılması gereken sağlık kontrolleri ve menopoza döneminde sağlıklı yaşam için öneriler başlıklarından oluşmaktadır (EK-5). Eğitim planının amacı, kapsamı, içeriği ve dil açısından anlaşılabilirliğinin test edilebilmesi için uzman görüşüne başvurulmuştur. Eğitim içeriğinin güvenilirlik ve kalitesinin ölçümünde "Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri" (Quality Criteria for Consumer Health Information (DISCERN) formları (EK-6) alanında uzman sekiz kişiye (bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, bir Ebelik Alanında Uzman, altı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Alanında Uzman) gönderilerek değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda eğitim içeriğinde güncelleme yapılmıştır. Çalışmaya katılan tüm eğitim grubundaki kadınlara ilk görüşmede, kontrol grubundaki kadınlara ise son test uygulamaları bittikten sonra verilmiştir. Ekte uzmanlar ve yer aldıkları kurumlara ilişkin bilgi sunulmuştur (EK-7). Araştırmanın uygulama şeması aşağıda Şekil 3.3.'te verilmiştir.

DISCERN; Charnock ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 15, en yüksek 75 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması eğitim kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. 15 ve altında puan olması eğitim içeriğinin kalitesinin düşük olduğunu, 75 puana sahip olması ise kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Charnock vd., 1999) (Tablo 3.2.). DISCERN ölçeği puanı bu çalışmada kullanılarak eğitim içeriği için $68,87 \pm 4,94$ olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç çalışma kapsamında hazırlanan Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne dayalı eğitim içeriğinin kalitesinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Değerlendirme sonuçları aşağıda Tablo 3.2.'de verilmiştir.

Tablo 3.2. DISCERN ölçüm aracı değerlendirme sonuçları

	$\bar{X} \pm SS (n=8)$	Min-Max
Güvenilirlik (1-8.madde)		
DISCERN Bölüm 1 (8-40 puan)	36,50 $\mp$ 2,72	33-40
Bilgi Kalitesi (9-15. madde)		
DISCERN Bölüm II (7-35 puan)	32,37 $\mp$ 2.44	28-35
Bölüm III Genel Değerlendirme		
(16. madde)	4,63 $\mp$ 0,74	3-5
DISCERN toplam	68,87 $\mp$ 4,94	62-75

II. Aşama-Uygulama Aşaması: Halk merkezlerine kayıtlı olan 45-55 yaş arasındaki kadınlara whatsapp yoluyla halk merkezi yöneticileri tarafından gönderilen mesaj ve kurslar sırasında yapılan duyurular sonucunda araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 70 kadına ulaşılmıştır. Kadınların her birine ilk görüşmede; çalışmanın amacı ve içeriği konusunda bilgi verilmiştir. Veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formlarını doldurmak yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür.

Kadınların menopozal dönemlerini kolaylaştırmak, başarılı ve sağlıklı bir menopozal geçişi sağlamak amacıyla uygulanan eğitim ve danışmanlık programının Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi basamaklarına göre kavramsal çerçevesi ve programın içeriği Şekil 3.2. ve Tablo 3.3.-3.4.-3.5. ve 3.6.'da yer almaktadır.

Tablo 3.3. Menopozal dönemde olan kadınlar için geçiş sürecinin özelliklerini destekleyen eğitim ve danışmanlık programı

GEÇİŞİN DOĞASI
Geçiş Tipleri
<i>Gelişimsel:</i> Menopoz dönemine geçiş
Geçiş Kalıpları
<i>Tekli/çoklu</i>
<i>Ardışık/Eş zamanlı</i>
<i>İlişkili/İlişkisiz</i>
Geçiş Özellikleri
<i>Farkındalık:</i> Menopozal dönemin ve sonrasındaki değişikliklerin farkında olması. Başarılı bir geçiş yaşanması amacıyla işbirliği yapıldı.
<i>Sorumluluk Alma:</i> Menopozal geçiş sürecine ve Eğitim programına katılımı desteklendi.
Eğitim bitene kadar katılımlarını sürdürmeleri sağlandı.
Menopoza bağlı gelişebilecek olumsuz değişikliklerle baş edebilmek ve yaşam kalitelerinin var olan devamlılığını sağlamak için sorumluluk almaları sağlandı.
<i>Değişim ve Farklılık:</i> Menopozal geçişe yönelik yüklenen anlam.
Aile üyelerinin ve arkadaşlarının geçiş hakkındaki düşünceleri ve destekleri olup olmadığı konuşuldu.
<i>Zamanın Akışı:</i> Menopozal geçişin her bireyde farklı zamanda ve yaş aralığında olabileceği açıklandı.
<i>Önemli Dönüm Noktaları ve Olayları:</i> Kadınlar daha sağlıklı ve kolay bir geçiş dönemi yaşamaları için desteklendi.
Değişimin getirdiği problemlerle başa çıkmak için eski davranışların değiştirilmesi, yeni becerilerin kazanılması desteklendi.

Tablo 3.4. Menopozal dönemde olan kadınlar için geçiş durumlarını destekleyen eğitim ve danışmanlık programı

GEÇİŞ DURUMLARI: Kolaylaştırıcılar ve Engelleyiciler

Kişisel

Anlamlar: Menopozal döneme geçişin yaşamlarını etkileme düzeyleri, menopoza verilen anlamlar (pozitif, nötr ya da negatif) ve menopoz yönetimi.

Menopozal dönemin depresyon anksiyete ve stres durumuna olan etkisinin belirlenmesi.

Menopozal dönemin menopoza karşı tutumuna olan etkisinin belirlenmesi.

Menopozal dönemin menopoza özgü yaşam kalitesine olan etkisinin belirlenmesi.

Kolaylık ve zorluklarının sorgulanması.

Kültürel inanış ve tutumlar: Kadınların menopoz hakkındaki düşüncelerini anlatmaları sağlandı.

Aile üyeleri ve arkadaşlarının menopoza geçişe karşı tutumu hakkında bilgi sağlandı.

Sosyo-ekonomik statü: Menopoza giren kadınların sosyoekonomik durumu dikkate alınarak menopoza geçişin sosyoekonomik statüden etkilenip etkilenmediği tartışıldı.

Hazırlık ve sahip olunan bilgi: Kadınların menopoz ile ilgili bilgi düzeyinin belirlenmesi.

Menopozal döneme yönelik tutumunun belirlenmesi.

Menopoz ile ilgili bilgi düzeyini arttırmaya yönelik eğitim verildi.

Menopoz yönetim davranışları kazandırmak için eğitim verildi.

Menopoza psikososyal uyumu sağlamak için destek sağlandı.

Topluluk: Yetersiz desteğe sahip olduğunu düşünen kadınların aile üyeleri tarafından destek alması geliştirildi.

Sağlık personeli, kitaplar, eğitim grupları ve yazılı materyaller gibi bilgi kaynaklarından güvenilir bilgi almaları konusunda bilgi verildi.

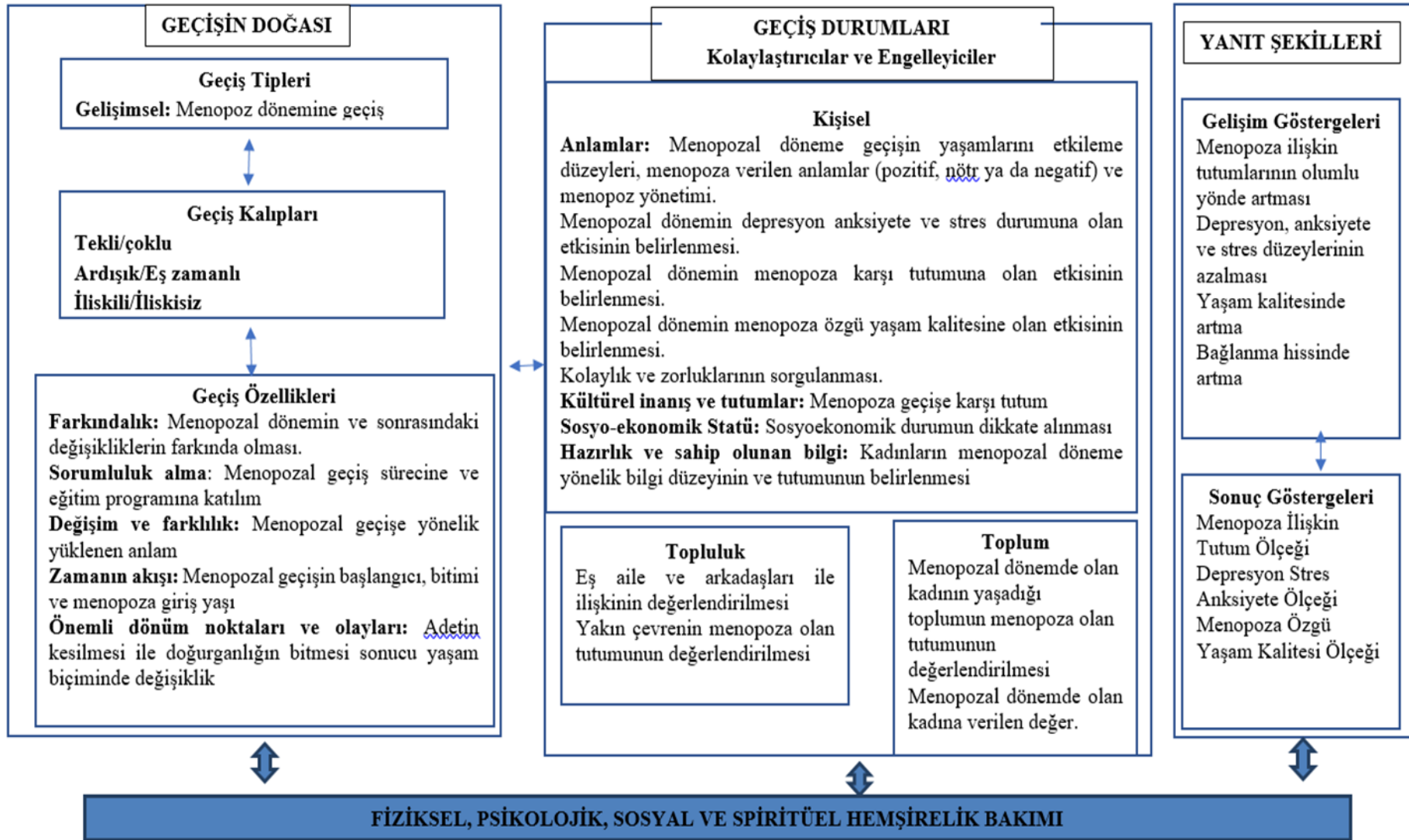
Eş, aile ve arkadaşları ile ilişkinin değerlendirilmesi.

Toplum: Menopozal dönemde olan kadının yaşadığı toplumun menopoza olan tutumunun değerlendirilmesi.

Menopozal dönemde olan kadına verilen değer.

Tablo 3.5. Menopozal dönemde olan kadınların yanıt şekillerini destekleyen eğitim ve danışmanlık programı

YANIT ŞEKİLLERİ: Gelişim Göstergeleri <i>Bağlanma hissi</i> Menopozal döneme geçişlerinin daha kolay olabilmesi için, menopozal döneme yönelik gerekli bilgi ve desteğe sahip olmaları sağlandı. Menopozal geçiş süreciyle ilgili soruları yanıtlanarak, güvenilir davranışlarda bulunularak bağlanma hissi kazanmaları desteklendi. Güven duygusunun gelişmesini sağlamak için tutarlı davranışlarda bulunuldu. Menopozal geçiş döneminde olan kadınların birbirleri ile sosyal ilişkilerini sürdürmeleri önerildi. <i>Etkileşimler</i> Menopozal geçiş sürecinde olan kadınların sağlık personeliyle iletişiminin sürekli olarak devamının önemi vurgulandı. <i>Yer ve konum</i> Menopoza geçişte yaşadıkları deneyimlerle nelerin değiştiği tartışıldı. <i>Özgüven ve baş etmenin gelişmesi</i> Menopoza geçiş sürecinde ve menopoz yönetiminde kadınların kapasitelerinin ne kadarını kullandıkları ve desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları belirlendi. İhtiyaç durumlarına yönelik sağlık hizmetlerine erişimleri amacıyla destek sağlandı. YANIT ŞEKİLLERİ: Sonuç Göstergeleri <i>Yeterlilik:</i> Menopozal geçiş sürecini etkili bir şekilde yönetebilmek için gerekli olan beceri ve davranışları geliştirmeye yönelik eğitimler verildi. Kadınların yeni edindikleri rolde kendi yeteneklerini kullanabilmeleri için karar vermelerine destek sağlandı. <i>Esnek Kimlik Gelişimi</i> Geçiş sürecini desteklemek için bireylerin menopoza geçiş deneyimleri dinlendi. Menopozal dönem sonrasında uyum sağlamaları gereken yeni rollerinin özellikleri anlatıldı ve olumlu tutum sergilemeleri için desteklendi.



Şekil 3.2. Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının kavramsal çerçevesi

Tablo 3.6. Menopozal dönemde olan kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı

Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı <i>Hazır Oluş</i> Kadınların menopozal döneme yönelik duygularını ifade etmelerine imkân sağlandı. Menopozal dönemin farkında olmaları sağlandı. Menopozal döneme yönelik tutumları hakkında tartışıldı. Menopozal döneme yönelik korku, stres ve endişeleri konuşuldu. Menopozal dönemi yönetmeyle ilgili davranışlarını ve bilgi düzeylerini anlatmaları sağlandı. Ortaya çıkan değişiklikler ve yakınmalar hakkında duygu ve düşünceleri paylaşıldı. Menopozal dönemde yaşam kalitesine yönelik nasıl uygulamalar yaptıkları konuşuldu. <i>Eğitim</i> Menopoz ve menopoz dönemleri ile ilgili eğitim verildi. Menopoza girmeyi etkileyen faktörlerle ilgili eğitim verildi. Menopoz döneminde yaşanabilecek sorunlar ve bu sorunlara yönelik eğitim verildi. Menopoz döneminde yapılması gereken egzersizler ile ilgili eğitim verildi. Menopoz döneminde yaptırılması gereken sağlık kontrolleri ile ilgili eğitim verildi. Menopoz döneminde sağlıklı yaşam için öneriler eğitimi verildi. <i>Rol Desteği</i> Menopozal dönemde olan diğer kadınlarla iletişimin, olumlu ve olumsuz duygu ve deneyimlerin paylaşılmasının önemi üzerinde duruldu.
--

II. a. Eğitim grubuna yapılan uygulamalar

İlk görüşme (hazır oluş): Araştırmanın yürütüldüğü halk merkezlerinde Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre araştırmacılar tarafından hazırlanan Eğitim ve Danışmanlık Programı doğrultusunda eğitim grubuna dâhil edilen kadınlarla 15 Mayıs 2023 tarihinden itibaren alınan randevular kapsamında merkezlere gidilerek ilk görüşmeler yapılmıştır.

- İlk görüşmede ön test uygulaması kapsamında; araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara “Kişisel Bilgi Formu”, “MİTÖ”, “DASÖ-21” ve MÖYKÖ formları doldurtulmuştur.
- Ön test uygulamaları bittikten sonra Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış Eğitim ve Danışmanlık programının 1. oturumu araştırmacı tarafından 5'şer kişilik gruplar halinde kadınlara halk merkezlerinin eğitim odalarında yüz yüze olmak üzere 50-60 dakika olarak gerçekleştirilmiştir.
- Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'nin hazır oluş kavramına göre; güvenli etkileşim ortamının sağlanmasına, kadınların sosyodemografik bilgilerini öğrenmeye, semptom öyküsünün dinlenmesine (menopoza girme zamanı, ne yaptığı, şikâyetleri ile konuşma), menopoz, menopoz dönemleri, menopoza girmeyi etkileyen faktörlere, menopoz döneminde yaşanabilecek sorunlara yönelik öneriler hakkında teorik ve görsel olarak bilgilendirme yapılmıştır. Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'nin kavramlarına yönelik aşağıdaki uygulamalar yapılmıştır.
 - ✓ Menopozal dönemin farkında olmalarının sağlanması
 - ✓ Menopozal geçiş sürecine ilişkin duygularını ifade etmesine fırsat verilmesi
 - ✓ Menopozal geçiş sürecine yönelik bakış açıları hakkında konuşulması
 - ✓ Menopozal geçiş sürecine ilişkin korku, stres ve endişelerinin konuşulması
 - ✓ Menopozal dönemi yönetmeyle ilgili davranışlarını ve bilgilerini anlatmalarının sağlanması
- Uygulamaya katkı sağlamak ve hatırlamayı kolaylaştırmak amacıyla hazırlanan eğitim kitapçığı, eğitim sonunda kadınlara dağıtılmıştır.
- Kadınların kilo ölçümü yapılarak kayıt edilmiştir. Kilo ölçümü araştırmacı tarafından götürülen aynı baskülle yapılmıştır.

İkinci görüşme (hazırlık-eğitim): İlk görüşmeden bir ay sonra, 14 Haziran 2023 tarihinden itibaren Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış Eğitim ve Danışmanlık programının 2. oturumu araştırmacı tarafından 5'şer kişilik gruplar

halinde kadınlara halk merkezlerinin eğitim odalarında yüz yüze olmak üzere 50-60 dakika olarak gerçekleştirilmiştir. Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'nin hazırlık ve eğitim kavramlarına yönelik aşağıdaki uygulamalar yapılmıştır.

- Menopozal dönem egzersizlerine yönelik eğitim (Kegel, Solunum, Fiziksel Egzersiz Eğitimi)
- Menopozal dönemde yaptırılması gereken sağlık kontrollerine yönelik bilgilendirme
- Menopozal dönemde sağlıklı yaşama yönelik öneriler hakkında bilgilendirme

Üçüncü görüşme (rol desteği): İlk görüşmeden 2 ay sonra, Temmuz 2023 tarihinden itibaren Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış Eğitim ve Danışmanlık programının 3. oturumu halk merkezlerinin eğitim odalarında 50-60 dakika olarak gerçekleştirilmiştir. Ara test olarak MİTÖ, DASÖ-21 ve MÖYKÖ yüz yüze bireysel olarak tekrar uygulanmıştır.

- Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'nin rol desteği kavramına yönelik soru-cevap yapılarak aşağıdaki konular hakkında bilgi paylaşımı yapılmıştır.
 - ✓ Menopozal geçiş sürecinde olan diğer kadınlarla olumlu ve olumsuz duygu ve deneyimlerinin paylaşılması.
 - ✓ Menopoza karşı tutumlarının değerlendirilmesi
 - ✓ Önerileri uygulama konusunda yaşadığı deneyimlerin paylaşılması
 - ✓ Yaşam biçimi değişikliğinin sağlanması
 - ✓ Beslenme ve uyku değişikliğinin sağlanması
 - ✓ Fiziksel aktivitenin sağlanması
 - ✓ Sağlık kontrollerinin yapılmasının sağlanması
- Kadınların kilo ölçümü yapılarak kayıt edilmiştir. Kilo ölçümü araştırmacı tarafından götürülen aynı baskülle yapılmıştır.

Dördüncü görüşme (değerlendirme): İlk görüşmeden 5 ay sonra Ekim 2023 tarihinden itibaren Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış Eğitim ve Danışmanlık programının 4. oturumu halk merkezlerinin eğitim odalarında 50-60 dakika olarak gerçekleştirilmiştir. Son test olarak MİTÖ, DASÖ-21 ve MÖYKÖ yüz yüze bireysel olarak tekrar uygulanmıştır.

- Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'nin değerlendirme kavramına yönelik soru-cevap yapılarak aşağıdaki konular hakkında bilgi paylaşımı yapılmıştır.

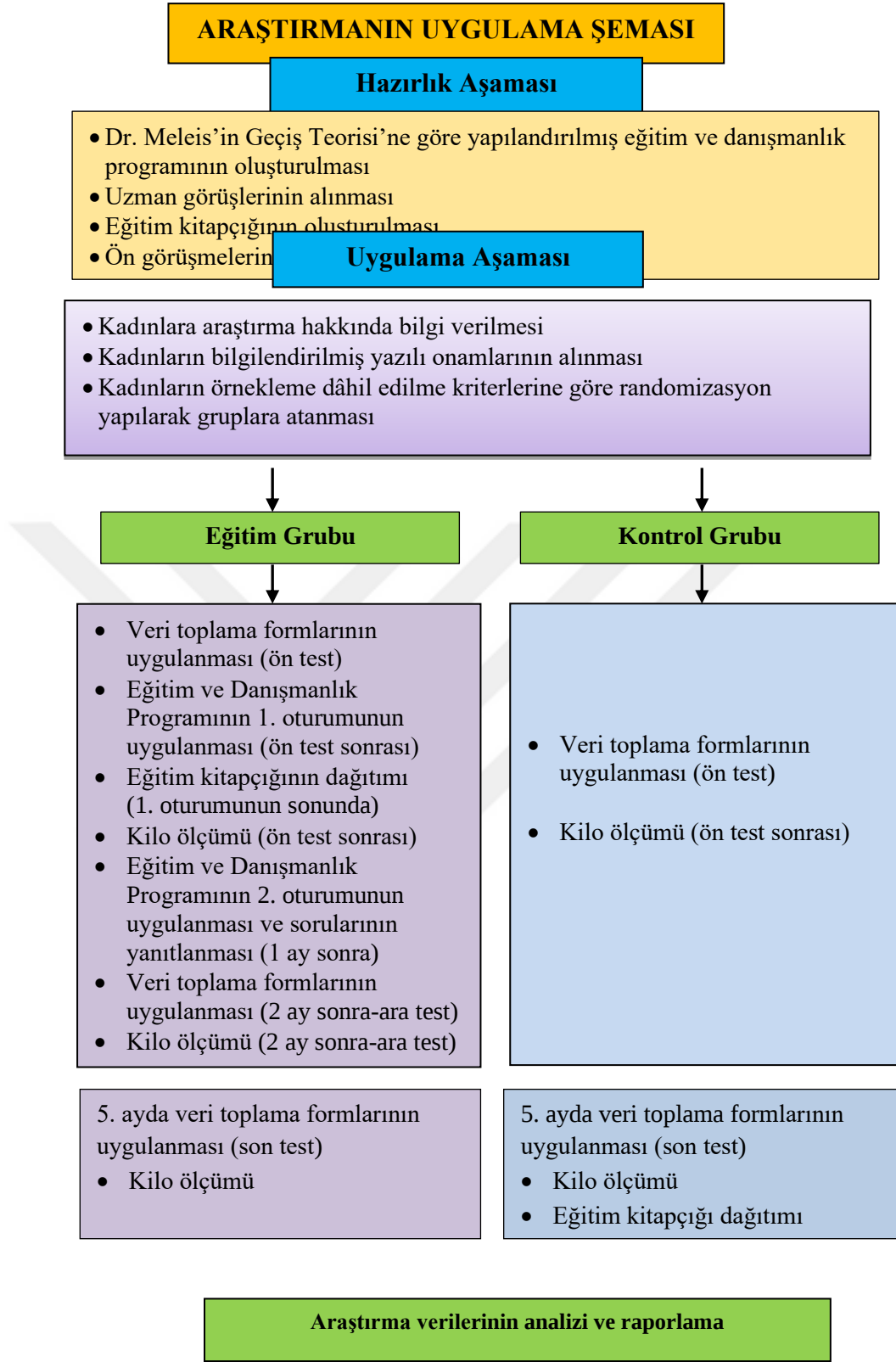
- ✓ Uygulanan programın değerlendirilmesi
 - ✓ Programa dair duygu, düşünce ve önerilerin paylaşılması
 - ✓ Menopoz dönemine yönelik yaşadığı sorunlarla baş edebilmeyi öğrenmesi
 - ✓ Menopoza karşı tutumlarının olumlu yönde artmasının sağlanması
 - ✓ Yaşadığı sorunlara yönelik stres durumlarının azalmasının sağlanması
 - ✓ Yaşam kalitesini arttırmaya yönelik davranışlarının oluşması
 - ✓ İdeal kiloya ulaşma
- Kadınların kilo ölçümü yapılarak kayıt edilmiştir. Kilo ölçümü araştırmacı tarafından götürülen aynı baskülle yapılmıştır.

Kadınların şikâyetlerine yönelik soru sorması ve yaşadığı şikâyetleri ifade edebilmesi için cesaretlendirilmiş merak ettiği soruları cevaplanmıştır. Yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel değişikliklere yönelik şikâyetlerine ilişkin çözüm önerileri sunulurken, baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilerek eğitim ve danışmanlık yapılmıştır. Ayrıca 5 ay boyunca izlem sürdürülmüştür. Aralıklı olarak kadınlara verilen eğitim kitapçığını okumaları yönünde whatsapp aracılığıyla hatırlatma mesajları gönderilmiştir. Mesai saatleri dışında da herhangi bir konuda ihtiyaç duymaları halinde kadınlar araştırmacıya telefonla arayarak ya da whatsapp mesaj yoluyla ulaşabilmişler ve danışmanlık alabilmişlerdir.

II. b. Kontrol grubuna yapılan uygulamalar

Kontrol grubundaki kadınlara konu ile ilgili farkındalık oluşturmamak için herhangi bir eğitim ve danışmanlık verilmemiştir.

- İlk görüşmede kadınlara 15 Mayıs 2023 tarihinden itibaren halk merkezlerinde ön test olarak Kişisel Bilgi Formu, MİTÖ, DASÖ-21 ve MÖYKÖ araştırmacı tarafından 5'şer kişilik gruplar halinde kadınlara halk merkezlerinin eğitim odalarında yüz yüze uygulanmıştır. Kadınların kilo ölçümü yapılarak kayıt edilmiştir. Kilo ölçümü araştırmacı tarafından götürülen aynı baskülle yapılmıştır.
- İlk görüşmeden beş ay sonra Ekim 2023 tarihinden itibaren halk merkezlerinde kadınlara MİTÖ, DASÖ-21 ve MÖYKÖ ikinci kez son test olarak bireysel ve yüz yüze olmak üzere 20 dakikada uygulanmıştır. Son test uygulamasından sonra eğitim kitapçığı dağıtılmış ve kilo ölçümü yapılarak kayıt edilmiştir. Kilo ölçümü araştırmacı tarafından götürülen aynı baskülle yapılmıştır. Araştırmanın uygulama şeması aşağıda Şekil 3.3.'te verilmiştir.



Şekil 3.3. Araştırmanın uygulama şeması

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için ESOGÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (25403353-050.99-E.102492)(EK-9). Araştırmanın başlatılabilmesi için Eskişehir Odunpazarı Belediyesi'nden kurum izni alınmıştır (EK-10). Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçek sahiplerinden yazılı izin alınmıştır (EK-12). Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır (EK-13). Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar araştırmayla ilgili herhangi bir konuda destek almak istediklerinde iletişim kurabilmeleri için araştırmacı, telefon numarasını paylaşmıştır. Görüşmelerin planlanmasını yaparken kadınların uygun oldukları gün ve saat göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmanın sonunda kontrol grubundaki kadınlara eğitim kitapçığı dağıtılmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket program kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın gücü G*Power 3.1.9.2 paket programı ile hesaplanmıştır. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde kategorik değişkenler (nitel değişkenler) için frekans ve yüzde dağılımları, sayısal değişkenler (nicel değişkenler) için ortalama ve standart sapma ($\text{ort} \pm \text{ss}$) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin (MİTÖ, DASÖ-21 ve MÖYKÖ) güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri Tablo 3.7.'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Eğitim ve kontrol gruplarında yer alacak kadın sayısını belirlemek amacıyla güç analizi yapılmış olup, 0,05 Tip 1 hata ve 0,65 etki büyüklüğü ile toplam 34 (17 eğitim grubu, 17 kontrol grubu) örneklem için çalışmanın gücü %95 olarak belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.7. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri

Parametreler	Kullanılan Testler
Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların Kişisel Bilgi Formu verileri	Tanımlayıcı İstatistikler (Sayı-Yüzde; Ortalama-Standart Sapma)
Normal dağılımın değerlendirilmesi	Basıklık ve çarpıklık değerleri
Eğitim ve kontrol grubundaki değişkenlerin homojenliği	Ki-Kare testi Beklenen değeri 5'ten küçük hücre sayısının %20 altında olduğu durumlarda Pearson ki kare; Beklenen değeri 5'ten küçük hücre sayısının %20 üzerinde olduğu 2*2 durumlarda Yates düzeltmesi; Beklenen değeri 5'ten küçük hücre sayısının %20 üzerinde olduğu 2*2'den fazla olan durumlarda Fisher Exact test
Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının eğitim ve kontrol grubunda karşılaştırılması	Normal dağılım sağlanan verilerde bağımsız örneklem t testi; Normal dağılım sağlanmayan verilerde Mann-Whitney U Test
Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği eğitim grubu ön test, ara test ve son test sıralama puanlarının karşılaştırılması	Normal dağılım sağlanan verilerde tekrarlı ölçümlerde ANOVA; Normal dağılım sağlanmayan verilerde Friedman Testi
Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği kontrol grubu ön test ve son test sıralama puanlarının karşılaştırılması	Normal dağılım sağlanan verilerde bağımlı örneklem t testi

3.9.1. Güvenilirlik analizi sonuçları

Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçümlerin güvenilir olması gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeğe ilişkin güvenilirlikler Cronbach Alpha ile incelenmiştir. Güvenirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenilirlikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005: 19). Araştırmanın güvenilirlik analizleri yapılmış ve Tablo 3.8.'de özetlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, üç ölçüm için Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği 0,781-0,848 arasında olduğu, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği 0,757-0,972 arasında olduğu ve Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği 0,920-0,944 arasında olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada ön test, ara test ve son test için tutum, anksiyete, depresyon, stres ve yaşam kalitesi sorularının olduğu ölçek maddeleri Cronbach Alpha değerleri 0,7 değerinin üzerinde olduğu için yapılan araştırmaya ait ölçek maddeleri güvenilir bulunmuştur.

Tablo 3.8. Ölçüm araçlarına ilişkin Cronbach Alpha değerleri

	Ön test n=60	Ara test n=30	Son test n=60
⇒ Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği	0,837	0,848	0,781
⇒ Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği			
Depresyon	0,921	0,972	0,886
Anksiyete	0,767	0,940	0,757
Stres	0,906	0,949	0,851
⇒ Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	0,921	0,944	0,920
Vazomotor alan	0,851	0,807	0,878
Psikososyal alan	0,854	0,945	0,914
Fiziksel alan	0,891	0,896	0,866
Cinsel alan	0,723	0,848	0,880

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı halk merkezlerinin fiziki şartları uygun olmadığı için kadınlarla birinci ve ikinci görüşmeler (eğitim verilen oturumlar) beşer kişilik gruplar şeklinde aynı odada yapılmıştır. Bu durum kadınların fikirlerini tam olarak ortaya koyup koymadıkları kaygısına neden olduğu için, bu durum araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir. Fiziksel şartlar uygun olduğu ölçüde veriler üçüncü ve dördüncü görüşmelerde kadınlardan bire bir toplanarak elde edilmiştir. Ayrıca kontrol grubundaki kadınlara eğitim verilmemiş, sadece araştırma sonunda eğitim kitapçığı dağıtılmıştır.

3.11. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.12. Araştırmanın Uygulama Takvimi

Araştırma 07.05.2019 tarihinde araştırma konusunun belirlenmesi ile başlamıştır. 24.05.2019 tarihinde tez önerisi sunumu yapılmış ve ardından 10.09.2019 tarihinde etik kurul izni ESOGÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Etik kurul izni alındıktan sonra Eskişehir Odunpazarı Belediyesine başvuru yapılmış ve 30.03.2023 tarihinde kurum izni alınmıştır. Mayıs 2023 – Ekim 2023 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Mart 2024-Mayıs 2024 tarihleri arasında da ESOGÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kuralları çerçevesinde araştırma raporu yazılmıştır. Araştırmanın uygulama takvimi aşağıda Tablo 3.9.'da verilmiştir.

Tablo 3.9. Araştırmanın uygulama takvimi

Araştırma konusunun belirlenmesi	07.04.2019
Tez önerisi sunumu	24.05.2019
Etik kurul izni	10.09.2019
1.Tez izleme toplantısı	20.11.2019
Kurum izni	30.03.2023
2.Tez izleme toplantısı	22.06.2020
Verilerin toplanması	Mayıs 2023-Ekim 2023
3.Tez izleme toplantısı	06.01.2023
4.Tez izleme toplantısı	05.06.2023
5.Tez izleme toplantısı	05.01.2024
Verilerin analiz edilmesi ve yorumlanması	Ocak 2024-Mart 2024
Araştırma raporunun yazımı	Mart 2024-Mayıs 2024

4. BULGULAR

Çalışma sonuçları aşağıdaki başlıklara göre incelenmiştir.

- Eğitim ve kontrol grubunda yer alan kadınların bazı özelliklerine ilişkin bulgular
 - Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı
 - Kadınların menopozal döneme ilişkin özelliklerinin gruplara göre dağılımı
- MİTÖ, DASÖ-21 ve MÖYKÖ ölçeklerinden alınan alt boyut ve toplam puanların gruplara ve ölçümlerine ilişkin bulgular
 - Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların Menopoza İlişkin Tutum Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları
 - Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları
 - Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları
 - Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği maddelerine evet yanıtını veren eğitim ve kontrol grubundaki kadınların dağılımı

4.1. Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

		Grup				Toplam		Ki kare değeri	p değeri
		Eğitim		Kontrol					
		Ort±SS (Min-Mak)		Ort±SS (Min-Mak)		Ort±SS (Min-Mak)			
Yaş		52,07±2,45 (47-55)		51,77±2,79 (46-55)		51,92±2,61 (46-55)		0,4435 ^t	0,660
Boy		159,53±6,66 (146-170)		162,27±5,40 (155-176)		160,90±6,17 (146-176)		-1,746 ^t	0,086
Kilo		74,76±15,14 (51-123)		75,04±15,93 (44-120)		74,90±14,41 (44-123)		-0,318 ^z	0,750
BKİ		29,42±6,00 (22,30-49,30)		28,44±5,53 (16,80-44,10)		28,93±5,65 (16,80-49,30)		-0,244 ^z	0,807
Menopoz yaşı		48,60±2,50 (45-53)		48,43±2,46 (45-53)		48,52±2,46 (45-53)		0,260 ^t	0,796
		n	%	n	%	n	%		
Eğitim düzeyi	İlkokul	13	43,3	9	30,0	22	36,7	5,903 ^p	0,207
	Ortaokul	7	23,3	4	13,3	11	18,3		
	Lise	4	13,3	11	36,7	15	25,0		
	Üniversite	6	20,0	5	16,7	11	18,3		
	Lisansüstü	0	0,0	1	3,3	1	1,7		
Meslek	Çalışmıyor	22	73,3	17	56,7	39	65,0	4,605 ^{FE}	0,100
	Çalışıyor	1	3,3	6	20,0	7	11,7		
	Emekli	7	23,3	7	23,3	14	23,3		
Medeni durum	Evli	30	100,0	30	100,0	60	100,0	--	--
Evlilik yılı	1-3 yıl	0	0,0	1	3,3	1	1,7	0,000 ^{YD}	1,000
	10 yıldan fazla	30	100,0	29	96,7	59	98,3		
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	8	26,7	4	13,3	12	20,0	1,743 ^{FE}	0,670
	Ortaokul	3	10,0	4	13,3	7	11,7		
	Lise	11	36,7	13	43,3	24	40,0		
	Üniversite ve üstü	8	26,7	9	30,0	17	28,3		
Eş mesleği	Çalışıyor	9	30,0	9	30,0	18	30,0	4,1151 ^{FE}	0,147
	Emekli	17	56,7	21	70,0	38	63,3		
	Diğer (Emekli, çalışan)	4	13,3	0	0,0	4	6,7		
Aile tipi	Çekirdek	30	100,0	26	86,7	56	93,3	2,411 ^{YD}	0,121
	Geniş	0	0	4	13,3	4	6,7		
Aile gelir algısı	Geliri gidere denk	18	60,0	14	46,7	32	53,3	2,217 ^{FE}	0,627
	Geliri giderden fazla	3	10,0	5	16,7	8	13,3		
	Gelir giderden az	9	30,0	11	36,7	20	33,3		
Sosyal güvence	Var	25	83,3	29	96,7	54	90,0	2,667 ^{YD}	0,197
	Yok	5	16,7	1	3,3	6	10,0		
Sigara kullanma	Evet	5	16,7	11	36,7	16	26,7	3,068 ^p	0,080
	Hayır	25	83,3	19	63,3	44	73,3		
Egzersiz yapma	Evet	13	43,3	7	23,3	20	33,3	2,700 ^p	0,171
	Hayır	17	56,7	23	76,7	40	66,7		

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma

p: Anlamlılık Düzeyi

P: Pearson ki kare

FE: Fisher Exact test

t: Bağımsız örneklem t testi

z: Mann Whitney testi

Tablo 4.1.'de eğitim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinin benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Eğitim grubundaki kadınların yaş ortalaması $52,07\pm2,45$, kilo ortalaması $74,76\pm15,14$, beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması $29,42\pm6,00$ ve menopoş yaşı ortalaması ise $48,60\pm2,50$ 'dir. Eğitim grubundaki kadınların %43,3'ü ilkokul mezunu ve %13,3'ü lise mezunu iken eşlerinin %26,7'si ilkokul mezunu ve %36,7'si lise mezunudur. Kadınların çalışma ve emekli olma oranı bir arada düşünüldüğünde %26,6, eşlerinde ise bu oranın %86,7 olduğu belirlenmiştir. Kadınların %73,3'ü çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların tümü çekirdek ailede yaşamakta, %60'ının geliri giderine denk, %83,3'ünün sosyal güvencesi bulunmaktadır. Kadınların %83,3'ünün sigara içmediği, %56,7'sinin egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $51,77\pm2,79$, kilo ortalaması $75,04\pm15,93$, BKİ ortalaması $28,44\pm5,53$ ve menopoş yaşı ortalaması $48,43\pm2,46$ 'dır. Kontrol grubundaki kadınların %30'u ilkokul mezunu ve %36,7'si lise mezunu iken eşlerinin %13,3'ü ilkokul mezunu ve %43,3'ü lise mezunudur. Kadınların çalışma ve emekli olma oranı bir arada düşünüldüğünde %43,3, eşlerinde ise bu oranın %100 olduğu belirlenmiştir. Kadınların %56,7'si çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %86,7'si çekirdek ailede yaşamakta, %46,7'sinin geliri giderine denk, %96,7'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Kadınların %63,3'ünün sigara içmediği, %76,7'sinin egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların menopozal döneme ilişkin özelliklerinin dağılımı

		Grup				Toplam		Ki kare değeri	p değeri
		Eğitim		Kontrol					
		n	%	n	%	n	%		
Menopozla ilgili bilgi alma	Evet	23	76,7	23	76,7	46	76,7	0,000 ^{YD}	1,000
	Hayır	7	23,3	7	23,3	14	23,3		
Menopozla ilgili bilgi alınan kaynak									
Arkadaş	Evet	7	30,4	5	21,7	12	26,1	0,451 ^P	0,502
	Hayır	16	69,6	18	78,3	34	73,9		
İnternet	Evet	6	26,1	6	26,1	12	26,1	0,000 ^{YD}	1,000
	Hayır	17	73,9	17	73,9	34	73,9		
Gazete, dergi kitap	Evet	4	17,4	5	21,7	9	19,6	0,000 ^{YD}	0,100
	Hayır	19	82,6	18	78,3	37	80,4		
Sağlık personeli	Evet	13	56,5	12	52,2	25	54,3	0,000 ^{YD}	1,000
	Hayır	10	43,5	11	47,8	21	45,7		
Menopozun ifade ettiği anlam									
Doğal normal bir süreç	Evet	22	73,3	22	73,3	44	73,3	0,000 ^{YD}	1,000
	Hayır	8	26,7	8	26,7	16	26,7		
Kadınlık özelliklerinin yok olması	Evet	4	13,3	4	13,3	8	13,3	0,000 ^{YD}	1,000
	Hayır	26	86,7	26	86,7	52	86,7		
Doğurganlığın sona ermesi	Evet	12	40,0	16	53,3	28	46,7	1,071 ^P	0,301
	Hayır	18	60,0	14	46,7	32	53,3		
Yaşlanmanın göstergesi	Evet	6	20,0	7	23,3	13	21,7	0,098 ^P	1,754
	Hayır	24	80,0	23	76,7	47	78,3		
Cinselliğin azalması/bitmesi	Evet	3	10,0	2	6,7	5	8,3	0,000 ^{YD}	1,000
	Hayır	27	90,0	28	93,3	55	91,7		
Tecrübe ve olgunlaşmanın artışı	Evet	6	20,0	4	13,3	10	16,7	0,480 ^P	0,488
	Hayır	24	80,0	26	86,7	50	83,3		
Toplumda itibar ve saygınlık kazanma	Evet	1	3,3	0	0,0	1	1,7	0,000 ^{YD}	1,000
	Hayır	29	96,7	30	100,0	59	98,3		
Eş davranış değişikliği	Hayır	30	100,0	30	100,0	60	100,0	--	--
	Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Menopoz aile ve arkadaş desteğinin varlığı	Evet	17	56,7	16	53,3	33	55,0	0,393 ^P	0,822
	Hayır	7	23,3	6	20,0	13	21,7		
	Bazen	6	20,0	8	26,7	14	23,3		
Menopozun cinsel hayata etkisi	Olumlu	0	0,0	1	3,3	1	1,7	1,091 ^{FE}	1,000
	Olumsuz	5	16,7	4	13,3	9	15,0		
	Değişiklik olmadı	25	83,3	25	83,3	50	83,3		

P: pearson ki kare; FE: Fisher Exact test; YD: Yates düzeltmesi;

Tablo 4.2.'de eğitim ve kontrol grubundaki kadınların menopozal dönem özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların menopozal dönem özelliklerinin benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Eğitim grubundaki kadınların %76,7'sinin menopozla ilgili bilgi aldığı, %56,5'inin bu bilgiyi sağlık personelinden aldığı, kadınların %73,3'ünün menopozu doğal normal bir süreç olduğu gördüğü belirtilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların tümü menopoz sürecinde eşlerinin kendilerine karşı davranışlarında değişiklik olmadığını belirtmiştir. Kadınların %56,7'sinin aile ve arkadaş desteği aldığı, %83,3'ünün cinsel hayatında değişiklik olmadığı saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınların %76,7'sinin menopozla ilgili bilgi aldığı, %52,2'inin bilgiyi sağlık personelinden aldığı, kadınların %73,3'ünün menopozu doğal normal bir süreç olduğu gördüğü belirtilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların tümü menopoz sürecinde eşlerinin kendilerine karşı davranışlarında değişiklik olmadığını belirtmiştir. Kadınların %53,3'ünün aile ve arkadaş desteği aldığı, %83,3'ünün cinsel hayatında değişiklik olmadığı saptanmıştır.

4.2. MİTÖ, DASÖ-21 ve MÖYKÖ Ölçeklerinden Alınan Alt Boyut ve Toplam Puanların Gruplara Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.3. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların MİTÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı

		Ön test ¹	Ara test ²	Son test ³				
			(2.ay)	(5.ay)	F / t ¹ değeri	p değeri	Eta kare	Post-hoc
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS				
MİTÖ	Eğitim	45,73±10,41(45,5)(51-43)	50,5±9,38(50,5)(57-45)	51,6±7,49(52)(56-50)	F=10,190	0,001**	0,260	1<2,3
	Kontrol	43,10±10,89(42)(48-36)		46,4±8,08(45,5)(52-40)	t ¹ = -1,779 ^t	0,086		
t ² test		0,958	----	2,585				
p değeri		0,342	----	0,012*				
Cohen d (etki büyüklüğü)					0,66			

Tablo 4.3.'te eğitim ve kontrol grubundaki kadınların MİTÖ'den aldıkları ön test, ara test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde, eğitim ve kontrol grubunun MİTÖ ön test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($t=0,958$; $p=0,342>0,05$). Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların MİTÖ son test ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($t=2,585$; $p=0,012<0,05$). Eğitim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre MİTÖ son test puan ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasındaki farka ilişkin Cohen etki büyüklüğü ise 0,66 olarak (orta düzey etki) hesaplanmıştır.

Eğitim grubundaki kadınların MİTÖ ortalamalarının zaman içinde değişimi incelendiğinde ön test, ara test ve son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=10,190$; $p=0,001<0,01$). Eğitim grubundaki kadınların MİTÖ puanlarının (ön test: $45,73\pm10,41$, ara test: $50,5\pm9,38$, son test: $51,6\pm7,49$) zaman içerisinde arttığı görülmüştür. Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre ön test puan ortalamasının, ara ölçüm ve son test puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Zaman içinde meydana gelen değişimin %26'sı ölçüm zamanları ile açıklanmaktadır ($\eta^2=0,260$).

Kontrol grubundaki kadınların MİTÖ ortalamalarının zaman içinde değişimi incelendiğinde, ön test ve son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($t=-1,779$; $p=0,086>0,05$). Kontrol grubundaki kadınların MİTÖ puanlarının (ön test: $43,10\pm10,89$, son test: $46,4\pm8,08$) zaman içerisinde çok fazla değişmediği görülmüştür.

Tablo 4.4. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların DASÖ-21 alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

		Ön test ¹	Ara test ² (2.ay)	Son test ³ (5.ay)	Test değeri	p değeri	Post-hoc
		Ort±SS (Med)(Q1-Q3)	Ort±SS (Med)(Q1-Q3)	Ort±SS (Med)(Q1-Q3)			
Depresyon	Eğitim	2,93±3,64(1,5)(0-4)	3,37±5,39(1)(0-5)	1,5±2,45(0)(0-2)	F=10,296	0,006**	3<1
	Kontrol	4,73±4,63(4)(1-7)	----	3,9±3,46(3)(2-5)	t ¹ =0,926	0,362	
Test değeri		z ² =-1,653		z ² =-3,330			
p değeri		0,098		0,001**			
Cohen d (etki büyüklüğü)		----		0,80			
Anksiyete	Eğitim	3,20±3,06(2)(1-5)	2,3±4,09(0,5)(0-2)	1,13±1,41(0,5)(0-2)	F=19,516	0,000***	2,3<1
	Kontrol	5,17±3,84(5)(2-7)	-----	2,77±2,4(2,5)(1-4)	t¹=3,425	0,002**	
Test değeri		z ² =-2,094		t ² =-3,213			
p değeri		0,036*		0,002**			
Cohen d (etki büyüklüğü)		0,57		0,89			
Stres	Eğitim	4,9±4,11(4)(1-6)	4,07±5,2(3)(0-5)	2,3±2,55(1,5)(0-4)	F=14,347	0,001**	3<1
	Kontrol	6,1±4,59(5)(3-7)	----	5,13±3,36(6)(2-7)	t ¹ =1,233	0,228	
Test değeri		z ² =-1,099		t ² =-3,680			
p değeri		0,272		0,001**			
Cohen d (etki büyüklüğü)		----		0,95			

*p<0,05, **p<0,01 ***p<0,001

F=Tekrarlı ölçümlerde Friedman; t¹:Bağımlı örneklem t testi; t²: Bağımsız örneklem t testi z²: Mann Whitney U testi

Tablo 4.4.'te eğitim ve kontrol grubundaki kadınların depresyon, anksiyete ve stres ön test, ara test ve son test sonuçlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; eğitim ve kontrol grubundaki kadınların depresyon ön test düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($z=-1,653$; $p=0,098>0,05$), son test düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($z=-3,330$; $p=0,001<0,01$). Eğitim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre son test depresyon düzeylerinin anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. İki grup arasındaki farka ilişkin Cohen etki büyüklüğü ise 0,80 olarak (yüksek düzey etki) hesaplanmıştır. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların zaman içinde değişimi incelendiğinde; eğitim grubunun ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=10,296$; $p=0,006<0,01$). Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre ön testte depresyon düzeyinin son testte depresyon düzeyine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun depresyon düzeylerinin ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($t=0,926$; $p=0,362>0,05$).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların ön test anksiyete düzeyleri ile ($z=-2,094$; $p=0,036<0,05$) ve son test anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($t=-3,213$; $p=0,002<0,01$). İki grup arasındaki farka ilişkin Cohen etki büyüklüğü ön testte 0,57 (orta düzey etki), son testte ise 0,89 olarak (yüksek düzey etki) hesaplanmıştır. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların ölçüm zamanları arasında değişim incelendiğinde; hem eğitim ($F=19,516$; $p=0,000<0,001$) hem de kontrol ($t=3,425$; $p=0,002<0,01$) grubunun ölçüm zamanları arasında anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Her iki grupta da ön test anksiyete düzeylerinin son test anksiyete düzeylerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre ön test anksiyete düzeyinin ara test ve son test anksiyete düzeyine göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların ön test stres düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($z=-1,099$; $p=0,272>0,05$), son test düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($z=-3,680$; $p=0,001<0,01$). Eğitim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara

göre son test stres düzeylerinin anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. İki grup arasındaki farka ilişkin Cohen etki büyüklüğü ise 0,95 olarak (yüksek düzey etki) hesaplanmıştır. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların zaman içinde değişimi incelendiğinde; eğitim grubunun ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=14,347$ $p=0,001<0,01$). Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre ön test stres düzeyinin son test stres düzeyine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun stres düzeylerinin ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($t=1,233$; $p=0,228>0,05$).

Eğitim ve kontrol grubunun ölçüm zamanlarına (ön test, ara test ve son test) göre MÖYKÖ alt boyut ve genel toplam puanlarının karşılaştırılması aşağıda Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

		Ön test ¹	Ara test ² (2.ay)	Son test ³ (5.ay)	F/ t ¹	p değeri	Eta kare	Post-hoc
		Ort±SS (Med)(Q1-Q3)	Ort±SS (Med)(Q1-Q3)	Ort±SS (Med)(Q1-Q3)				
Vazomotor alt boyut	Eğitim	5,7±4,64(4)(2-9)	3,93±3,77(3)(1-6)	3,07±3,36(2)(0-4)	F=10,935	0,001**	0,274	1>2,3
	Kontrol	8,07±5,9(6,5)(4-12)		7,87±5,06(8,5)(5-12)	t ¹ =0,203	0,841		
t ²		-1,728		-4,330				
p değeri		0,089		0,001**				
Cohen d (etki büyüklüğü)				1,12				
Psikososyal alt boyut	Eğitim	9,37±8,94(7,5)(3-15)	6,5±9,3(1,5)(0-11)	3,73±5,78(1)(0-4)	F=12,342	0,001**	0,299	1>2,3 3<2
	Kontrol	9,33±8,04(8,5)(3-15)		8,17±7,41(5,5)(2-12)	t ¹ =0.912	0,369		
t ²		0,015		-2,582				
p değeri		0,988		0,012*				
Cohen d (etki büyüklüğü)				0,67				
Fiziksel alt boyut	Eğitim	30,13±16,76(29)(20-41)	21,77±15,03(19)(11-27)	19,37±12,66(15,5)(10-28)	F=8,392	0,001**	0,224	1>2,3
	Kontrol	35,23±18,98(32)(24-42)		27,77±12,44(26)(18-35)	t ¹ =2,148	0,040*		
t ²		-1,103		-2,592				
p değeri		0,275		0,012*				
Cohen d (etki büyüklüğü)				0,67				

*p<0,05, **p<0,01

F=tekrarlı ölçümlerde ANOVA; t¹:Bağımlı örneklem t testi; t²: Bağımsız örneklem t testi

Tablo 4.5. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların MÖYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı- (devam)

		Ön test ¹	Ara test ² (2.ay)	Son test ³ (5.ay)	F/ t ¹	p değeri	Eta kare	Post-hoc
		Ort±SS (Med)(Q1-Q3)	Ort±SS (Med)(Q1-Q3)	Ort±SS (Med)(Q1-Q3)				
Cinsel alt boyut	Eğitim	4,8±4,37(3)(1-9)	3,03±3,88(2)(0-4)	2,47±3,51(0,5)(0-3)	F=11,118	0,001**	0,277	1>2,3
	Kontrol	3,53±3,3(3)(0-6)		3,77±4,34(2,5)(0-6)	t ¹ =-0,325	0,747		
t ²		1,266		-1,276				
p değeri		0,210		0,207				
MÖYKÖ genel	Eğitim	50±29,07(49,5)(25-65)	35,23±27,2(29,5)(17-49)	28,63±22,04(21,5)(13-41)	F=13,196	0,001**	0,313	1>2,3
	Kontrol	56,17±29,08(51,5)(39-66)		47,57±20,22(43)(36-55)	t ¹ =1,735	0,093		
t ²		-0,821		-3,467				
p değeri		0,415		0,001**				
Cohen d (etki büyüklüğü)				0,89				

*p<0,05, **p<0,01

F=tekrarlı ölçümlerde ANOVA; t¹:Bağımlı örneklem t testi; t²: Bağımsız örneklem t testi

Tablo 4.5. incelendiğinde; MÖYKÖ vazomotor alt boyut ön test değerlendirmesinde eğitim ve kontrol grubundaki kadınların vazomotor alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülürken ($t=-1,728$; $p=0,089>0,05$), son test değerlendirmesinde her iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t=-4,330$; $p=0,001<0,01$). İki grup arasındaki farka ilişkin Cohen etki büyüklüğü ise 1,12 olarak (yüksek düzey etki) hesaplanmıştır. Tabloda ayrıca her grubun kendi içindeki test puanları incelendiğinde; eğitim grubunun ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. ($F=10,935$; $p=0,001<0,01$). Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre eğitim grubundaki kadınların vazomotor alt boyut ön test puanlarının ara ve son test ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %27,4'ü ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ($\eta^2=0,274$). Kontrol grubu için ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($t=0,203$ $p=0,841>0,05$).

Psikososyal alt boyut ön test değerlendirmesinde eğitim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülürken ($t=0,015$; $p=0,988>0,05$), son test değerlendirmesinde eğitim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($t=-2,582$; $p=0,012<0,05$). İki grup arasındaki farka ilişkin Cohen etki büyüklüğü ise 0,67 olarak (orta düzey etki) hesaplanmıştır. Tabloda ayrıca her grubun kendi içindeki test puanları incelendiğinde; eğitim grubunun ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=12,342$; $p=0,001<0,01$). Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre eğitim grubunun psikososyal alt boyut ön test puanlarının ara ve son test ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %29,9'u ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ($\eta^2=0,299$). Kontrol grubu için ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($t=0,912$ $p=0,369>0,05$).

Fiziksel alt boyut ön test değerlendirmesinde eğitim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülürken ($t=-1,103$; $p=0,275>0,05$) son test değerlendirmesinde eğitim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($t=-2,592$; $p=0,012<0,05$). İki grup arasındaki farka ilişkin Cohen etki büyüklüğü ise 0,67 olarak (orta düzey etki) hesaplanmıştır.

Tabloda ayrıca her grubun kendi içindeki test puanları incelendiğinde; eğitim grubunun ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=8,392$; $p=0,001<0,01$). Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre eğitim grubunun fiziksel alt boyut ön test puanlarının ara ve son test ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %22,4'ü ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ($\eta^2=0,224$). Kontrol grubu için ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t=2,148$ $p=0,040<0,05$).

Cinsel alt boyut ön test değerlendirmesinde eğitim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($t=1,266$; $p=0,210>0,05$) aynı zamanda son test değerlendirmesinde de eğitim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($t=-1,276$; $p=0,207>0,05$). Tabloda ayrıca her grubun kendi içindeki test puanları incelendiğinde; eğitim grubunun ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=11,118$; $p=0,001<0,01$). Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre eğitim grubunun cinsel alt boyut ön test puanlarının ara ve son test ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %27,7'si ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ($\eta^2=0,277$). Kontrol grubu için ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($t=0,325$ $p=0,747>0,05$).

MÖYKÖ genel puanlama ölçümlerine ilişkin ön test ölçümlerinde, eğitim ve kontrol grubu arasında toplam yaşam kalitesi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($t=-0,821$; $p=0,415>0,05$). Son test ölçümlerinde ise eğitim ve kontrol grubu arasında toplam yaşam kalitesi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu saptanmıştır ($t=-3,467$; $p=0,001<0,01$). İki grup arasındaki farka ilişkin Cohen etki büyüklüğü ise 0,89 olarak (yüksek düzey etki) hesaplanmıştır. Her grubun kendi içindeki test puanları incelendiğinde ise eğitim grubunun son testte ölçülen toplam yaşam kalitesi düzeyinin ön teste göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($F=13,196$; $p=0,001<0,01$). Farklılık gösteren ölçüm zamanını bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre eğitim grubunun MÖYKÖ ön test puanlarının ara ve son test ölçüm puanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçümler arasında meydana gelen değişimin %31,3'ü ölçüm zamanları ile açıklanabilmektedir ($\eta^2=0,313$). Kontrol grubunda ise

toplam yaşam kalitesinde zaman içerisinde meydana gelen değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($t=1,735$ $p=0,093>0,05$).

Tablo 4.6.'da Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut maddelerine ilişkin cevaplarının yüzdelik dağılımı verilmiştir.



Tablo 4.6. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği maddelerine evet yanıtını veren eğitim ve kontrol grubundaki kadınların dağılımı

MÖYKÖ MADDELER	Ön Test		Ara Test (2. ay)		Son Test (5.ay)	
	Eğitim Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	Eğitim Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	Eğitim Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)
Vazomotor Alt Boyut						
1. Sıcak basması	20(66,7)	22(73,3)	20(66,7)	-	16(53,3)	20(66,7)
2. Gece terlemesi	13(43,3)	21(70,0)	12(40,0)	-	11(36,7)	21(70,0)
3. Terleme	19(63,3)	24(80,0)	18(60,0)	-	16(53,3)	24(80,0)
Psikososyal Alt Boyut						
4. Hayatından memnun olmama	10(33,3)	12(40,0)	7(23,3)	-	4(13,3)	9(30,0)
5. Endişeli ve gergin hissetme	21(70,0)	15(50,0)	14(46,7)	-	10(33,3)	16(53,3)
6. Hafızada zayıflama	18(60,0)	19(63,3)	16(53,3)	-	16(53,3)	23(76,7)
7. Daha az başarılı hissetme	13(43,3)	13(43,3)	11(36,7)	-	5(16,7)	12(40,0)
8. Depresif, üzgün ve bezgin hissetme	13(43,3)	17(56,7)	12(40,0)	-	5(16,7)	17(56,7)
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük	10(33,3)	16(53,3)	9(30,0)	-	7(23,3)	14(46,7)
10. Yalnız kalma isteği	16(53,3)	13(43,3)	12(40,0)	-	8(26,7)	13(43,3)
Fiziksel Alt Boyut						
11. Gaz ağrıları	13(43,3)	15(50,0)	14(46,7)	-	9(30,0)	15(50,0)
12. Kas ve eklem ağrısı	26(86,7)	26(86,7)	26(86,7)	-	27(90,0)	22(73,3)
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	21(70,0)	24(80,0)	21(70,0)	-	16(53,3)	26(86,7)
14. Uyuma güçlüğü	19(63,3)	19(63,3)	16(53,3)	-	9(30,0)	19(63,3)
15. Baş ve boyunda ağrı	22(73,3)	21(70,0)	23(76,7)	-	23(76,7)	25(83,3)
16. Fiziksel güçte azalma	22(73,3)	23(76,7)	22(73,3)	-	21(70,0)	22(73,3)
17. Dayanma gücünde azalma	22(73,3)	19(63,3)	20(66,7)	-	16(53,3)	19(63,3)
18. Enerjide azalma hissi	20(66,7)	22(73,3)	20(66,7)	-	18(60,0)	24(80,0)
19. Ciltte kuruluk	19(63,3)	23(76,7)	19(63,3)	-	19(63,3)	21(70,0)
20. Kilo alma	20(66,7)	25(83,3)	6(20,0)	-	15(50,0)	18(60,0)
21. Yüz tüylerinde artma	5(16,7)	5(16,7)	7(23,3)	-	5(16,7)	8(26,7)
22. Cilt görünümünde değişiklik	12(40,0)	16(53,3)	13(43,3)	-	15(50,0)	15(50,0)
23. Şişkinlik hissi	19(63,3)	22(73,3)	19(63,3)	-	11(36,7)	22(73,3)
24. Bel ağrısı	20(66,7)	23(76,7)	17(56,7)	-	19(63,3)	24(80,0)
25. Sık idrara çıkma	16(53,3)	21(70,0)	14(46,7)	-	15(50,0)	18(60,0)
26. Gülerken/öksürürken idrar kaçırma	18(60,0)	18(60,0)	14(46,7)	-	15(50,0)	21(70,0)
Cinsel Alt Boyut						
27. Cinsel istekte değişiklik	17(56,7)	14(46,7)	14(46,7)	-	13(43,3)	13(43,3)
28. Vajinada kuruluk	17(56,7)	15(50,0)	11(36,7)	-	11(36,7)	12(40,0)
29. Cinsel istekte azalma	16(53,3)	14(46,7)	12(40,0)	-	11(36,7)	15(50,0)

Tablo 4.6. incelendiğinde; MÖYKÖ vazomotor alt boyut maddelerinde ön testte eğitim grubundaki kadınlarda en fazla görülen şikâyetleri sırasıyla; “sıcak basması” (%66,7) ve “terleme” (%63,3) olurken, kontrol grubundaki kadınlarda ise en fazla görülen “terleme” (%80), “sıcak basması” (%73,3) ve “gece terlemesi” (%70) olduğu saptanmıştır. Son testte ise eğitim grubundaki kadınların yaşadığı vazomotor şikâyetlerde azalma (sıcak basması %66,7’den %53,3’e, terleme %63,3’ten %53,3’e ve gece terlemesi %43,3’ten %36,7’e) olduğu ve en fazla azalmanın “sıcak basması”nda yaşandığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda “terleme” ve “gece terlemesi” bulgularında herhangi bir değişiklik olmadığı, yalnızca “sıcak basması”nda (%73,3’ten %66,7’e) azalmaların olduğu görülmüştür.

MÖYKÖ psikososyal alt boyut maddeleri incelendiğinde; ön testte eğitim grubundaki kadınlarda en fazla görülen “endişeli ve gergin hissetme” iken (%70), en az görülen “hayatından memnun olmama” (%33,3) ve “diğer insanlara tahammülsüzlük” (%33,3) olarak belirtilmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda ise en fazla görülen “hafızada zayıflama” (%63,3), en az görülen “hayatından memnun olmama” (%40) olarak belirlenmiştir. Son testte ise eğitim grubundaki kadınlarda görülen tüm psikososyal bulgulara azalma görülürken, en fazla azalmanın “endişeli ve gergin hissetme” (%70’ten %33,3’e), “daha az başarılı hissetme” (%43,3’ten %16,7’ye) ve “depresif, üzgün ve bezgin hissetmede” (%43,3’ten %16,7’ye) olduğu saptanmıştır. Son testte kontrol grubundaki kadınlarda görülen “endişeli ve gergin hissetme” (%50’den %53,3’e) ve “hafızada zayıflama” gibi psikososyal bulgulara (%63,3’ten %76,7’ye) yükselme olduğu gözlenmiştir.

MÖYKÖ fiziksel alt boyut maddeleri incelendiğinde; ön testte eğitim ve kontrol grubundaki kadınlarda en fazla görülen “kas ve eklem ağrısı” (%86,7), en az görülen “yüz tüylerinde artma” (%16,7) olduğu belirtilmiştir. Yapılan son test sonucunda eğitim grubundaki kadınlarda fiziksel bulguların genelinde azalma görülürken “kas ve eklem ağrısı” (%86,7’den %90’a) “baş boyunda ağrı” (%73,3’ten %76,7’ye) ve “cilt görünümünde değişiklik” (%40’dan %50’ye) şikâyetlerinde de artma olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınlarda görülen “gaz ağrıları, uyuma güçlüğü, dayanma gücünde azalma ve şişkinlik hissi” gibi fiziksel şikâyetlerde herhangi bir değişiklik gözlenmezken, “kas ve eklem ağrısı (%86,7’den %73,3’e) fiziksel güçte azalma (%76,7’den %73,3’e), ciltte kuruluk (%76,7’den %70’e), kilo alma (%83,3’ten %60’a), cilt görünümünde değişiklik (%53,3’ten %50’ye) ve sık idrara çıkma

(%70'ten %60'a)" gibi şikâyetlerde azalma, bu belirtilerin dışında kalan maddelerin hepsinde yükselme olduğu belirlenmiştir.

MÖYKÖ cinsel alt boyut maddeleri incelendiğinde; yapılan ön testte eğitim grubundaki kadınlarda en fazla görülen “cinsel istekde değişiklik ve vajinada kuruluk” (%56,7) iken kontrol grubunda en fazla görülen “vajinada kuruluk” (%50) olduğu saptanmıştır. Yapılan son test sonucunda eğitim grubundaki kadınların cinsel şikâyetlerinin hepsinde azalma gözlenirken (cinsel istekde değişiklik %56,7'den %43,3'e; vajinada kuruluk %56,7'den %36,7'ye; cinsel istekte azalma %53,3'ten %36,7'ye), kontrol grubundaki kadınlarda “cinsel istekde değişiklik” (%46,7'den %43,3'e) ve “vajinada kuruluk” (%50'den %40'a) şikâyetlerinde düşme görüldüğü, “cinsel istekde azalma” da ise (%46,7'den %50'ye) yükselme olduğu görülmüştür.

5. TARTIŞMA

İnsan yaşamındaki geçişler büyük değişikliklerin ortaya çıktığı dönemlerdir. Geçiş döneminde olan kişilerin yeni beceriler ve davranışlar kazanması, yeni duruma uyum sağlaması ve bu durumla baş etmeyi öğrenmesi gerekmektedir. Menopozal dönem kadın hayatının ciddi bir geçiş dönemidir. Bu dönemde karşılaşılan sorunlar kadınların yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Taher vd., 2013). Bu nedenle menopozal dönemde olan kadınlara, alanında uzman sağlık personeli tarafından menopozun belirtileri hakkında bilgi verilmesi, farkındalık kazandırılması, ortaya çıkabilecek fiziksel ve psikososyal değişikliklere karşı hazırlıklı ve bilinçli olmalarının sağlanması açısından eğitim ve danışmanlık yapılması önem kazanmaktadır (Peacock & Ketvertis, 2023). Kadınların menopozla ilgili olumlu tutum içinde olmaları ve sağlıklı baş etme yöntemlerini öğrenmeleri menopozal döneme geçişi kolay yaşamaları, bu dönemi daha rahat sürdürmeleri ve ortaya çıkan sorunlarla baş edebilmeleri bakımından oldukça önemlidir (Gümüştay & Erbil, 2019).

Yapılan çalışmalar Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'nin geçiş sürecinde olan kişilere yol gösterici olduğunu ve kadınların bu sürece ilişkin tutum ve algılarında olumlu etki yaptığını, bu nedenle hemşirelerin araştırmalarında ve hizmet sunarken geçiş sürecine ilişkin teorilerden biri olan bu teoriden yararlanmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Körükçü & Kukulu, 2017; Öztürk Eyimaya, 2019).

Bu çalışma Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının menopozal geçiş sürecine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın bulguları ilgili literatür bilgisi doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- Kişisel Bilgi Formu'ndan elde edilen bazı bulguların tartışılması
- Menopoza ilişkin tutum düzeyine ilişkin bulguların tartışılması
- Depresyon, anksiyete ve stres düzeyine ilişkin bulguların tartışılması
- Menopoza özgü yaşam kalitesi düzeyine ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Kişisel Bilgi Formu'ndan Elde Edilen Bazı Bulguların

Tartışılması

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine ve menopoza dönem özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Bu çalışmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinin benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.). Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların menopoza döneme ilişkin özelliklerinin benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.). Eğitim ve kontrol grubunun benzer özellikler taşımasının eğitim ve danışmanlık programının etkisinin net bir şekilde ortaya koyulabilmesi ve çalışma sonuçlarının etkilenmemesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada eğitim ve kontrol grubundaki kadınların menopoza girme yaşı birbirine benzer olarak bulunmuştur (Tablo 4.1.). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da menopoza girme yaşı benzerlik göstermektedir (Tek Gökçer, 2022; Özgen & Saka, 2022; Zorlu vd., 2022; Aksel, 2023; Yaşar & Yeygel, 2023). Dünya genelinde 50-52 olarak bildirilen menopoza girme yaşı Türkiye’de ise 47-49 olarak belirtilmiştir (Türkiye Jinekolojik ve Obstetrik Derneği, 2022). Literatürde menopoza girme yaşı ülkelere göre farklılık göstermektedir. Mishra’nın çalışmasında; Latin Amerika’da 47,2, Orta Doğu’da 47,4, Afrika’da 48,4, Asya’da 48,8, ABD’de 49,1, Avrupa’da 50,5 ve Avustralya’da 51,3 (yıl) olarak belirtilmiştir (Mishra, 2017). Menopoz yaşının ülkeler arasında farklılık göstermesinin nedeninin menopoz yaşının fiziksel, çevresel, ruhsal, sosyal ve genetik faktörlerden etkilenmesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların menopoz dönemine yönelik bilgi alma durumları incelendiğinde, hem eğitim hem de kontrol grubundaki kadınların dörtte üçünün menopoza yönelik bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.). Kadınların menopoz dönemindeki bilgi kaynaklarının başında sağlık personeli gelmektedir. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların yarıdan biraz fazlası menopoza yönelik bilgiyi sağlık personelinde aldığı ifade etmiştir. Her iki gruptaki kadınların dörtte birinin bilgi kaynağı arkadaş grubu, diğer dörtte birinin bilgi kaynağının ise internet olduğu belirtilmiştir. Teknolojinin sıklıkla kullanıldığı bu dönemde internetin bilgi kaynağı olarak en son sırada yer almasının nedeninin kadınların yaşıyla ilgili olduğu

düşünülmektedir. Bu çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 51 olduğu düşünülürse, kadınların geleneksel bilgi alma yöntemlerine başvurdukları söylenebilir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, her iki kadından birinin menopoza yönelik bilgi aldığı ve kadınların %60'ının bu bilgiyi sağlık personelinen aldığı belirlenmiştir. Menopoza yönelik bilgi alma kaynaklarından ikinci sırayı ise arkadaş grubunun aldığı belirtilmiştir (Zerkinli, 2020; Dişli vd., 2022; Durairaj & Venkateshvaran, 2022; Zorlu vd., 2022; Aksel, 2023). Kadınların menopoza yönelik bilgiyi çoğunlukla sağlık personelinen almaları, hastaların hemşirelerle daha kolay iletişime geçebilmeleri, sorunlarını daha rahat anlatabilmeleri nedeniyle, menopozal dönemindeki kadınların sağlık sorunlarının belirlenmesi, yapılabilecek eğitim ve girişimlerin planlanması ve uygulanmasında hemşirelerin daha fazla sorumluluk ve aktif rol almasını gerekli kılmaktadır (Zerkinli, 2020; Aksel, 2023).

Bu çalışmada hem eğitim hem de kontrol grubundaki kadınların dörtte üçü menopozun normal bir süreç olduğunu ifade etmiştir. Her iki gruptaki kadınların yarıya yakını doğurganlığın sona ermesi olarak ve beşte biri ise yaşlanmanın göstergesi olarak ifade etmiştir (Tablo 4.2.). Literatür incelendiğinde, kadınların %60-90 arası bu dönemi normal bir süreç olarak algıarken, kadınların %35-56 arası ise doğurganlığın sona ermesi ve yaşlanma göstergesi olarak algıladıklarını belirtmiştir (Kurt & Arslan, 2020; Durairaj & Venkateshvaran 2022; Aksel, 2023). Bu çalışmanın sonuçları literatürde yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hem eğitim hem de kontrol grubundaki kadınların yarısından fazlasının aile ve arkadaş desteği aldığı belirtilmiştir (Tablo 4.2.). Yapılan çalışmalarda menopozal dönemde kadınlara en fazla destek verenler arasında eşlerin ve çocukların geldiği belirtilmektedir (Zıvıdır & Sohbet, 2017; Aksel, 2023; Yaşar & Yeygel, 2023). Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışma sonuçlarımız literatür sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

5.2. Menopoza İlişkin Tutum Düzeyi Bulgularının Tartışılması

Çalışmanın bu bölümde Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının çalışmaya katılan eğitim ve kontrol grubunda yer alan kadınların menopoza ilişkin tutumları üzerindeki etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Bu çalışmada eğitim ve kontrol grubundaki kadınların menopoza ilişkin tutum ön test sonuçları incelendiğinde; kadınların genelinin menopoza yönelik olumlu bir tutum sergilediği, ancak son test tutum puanları incelendiğinde kontrol grubundaki kadınların puanlarında anlamlı bir değişiklik gözlenmezken, eğitim grubundaki kadınların menopoza ilişkin tutumlarında olumlu yönde anlamlı bir değişiklik olduğu ve orta düzeyde etkilediği görülmüştür (Cohen $d=0,66$, Tablo 4.3.) Bu sonuca göre “H_{1a} Hipotezi: Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların menopoza ilişkin tutumlarını, kontrol grubuna göre olumlu yönde etkiler” hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir (Taherpour vd., 2015; Inayat vd., 2017; Tümer & Kartal, 2018; Gönenç & Koç, 2019; Tek Gökçer, 2022; Yaşar & Yeyğel, 2023). Taherpour ve arkadaşları (2015) 45-60 yaş arası olan 100 kadının katılımı ile yaptıkları çalışmada, eğitim öncesi kadınların %59’unun menopoza yönelik olumlu tutum içinde olduğunu, eğitimden iki ay sonra tekrar yapılan ölçümde bu oranın %80’e yükseldiğini saptamıştır (Taherpour vd., 2015). Kwak ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada menopoza yönelik tutumun, menopozla baş edebilme yeteneğini geliştirmede çok önemli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca kadınların menopoza yönelik bilgi düzeyini arttırmak için uygun eğitim ve danışmanlık programlarının geliştirilmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır (Kwak vd., 2014). Mısır’da yapılan bir çalışmada, menopoza yönelik verilen eğitim ve danışmanlığın kadınların menopoza karşı olumlu tutumlarının oranını %6,3’ten %90’a çıkardığı saptanmıştır. Ayrıca menopoza yönelik yapılan eğitimin, kadınların bilgi ve tutumlarını olumlu yönde geliştirdiği ve eğitim ve danışmanlık programlarının sağlık sistemi içine entegre edilmesi gerektiği belirtilmiştir (Orabi, 2017).

Menopozal semptomlarla ilgili yapılan çalışmalarda, kadınların menopoza yönelik tutumları şikâyetlerin sıklığını ve şiddetini de etkileyebilmektedir. Aynı zamanda kadınların menopozla ilgili şikâyetleri arttıkça menopoza yönelik tutumları da olumsuz yönde artmaktadır (Ghazanfarpour vd., 2015; Erbaş & Demirel, 2017; Fışkın vd., 2017; Mehaseb vd., 2018; Tümer & Kartal, 2018; Gümüşay & Erbil, 2019). Bu nedenle, menopozal dönemde olan kadınların sağlık davranışlarının iyileştirilmesi ve menopozla ilgili yaşanan sorunların ortaya çıkarılması üzerinde durulması gerekmektedir. Eğitim, halk sağlığı için bir araç olduğundan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre, menopozal dönemde olan tüm kadınların bilgi düzeylerini

artırmak, menopoza uyumlarını kolaylaştırmak ve menopoz semptomlarıyla daha iyi baş etmelerini sağlamak için eğitim verilmesi gerektiği önerilmektedir (Koyuncu vd., 2015; Taherpour vd., 2015; Gönenç & Koç 2019).

Bu çalışmada da eğitim ve danışmanlığın önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmada eğitim grubundaki kadınların menopoza yönelik tutumlarının kontrol grubuna göre olumlu yönde artması çalışmada uygulanan Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının etkisi ile açıklanabilir. Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi özelliklerine göre verilen eğitim basamaklarının menopozal dönemdeki kadınların yaşadığı sorunların farkında olmaları ve bu sorunların menopoz dönemiyle ilgili olduğunu anlayarak, bu sorunlarla baş edebilmeleri için sorumluluk almaları, değişime uyum sağlamaları konusunda bilgilendirme yapılarak menopoza yönelik tutumlarını olumlu yönde arttırmada önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bazı çalışmalar bizim çalışmamızın aksine herhangi bir eğitim yapılmadan önce kadınların menopoza ilişkin tutumlarının olumsuz olduğunu göstermektedir (Erbaş & Demirel, 2017; Dündar & Aksu, 2021). Oysa bizim çalışmamızda ön test sonuçları incelendiğinde her iki grubun da menopoza ilişkin tutumlarının olumlu olduğu görülmüştür. Bu farklılığın nedenleri incelendiğinde çalışmaya katılan kadınların yaşı, menopoz dönemi, kültürel değerleri, yaşam deneyimleri gibi faktörlerin etkili olduğu anlaşılmaktadır (Hakimi vd.,2016; Tümer & Kartal 2018; Gümüşay & Erbil 2019; Dündar & Aksu 2021; Tek Gökçer, 2022). Kadınların menopozal döneme yönelik tutumlarını etkileyen önemli faktörler arasında toplumun kültürel inanışları ve etnik özellikleri yer almaktadır (Kurt & Arslan, 2020). Kadınların menopozal dönemi yaşamın doğal bir süreci ya da bir hastalık dönemi olarak algılamaları, yaşı artmasıyla birlikte yaşamlarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle menopoza yönelik tutumlarını etkilemektedir (Polat & Karasu, 2021).

Ayrıca çalışmaya katılan kadınların yaş dönemi grubu ve menopozun hangi döneminde olduğunun menopoza karşı tutumu etkilediği düşünülmektedir. Çünkü kadınlar premenopoz döneminden postmenopoz döneme geçtikçe menopoza yönelik tutumları da değişmektedir. Menopozun ilk yıllarında yaşanan şikâyetler azaldıkça menopoza yönelik tutum ve düşünceler olumlu yönde artmaktadır. Bu nedenle premenopozal dönemde olan kadınlara göre postmenopozal dönemde olan kadınların menopoza yönelik daha olumlu tutum içinde oldukları görülmektedir (Li vd., 2016).

Ayrıca bu çalışmadaki kadınların çoğunun menopoza yönelik bilgiyi sağlık personelinin almış olması, çalışmanın sonucunu olumlu etkileyerek menopoza yönelik tutumu olumlu yönde arttırmış olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmanın bu bölümünde Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının çalışmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki kadınların depresyon düzeyleri üzerindeki etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır (Tablo 4.4.).

Bir kadının hayatındaki en kritik dönemlerden biri olan menopozal dönemde depresyon, anksiyete ve stres en yaygın görülen ruh hali değişiklikleri arasında yer almaktadır. Karlıdere ve Özşahin (2008) yaptıkları çalışmada, menopoz belirtilerinin süresinin uzun olması ve şiddetinin depresyon düzeyini arttırdığını belirtmiştir (Karlıdere & Özşahin, 2008). Ayrıca daha önce depresyon geçirmiş olma, stresli yaşam olayları, sosyoekonomik durum ve menopoza ilişkin olumsuz tutum menopozal dönemde depresyona eğilimi arttırmaktadır (Bezircioğlu vd., 2004). Karmakar vd., (2017) menopozal dönemde olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların %88'inde depresyon belirtilerinin olduğunu saptamıştır.

Menopozal dönemde yaşanan bu ruhsal değişiklikler yaşam kalitesinde bozulmalara yol açmaktadır. Bu bozuklukların tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi veya bunların kombinasyonu gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır (Monfaredi vd., 2022). Menopozal Depresyonun Değerlendirilmesi ve Tedavisi Kılavuzu (2018), menopozal dönemde olan kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmak için, tedavide ilk basamak olarak psikolojik uygulamalar ya da farmakoterapi yöntemlerinin kullanılabileceğini belirtmiştir. Diğer bir müdahale de farkındalık temelli müdahalelerdir. Farkındalık temelli müdahaleler, menopozal dönemdeki kadınlarda yaygın olarak kullanılan psikolojik müdahalelerdir. Bunlar; farkındalık temelli stres azaltma terapisi, farkındalık temelli bilişsel terapi, kısa süreli terapi, farkındalık meditasyonu eğitimi, kabul ve kararlılık terapisi ve diyalektik davranış terapisi (Liu vd., 2023). Menopozal dönemde ruhsal sorunlarla başa çıkmada kadınlara alternatif tedavilerin içinde "Farkındalık Temelli Stres Azaltma" (FTSA) programı uygulanarak yapılan çalışmalarda, uygulamadan sonra müdahale grubundaki kadınların depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düştüğü

belirtilmiştir (Wong vd., 2018; Xiao vd., 2019; Zhou vd., 2020; Zümbül, 2021; Aliabadi vd., 2021; Aydın & Kavak Budak, 2023). Wong ve arkadaşlarının (2018) FTSA programını uygulayarak yaptıkları çalışmada, FTSA programı uygulanan kadınlarda kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete düzeylerinde önemli ölçüde azalma olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada, eğitim ve danışmanlık programı uygulanan eğitim grubundaki kadınların kontrol grubuna göre depresyon düzeylerinde anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Eğitim grubundaki kadınların ön test ve son test depresyon düzeyi puanları incelendiğinde; son testin ($1,5 \pm 2,45$) ön teste ($2,93 \pm 3,64$) göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Yapılan Cohen analizinde eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubundaki kadınların son testte ilişkin depresyon düzeylerinin azalmasına yüksek düzey etki yaptığı görülmüştür (Cohen $d=0,80$, Tablo 4.4.). “H1b Hipotezi: Meleis’in Geçiş Teorisine göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların depresyon düzeylerini, kontrol grubuna göre azaltır” hipotezi kabul edilmiştir.

Kadınlara menopoza yönelik bilgilendirme yapılması, kadınların menopoz belirtilerini anlayarak farkında olması ve başetme yöntemlerini öğrenmeleri açısından önem teşkil etmektedir. Bunun sonucunda kadınların menopozal süreci daha kolay ve sağlıklı bir şekilde geçirebilmelerine imkân sağlanacaktır. Bizim çalışmamızda eğitim grubundaki kadınlara uygulanan eğitim ve danışmanlık programının hem menopoz semptomları üzerinde hem de depresyon düzeyini azaltmada yüksek düzeyde etkili olduğu bulunmuştur. Kadınların menopoz sürecini sağlıklı bir şekilde geçirebilmesi için kadınlara bütüncül olarak yaklaşmak gerekmektedir.

5.4. Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmanın bu bölümünde Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının çalışmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki kadınların anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır (Tablo 4.4).

Menopozal dönemdeki kadınlarla yapılan araştırmalarda, kadınlarda anksiyete düzeylerinin önemli ölçüde arttığı (Bezircioğlu vd., 2004; Varma vd., 2015; Mulhall vd., 2018) ve 40-60 yaş arası menopozal dönemde olan 100 kadının katıldığı farklı bir çalışmada ise kadınların %94’ünde anksiyete ve gerginlik yaşandığı belirtilmiştir

(Karmakar vd., 2017). Huang ve arkadaşları (2023) farkındalık temelli uygulamaların anksiyete üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, menopozal dönemdeki kadınlarda anksiyete bozukluğu görülme sıklığının yüksek olduğunu ve anksiyete düzeyi şiddetinin menopozal semptomların ciddiyeti ile ilişkili olduğunu saptamıştır (Huang vd., 2023).

Perimenopozal kadınlarda anksiyete, depresyon ve uyku bozukluklarının iyileştirilmesinde farkındalık meditasyonu eğitiminin etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada ise FTSA eğitimi sonrası, kadınlarda anksiyete ve depresyon semptomlarının etkili bir şekilde hafiflediği ve uyku kalitesinin arttığı saptanmıştır (Xiao vd., 2019). Aydın ve Kavak Budak yaptığı çalışmada, FTSA programının kadınlarda anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeylerine etkisini incelemiştir. Sekiz hafta boyunca ve haftada ortalama 60-90 dakika yapılan FTSA programının, menopozal dönemdeki kadınların anksiyete, depresyon ve umutsuzluğu önemli düzeyde azalttığı bulunmuştur (Aydın & Kavak Budak, 2023). Bu çalışma sonuçlarına göre kadınlara menopozal dönemde verilen çeşitli eğitim ve danışmanlık programlarının kadınlarda anksiyete düzeylerini önemli ölçüde azalttığı görülmektedir.

Dr. Meleis Geçiş Teorisine temellendirilmiş eğitim ve danışmanlık sonrası kadınlara uygulanan ön testte ve son testte eğitim grubundaki kadınların (ön test: $3,20 \pm 3,06$; son test: $1,13 \pm 1,41$) kontrol grubundaki kadınlara (ön test: $5,17 \pm$; son test: $2,77 \pm 2,40$) göre anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test depresyon düzeyi puanları incelendiğinde; son testin ön teste göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubundaki kadınların son teste ilişkin anksiyete düzeylerini azaltmada yüksek düzey etki ettiği görülmüştür (Cohen $d=0,89$, Tablo 4.4). “H1c Hipotezi: Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların anksiyete düzeylerini kontrol grubuna göre azaltır” hipotezi kabul edilmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların depresyon ve stres düzeylerinde anlamlı bir azalma olmazken, eğitim verilmemesine rağmen anksiyete düzeyinde azalma olması araştırmada beklenmeyen bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Bu sonuç MÖYKÖ alt boyut destekleyici yüzdelik analiz sonucuna göre, fiziksel alt boyut maddelerinden “kas ve eklem ağrısı, kilo alma ve sık idrara çıkma” şikâyetlerinin zamanla azalmasına

bağlanabilir. Literatürde kadınlarda menopozal fiziksel belirtilerin şiddetinin anksiyete düzeyini arttırdığı belirtilmektedir (Karlıdere & Özşahin 2008).

Bu çalışma literatürle benzerlik göstermektedir. Eğitim ve danışmanlık uygulamaları menopozal dönemdeki kadınların psikolojik semptomlarını azaltmakta ve psikolojik iyi oluş düzeylerini arttırmaktadır. Bilinçli farkındalık uygulamaları, eğitim ve danışmanlık programları farkındalık oluşturarak, stres yönetimi ve stresle başa çıkma yöntemlerini geliştirebilir. Böylece eğitim ve danışmanlık uygulamaları menopozal dönemdeki kadınların anksiyete, depresyon ve stresin azaltılmasına yardımcı olabilmektedir (Liu vd., 2023). Depresyon ve anksiyete kadınların sağlık sonuçlarını etkileyen önemli durumlardır. Depresyon öyküsü ve depresyona yönelik şiddetli semptomları olan kadınlar, olumsuz yaşam olayları ve eksik bilgi düzeyi nedeniyle menopoza karşı olumsuz tutumları olan kadınlar depresyon açısından daha çok risk altındadırlar. Menopozal dönemde uygulanan eğitim ve danışmanlıkla depresyon ve anksiyete düzeylerinde iyileşme görüleceği ve kadının genel sağlık durumunun da olumlu yönde etkileneceği düşünülmektedir.

5.5. Stres Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmanın bu bölümde Dr. Meleis'in Geçiş Teorisine göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının çalışmaya katılan eğitim ve kontrol grubunda yer alan kadınların stres düzeyleri üzerindeki etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Literatürde yapılan çalışmalar, menopozal dönemdeki kadınlarda stres, anksiyete ve depresyon riskinin bu dönemdeki duyguların değişkenliği ve karmaşıklığı nedeniyle arttığını göstermiştir (Nosek vd., 2010; Sarveswaran vd., 2021).

Çalışmamızda eğitim ve danışmanlık programı uygulanan eğitim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre stres düzeylerinde anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Eğitim grubundaki kadınların ön test, ara test ve son test stres düzeyi puanları incelendiğinde; kadınların son test stres düzeylerinin ($2,30 \pm 2,55$) ön test ($4,90 \pm 4,11$) ve ara test ($4,07 \pm 5,20$) stres düzeylerine göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise grup içi ön test ($6,1 \pm 4,59$) ve son test ($5,13 \pm 3,36$) stres düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubundaki kadınların son teste ilişkin stres düzeylerini azaltmada yüksek düzey etki ettiği görülmüştür (Cohen $d=0,95$, Tablo 4.4.). “H1d Hipotezi: Meleis'in Geçiş Teorisine göre yapılandırılmış

eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların stres düzeylerini kontrol grubuna göre azaltır” hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmalar, menopoza ilgili stres ve stres yönetimi gibi konuları içeren genel bir eğitim programı aldıktan sonra kadınların doğru bilgiye, menopoza ilgili gerçekçi beklentilere, menopoza karşı daha olumlu tutumlara sahip olduklarını ve menopoza ilgili daha az rahatsızlık duyduklarını göstermektedir (Toral vd., 2014). Sood ve arkadaşları (2019) 1744 menopozal dönemde olan kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, farkındalık puanları yüksek olan kadınların stres ve menopoz semptomları puanlarının önemli ölçüde daha düşük olduğunu belirtmiştir (Sood vd., 2019).

Menopozal geçiş çoğunlukla stres ve anksiyete belirtileri dâhil olmak üzere pek çok psikolojik semptomlar eşlik etmektedir. Stres ve anksiyeteyi tespit etmek, erken müdahale etmek halk sağlığı açısından büyük bir etkiye sahip olabilmektedir. Perimenopozal ve postmenopozal dönemde olan 100 kadın üzerinde yapılan, günlük semptom izlemenin fiziksel ve duygusal semptoma etkisinin incelendiği çalışmada, semptom izlemenin perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre 2 hafta sonunda fiziksel semptomlarda anlamlı iyileşmeler sağladığı ve stres, anksiyete gibi olumsuz duygularda azalma olduğu belirtilmiştir (Andrews vd., 2023). Gordon ve arkadaşlarının (2021) 45-55 yaş arası 104 menopozal dönemde olan kadınlarda FTSA’nın depresif semptom riskini azaltma üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, FTSA grubundaki kadınlara meditasyon ve yogayı içeren 8 haftalık bir müdahale yapılmıştır. Çalışma sonucunda FTSA grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinde azalma, dayanıklı olma ve uyku kalitelerinde artma olduğu saptanmıştır (Gordon vd., 2021). Liu ve arkadaşları (2023) yaptıkları meta analiz çalışma sonucunda, FTSA programının kontrol grubuna göre menopozal dönemde olan kadınlarda stres düzeylerini önemli ölçüde azalttığını ancak anksiyete, depresyon ve farkındalık düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını saptamıştır (Liu vd., 2023). Hala birçok araştırmacı, menopozal dönemdeki kadınların olumsuz duygularını iyileştirmek ve stresle başa çıkmasını sağlamak için bilimsel ve etkili müdahale yöntemlerini araştırmaktadır (Stute & Lozza-Fiacco, 2022; Andrews vd., 2023).

Çalışmamızda Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre uygulanan eğitim ve danışmanlık programı kadınların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin azaltılmasında etkili olmuştur. Öncelikle menopozal dönemde olan kadınlar için

uygulanan teori kapsamında, güvenli bir ortamın sağlanması, çalışmanın amacını ve içeriğini açıklama, hazır olmalarını sağlama, kadınların farkında olmasını sağlayarak menopoza döneme uyumunu kolaylaştırma ve katılımını sağlama, gerekli eğitim ve danışmanlığın verilmesi, rol desteğinin sağlanması, yanlış bilgi ve düşüncelerinin giderilmesinin, kadınların menopoza karşı tutumlarını olumlu yönde etkileyerek, Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının kadınların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

5.6. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Düzeyine İlişkin Bulguların

Tartışılması

Çalışmanın bu bölümde Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının eğitim ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır. Çalışmamızda eğitim ve kontrol grubundaki kadınların hem MÖYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları hem de istatistiksel olarak yapılan destekleyici MÖYKÖ alt boyut yüzdelik analizleri tartışılmıştır.

Menopozal dönemde olan kadınlarda yaygın olarak vazomotor, psikososyal, fiziksel belirtiler gözlenmekte ve bu belirtilere bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Taşkın, 2016; Talaulikar, 2022). Özellikle premenopozal dönemdeki kadınlarda, hormonal dalgalanmalar ve düzensizlikler sonucu sıcak basması ve gece terlemeleri en sık karşılaşılan değişikliklerdir (Avis vd., 2015; Hotun Şahin, 2017; Nappi vd., 2021). Vazomotor değişiklikler menopozal dönemde olan kadınların %60-90'ını etkilemekte ve ciddi fiziksel semptomlara neden olmaktadır (Çakır vd., 2022). Kadınların yaşadığı bu semptomlar menopozu, kadın için pek çok uyum sorununa yol açan bir gelişim krizi haline getirebilmektedir. Bu semptomlar yalnızca kadınları değil; ailelerini, çevresini, iş hayatını ve toplumu da ilgilendirmektedir. Ayrıca kadınların iş yaşantısını, yönetim kararlarını ve verimliliğini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Karlıdere & Özşahin, 2008; Uludağ, 2014).

Çalışmamızda eğitim ve danışmanlık programı uygulanan eğitim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre vazomotor belirtilerinde azalma olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.5.). Eğitim grubundaki kadınların ön test ve son test vazomotor

alt boyut puanları incelendiğinde; son testin ($3,07 \pm 3,36$) ön teste ($5,7 \pm 4,64$) göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Uygulanan eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubundaki kadınların vazomotor bulgularını azaltmadaki etkisinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cohen $d=1,12$, Tablo 4.5.). Özellikle menopoza yönelik yaşam kalitesi düzeyi destekleyici olarak yapılan yüzdeler analize göre önemli sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 4.6.). Bu çalışma sonuçlarına göre eğitim ve danışmanlık sonrası eğitim grubundaki kadınların yaşadığı vazomotor belirtilerden “sıcak basması, gece terlemesi ve terleme” şikâyetlerinde kontrol grubundaki kadınlara göre azalma olduğu görülmüştür. Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının uygulandığı eğitim grubundaki kadınların menopozal dönemin farkında olması, vazomotor sorunlarla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve uygulaması, sorumluluk alması değişim sürecine uyum sağlamasıyla menopozal dönemde en çok görülen sıcak basması ve terleme şikâyetlerini azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Öztürk Eyimaya’nın (2019) 45-54 yaş arası kadınla Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri çalışmada; müdahale grubunda kontrol grubuna göre vazomotor şikâyetlerin anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır. Steels ve arkadaşları (2018) çalışmalarında 12 hafta süreyle günde iki defa bitkisel bir ilacı uyguladıkları müdahale grubundaki kadınlarda MÖYKÖ vazomotor şikâyetlerde anlamlı düzeyde azalma olduğunu belirtmiştir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda bilişsel terapi ve davranış terapisinin, sıcak basması ve gece terlemesi gibi vazomotor semptomları azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Van Driel vd., 2019; Samami vd., 2022; Ye vd., 2022).

Menopozal dönem, kadınlarda fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik değişiklikler de meydana getirebilmektedir (Willi & Ehlert, 2019). Bu çalışmada eğitim ve danışmanlık verilen eğitim grubundaki kadınların psikososyal durumlarında kontrol grubundaki kadınların psikososyal durumlarına göre daha pozitif yönde bir artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.). Uygulanan eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubundaki kadınların psikososyal durumlarını iyileştirmedeki etkisinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cohen $d=0,67$, Tablo 4.5.). Destekleyici yapılan istatistiksel yüzdeler analize göre ilk başta görülen “hayatından memnun olmama, endişeli ve gergin hissetme, daha az başarılı hissetme, depserif üzgün ve bezgin

hissetme ve yalnız kalma isteği” gibi şikâyetlerin eğitim ve kontrol grubunda görülme oranı benzerlik gösterirken eğitim ve danışmanlık sonrası son test aşamasında bu şikâyetlerin eğitim grubunda daha belirgin olarak azaldığı görülmüştür (Tablo 4.6.).

Çalışmamızın sonuçları ile diğer çalışma sonuçlarının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda psikososyal problemleri azaltmaya yönelik farkındalık temelli müdahalelerin kullanıldığı belirtilmektedir (Wong vd., 2018; Xiao vd., 2019; Aydın & Kavak Budak, 2023; Monfaredi vd., 2022; Huang vd., 2023; Liu vd., 2023). Psikolojik değişiklikler ile baş etmede nefes egzersizleri, gevşeme egzersizleri, masaj, fiziksel aktivite, sosyal desteğin güçlendirilmesi ve uyku kalitesinin artırılması gibi girişimler etkili olmaktadır. Kuzey Amerika Menopoz Derneği (North American Menopause Society-NAMS) menopozal dönemlerdeki kadınların sağlık profesyonellerine başvurması, psikolojik destek ve medikal tedavi almasının yaşadıkları psikolojik sorunların çözümünde faydalı olacağını belirtmektedir (NAMS, 2018). Menopozal dönemlerdeki psikolojik sorunların çözümünde, duyguların tanınması ve sebeplerinin ortaya çıkarılması için kadına fırsat verilmesi ve tedavi gerektiğinde, kadının bireysel ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması önerilmektedir (Gümüşay, 2022).

Çalışmamızda Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programıyla kadınların menopozal dönemin farkında olması sağlanmıştır. Menopoz geçişi yanında başka geçişler yaşayıp yaşamadığı sorgulanmış, duygularını ifade etmesi sağlanarak, sorunların ortaya çıkarılmasıyla önerilerde bulunulmuştur. Son test aşamasında kadınlarla bireysel görüşmeler yapılarak bireysel ihtiyaçlarına yönelik eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Uygulanan eğitim ve danışmanlığın psikososyal durumların düzelmesinde etkili olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre fiziksel şikâyetlerinde azalma olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.5.). Eğitim grubundaki kadınların ön test ve son test fiziksel alt boyut puanları incelendiğinde; son testin ($19,37 \pm 12,66$) ön teste ($30,13 \pm 16,76$) göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Uygulanan eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubundaki kadınların fiziksel bulgularını azaltmadaki etkisinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cohen $d=0,67$, Tablo 4.5.). Kontrol grubundaki kadınların fiziksel şikâyetlerinde izlem sürecinde azalma gözlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların son test puanının ($27,77 \pm 12,44$) ön teste

(35,23±18,98) göre anlamlı derecede düşük olduğu ancak bu düşüşün eğitim grubundaki kadınlara göre daha az olduğu görülmüştür. Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubunda fiziksel bulgular üzerindeki etkisinin daha az olduğu görülmüştür. Destekleyici yapılan istatistiksel yüzdeler analizi sonucuna göre eğitim grubuna verilen eğitim ve danışmanlık sadece "yorgun ve yıpranmış hissetme, uyuma güçlüğü, kilo alma ve şişkinlik hissi üzerinde" etkili olduğu görülmüştür (Tablo 4.6.). Kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik görülmemiştir. Bunun nedeni olarak eğitim grubundaki kadınlara uygulanan eğitim ve danışmanlık programı içerisinde herhangi bir tıbbi müdahaleye yer verilmediği için ağrı şikâyetlerinde faydalı olmadığı düşünülmektedir.

Gümüştay ve Erbil'in (2019) 45-65 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada, menopoza özgü yaşam kalitesini en fazla etkileyen sorunların, enerjide azalma hissi, fiziksel güçte azalma, uyuma güçlüğü, kas ve eklem ağrısı, yorgun ve yıpranmış hissetme olduğu belirtilmiştir (Gümüştay & Erbil, 2019). Literatürde yapılan farklı çalışmalarda, girişim grubuna sekiz hafta boyunca haftada iki saat farkındalık temelli bilişsel terapi uygulanmıştır. Çalışmaların sonucunda kadınların vazomotor, psikososyal ve fiziksel semptomlarının önemli derecede azaldığı, menopoza özgü yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (Enjezab vd., 2019; Şener & Timur Taştan, 2021; Aliabadi vd., 2021).

Menopozal dönemde yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan değişiklikler kadınların cinsel sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (Reyhan vd., 2018). Literatürde yapılan çalışma sonuçlarına göre menopozal dönemdeki kadınların çoğunluğunda östrojen hormon düzeyindeki azalma sonucu cinsel işlev bozukluğu yaşandığı belirtilmektedir (Karakuş & Yanikkerem, 2016; Andac & Aslan, 2017; Martins vd., 2018; Nazarpour vd., 2018; Yanikkerem vd., 2018). Kadınların menopoza yönelik bakış açısının olumlu olması cinsel sağlığını da olumlu yönde arttırmaktadır (Erbaş & Demirel, 2017).

Bu çalışmada eğitim ve danışmanlık programı uygulanan eğitim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre cinsel alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5.). Ancak eğitim grubundaki kadınların ön test ve son test puanları incelendiğinde kadınların cinsel sorunlarında anlamlı derecede bir azalma olduğu saptanmıştır. Destekleyici olarak yapılan yüzdeler analizi sonucuna göre eğitim grubundaki kadınlarda tüm cinsel alt boyut maddelerinde yer alan

şikâyetlerinde azalma görülürken, kontrol grubundaki kadınlarda yalnızca cinsel istekte değişiklik ve vajinada kuruluk maddelerinde azalma olduğu görülmüştür (Tablo 4.6.). Çalışma sonucumuza benzer olarak bilişsel farkındalık temelli hemşirelik destek programı uygulanan kadınların cinsel alt boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir düşüşün olmadığı belirtilmiştir (Aslan Demirtaş, 2024). Yapılan farklı çalışmalarda ise, menopozal dönemde olan cinsel danışmanlık alan kadınların; cinsel fonksiyonlarının, cinsel danışmanlık almayan kadınlara göre olumlu yönde arttığı belirtilmektedir (Naeij vd., 2019; Alavipour vd., 2020; Akbay Kısa, 2021). Literatürde cinselliğe ilişkin eğitim ve danışmanlık programlarına çiftlerin birlikte katılması önerilmektedir (Öztürk, 2019; Banbury vd., 2023).

Eğitim ve danışmanlık programı uygulanan eğitim grubundaki kadınların son testte ölçülen toplam yaşam kalitesi düzeyinin kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.). Eğitim grubundaki kadınların son test puanlarının ($28,63 \pm 22,04$) ön teste ($50,00 \pm 29,07$) göre anlamlı derecede düşük olduğu gözlenmiştir. Uygulanan eğitim ve danışmanlık programının eğitim grubundaki kadınların yaşam kalitesini arttırmadaki etkisinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cohen $d=0,89$ Tablo 4.5). MÖYKÖ toplamdan alınan puan düştükçe yaşanan şikâyetlerin azaldığı, uygulanan eğitim ve danışmanlık programının etkin olması sonucu menopoza özgü yaşam kalitesinin önemli düzeyde arttığı görülmektedir. Bu sonuçlar “H1e Hipotezi: Dr. Meleis’in Geçiş Teorisine göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programı, eğitim grubundaki kadınların yaşam kalitesi düzeyini, kontrol grubuna göre artırır” hipotezini doğrulamaktadır.

Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak literatürde Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımı çalışmalarında yalnızca yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise hem yaşam kalitesi hem menopoza yönelik tutum hem de depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri incelenmiştir. Çalışma sonucumuzda Dr. Meleis’in Geçiş Teorisi’ne göre uygulanan eğitim ve danışmanlık programının kadınların menopoza yönelik tutumunda ve yaşam kalitesinde olumlu yönde artma, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır.

Eğitim ve danışmanlık programının uygulandığı çalışmalarda, menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesi düzeyinin anlamlı derecede arttığı belirtilmiştir (Yazdkhasti vd., 2015; Rathnayake vd., 2020). Literatürde farklı yöntemlerin (FTSA,

müzik terapisi, terapötik dokunma ve aerobik egzersiz gibi) uygulanarak yapıldığı çalışmalarda yaşam kalitesi bulgularında önemli düzeyde iyileşmeler sağlandığı belirlenmiştir (Mo vd., 2018; Deshpande vd., 2021; Keskin Töre, 2022; Aslan Demirtaş, 2024). Rindner ve arkadaşlarının (2017) birinci basamak sağlık hizmetlerinde menopoza geçiş hakkında kadınlara yönelik grup eğitiminin kadınların fiziksel ve zihinsel sağlıklarına etkisini inceledikleri çalışmasında, eğitim grubunun şikâyetlerinde azalma gözlenirken, kontrol grubunda olumlu bir değişiklik gözlenmemiştir (Rindner vd., 2017).

Sonuç olarak, eğitimler ve destek programları, kadınların menopoz algılarını olumlu etkileyerek bu sürece adaptasyonunu kolaylaştırmaktadır. Kadınların yakınmalar ile etkili şekilde başedebilmesi, bu sürece uyumun sağlanmasıyla yaşam kalitesini de olumlu yönde arttırmaktadır (Gümüşay, 2022). Menopoza geçiş ve menopoz sonrası dönemde kadının genel yaşam kalitesinin artırılması için kadının menopozun ne olduğu ve menopoza bağlı sorunlarla nasıl başa çıkabileceğini bilmesi önemlidir. Klinisyenlerin orta yaşlı kadınlarla etkileşime girerek onlara hayatlarının bu önemli dönemini nasıl yönetecekleri konusunda tavsiyelerde bulunmaları önerilmektedir (Webster vd., 2018). Menopoza ilişkin bilgi ve danışmanlık almanın kadınların yaşam kalitesini arttıran ve menopoz şikâyetleri ile baş etmesini sağlayan önemli bir girişim olduğu vurgulanmaktadır (Dişli vd., 2022). Bundan dolayı kadınların sağlıklarını geliştirmek için uygun yöntemlerle eğitim verilmesi ve danışmanlık yapılması gerekmektedir. Özellikle menopozal döneme uyumun sağlanmasında ve sürecin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde önemli role sahip olan hemşirelerin yapacağı danışmanlığın etkili olacağı belirtilmektedir (Orhan & Yağmur, 2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırmada sosyodemografik özellikler ve menopozal dönem özellikleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Eğitim grubundaki kadınların son testten aldıkları menopoza ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Eğitim grubundaki kadınların son testten aldıkları depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,01$).
- Eğitim grubundaki kadınların son testten aldıkları menopoza özgü yaşam kalitesi ve alt boyut puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
- Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların son testten aldıkları menopoza özgü yaşam kalitesi cinsel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Grup içi karşılaştırmada; eğitim grubundaki kadınlarda eğitim sonrası MİTÖ puanlarının arttığı, DASÖ-21 ve MÖYKÖ puanlarının düştüğü; menopoza ilişkin tutumlarının olumlu yönde arttığı ve yaşam kalitelerinin arttığı, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ise azaldığı saptanmıştır.
- Grup içi karşılaştırmada; araştırmada kontrol grubundaki kadınların MİTÖ, DASÖ-21, MÖYKÖ puan ortalamalarında değişiklik olmadığı; menopoza ilişkin tutumlarının, depresyon ve stres düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin değişmediği, sadece anksiyete düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur.
- Araştırmada Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının; kadınların menopoza ilişkin tutumlarını olumlu yönde arttırdığı, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Ancak eğitim ve danışmanlık yapılmayan kontrol grubunda da anksiyetenin de aynı oranlarda azaldığı belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçları genel olarak, Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre

yapılandırılmış eğitim ve danışmanlık programının menopozal dönemdeki kadınlara uygulanmasının yararlı olacağını düşündürmektedir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda öneriler klinikte uygulamaya yönelik ve bilime yönelik olmak üzere iki başlık altında verilmiştir.

Klinikte uygulamaya yönelik öneriler

- Kadınların menopozal dönemi sağlıklı bir şekilde geçirebilmeleri için, bu dönemin farkında olup ve bu dönemi kabullenip yaşadığı sorunlarla baş edebilmelerini öğrenmeleri, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltabilmeleri ve yaşam kalitesini yükseltebilmeleri için menopozal dönemde olan kadınlara eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri verilmesi ve Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'nin eğitim ve danışmanlık programlarında kullanılması,
- Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin, menopoza ilişkin olumsuz tutum içinde olan, depresyon, anksiyete ve stres düzeyi yüksek olan ve menopozal yaşam kalitesi düşük olan kadınlara menopoza yönelik eğitim ve danışmanlık uygulamalarına yer vermesi,

Bilime yönelik öneriler

- Menopozal döneme yönelik yapılacak araştırmalarda, seçilecek örneklem grubunun menopoza girme zamanlarının aynı olmasına dikkat edilerek örneklem grubunun seçilmesi,
- Dr. Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan eğitim ve danışmanlık programlarının daha fazla kullanıldığı çalışmalara yer verilmesi ve yaşam kalitesi üzerindeki iyileştirici etkilerine ait kanıt düzeyinin artırılması için birbirinden farklı uygulamaların karşılaştırıldığı daha geniş örneklem grupları ile çalışılarak literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Abiç, A. (2021). Menopoz Dönemindeki Kadınlara Uygulanan Yoga Eğitiminin Menopoz Semptomlarına Etkisi. Doktora Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Mersin.
- Afrifa, J., Botchway, F.A., Kwaku, Opoku, Y., Badohu, J., Ekua Ocran, H., Asare, K.K. & Essien-Baidoo, S. (2019). Assessment of Cardiovascular Risk in Post-Menopausal Women in Ghana. [version 1; peer review: 1 approved, 1 approved with reservations. F1000Research 8-845.
- Ağralı, C., Ünal, E. & Kaya Şenol, D., (2022). Kadınların Menopoz Algısı ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanımına İlişkin Tutumları, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(3), 172-183.
- Akbay Kısa, A. S. (2021). Postmenopoz dönemdeki kadınlara PLISSIT Modeline Göre Verilen Cinsel Danışmanlığın Kadınların Cinsel Fonksiyonlarına, Evlilik Uyumuna ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
- Aksel, G., (2023). Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Menopoza İlişkin Tutumların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aksoy Can A. (2022). Menopoz Dönemindeki Kadınlara Uygulanan Akupresürün Menopoz Semptomlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Alan, S., Gozuyesil, E., & Gokyildiz, S. (2016). Effects of Menopause on the Life of Women Who Experience Hot Flashes and Their Health-Seeking Behaviours. International Journal of Caring Sciences, 9(2), 542-550.
- Alavipour, N., Masoumi, S. Z., Kazemi, F., & Parsa, P. (2020). Randomized Controlled Trial Protocol For Evaluating The Effect of Group Education on Postmenopausal Sexual Dysfunction. Journal of Menopausal Medicine, 26(2), 112. <https://doi.org/10.6118/jmm.19020>
- AlDughaiter A., AlMutairy H. & AlAteeq M. (2015). Menopausal Symptoms and Quality of Life Among Saudi Women Visiting Primary Care Clinics in Riyadh, Saudi Arabia. Int J Womens Health,(7) 645-53
- 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.
- Aliabadi, M. Y., Javadnoori, M., Malehi, A. S., & Aslani, K. (2021). A study of mindfulness-based stress-reduction training effects on menopause-specific quality of life in postmenopausal women: A randomized controlled trial. Complementary therapies in clinical practice, 44, 101398.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Alligood Mr, Tomey Am. (2014). Transition theory. In M.R. Alligood (Ed.), Nursing Theorists and Their Work (8th ed.). MO: Mosby Elsevier, Maryland Heights.
- Alligood, M. R. (2014). Nursing Theorists and Their Work. (8th edition). St. Louis: Mosby.
- Alpaslan M., (2018). Menopoz Semptomlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ordu.
- Andac, T., & Aslan, E. (2017). Sexual life of women in the climacterium: A community-based study. Health Care for Women International, 38(12), 1344–1355. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1352588>
- Andrews, R. A., John, B., & Lancaster, D., 2023, Symptom monitoring improves physical and emotional outcomes during menopause: a randomized controlled trial, Menopause, 30 (3), 267-274.
- Armand, M., Ozgoli, G., Giti, R. H., & Majd, H. A. (2017). Effect of Acupressure On Early Complications of Menopause in Women Referring to Selected Health Care Centers. Iranian journal of nursing and midwifery research, 22(3), 237-242. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.208165>
- Aslan Demirtaş, F. (2024). Premenopozal Kadınlara Çevrimiçi Bilişsel Farkındalık Temelli Hemşirelik Desteğinin Vazomotor Semptomlar, Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Atan, Ü. ve Yiğitoğlu, S. (2015). Menopozda Semptom Yönetimi ile İlgili Kanıtla Dayalı Uygulamalar. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi. 3, 35-59.
- Avis, N.E., Crawford, S.L., Greendale, G., Bromberger, J.T., Everson-Rose, S.E., Gold, E.B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H.M., Tepper, P.G. & Thurston, R.C. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. JAMA Intern Med, 175:531–9.
- Aydin, Ş., & Kavak Budak, F., (2023), Effect of mindfulness-based stress reduction training on anxiety, depression, and hopelessness in menopausal women: An experimental study, Psychiatric Annals, 53 (2), 83-94.
- Baker F.C., De Zambotti M. & Colrain IM, Bei B. (2018). Sleep Problems During the Menopausal Transition: Prevalence, Impact, and Management Challenges. Nat Sci Sleep. 10: 73-95.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Banbury, S., Lusher, J., Snuggs, S., & Chandler, C., (2023). Mindfulness-Based Therapies For Men and Women With Sexual Dysfunction: A Systematic Review And Meta-Analysis, *Sexual and Relationship Therapy* 38 (4), 533-555.
- Behnia-Willison, F., Sarraf, S., Miller, J., Mohamadi, B., Care, A. S., Lam, A., Willison, N., Behnia, L., & Salvatore, S. (2017). Safety and Long-Term Efficacy of Fractional CO₂ Laser Treatment in Women Suffering From Genitourinary Syndrome of Menopause. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 213: 39-44.
- Bekmezci H., Hamlacı Y. & Özerdoğan N. (2016). Meleis'in Geçiş Kuramına Dayalı Postpartum Dönemde Bakım. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(4): 101-106.
- Bezircioğlu İ, Gülseren L, Öniz A, Kındıroğlu N. (2004). Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3): 199-207.
- Büyükkaplan, B., Akarsu, R. H., Şahan, Ö., & Akarsu, G. D. (2020). Menopozal Semptomların Yönetiminde Egzersiz Uygulamasının Rolü. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2), 386-394.
- Ceylan, B., & Özerdoğan, N. (2014). Menopausal Symptoms and Quality of Life in Turkish Women in the Climacteric Period. *Climacteric*, 17(6), 705-712. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.929108>
- Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., & Gann, R. (1999). DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology Community Health*, 53(2), 105-111.
- Chick, N., Meleis, A.I. (1986); Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.). *Nursing research methodology*, (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Chick N, Meleis A.I. (2010). Transitions: A nursing Concern. In: Meleis A.I. (ed). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, Springer Publishing Company, 24-37.
- Conde D.M., Verdade R.C., Valadares A.L.R., Mella L.F.B., Pedro A.O. & Costa-Paiva L. (2021). Menopause and Cognitive Impairment: A narrative Review of Current Knowledge. *World J Psychiatry*. 11(8): 412-28.
- Converso, D., Viotti, S., Sottimano, I., Loera, B., Molinengo, G., & Guidetti, G. (2019). The Relationship Between Menopausal Symptoms and Burnout. A Cross-Sectional Study Among Nurses. *BMC Women's Health*. (19), 1-12.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Çakır Ö, Balkaya N.A., Dönmez S. (2022). Menopoz Döneminde Vazomotor Semptomlarda Fitoöstrojen Kullanımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 5(3), 476-484. <https://DOI:10.38108/ouhcd.1010358>
- Çelikkanat, Ş., & Sohbet, R. (2020). 40 Yaş ve Üzeri Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 29(1), 31-37.
- Denizhan Kırkan, N. (2022). Menopoz Dönemindeki Cinsel Problemlerin Çözümünde Plissit Modeli Doğrultusunda Verilen Danışmanlığın Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Deshpande S., Kulkarni C.A., Wadhokar O.C., Phansopkar P. & Arora SP. (2021). A Community Survey on Effect of Step Aerobic exercises and Music Therapy on Mental Health in Menopausal Women. J Med Pharm Allied Sci, 10(4): 3300-3.
- Dişli B, Kaydırak MM, Şahin N. Kadınların Menopoz Semptomları ile Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi. Haliç Üniv Sağ Bil Der. 2022;5(1) 21-29
- Durairaj, A. & Venkateshvaran, S. (2022). Determinants of Menopausal Symptoms and Attitude Towards Menopause Among Midlife Women: A Cross-Sectional Study in South India, Cureus, 14(9):e28718.
- Dündar T., Aksu H. (2021). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopozal Semptom ve Tutumları, DEUHFED, 14(2):134-140.
- El Hajj A., Wardy N., Haidar S., Bourgi D., Haddad A.M., 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): 1-16.
- Enjezab, B., Zarehosseinabadi, M., Farzinrad, B., & Dehghani, A., (2019), The effect of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life in perimenopausal women, Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 13 (1), e86525.
- Erbaş N. & Demirel G. (2017). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarının ve Menopozal Tutumlarının Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 4, 220-225.
- Erbil, N. (2018). Attitudes Towards Menopause and Depression, Body Image of Women During Menopause, Alexandria Journal of Medicine, 54(3), 241-246.
- Erkin, Ö., Ardahan, M. & Kert, A. (2014). Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4), 1095-1113 .

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ertekin Pınar, Ş., Yıldırım, G., Duran Aksoy, Ö. & Cesur, B. (2015). Kadına Özgü Bir Sorun: Menopozda Ruh Sağlığı, *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 787–798.
- Fışkın G, Hotun Şahin N, Güler Kaya İ. Views of the climacteric women about menopause:a qualitative analysis. *Journal of Academic Research in Nursing* 2017;3(3):122–128.
- Flinterud S1, Andershed B. (2015). Transitions İn The Communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 2295-2304.
- 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. *Med*. 55(10): 668.
- Gebretatyos, H., Ghirmai, L., Amanuel, S., Gebreyohannes, G., Tsighe, Z., & Tesfamariam, E. H. (2020). Effect of Health Education on Knowledge and Attitude of Menopause Among Middle-Age Teachers. *BMC Women's Health*, 20(1), 232.
- Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdollahian S, Bonakchi H, Najmabadi Khadijeh M, Naghavi M et al. The relationship between womens attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecologic Endocrinology* 2015;31(11):860–865.
- Gordon JL, Halleran M, Beshai S, Eisenlohr-Moul TA, Frederick J, Campbell TS. Perimenopozal depresif belirtilerin önlenmesi için farkındalık temelli stres azaltmanın endokrin ve psikososyal moderatörleri: randomize kontrollü bir çalışma. *Psikonöro endokrinoloji*. (2021) 130:105277. doi: 10.1016/j.psyneuen.2021.105277
- Gosset A. & Pouillès J.M. (2021). Trémollières F. Menopausal Hormone Therapy for the Management of Osteoporosis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 35(6):101551.
- Gönenç İ, Koç G. (2019). Menopoz Dönemine Yönelik Uygulanan Eğitim Programının Kadınların Menopoza Yönelik Tutumlarına Etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1):29–33.
- Gözüyeşil E, Başer M. (2016). Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktivitelerine etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 19(4),262-268.
- Gözüyeşil E. ve Başer M. (2016). Menopozal Dönemde Yaşanan Vazomotor Yakınmaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4): 261-268.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Gözüyesil E., Alan S., Gökyıldız Ş. (2018). Sexual Function and Quality-Of-life-Related Problems During the Menopausal Period. *Journal of Health Psychology*. 23(14): 1769-1780.
- Gözüyeşil, E., Avcıbay- Vurgeç, B., Gökyıldız-Sürücü, S. ve Onat-Köroğlu, C. (2021). The Relationship Between the Attitudes Towards Menopause and Sexual Functions Among Women in the Climacteric Period, Turkey, *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 9(3), 2889-2898.
- Gümüşay M. ve Erbil N. (2016). Alternative methods in the management of menopausal symptoms, *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 2(2), 20-25.
- Gümüşay M. & Erbil N. (2019). Kadınların Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Menopoz Tutumunun Etkisi. *Ordu University Journal of Nursing Studies*. 2 (2): 96-109.
- Gümüşay, M. (2022). Cerrahi Menopozdaki Kadınlar İçin Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul.
- Hakimi S., Simbar M., Ramezani Tehrani F., Zaiery F. & Khatami S. (2016). Women's perspectives toward menopause: A phenomenological study in Iran. *J. Women Aging*. 28(1):80-9.
- Heidari, M., Ghodusi, M., Rezaei, P., Kabirian Abyaneh, S., Sureshjani, E. H., & Sheikhi, R. . (2019). Sexual function and factors affecting menopause: A systematic review. *Journal of Menopausal Medicine*, 25(1), 15–27. <https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.15>
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., ... & Dunn, E. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(6), 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. *New York, Menopause*.25(9), 1011.
- Hotun Şahin, N. (2017), Klimakteryum Dönemi ve Menopoz, Ed. Kızılkaya Beji. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 2. Baskı. Nobel kitapçevleri; İstanbul: 163-169.
- Huang, S., Wang, Z., Zheng, D., & Liu, L., 2023, Anxiety disorder in menopausal women and the intervention efficacy of mindfulness-based stress reduction, *American Journal of Translational Research*, 15 (3), 2016- 2024.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Im Eo, Young K, Chee E, Chee W. (2015). A Cluster Analysis On Midlife Women's sleep-related symptoms: racial/ethnic differences. *Menopause*, 22(11): 1182.
- Im, E., Meleis, A. (1999). A Situation Specific Theory of Menopausal Transition of Korean Immigrant Women. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 31(4), 333-338.
- Im, E. (2010). Afaf Ibrahim Meleis Transition Theory (Vol. 7). United States of America: Mosby.
- 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. *New York, Menopause*. 23(4), 396.
- Inayat K, Danish N, Hassan L. Symptoms of menopause in peri and postmenopausal women and their attitude towards them. *Journal of Ayub Medical College*. 2017; 29(3): 477-480.
- Irmak Vural P, Balcı Yaygın H. (2016). Menopoz Algısı: Türk ve Alman Kadınların karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. GÜSBD, 5(3): 7-15.
- Islam, R. M., Bell, R. J., & Davis, S. R. (2018). Prevalence of Sexual Symptoms in Relation to Menopause in Women in Asia: A Systematic Review. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 25(2), 231–238. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000967>
- Jafarbegloo, E., Momenyan, S., & Khaki, I. (2019). The Relationship Between Sexual Function and Marital Satisfaction in Postmenopausal Women. *Mod Care Journal*, 16(1), 1–5. <https://doi.org/10.5812/modernc.83687>
- 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., et al. (2016). Attitudes About Sexual Activity Among Postmenopausal Women in Different Ethnic Groups: A Cross-Sectional Study in Jahrom, Iran. *J.Reprod Infertil*. 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.
- Kang, H. K., Kaur, A., & Dhiman, A. (2021). Menopause-Specific Quality of Life of Rural Women. *Indian Journal of Community Medicine*, 46(2), 273

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Karakoç H, Özerdoğan N, Uçtu AK. Menopozla ilgili genitoüriner sendrom. Jinekoloji - Obstet ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2017, 14(3): 122-6
- Karakuş, A., ve Yanikkerem, E. (2016). Klimakterik Dönemde Cinsel Disfonksiyon: Female Sexual Function Index (FSFI)-Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi İle Yapılan Son 5 Yıllık Çalışmalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 64-85
- Karlıdere T. & Özşahin A. (2008). Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi. Klinik Psikiyatri. 11: 59- 166.
- Karmakar, N., Majumdar, S., Dasgupta, A. ve Das, S. (2017). Quality of Life Among Menopausal Women: A Community Based Study in a Rural Area of West Bengal. Journal of Mid-Life Health. 8(1): 21-27.
- Keskin Töre, F. (2022). Menopozal Kadınlarda Terapötik Dokunma ve Müzik Dinletisinin Uyku Kalitesi, Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Malatya.
- Kharbouch, S.B. & Şahin N. H. (2007). Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15: 82-90.
- Koirala D, Thapa N. & Shrestha S. (2020). Quality of life of Postmenopausal Women of Kaski District. NJOGL. 15(1): 43-9.
- Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3(1), 67-99.
- Koyuncu T, Ünsal A, Arslantaş D. (2015). Menopoz tutum değerlendirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması: Eskişehir-Mahmudiye’de, 40-64 yaş grubu kadınlar üzerinde bir çalışma. TAF Preventive Medicine Bulletin;14(6):448-454
- Körükçü Ö., Kabukcuoğlu K., 2014; Preterm Erken Membran Ruptürü Olan Gebelerin Anneliğe Geçişlerinin Meleis’in Geçiş Teorisine Göre İncelenmesi; Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;17:4
- Körükçü O, Kukulu K. (2017). The Effect of the Mindfulness-Based Transition to Motherhood Program in Pregnant Women With Preterm Premature Rupture of Membranes. Health Care for Women International, 38(7): 765–785.
- Kupcewicz E, Drężek–Skrzeszewska M, Roszuk W. & Józwik M. (2021). Relationship Between Frequency and Intensity of Menopausal Symptoms and Quality of life Among Polish Nurses. Risk Manag Healthc Policy. 14: 97-107.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kurt G. & Arslan H. (2020). Kadınların Menopoz Döneminde Yaşadıkları Sağlık Sorunları ve Baş Etme Yöntemleri. *Cukurova Med J.* 45 (3):910-920.
- Kwak EK, Park HS, Kang NM. (2014). Menopause knowledge, attitude, symptom and management among midlife employed women. *J Menopausal Med* 2014; 20: 118-25.
- 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
- Laudisio D, Barrea L, Pugliese G, Aprano S, Castellucci B, Svastano S. & Muscogiuri G. (2021). A Practical Nutritional Guide for the Management of Sleep Disturbances in Menopause. *Int J Food Sci Nutr.* 72(4): 432-46.
- Lenz B. (2001). The Transition From Adolescence to Young Adulthood: A Theoretical Perspective. *The Journal of School Nursing*.17(6)300-306.
- Li RX, Ma M, Xiao XR, Xu Y, Chen XY, Li B. Perimenopausal syndrome and mood disorders in perimenopause. *Medicine* 2016, 95(32): e4466.
- Liu H, Cai K, Wang J ve Zhang H (2023) Farkındalık temelli müdahalelerin menopozdaki kadınlarda kaygı, depresyon, stres ve farkındalık üzerindeki etkileri: Sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Ön. Halk Sağlığı* 10:1045642. doi: 10.3389/fpubh.2022.1045642
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 33(3), 335-343.
- Ludin Sm, Arbon P, Parker S (2013). Patients' Transition İn The Intensive Care Units: concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 187– 192
- Manije S., Fateme N., Masomeh S., Fazlollah A., Maryam B., Farid Z (2016). Mothers' Perception of Quality of Services from Health Centers After Perinatal Loss, *Electronic Physician*. Volume: 8, Issue: 2, Pages: 2006-2017, DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/2006>
- Martins, M., Bandeira, V. A. C., Gewehr, D. M., & Berlezi, E. M. (2018). Prevalence and Factors Associated with Sexual Dysfunction in Climacteric Women. *O Mundo Da Saude, Sao Paulo*, 42(3), 642–655. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20184203642655>
- Mathew DJ, Kumar S, Jain PK, Shukla SK, Ali N, Singh DR. A cross-sectional study to assess the quality of life of perimenopausal and Post menopausal women in rural Etawah, Uttar Pradesh, India. *J Mid-life Health* 2020;11:161-7.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Mattar C.N., Chong Y.S., Su L.L., Agarwal A.A. & Choolani M. (2008). Care of Women in Menopause: Sexual Function, Dysfunction and Therapeutic Modalities. *Ann Acad Med Singapore*. 37: 215-223.
- Mehaseb, SH, Omran, AAH ve Gafer, HA (2018). Menopoz Semptomlarının Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Mısır Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 9(2), 75-86.
- Meleis, A.I., Sawyer, L., Im, E., Messias, D.K.H. & Schumacher, K., (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Adv Nurs Sci*. 23:12-28.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research And Practices*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis AI, Sawyer L, Im E, Messias DKH, Schumacher K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. In: Meleis AI Editor. *Transition Theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Spring
- Meleis AI. (2015). Transitions theory. In: Smith MC, Parker ME (eds.). *Nursing Theories and Nursing Practice*, 4 nd ed. Philadelphia, F. A. Davis Company,: 361–80.
- Messias, D.K.H. (2010). “Migration Transitions”. A.I. Meleis (ed.). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (1th ed.). (pp. 226-231) New York: Springer Publishing Company.
- Mishra, D. G. (2017). Menopause, A stage in the Life of Women. *Menopause: A Comprehensive Approach*. Springer international Publishing Ag; p. 3-7.
- Mo M.H., Jang H.J. (2018). Effect of the Music Therapy For Peri-Menopausal Women. *IJCPP*. 2(1): 1-6.
- Monfaredi, Z., Malakouti, J., Farvareshi, M., & Mirghafourvand, M., 2022, Effect of acceptance and commitment therapy on mood, sleep quality and quality of life in menopausal women: a randomized controlled trial, *BMC Psychiatry*, 22 (1), 1-12.
- Monteleone P., Mascagni G., Giannini A., Genazzani A.R. & Simoncini T. (2018). Symptoms of Menopause - Global Prevalence, Physiology and Implications. *Nat Rev Endocrinol*. 14(4): 199-215.
- Mulhall, S., Andel, R., & Anstey, K. J. (2018). Variation in Symptoms of Depression and Anxiety in Midlife Women By Menopausal Status. *Maturitas*. 108, 7-12.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- 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, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Munck B, Björklund A, Jansson I, Lundberg K, Wagman P. (2018). Adulthood transitions in health and welfare; a literature review. *Nursing open*, 5(3), 254-260.
- Naeij, E., Khani, S., Firouzi, A., Moosazadeh, M., & Mohammadzadeh, F. (2019). The effect of a midwife-based counseling education program on sexual function in postmenopausal women: A randomized controlled clinical trial. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 26(5), 520–530. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001270>
- 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.
- Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., & Majd, H. A. (2018). The Relationship Between Menopausal Symptoms and Sexual Function. *Women and Health*, 58(10), 1112–1123. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1414100>
- North American Menopause Society (2018). <https://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/five-solutions-for-menopause-symptoms> E.T:15.02.2020
- North American Menopause Society (NAMS), 2023a, Menopause symptoms and treatments, five solutions for menopause symptoms, <https://www.menopause.org/forwomen/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/five-solutions-formenopause-symptoms>, (Ziyaret tarihi: 25.05.2022).
- North American Menopause Society (NAMS), 2023b. <https://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/mental-health-atmenopause/stress-getting-serious-about-solutions> (Ziyaret tarihi: 25.05.2022).
- North American Menopause Society. (NAMS), 2024a <https://www.menopause.org/forwomen/sexual-health-menopause-online/causes-of-sexual-problems/vaginal-discomfort>. (E.T.01.02.2024).
- North American Menopause Society. (NAMS) 2024b <https://www.menopause.org/for-women/expert-answers-to-frequently-asked-questions-about-menopause/menopause-faqs-understanding-the-symptoms>. (E.T.01.05.2024).

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Nosek, M., Kennedy, H. P., Beyene, Y., Taylor, D., Gilliss, C., & Lee, K. (2010). The Effects of Perceived Stress and Attitudes Toward Menopause and Aging on Symptoms of Menopause, *Journal of Midwifery & Women's Health*. 55(4), 328-334.
- Orabi, E. (2017). Effect of health education intervention on knowledge, and attitude regarding menopausal period among premenopausal female employees. *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 35(30), 71-84.
- Orhan, İ., Yağmur, Y. (2020). Menopozal Dönemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi ve Motivasyonel Görüşmeler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(2),496-505. <http://doi:10.33715/inonusaglik.737711>.
- Öskan Fırat, B., & Aslan, E. (2022). Menopoz Semptomlarına Özgü Güncel Kanıt Temelli Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 1609-1618.
- Özcan, H., Oskay, Ü. (2013). Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıt Dayalı Uygulamalar. In *Göztepe Tıp Dergisi* (Vol. 28, Issue 4, pp. 157–163). <https://doi.org/10.5222/J.GOZTEPETRH.2013.157>
- Özcan H, Kızılkaya Beji N. (2014). Menopoz Döneminde Cinsellik. *Androloji Bülteni*, 16(58): 209-211.
- Özdemir K., Şahin S., Guler D.S., Unsal A. & Akdemir N. (2020). Depression, Anxiety and Fear of Death in Postmenopausal Women. *Menopause*.27(9): 1030-6.
- Özgen H. Saka S. (2022). Postmenopozal Kadınlarda Fiziksel Aktivite Düzeyinin Fonksiyonel Kapasite, Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi *Akd Tıp Dergisi*, 8(2):194-201
- Öztürk, C., Ş., (2019). Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Psikolojik Müdahaleler, *Yeni Symposium*, 57 (2), 18-28.
- Öztürk Eyimaya, A. (2019). Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi*. Ankara.
- Öztürk Eyimaya, A. & Tezel, A. (2020). Menopozal Dönemin Meleis' İn Geçiş Teorisi'ne göre incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(4), 676-685.
- Pardhe, B.D., Ghimire, S., Shakya, J., et al. (2017). Elevated Cardiovascular Risks Among Postmenopausal Women: A Community Based Case Control Study from Nepal. *Biochem Res Int*. DOI: [10.1155/2017/3824903](https://doi.org/10.1155/2017/3824903)

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Peacock K, Ketvertis KM. (2023). Menopause. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, : 140-5. 15. Mo MH, Jang HJ. Effect of the music therapy for peri-menopausal women. IJCPP 2018, 2(1): 1-6.
- Pinkerton, J. V., Abraham, L., Bushmakina, 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
- Polat F, Karasu F. (2021). Menopoz Dönemindeki Kadınların Gözüyle Menopoz: Nitel Bir Araştırma. *TJFMPC*. 15(4):809-817.
- 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
- Reyhan, F., Özerdoğan, N., & Arık, E. (2018). İhmal edilen bir konu: yaşlılıkta cinsellik. *Journal of Health Sciences*, 27(1), 76–79.
- 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.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (RCOG) 2018. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patientinformationleaflets/gynaecology/pi-treatment-symptoms-menopause.pdf> Erişim tarihi: 01.11.2023
- Samami, E., Shahhosseini, Z., & Elyasi, F., 2022, The effects of psychological interventions on menopausal hot flashes: A systematic review, *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20 (4), 255-272.
- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19-30.
- Sarri G., Pedder H., Dias S., Guo Y., Lumsden M.A. (2017). Vasomotor Symptoms Resulting From Natural Menopause: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Treatment Effects From the National Institute for Health and Care Excellence Guideline On Menopause. *BJOG*. 124: 1514-23.
- Sarveswaran, G., Jayaseelan, V., Krishnamoorthy, Y., Sakthivel, M., Arivarasan, Y., Vijayakumar, K., & Marimuthu, Y. (2021), Perceived Stress and its Determinants Among Postmenopausal Women in Urban Puducherry, *Journal of Mid-life Health*. 12(1), 33-38.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Schumacher, K. L., Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 26(2), 119–127
- Sentürk Erenel A., Golbası Z., Kavlak T., Dilbaz S. (2015). Relationship Between Menopausal Symptoms and Sexual Dysfunction Among Married Turkish Women in 40–65 Age Group. *International Journal of Nursing Practice*. 21: 575–583. <https://doi.org/10.1111/ijn.12309>.
- Sereshti, M., Nahidi, F., Simbar, M., Ahmadi, F., Bakhtiari, M., & Zayeri, F. (2016). Mothers' Perception Of Quality Of Services From Health Centers After Perinatal Loss. *Electronic physician*, 8(2), 2006-2017
- Silva, B. S., Nery, I. S., & Calixto de Carvalho, A. M. (2016). Social Representations Elaborated By Nurses About Climacteric Women in Primary Health Care. *Rev Rene*, 17(3).
- Sis Çelik, A. ve Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirelerin Rolü, *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1), 50-56.
- Sis Çelik A. ve Pasinlioğlu T. (2014). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Yaşadıkları Menopozal Semptomlar ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1(1). 16-29
- Skarsater I, Willman A. (2006). The Recovery Process İn Major Depression An Analysis Employing Meleis' Transition Framework for Deeper Understanding as a Foundation for Nursing Interventions. *Advances in Nursing Science*, 29(3): 245-259.
- Smail, L., Jassim, G., & Shakil, A. (2020). Menopause-Specific Quality of Life Among Emirati Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(1), 40.
- 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 Med*. 45: 98-105
- Sood, R., Kuhle, C. L., Kapoor, E., Thielen, J. M., Frohmader, K. S., Mara, K. C., & Faubion, S. S., 2019, Association of mindfulness and stress with menopausal symptoms in midlife women, *Climacteric*, 22 (4), 377-382.
- Steels, E., Steele, M., Harold, M., Adams, L., & Coulson, S. (2018). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial evaluating safety and efficacy of an ayurvedic botanical formulation in reducing menopausal symptoms in otherwise healthy women. *Journal of herbal medicine*, 11, 30-35.
- Stute, P., & Lozza-Fiacco, S., 2022, Strategies to cope with stress and anxiety during the menopausal transition, *Maturitas*, 166, 1-13.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Sun N., Xing J., Li L., Han X.Y., Man J., Wang H.Y., & Lv D.M. (2018). Impact of Menopause on Quality of Life in Community-Based Women in China: 1 Year Follow-Up. *Arch Psychiatr Nurs.* 32(2): 224-8.
- Şener, N., & Timur Taşhan, S. (2021). The effects of mindfulness stress reduction program on postmenopausal women's menopausal complaints and their life quality. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 45, 101478.
- Taebi M, Abdollahian S, Ozgoli G, Ebadi A, Kariman N. Strategies to improve menopausal quality of life: A systematic review. *J Edu Health Promot* 2018;7:93.
- Taher Ya, Emhemed Hm, Tawati Am. (2013). Menopausal Age, Related Factors and Climacteric Symptoms İn Libyan Women. *Climacteric*, 16: 179–184.
- Taherpour, M., Sefidi, F., Afsharinia, S., & Hamissi, J. H. (2015). Menopause knowledge and attitude among Iranian women. *Journal of medicine and life*, 8(Spec Iss 2), 72.
- Talaulikar, V., 2022, Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 3-7
- Taşkın L. (2016). Kadın Hayatının Devreleri. Editör: Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (15. Baskı), Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 579-593.
- Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. Ankara. Nobel Basımevi.
- Tek Gökçer, F., (2022). 45- 55 Yaş Arasında Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoza İlişkin Tutumlarının Ve Menopoz Semptomlarının İlişkisinin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- The National Institute for Health and Care Excellence., 2015, Menopause: Diagnosis And Management, NICE guideline, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-andmanagement-pdf-1837330217413>, [Ziyaret Tarihi: 16 Şubat 2024].
- Thomas H.N., Thurston R.C. (2016). A Biopsychosocial Approach to Women's Sexual Function and Dysfunction at Midlife: A Narrative Review. *Maturitas.* 87: 49-60.
- Thurston R.C. (2018). Vasomotor Symptoms: Natural History, Physiology and Links With Cardiovascular Health. *Climacteric.* 21(2): 96-100.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Toral, M. V., Godoy-Izquierdo, D., García, A. P., Moreno, R. L., de Guevara, N. M. L., Ballesteros, A. S., ... & García, J. F. G. (2014). Psychosocial interventions in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review of randomised and non-randomised trials and non-controlled studies. *Maturitas*, 77(2), 93-110.
- Tortumluoğlu G. (2004). Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, ISSN: 1303- 5134
- Tümer, A. ve Kartal, A. (2018). Kadınların Menopoza İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 11(3),337-346.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021). İstatistiklerle Kadın 2020. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 37221 1-5. www.tuik.gov.tr (E.T.: 05.03.2021)
- Türkiye Jinekolojik ve Obstetrik Derneği. (2022). Dünya menopoz günü. <https://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu> (E.T:05.11.2023).
- Uçanok, Z., (1994). Farklı Yaş Grubundaki Kadınlarda Menopoza İlişkin Belirtilerin, Tutumların ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara,
- Uçanok Z, Bayraktar R. (1996). Farklı yaş gruplarındaki kadınlarda menopoza ilişkin belirtilerin, tutumların ve yaşama bakış açısının incelenmesi. *3P Derg*; 4:11–20.
- Uludağ A, Çakır Güngör An, Gencer M, Şahin Em, Coşar E. (2014). Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hek Dergi*, 18(1): 25-30.
- Van Driel, C. M., Stuursma, A., Schroevers, M. J., Mourits, M. J., & de Bock, G. H., 2019, Mindfulness, cognitive behavioural and behaviour-based therapy for natural and treatment-induced menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126 (3), 330-339.
- Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. (2015). Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8: 109–15.
- Weber, M.T., Rubin, L.H. & Maki, P.M. (2013). Cognition in Perimenopause: The Effect Of Transition Stage. *Menopause*. 20, 511-517.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Webster Ad, Finstad Da, Kurzer Ms, Torkelson Cj. (2018). Quality of life among postmenopausal women enrolled in the Minnesota Green Tea Trial. *Maturitas*, 108: 1–6.
- Wheeler, A. 2017; Afaf Ibrahim Meleis - Transition Theory of Nursing Autor: <https://www.otherpapers.com/Science/Afaf-Ibrahim-Meleis-Transition-Theory-of-Nursing/59337.html>
- Willi J, Ehlert U. (2019). Assessment of Perimenopausal Depression: A review. *J Affect Disord*. 249: 216–22.
- Wong C, Yip BHK, Gao T, Lam KYY, Woo DMS, Yip ALK, Wong SYS. (2018). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) or psychoeducation for the reduction of menopausal symptoms: A randomized, controlled clinical trial. *Sci Rep*, 8(1): 6609.
- World Health Organization (WHO), (2022). Menopause, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/menopause> (Ziyaret tarihi: 18. 01. 2023)
- Xiao C, Mou C, Zhou X. (2019). Effect of Mindfulness Meditation Training on Anxiety, Depression and Sleep Quality In Perimenopausal Women. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao*, 30(8): 998-1002.
- Yanikkerem, E., Göker, A., Çakır, Ö., & Esmeray, N. (2018). Effects of physical and depressive symptoms on the sexual life of Turkish women in the climacteric period. *Climacteric*, 21(2), 160–166
- Yaşar, Ö., & Yeygel, Ç. (2023). 45-60 Yaş Arası Kadınlarda Menopoz Semptomları ve Menopoz Tutumu İle Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. (21). 1097-1111.
- Yavan, T., & Köprülü, Ç. (2022). Menopoz. <https://gcris.ieu.edu.tr/bitstream/20.500.14365/5118/1/dogumkadinhemsireligiozel8-2-1.pdf>
- Yazdanpanahi Z., Nikkholgh M., Ekberzade M. & Pourahmad S. (2018). Stress, Anxiety, Depression, and Sexual Dysfunction Among Postmenopausal Women in Shiraz, *J. Family Community Med*. 25(2): 82-7.
- Yazdkhasti M., Simbar M. & Abdi F. (2015). Empowerment and Coping Strategies in Menopause Women: A review. *Iran Red Crescent Med J*. 17(3): 1-5.
- Ye, M., Shou, M., Zhang, J., Hu, B., Liu, C., Bi, C., & Liu, Z., (2022), Efficacy of cognitive therapy and behavior therapy for menopausal symptoms: a systematic review and metaanalysis, *Psychological Medicine*, 52 (3), 433-445.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Zerkinli, D. (2020). Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Menopozal Semptomların Genel Sağlık Durumuna Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sivas.
- Zhou, X., Guo, J., Lu, G., Chen, C., Xie, Z., Liu, J., & Zhang, C. (2020). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Anxiety Symptoms in Young People: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Psychiatry Research*, 289, 113002.
- Zıvıdır P, Sohbet R. (2017). Menopozdaki Kadınların Suçluluk ve Utanç duygularının yaşam kalitesine etkisi. *Medical Sciences (NWSAMS)*, 12(1): 1-9.
- Zorlu S, Turkmenoglu B. ve Budak Z. (2022) Traditional Practices of Menopausal Women for Menopause Symptoms, *Journal of Health Sciences Institute*, 7(3): 139-149
- Zümbül, S. (2021). Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi: Bir İnceleme Çalışması. *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1), 155-194.