

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM TEMELLİ MÜDAHALENİN MENOPOZ
SÜRECİNDE OLAN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNE, DEPRESYON, ANKSİYETE
VE STRES DÜZEYİNE ETKİSİ: KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

Fatma Atkan

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2023

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM TEMELLİ MÜDAHALENİN MENOPOZ
SÜRECİNDE OLAN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNE, DEPRESYON, ANKSİYETE
VE STRES DÜZEYİNE ETKİSİ: KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

Fatma Atkan

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Fahriye OFLAZ

İSTANBUL-2023

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Menopoz Sürecinde Olan Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi: Karma Yöntem Çalışması

Fatma Atkan

tarafından yapılmış olan bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri:	Ünvan / Ad-Soyad	İmza
Başkan	Doçent Doktor Gülcan BAĞCIVAN	_____
Üye (Danışman)	Profesör Doktor Fahriye OFLAZ	_____
Üye	Doçent Doktor Doğan VATANSEVER	_____
Üye	Doçent Doktor Nur Elçin BOYACIOĞLU	_____
Üye	Doktor Öğretim Üyesi Nareg DOĞAN	_____

Tarih: 8 Eylül 2023

ONAY

Bu tez çalışması, 08.09.2023 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Ad-Soyad/ İmza

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

BEYAN

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

İmza

Fatma Atkan



ithaf



TEŞEKKÜR SAYFASI



İÇİNDEKİLER

Tez Onayı	ii
Beyan	iii
İthaf	iv
Teşekkür	v
İçindekiler	vi
Tablo Listesi	vii
Şekil Listesi	ix
Kısaltmalar	xi
Özet	xii
Abstract	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2 Araştırmanın Amacı	5
1.3 Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 Menopoz ve Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler	6
2.1.1 Menopozal Değişiklikler ve Kadınların Yaşam Kalitesi	10
2.1.2 Menopoz Döneminde Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Stratejiler	11
2.1.2.1 Hormon Replasman Tedavisi	12
2.1.2.2 Hormonal Olmayan Yöntemler ve Farmakolojik Stratejiler	13
2.2 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	15
2.2.1 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım İlkeleri	17
2.2.2 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Göre Bilişsel Yapı	18
2.2.3 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Formülasyonu	21
2.2.4 Bilişsel Davranışçı Yaklaşımında Kullanılan Teknikler	23
2.3 Menopozda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	26
2.3.1 Menopozun Bilişsel Davranışçı Yaklaşımında Yer Alan Tetikleyiciler	29
2.3.2 Kadınların Menopoz Dönemine ve Değişikliklere Dair Düşünceleri ve Algıları	30
2.3.3 Menopozal Değişiklikleri Yönetmede Bilişsel Davranışçı Yaklaşım İle Yapılan Çalışmalar	31
2.4 Menopoz Dönemi Yaşam Kalitesini Artırmada Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü	34

3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1 Araştırmanın Tipi	36
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.3.1 Nicel Boyuta Yönelik Örneklem	38
3.3.2 Nitel Boyuta Yönelik Örneklem	39
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	39
3.5 Veri Toplama Araçları	40
3.5.1 Nicel Boyut	40
3.5.2 Nitel Boyut	42
3.6 Araştırmanın Planı ve Uygulanması	42
3.6.1 Nicel Ölçümler	42
3.6.2 Nitel Değerlendirme	45
3.6.3 Müdahale	45
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	46
3.7.1 Nitel Verilerin Analizi	46
3.7.2 Nicel Verilerin Analizi	47
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	48
3.9. Etik Kurul Onayı	48
4. BULGULAR	49
4.1. Nicel Bulgular	49
4.1.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	49
4.1.2 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi MOCA, MÖYKÖ ve DASS-42 Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	51
4.1.3 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Sonrası MOCA, MÖYKÖ ve DASS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	51
4.1.4 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MoCA, MÖYKÖ ve DASS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	52
4.1.5 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MOCA, MÖYKÖ ve DASS-42 Puan Farklarının Karşılaştırması	54
4.2 Nitel Bulgular	55
4.2.1 Temalar ve Alt Temalar	57

4.3 Nicel ve Nitel Bulguların Birleştirilmesi	63
5. TARTIŞMA	65
5.1 Nicel Kısım	65
5.1.1 BDY Temelli Müdahalenin Katılımcıların MÖYKÖ, MoCA, DAS-42 Puanlarına Etkisine İlişkin Tartışma	65
5.2 Nitel Kısım	67
5.2.1 Katılımcıların Menopoz Sürecine Dair Algılarına İlişkin Tartışma	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER	91



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	50
Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	51
Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Sonrası MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	52
Tablo 4.4. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	53
Tablo 4.5. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	53
Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Farklarının Karşılaştırması	55
Tablo 4.7. Temalar (Alt Temalar)-Duygular-Davranışlar	56

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Bilişsel Yapı	18
Şekil 2. Sıcak basması ile ilgili olası bir BDY temelli döngü örneği	27
Şekil 3. CBT MENOS modeli	28
Şekil 4. Sıcak basmaları ile duygudurum ve uyku sorunları arasındaki ilişki	29
Şekil 5. Araştırmanın değişkenleri	39
Şekil 6. Araştırmanın uygulama akış şeması	44
Şekil 7. Nitel veri analizi akış şeması	47



KISALTMALAR

BDY	Bilişsel Davranışçı Yaklaşım
BDGT	Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi
VMS	Vazomotor Semptom
YK	Yaşam Kalitesi
MÖYKÖ	Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
MoCA	Montreal Kognitif Değerlendirme Testi
DASS-42	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma
SWAN	Study of Women's Health Across the Nation
WHO	World Health Organization
FDA	Food and Drug Administration
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SNRI	Seçici Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü

ÖZET

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Menopoz Sürecinde Olan Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi: Karma Yöntem Çalışması

Fatma Atkan

Hemşirelik (Psikiyatri Hemşireliği) Programı

08.09.2023

Amaç: Menopoz dönemi kadınlarda fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişikliklere neden olmakta, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı; bilişsel davranışçı yaklaşım (BDY) temelli hemşirelik müdahalesinin menopoz sonrasında kadınların yaşadıkları bilişsel değişimlere, anksiyete, depresyon, stres ve yaşam kalitesine etkisinin karma yöntem araştırması ile incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, üç aşamadan (nicel, nitel ve müdahale) oluşan karma yöntem araştırması olarak, Mart 2022-Ağustos 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın nicel aşaması, 80 katılımcı (deney=27, kontrol=53) ile tamamlanmıştır. Nicel veriler müdahale öncesi ve sonrasında Sosyodemografik Veri Formu, Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın nitel aşamasında hermenötik olgubilim (fenomenoloji) deseni kullanılmış, nitel veriler çevrimiçi Zoom kullanılarak, odak grup görüşmesi tekniği ile toplanmıştır. Nitel aşamada üç odak grup görüşmesi (n=17) yapılmıştır. Müdahale aşamasında; beş grup ile, altı oturumluk, Bilişsel Davranışçı Yaklaşım temelli hemşirelik müdahalesi, çevrimiçi Zoom kullanılarak yürütülmüştür. Araştırmanın nitel verileri, Tematik Analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir. Nicel verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, sayı, yüzde), Bağımsız Gruplarda t-testi, Mann Whitney U Testi, bağımlı gruplarda t testi ya da Wilcoxon eşlenik/işaret testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler, yaş, menstrüasyon başlangıç yaşı ve menopoz başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak fark yoktur. Müdahale çalışmasına katılan kadınların müdahale sonrası MoCA puanları (28.37 ± 1.49), öntest puanlarına (26.37 ± 2.00) göre daha yüksek bulunmuştur ($Z = -3.936$, $p = 0.001$). Ayrıca müdahale çalışmasına katılan kadınların son test MÖYKÖ Psikososyal puanları (28.96 ± 8.23), öntest puanlarına (23.00 ± 13.10) göre daha yüksek bulunmuştur ($Z = -2.771$, $p = 0.006$). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında müdahale sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.005$). Kadınların menopoza dair temaları; kadın cinsiyetiyle ilgili menopoz sürecinde zorlukların yaşandığı, sürecin fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişiklikleri içerdiği ve hastalıkların başladığı bir süreç olduğu, yaşanan değişikliklerin kadınların aileleriyle ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini olumsuz etkilediği, menopozun değişiklikleri barındıran doğal bir süreç olduğu, kişiyi kendine döndüren, yeni baş etme davranışlarının geliştirildiği ve kadını özgürleştiren bir süreç olduğu şeklinde belirlenmiştir.

Sonuçlar ve Öneriler: Araştırmanın bulguları, BDY temelli hemşirelik müdahalesinin kadınların bilişsel değişimleri ve menopoz sürecinde yaşadıkları psikososyal değişimler üzerinde iyileştirici etkileri olduğunu göstermiştir. Menopozdaki kadınlarla çalışan hemşireler, BDY temelli hemşirelik müdahalesini menopozun ortaya çıkardığı değişiklikleri kadınların etkili yönetmelerinde kullanabilirler. Bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalarda müdahale süresinin daha uzun olmasının diğer değişkenler açısından da fark yaratacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, yaşam kalitesi, anksiyete, stres, depresyon, bilişsel davranışçı yaklaşım.

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavioral Approach-Based Intervention on Quality of Life, Depression, Anxiety and Stress Levels of Menopausal Women: Mixed Method Study

Fatma Atkan

Doctor of Philosophy in Nursing (Psychiatric Nursing)

September 8, 2023

Aim: Menopause causes physiological, cognitive and psychological changes in women and negatively affects women's quality of life. It was aimed to examine the effects of cognitive behavioral approach (CBA)-based nursing intervention on the cognitive changes, anxiety, depression, stress and quality of life experienced by women after menopause with a mixed method research.

Materials and Methods: The research was carried out between March 2022 and August 2023 as a mixed method research consisting of three stages (quantitative, qualitative and intervention). The quantitative phase was completed with 80 participants (experiment=27, control=53). Quantitative data were collected before and after the intervention using The Sociodemographic Data Form, The Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA), The Menopause-Specific Quality of Life Scale (MSQLS) and The Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42). In the qualitative phase, the hermeneutic phenomenology design was used, and the qualitative data were collected using the online Zoom and focus group interview technique. At the qualitative stage, three focus group interviews (n=17) were conducted. In the intervention phase; a six-session, CBA-based nursing intervention was conducted with five groups using online Zoom. The qualitative data of the research were evaluated by the Thematic Analysis method. In the analysis of quantitative data; descriptive statistics (mean, standard deviation, median, minimum and maximum values, number, percentage), Independent Samples Groups t-test, Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Test were used. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: There was no statistical difference between the intervention and control groups in terms of sociodemographic characteristics, age, age of onset of menstruation and menopause. Post-intervention MoCA scores (28.37 ± 1.49) of women who participated in the intervention study were higher than their pretest scores (26.37 ± 2.00) ($Z = -3.936$, $p = 0.001$). In addition, post-test MSQLS Psychosocial scores of the women who participated in the intervention study (28.96 ± 8.23) were found to be higher than the pretest scores (23.00 ± 13.10) ($Z = -2.771$, $p = 0.006$). There was no statistically significant difference in the post-intervention mean scores between groups in terms of other variables ($p > 0.005$). Themes of women on menopause; difficulties experienced in menopausal process related to female gender, the process includes physiological, cognitive and psychological changes and is a process which diseases begin, changes in women negatively affect relationships with their families and social environments, menopause is a natural process that includes changes, turning the women back on herself, new coping behaviors are developed and determined as a process that liberates women.

Conclusions: The findings of the research showed that CBA-based nursing intervention had curative effects on women's cognitive changes and the psychosocial changes they experienced during menopause. Nurses working with menopausal women can use the CBA-based nursing intervention to effectively manage the changes brought about by menopause. It is thought that a longer intervention period will make a difference in terms of other variables in studies to be conducted on this subject.

Keywords: Menopause, quality of life, anxiety, stress, depression, cognitive behavioral approach.

Bölüm 1:

GİRİŞ**1.1 Problemin Tanımı ve Önemi**

Menopoz; yumurtalıkların foliküler aktivitesinin kaybindan kaynaklı menstrüasyonun kalıcı olarak durması yani bir yıl süre ile menstrüal kanamanın olmaması olarak tanımlanmaktadır (International Menopause Society 2021). Kadınlarda menopoz yaşı ortalama 50 olmakla beraber, 40 yaşında görülebildiği gibi 60 yaşına kadar da görülebilmektedir (Taşkın, 2016). Dünya çapında menopoz yaşını geçmiş yaklaşık bir milyar kadın bulunmaktadır. Menopoz başlangıç yaşı ne olursa olsun günümüzde yaşam süresinin uzamasıyla kadınların menopoz döneminde geçirdiği süre artmıştır. Böylelikle kadınların yaşamlarının yaklaşık üçte biri menopoz sonrası dönemde geçmekte ve bu dönemde yaşadıkları sorunlar daha çok dikkat çekmektedir (Ertem, 2010), (Kalarhoudi, 2011). Menopoz öncesinde azalmaya başlayan östrojen ve progesteron hormonlarının düzeyi menopoz sonrasında da devam eder ve bu azalma kadınların yaşamlarında pek çok değişikliğe neden olabilmektedir (Randolph et al., 2011).

Menopoz dönemi, kadınların yaşamında “kritik pencere” olarak adlandırılmakta (Resnick & Henderson, 2002) ve bu dönemde vazomotor belirtilerin dahil olduğu fizyolojik değişikliklerin yanı sıra bilişsel ve psikolojik değişiklikler sıklıkla yaşanmaktadır (Henderson et al., 2003), (Fuh et al., 2006), (Pae et al., 2008). Menopozun başlangıcından itibaren vazomotor değişikliklerin başında yer alan sıcak basması ve terlemeler (gece ve gün içinde) görülmektedir. Sıcak basmaları ortalama 4-5 yıl sürmekle birlikte, kadınların yaklaşık dörtte birinde 10 yıla kadar da devam edebilmektedir ((Politi et al., 2008), (Col et al., 2009)). Vazomotor değişikliklerin beraberinde uyku sorunları, kas ve eklem ağrıları, kemik yoğunluğunda azalma ve bununla ilişkili kırıklar, osteoporoza yatkınlık, kan lipid düzeyinde değişiklikler, kardiyovasküler değişiklikler, insülin direncinde ve diyabet riskinde artış, kilo alımı, idrar kaçırma ve tekrarlayan üriner enfeksiyonlar gibi üriner şikayetler, cinsel istekte azalma, cinsel ilişki sırasında kuruluk ve vulvovajinal atrofi gibi cinsel sorunlar yaşanabilmektedir ((El Khoudary et al., 2013), (Gurka et al., 2016), (Samargandy et al., 2020)). Menopoz ile birlikte koroner arter hastalığı, obezite, osteoporoz, kronik artirit, meme kanseri, endometriyum kanseri ve demans gibi bazı hastalıkların riski artmaktadır (Lobo et al., 2014). Menopoz döneminde kadınlar depresyon, anksiyete, gerginlik, çarpıntı, hissizlik, ilgi kaybı, ağlama nöbetleri, irritabilite, tolerasyonda azalma gibi bazı psikolojik değişiklikler ve bunlarla ilişkilendirilebilecek şekilde sosyal ilişkilerde sorunlar yaşayabilmektedir (Gartoulla et al. 2014, Santoro et al. 2015, Naworska et al. 2020). Sıcak basması ve terlemeler gibi fizyolojik değişiklikler

psikolojik değişikliklerin oluşmasında tetikleyici olabilmekte ve kadınların yaşadığı sıkıntı düzeyini artırabilmektedir (Georgakis et al., 2016). Menopoza ilişkin olumsuz inançlar, yaşın ilerlemesi, üremeye ilgili değişiklikler, fizyolojik sorunlar, fiziksel hareketsizlik, düşük sosyoekonomik durum, beden kitle indeksinin yüksek olması kadınlarda strese, kaygıya ve depresif ruh haline neden olabilmektedir ((Georgakis et al., 2016), (Hunter & Smith In Collaboration With The British Menopause Society, 2017), (Stute et al., 2020)).

Menopoz sırasında ve sonrasında kadınlar bilişsel becerilerle ilgili; unutkanlık, kelime getirememe gibi hafıza problemleri, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, sersemlik hali ve ufak tefek kaza ve yaralanmalar gibi birtakım değişikliklerden yakınmaktadır. Bilişsel değişikliklerin prevalansına bakıldığında; bu alanla ilgili yapılan birçok çalışma menopoz öncesi ve sonrasında kadınların bellek ile ilgili sorunlar yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bellekle ilgili olarak sözel bellek ve çalışma belleğinde, dikkat ve konsantrasyonda, işlem hızında azalma yönünde sorunlar yaşandığı, hatırlama güçlüğü olduğu belirtilmektedir (Betti et al. (2001), Devi et al. (2005) Drogos et al. 2013, Weber & Mapstone 2009, Weber et al. 2012, Kuh et al. 2018, Greendale et al. 2009, Epperson et al. 2013, Schaafsma et al. 2010). Mitchell ve Woods (2001) çalışmasında en yaygın şikayetlerin kelimeleri ya da sayıları geri çağırma zorluk çekme, hatırlamak için bir uyarana ihtiyaç duyma, bir davranışa neden dahil olduğunu unutma şeklinde olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tepki verme sürelerinde artma gibi dikkatle ilgili subjektif bilişsel problemlerin görüldüğü bulunmuş, menopoz süreciyle ilgili özelliklerin (evresi, vazomotor semptomlar), anksiyete, depresyon gibi psikolojik semptom varlığı, psikososyal faktörlerin subjektif bilişsel problemlerle ilişkili olduğu saptanmıştır. Kadınlardaki bellek şikayetlerinin yordayıcıları arasında yaş, sıcak basması, anksiyete, depresyon, algılanan stres ve cinsel istismar öyküsünün yer aldığı saptanmıştır (Schaafsma et al. 2010). Ayrıca kadınların yaşam tarzı, sosyal durum, fizyolojik özellikler, psikolojik durum (Elsabagh & AbdAllah 2017, Taşkıran & Özgöl 2021), genetik, sağlık algısı (Woods & Mitchell 2005), kronik hastalık öyküsü, menopoz algısı (Taşkıran & Özgöl 2021) gibi özellikleri semptomların görülme sıklığı ve şiddeti üzerinde etkili olmaktadır.

Menopozal semptomlar kadınların günlük aktivitelerini, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını, özgüvenlerini, yaşamdan zevk almalarını (Williams et al. 2009), iş ve duygusal ilişkilerini (Geukes et al. 2012) ve de genel olarak yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir ((Shobeiri et al. 2016), (Nunez-Pizarro et al., 2017), (Aydın-Özkan et al. 2019), (Rathnayake et al. 2019), (Lee & Lee, 2023)). Bu dönemde yaşanan değişikliklerin tedavisi için bazı yöntemler kullanılmakta olup, bu yöntemlerin amacı yaşanan sorunların kadınlar üzerindeki sıkıntı düzeyini azaltmak ve yaşam kalitelerini artırmaktır (AMY J. VOEDISCH et al., 2021). Yaşanan değişikliklere yönelik olarak kadınlara hormon replasman tedavisi, antidepresan (seçici serotonin geri alım inhibitörleri/seçici norepinefrin geri alım inhibitörleri) kullanımı, iyilik halini artırıcı tamamlayıcı tıp uygulamalarının (tetikleyicilerden kaçınma, yaşam tarzı

değişiklikleri, keten tohumu, diyet, egzersiz, yoga, stres yönetimi, hipnoz, akupunktur, aromaterapi vb.) kullanımı önerilmektedir (Kim et al. 2011, Kroenke et al. 2012, Elkins et al. 2013, Stuenkel et al. 2015, Pinkerton 2017, Cramer et al. 2018, Aydın-Özkan et al. 2019). Farmakoterapi, menopozdaki kadınların vazomotor semptomları ve depresif semptomlarını azaltmada etkilidir (MacLennan et al., 2004, Umland & Falconieri, 2012) ancak yan etkileri veya sağlığa zarar verici bazı risklerin olma olasılığından dolayı etkililiği kesin değildir (Amick et al., 2015; Rossouw et al., 2002).

Menopoza bağlı yaşanan değişiklikleri ve kadınlar üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla, hemşireler tarafından da psikososyal bir müdahale olarak uygulanabilen (Fenlon et al., 2020), Bilişsel Davranışçı Yaklaşım (BDY)' in 2005 yılından itibaren çalışmalarda kullanıldığı görülmektedir (Keefer & Blanchard, 2005). BDY, bireylerin yaşadıkları olay/durum üzerinden düşünce-duygu-davranış formülasyonu ile bireyin olaya dair bilişlerini değiştirmeyi amaçlayan, yapılandırılmış bir sistematığı olan psikolojik bir terapi yöntemidir (Chang et al., 2021). Bireylerin, yaşadıkları değişimlere ilişkin işlevsel düşünceler geliştirebilmesi için faydalanabilecekleri danışmanlık kuramlarından/ modellerinden en uygunudur. Bilişsel davranışçı yaklaşım, bireyin yaşadığı duruma/olaya ilişkin değerlendirmelerinin ve yorumlamalarının yani bilişlerinin o duruma ilişkin duygu ve davranışlarını belirlediğini vurgulamaktadır. Bireyin uyumsuz bilişleri ve sorunlu davranışlarını değiştirmeyi ve aynı zamanda kişinin içinde bulunduğu koşulları veya semptomları hakkında eğitim sağlamayı, gevşeme egzersizleri, solunum teknikleri, maruz bırakma gibi davranışsal teknikler ile beceri geliştirmeyi de amaçlamaktadır. BDY, psikososyal terapiler içinde A düzeyi kanıtlarla etkinliği kanıtlanmış bir yaklaşımdır ve depresyon, anksiyete, uyku sorunları, ağrı gibi birçok sorun alanında kullanılmaktadır (Green et al., 2013). BDY; psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal olarak gevşeme, maruz bırakma gibi üç boyutlu bileşen içermesi bakımından menapozal semptomlar üzerinde de etkili olabilmektedir (Keefer & Blanchard, 2005).

Bilişsel davranışçı yaklaşım (BDY), öncelikle menopoz semptomlarını hedef alan, etkili, kısa süreli, farmakolojik olmayan bir tedavi yöntemidir (Ye et al., 2022). BDY'nin menapozal semptomlara spesifik geliştirilen CBT-Meno ve MENOS adlarında iki protokolü bulunmaktadır. MENOS protokolleri BDY'nin menopoz semptomları üzerine etkisini incelemek amacıyla Hunter ve arkadaşları tarafından geliştirilen, vazomotor semptomları yönetme stratejilerine odaklanan, 4-6 haftalık bir BDY müdahalesidir ((Mann et al., 2011), (Ayers et al., 2012)). MENOS protokollerinin; sağlıklı menapozal kadınlar ((Green et al., 2013), (Garcia & Gomez, 2011), (Green et al., 2019)), meme kanseri sağ kalanları ((Mann et al., 2012), (Ayers et al., 2012), (Duijts et al., 2012), (Atema et al., 2019)), uyku sorunları yaşayanlar (Kalmbach et al., 2019), çalışan kadınlar (Hardy et al., 2018), duygudurum bozukluğu olanlar (Conklin et al., 2019), hemşire liderliğinde olanlar(Fenlon et al., 2020) gibi kullanım alanları ile ilgili çalışmalarda etkililiği incelenmiştir. Bu protokollerin bireysel, grup, internet destekli, kendi kendine

yardım şeklinde formatları bulunmaktadır. MENOS protokolünün etkinliğini inceleyen çalışmalarda, vazomotor semptomlar için BDY müdahalesine katılan kadınların tedavi sonrası sıcak basmaları/gece terlemeleri içeren vazomotor semptom sıklığında ve sıkıntı düzeyinde önemli azalmalar olduğu belirlenmiştir ((Duijts et al., 2009), (Hunter & Mann, 2010), (Mann et al., 2011), (Ayers et al., 2012), (Mann et al., 2012), (Norton et al., 2014), (Atema et al., 2019)). MENOS protokolünün, depresif belirtileri ve kaygıyı azalttığı ((Chilcot et al., 2014), (Fenlon et al., 2020), (Ye et al., 2022)), menopozal semptomlara dair işlevsel olmayan inançlara etki ederek ve öncelikle menopozal semptomları hedefleyerek yaşam kalitesini, duygusal iyilik halini, dayanıklılığı ve gündüz işlevselliğini artırdığı, uyku yönetimini olumlu olarak etkilediği bulunmuştur (Kalmbach et al., 2019). BDY'a dayalı müdahalenin İnternet destekli formatının da meme kanserli kadınların semptomlarının sıklığını ve yoğunluğunu, psikolojik distressi azalttığı, uyku kalitesini, cinsel işlevselliği ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (Atema et al., 2019).

Hemşireler sağlıkla ilgili tüm alanlarda olduğu gibi menopoz sürecinde de kadınlara eşlik eden ve yaşadıkları deneyimleri etkili yönetmelerinde, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde destek olan konumdadırlar. Hemşireler eğitim ve danışmanlık rolleri ile bilişsel davranışçı yaklaşım (BDY) çerçevesinde geliştirilecek danışmanlık müdahalesi ile kadınların menopoz dönemine ve bu dönemde yaşadıkları değişikliklere (bilişsel, emosyonel ve psikomotor) yönelik işlevsel olmayan otomatik düşüncelerini, ara inançlarını, uyumsuz şemalarını bilişsel davranışçı yaklaşım ile ele alabilirler. Bu düşüncelerin kadınların duygusal ve davranışsal tepkilerini nasıl etkilediğini belirleyebilir, kadınlarda buna dair farkındalık geliştirerek işlevsel olmayan düşüncelerini ve inançlarını işlevsel olanlarla değiştirmelerinde destekleyici olarak, semptom yönetimine ve yaşam kalitelerine olumlu katkı sağlayabilirler. Bu kapsamda hemşire liderliğinde yürütülen BDY'a dayalı grup müdahalesinin (MENOS4) meme kanserli menopozal kadınların birincil olarak sıcak basması ve gece terlemesi sıkıntı düzeyi, ikincil olarak ise uyku, depresyon, anksiyete, yaşam kaliteleri üzerinde etkili sonuçlar verdiği; müdahalenin uygulanabilir nitelikte ve maliyet etkin olduğu belirtilmektedir (Fenlon et al., 2020). Ulusal ve uluslararası çalışmalar incelendiğinde; kadınların menopoz döneminde yaşadıkları değişikliklere yönelik bilişsel davranışçı yaklaşımın temel alındığı karma desen araştırmasına ulaşılamamıştır. Karma desen araştırması olarak planlanan, bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı bu danışmanlık müdahalesinin kadınların menopoz dönemine ve deneyimledikleri semptomlara yükledikleri anlamları, bilişsel değerlendirmeleri, duygusal ve davranışsal tepkileri karma desende yer alan nitel ve nicel yöntemlerin bütüncül bir şekilde düşünülerek, gerek veri toplama gerekse de verilerin değerlendirilmesi ve bütünleştirilmesinde her iki yöntemin avantajlarından yararlanılarak daha kapsamlı ve detaylı anlaşılmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, BDY'a dayalı karma yöntem araştırması ile kadınların sahip oldukları işlevsel olmayan inançlarının daha işlevsel ve gerçekçi olanlarla

değiştirilmesi, yaşadıkları duygusal değişikliklerin azalması, bununla bağlantılı olarak da daha etkili baş etme davranışlarının geliştirilmesi ve sonuç olarak yaşam kalitelerinin artması beklenmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, kadınların menopoza sürecindeki yaşantılarını ve menopoza dair işlevsel olmayan düşüncelerini/inançlarını, duygularını ve davranışlarını bilişsel davranışçı yaklaşım (BDY) çerçevesinde açıklamak ve tanımlamak; bilişsel davranışçı yaklaşım temelli hemşirelik müdahalesinin menopoza sonrasında yaşanan bilişsel değişimlere, anksiyete, depresyon, stres ve yaşam kalitesine etkisini karma yöntem araştırması ile incelemek amaçlanmıştır.

1.3 Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri

Araştırmanın amacına ve karma yöntem çalışmasına uygun olarak aşağıda yer alan sorulara cevap aranmıştır.

Nitel aşama araştırma sorusu aşağıdaki gibidir;

1. Kadınların menopoza sürecine ve menopoza sonrası bilişsel ve duygusal deneyimlerine yönelik temel inançları, ara inançları, bilişsel çarpıtmaları ve otomatik düşünceleri nelerdir?

Nicel aşama araştırma soruları aşağıdaki gibidir;

2. BDY temelli müdahale grubundaki kadınların müdahale öncesi-sonrası Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Montreal Kognitif Değerlendirme Testi (MoCA), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark var mıdır?
3. Kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesi-sonrası Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Montreal Kognitif Değerlendirme Testi (MoCA), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark var mıdır?
4. BDY temelli müdahale grubundaki kadınlar ile kontrol grubundaki kadınlar arasında müdahale sonrasında Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Montreal Kognitif Değerlendirme Testi (MoCA), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark var mıdır?
5. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesi-sonrası Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ), Montreal Kognitif Değerlendirme Testi (MoCA), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) puan değişimleri arasında istatistiksel olarak fark var mıdır?
6. BDY temelli müdahale öncesinde katılımcılarla yapılan görüşmelerde elde edilen nitel veriler nicel bulguları nasıl açıklamaktadır? (karma yöntem sorusu)

Bölüm 2:

GENEL BİLGİLER**2.1 Menopoz ve Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler**

Menopoz, bir yıllık süre boyunca menstrual kanamanın tamamen olmamasıdır ((IMS, 2023), (Ahuja, 2016)). Kadınlar günümüzde yaşam sürelerinin uzaması ile yaşamlarının %30-40'ını menopoz sonrası dönemde geçirmektedirler (Shifren et al., 2014). Menopoz başlangıç yaşı, tüm dünyada 46-52 yaşları arasında değişmektedir. Afrika, Latin Amerika, Orta Doğu ve Asya gibi ülkelerde menopoz daha erken yaşlarda başlarken, Avrupa, Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerde daha ileri yaşlarda başlamaktadır (Monteleone et al., 2018). Menopoz başlangıç yaşı genetik, kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Yüksek vücut kitle indeksinin geç menopoz ile, sigara kullanımının ise erken menopozla ilişkili en önemli faktör olduğu tespit edilmiştir (Schoenaker et al., 2014). Daha geç yaşta menopoza giren kadınların daha uzun ömürlü olduğu ve genel sağlıklarının daha iyi olduğu bulunmuştur (Lobo & Gompel, 2022). Menopoz öncesinde başlayan ve menopozla devam eden hormon düzeyindeki düşüş; kadınlarda fizyolojik, psikolojik, bilişsel, metabolik, kardiyovasküler ve kas-iskelet işlevlerinde bozulmalarla ilişkilendirilmektedir (Bharti Kalra, 2018).

Fizyolojik Değişiklikler

Menopoz ile birlikte kadınlarda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin başlıcası vazomotor semptomlar (VMS) olarak adlandırılan sıcak basması ve terlemelerdir. Sıcak basması, özellikle yüz, boyun ve göğüs bölgesi olmak üzere vücudun üst kısmında aniden gelişen sıcaklık hissidir (Gracia & Freeman, 2018). Sıcak basmasının kadınlarda menopozdaki hormonal değişikliklerin etkisiyle hipotalamustaki termoregülatuar bölgenin etkilenmesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir (Lobo & Gompel, 2022). 1-5 dakika süren sıcak basması sırasında kızarma, titreme, nemlilik, terleme, kaygı ve ara ara kalp çarpıntısı eşlik edebilmektedir (Gracia & Freeman, 2018). VMS, menopoz döneminde yaygın görülmekle birlikte, bu dönemdeki kadınların % 60-80'ini etkilemektedir ((Lobo & Gompel, 2022), (Gold et al., 2006), (Potter et al., 2018)). Avrupa, Avustralya, Afrika ve Amerika kıtalarını kapsayan bir çalışmada VMS insidansı açısından % 97 oranı ile en yüksek Türkiye'deki kadınlarda görüldüğü, yoğunluk açısından % 83 oranı ile en yoğun olarak Avustralya'daki kadınları etkilediği saptanmıştır (Makara-Studzinska et al., 2014). Menopoz öncesinde başlayan sıcak basması ve gece terlemelerinin menopozda da devam ederek yaklaşık yedi yıl sürdüğü, orta-yüksek şiddette yaşandığı (Avis et al., 2015) ve her üç kadından birinde günde 4-10 kez yaşandığı bilinmektedir (Gracia & Freeman, 2018).

Gece terlemelerinin gündüz yaşanan semptomlardan daha rahatsız edici olduğu saptanmıştır (Avis et al., 2018). Çalışmalar; obez olanların, sigara içenlerin, depresyon/anksiyete öyküsü olanların, eğitim düzeyi düşük olanların, yüksek stres yaşayanların daha fazla VMS yaşadıklarını göstermiştir (Gold et al., 2006; Thurston & Joffe, 2011; Butts et al., 2012). Vazomotor semptomların, kadınların iş hayatını ve ekonomik durumlarını olumsuz etkileyebildiği (Sarrel et al., 2015), VMS sıklığının yüksek olmasının artmış kardiyovasküler risk ile ilişkili olduğu (Muka et al., 2016), şiddetinin yoğun olmasının uyku sorunlarına neden olabildiği (Gracia & Freeman, 2018), yaşam kalitesini düşürdüğü ve kadınlarda kaygıya neden olabildiği bilinmektedir (Donegan et al., 2022).

Menopoz döneminde kadınların sık yaşadığı değişikliklerden bir diğeri uyku sorunlarıdır. Uyku sorunlarının bir kısmı VMS ile ilişkili olmakla birlikte, yaşın ilerlemesi de uyku sorunlarına neden olabilmektedir. Uyku sorunları tüm dünyada 40-64 yaştaki kadınların yaklaşık % 50'sinde görülmekte (Makara-Studzinska et al., 2014), menopoz sonrası dönemde ise bu oran % 35-60 arasında değişmektedir (Jehan et al., 2015). Uyku sorunları; depresyon ve kaygıyı artırmakta (Jehan et al., 2015) ve yaşam kalitesini düşürmekte ve kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır (Makarem et al., 2019).

Menopoz geçişiyle birlikte östrojenin azalmasıyla kemik yoğunluğu azalmakta, bu da kendisini eklem ve kas ağrıları şeklinde gösterebilmekte ve kadınlarda osteoporoz ve kırıklar açısından risk artmaktadır (Lobo & Gompel, 2022). Dünyada menopoz dönemindeki kadınların % 62'sinde kas ve eklem ağrılarının yaşandığı, VMS'ye benzer şekilde görülme sıklığının % 95 ile en yüksek Türkiye'de olduğu belirlenmiştir (Makara-Studzinska et al., 2014). Beyaz kadınların % 35' inde menopozdan sonra osteoporoz görüldüğü ve bu kadınlarda yaşam boyu kırık riskinin % 40 oranında olduğu bilinmektedir (Lobo & Gompel, 2022).

Kadınların menopoza girmesiyle metabolik ve kardiyovasküler sorunların riskinde artış meydana gelmektedir. Bu sorunlar kilo alma ve vermekte zorluk, insulin direncinde artış ve diyabet riskinde artış, lipid düzeyi değişiklikleri, perikardiyal yağ artışı, arter sertliği, arteroskleroz ve kardiyovasküler hastalık gelişme riskini içermektedir ((El Khoudary et al., 2013), (Gurka et al., 2016), (Samangandy et al., 2020)). Menopozla birlikte kadınlar, daha hızlı kilo aldıklarından, vermekte zorlandıklarından ve bedensel görüntülerinin değiştiğinden çoğunlukla yakınmaktadırlar (Lobo & Gompel, 2022).

Menopoz döneminde görülen hormonal değişiklikler kadınları menopozun genitoüriner semptomları ile de karşılaştırmaktadır. Bu sorunlar; vulvovajinal atrofi, uterus sarkması, üriner inkontinans, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, vajinal tahriş, kuruluk, disparoni, cinsel istek bozukluğu şeklindedir. Dünyadaki kadınların yaklaşık % 60' ı cinsel sorunlar yaşamakta (Makara-Studzinska et al., 2014), bu sorunlar doğal menopoza kıyasla cerrahi menopoz olan kadınlarda daha sık yaşanmaktadır (West et al., 2008). Kadınlarda cinsel sorunları etkileyen faktörlerin genitoüriner semptomlara bağlı disparoni, istek

azlığı, uyku sorunları, depresyon, kaygı, ilişki stresleri, hayat değişiklikleri şeklinde olabileceği bulunmuştur (Potter et al., 2018).

Menopoz sonrası kanserler olan meme, yumurtalık ve endometriyum kanserleri insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Yaşın artması, geç yaştaki menopoz, menopoz sonrası obezite ve insulin direccinin artışı, hormon tedavisi gibi faktörler meme kanseri için risk faktörleri arasında yer alır (Bray et al., 2018).

Bilişsel Değişiklikler

Kadınların yaşam süresinin uzamasıyla menopoz sonrasında geçirilen sürenin artmış olması ve nörolojik olarak koruyucu işlevi olan hormonların menopozdaki kaybıyla ilişkilendirilebilecek şekilde kadınların bilişsel becerilerinde değişiklikler meydana gelmektedir (Moser, 2016). Dünyada demans prevalansının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bilinmektedir (Bean et al., 2018). Bu farklılık, bilişsel becerilerdeki değişiklikler ve menopoz sürecindeki hormon kayıpları kadınları demans açısından dezavantajlı hale getirmektedir (Zhou et al., 2021).

Menopoz geçiş süreciyle birlikte kadınlarda dikkat, hafıza, konsantrasyon, algılama, sözel yetenek, kelime bulma, yürütücü işlevler gibi bilişsel işlevlerde değişiklikler yaşanmaktadır. Kadınlarda dikkat dağınıklığı (Weber et al., 2012), hafızada zayıflama ve işlem hızında belirgin düzeyde yavaşlama meydana gelmektedir (Maki et al., 2010). Greendale ve ark. çalışmalarında (2009, 2010); bilişsel gerilemenin menopoz öncesinde başlayarak menopozda devam ettiği, ancak son adet döneminden sonraki ilk birkaç yıl içinde normale döndüğünü belirlemişlerdir (Greendale et al., 2009; Greendale et al., 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde yedi farklı coğrafik bölgede yaşayan, menopoz geçiş dönemindeki 3302 kadını kapsayan SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) çalışması yapılmıştır. Bu çalışmanın ilerleme raporuna (2019) göre; kadınlarda menopoza bağlı bilişsel performans güçlüklerinin menopoz geçişiyle beraber başladığı menopoz sonrası dönemde de devam ettiği, ancak menopoz sonrası dönemde öğrenme devam ettiği takdirde bu güçlüklerin geri düzeldiği, geçici bir öğrenme yokluğu olduğu bulunmuştur. Yaşa bağlı bilişsel performans düşüşünün menopozdan sonra başladığı ve kronolojik olarak yaşla ilişkili olduğu belirlenmiştir (El Khoudary et al., 2019). Hogervorst ve ark. tarafından yazılan sistematik derlemede (2022); beyin sisi şeklindeki bilişsel değişikliklerin menopoz geçişi sırasında daha sık görülmekle birlikte menopoz sonrası dönemde de yaşanabildiği, bilişsel sorunların daha çok sözel bellek ve öğrenmenin daha uzun sürmesi şeklinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hogervorst et al., 2022). Menopoz geçişi ve erken postmenopoz dönemde yapılan başka çalışmalar; sözel öğrenmenin de yavaşladığını (Kok et al., 2006, Fuh et al., 2006), dikkat ve hafıza problemlerinin gecikmiş sözel bellek, anlık bellek, basit tepki süresi ve sözcüksel ayırım ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Schaafsma et al., 2009).

Menopoz sürecinde bilişsel değişikliklerin meydana geldiği aşıkardır, ancak bu değişiklikler tüm kadınlarda ve aynı düzeyde görülmemektedir. Sıcak basması gibi VMS, anksiyete, depresyon gibi duygu durum sorunları, uyku sorunları, stress varlığı gibi faktörler bilişsel işlevlerde değişimi etkileyebilmektedir. Kadınların perimenopozdaki bilişsel işlevlerindeki değişimde heterojenlik olduğu sonucuna ulaşıldığı Weber ve ark.nın çalışması (2021) bunu desteklemektedir. Katılımcıların çoğunda bilişsel bozulma olmazken, bir kısmında hormonal değişiklikler ve menopoz semptomlarıyla (uyku, depresyon, anksiyete, VMS) ilişkili olarak sözel öğrenmede, hafızada, dikkatte ve yürütücü işlevlerde bozulmalar olduğu bulunmuştur (Weber et al., 2021). Hogervorst ve ark. çalışmasında da; her beş kadından birinde özellikle menopozdan sonraki ilk yılda uyku sorunları ve VMS ile ilişkili olan hafıza şikayetlerinin objektif olarak yaşandığı, bu etkilerin geçici olduğu belirlenmiştir (Hogervorst et al., 2022). Sıcak basması gibi fizyolojik değişikliklerin ve depresif semptomların hafıza ve işlem hızını (Maki et al., 2010; Greendale et al., 2010), kaygının öğrenmeyi yavaşlattığı saptanmıştır (Greendale et al., 2010). 2011'de yapılan Seattle Midlife çalışmasında ise; menopoz sürecine dair faktörlerin konsantrasyon güclüğü ve unutkanlıkla ilişkili olmadığı, yaş, kaygı, depresif ruh hali, algılanan stres, algılanan sağlık durumu ve cinsel istismar öyküsünün varlığı gibi faktörlerin unutkanlığın en iyi yordayıcıları olduğu bulunmuştur (Mitchell & Woods, 2011). Mitchell ve Woods çalışmasında (2001); menopoz geçişi veya sonrasında yaşadıkları unutkanlık sorununu menopoza veya hormonal değişikliklere bağlayan kadınların oranının % 10'dan daha az olduğu, kadınların hafıza sorunlarını kadınlık ve anne rolü, aşırı yük, yaşlanma, stres, depresif ruh hali ve sağlık sorunları gibi çeşitli nedenlere bağladıkları belirtmiştir (Mitchell & Woods, 2001). Başka bir çalışmada da hafıza problemlerinin; kaçınma şeklindeki başa çıkma yöntemleri, menopoza karşı olumsuz tutumlar, yaşlı olma ve histerektomi veya erken menopoz geçirmiş olma ile ilişkili olabileceği belirlenmiştir (Weber & Mapstone, 2009).

Psikolojik Değişiklikler

Menopoz süreci; kişilerin benlik saygısını olumsuz etkileyebilmektedir. Menopoza ilişkin olumsuz inançlar, yaşın ilerlemesi, üremeye ilgili değişiklikler, sıcak basması, gece terlemeleri, hafıza problemleri, uyku sorunları, fiziksel hareketsizlik, düşük sosyoekonomik durum, beden kitle indeksinin yüksek olması kadınlarda strese ve depresif ruh haline yol açabilmektedir ((Georgakis et al., 2016), (Hunter & Smith In Collaboration With The British Menopause Society, 2017), (Stute et al., 2020)). Ayrıca depresif ruh hali, anksiyete, sinirlilik, irritabilite, yorgunluk, sabırsızlık, yalnızlık, korku gibi duygusal değişiklikler görülebilmektedir. Bu değişikliklerin görülme sıklığı menopoz geçiş süreci ile sonrasında değişkenlikler göstermektedir. Depresif belirtilerin perimenopozda görülme sıklığı % 45-68, menopoz sonrasında ise % 28-31 arasında değişmektedir (Brown et al. 2009, Timur ve Şahin 2010). Çalışkan ve ark.nın çalışmasında (2022) menopozdaki kadınlarda depresyon prevalansı % 23,1 olarak

bulunmuştur. Depresyon prevalansının; bekar olan, geliri düşük olan, hiç doğum yapmamış, sosyal desteği düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu, ve depresyon sıklığı düşük olanların yaşam kalitesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Caliskan Pala et al., 2022). Menopoz öncesi depresyon öyküsünün olması, menopoz döneminde depresif ruh halinin ana belirleyicisidir. Geçmişte depresyon öyküsü olan kadınlarda menopozda depresif belirti gelişmesi daha olasıdır ((Freeman et al., 2014), (Georgakis et al., 2016), (El Khoudary et al., 2019)) ve depresyon öyküsü olanlarda bu risk 13 kat daha yüksek belirlenmiştir (Freeman et al., 2014). Perimenopozda yaşanan depresif ruh hali kardiyovasküler sorunlar için risk oluşturur ((Wassertheil-Smoller et al., 2004), (Lobo & Gompel, 2022)). Kadınların depresif duygu durumu işlevselliklerini (Karsten et al. 2013), ailelerini, iş çevrelerini de etkileyebilmektedir (Caliskan Pala et al., 2022).

Menopoz sürecinde yaşanan psikolojik değişikliklerden irritabilite prevalansının menopoz sonrasında % 21-85.2 arasında değiştiği (Minkin et al. 2015, Rakibul Islam et al. 2015), yorgunluk, toleransta azalma, anksiyete ve yalnız kalma isteğinin prevalansının sırasıyla % 61.4, % 50.2, % 42.6 ve % 34.9 olduğunu bulunmuştur (Bairy et al., 2009). Postmenopoz dönemindeki kadınların, perimenopozdaki kadınlara göre daha yüksek kaygı düzeylerine sahip oldukları belirlemiştir (Jafari et al., 2014). Anksiyete sıcak basmaları için risk faktörü olmakla beraber, anksiyetenin somatik özellikleri ile sıcak basmalarının somatik özellikleri de benzerlik gösterebilmektedir (Freeman & Sammel, 2014). Ayrıca menopozla birlikte yaşanan uyku sorunları, uykunun bölünmesi; depresyon ve aşırı yeme bozukluğu gibi olumsuz sağlık davranışları için de risk oluşturmaktadır (Bromberger et al., 2011; Maglione et al., 2014).

2.1.1 Menopozal Değişiklikler ve Kadınların Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgünü yaşam kalitesini (YK), bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumunu algılaması olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization (WHO), 2023). Yaşam kalitesi bireylerin fiziksel sağlıkları, psikolojik durumları, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevrelerinin temel özellikleriyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenen, geniş kapsamlı ve çok boyutlu bir kavramdır (Nazarpour et al., 2022). Yaşam kalitesinin, genel YK, genel sağlık, enerji, aktivite, saygı, kişisel ilişkiler, ekonomik durum ve ev gibi farklı boyutları vardır (Eser et al. 2010). Menopoza özgü yaşam kalitesi ise menopoz döneminde kadınların yaşadıkları değişiklikleri ve bu değişikliklerin sağlıklarına ve yaşamlarına etkisine dair algılamaları şeklinde tanımlanmaktadır (Utian & Woods 2013).

Kadınların yaşam süresinin uzamasının, ileri yaşlarda ortaya çıkan bazı kronik hastalıkların eklenmesinin (World Health Organization, 2021), menopoz döneminde yaşanan vazomotor, somatik, cinsel ve psikolojik belirtilerin yaşam kalitesini doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Shobeiri et al. 2016). Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda; menopozal semptom şiddetinin

yüksek olmasının, sıcak basmaları, uyku sorunları, vajinal kuruluk, aşırı yeme davranışı, geçmiş psikiyatrik hastalık tanısının ve mevcut depresyon varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur ((Ayers & Hunter, 2013), (Nunez-Pizarro et al., 2017), (Park & Kim, 2018), (Chang et al. 2019), (Hooper et al., 2022), (Lee & Lee, 2023)). Taşkiran ve Özgül'ün çalışmasında (2021); medeni durum (bekar), beden kitle indeksinin yüksek olması, kronik hastalık varlığı, gebeliğin hiç veya çok olması, menopoza algısının olumsuz olması, anksiyete ve depresif belirti düzeyinin yüksek olmasının menopoza semptom şiddetinin yüksek olmasıyla ve yaşam kalitesinin düşük olması ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan, menopoza semptom şiddetinin ve yaşam kalitesinin, eğitim düzeyi, çalışma durumu, menopoza doğası (doğal/cerrahi), menopoza evresi ve fiziksel aktivite düzeyine göre değişmediği saptanmıştır (Taskiran & Ozgul, 2021). Lee ve Lee'nin 694 postmenopozal kadın ile yaptıkları çalışmada (2023); yaşam kalitesi düşük olan kadınların günlük aktiviteleri yapmada ve ağrı yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lee & Lee, 2023). Barati ve ark. (2021); yaşam kalitesinin vazomotor boyutunun daha kötü, cinsel boyutunun daha iyi olduğu, ek Omega-3 alan, sigara içmeyen, egzersiz yapan, menopoza sonrası ilk beş yılda olanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (Barati et al., 2021). İbrahim ve ark. (2020); postmenopozal kadınlarda sırt ağrısının en sık görülen sorun olduğu, yaşam kalitesini en çok etkileyen boyutların sırasıyla cinsel, fiziksel, psikolojik ve vazomotor sorunlar olduğu sonucuna ulaşmıştır (İbrahim et al., 2020). Menopoza döneminde yaşanan değişikliklerden; vazomotor ve fiziksel semptomların menopoza sonrası dönemde (Mohamed ve ark. 2014), psikolojik semptomların ise menopoza geçiş döneminde yaşam kalitesini daha çok etkilediği bulunmuştur (Nisar ve ark. 2009). Başka bir çalışmada ise; uyku sorunları, yorgunluk ve anksiyete gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunların daha çok menopoza geçişinde ve erken post menopoza yaşandığı belirlenmiştir (Greenblum et al., 2013). Evli olmanın, çocuk sayısının çok olmamasının, eğitilmiş olmanın, aktif bir işte çalışmanın, aylık gelirin olmasının, sağlık arama davranışının ve hormon replasman tedavisi almanın ((Shin & Lee, 2020), (Thapa & Thebe, 2021), sosyal destek varlığı (Jalambadani et al., 2020), beden imajı algısının olumlu olmasının (Nazarpour et al., 2022) yüksek YK puanı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kadınların yaşam kalitesini değerlendirmek için Sağlık Durumu Anketi (SF-36), Utian Yaşam Kalitesi Ölçeği, Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) gibi ölçekler kullanılmaktadır. MÖYKÖ, çalışmalarda sıklıkla kullanılan, Türkçe geçerliliği ve güvenirliği yapılan, menopozal değişikliklerin kadınları ne ölçüde rahatsız ettiğini belirleyen, fiziksel, vazomotor, psikososyal ve cinsel alt boyutları olan bir araçtır (Kharbouch & Şahin, 2005).

2.1.2 Menopoza Döneminde Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Stratejiler

Menopoza döneminde yaşanan değişikliklerin tedavisi, kadınların rahatsızlığını gidermeyi ve genel refah düzeylerini ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Uygulanan yöntemler menopoza sürecini

durduramaz veya engelleyemez, ancak yaşanan semptomların kadınlardaki yoğunluğunu (etkisini) hafifleterek fayda sağlamaktadır. Menopoz sürecinde uygulanan yöntemler hormon replasman tedavisi (HRT), birtakım tıbbi ilaçlar, doğal bitkisel takviyeler ve beden-zihin etkileşimini içeren psikoterapi yaklaşımları şeklinde çeşitlenmektedir (AMY J. VOEDISCH et al., 2021).

2.1.2.1 Hormon Replasman Tedavisi

Hormon replasman tedavisi (HRT), menopoz belirtilerini tedavi etmek için egzogen hormon tedavisinin kullanılmasıdır. HRT, sadece östrojen veya östrojen ve progesteron kombinasyon replasmanı şeklinde olabilmektedir. Progesteron tedavisinde, sentetik bir progestin veya mikronize progesteron kullanılmaktadır. Östrojen tedavisi, menopoz semptomlarının tedavisi için asıl kısmı oluşturmaktadır (AMY J. VOEDISCH et al., 2021).

Amerika Birleşik Devletleri'nde FDA (Food and Drug Administration) tarafından HRT; VMS, kemik kaybının önlenmesi, prematüre hipogonadizm (erken yumurtalık yetmezliği gibi) ve genitoüriner semptomlar olarak dört ana endikasyon için kabul almıştır (The, 2017). Diğer menopoz semptomlarında da, FDA onaylı endikasyonlar olmasa da, HRT kullanımıyla iyileşme görebilir (AMY J. VOEDISCH et al., 2021).

Hormon replasman tedavisi, özellikle vazomotor semptomlar için mevcut olan en etkili tedaviyi oluşturmaktadır (The, 2017). HRT, VMS için etkili bir tedavi olmasına rağmen, yapılan çalışmalar hormon tedavisi bittikten sonra VMS'nin genellikle tekrar yaşandığı sonucuna ulaşmıştır (Grady et al., 2003; Brunner et al., 2010; Ockene et al., 2005; Espen et al., 2014; Ness et al., 2006; Gentry-Maharaj et al., 2015). Gentry-Maharaj ve ark. hormon tedavisini bırakan kadınların %90'ından fazlasında VMS'nin nüks ettiği ve kadınların üçte ikisinde şiddetli VMS yaşandığını bulmuştur (Gentry-Maharaj et al., 2015). HRT'nin kesilmesinden sonraki vasomotor semptomların nüksü, HRT'ye başlanmadan önce VMS'si olan kadınlarda (Grady et al., 2003; Ockene et al., 2005), semptomların giderilmesi için hormon tedavisine başlayan kadınlarda (Grady et al., 2003) ve daha genç kadınlarda (Avis et al., 2018) daha yaygındır. Ancak daha önce asemptomatik olan kadınlarda da hormon tedavisinin kesilmesinden sonra % 7 oranında yeni VMS olabildiği bulunmuştur (Brunner et al., 2010).

Menopozdan sonra kadınlarda hafıza kaybı riski artmaktadır ((IMS), 2015). Bilişsel işlevleri korumak amacıyla kullanılan hormon tedavisinin etkililiğine dair çalışma bulguları bu konuda net değildir. Perimenopozal kadınlarda östrojen hormon tedavisi başlanmasının bilişsel performansı koruduğu, ancak postmenopozal kadınlarda kadınların bilişsel işlevlerine zarar verici etkisi olduğu saptanmıştır (Greendale et al., 2009) (Santoro et al., 2021). Bir Cochrane sistematik derlemesinde (2008); HRT'nin menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda bilişsel gerilemede yararlı olmadığına dair kanıtlar

bulunmaktadır (Lethaby et al., 2008). Zhou ve arkadaşlarının 23 adet randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri metaanaliz çalışmasında (2021); HRT'nin genel bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkisi olduğu, bu olumsuz etkinin özellikle 60 yaş üstü ve tedavinin 6 aydan fazla sürdüğü kişilerde daha belirgin olduğu bulunmuştur (Zhou et al., 2021).

Menopozda görülen depresif ruh haline yönelik HRT'nin etkililiğine dair sonuçlar tartışmalı olmasına rağmen (Dwyer et al., 2020), hormon tedavisinin perimenopozal kadınlarda depresyonu önlediği belirlenmiştir (Gordon et al., 2018). Benzer şekilde HRT kullanımının genitoüriner sorunların tedavisi için en etkili tedavi olmaya devam ettiği, kemik kaybını ve kırılmayı önlediği gösterilmiştir (The, 2017).

HRT kullanımı için kontrendike durumlar arasında; nedeni açıklanamayan vajinal kanama, önceden östrojen reseptörü pozitif meme veya endometriyal kanser, koroner kalp hastalığı, aktif karaciğer hastalığı, inme, yüksek trigliseritler, kişisel trombotik hastalık öyküsü, artmış tromboembolik olay ve demans riski yer almaktadır (AMY J. VOEDISCH et al., 2021).

Hormon tedavisinin riskleri; tedavinin uygulanma yoluna, kullanılan doza, kullanım süresine, başlama zamanına ve progesteron kullanılıp kullanılmadığına göre değişmektedir (Potter et al., 2018). Tedavi planı kişi için en uygun olan HRT şeklini, dozunu, formülasyonunu, uygulama yolunu ve kullanım süresini belirleyecek şekilde bireyselleştirilmeli, faydaları en üst düzeye çıkarmak ve riskleri en aza indirmek için mevcut en iyi kanıtlar kullanılarak, HT'ye devam etmenin veya sonlandırmanın fayda ve risklerinin periyodik olarak yeniden değerlendirilmesi yapılmalıdır (The, 2017). 60 yaşından küçük veya menopoz başlangıcından itibaren 10 yıl içinde olan ve herhangi bir kontrendikasyonu olmayan kadınlar için fayda-risk oranı, sıkıntılı VMS'nin tedavisi için ve kemik kaybı veya kırık riski yüksek olanlar için en uygun olanıdır (The, 2017).

2.1.2.2 Hormonal Olmayan Yöntemler ve Farmakolojik Stratejiler

Menopoz sürecinde kadınlar yaşadıkları semptomlarla başa çıkmak, semptomların sıkıntı düzeyini azaltmak amacıyla hormon tedavisinin dışında, hormonal olmayan ilaçları ve bitkisel kaynakları kullanmakta, zihin-beden etkileşimini içeren yoga, meditasyon, psikoterapi gibi yöntemlere başvurabilmektedirler.

Kadınların özellikle vazomotor semptomların ve genitoüriner semptomların etkili yönetimi için nonfarmakolojik bazı müdahalelerle ilgili bilgilendirilmeleri önemlidir. Bu müdahaleler arasında; kat kat ve ince parçalar şeklinde giyinmeleri, soğutucu yastıklar kullanmaları, geceleri özellikle uykunun ilk 4 saatinde yatak odasını serin tutmaları, yatağın yanında kuru bir gece kıyafeti bulundurmaları, sıcak içecekler, baharatlı yiyecekler ve kırmızı şarap gibi sıcak basması tetikleyicilerinden kaçınmaları ((Minkin & Giblin 2004), (Minkin, 2019), (Santoro et al., 2021)) gibi uygulamalar yer alır. Bu pratik

uygulamaların dışında; sıcak basmaları için FDA onaylı hormonal olmayan tek tedavi, seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) (paroksetin, 7.5 mg)'dir ((Weber & Thacker, 2014), (Allam et al., 2014), (2015 position statement of the NAMS)). Randomize kontrollü çalışmalarla seçici-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) olan venlafaksin ve desvenlafaksin (Pinkerton et al., 2013, Joffe et al., 2014) ve gabapentin (Butt et al., 2008), (Potter et al., 2018)) kullanımının VMS'yi iyileştirdiği belirlenmiştir. Gabapentin'in uyku hali ve baş dönmesi gibi yan etkilerini en aza indirmek için geceleri alınması gerektiği ifade edilmiştir (Depypere et al., 2019). Essitalopram gibi SSRI'ların eş zamanlı duygudurum bozukluğu (Freeman et al., 2011) veya uyku sorunu yaşayan hastalarda (Guthrie et al., 2018) kullanımının etkili olduğu gösterilmiştir. SSRI'ların ve SNRI'lerin kullanımı kilo alımı ve libido kaybı gibi muhtemel yan etkiler açısından zararı en aza indirmek, yararı ise en üst düzeye çıkarmak için yakından izlenmelidir (Minkin, 2019). İlaç tedavisi dışında akupunktur ile ilgili yapılan RKÇ'ler, akupunktur uygulanmasının VMS üzerinde ya çok küçük düzeyde etki ettiğini ya da hiç etki etmediğini göstermektedir (Avis et al., 2016, Ee et al., 2016).

Genitoüriner semptomlar için vajinal kayganlaştırıcılar, nemlendiriciler (Santoro et al., 2021), lokal östrojen (Lethaby et al., 2016) ve lazer tedavisi (Pitsouni et al., 2017) uygulanabilir. Kayganlaştırıcılar ilişki ile birlikte kullanılırken, nemlendiriciler cinsel ilişki öncesinde uygulanmaktadır. Nemlendirici kullanımının dispareniyi hafiflettiği bilinmektedir (Santoro et al., 2021). Sistematik derleme çalışmasında; lazer tedavisinin semptomatik olarak umut vadeci olmakla birlikte uzun vadeli sonuçlarının yeterli olmadığı ifade edilmektedir (Pitsouni et al., 2017).

Menopozal semptomlara yönelik diyetle östrojen reseptörü agonisti ve antagonisti aktiviteye sahip soya kullanımının insanlarda zayıf östrojenik etkilere sahip olduğu bulunmuştur (Taylor 2015). Yirmibir RKÇ'nin incelendiği metaanaliz çalışmasında; diyetle soya kullanımının günlük sıcak basmalarında ve vajinal kurulukta istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Franco et al., 2016). Soya içeriğinin meme dokusunu uyarma riskiyle birlikte, meme kanseri riskini artırma olasılığından dolayı kullanımına ilişkin görüşler tartışmalıdır (Allam et al., 2014). Bu risk açısından kullanım durumunda günlük soya kullanımının 90 gr ile sınırlandırılması tavsiye edilmektedir (Taylor 2015).

Fizyolojik değişikliklerin dışında; hafıza, sözel beceriler, dikkat dağınıklığı, algılama, yürütücü işlevlerle ilgili sorunları azaltmaya yardımcı olacak kesin müdahaleler olmamakla birlikte, beyni bilişsel olarak uyaran ve aktif tutmayı sağlayan bazı uygulamaların kullanımı önerilmektedir (Henderson 2014). Zeytinyağı ve antioksidan açısından zengin Akdeniz diyeti ile beslenmenin beyin işlevlerini iyileştirmeye yardımcı olabileceği (Valls-Pedret et al., 2015), D ve B vitaminleri, folik asit kullanımının beyin işlevlerini olumlu etkilemenin yanında genel sağlığı da olumlu etkileyebileceği (Babberich et al., 2015; Durga et al.,

2007), menopozdan sonra erken dönemde soya tüketiminin beyin işlevlerine olumlu etkisi olduğu (Cheng et al., 2015), tempolu yürüyüş yapmanın (Rahe et al., 2015) ve Tai Chi gibi bireyin dikkatini 'şimdi ve burada'ya odaklayan egzersiz türlerinin beyni uyarak bilişsel işlevlere olumlu katkıda bulunduğu ve daha düşük bunama riskiyle bağlantılı olduğu saptanmıştır (Taylor-Piliae et al., 2010; Mortiner et al., 2012). Ayrıca; alkol ve sigara kullanımını azaltmanın beyin sağlığının korunmasına yardımcı olabileceği ((IMS), 2015), satranç gibi oyunlar oynamanın, yeni bir dil öğrenmenin, sosyal gönüllülük çalışmalarında görev almanın, kitap okuma, müzik enstrümanı çalma gibi uğraşların beyin kapasitesini artırarak bilişsel işlevleri iyileştirdiği (Stern 2012; Reijnders et al., 2013; Henderson 2014); sosyal etkileşimin bilişsel fonksiyonları olumlu etkilediği ve demans riskini azalttığı bulunmuştur ((IMS), 2015).

Tıbbi yöntemler dışında, uyku sorunu yaşayan kadınlarda yoga yapmanın uykusuzluğu azalttığı ancak VMS'yi değiştirmede tespit edilmiştir (Newton et al., 2014). Omega-3 takviyesi almanın VMS, uyku ve duygu durumunda iyileştirici etki etmediği, aerobik yapmanın uyku ve duygudurumu olumlu etkilediği ancak VMS'yi iyileştirmede bulunmuştur (Sternfeld et al., 2014; Cohen et al., 2014). Menopoz döneminde görülen depresif duygudurumun tedavisi, SSRI, düşük doz östrojen tedavisi ve bilişsel davranışçı terapiyi içermektedir (Sassarini, 2016) (Potter et al., 2018). Menopoz dönemi uyku sorunlarının tedavisi için; egzersiz yapmak ve venlafaksin kullanımı (Guthrie et al., 2018), bilişsel davranışçı terapi önerilmektedir (Proserpio et al., 2020). Bilişsel davranışçı terapinin orta yaşta uykusuzluğu olan kadınlar için birinci basamak tedavi olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Guthrie et al., 2018). Uykusuzluk için BDT (CBT-I) çalışması, BDT'nin uykusuzluğu azalttığını göstermiştir (McCurry SM, 2016).

2.2 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

"Pennsylvania Üniversitesi profesörlerinden Aaron Temkin Beck, 1950'li yılların sonunda depresyon hastalığı olan hastaların rüya içeriklerini inceleyerek bilişsel yaklaşımın temellerini atmıştır (Türkçapar 2019). Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar arasındaki bütünleşme sonucunda 1980'lerde ortaya çıkan bilişsel davranışçı yaklaşım hareketi, psikoterapi alanında en başarılı birleşme örneklerinden birisini oluşturmuştur (Türkçapar & Sargın, 2012).

Bilişsel davranışçı yaklaşım (BDY), olayları algılama şeklinin duyguları, davranışları ve bedensel tepkileri etkilediğine dayanır. Durumları değerlendirme ve algılama şeklimizin duygusal tepkileri etkilediği noktası bilişsel yaklaşıma dayanmaktadır (Türkçapar, 2019). BDY; kişinin güncel sorunlarına odaklanan, süre olarak sınırlı, çözüm odaklı, terapistin aktif ve yönlendirici olduğu, danışanla işbirliğine dayalı bir terapi yöntemidir. Terapinin süresi danışana ve sorunun doğasına göre değişmekle birlikte genellikle 10-20 seanslık bir süreçtir (Tekinsav-Sütcü, 2015). BDY, kişilerin sıkıntı veren düşüncelerini

saptamalarına ve bu düşüncelerin ne kadar gerçekçi (işlevsel) olduğunu incelemelerine yardımcı olur. Ardından işlevsel olmayan düşünceleri bilişsel ve davranışsal tekniklerle değiştirmeyi hedefler. Kişi içinde bulunduğu gerçekliğe uygun düşünmeye başladığında kendisini daha iyi hisseder, daha etkili baş etme davranışları gösterir (Türkçapar, 2019).

BDY, bireylere günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlüklerle başedebilmeleri için öğrenme kuramlarını uygulayan bir tedavi yaklaşımıdır (Demiralp & Oflaz, 2007). Düşüncelerin ne hissedildiği ve nasıl davranıldığını belirlediğini vurgulayan, yapılandırılmış, bir terapi şekli olan BDY, bilişsel, davranışsal yöntemler ve sorun çözme becerilerine yönelik yaklaşımları içinde barındırır (Türkçapar, 2019). Bilimsel temellere dayalı ve etkinliği kanıtlanmış olan bir psikoterapi yaklaşımıdır. BDY'nin, depresyon dışında, anksiyete bozuklukları, panik bozukluk, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni gibi birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde de etkili olduğu görülmüştür (Butler ve ark., 2006; Bengisoy ve ark., 2019).

Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre, bireyin duygularını belirleyen şey olayın kendisi değil, bireyin düşünce yapısına göre olaya yüklediği anlamdır (Bengisoy ve ark. 2019). Bireyin yaşadığı sorunun temelinde düşüncelerindeki düşünce hataları yer almaktadır. BDY' de temel hedef, bu düşünce hatalarını gerçekçi düşüncelerle, işlevsel olmayan tutum ve davranışların ise işlevsel olanlarla değiştirilmesidir. Bu yaklaşımda ilk olarak düşünceler ile çalışmaya başlanır. Böylelikle kalıcı sonuçlar elde edilebilir (Kürümlüoğlu, 2017).

Beck'e göre de; bireylerin yaşadığı herhangi bir olaya yönelik algısı, olay hakkında geliştirdiği spontane düşünceleri, kişileri duygusal ve davranışsal alanlarda etkilemektedir. Bireyleri sıkıntıya uğratan şey, algısında yer alan çarpıtılmış ve işlevsiz düşüncelerdir. Kişiler kendiliğinden oluşan sözel ya da imajinal otomatik düşüncelerini tanımlayıp değerlendirmeyi öğrenebilirler. Ancak olaylar gerçekçi bir şekilde ele alındığında bireyin sıkıntıları azaldıkça, birey daha işlevsel bir şekilde davranmakta ve kaygı gibi fizyolojik uyarılmaları dinmektedir (Beck, 2020).

Bilişsel yaklaşım ilk olarak bireysel görüşmelere uygun olacak şekilde geliştirilmiştir. Ancak yaklaşım geliştikçe, grup oturumlarında da kullanılabilir hale gelmiştir. Grup oturumlarında yaşanan süreç, bireysel oturumda yaşananlardan farklılık göstermemektedir (Hiçdurmaz, 2010). Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (BDGT); grup şeklinde çalışılan, grup üyelerine grup içinde duygu ve düşüncelerini daha iyi ifade edebilme, tartışma, işbirliği ve katılım fırsatı sağlayan, BDY'nin grup şeklinde uygulandığı bir grup psikoterapisidir. Aynı zamanda bireysel BDY'a göre daha maliyet etkin olabilmektedir (Moloud et al., 2022).

BDGT, bir ortamda sorunun doğasını anlayıp kavramsallaştırmaya ve terapi süresince değişimleri bizzat grubun içindeyken görmeye olanak verir. BDY, öğrenme modeline dayandığından grup üyelerinin bazı becerileri öğrenmesi beklenir. Grup çalışması kişilere yaşadıkları sorunları çözmek için öğrendikleri becerilerin ilk denemelerini, dışarıdaki dünyaya oranla daha güvenli olan grup ortamında yapma ve geribildirimlerle yeniden düzenleme fırsatı sunabilir. BDY'nin tekniklerinden biri olan, model alma grup ortamında doğal olarak işlemektedir. Üyeler benzer sorunları yaşayan kişilerin kullandıkları çözüm yollarını, terapideki ilerlemelerini model alabilmektedir. BDGT'nin bir başka avantajı ise benzer sorunu yaşayan kişilerle birlikte olmanın grup üyelerinin sorunlarını normalleştirmelerine yardımcı olmasıdır (Tekinsav-Sütcü, 2015). Yalom'un (2018) grup psikoterapileri için tanımladığı evrensellik, özgecilik, umut aşılama, grup bağlılığı, kararsis gibi faktörlerin de BDGT'de iyileşmeyi desteklediği düşünülebilir (Yalom, 2018).

BDGT iki yönüyle bireysel BDT'den ayrılır. Birincisi, terapi sırasında model alma ve operant stratejilerin grup seanslarında daha fazla kullanılmasıdır. İkincisi, grup üyeleri arasındaki etkileşimin terapiye katkısının yoğun olmasıdır (Gökkaya et al., 2020). Bilişsel davranışçı gruplarda lider, öncelikle kuram hakkında üyeleri eğitir. İlk oturumun yarısı, grup üyelerinin terapinin temel ilkelerini anlamaları önem taşıdığı için buna ayrılır. Bundan sonra, bir grup üyesi bir sorununu anlatır ve bu sorun bilişsel model üzerinden analiz edilir. Grup üyeleri veya lider, üyelere şimdiki zaman ya da gelecek zaman odaklı geri bildirimler verir. Lider, grup sürecini bilişsel, imgesel ya da davranışsal teknikler kullanarak sürdürür (Devezer, 2019). Bireysel oturumlardan farklı olarak grup oturumları ortalama 1.5 saat sürmekte ve tedavi süreci genelde 12-20 oturum arasında tamamlanmaktadır. Gruplar açık ya da kapalı olabilmekte, ancak kapalı olması tercih edilmektedir (Hiçdurmaz, 2010).

2.2.1 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım İlkeleri

Bilişsel davranışçı yaklaşımın temel ilkeleri aşağıdaki gibidir.

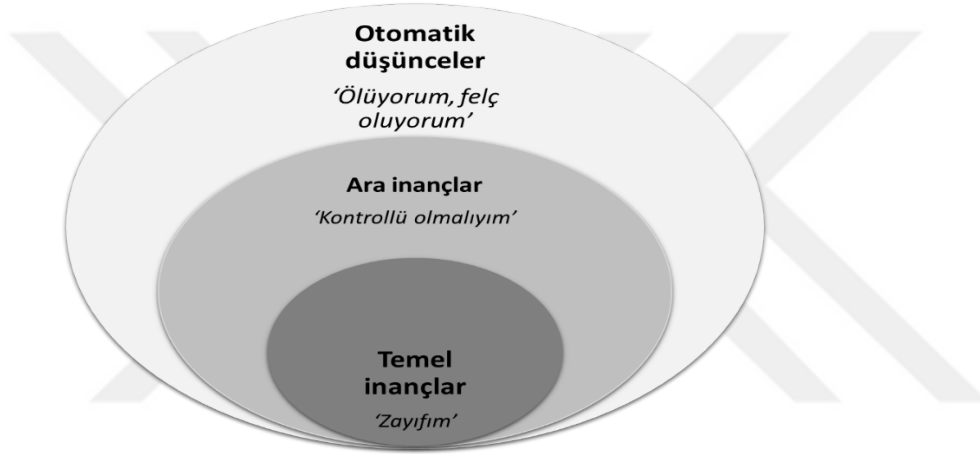
Bilişsel davranışçı yaklaşım,

- her zaman ortaya çıkan hasta sorunları formülasyonuna ve her bir hastanın bilişsel terimlerle kavramsallaştırılmasına dayanır.
- sağlam bir terapötik anlaşma gerektirir.
- iş birliğini ve aktif katılımı vurgular.
- amaca dönük ve sorun odaklıdır.
- başlangıçta, şimdi ve burada'yı vurgular.
- eğitici, hastaya kendi terapisti olmasını öğretmeyi ve tekrarı önlemeyi amaçlar.
- amaçları zamanla sınırlıdır ve seansları yapılandırılır.

- kişilere sıkıntılı (işlevsiz) düşünce ve inançlarını belirlemeyi, değerlendirmeyi ve onlara yanıt vermeyi öğretir.
- düşünceyi, duygu durumu ve davranışı değiştirmek için çeşitli teknikler kullanır (Beck, 2020).

2.2.2 Bilişsel Davranışçı Yaklaşımına Göre Bilişsel Yapı

Bilişsel davranışçı yaklaşımı oluşturan bilişsel terapi, bilgi işleme modeline dayanır. Kişinin yaşadığı psikolojik sorunlarla ilgili bilişsel işlevlere vurgu yapar. Burada bahsi edilen bilişsel işlevler, kişinin kendisi, çevresi, yaşantıları ve geleceğiyle ilgili algıları, anlamlandırmaları, yorumları ve değerlendirmeleridir. Bilişsel yapıyı oluşturan bilişler; otomatik düşünceler, ara inançlar, temel inançlar, bilişsel işlemler (çarpıtmalar) olarak 4 grupta ele alınmaktadır (Şekil 1) (Türkçapar, 2019).



Şekil 1. Bilişsel Yapı

2.2.2.1 Otomatik (Anlık) Düşünceler

Kişinin yaşadığı sorun karşısında zihnine kendiliğinden gelen, özellikle düşünmek için çaba sarf etmediği, anlık düşüncelerdir. Otomatik düşünceler zihin akışı içinde yer alan ve daha çok duygusal sıkıntı anlarına eşlik eden, duruma özgü bilişlerdir. Sıklıkla fark edilmezler, sadece eşlik eden duygu fark edilir. Zihinde yer aldıkları için kısa ve uçuşan doğaları vardır. Sözel veya imgesel biçimde olabilirler. Kapalı bir yere girdiğinde agorafobik bir kişinin zihninden geçen "Eyyvah!" şeklindeki bir biliş otomatik düşünce örneğidir (Türkçapar, 2019).

2.2.2.2 Ara İnançlar

Yaşanan duruma ve an'a özgü olan otomatik düşüncelerin altında, kişinin dile getirmemekle birlikte inandığı inançlardır. Sözel olarak ifade edilmeseler de davranışın soyut belirleyicileridir. Bir anlamda kişinin kendisinin ve diğer insanların davranışları ve yaşantıyla ilgili kalıcı hale gelmiş kuralları ve beklentileridir. Ara inançlar, doğrudan yaşantılardan (fikrini söylediğinde kızılması), gözlemlerden

(fikrini açıklayan birine kızıldığını görme) veya diğerlerinden alınan bilgilerle öğrenilenlerden (“İnsanlara fikrini söylersen kızarlar” denilmesi) kaynaklanırlar. Bu örnekteki bilgilere maruz kalan bir kişide “İnsanlara fikrimi söylersen kızarlar.” şeklinde bir ara inancın gelişmesi olasıdır. Ara inançlar ve kurallar kişinin uyumunu bozucu veya işlevsiz olabilirler. Ara inançlara; “Ancak insanları memnun edersem bana katlanırlar”, “Eğer başarısız olursam sevilmem”, “Eğer hayır dersem cezalandırılırım”, “Gerçek yüzümü göstermezsem sevilirim” gibi sayıtlar ve “İyi bir insan sinirlenmemelidir”, “Hiç hata yapmamalıyım”, “Yardım istemek zayıflıktır”, “Duygularımı göstermemeliyim”, “Duygular kontrolden çıkabilir” gibi kural ve tutumları örnek olarak verilebilir (Türkçapar, 2019).

2.2.2.3 Temel İnançlar

Temel inançlar, en derinde yer alan kurallar ve düşüncelerdir. Kişinin bireysel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen, kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili temel varsayımlarını içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş bilişsel yapılardır. Yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan temel inançlar, yaşamın daha ileri yıllarındaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişmektedir. Yaşanan duruma göre zaman zaman bu temel inançlar aktif hale gelir ve kişinin duygu durumunu etkiler. Temel inançlar; “Yetersizim”, “Sevilmiyorum” gibi koşulsuz mutlak önermeler biçimindedir. Beck (2020) temel inançları; çaresizlik (güç, başarı, performans yetersizliğiyle ilgili olanlar), sevilmem (duygusal eksikliklerle ilgili olanlar), değersizlik (ahlaki eksiklik, suçluluk) temel inançları olarak üç ana grupta toplamıştır:

- *Çaresizlik* temel inançları başlıca üç alana ilişkin yetersizlikle ilgili olabilir: bir şeyleri yapabilme/başarabilme, kendini koruma, diğer insanlarla kıyaslama. Örneğin; “Yetersizim, beceriksizim, baş edemem”, “Dayanaksızım, muhtacım”, “Kaybedenim, diğerleriyle boy ölçüşemem” şeklinde olabilir.
- *Sevilmem* temel inançlarına örnek; “Hoşlanılmayacak, istenmeyen, sıkıcı biriyim”, “Diğer insanlara verebilecek hiçbir şeyim yok”, “Her zaman reddedileceğim, hep yalnız kalacağım” verilebilir.
- *Değersizlik* temel inançlarına örnek; “Değersiz, kabul edilmez, hiç biriyim”, “Tehlikeli, kötü ruhluym”, “Yaşamayı hak etmiyorum” verilebilir (Türkçapar, 2019).

2.2.2.4 Bilişsel İşlemler (Çarpıtmalar)

Bir duruma ilişkin işlevsiz inançlardır. Literatürde bilişsel hata veya çarpıtma olarak kullanılmaktadır. Bu düşünce tarzı, bir düzeyde her insanda görülebilen normal bilişsel süreçlerdir. Bilişsel işlemlerin 11 çeşidi bulunmaktadır:

1. *Felaketleştirme*: Olması muhtemel diğer sonuçları hesaba katmaksızın geleceği hep olumsuz, en kötü olacak şekilde öngörmektir. “Pireyi deve yapmak” deyimini bu bilişsel işleme için uygundur. Örnekler; “İşi bitiremedim, patronum beni kovacak”, “Heyecandan tek bir kelime bile anlatamayacağım” gibi.
2. *Zihin Okuma*: Diğer insanların ne düşündüğünü bildiğimize ve onların da bizim ne düşündüğümüzü bilmeleri gerektiğine inanmaktır. “Bunu ona söylememe gerek yok, o biliyordu”, “Kesin sıkıldı, ben onu sıktım” gibi düşünceler örnek verilebilir.
3. *Kişiselleştirme*: Kişiler sorun yaşadıklarında genellikle kendilerine ve kendi ruhsal acılarına aşırı odaklanırlar. Kişinin kendisiyle ilgili olmayan veya çok az ilgili olan bir olayı kendisiyle bağlantılı görmesi ve olayın olumsuz sonuçlarından kendisini sorumlu tutmasıdır. Örneğin; bulunduğu etkinliğe birisi gelmediğinde “Ben varım diye gelmedi”, sosyal kaygısı olan birinin “Benim yaptığım hareket gülüyorlar” şeklindeki düşünceler verilebilir.
4. *Olmalı ifadeleri*: -meli -malı düşünce tarzı da denilen bu düşünce biçiminde kişinin kendisinin, diğerlerinin nasıl davranması ve dünyanın nasıl olması gerektiği konusunda katı kuralları vardır. Bu kuralların gerçekleşmemesi halinde olacak kötü sonuçları abartır. “İnsanlar haksızlık yapmamalıdır.”, “Herkesi memnun etmeliyim”, Asla öfke ve kıskançlık duymamalıyım” gibi örnekler verilebilir.
5. *Aşırı Genelleme*: Sınırlı sayıda örneği baz alarak oluşturulmuş bir genel kurala inanmak ve bunu izlemektir. Erkek arkadaşı kendisini aldatan bir kadının “Bütün erkekler güvenilmezdir”, aldığı işi yapamayan kişinin “Hiç bir şeyi yapamıyorum” şeklindeki düşünceler örnek verilebilir.
6. *Etiketleme*: Kişinin kendisine veya diğer insanlara genel bir etiket yapıştırması ve bütün durum bu nitelemenin ışığında değerlendirmesidir. Bir işte başarısız olan birinin ben bu işi yapamadım demesi yerine “Beceriksiz biriyim” şeklinde düşünmesi bu düşünce tarzına örnek verilebilir.
7. *Keyfi Çıkarılma*: *Sonuca atlama* olarak da bilinen bu düşünce tarzında, destekleyici kanıtlar olmaksızın ya da gerçekte tersine kanıtlar olduğu durumlarda bile belli bir sonuca ulaşmayı tanımlar. İşinde gecikme olan birinin “Bunu özellikle beni geciktirmek için yapıyorlar”, olumlu ve destekleyici sözler duyan birinin “Bana acıdığı için beğendiğini söyledi” gibi düşünceler örneklerdir.
8. *Seçici Soyutlama*: Olayları bağlamından kopararak bir detaya odaklanma, durumun daha belirgin diğer özelliklerini ihmal etme ve bu sınırlı özellik temelinde bütün yaşantıyı kavramlaştırmadır. Yaptığı konuşma bir çok kişi tarafından beğenilen kişinin, konuşmayı dinleyen ancak eleştiren arkadaşını sürekli düşünerek kendini kötü hissetmesi örnek olabilir. Bu düşünce hatasına *zihinsel filtreleme* de denir.

9. *Büyütme ve Küçültme*: Kişinin bazen durumları yorumlamasına rağmen öznel birtakım ağırlıklar atfetmesidir. Olumsuz olayların daha büyük ağırlık taşıdığı ve buna kıyasla olumlu olayların daha az önemli olduğu şeklinde bir düşünce tarzıdır. Çok iyi bir okuldan mezun olan birinin “Bunu herkesin yapabileceği, sıradan ve önemsiz olduğu” şeklindeki düşünce olabilir.
10. *İkili (Hep ya da Hiç) Düşünme*: Durumları hep ya da hiç algoritmasına veya siyah beyaz biçimine indirgemektir. Her türlü deneyim ve yaşantının iki uç bağlamında değerlendirilmesi söz konusudur. Bir şey ya tam olmuştur ya da yoktur, “Eğer mükemmel değilsem başarısızım”, “Beni eleştiriyorsa hiç sevmiyor demektir” gibi örnekler verilebilir.
11. *Duygudan Sonuca Ulaşma*: Tersine kanıtlar olmasına rağmen bunları yok sayarak ya da ihmal ederek sadece öyle hissedildiği için bir şeyin doğru olduğuna inanma durumudur. “Belki bazı şeyleri yaptım ama öyle hissediyorum ki ben başarısız biriyim”, “Korktuğuma göre tehlikeli bir durum var” şeklindeki düşünceler olabilir (Türkçapar, 2019).

2.2.3 Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Formülasyonu

Bilişsel davranışçı yaklaşımda; terapistin ve hastanın sorunu anlamasına yardımcı olan çerçeve bilişsel kavramsallaştırma ile sağlanmaktadır. Sorunun bilişsel kavramsallaştırılması formülasyon ile gerçekleştirilir. Formülasyon, gözlenen sorunların altında yatan bilişsel mekanizmaların tanımlanmasıdır ve terapistte yön gösteren bir yol haritasıdır. BDY’da formülasyon olgu, sendrom/sorun ve durum düzeyinde olmak üzere üç biçimde yapılabilir.

1. Olgu düzeyinde formülasyon; bireyin sorunlarıyla altta yatan bilişsel mekanizmaların (temel inanç ve ara inançlar) arasındaki ilişkiyi odak alacak biçimde olguyu bir bütün olarak anlama girişimidir. Yani bireyin içinde bulunduğu durumun hem uzunlamasına (çocukluktan itibaren) hem de kesitsel (güncel olaylar ve çevresel koşullar) olarak nedenlerini içerir.
2. Sendrom/sorun düzeyinde formülasyon; genellikle ilk görüşmede yapılan ve hastanın sorununu kesitsel olarak içinde bulunulan çevre ve yaşanan olayla, duygu, düşünce, davranış, bedensel tepkileri üzerinden açıklayan beş alanlı kesitsel formülasyondur.
3. Durum düzeyinde formülasyon; hemen her görüşmede yapılan, hastanın belli durumda verdiği duygusal ve davranışsal tepkinin A-B-C modeline uygun biçimde olumsuz düşünce kaydında olduğu şekilde bilişsel açıklamasıdır. A: çevre, olay, durumu, B: kişinin o duruma/soruna yönelik algılamaları, bilişsel değerlendirmeleri (otomatik düşünceleri, ara ve temel inançları, bilişsel çarpıtmaları), C: olay/durum karşısında gösterdiği bedensel, duygusal ve davranışsal tepkilerini temsil etmektedir (Türkçapar, 2019).

Bilişsel davranışçı yaklaşımda formülasyon duygu, düşünce ve davranışla ilgili gözlemlerle başlar. Bireyle görüşmede elde edilen veriler ve yapılan gözlemler, bilimsel bir varsayım oluştururken ilk adım

olan veri toplama aşamasına benzetilebilir. Bilişsel davranışçı yaklaşımın sistematik yapısı hemşirelik sürecindeki bakım planına benzerlik göstermektedir (Demiralp & Ofllaz, 2007). Bilişsel davranışçı yaklaşımda formülasyon yaparken kişinin bütün sorunları listelenir ve bu sorunların altında yatan temel inançlara dayalı olası mekanizmalar ne olabilir diye düşünülür. Sorun listesinde hastanın yaşadığı sorunlar somut bir biçimde ve duruma yönelik bilişsel değerlendirmeleri (otomatik düşünceleri, ara inançları, temel inançları, bilişsel çarpıtmaları), olayın ortaya çıkmasını başlatıcı, sürdürücü ve artırıcı etkenler, duygusal (kaygı, üzüntü, öfke vb.) ve davranışsal (yalnız kalamama, davranış tekrarları vb.) veya fizyolojik (uyku sorunları, kilo alma vb.) tepkileri kaydedilir. Örneğin; yetersizlik temel inancı olan bir bireyin sorunun durum düzeyinde formülasyonu A-B-C modeline göre;

- ❖ A (Durum): Önemli bir sınava hazırlanması.
- ❖ B (Düşünce/Bilişler): ‘Yetersiz olmak felakettir.’, ‘Yetersizliğim asla açığa çıkmamalıdır, buna dayanmam.’ biçiminde tutumlar; ‘Her zaman sonuna kadar çalışmalıyım.’, ‘Yeterli olduğumu kanıtlamalıyım.’ gibi bilişsel çarpıtmalar; ‘Eğer çok aşırı çalışırsam, ancak belki o zaman diğer insanların kolayca yaptığı bazı şeyleri başarabilirim.’ biçiminde ara inançlar gelişebilir.
- ❖ C (Bedensel, Duygusal ve Davranışsal Tepkiler): Kişide üzüntü, depresif ruh hali, umutsuzluk, kendini yalnız hissetme gibi duygusal tepkiler görülebilir, çalışmaktan ve insanlarla birarada olmaktan kaçınma davranışı veya sürekli çalışma şeklinde davranışsal tepkiler görülebilir. Bu şekildeki kaçınma ya da yineleyici davranışlar kişiye kısa vadede iyi hissettirebilir, ancak uzun vadede kişinin ‘başarısızım’ ve ‘yetersizim’ temel inancının devamına ve sorunun sürmesine neden olur. Kişi sürekli başarılı bir şekilde yaşarsa sorun yaşamaz, ancak girdiği zor bir sınavda başarılı olamadığında ‘başarısızım’ temel inancı aktif olur (Türkçapar, 2019).

Bilişsel davranışçı modelin en belirgin özelliği, bireyin ilk değerlendirmesinden başlayarak sorunlarıyla ilgili bir bilişsel modelin kişiyle birlikte oluşturulması ve paylaşılmasıdır. Bilişsel davranışçı yaklaşımda süreç; öğrenme modeline dayalı, danışanın aktif olduğu, şimdi ve burada’ya odaklanan yapılandırılmış seanslar şeklinde ilerlemektedir. Bilişsel davranışçı grup seansları da bireysel seans yapısına benzer ilerlemektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşımın ilk seansının bileşenleri sırasıyla aşağıda gösterilmiştir;

1. Duygudurum kontrolü
2. Gündem oluşturma ve gerekçesinin anlatılması
3. Değerlendirme esnasında istenilen ölçek veya uygulama varsa konuşulması
4. Başvuruya neden olan sorunun kısaca özetlenmesi
5. Terapideki ana amaçların netleştirilmesi
6. Psikoterapiye ilişkin bilgi verilmesi
7. Bilişsel modelinin sunulması

8. Yeni bilişsel egzersizin verilmesi
9. Özetleme
1. Danışandan geri bildirim alma ve sonlandırma (Türkçapar, 2019).

2.2.4 Bilişsel Davranışçı Yaklaşımda Kullanılan Teknikler

Bilişsel davranışçı yaklaşımda; kişinin yaşadığı durumla ilgili işlevsel olmayan düşüncelerini, duygularını, davranışlarını ve bu yapıların birbiri ile ilişkisini fark etmesini, işlevsel olmayan düşüncelerin yerine daha gerçek ve işlevsel düşüncelerin ve etkili baş etme davranışlarının geliştirilmesi için seans (oturum) esnasında bilişsel davranışçı formülasyonu uygularken bilişsel ve davranışsal bazı teknikler kullanılmaktadır (Türkçapar, 2019). Aşağıda bu tekniklerle ilgili açıklamalar ve tanımlar bulunmaktadır.

2.2.4.1 Bilişsel Teknikler

1. *Sokratik Sorgulama*: Herhangi bir durumu değerlendirirken kişiye doğrudan bilgiyi aktarmak yerine sorular sorarak sonuca ulaşmak veya bilgiyi açığa çıkarmaktır. Sorulan soruların hedefi, kişinin bildiklerini kullanarak yeni bir bilgiye ulaşması ya da bildiği şeylerin fark ettirilmesidir. Kişiye yaşadığı sorunla ilgili uygun ve yerinde sorular sorarak, hem merak uyandırılması hem de yeni bir şey keşfettirilmesidir/öğretilmesidir. Başta otomatik düşünceler olmak üzere duruma ilişkin bilişleri açığa çıkarmak, gerçeklikten uzak ve işlevsel olmayan bilişlerin geçerliliğini incelemek ve hatalarını göstermek, gerçeğe daha uygun alternatifler oluşturmak gibi terapötik işlevlere sahiptir. Bilişsel terapide terapi içeriğini gerçekleştirirken kullanılan sorular *Sokratik soru sorma* denilen tarzda gerçekleştirilir.
2. *Yönlendirilmiş Keşif*: Beş aşamadan oluşmaktadır. Öncelikle sorunla bağlantılı inancı netleştirme, bu sırada empatik bir şekilde dinleme ve özetleme, ardından durumla ilgili daha gerçekçi uygun ve yararlı bir sonuç çıkarmak için sorular sorma, daha sonra çıkan yeni sonucu özetleme ve danışanın bu konudaki geri bildirimini alma şeklindedir.
3. *Düşünceyi Durdurma ve Yeniden Odaklama*: Olumsuz düşünceler zihinde başladığı andan itibaren kartopu etkisi yapmakta ve bir çok olumsuz düşünce zihinde akmaya başlamaktadır, bu durum bireyi oldukça zorlayan bir durumdur. Bu teknikte bireyin kendisinin seçeceği gerçek ya da imgesel bir uyarıcıya odaklanma ve olumsuz düşünce akışını durdurma öğretilmektedir. Daha sonra bireyin zihnini hoş, olumlu uyaranlara odaklayarak olumsuz düşünce akışının belli bir süre olmamasını sağlamaktır.
4. *Kanıt İnceleme*: Otomatik düşünceleri incelerken ilk kullanılan teknik olarak, işlevsiz düşüncenin doğru olduğunu kabul etmek yerine bunu destekleyen ve desteklemeyen gerçek-nesnel kanıtların incelenmesidir. Bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri arasında gerçekliği temel alan tekniklerdendir. Olumsuz düşünceyi destekleyen veya desteklemeyen verileri

inceleyerek kişide olumsuz düşünceyle ilgili bir şüphe uyandırmak amaçlanır. Kişinin rahatsız hissetmesini engellemek için önce olumsuz düşünceyi destekleyen nesnel verilerden başlanır.

5. *Çifte Standart Tekniği*: Kişiye, bir arkadaşının başına aynı durum gelse ve kendisi gibi düşünse ona ne diyeceğini sormaktır. Bir diğer biçimi, benzer bir olayı yakın ve sevdiği bir arkadaş yaşasa kendisinin buna ne diyeceği sorusudur. Bu teknik, kişinin duygusal yoğunluğu ve kendisiyle ilgili nesnel olamayışı nedeniyle tam olarak değerlendiremediği gerçekliği görmesi için bir yol açar. Böylece daha nesnel, gerçekçi ve işe yarar değerlendirmeler yapar.
6. *Temel Üç Soru*: Terapi süresince bir çok farklı nitelikte sorular sorulmasının yanı sıra, inançları sorgulamada temel üç soru sorulur. Bunlar; “İnancı destekleyen ya da ona karşıt deliller nelerdir?”, “Olayın alternatif açıklamaları nelerdir?”, “Şayet olay yaşansaydı, olayın gerçek sonuçları neler olurdu?” şeklinde olabilmektedir (Türkçapar, 2019).
7. *Seçenekleri Sorgulama*: Birey yaşadığı sorunlar karşısında, tüm seçeneklerini kaybettiğine ve hiç gücünün kalmadığına inandığı zaman kullanılan bir tekniktir. Bireyin baş etme kaynakları ve güçlerine dayalı olarak ek seçenekleri üretmeyi, bireyin baş etme becerilerini genişleterek kişisel gelişimine yardım etmeyi içerir (Demiralp & Oflaz, 2007).

2.2.4.2 Davranışsal Teknikler

1. *Nefes ve Gevşeme Egzersizleri*: Özellikle kaygı ile baş etmede kullanılan bir tekniktir. Derin nefes alıp verme, kademeli bedensel gevşeme ve imgesel gevşeme gibi çeşitleri bulunmaktadır. Kişi kaygı yaratan bir durumla karşılaştığında sempatik sinir sistemi aktifleşir ve savaş ya da kaç tepkisi ortaya çıkar. Kaygı durumunda kişinin zihni, bedeni üzerinde kontrolünü kaybettiği hissini yaşayabilir, egzersizlerle kişinin otomatik düşüncelerini durdurma ve kontrolü yeniden sağlama hissi sağlanır. Gevşeme egzersizi ile vücutta biriken kas gerginliği azalır (Mckay et al., 2023).
2. *Davranış Deneyleri*: Olumsuz düşüncenin geçerliliğini sınamak için kişinin bir deney veya araştırma yapmasıdır. Örneğin; panik atak sorunu olan kişi kalp krizi geçirip ölmekten korkuyorsa ve kalp atım hızını artıracak her aktiviteden kaçınıyorsa, kişinin bu inancını sınaması için ona birkaç kat merdiven çıkartarak fiziksel egzersiz yaptırılması şeklinde olabilir (Türkçapar, 2019).
3. *Rol Oynama*: Kişinin ve terapistin sırasıyla gerçeğe uygun olmayan olumsuz ve gerçeğe uygun olumlu düşünceleri seslendirmesidir. Olumsuz düşünceyi seslendiren saldırır, diğeri savunmada kalır. Başta kişi kendisini sıkıntıya sokan olumsuz düşünceleri seslendirir, terapist gerçekçi yanıtlar verir, ardından roller değişir (Türkçapar, 2019). Kişinin kendisi için sorun

yaratan durumu oynayarak prova yapması davranışları hakkında bilgi edinmesini sağlar, sonuçları inceleme ve karar vermede deneyim kazandırır (Demiralp & Oflaz, 2007).

4. *Aşamalı Etkinlik Planlaması*: Depresyon ve kaygı gibi durumlarda bireyler yapmaları gereken pratik konuları erteleyebilmekte ve bunlardan kaçınabilmektedir. Erteleme ile biriken işler en sonunda kişinin gücünü aşar ve yapılması çok zor hale gelir, bu da ertelemeye yol açar. Bu durumda en önemli teknik, aşamalı etkinlik planlamasıdır. Bu teknikte öncelikle kişi yapmak durumunda olduğu şeylerin bir listesini çıkarır. Daha sonra bunlardan birini seçerek bu işin gerçekleşmesi için hangi adımların atılması gerektiğini saptar. Bu adımların kişinin başarabileceği büyüklükte olmasına dikkat edilmelidir (Türkçapar, 2019).
5. *Maruz Bırakma (Exposure)*: Kişinin sıkıntısına çare olarak geliştirdiği kaçınma ve güvenlik önlemi alma stratejileri, aslında kişinin rahatsızlığını da oluşturmaktadır. Kişinin kaçındığı veya korktuğu durum veya nesnelere bir düzen dahilinde maruz bırakılması (exposure) ve ardından ortaya çıkan tepkinin önlenmesi yaşadığı kısır döngüyü kırmada en güçlü tekniktir. Böylece kişinin kaçınmasına neden olan, sıkıntısının sürekli artacağı ve hiç geçmeyeceği varsayımının geçerli olmadığını ve gerçekleştirdiği kaçış ve rahatlatıcı davranışlar olmasa da rahatlayabileceğini yaşayarak görmesini sağlamak amaçlanır (Türkçapar, 2019).
6. *Sosyal beceri eğitimi*: Kişilerarası sorun yaşayan bireylerin birçoğunun yetersiz sosyal beceri düzeyi soruna katkıda bulunmaktadır. Bunu ortadan kaldırmak için kişiye sosyal beceri eğitimi verilir. Örneğin, hayır deme, istekte bulunma aktiviteleri yapılır. Kişi denemeler yaparak sosyal becerilerini geliştirme fırsatı bulur (Hiçdurmaz, 2010).
7. *Atılganlık eğitimi*: Bazı kişiler yeterli sosyal becerilere sahip olmalarına rağmen yeterince atılgan olmadıkları için becerilerini sergileyemezler. Bazıları ise, kendini nasıl doğru olarak ifade edeceğini bilmediğinden sosyal ilişkilerde sorun yaşar. Atılganlık eğitimi, başkalarını küçük görmeden, onların haklarını yadsımadan, bireyin kendi haklarını koruyabilmesini, duygu ve düşüncelerini açıkça ve dürüstçe anlatabilmesini sağlar (Hiçdurmaz, 2010).
8. *Psikoeğitim*: Terapist tarafından kişiye yaşadığı durumun, bilişsel davranışçı modelin, nasıl bir yol izleneceğinin anlatılmasıdır. Seanslarda ele alınan gündeme göre psikoeğitim içeriği ve süresi değişebilir (Türkçapar, 2019).
9. *Bilişsel Egzersizler (Ev Ödevi)*: Kişinin terapi odası dışında bilişsel, davranışsal ve duygusal sorunları ya da bunlarla ilgili problemleri çözmek için harcadıkları çaba, aktivite ve süredir (Freeman, 2007). BDT'nin önemli bir parçasıdır. Kişinin terapi oturumlarında öğrendiği becerileri günlük yaşantısında uygulaması için etkili bir yol olarak görülür. Bilişsel egzersizlerin 6 temel amacı; sorunlara uygulamalı çözümler bulmak, öz farkındalığı artırmak, bilişsel,

davranışsal ve duygusal beceri pratiğini artırmak, seanslarda öğrenilen teknikleri pekiştirmek, düşünceleri test etmek, nüksleri önlemektir (Soylu & Topaloğlu, 2015).

2.3 Menopozda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Menopoz dönemi; hormonal değişiklikler, fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişiklikler, kadınların menopoza ve değişikliklere dair anlamlandırmaları ve atıfları, duyguları, geçmiş deneyimleri, sosyokültürel faktörler, ekonomik faktörler, tıbbi sorunlar, baş etme kaynakları gibi çoklu faktörü içeren kompleks bir süreç olduğundan biyopsikososyal yönden değerlendirilmesi önemlidir. Bilişsel davranışçı yaklaşım (BDY) da bir duruma dair düşünceleri, duyguları, davranışsal ve fizyolojik tepkileri arasındaki ilişkiyi incelemesi bakımından biyopsikososyal bir yaklaşımdır (Hunter, 2021).

BDY ve menopoz süreciyle ilgili yapılan deneysel çalışmalar; birincil olarak sıcak basmaları ve gece terlemelerini, ikincil olarak yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete gibi duygu durum sorunlarını, uyku ve cinsel işlev sorunlarını hedef almıştır. Menopozal semptomlar üzerine ilk araştırma Keefer ve Blanchard tarafından 2005 yılında yapılmıştır (Keefer ve Blanchard, 2005). BDY temel alınarak hazırlanan protokollerin VMS, uyku bozuklukları ve cinsel işlev sorunları gibi menopozal semptomlara yönelik kullanıldığı çalışmalar mevcuttur (Mann et al., 2012; Ayers et al., 2012; Kalmbach et al., 2012; Green et al., 2013; Green et al., 2019; Fenlon et al., 2020). (BDY), menopoz sırasında yaşanan vazomotor semptomlar (NAMS, 2015), anksiyete ve depresyon (NICE, 2015) için etkili bir tedavi yaklaşımı olarak önerilmiştir. BDY'nin etkili bir psikolojik tedavi olduğu yakın zamanda yapılan bir sistematik derlemede de belirtilmiştir (Furukawa et al., 2021).

Menopozun bilişsel davranışçı yaklaşım modeli; bilişleri, duyguları, davranışları, fizyolojik tepkileri, tetikleyicileri kapsamaktadır (Hunter ve Mann, 2010). BDY, kadınların öncelikle sıcak basması ve gece terlemeleri hakkındaki işlevsel olmayan inançlarını değiştirerek değişim gösteren bir müdahaledir (Weber & Maki, 2014). Menopozal değişiklikler hakkında düşünme şekli nasıl hissedildiğini ve ne yapıldığını etkileyebilmekte, bu tepkiler bedensel reaksiyonların yoğunluğunu artırabilmektedir (Hunter & Smith, 2014). Bu ilişkiyi gösteren sıcak basmasına dair düşünce-duygu-davranış-fiziksel tepki döngüsü arasındaki ilişki Şekil 2'de gösterilmiştir.



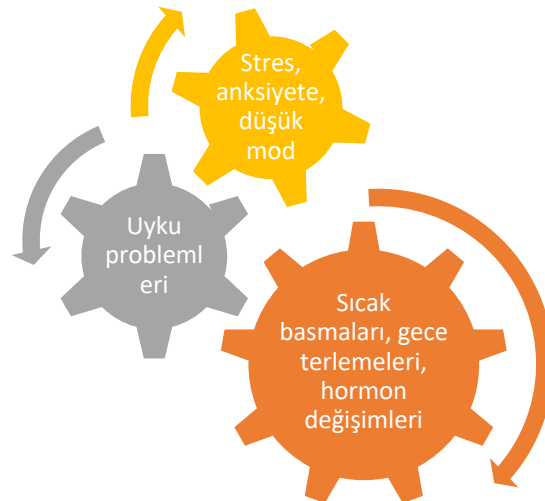
Şekil 2. Sıcak basması ile ilgili olası bir BDY temelli döngü örneği (Hunter, 2021)

Hunter ve Mann (2010), kadınların menopoz belirtilerine dair algıları, öz düzenleme ve bilişsel davranışçı yaklaşımdan yararlanarak VMS'ye yönelik algılarını, değerlendirmelerini ve tepkilerini açıklayan, 'CBT MENOS' adında teorik bir model geliştirmişlerdir (Şekil 3). Bu model, kadınların vazomotor semptomlara ilişkin işlevsel olmayan inançları, duyguları, davranışları, bedensel tepkileri ve tetikleyicileri gibi yapılardan oluşmaktadır (Hunter & Mann, 2010). CBT MENOS protokolü, kadınların stresinin azaltılmasını, sıcak basması ve gece terlemelerinin etkili yönetilmesini ve uyku sorunlarının iyileştirilmesine odaklanan, etkileşimli ve eğitici bir modeldir ((Ayers et al., 2012), (Mann et al., 2011)).

Menopoz döneminde kadınlar aniden gelişen sıcak basmaları ve terlemeler nedeniyle sosyal utanç ve kaygılı hissedebilmekte, sıcak basmasına kalp çarpıntısı gibi bedensel tepkiler eşlik edebilmektedir. Hissedilen utanç ve kaygıdan dolayı sosyal ve günlük faaliyetlerden kaçınmaktadırlar ((Hunter & Smith In Collaboration With The British Menopause Society, 2017), (Donegan et al., 2022)). VMS ile baş etmek için kaçınma davranışı dışında serinleme davranışı ve olumlu davranışlar da gösterebilmektedirler (Donegan et al., 2022). BDY yapısında yer alan formülasyon; menopozal sorunların bilişsel kavramsallaştırılmasını, yani kadın ve hemşirenin sorunu anlamasına, soruna dair düşünce-duygu-davranış-bedensel tepkiler arasındaki ilişkinin gösterilmesine ve uygun müdahalelerde bulunmaya yarayan bir çerçeve sunabilir. Formülasyon ile semptoma yönelik işlevsel olmayan düşünceler değiştirilerek davranışların, duyguların ve bedensel tepkilerin değişmesi hedeflenir.

2.3.1 Menopozun Bilişsel Davranışçı Yaklaşımında Yer Alan Tetikleyiciler

Tetikleyiciler; CBT MENOS protokolünde yer alan, menopoz belirtisinin sıklığını ve yoğunluğunu değiştiren faktördür. Tetikleyiciler semptomların sıkıntı düzeyini artırarak bireyin düşüncelerini, duygularını, fiziksel tepkilerini ve davranışlarını da etkilemektedir (Hunter & Mann, 2010). Kahve, sıcak içecekler ve alkol gibi uyarıcı içecekler, baharatlı yiyecekler, mevcut anksiyete/stres varlığı, ortamın sıcak olması, bir yerlere yetişmeye çalışmak sıcak basmasını tetikleyici faktörler olmakta ve kişinin dikkatini bedensel duylara odaklayarak VMS algısını değiştirmektedir ((Hunter & Mann, 2010), (Hunter & Smith, 2014)). Menopozla birlikte artık çekici olmadıkları, yaşlı ve işe yaramaz olduklarına dair olumsuz algıya sahip olmanın, isteyken menopoz belirtilerini saklamak zorunda kalmanın, iş stresi, sunum gibi yüksek performans gerektiren görevlerin, üniformaların, sıcak veya yeterince havalandırılmayan ortamların (Hardy et al., 2018), gece terlemeleri, hafızada zayıflama ve uyku sorunlarının bulunmasının menopozla yönelik tutum ve inançların olumsuz etkileyerek (Ghazanfarpour et al., 2015) sıcak basmalarını hızlandırdığı veya yoğunluğunu artırdığı bulunmuştur (Şekil 4). VMS ile ilgili sosyal utanç, tiksime, kontrol kaybı hissi ve uyku hakkında kaygı gibi olumsuz bilişsel tepkiler kadının yaşadığı sıkıntıyı, utanç ve mahcubiyet duygularını, bedensel tepkilerini artırabilmekte ve sosyal ortamlardan kaçınma gibi davranışsal tepkiler ile sonuçlanabilmektedir (Hunter & Mann, 2010). Günlük tutmak; tetikleyicilerin farkına varmayı sağlayarak sıkıntıyı azaltmada etkili olabileceği için yararlı bir uygulama olarak önerilir (Hunter & Smith, 2014). Sakin nefes alma, dikkati nefese odaklama, semptomları kabul etme, hayal kırıklığı ve kaygı ile tepki vermemek gibi sakin düşünceler ve davranışlar VMS sıkıntı düzeyini azaltmaktadır. (Hunter, 2021).



Şekil 4. Sıcak basmaları ile duygudurum ve uyku sorunları arasındaki ilişki (Hunter & Smith In Collaboration With The British Menopause Society, 2017)

2.3.2 Kadınların Menopoz Dönemine ve Değişikliklere Dair Düşünceleri ve Algıları

Menopoz sürecinde görülen değişiklikler her kadını aynı sıklıkta ve yoğunlukta etkilemez. Kadınların menopoza dair deneyimleri; değişiklikleri değerlendirmeleri ve anlamlandırmaları, başa çıkma becerileri, geçmiş deneyimleri, yaşam tarzları, menopozun sosyal ve kültürel anlamı, kadının sosyal ve ekonomik koşulları gibi psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir. (Hunter & Rendall, 2007). Menopozdan önceki olumsuz tutum ve beklentileri de menopoz sırasında sıkıntı düzeyini yordamaktadır (Ayers et al., 2012). Kadınların % 25-30'u sıkıntılı VMS yaşadıklarını belirtmişlerdir (Balabanovic et al., 2013). Menopoz belirtilerinin sıklığından ziyade bu belirtilerin kadınlar tarafından sorun olarak algılanması kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve yardım arama davranışıyla sonuçlanır ((Balabanovic et al., 2013), (Fenlon et al., 2020)).

Kadınların menopoza ilişkin tutum ve inançları, fizyolojik ve duygusal değişikliklerin (görme sorunları, ruh hali dalgalanmaları, yüksek tansiyon gibi) türünü ve sıklığını etkiler (Hunter & Mann, 2010). Bazı kişiler kaygılı veya depresif düşünce tarzına eğilimli olmaktadır. Kaygılı düşünme; felaketleştirme veya en kötü senaryonun gerçekleşeceğini düşünme kişinin baş etme yeteneğini azaltır ve kaygı duygusunun artmasına neden olur. Örneğin; menopozda sıcak basması ile normal bir şekilde görülen kalp çarpıntısını, kaygılı düşünen bir kadın önemli bir hastalık belirtisi olarak değerlendirebilir ve sağlığı hakkında aşırı korkabilir (Hunter & Smith, 2014). Depresif düşünceye sahip kişiler kendileri ve dünya hakkında daha olumsuz düşünmeye eğilimlidirler, bu da öz eleştirinin ve umutsuzluk döngüsüne yol açabilir ve kişinin geri çekilmesine, ortamlardan kaçınmasına ve daha kötü hissetmesine yol açabilir (Hunter & Smith, 2014). Menopozun olumsuz sonuçları olduğunu, menopoz süreçleri hakkında kontrollerinin az olduğunu düşünen kadınların, daha olumsuz duygusal ifadeleri ifade etme eğiliminde oldukları (Brown et al., 2018), bazı kadınların, yaşlanma ile ilişkilendirerek menopoza olumsuz değerlendirdikleri (Minkin, 2019), olumsuz tutumlarla yüksek semptom şiddetinin ilişkili olduğu (Marvan et al., 2013) tutum ve inançların cerrahi menopoz olanlarda ve daha genç yaşta daha olumsuz olduğu (Marvan et al., 2013), postmenopozdaki kadınlarda premenopozdaki kadınlara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur ((Marvan et al., 2013), (Brown et al., 2018)).

Sıcak basması ve gece terlemesine yönelik bilişsel davranışçı model kullanılarak yapılan çalışmalarda (Rendall et al. 2008, Hunter et al. 2009 ve 2011; (Ayers et al., 2012), (Rendall et al., 2008)); kadınların sıcak basması ve gece terlemesine yönelik sevimsiz, saçma ve eksiltici oldukları, sosyal bağlamda 'utanç verici ve ayıp' olduğu, bunların hiç bitmeyeceği ve kontrol edilemeyeceği ve insanı bezdirdiğine dair otomatik düşünceleri ve inançları olduğu; gece terlemesi ve uykuya dair asla uyuyamayacakları ve ertesi güne korkunç hissederek uyanacaklarına dair işlevsiz inançlara sahip oldukları; duygusal olarak utanç, anksiyete hissettikleri, endişelendikleri ve hayal kırıklığı yaşadıkları ve davranışsal olarak ise

serinlemeye çalıştıkları, aktivite ve durumlardan, diğer kişilerle iletişimden kaçındıkları bulunmuştur. Kadınların menopoza yönelik tutumlarının yer aldığı 24 kalitatif çalışmanın incelendiği sistematik derlemede; kadınların menopozu kayıp ve kazançla karakterize edilen bir dönem olarak algıladıkları saptanmıştır (Hoga et al., 2015). Berger ve Forster'in 45-70 yaşta 70 menopoz sonrası kadınla, odak grup görüşmesi ile yaptıkları çalışmada (2001) üç tema belirlenmiştir. Bunlar; menopozun sağlık anlamına geldiği, biyolojik değişiklikler dışında sosyokültürel bağlamın menopoz deneyimlerini etkilediği, kadınların sağlık profesyonelleri tarafından yeterince desteklenmedikleri şeklindedir (Berger & Forster, 2001).

Menopoz dönemi, kadınların yaşamında büyük bir geçişlerin ve değişimlerin işaretidir (Minkin, 2019). Pek çok kadın için bu değişim özgürleştirici olmakta, onları çocuk doğurma kaygılarından ve üreme organlarıyla ilgili ağrı ve rahatsızlıklardan kurtarmaktadır (Minkin, 2019). Perimenopoz ve postmenopozdaki kadınların % 28.3'ünün menopozu yaşam döngüsünün normal bir aşaması olarak gördükleri, % 58.7'si menstrüasyonun kesilmesini en yaygın olumlu sonuç, % 18.3'ü psikolojik değişikliklerin yaşanmasının en sık dile getirilen olumsuz sonuç olduğu belirlenmiştir (Pimenta et al., 2011).

Bilişsel ve davranışçı müdahaleler bir duruma ilişkin daha sakin ve gerçekçi bir bakış açısı geliştirmeyi amaçlar (Hunter & Mann, 2010). BDY ile ilgili yapılan çalışmalar BDY'nin VMS hakkındaki işlevsel olmayan inançları yani bilişsel değerlendirmeyi değiştirerek VMS sıkıntısını azalttığını göstermiştir ((Chilcot et al., 2014), (Norton et al., 2014), (Atema et al., 2020)). Günlük tutmak işlevsel olmayan düşüncelerin farkına varmayı sağlayarak faydalı olabilir. MENOS 1 çalışmasının katılımcılarıyla çalışma sonrasında yapılan nitel görüşmelerde; katılımcılar sıcak basması ve gece terlemeleri ile baş etmede özgüvenlerinin ve becerilerinin arttığını, değişiklikleri kabullenmeyi ve yeniden kontrolü sağlama duygusunu kazanmada faydalı olduğunu belirtmişlerdir. ((Balabanovic et al., 2012), (Balabanovic et al., 2013)).

2.3.3 Menopozal Değişiklikleri Yönetmede Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ile Yapılan Çalışmalar

Menopoz semptomlarının sıkıntı düzeyi kadınların stres, depresyon ve anksiyete gibi olumsuz duygularla ve semptomlara dair işlevsel olmayan inançları ve davranışlarla daha da artabilir. BDY ile yapılan çalışmalarda birincil sonuç değişkeni olarak sıcak basması sıkıntı düzeyinin, ikincil sonuç değişkeni olarak da sıcak basması sıklığı, duygu durum, uyku, yaşam kalitesinin değerlendirildiği görülmüştür (Hunter & Chilcot, 2021). Bu çalışmalar; psikoeğitim ve kanıta dayalı BDY tekniklerini içermektedir. VMS için BDY'nin uygulandığı çalışmalar ilk olarak Hunter ve Liao (1996), Keefer ve Blanchard (2005) ve Allen ve ark.nın (2006) çalışmalarıdır. Çalışmalarda bireysel veya grup formatından bağımsız olarak, uygulama sonrasında öncesine göre VMS sıklığının ve sıkıntı düzeyinin azaldığı, yaşam

kalitesini artırdığı, bu etkinin 6 aylık takip sonrasında da devam ettiği bulunmuştur ((Hunter & Liao, 1996), (Keefer & Blanchard, 2005), (Allen et al., 2006)).

Menopozal semptomların BDY ile değerlendirilmesi için Hunter ve arkadaşları tarafından MENOS protokolünü geliştirmişlerdir. MENOS protokolleri özellikle sıcak basmaları ve gece terlemeleri olmak üzere menopoz semptomları üzerine BDY'nin etkisini incelemek amacıyla geliştirilen, vazomotor semptomları yönetme stratejilerine odaklanan, 4-6 haftalık bir BDY müdahalesidir ((Mann et al., 2011), (Ayers et al., 2012)). MENOS protokollerinin etkinliği; sağlıklı menopozal kadınlar ((Green et al., 2013), (Garcia & Gomez, 2011), (Green et al., 2019)), meme kanseri sağ kalanları ((Mann et al., 2012), (Ayers et al., 2012), (Duijts et al., 2012), (Atema et al., 2019)), uyku sorunları yaşayanlar (Kalmbach et al., 2019), çalışan kadınlar (Hardy et al., 2018), duygudurum bozukluğu olanlar ((Conklin et al., 2019; Green et al., 2019)), hemşire liderliğinde olan (Fenlon et al., 2020) ile ilgili çalışmalarda incelenmiştir.

MENOS protokolünün etkinliğini inceleyen çalışmalarda, vazomotor semptomlar için BDY müdahalesine katılan kadınların tedavi sonrası sıcak basmaları/gece terlemeleri içeren vazomotor semptom sıklığında ve sıkıntı düzeyinde önemli azalmalar olduğu belirlenmiştir ((Duijts et al., 2009), (Hunter & Mann, 2010), (Mann et al., 2011), (Ayers et al., 2012), (Mann et al., 2012), (Hunter & Chilcot, 2013), (Norton et al., 2014), (Stefanopoulou & Hunter, 2014), (Chilcot et al., 2014), (Atema et al., 2019)). MENOS protokolünün, depresif belirtileri ve kaygıyı azalttığı ((Chilcot et al., 2014), (Fenlon et al., 2020), (Ye et al., 2022)), menopozal semptomlara dair işlevsel olmayan inançlara etki ederek ve öncelikle menopozal semptomları hedefleyerek yaşam kalitesini, duygusal iyilik halini, dayanıklılığı ve gündüz işlevselliğini artırdığı (García et al. 2011, Keefer et al. 2005, Green et al. 2013 ve 2019, Conklin et al. 2020), uyku yönetimini ve kalitesini olumlu olarak etkilediği bulunmuştur ((Kalmbach et al., 2019), (Abdelaziz et al., 2022)) BDY'a dayalı müdahalenin İnternet destekli formatının da meme kanserli kadınların semptomlarının sıklığını ve yoğunluğunu, psikolojik distressi azalttığı, uyku kalitesini, cinsel işlevselliği ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (Atema et al., 2019). Fizyolojik ölçümlerle de VMS'nin ne kadar sıkıntılı olduğu yapılan bir çalışmada gösterilmiştir (Stefanopoulou & Hunter 2013).

BDY müdahalesinin hem sıkıntılı VMS yaşayan hem de orta-yüksek şiddette depresif duygu durumu olan (Green et al., 2019), depresyon ve bipolar bozukluk tanısı olan (Conklin et al., 2019) kadınlarda VMS sıkıntı düzeyini, duygu durumu, kaygıyı azalttığı yaşam kalitesini iyileştirdiği, 3 aylık takip ölçümlerinde de etkilerin devam ettiği bulunmuştur ((Green et al., 2019), (Conklin et al., 2019)). Sonuçlar BDY müdahalesinin ruhsal rahatsızlığı olan kadınlarda da kabul edilebilir ve uygulanabilir olduğunu göstermiştir (Conklin et al., 2019).

Duijts ve ark. (2012) grup BDY protokolü, fiziksel egzersiz grubu ve normal tedavisine devam eden grubu karşılaştırmıştır. Premenopozal meme kanseri hastalarında grup BDY uygulamasının diğer

gruplara kıyasla, sıcak basması sıkıntı düzeyinin müdahale sonrasında azaldığı ve azalmanın 6 aylık takip sonrasında de devam ettiği saptanmıştır (Duijts et al., 2012).

MENOS 4 çalışmasında (2020); grup BDY uygulamasının meme kanseri hastalarına bakım veren hemşireler tarafından uygulanıp uygulanmayacağı test edilmiştir. Çalışma grubundaki kadınlarda normal bakım grubuna göre; VMS sıkıntı düzeyinin, sıklığının, anksiyete, depresyonun azaldığı, uykunun iyileştiği ve etkilerin 26 haftalık takipte de devam ettiği bulunmuştur. Sonuçlar uzman hemşirelerin eğitim alarak BDY'yi etkili bir şekilde uygulayabileceğini göstermektedir (Fenlon et al., 2020).

Sıkıntılı VMS olan, çalışan menopoza dönemindeki kadınlarla yapılan Menos@work RKÇ çalışmasında; kendi kendine BDT formu kullanılmıştır. Kontrol grubuna göre VMS sıklığında ve sıkıntı düzeyinde önemli şekilde azalma, uyku kalitesinde iyileşme olduğu, etkilerin 6 ve 20 haftalık takiplerde de devam ettiği sonucu bulunmuştur. İşle ilgili uyum ve sorunlarla baş etmede de olumlu etkileri bulunmuştur. (Hardy et al., 2018)

Aynı zamanda bu protokollerin bireysel, grup, internet destekli, kendi kendine yardım şeklinde formatları bulunmaktadır. VMS'ye yönelik grup BDY ve kendi kendine yardım BDY (nefes alma/gevşeme egzersizlerinin bulunduğu bir CD ile aynı bilgileri içeren bir kitapçık) formatlarının VMS etkisini eşit derecede azalttığı (Ayers et al., 2012), ancak grup BDY'nin duygu durum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kendi kendine yardım şeklinde BDY' nin çok az rehberlikle uygulandığında da benzer düzeyde iyileşme sağladığı bulunmuştur (Stefanopoulou & Hunter, 2014). Grup BDY, psikoeğitim, stres yönetimi, gevşeme/tempolu nefes alma, bireysel hedef belirleme ve ev ödevine odaklanan oturumlardan oluşmaktadır. Kendi kendine yardım BDY, grup BDY ile aynı içeriği ve haftalık ev ödevlerini kapsayan bir kendi kendine yardım kitabından oluşmaktadır. Her iki gruptaki katılımcılara günlük gevşeme/tempolu nefes alıştırmaları için birer CD verilmektedir (Mann et al., 2012; Ayers et al., 2012).

BDY müdahalelerinin menopozal semptomlardaki etkililiğini değerlendirmek için; Ye ve ark. tarafından metaanaliz çalışması yapılmıştır. Ortalama örneklem büyüklüğü 116 olan 1618 hastayı içeren 14 RKÇ' nin dahil edildiği metaanaliz çalışmasında; BDT'nin sıcak basmalarını, gece terlemelerini, depresyonu, kaygıyı, yorgunluğu azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı, etkinliği zamanla biraz azalsa da uzun vadede korunduğunu, vazomotor semptomlar gibi doğal menopoz semptomları için etkililiğinin, tedaviye bağlı menopoz semptomlarından daha güçlü olduğu saptanmıştır (Ye et al., 2022)

BDY'nin, menopozal semptomların sıkıntı düzeyine etkisinin dışında, semptomlara dair işlevsel olmayan inançlara etkisi de incelenmiştir. Donegan ve ark. (2022) BDY müdahalesinin menopoz

semptomlarına ek olarak, menopoza özgü sorunlu inançları ve davranışları, depresif belirtilerle ilişkili inançları iyileştirmede etkili olduğunu göstermiştir (Donegan et al., 2022).

2.4 Menopoz Dönemi Yaşam Kalitesini Artırmada (Psikiyatri) Hemşirelerinin Rolü

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yükseltilmesinde hemşirelerin çok önemli bir rolü olduğunu vurgulamaktadır (Fitzpatrick, 2017). Sağlık, fiziksel, ruhsal, sosyal boyutlarıyla bütüncül ve dinamik bir olgudur, psikiyatri hemşireleri sağlığın korunması ve geliştirilmesi için danışmanlık, eğitim ve psikoterapi rollerini kullanarak girişimlerini gerçekleştirirler. Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoterapi yapmak psikiyatri hemşiresinin yer alabileceği psikoterapötik alanlardan biridir. Bilişsel davranışçı yaklaşım, hemşirelik süreci ile benzer bazı özelliklere sahiptir. Her iki yaklaşım da hasta merkezlidir, hemşire ve hasta arasında güçlü bir işbirliğini gerektirir. Bilişsel-davranışçı yaklaşım, hemşirelik sürecinde olduğu gibi araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejilerini ve standardize edilmiş ölçme araçlarını kullanır. Bilişsel davranışçı yaklaşım; hastayı bilgilendirmeyi, tedaviye uyumu artırmayı, yaşadığı duygusal sorunlarla baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde BDY tekniklerini kullanabilir (Demiralp & Oflaz, 2007). BDY; kişinin yaşadığı bir durumla ilişkili işlevsel olmayan ve sorun yaratan inançlarının belirlenmesini, bu inançlar ile duygularının ve davranışlarının ilişkisinin incelenmesini temel alır (Türkçapar, 2019).

Menopoz, kadınlar için büyük değişimlerin ve geçişlerin olduğu bir dönemdir. Psikiyatri hemşiresi gerek klinik ortamda gerekse de toplumda menopoz dönemindeki kadınlarla iletişim ve bakımda kilit konumdadır. Hemşirelerin, kadınların menopoz döneminde yaşadıkları değişiklikleri bilmeleri, menopoz sürecine ve yaşanan değişikliklere dair düşüncelerinin ve bakış açılarının değişiklikleri, gösterdikleri duygusal ve davranışsal tepkileri nasıl etkilediklerinin farkında olmaları kadınlara menopoz sürecinde verecekleri danışmanlıkta, iletişim konularında yardımcı olacaktır. Psikiyatri hemşiresi, kadınların menopozla ve kendileriyle ilgili işlevsel olmayan düşüncelerinin hayatlarında yarattığı olumsuz etkiyi onlara fark ettirerek, işlevsel ve gerçekçi düşünceler ve baş etme davranışları geliştirmelerinde destekleyici olabilirler. Uygun ve etkili müdahalelerle kadınların yaşam kaliteleri yükseltilebilir. BDY'nin menopoz sürecinde müdahale olarak kullanımına dair örnekler mevcuttur. British Menopause Society tarafından, yapılandırılmış bir uygulama örneği olarak, menopoz sürecindeki değişimlere ilişkin Dr. Melanie Smith ve Dr. Janet Balabanovic yürütücülüğünde, sağlık profesyonellerine yönelik "Cognitive Behaviour Therapy for Menopause Symptoms" eğitimi verilmektedir (The British Menopause Society (BMS), 2023). MENOS 1 çalışması; BDY temelli grup çalışmasının hemşireler tarafından uygulanabileceğini ve menopoz sürecinde kadınların semptomlarında ve yaşam kalitelerinde etkili olan uygun maliyetli bir çözüm sunduğunu göstermiştir

(Mann et al., 2011). MENOS 4 çalışması; hemşirelerin BDY'nin menopoz protokolü ve uygulanması ile ilgili yeterli eğitim aldıkları takdirde kadınların yaşadıkları değişikliklerle baş etmelerinde destek için uygun bilişsel ve davranışçı müdahaleleri kullanabileceklerini ortaya koymuştur (Fenlon et al. 2020).

Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı, karma desen araştırması olarak planlanan bu çalışmanın kadınların menopoz dönemine ve deneyimledikleri semptomlara yükledikleri anlamları, bilişsel değerlendirmeleri, duygusal ve davranışsal tepkileri anlama ve baş etme yollarını geliştirme açısından mevcut bilgilere katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Çalışma ile kadınların sahip oldukları işlevsel olmayan inançlarının daha işlevsel ve gerçekçi olanlarla değiştirilmesi, yaşadıkları duygusal değişikliklerin verdiği sıkıntının azalması, bununla bağlantılı olarak da daha etkili baş etme davranışlarının geliştirilmesi ve sonuç olarak yaşam kalitelerinin artması beklenmektedir. Karma desende yer alan nitel ve nicel yöntemlerin bütüncül bir şekilde düşünülerek, gerek veri toplama gerekse de verilerin değerlendirilmesi ve bütünleştirilmesinde her iki yöntemin avantajlarından yararlanılarak daha kapsamlı ve detaylı bir anlayış geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Bölüm 3:

GEREÇ VE YÖNTEM**3.1 Araştırmanın Tipi**

Araştırma, kadınların menopoza sürecindeki yaşantılarına, değişikliklere dair işlevsel olmayan düşüncelerinin ve inançlarının Bilişsel Davranışçı Yaklaşım (BDY) çerçevesinde açıklanması ve BDY'ya dayalı hemşirelik müdahalesinin menopoza sonrasındaki kadınların bilişsel değişimlerine, anksiyete, depresyon, stres ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin birlikte uygulandığı karma yöntem araştırması olarak yürütülmüştür.

Karma yöntem araştırması, araştırma sorularına dayalı olarak hem nitel hem de nicel verileri titizlikle toplayıp analiz eden, aynı anda iki veri türünü, birini diğerinin içine yerleştirerek ya da sırasıyla birini diğerinin üzerine inşa ederek harmanlayan ve bunları belirli dünya görüşleri ve kuramsal bakış açıları çerçevesinde ele alan bir araştırma yöntemidir (Creswell & Plano Clark, 2011). Karma yöntem yaklaşımı; araştırma sorusuna dair tek bir veri toplama yönteminin yeterli olmadığı, sonuçların yorumlanması gerektiği, birinci yöntemi geliştirmek için ikinci bir yöntem ihtiyacı duyulduğu ve araştırma amacının en iyi şekilde birden fazla aşama ile ele alınması planlanan durumlarda; iki araştırmadan elde edilen verilerin birleştirildiği, birbirleriyle ilişkilendirildiği ve yorumlandığı durumlarda kullanılmaktadır (Toraman, 2021).

Araştırmada 'nicel desen ağırlıklı ve öncelikli, keşfedici sıralı zamanlı karma yöntem deseni' kullanılmıştır. Bu desende, nitel ve nicel veriler birbirini takip edecek şekilde toplanır ve analiz edilir, nicel kısım araştırmanın amacına ulaşmada ağırlıklı önceliği taşımaktadır (Alkan ve ark. 2019). Bu desenin kullanılmasının birkaç karma yöntem gerekçesi bulunmaktadır. Bu gerekçeler tamamlayıcılık ve geliştirmedir (Creswell & Plano Clark, 2011). Tamamlayıcılık gerekçesine, kadınların menopoza süreci ve değişikliklere ve baş etmeye dair algılarının, işlevsel olmayan düşüncelerinin ve inançlarına yönelik nitel yaklaşımla elde edilen bulguların nicel verileri detaylandırması ve açıklaması için yer verilmiştir. Geliştirme gerekçesi ise, ilgili literatürden, kadınlardan elde edilen nitel verilerden ve uzman görüşünden edinilen bilgilerle müdahale programı geliştirmek ve nicel aşama sürecinde kullanmak amacıyla benimsenmiştir.

Bu araştırmanın nitel kısmında hermenötik olgubilim (fenomenoloji) deseni kullanılmıştır. Nitel veriler, odak grup yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada nicel veriler, ön test-son test kontrol gruplu müdahale deseni kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada veri çeşitlemesi kullanılarak, kadınların menopoza sürecine dair algıları, değerlendirmeleri ve yaşanan değişikliklerin neler olduğuna ve baş etmeleriyle

ilgili yorumlamaları yapılan hemşirelik müdahalesi sonucunda elde edilen nicel verileri karşılaştırılmıştır. Veri çeşitlemesi nitel ve nicel verilerden elde edilen sonuçların doğrudan karşılaştırılmasını esas alır. Nitel ve nicel verilerden elde edilen sonuçların benzer olması halinde, araştırmacılar buldukları sonuçlar konusunda tutarlılığı raporlayabilirler (Plano Clark & Ivankova, 2016). Sonuçlarda farklılık olması halinde, araştırmacıların nitel ve nicel verilerden elde edilen verilerdeki farklılıklara ilişkin açıklamalar yapmaları beklenir (Plano Clark & Ivankova, 2016).

Araştırmada toplanan nitel veriler hemşirelik müdahalesinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır. Ayrıca nitel verilerle nicel verilerin birleştirilerek sunulmasıyla araştırma sonuçlarının güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Nitel ve nicel verilerin entegrasyonu (birleştirilmesi) karma yöntem araştırmasının en önemli temel özelliklerindendir (Creswell & Plano Clark, 2011). Bu yöntemde amaç; aynı konu üzerinde farklı, fakat birbirini tamamlayan verilerin toplanıp analiz edilmesi yoluyla, araştırma problemine ilişkin daha kesin ve eksiksiz bilgilerin ortaya konmasıdır (Katıtaş, 2019).

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmaya katılımcı davetleri için Koç Üniversitesi Hastanesi (KUH), Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı poliklinikleri kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların ve araştırmacının sosyal çevresinden kartopu yoluyla ulaşılan kişilere testler uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle onam görüşmesi ve ilk testler yüz yüze görüşme ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler için uygun olan muayene odaları ya da mahremiyetin sağlandığı ofis ve odalar kullanılmıştır. Araştırmada nicel veriler (n=90) için ilk testler Mart 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Grup müdahalesi sonrası testler ise, Haziran-Temmuz 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın nitel boyutunu oluşturan odak grup görüşmeleri (n=17), çevrimiçi Zoom uygulaması ile yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri Haziran 2022-Nisan 2023 arasında yürütülmüştür. 1.odak grup görüşmesi 10 Haziran 2022’de, 2.odak grup görüşmesi 25 Ağustos 2022’de, 3.odak grup görüşmesi 7 Eylül 2022’de ve son grup görüşmesi ise 12 Mayıs 2023’de yapılmıştır.

Nitel veriler ışığında oluşturulan grup müdahalesi (n=28), çevrimiçi Zoom uygulaması ile, Mayıs-Temmuz 2023 arasında yürütülmüştür.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, menopoz sonrası 15 yıldıki sağlıklı kadınlar oluşturmaktadır.

3.3.1 Nicel Boyuta Yönelik Örneklem

Nicel boyut için araştırmanın örneklem büyüklüğü daha önce yapılan benzer çalışmaların (Steels et al. 2018, Öztürk-Eyimaya 2021) Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) puan ortalamaları referans olarak kullanılarak belirlenmiştir. % 80 güç, 0,50 etki büyüklüğünde ve birinci tip hata 0,05 alınarak GPower 3.1.9.6. yazılımı yardımıyla yapılan güç analizi sonucunda; 64 deney grubu ve 64 kontrol grubu olacak şekilde hesaplanmış olup, bu tür çalışmalarda % 5 kayıp oranı da eklendiğinde bu çalışmada 140 bireye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma için gerekli örneklem sayısına ulaşmak amacıyla çalışmaya katılan kadınlar aracılığıyla kartopu yöntemiyle ulaşılan yeni katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama sürecinde 110 kişi ile ilk görüşmeler yapılmış olup, 90 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiş, ancak süreç içerisinde üç kişi kanser tanısı alması, iki kişi menstrüal kanama yaşaması ve bir kişi müdahale sırasında grup çalışmasına devam etmediğinden çalışma dışında kalmışlardır. Dahil etme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan müdahale grubuna katılmayı kabul edenler müdahale grubuna ve kontrol grubuna katılmayı kabul edenler kontrol gruplarına atanmıştır. Nisan 2022-Haziran 2023 arasında devam eden veri toplama sonucunda ulaşılan toplam 80 birey ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırma sonunda alınan örneklem büyüklüğünün yeterliliği için güç analizi tekrar yapılmıştır. Katılımcıların müdahale sonrasında değerlendirilen toplam MoCA puanları doğrultusunda (müdahale ve kontrol grupları puan ortalamaları sırasıyla $\bar{x} = 28.37 \pm 1.49$ ve $\bar{x} = 24.74 \pm 3.14$), araştırmanın etki büyüklüğü $d=1.47$ ve % 95 güven düzeyinde $(1-\alpha)$, araştırmanın gücü $(1-\beta)$ % 99 olarak hesaplandı. Katılımcıların müdahale sonrasında değerlendirilen toplam MÖYKÖ puanları doğrultusunda (müdahale ve kontrol grupları puan ortalamaları $\bar{x} = 113.59 \pm 23.95$ ve $\bar{x} = 108.36 \pm 40.19$), araştırmanın etki büyüklüğü $d=0.15$ ve % 95 güven düzeyinde $(1-\alpha)$, araştırmanın gücü $(1-\beta)$ % 10 olarak hesaplandı. Katılımcıların müdahale sonrasında değerlendirilen toplam DASS-42 puanları doğrultusunda (müdahale ve kontrol grupları puan ortalamaları sırasıyla $\bar{x} = 28.93 \pm 17.72$ ve $\bar{x} = 29.53 \pm 24.65$), araştırmanın etki büyüklüğü $d=0.02$ ve % 95 güven düzeyinde $(1-\alpha)$, araştırmanın gücü $(1-\beta)$ % 5 olarak hesaplandı. Yapılan güç analizlerine göre müdahale sonrası bulguların istatistiki gücü %5-99 arasında değişmektedir.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Son bir yıldır adet görmemiş olması,
- Postmenopoz on beş yıl içinde olması,
- Aktif hormon replasman tedavisi kullanmıyor olması,
- Telefon veya bilgisayar ile zoom uygulamasını kullanabiliyor olması.

Örneklem Dışlama Kriterleri

- Cerrahi yöntemlerle menopoza girmiş olması,
- Herhangi bir nörolojik/bilişsel tıbbi hastalığının olması,
- Kanseri tanısının olması,
- Menopoz başlangıcından önce şizofreni ve bipolar bozukluk tanısının olması,
- Çalışma başlangıcından itibaren herhangi bir psikoterapi desteği alıyor olması.

3.3.2 Nitel Boyuta Yönelik Örneklem

Araştırmanın nitel boyutunda örnekleme yöntemi olarak seçkisiz olmayan örneklem yöntemlerinden olan amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. dahil etme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ve bu kadınların sosyal çevresinden kar topu yöntemi ile ulaşılan kadınlar dahil edilmiştir. Araştırmanın nitel boyutu için odak grup görüşmelerine 28 kadın davet edilmiş olup, 11 katılımcı çeşitli nedenlerden planlanan saatlerde görüşmeye katılamadığından, grup görüşmeleri her grupta dört-beş kadın olacak şekilde 17 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı, bağımsız değişkenleri ve tanımlayıcı özellikleri araştırmanın soruları ve literatür önerileri doğrultusunda belirlenmiştir. Araştırmanın değişkenleri Şekil 5’de verilmiştir.

Bağımlı Değişken	Tanımlayıcı Özellikler
• Yaşam kalitesi • Bilişsel değişiklikler • Depresyon • Anksiyete • Stres	• Demografik özellikler (yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu, kullandığı ilaçlar, kimle yaşadığı, bakmakla yükümlü olduğu birinin varlığı) • Tıbbi özellikler (tıbbi/ruhsal hastalık varlığı, psikotrop ilaç kullanıp kullanmama, psikoterapi alıp almama, menarş yaşı, menopoz yaşı, histerektomi olma durumu)
Bağımsız Değişken	
• Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı grup müdahalesi	

Şekil 5. Araştırmanın değişkenleri

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Nicel Boyut

Çalışmanın nicel kısmında veri toplama araçları olarak; Sosyodemografik Veri Formu (EK 2) ve ön test-son test olarak katılımcıların menopozal değişiklik düzeylerini tespit etmek için Montreal Kognitif Değerlendirme Testi (MoCA) (EK 3), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) (EK 4), Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) (EK 5) kullanılmıştır.

3.5.1.1 Sosyodemografik Veri Formu

Bu form literatür doğrultusunda hazırlanan 16 sorudan oluşmaktadır (García et al. 2011, Keefer et al. 2005, Green et al. 2013 ve 2019, Conklin et al. 2020). Bu sorular; kadınların yaş, eğitim, medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kimle/kimlerle yaşadığı, bakmakla yükümlü olduğu birinin varlığı gibi demografik özellikleri, tıbbi/ruhsal hastalık varlığı, psikotrop ilaç kullanıp kullanmama, psikoterapi alıp almama, menarş yaşı, menopoz yaşı, histerektomi olma durumu, menopoz ile ilgili hastane rutinleri dışında sağlık sorunları nedeniyle son bir ayda bir veya daha fazla kez hastaneye gitme durumu, menopoz sürecinin başından bu yana ev içinde kaza ve yaralanma yaşama durumu, menopoza girdikten sonra sosyal ilişkilerinde değişiklik durumlarına ilişkin bilgilerdir (EK 2).

3.5.1.2 Montreal Kognitif Değerlendirme Testi (MoCA)

Sağlıklı bireylerde hafif düzeyde bilişsel problemler yaşayan kişileri hafif bilişsel bozukluktan ayırt etmek amacıyla geliştirilmiş hızlı bir tarama testidir. MoCA; Alzheimer, demans, obstrüktif uyku apnesi sendromu, obstrüktif akciğer hastalığı gibi farklı hasta gruplarında sıklıkla kullanılan bir bilişsel testtir. Ölçek, Nasreddine ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiş olup Türkçeye uyarlaması Selekler ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin aslının Cronbah Alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuş, Türkçe uyarlanmasının Cronbah Alfa katsayısı ise 0.81 olarak hesaplanmıştır. MoCA'da, iz sürme, şekil çizme, saat çizme, isimlendirme, bellek, dikkat, cümle tekrarı, sözel akıcılık, soyut düşünme ve gecikmeli hatırlama test edilir. Ölçekte görsel-mekânsal/yönetici işlevler, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme, bellek ve yönelim alt alanları bulunmaktadır. MoCA'nın uygulaması 10-15 dakika sürer. MoCA testinde bellek görevleri, kısa süreli bellekten geri çağırma, beş kelimeyi öğrenme denemeleri (2 kez) ve beş dakika sonra gecikmeli hatırlama (5 puan); görsel-41 mekansal beceri gerektiren görevler, saat çizme testi (3 puan) ve üç boyutlu küp kopyalama (1 puan); yürütücü işlevlere ait görevler, iz sürme testi-B formundan uyarlanmış ardışık rakam ve harf örüntülerini (1-A, 2-B, 3-C gibi) birleştirme (1 puan); sözel akıcılık (1 puan) ve iki maddeli soyut düşünme görevi (2 puan); dikkat, konsantrasyon ve çalışma belleği görevleri, ard arda çıkarma işlemi (3 puan) ve ileriye ve geriye doğru sayı uzamı (1'er puan); dile ilişkin görevler, görece daha az tanınan üç hayvan (aslan, gergedan, deve) resmini

adlandırma (3 puan), karmaşık iki cümleyi söz dizilimsel olarak tekrar etme (2 puan) ve son olarak zaman ve yer oryantasyonudur (6 puan). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30 en az puan ise 0'dır. 30 puan üzerinden değerlendirilen bu testte 21 puan ve üstü puanlar normal kabul edilir. Hafif bilişsel bozukluk tanısı için toplam MoCA kesme değeri 21 puan altı olarak kabul edilir (EK 3).

3.5.1.3 Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42)

Son bir hafta içinde belirtilen negatif duygusal durumların düzeyini belirlemede kullanılmaktadır. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 1995 yılında Lovibond & Lovibond tarafından geliştirilmiş ve 2006 yılında Uncu, Bayram ve Bilgel tarafından Türk toplumuna uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. DASS-42'de 14'ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır. Depresyon Ölçeği; kişisel duygularda olumsuzluk, bir işe başlamada isteksizlik ve yavaşlık, moral bozukluğu ve keder, insani değersizlik, zevk almama ve isteksizlik, gelecek hakkında olumsuz hissetmek, hayatın anlamsızlığı gibi duyguları değerlendirmektedir. Anksiyete Ölçeği; otonomik yanıtları, iskelet kası yanıtlarını, durumsal endişeleri değerlendirirken, Stres Ölçeği; gevşemede zorlanma, öfke nöbetleri, kolay öfkelenme ve kızgınlık, sabırsızlık ve tolerans eksikliği gibi durumları incelemektedir. Ölçek '0-hiçbir zaman, 1-bazen ve ara sıra, 2-oldukça sık, 3-her zaman' şeklinde dördümlük likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ters madde bulunmayan ölçeğin toplam puanları her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir. DASS- 42 ölçeğinin 5 alt grubu bulunmaktadır. Depresyon puanı; sıfır ile dokuz arası normal, 10-13 arası hafif, 14-20 arası orta, 21-27 arası ileri, 28 üzeri çok ileri düzeyi göstermektedir. Anksiyete puanı; sıfır ile yedi arası normal, sekiz ile dokuz arası hafif, 10-14 arası orta, 15-19 arası ileri, 20 üzeri çok ileri düzeyi göstermektedir. Stres puanı; 0 – 14 arası normal, 15-18 arası hafif, 19-25 arası orta, 26-33 arası ileri, 34 üzeri çok ileri düzeyi göstermektedir. Ölçeğin aslında Cronbach alfa değeri depresyon için 0.87, anksiyete için 0.69, stres için 0.89 olarak bulunmuştur (Lovibond & Lovibond 1995). Ölçeğin Türkçe versiyonunda Cronbach alfa değeri depresyon için 0.92, anksiyete için 0.86, stres için 0.88 olarak bulunmuştur (Uncu ve ark. 2010). DASS-42 ölçeğinin ülkemizde koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalara yönelik yapılan hemşirelik çalışmasında kullanıldığı bulunmuştur (Eren 2018) (EK 4).

3.5.1.4 Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Ölçek Hilditch, Lewis ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş ve 2007 yılında Kharbouch ve Şahin tarafından Türk toplumuna uyarlanıp, geçerlilik ve güvenilirliği saptanmıştır. Yirmi dokuz soru içeren likert tipteki ölçek, kadınların deneyimlerine dayalı psikometrik özelliklerle, menopoza sağlık durumuna özgü bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek menopoza özgü yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla ulusal ve uluslararası pek çok çalışmada kullanılmıştır

(Kharbouch ve Şahin 2007, Gözüyeşil 2014, García et al. 2011, Keefer et al. 2005, Green et al. 2013 ve 2019, Conklin et al. 2020).

Ölçek vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel olmak üzere dört alandan oluşmaktadır. Vazomotor alan (1-3.sorular) sıcak basması, gece terlemesi ve terlemenin varlığını ve şiddetini değerlendirmektedir. Psikososyal alan (4-10. sorular) sinirlilik, hafıza, üzgün ve neşesiz hissetme gibi sorularla bireysel psikolojik iyilik algısını ölçmektedir. Fiziksel alan (11-26. sorular), şişkinlik, gaz ağrısı, uyku sorunları, enerjide azalma, kilo alma, cilt değişiklikleri ve üriner sorunlar gibi genel semptomlar değerlendirmektedir. Cinsel alan ise (27-29. sorular), cinsel istekte değişiklik, cinsel ilişki sırasında vajinal kuruluk ve cinsellikten kaçınma gibi belirtileri araştırmaktadır. Ölçeğin aslında Cronbach alfa değeri vazomotor için 0.82, psikososyal için 0.81, fiziksel için 0.87, cinsel için 0.89 olarak bulunmuştur (Hilditch et al. 1996). Ölçeğin Türkçe versiyonunda Cronbach alfa değeri vazomotor için 0.73, psikososyal için 0.84, fiziksel için 0.88, cinsel için 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçek değerlendirilirken her bir madde yeniden ölçeklendirilir ve sonra maddelerin kendi alanları içinde ortalamaları alınır (Kharbouch ve Şahin 2007). MÖYKÖ de her bir alt alan puanı 1'den 8'e doğru sıralanmıştır. 1 puan o konuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığını gösterir. 2 puan o konunun var olduğunu, yaşandığını ancak hiç rahatsız edici olmadığını işaret eder. 3-8 arasındaki puanlar ise var olan sorunun şiddetini ve artan derecelerini gösterir (Kharbouch ve Şahin 2007) (EK 5).

3.5.2 Nitel Boyut

Çalışmanın nitel kısmında veri toplama aracı olarak; odak grup görüşmeleri için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Bu form araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında geliştirilen, menopoza sürecindeki kadınların menopoza sürecini, yaşadıkları değişiklikleri nasıl tanımladıkları ve anlamlandırdıklarına dair dört sorudan oluşmaktadır (EK 6).

3.6 Araştırmanın Planı ve Uygulanması

Çalışma, 8 Mart 2022-31 Temmuz 2023 arasında, nicel ölçümler, nitel değerlendirme ve müdahale olmak üzere üç aşama şeklinde yürütülmüştür (Şekil 6).

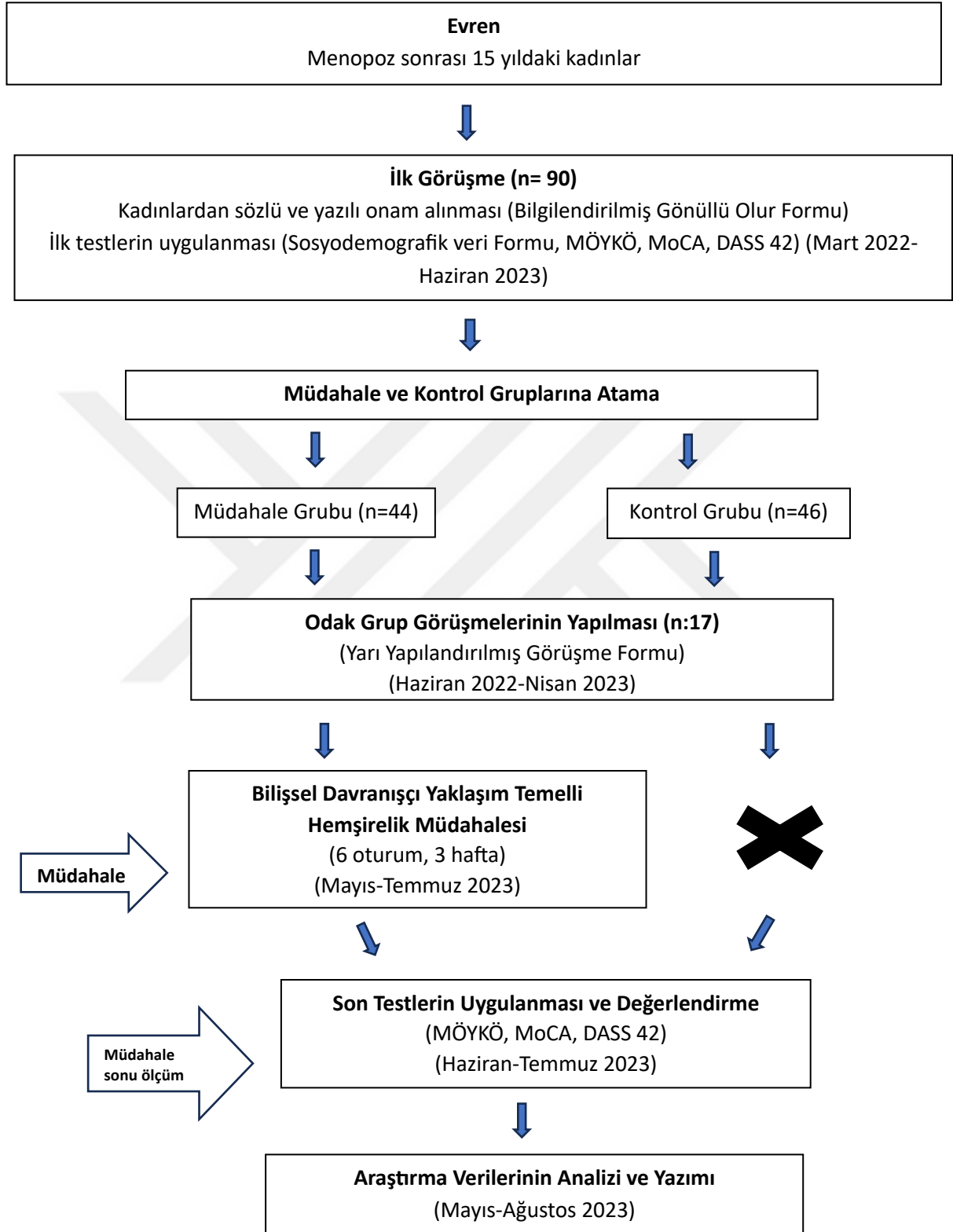
3.6.1 Nicel Ölçümler

Araştırmanın nicel aşamasına katılan katılımcılara (n=90) muayene için hastaneye geldiklerinde 09.00-17.00 saatleri arasında araştırmanın detayları (araştırmanın amacı, araştırmanın aşamaları, araştırmanın yararı ya da zararı olup olmadığı, mahremiyet, görüşmelerin araştırmada kullanımı için kayıt edileceği) açıklanmıştır, katılımcıların araştırmaya yönelik soruları yanıtlanmış olup, yaklaşık 10 dakika düşünme süresi verilerek ve katılımcıların sözlü ve yazılı onamları "*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu*" kullanılarak alınmıştır (EK 7). Aynı zamanda, katılımcılara istedikleri zaman araştırmayı

sonlandırabilecekleri söylenmiştir. Görüşmede katılımcılara çalışma süreci hakkında bilgi verilmesinin ardından müdahale grubuna katılmayı kabul edenler müdahale grubuna ve kontrol grubuna katılmayı kabul edenler kontrol gruplarına atanmıştır. Katılımcılardan odak grup görüşmeleri, müdahale gruplarının planlanması ve son değerlendirme için telefon numaraları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara nicel veri toplama araçları olan; *Sosyodemografik Veri Formu*, *MoCA*, *DASS-42*, *MÖYKÖ* ölçekleri yüz yüze uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulanması 25-45 dakika sürmektedir. Araştırmanın nicel aşaması için ilk testler (n=90) Mart 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

Müdahale aşaması bittikten sonra BDY temelli grup müdahalesinin etkisini değerlendirmek amacıyla müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılara *MoCA*, *DASS-42*, *MÖYKÖ* ölçekleri tekrar uygulanmıştır.





Şekil 6. Araştırmanın uygulama akış şeması

3.6.2 Nitel Değerlendirme

Çalışmada nitel yöntem olarak *hermenötik (yorumlayıcı) fenomenoloji* seçilmiş olup, veri toplama yöntemi olarak *odak grup görüşmesi yöntemi* uygulanmıştır. *Hermenötik (yorumlayıcı) fenomenoloji*, bireylerin yaşam deneyimlerini bir araç olarak kullanır ve bu deneyimlerin yaşandığı toplumsal, kültürel, siyasal ve tarihsel yapı içerisinde davranışları anlamaya/kavramaya çalışır. Olayın içinde yer alan anahtar kavramlar (temalar) yorumlanır ve paylaşılır (Erdoğan ve ark. 2018). Araştırmada tercih edilen odak grup görüşmesi tekniğinde sorulara verilen yanıtlar, gruptaki bireylerin birbirleri ile etkileşimleri sonucu oluşur. Gruptan bir bireyin verdiği yanıt, diğer bireyler tarafından duyulur ve onlara kendi düşüncelerini verilen bu yanıt çerçevesinde oluşturma fırsatı verir. Böylece, grup dinamikleri sorulara verilen yanıtların kapsamını ve derinliğini etkiler. Odak grup görüşmelerinin bu özelliği, aynı zamanda bu tür görüşmelerin zengin bir veri seti oluşturmaya yardımcı olması açısından da önemlidir. Bireysel görüşmelerde akla gelmeyecek bazı konular, grup görüşmelerinde diğer bireylerin açıklamaları çerçevesinde akla gelebilir ve ek yorumda bulunmak mümkün olabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2006).

Odak grup görüşmelerine katılmayı kabul eden katılımcılara telefon numaralarından ulaşılarak, odak grup görüşmelerinin zaman planlaması hakkında ön bilgilendirme yapılmıştır. Odak grup görüşmelerine her grupta yedi katılımcı olacak şekilde 28 kadın davet edilmiş olup, 11 katılımcı çeşitli nedenlerden planlanan saatlerde görüşmeye katılamadığından, grup görüşmeleri her grupta dört-beş katılımcı olacak şekilde 17 kişi ile tamamlanmıştır. Odak grup görüşmeleri çevrimiçi Zoom platformu kullanılarak, 1,5 saat sürecek şekilde, her bir grupta bir kez yapılmıştır. Grup görüşmelerine başlarken katılımcılardan görüşmelerin kaydedilmesi için sözlü onam alınarak görüşmeler veri transkripsiyonu amacıyla kaydedilmiştir. Grup görüşmeleri araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Görüşme sayısını belirlemede katılımcılardan menopoza sürecine dair yeni bir bilginin gelmesi belirleyici olmuştur. Odak grup görüşmelerinde nitel veriler Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK 6) kullanılarak kadınların menopoza sürecine ilişkin yaşantıları ve algıları, menopoza sürecinde meydana gelen fizyolojik, bilişsel, duygusal değişimlere dair deneyimleri ile ilgili bilgi alınmış olup, menopoza deneyimleri BDY kavramları ile tanımlanmıştır.

3.6.3 Müdahale

İlk görüşmede müdahale grubunda olmayı kabul eden katılımcılara telefon numaralarından ulaşılarak müdahale aşamasına uygunlukları devam eden kadınlara oturumların tarih ve saat bilgisi verilmiştir. Odak grup görüşmelerinin ardından elde edilen nitel veriler ışığında oluşturulan grup müdahalesine her grupta yedi katılımcı olacak şekilde 35 kadın davet edilmiş olup, 7 katılımcı çeşitli nedenlerden dolayı planlanan saatlerde görüşmeye katılamadığından, bir katılımcı da görüşmelerin yarısına

katılmadığından, müdahale uygulaması 27 kişi ile tamamlanmıştır. Müdahale uygulaması çevrimiçi Zoom uygulaması ile, Mayıs-Temmuz 2023 arasında yürütülmüştür. Müdahale aşaması araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Araştırmacı, Bilişsel Davranışçı Terapi eğitiminin teorik ve beceri aşamalarını 2020-2021 arasında, uluslararası akredite Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nden almış olup, süpervizyon aşamasındadır. Eğitimlerine dair katılım belgeleri ek olarak sunulmuştur (EK 14).

Hemşirelik müdahalesi, haftada iki kez, her bir oturum 1,5 saat şeklinde, 6 oturum olarak uygulanmıştır. Hemşirelik müdahalesinin uygulanmasında; oturumlar sırasında bilişsel davranışçı yöntemler (olay-düşünce-duygu-davranış formülasyonu, bilişsel egzersizler, sokratik sorgulama, kanıt inceleme, alternatif düşünce geliştirme), psikoeğitim ve ısınma oyunları uygulanmıştır. Oturumlar sırasında Bilişsel Davranışçı Yaklaşım (BDY) kapsamında olay-düşünce-duygu-fizyolojik tepki-davranış formülasyonunu anlatmak ve fizyolojik, bilişsel ve duygusal değişikliklerle ilgili formülasyonu uygulamak ve katılımcıların oturum sonrasında bilişsel egzersizleri uygulayabilmeleri amacıyla oturumlarda *Padesky 5 Komponentli BDY Formülasyon Formu (EK 8)* ve *Düşünce Kayıt Formu (EK 9)* kullanılmıştır. Müdahale oturumlarında kullanılan formlar uluslararası akredite Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin web sitesinden alınmıştır (www.bilisseldavranisci.org). Oturumlarda katılımcıların menopoz sürecinde yaşadıkları değişikliklerle etkili baş etmelerine yönelik nefes egzersizi ve progresif kas gevşetme egzersizi uygulanmıştır. İlk oturumlarda egzersizler araştırmacı tarafından yaptırılmış, oturumlar ilerledikçe her oturumda farklı bir katılımcı tarafından uygulanması yönünde desteklenmiştir. Katılımcılardan nefes ve gevşeme egzersizlerini evde de her gün aynı saatte ve sakin bir yerde uygulamaları istenmiştir. Bir sonraki oturum başlangıcında katılımcılara bilişsel egzersizleri ve nefes ve gevşeme egzersizlerini uygulayıp uygulamadıkları, uygularken zorlandıkları kısımlar değerlendirilmiştir. Müdahale aşamasındaki grup oturumlarının yapısı detaylı bir şekilde Ek 1.de gösterilmiştir.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

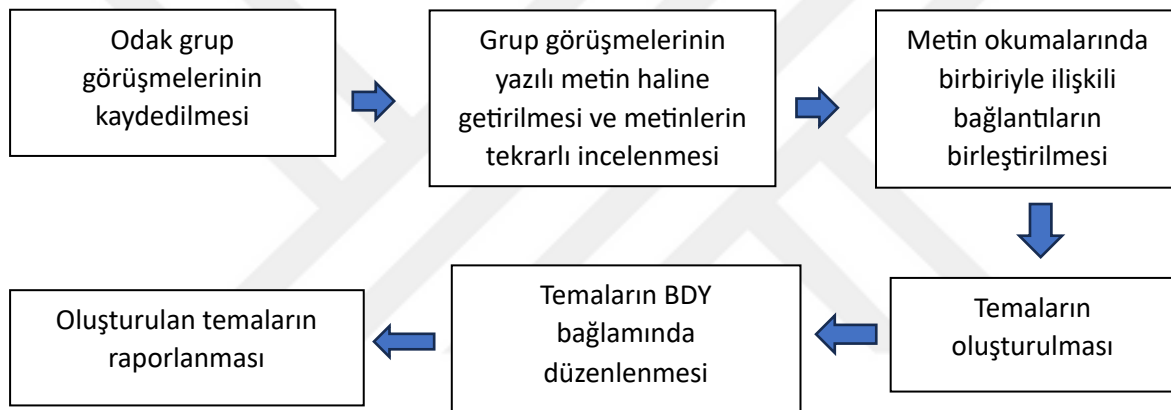
3.7.1 Nitel Verilerin Analizi

Araştırmacı tarafından, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'nda yer alan sorular aracılığıyla gerçekleştirilen odak grup görüşmelerinden elde edilen ve görüşmelerde kaydedilen nitel veriler eksiksiz ve olduğu gibi Microsoft Office Word kelime işlemci yazılımı kullanılarak bilgisayarda yazılı hale getirilmiştir. Nitel veri analizleri araştırmacılar (araştırmacı ve danışman) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Nitel verilerin analizinde; odak grup görüşmelerinden elde edilen, kadınların menopoz sürecini yaşantılamalarına ve meydana gelen değişimlere dair algılamaları ve yorumlamalarını içeren veriler BDY'da yer alan düşünce-duygu-davranış formülasyonuna göre *tematik analiz yöntemi* ile

değerlendirilmiştir. Tematik analiz; elde edilen verilerin daha önce belirlenen kavramsal çerçeveye ya da temalara göre düzenlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde okuyucuya sunulmasıdır. Tematik analiz; araştırma sorularından, araştırmanın kavramsal çerçevesinden yola çıkarak veri analizi için çerçeve oluşturulması, tematik çerçeveye göre verilerin işlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması şeklinde dört aşamada yapılır (Erdoğan ve ark. 2018).

Tematik analiz sonucunda; katılımcıların menopoza ilgili algılarına dair 5 tema oluşturulmuştur. Elde edilen temalar BDY yapısı açısından incelendiğinde; menopoza dair işlevsel olmayan düşüncelere ve algıya sahip olan katılımcıların duygularının olumsuz olarak yoğunluk gösterdiği ve etkili olmayan davranışlar uyguladıkları, işlevsel olan düşünce ve algılara sahip olan katılımcıların ise olumlu duygular hissettikleri ve değişikliklerle daha etkili baş ettikleri sonucu elde edilmiştir. (Nitel veri analizi Şekil 7’te verilmiştir.).



Şekil 7. Nitel veri analizi akış şeması

3.7.2 Nicel Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen nicel verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences 27.0) paket programı kullanılmıştır. Veri değerlendirilmesinde; müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri için merkezi eğilim ölçüleri (ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, çeyrekler arası genişlik), kategorik veriler için frekans dağılımları (sayı, yüzde) kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların müdahale öncesindeki ve sonrasındaki MÖYKÖ, MoCA ve DASS-42 ölçek puan ortalamalarının ayrı ayrı karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde Bağımsız Gruplarda t-testi, normal dağılım göstermeyen verilerde ise Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Müdahale veya kontrol grubunun müdahale uygulaması sonrasındaki MÖYKÖ, MoCA, ve

DASS-42 ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; bağımlı gruplarda t testi ya da Wilcoxon eşlenik/işaret testi kullanılmıştır.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama ve uygulama sürecinde bir takım zorluklar yaşanmıştır. Kadınların menopoz ile ilgili rutin tetkikler için hastaneye gelmemeleri, hastaneye başvurmalarının jineonkolojik bir sorun nedeniyle olmasından kaynaklı yeterli örneklem sayısına ulaşmada güçlük çekilmiştir. Katılımcıların bir kısmının ilk görüşme sürecinde menopoz döneminde olmalarına rağmen müdahale uygulaması başlangıcında tekrar kanamalarının başlamış olması veya onkolojik bir tanı almaları, araştırmaya ve grup çalışmasına katılmayı kabul eden katılımcıların çeşitli nedenlerden dolayı oturumlara dahil olmamaları uygulama sürecinde yaşanan zorluklardandır. Yeterli örneklem sayısına ulaşmada yaşanan güçlük nedeniyle katılımcılarla yapılan ilk görüşmede kadınların kendi uygunlukları açısından müdahale veya kontrol grubunda olmalarının belli olması, yani katılımcıların müdahale veya kontrol grubuna randomizasyonlarının yapılamaması araştırmada metodolojik açıdan sınırlılık oluşturmuştur. Müdahale sonrasında yapılan güç analizlerine göre müdahale sonrası bulguların istatistiki gücünün %5-99 arasında değiştiği belirlenmiştir. Güç analizinin düşük olduğu ölçümlerde tip II hata riski bulunmakta ve bu risk çalışmanın sonuçlarını zayıflatmaktadır.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Koç Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulları'ndan Ocak 2022 tarihli toplantıda 2022.005.IRB1.005 numarası ile izin alınmıştır (EK 10). Veri toplama için KUH'tan 14.02.22 tarihinde (EK 11), Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nden 26.05.22 tarihinde (EK 12), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nden ise 06.07.2022 tarihinde (EK 13) izin alınmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile onamları alınmıştır (EK 7). Katılımcılara verilerin ve bilgilerinin araştırmacılar tarafından gizli tutulacağı, yalnızca bilimsel araştırma amaçlı kullanılacağı, araştırmanın katılımcılara herhangi bir zarar vermeyeceği bilgisi verilmiştir. Görüşme kayıtları, harici bir diskte, uygulanan ölçekler ve formlar ise kapalı bir kutu içerisinde araştırmacının odasındaki kilitli bir dolapta saklı tutulmuştur.

Bölüm 4:

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan kadınların genel özellikleri ve bilişsel davranışçı yaklaşım temelli grup müdahalesinin menopozda olan kadınların bilişsel değişimlerine, yaşam kalitesine, depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisini incelemek amacıyla elde edilen bulgular sunulmuştur.

Araştırmanın bulguları karma yöntem araştırma metodolojisine uygun olarak 3 temel başlık altında sunulmuştur. Bu başlıklar aşağıdaki gibidir;

- Nicel Bulgular
- Nitel Bulgular
- Nicel ve Nitel Bulguların Birleştirilmesi

4.1 Nicel Bulgular**4.1.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri**

Çalışmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri ve müdahale ve kontrol grubunun bu özellikler açısından karşılaştırmaları Tablo 4.1’te verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların çoğunluğu evli (% 59.3, n: 16) olup, %48’i üniversite düzeyinde eğitime sahiptir. Kadınların % 70.4’ü (n: 19) gelir getiren bir işte çalışmakta olup 59.3’ü (n: 16) gelirini gidere ‘denk’ olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (% 51.9, n: 14) eşi ve çocuğuyla birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların çoğunluğunda (% 63, n: 17) kronik bir tıbbi hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların % 70.4’ü (n: 19) menopoza girdikten sonra ev kazası/yaralanma ‘yaşamadıklarını’ ve %63’ü sosyal ilişkilerinde değişim olmadığını (n: 17) belirtmişlerdir (Tablo 4.1).

Kontrol grubundaki kadınların çoğunluğu evli (% 71.7, n: 38) olup, %67.9’u (n: 36) lise ve üzeri eğitime sahiptir. Kadınların % 52.8’i (n: 28) gelir getiren bir işte çalışmakta olup, % 58.5’i (n: 31) gelirini gidere ‘denk’ olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (% 60.4, n: 32) eşi ve çocuğuyla birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların çoğunluğunda (% 60.4, n: 32) kronik bir tıbbi hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların % 88.7’si (n: 47) menopoza girdikten sonra ev kazası/yaralanma ‘yaşamadıklarını’ ve %67.9’u sosyal ilişkilerinde değişim olmadığını (n: 36) belirtmişlerdir (Tablo 4.1).

Müdahale grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının 53.89 ± 3.52 yıl olduğu, kontrol grubunun yaş ortalamasının 53.04 ± 4.38 yıl olduğu bulunmuştur. Müdahale grubundaki katılımcıların adet başlangıç

yaşı ortalaması 13.15±1.43, kontrol grubunun yaş ortalaması 13.15±1.35'dür. Müdahale grubundaki katılımcıların menopozy yılı ortalaması 4.56±3.25, kontrol grubunun menopozy yılı ortalaması 4.89±3.58'dir. Müdahale ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler, yaş, menstrüasyon başlangıç yaşı ve menopozy başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p<0.050) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (N= 80)

Tanıtıcı Özellik		N	%	Müdahale (n:27) n (%)	Kontrol (n:53) n (%)	X ²	p
Eğitim grupları	İlköğretim	19	23.8	2 (7.4)	17 (32.1)	7.459	.059
	Lise	21	26.3	7 (25.9)	15 (28.3)		
	Üniversite	28	35.0	13 (48.1)	14 (26.4)		
	Lisansüstü	12	15.0	5 (18.5)	7 (13.2)		
Medeni durum	Bekar	26	32.5	11 (40.7)	15 (28.3)	1.262	.261
	Evli	54	67.5	16 (59.3)	38 (71.7)		
Şu anda gelir getiren işte çalışma durumu	Evet	47	58.8	19 (70.4)	28 (52.8)	2.271	.132
	Hayır	33	41.3	8 (29.6)	25 (47.2)		
Gelir gider durumu	Az	21	26.3	6 (22.2)	15 (28.3)	0.590	.745
	Denk	47	58.8	16 (59.3)	31 (58.5)		
	Fazla	12	15.0	5 (18.5)	7 (13.2)		
Evde yaşadığı kişiler	Yalnız	7	8.8	3 (11.1)	4 (7.5)	0.668	.881
	Eş	10	12.5	4 (14.8)	6 (11.3)		
	Eş ve çocuk	46	57.5	14 (51.9)	32 (60.4)		
	Diğer	17	21.3	6 (22.2)	11 (20.8)		
Kronik tıbbi hastalık varlığı	Yok	31	38.8	10 (37.0)	21 (39.6)	0.050	.822
	Var	49	61.3	17 (63.0)	32 (60.4)		
Ev kazası/ yaralanma durumu	Hayır	66	82.5	19 (70.4)	47 (88.7)	4.153	.061
	Evet	14	17.5	8 (29.6)	6 (11.3)		
Sosyal ilişkilerde değişim durumu	Hayır	53	66.3	17 (63.0)	36 (67.9)	0.197	.657
	Evet	27	33.8	10 (37.0)	17 (32.1)		
				X̄±SS	X̄±SS	Z	p
Yaş				53.89±3.52	53.04±4.38	-.919	.358
Menstruasyon başlangıç yaşı				13.15±1.43	13.15±1.35	-.026	.979
Menopozy yılı				4.56±3.25	4.89±3.58	-.159	.874

X²: Ki-kare testi, Z: Mann-Whitney U Test, p=.050.

4.1.2 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi MOCA, MÖYKÖ ve DASS-42 Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Müdahale ve Kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesi MoCA, MÖYKÖ ve DASS-42 ölçek ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları Tablo 4.2’de yer almaktadır. Müdahale ile kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesi MoCA puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. BDY temelli grup müdahalesine katılan kadınların MoCA puan ortalaması, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur ($Z= 496.0$, $p=0.024$).

Müdahale grubundaki kadınlar ile kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesi MÖYKÖ Toplam, MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Psikososyal, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DASS-42 Toplam, DASS Stres, DASS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p> 0.05$)

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Değişken	Müdahale $\bar{X} \pm SS$	Kontrol $\bar{X} \pm SS$	Z	p
MoCA Toplam	26.37 $\pm$ 2.00	24.51 $\pm$ 3.27	496.00	.024
MÖYKÖ Toplam	104.07 $\pm$ 97.00	108.72 $\pm$ 39.45	778.00	.525
MÖYKÖ Vazomotor	12.26 $\pm$ 5.17	11.70 $\pm$ 6.05	699.00	.865
MÖYKÖ Psikososyal	23.00 $\pm$ 13.10	24.72 $\pm$ 11.75	766.00	.607
MÖYKÖ Fiziksel	59.67 $\pm$ 20.17	60.66 $\pm$ 22.05	749.00	.733
MÖYKÖ Cinsel	9.15 $\pm$ 6.26	11.64 $\pm$ 6.31	864.50	.125
DAS-42 Toplam	29.63 $\pm$ 21.68	29.89 $\pm$ 23.98	698.00	.859
DAS Stres	12.96 $\pm$ 9.03	13.19 $\pm$ 10.55	684.00	.748
DAS Anksiyete	7.85 $\pm$ 6.03	7.87 $\pm$ 6.76	700.00	.874
DAS Depresyon	8.89 $\pm$ 8.60	8.81 $\pm$ 8.92	694.50	.830

Z: Mann-Whitney U Test, $p=.050$.

4.1.3 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Sonrası MOCA, MÖYKÖ ve DASS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Müdahale ve Kontrol grubundaki kadınların müdahale sonrası MoCA, MÖYKÖ ve DASS-42 ölçek ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları Tablo 4.3’te yer almaktadır. Müdahale ile kontrol grubundaki kadınların müdahale sonrası MoCA puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. BDY temelli grup müdahalesine katılan kadınların MoCA puan ortalaması, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır ($Z= 182.0$, $p=0.001$).

Müdahale grubundaki kadınlar ile kontrol grubundaki kadınların müdahale sonrası MÖYKÖ Toplam, MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Psikososyal, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DAS-42 Toplam, DAS Stres, DAS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$)

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Sonrası MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Değişken	Müdahale $\bar{X} \pm SS$	Kontrol $\bar{X} \pm SS$	Z	p
MoCA Toplam	28.37±1.49	24.74±3.14	182.00	.001
MÖYKÖ Toplam	113.59±23.95	108.36±40.19	687.00	.772
MÖYKÖ Vazomotor	11.56±5.61	10.96±6.45	703.50	.902
MÖYKÖ Psikososyal	28.96±8.23	25.23±11.41	591.50	.207
MÖYKÖ Fiziksel	63.93±14.53	60.55±22.50	689.50	.791
MÖYKÖ Cinsel	9.15±6.02	11.62±6.33	872.00	.107
DAS-42 Toplam	28.93±17.72	29.53±24.65	663.00	.593
DAS Stres	12.74±6.95	13.04±10.53	667.00	.621
DAS Anksiyete	7.59±4.44	8.02±7.17	674.00	.672
DAS Depresyon	8.59±7.78	8.45±8.67	657.00	.551

Z: Mann-Whitney U Test, $p = .050$.

4.1.4 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MoCA, MÖYKÖ ve DASS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Müdahale grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası MoCA, MÖYKÖ ve DASS-42 ölçek ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları Tablo 4.4'te yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası MoCA puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z = -3.936$, $p = 0.001$). Buna göre müdahale çalışmasına katılan kadınların müdahale sonrası MoCA puanları (28.37 ± 1.49), öntest puanlarına (26.37 ± 2.00) göre daha yüksek bulunmuştur.

Müdahale grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası MÖYKÖ Psikososyal puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z = -2.771$, $p = 0.006$). Buna göre müdahale çalışmasına katılan kadınların son test MÖYKÖ Psikososyal puanları (28.96 ± 8.23), öntest puanlarına (23.00 ± 13.10) göre daha yüksek bulunmuştur.

Müdahale grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası MÖYKÖ Toplam, MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DAS-42 Toplam, DAS Stres, DAS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Değişken	Ön-test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$	Z	p
MoCA Toplam	26.37±2.00	28.37±1.49	-3.936	.001
MÖYKÖ Toplam	104.07±36.68	113.59±23.95	-1.851	.064
MÖYKÖ Vazomotor	12.26±5.17	11.56±5.61	-.762	.446
MÖYKÖ Psikososyal	23.00±13.10	28.96±8.23	-2.771	.006
MÖYKÖ Fiziksel	59.67±20.17	63.93±14.53	-1.601	.109
MÖYKÖ Cinsel	9.15±6.26	9.15±6.02	-.141	.887
DAS-42 Toplam	29.63±21.68	28.93±17.72	-.161	.872
DAS Stres	12.96±9.03	12.74±6.95	-.162	.872
DAS Anksiyete	7.85±6.03	7.59±4.44	-.344	.731
DASS Depresyon	8.89±8.60	8.59±7.78	-.216	.829

Z: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, p: .050

Kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası MoCA, MÖYKÖ ve DASS-42 ölçek ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları Tablo 4.5'te yer almaktadır. Kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası MoCA, MÖYKÖ Toplam, MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DAS-42 Toplam, DAS Stres, DAS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Değişken	Ön-test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$	Z	p
MoCA Toplam	24.51±3.27	24.74±3.14	-1.219	.223
MÖYKÖ Toplam	108.72±39.45	108.36±40.19	.190	.850
MÖYKÖ Vazomotor	11.70±6.05	10.96±6.45	-1.926	.054
MÖYKÖ Psikososyal	24.72±11.75	25.23±11.41	-1.091	.275
MÖYKÖ Fiziksel	60.66±22.05	60.55±22.50	-.313	.755
MÖYKÖ Cinsel	11.64±6.31	11.62±6.33	-.211	.833
DAS-42 Toplam	29.89±23.98	29.53±24.65	-.726	.468
DAS Stres	13.19±10.55	13.04±10.53	-.797	.426
DAS Anksiyete	7.87±6.76	8.02±7.17	-.316	.752
DAS Depresyon	8.81±8.92	8.45±8.67	-1.088	.277

Z: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, p: .050

4.1.5 Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MOCA, MÖYKÖ ve DASS-42 Puan Farklarının Karşılaştırması

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası MoCA, MÖYKÖ ve DASS-42 ölçek ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farklar Tablo 4.6'da yer almaktadır. Müdahale ve kontrol gruplarının müdahale sonrası ve öncesi MoCA puan farkı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($Z= 306.5, p=0.000$). BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MoCA değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır.

Müdahale sonrası ve öncesi arasındaki farklara ait MÖYKÖ Toplam puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z= 519.0, p=0.036$). Buna göre; müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrasındaki MÖYKÖ Toplam ölçümlerine ait farkların ortalaması (9.52 ± 27.47), kontrol grubunun ortalamasına (-0.36 ± 13.72) kıyasla daha yüksektir. BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MÖYKÖ Toplam değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır.

Müdahale sonrası ve öncesi arasındaki farklara ait MÖYKÖ Psikososyal alt boyutu puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z= 414.0, p=0.001$). Buna göre; müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrasındaki MÖYKÖ Psikososyal alt boyutu ölçümlerine ait farkların ortalaması (5.96 ± 9.75), kontrol grubunun ortalamasına (0.51 ± 4.44) kıyasla daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle, BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MÖYKÖ Psikososyal alt boyutu değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır.

Müdahale sonrası ve öncesi arasındaki farklara ait MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel DAS Toplam, DAS Depresyon, DAS Stres ve DAS Anksiyete puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Buna göre müdahale süresi boyunca katılımcıların vazomotor, fiziksel, cinsel, DAS Toplam, depresyon, anksiyete ve stres değerlerindeki değişim BDY temelli müdahaleye katılma ve katılmama durumuna göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Müdahale Öncesi ve Sonrası MÖYKÖ, MOCA, DAS-42 Puan Farklarının Karşılaştırması

Değişken	Müdahale $\bar{X} \pm SS$	Kontrol $\bar{X} \pm SS$	Z	p
MoCA Fark	2.00±1.77	0.23±1.23	306.50	.001
MÖYKÖ Toplam Fark	9.52±27.47	-0.36±13.72	519.00	.036
MÖYKÖ Vazomotor Fark	-0.70±4.98	-0.74±2.88	783.50	.445
MÖYKÖ Psikososyal Fark	5.96±9.75	0.51±4.44	414.00	.001
MÖYKÖ Fiziksel Fark	4.26±17.41	-0.11±8.91	546.50	.067
MÖYKÖ Cinsel Fark	0.00±4.64	-0.02±3.14	711.00	.957
DAS-42 Toplam Fark	-0.70±16.30	-0.36±7.69	718.50	.974
DAS Stres Fark	-0.22±6.65	-0.15±3.84	678.50	.687
DAS Anksiyete Fark	-0.26±5.57	0.15±2.55	806.00	.316
DAS Depresyon Fark	-0.30±6.04	-0.36±2.87	616.00	.273

Z: Mann-Whitney U Test, p=.050.

4.2 Nitel Bulgular

Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli grup müdahalesinin menopozda olan kadınların yaşam kalitesine, depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan karma yöntem araştırmasının nitel aşaması kapsamında yapılan odak grup görüşmeleri ile toplanan verilerden yedi ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlar: (1) Kadın cinsiyetiyle ilgili zorlukların yaşandığı, (2) ilişkileri olumsuz etkileyen, (3) Değişikliklerin olduğu ve hastalıkların başladığı bir süreç, (4) Doğal bir süreç, (5) Kişiyi kendine döndüren (self-observation), (6) Yeni baş etme stratejilerinin geliştirildiği ve (7) Özgürleştiren bir süreç olması şeklindedir. Bilişsel davranışçı yaklaşım çerçevesine göre temalar (düşünceler)-duygu-davranış formülasyonu şeklinde daha detaylı bir şekilde Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Temalar (Alt Temalar)-Duygular-Davranışlar

Tema	Alt Temalar	Duygular	Davranışlar
1. Kadın cinsiyetiyle ilgili zorlukların yaşandığı bir süreç	- Kadını eksiltir, kadınlık kaybedilir - Kadın anlaşılabilir - Kadın destek görmez, tek başına mücadele eder - Kadını 'menopozlu' olarak etiketler - Gizlenir, kısık sesle konuşulur	- Kayıp duygusu (Kadınlığın kaydedildiği) - Öfke - Üzüntü - Sabırsızlık - Yalnızlık - Utanç - Suçluluk	- Sosyal ortamlardan kaçınma - Sosyal içe (geri) çekilme
2.İlişkileri olumsuz etkileyen bir süreç	- Aile ilişkilerini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkiler - Uzun ve zor bir süreç		
3.Değişikliklerin olduğu ve hastalıkların başladığı bir süreç	Vücutta fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişiklikler olur, hastalıklar başlar		
4.Doğal bir süreç	- Doğal bir süreçtir. - Vücutta fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişiklikler olur	- Rahatlama - Temizlik, ferahlık - Özgürlük - Sabır - Dayanıklılık	- Menopozla ilgili kitap okumak - Müzik dinlemek - Diyet ve spor yapmak - Hobi kurslarına katılmak - Deneyimlerini diğer menopozal kadınlarla paylaşmak - İşte ve hayatta aktif kalmak
5.Kişiye kendine döndüren (self observation) bir süreç	- Kendini ihmal ettiğine dair farkındalık sağlar, kendiyi ilgilendirir, kendiyi zaman geçirmeye başlar - Kendisine iyi gelecek uğraşlar edindirir		
6.Yeni baş etme stratejilerinin geliştirildiği bir süreç	- Tıbbi ve tıbbi olmayan yöntemler denenir. - Yeni uğraşlar edinilir. - Stres kaynaklarından uzak durulur.		
7.Özgürleştiren bir süreç	Menstrüal kanamanın olmaması kadına rahat, temiz ve özgür hissettirir.		

4.2.1 Temalar ve Alt Temalar

Çalışmadan elde edilen veriler kadınların menopoza ilgili olumlu ve olumsuz bakış açılarına sahip olduklarını göstermiştir. Odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler doğrultusunda oluşturulan temalar, bilişsel davranışçı yaklaşıma temellendirilerek menopoza ilişkin işlevsel (olumlu) ve işlevsel olmayan (olumsuz) temalar olarak ele alınmıştır.

4.2.1.1 İşlevsel Olmayan (Olumsuz) Temalar

Kadınların menopoza dair işlevsel olmayan temaları; kadın cinsiyetiyle ilgili menopoza sürecinde zorlukların yaşandığı, sürecin fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişiklikleri içerdiği ve hastalıkların başladığı bir süreç olduğu, yaşanan değişikliklerin kadınların aileleriyle ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini olumsuz etkilediği şeklindedir. İşlevsel olmayan temalara sahip kadınlar; kayıp duygusu (kadınlığın kaydedildiği), öfke, üzüntü, sabırsızlık, yalnızlık, utanç, suçluluk gibi olumsuz duygular hissettiklerini ve sosyal ortamlardan kaçınma, sosyal içe (geri) çekilme gibi davranışlar gösterdiklerini paylaşmışlardır (Tablo 4.7). Temalar ve alt temaları başlıklar halinde aşağıda açıklanmıştır.

Tema 1: Kadın Cinsiyetiyle İlgili Zorlukların Yaşandığı Bir Süreç:

Menopoz sürecinin kadını eksiltten, kadınlığının kaybedildiği bir süreç olduğu, kadınların menopoz sürecinde anlaşılamadığı, menopoz süreci ve yaşanan zorluklarla genellikle tek başına mücadele etmek zorunda kaldıkları, kadınların menopoz sürecinde etiketlendikleri, menopoz sürecini gizlemek zorunda kaldıkları veya kısık sesle konuştukları bir süreç olduğu şeklindeki alt temaları içermektedir.

Alt tema 1: Kadını eksiltir, kadınlık kaybedilir

“Menopozda kadın olarak kendimizi eksik hissediyoruz, tam kadın değiliz, eksiğiz yani.” (E.T)

“Siz ne kadar kabullenseniz de dışardan gelen etkilerden dolayı sanki aciz, kadınlıktan yoksun gibi, artık kadınlığımızı dışarıya vuramayacakmış gibi hissediyoruz. Başlangıçta kadınlığımı kaybetmiş gibi hissettim.” (İ.B)

Alt tema 2: Kadın anlaşılamaz

“Hiç anlayış yok gerçekten, erkekler tarafından, çocuklarımız tarafından hatta menopoza yaşamayan diğer kadınlar tarafından da bize karşı hiç anlayış yok.” (E.T)

Alt tema 3: Kadın destek görmez, tek başına mücadele eder

Menopoz sürecinde destek görme ile ilgili bu alt temada bazı kadınlar destek göremediklerini ve yaşadıkları değişikliklerle tek başlarına mücadele etmek durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir.

“Yalnız ve tek başına mücadele etmenin verdiği sıkıntılar beni çok yordu menopozda.” (E.T)

“Hayatım hep savaşıarak geçti, menopoza girdiğimde de savaşımaya tek devam ettim çünkü danışacağım, omzuna yaslanacağım hiç kimse olmadı, tek başıma geçirdim menopozun zorlu sürecini.” (G.D)

“Tek başınasınız. Bu süreci tek başına atlatmak durumunda kalıyorum, çok zorlanıyorum, birine menopoza girdiğimi söylediğimde ‘Aaa gerçekten mi, genç yaşta, vah vah tüh tüh aman aman.’ Öyle bir hale geliyorsunuz ki, ya ne oluyor ben bittim mi öldüm mü falan diyesim geliyor bazen. Ya yok ben buradayım hâlâ kanlı canlı bir insanım.” (İ.B)

Bazı kadınlar ise, menopoz sürecinde eşlerinden destek gördüklerini ve bu desteğin kendilerine duygusal olarak iyi hissettirdiğini paylaşmışlardır.

“Eşimden destek almadım diyemeyeceğim, çünkü o da aynı zamanda bir kalp krizi yaşadı ve sağlıkla ilgili sorunlar yaşamaya başladı. Mesela eşim benim sıcak basması yaşadığımı, terlediğimi gördüğünde üzülerek bana yardım etmeye çalışan bir hali vardı, ama yapacağı bir şey yok yani. Onun o yaklaşımı psikolojimi rahatlattı biraz açıkçası. Eşimden de anlayış olmasaydı daha zor gelirdi o günler bana.” (S.T)

“Bu süreçte eşimden çok destek aldım, hatta öyle zamanlar oldu ki sıcak bastığında kalkıp bana yelpaze arayıp getirdiği zamanlar oldu. Senin için ne yapabilirim diye etrafımda döndüğü zamanlar oldu ve beraber yaşadık onunla bu süreci.” (S.Y)

Alt tema 4: Kadını ‘menopozlu’ olarak etiketler

Kadınlar menopoz sürecinde gerek kendileri gerekse sosyal çevreleri ve toplum tarafından çeşitli etiketlere maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

“Mesela bir şeye sinirleniyoruz, niye sinirliyiz menopozdan dolayı sinirliyiz, işte sebep olarak menopoza atfediyoruz. Çok sinirli olduğum dönemlerde canım bugün sinirli olmak istiyor diye söylediğim çok olmuştur ama altyapıda da hep düşünüyorum acaba menopoz sebebiyle mi sinirliyim diye.” (E.T)

“Menopozlu kadın diye bir şey var ya da bir şey oluyor mesela ‘Menopozda mısın, menopoza mı girdin?’ Evet girdim, ben buyum, evet menopoza girdim, zaten dünyanın bütün yükünü taşıyorum, üstüne bir de menopozum var.” (E.T)

“Artık erkek çocuklarım da biliyor menopozda olduğumu, sıcak basmalarım oluyor, artık diyorum anlayın beni rahat bırakın, ben menopozlu kadını, anneniz artık menopozlu, yapacak bir şey yok diyorum. (E.P)

Alt tema 5: Gizlenir, kısık sesle konuşulur

“Menopoz, herkesin içerisinde rahat bir şekilde konuşamadığı, “Aa, menopozdayım (kısık sesle)” diye kısık sesle konuştuğu bir dönem. Toplumun yüzde doksan dokuzu belki yüzde yüze yakın kısmı bunu rahat ifade edemiyor, ayıp, utanç verici, suç işlenmiş, gizlenmesi gereken bir şey gibi. Toplumsal baskıyla alakalı olarak ayıp geliyor insanlara, kanıyorsun ayıp, kanamıyorsun ayıp, kimseye söyleme.” (E.T)

“Geri planda hep yaşadıklarımızı, menopoza bastırmak ve susmak zorundayız, bizden beklenen bu. Bunun psikolojisi çok ağır geliyor biz kadınlara.” (İ.B)

“Hem eşimize, çocuğumuza bakıyoruz, aynı anda çalışıyoruz, eve bakıyoruz, kendimize bakmak zorundayız. Bir yandan da topluma karşı sorumluyuz, menopozumuz var yetmezmiş gibi ve bunu gizlemek zorundayız. (E.T)

Tema 2: İlişkileri Olumsuz Etkileyen Bir Süreç:

Kadınlar menopoz sürecinin uzun ve zorlu bir süreç olduğunu ve bu süreçte yaşadıkları değişikliklerin sosyal ilişkilerini ve aile hayatlarını etkilediğini ifade etmişlerdir.

Alt tema 1: Uzun ve zor bir süreçtir

“Menopozu kadınların yaşamında olan zor bir süreç olarak tanımlayabilirim. Her kadın zaten başıma gelecek ve bunu yaşayacağım diye düşünüyor.” (S.T)

“Değişikliklerin başlamasıyla bayağı bir zor geçti benim için bu üç yıl.” (G.D)

“Bu gerçekten çok zor bir dönem ve süreç çok uzun sürüyor. Bir de bunun öncesi var, erken menopozu var.” (E.T)

“İnsanlarla konuşurken bir anda sıcak basması, ter boşalması yaşıyorsunuz, konuşmanın ortasında ceketi çıkartma ihtiyacı oluyor. Baya bir sıkıntılı bir şeydi ama yapacak bir şey yok, olduysa bu şekilde yaşamak gerekiyor.” (S.Y)

- “Bazen o kadar bunaldığım zamanlar oldu ki böyle kaçıp her şeyden herkesten uzaklaşmak istedim. İnsan evladından kaçarmı, ondan dahi kaçma isteği duydum. Uzaklaşıp böyle hiç kimseyi görmeden, kendimi bir odaya kapatıp çıkmamak dahi istedim.” (İ.B)*
- “7-8 sene oldu, halen çok ağır bir şekilde geçiriyorum. Böyle de devam edecek herhalde, hiç azalmıyor, hatta çoğalıyor gibi geliyor bana. Yazı çok kötü geçiriyorum.” (S.E)*

Alt tema 2: Aile ilişkilerini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkiler

“Cinsel isteksizlik yaşadım, bu isteksizlik eşimle olan ilişkimde, evliliğimde farklı sorunlara neden oldu.” (İ.B)

“Menopoz döneminde dizimdeki sorunlardan dolayı yürüyememek, geceleri uyuyamamak sosyal hayat konforumu çok engelledi.” (S.B)

“Menopozla birlikte cinsel kuruluk yaşadım, bu açıdan eşimle cinsel ilişkimizi olumsuz etkileyen bir dönem oldu.” (T.A)

“Menopoz dönemi eşimin her yaptığı için bana batar olduğu, sık sık tartıştığımız bir dönem oldu benim için.” (A.K)

“Menopozdaki sıcak basmaları, aldığımız kilolar sosyal hayatımızı engelliyor, giyimimizi engelliyor.” (S.T)

Tema 3: Değişikliklerin Olduğu ve Hastalıkların Başladığı Bir Süreç:

Kadınlar menopoz sürecinde sıcak basmaları, terleme, uyku sorunları, ortopedik sorunlar gibi fizyolojik değişiklikler, hafıza, dikkat ve algılamayla ilgili bilişsel değişiklikler ve birtakım duygusal değişiklikler ifade etmişlerdir. Değişikliklerin yanı sıra kendileri için yeni hastalıkların başladığı bir dönem olduğunu paylaşmışlardır.

Alt tema: Vücutta fizyolojik, bilişsel, psikolojik değişiklikler olur, hastalıklar başlar

“Fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak tüm süreçlerde etkilendiğimi fark ettiğim bir süreç oldu. Konuşurken kelime bulmakta zorlandığım, sayıları unuttuğum, ateş basmaları olan, hızlı kilo aldığım, çabuk sinirlendiğim, eşimle cinsel anlamda sorunlar yaşadığım bir dönem oldu.” (T.A)

“Sağlık sorunlarının ön planda olduğu, sağlık sorunlarının görüldüğü bir süreç. İmmün sistemim çöktü gibi.” (S.B)

“Bir sürü problem hissediyorum, çok çabuk sinirlendiğimi hissediyorum. Aşırı kilo ve terlemekten rahatsızım yani bilmiyorum etrafa karşı yansıyor mu ama içten içten sürekli öflemekten, işte ara ara artan eklem ağrılarından şikayetçiyim.” (H.G)

“Kanamam çok olduğu için halsiz kaldım. Vücudumda çok aşırı bir kilo alma başladı, iştahım arttı. Gece mesela saat ikide uyanıyordum sanki hiç uyumamışım gibi hemen kalkıyorum, 2-3 saat tekrar uykuya dalamıyordum. Kovayla sıcak suyu döküp gitmiş gibi bir ateş basmaları oluyor. Ağrılar oluyor, haşimato rahatsızlığı çıktı bende yeni. Çok bunalım yani karamsar ve depresyona girme halleri de oldu bende mesela anksiyete oldu.” (S.T)

“Ciddi kanamalar, uzun süren hatta kesilmeyen 40 gün süren kanamalar, onlar çok bezdirmişti beni, kilo almak zorladı beni.” (N.A)

“Kilo aldım, kan değerlerim düştü, artık bayağı kötüydü, saçlarım dökülüyordu.” (F.C)

“Hormonlarım yükseldi, kilo aldım, gece başımdan kaynar sular dökülür gibi, uykudan uyandıran çok yoğun ateş basmaları oluyor, her akşam tatlı yiyecek kadar tatlı krizlerim oluyor.” (E.P)

4.2.1.2 İşlevsel (Olumlu) Temalar

Kadınların menopoza dair işlevsel temaları; menopozun değişiklikleri barındıran doğal bir süreç olduğu, kişiyi kendine döndüren, yeni baş etme davranışlarının geliştirildiği ve kadını özgürleştiren bir süreç olduğu şeklindedir. İşlevsel temalara sahip kadınlar; rahatlama, temizlik, ferahlık, özgürlük, sabır, dayanıklılık gibi daha olumlu duygular hissettiklerini ve yaşadıkları değişikliklerle etkili baş etme davranışlarında bulunduklarını paylaşmışlardır (Tablo 4.7). Temalar ve alt temaları başlıklar halinde aşağıda açıklanmıştır.

Tema 4: Doğal Bir Süreç

Kadınlar menopoz sürecinin pek çok değişikliğin yaşandığı, doğal bir fizyolojik süreç olduğunu paylaşmışlardır.

“Menopoz süreci ayıp, yasak ya da saçma bir şey değil, son derece doğal fizyolojik bir süreç. Ben çok rahat konuşabiliyorum, yüksek sesle söyleyebiliyorum menopozda olduğumu, çünkü bu benim fizyolojik yapımla, yaşımın alakalı olan bir şey.” (E.T)

“Menopoz da diğer dönemler gibi normal bir dönem. Saklamadım, her yerde söyledim, evet bir menopoz süreci yaşıyorum, olması gereken bu.” (S.Y)

Tema 5: Kişiyi Kendine Döndüren (Self-Observation) Bir Süreç

Kadınlar menopozun, daha öncesinde kendilerini ve sağlıkları ihmal ettiklerine dair farkındalık kazandırdığını, süreç ve zorluklarla baş etmek için kendilerine iyi gelecek yeni uğraşlar edindiren bir süreç olduğunu ifade etmişlerdir.

“Kendimi, sağlığımı çok ihmal etmişim, bunu görmüş oldum.” (S.B)

“Benim kendimi daha rahat gözlemleme şansım oldu. Biraz daha böyle kendime döndüğüm, kalabalıktan ziyade kendimle kalma isteğinin daha baskın olduğu bir süreç oldu benim için.” (T.A)

“Menopozla birlikte kendime bakmaya, kendimi dinlemeye başladım. Kendime döndüm. Kendime bakma fırsatı sağladı bana. Kendimi ihmal etmişim, ihmal etmek zorundaydım gibi.” (G.S)

“Menopoz, kendimize çok iyi bakmamız, öğrenmemiz gereken çok şeyin olduğu bir süreç. Bu zamana kadar kendime bakmadığımı fark ettim. Menopozla başladım kendime bakmaya. Birtakım şeyler kullanmam gerektiğini anladım. Böyle bir süreç olarak tarif edebilirim menopozu.” (S.T)

“Çok fazla kendime dönmüş oldum bu dönemde.” (S.Y)

“Ben daha çok kendime düşünmeye başladım, çünkü hep başkalarını düşünmüştüm hayatım boyunca hep onlar için uğraşmışım. Artık kendime daha çok vakit ayırmaya çalışıyorum. Menopoz süreci daha kendi değerimin, önemimin farkına vardığım bir süreç oldu.” (G.D)

“Kendimi çok ihmal ettiğimi fark ettim. Menopoz bana bunu gösterdi.” (A.K)

Tema 6: Yeni Baş Etme Stratejilerinin Geliştirildiği Bir Süreç

Kadınlar menopoz sürecinde yaşadıkları değişikliklerle baş etmek için yeni çözümler bulmaya çalıştıklarını, stress kaynaklarından uzak durmaya çalıştıklarını, yeni baş etme davranışları geliştirdiklerini belirtmişlerdir.

“Menopoz sıkıntıları sebebiyle çok sık doktora giden bir insanım. Bu süreci nasıl daha kolay aşarım, geçerim, nasıl konuşuyorum diye.” (E.T)

“Menopoz, ne yapabilirim de düşünmemiz gereken, kendimize çok iyi bakmamız gereken bir süreç. Birtakım şeyler kullanmam gerektiğini anladım.” (S.T)

“Menopoz hem sağlığıma hem bedenime ve hayatıma yönelik yeni çözümler bulmaya çalıştığım, farklı yollar, stress kaynaklarımdan uzaklaştığım, yeni destekler denediğim bir dönem oldu benim için.” (F.C)

Tema 7: Özgürleştiren Bir Süreç

Kadınlar menopoz sürecinde menstrüal kanamanın bitmesiyle özgürleştiklerini, temiz ve ferah hissettiklerini ifade etmişlerdir.

“Temizlik var artık, temiz, özgür hissediyorum kendimi.” (S.T)

“Bu dönemde bir yandan değişiklikler oluyor bizi zorluyor ama diğer taraftan da rahatlatıyor kadını, süper rahat bir şey bence artık adet kanamasının olmaması.” (N.A)

“Menopoz rahat mı rahat gerçekten, özgür hissediyorum kendimi, akıntım falan olmuyor, iç çamaşırlarım temiz kalıyor.” (E.P)

4.3 Nicel ve Nitel Bulguların Birleştirilmesi

Araştırma bulgularının bu kısmında karma yöntem araştırma sorusu olan; BDY temelli müdahale öncesinde katılımcılarla yapılan odak grup görüşmelerinden elde edilen, kadınların menopoza ilgili algılarının müdahale sonucunda bilişsel değişiklikler, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres değişkenlerine dair nicel bulguları nasıl açıkladığına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Odak grup görüşmelerinde kadınların menopoza dönemine ilişkin işlevsel olan ve olmayan temalara sahip oldukları belirlenmiştir. Bu temalar; kadın cinsiyetiyle ilgili menopoza sürecinde zorlukların yaşandığı, sürecin fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişiklikleri içerdiği ve hastalıkların başladığı bir süreç olduğu, yaşanan değişikliklerin kadınların aileleriyle ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini olumsuz etkilediği gibi işlevsel olmayan (olumsuz) temalar, menopozun değişiklikleri barındıran doğal bir süreç olduğu, kişiyi kendine döndüren, yeni baş etme davranışlarının geliştirildiği ve kadını özgürleştiren bir süreç olduğu gibi işlevsel (olumlu) temalar şeklindedir. Katılımcılar, çoğunlukla işlevsel olmayan temalara dair paylaşım yapmışlardır. Olumsuz temaların beraberinde olumsuz duygular hissettirdiğini ve etkisiz baş etme davranışları gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Öte yandan işlevsel bakış açısına sahip kadınlar ise olumlu duygusal tepkiler gösterdiklerini ve yaşadıkları değişikliklerle etkili bir şekilde baş ettiklerini paylaşmışlardır (Tablo 4.7).

Nitel kısımda elde edilen temalar, BDY'nin yapısında yer alan, kadınların menopoza ve değişikliklere dair bilişlerini oluşturmaktadır. BDY temelli oluşturulan hemşirelik müdahalesi ile kadınların menopoza ilişkin işlevsel olmayan bilişlerini (düşüncelerini/algılarını) daha işlevsel bilişlerle değiştirerek duygusal ve davranışsal tepkilerini değiştirmek, dolayısıyla kadınların menopoza sürecinde yaşadıkları bilişsel değişiklikleri, yaşam kaliteleri, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini iyileştirmek hedeflenmiştir.

Bilişlerin işlevsel olanlarla değiştirilmesiyle kadınların yaşadıkları bilişsel değişiklik düzeyinde iyileşmeler olması mümkündür. Müdahale sonucunda yapılan nicel ölçümler; BDY temelli grup müdahalesine katılan kadınların MoCA puan ortalamasının, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasından daha yüksek olduğunu göstermiştir ($Z= 182.0$, $p=0.001$) (Tablo 4.3). Müdahale ve kontrol gruplarının müdahale sonrası ve öncesi MoCA puan farkı ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($Z= 306.5$, $p=0.000$). Buna göre, BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MoCA değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır (Tablo 4.6).

BDY temelli müdahale ile kadınların olumsuz algılarının olumlu olanlara dönüştürülmesinin kadınların yaşadıkları duygusal değişikliklerin düzeyinin azalmasını ve yaşam kalitelerinin artmasını sağlayabilir. Müdahale sonrasında yapılan ölçümlerde; müdahale çalışmasına katılan kadınların müdahale sonrası yaşam kalitesi alt boyutu olan MÖYKÖ Psikososyal puanları, müdahale öncesi puanlarına göre daha

yüksek bulunmuştur ($Z = -2.771$, $p = 0.006$) (Tablo 4.4). Müdahale sonrası ve öncesi arasındaki farklara ait MÖYKÖ Psikososyal alt boyutu puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z = 414.0$, $p = 0.001$). Buna göre, BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MÖYKÖ Psikososyal alt boyutu değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır (Tablo 4.6). benzer şekilde, müdahale sonrası ve öncesi arasındaki farklara ait MÖYKÖ Toplam puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z = 519.0$, $p = 0.036$). Buna göre; müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrasındaki MÖYKÖ Toplam ölçümlerine ait farkların ortalaması, kontrol grubunun ortalamasına kıyasla daha yüksektir. BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MÖYKÖ Toplam değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır (Tablo 4.6).

Odak grup görüşmelerinden elde edilen menopoza dair algılar/temaların işlevsel olanlarla değiştirilmesini, dolayısıyla duygusal ve davranışsal tepkilerin değiştirilmesini hedefleyen BDY temelli hemşirelik müdahalesinin kadınların bilişsel değişimleri, duygusal değişiklikleri ve yaşam kaliteleri üzerinde etkili bir müdahale olduğu söylenebilir.

Bölüm 5:

TARTIŞMA

Bu bölümde, BDY temelli hemşirelik müdahalesinin araştırmaya katılan menopoz dönemindeki kadınların bilişsel değişimlerine, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisini incelemek amacıyla elde edilen bulgular nicel kısım ve nitel kısım başlıkları şeklinde tartışılmıştır.

5.1 Nicel Kısım

Bu kısımda; BDY temelli hemşirelik müdahalesinin kadınların bilişsel değişimlerine, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi ile ilgili nicel bulgular tartışılmıştır.

5.1.1 BDY Temelli Müdahalenin Katılımcıların MÖYKÖ, MoCA, DAS-42 Puanlarına Etkisine İlişkin Tartışma

Çalışmamızda müdahale ile kontrol grubundaki kadınların son test MoCA puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. BDY temelli grup müdahalesine katılan kadınların MoCA puan ortalaması, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı zamanda; müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test MoCA puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre, müdahale çalışmasına katılan kadınların son test MoCA puanları, öntest puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda; BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MoCA değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır. Literatürde BDY ile yapılan çalışmalarda; BDY temelli müdahalelerin bilişsel değişikliklere etkisinin incelenmediği, müdahalenin öncelikli olarak sıcak basması ve gece terlemeleri gibi vazomotor değişikliklere, ikincil olarak da depresyon, anksiyete gibi psikolojik değişikliklere ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği görülmüştür. Bu bağlamda; BDY temelli bu müdahale çalışmamız hemşirelik müdahalesinin menopozdaki kadınların bilişsel değişimlerine etkisini inceleyen ilk çalışma olma özelliğindedir. Bununla birlikte; bilişsel değişikliklerde görülen iyileşme kadınların yaşam kalitesinin artmasıyla ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda; müdahale sonrası ve öncesi arasındaki farklara ait MÖYKÖ Toplam puan ortalamalarının müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre; müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrasındaki MÖYKÖ Toplam ölçümlerine ait farkların ortalaması, kontrol grubunun ortalamasına kıyasla daha yüksektir, bu demektir ki müdahaleye katılan katılımcıların yaşam kalitesindeki iyileşme, kontrol grubuna göre daha fazladır. Literatürde BDY temelli yapılan çalışmaların sonuçları da çalışmamızın yaşam kalitesine olumlu etkisini desteklemekte olup, bu çalışmalarda müdahalenin kadınların yaşam kalitelerini artırdığı saptanmıştır (Keefer, et al. 2005, Garcia et al. 2011, Ayers et al. 2012, Duijts et al. 2012, Green et al. 2013

ve 2019, Atema et al. 2019, Kalmbach et al. 2019, Conklin et al. 2020, Fenlon et al. 2020). Ayrıca Ayers ve ark. çalışmasında (2012); grup formatında uygulanan BDY temelli müdahalenin bireysel ve internet destekli kendi kendine yardım şeklindeki formatlarına göre kadınların yaşam kalitesinde daha fazla iyileşme etkisi olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda müdahale öncesi ve sonrası şeklinde iki ölçüm yapılmış, müdahalenin uzun dönem etkisine yönelik takip ölçümü yapılmamıştır. Literatürde takip ölçümlerinin yapıldığı çalışmalarda, BDY temelli müdahalenin yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerinin 9 ve 20 haftalık takip ölçümlerinde de devam ettiği tespit edilmiştir (Ayers et al. 2012, Mann et al. 2012, Duijts et al. 2012, Green et al. 2013 ve 2019, Atema et al. 2019, Kalmbach et al. 2019, Conklin et al. 2020, Fenlon et al. 2020).

Çalışmamızda müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test MÖYKÖ Psikososyal puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre müdahale çalışmasına katılan kadınların son test MÖYKÖ Psikososyal puanları, öntest puanlarına göre daha yüksektir. Bununla birlikte, BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MÖYKÖ Psikososyal alt boyutu değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır. Literatürde yer alan, BDY temelli müdahalenin kadınların depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik değişikliklerine etkisini inceleyen çalışmalar da çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Çalışmalarda BDY temelli müdahalenin kadınların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azalttığı, bu etkilerin takip ölçümlerinde devam ettiği bulunmuştur (Garcia et al. 2011, Ayers et al. 2012, Mann et al. 2012, Chilcot et al. 2014, Green et al. 2013 ve 2019, Conklin et al. 2019, Fenlon et al. 2020, Yee et al. 2022).

Çalışmamızda müdahale grubu ile kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DAS-42 Toplam, DAS Stres, DAS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Buna göre müdahale süresi boyunca katılımcıların vazomotor, fiziksel, cinsel, DAS Toplam, depresyon, anksiyete ve stres değerlerindeki değişim BDY temelli müdahaleye katılma ve katılmama durumuna göre farklılaşmamaktadır. Literatürde bu bulgulara dair farklı sonuçlar yer almaktadır. BDY temelli müdahalenin kadınların depresyon, anksiyete düzeylerini azalttığı (Garcia et al. 2011, Ayers et al. 2012, Mann et al. 2012, Chilcot et al. 2014, Green et al. 2013 ve 2019, Conklin et al. 2019, Fenlon et al. 2020, Yee et al. 2022), sıcak basması, terleme, uyku ve cinsellik gibi fizyolojik değişikliklerin sıklığını ve yoğunluğunu azalttığı saptanmıştır. Çalışmalarda BDY temelli müdahalenin yüzyüze veya çevrimiçi kendi kendine yardım şeklinde uygulanmasının sonuçları değiştirmediği de tespit edilmiştir (Duijts et al. 2012, Ayers et al. 2012, Mann et al. 2012, Green et al. 2013, Hardy et al. 2018, Atema et al. 2019, Kalmbach et al. 2019, Fenlon et al. 2020). Ancak çalışmalarda oturumların haftada bir oturum şeklinde yapılmış olduğu görülmektedir. Çalışmamızın oturumlarının haftada iki kez olmasının sonuçları bu şekilde etkileyebileceği düşünülebilir.

5.2 Nitel Kısım

Bu kısımda; odak grup görüşmelerinden elde edilen, kadınların menopoza dair algılarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

5.2.1 Katılımcıların Menopoz Sürecine Dair Algılarına İlişkin Tartışma

Çalışmamızın nitel kısmı kapsamında yapılan odak grup görüşmelerinden yedi ana tema ortaya çıkmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular veriler kadınların menopoza ilgili olumlu ve olumsuz bakış açılarına sahip olduklarını göstermiştir. Bu temalar bilişsel davranışçı yaklaşım çerçevesine göre işlevsel (olumlu) ve işlevsel olmayan (olumsuz) temalar olarak gruplandırılmıştır. Kadınların menopoza dair işlevsel olmayan temaları; kadın cinsiyetiyle ilgili menopoz sürecinde zorlukların yaşandığı, sürecin fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişiklikleri içerdiği ve hastalıkların başladığı bir süreç olduğu, yaşanan değişikliklerin kadınların aileleriyle ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini olumsuz etkilediği şeklindedir. İşlevsel olmayan temalara sahip kadınlar; kayıp duygusu (kadınlığın kaydedildiği), öfke, üzüntü, sabırsızlık, yalnızlık, utanç, suçluluk gibi olumsuz duygular hissettiklerini ve sosyal ortamlardan kaçınma, sosyal içe (geri) çekilme gibi davranışlar gösterdiklerini paylaşmışlardır. Literatürde yer alan sonuçlar çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Kadınların yaşlanma ile ilişkilendirerek menopoza olumsuz değerlendirdikleri (Minkin et al. 2019), sıcak basması ve gece terlemesine yönelik sevimsiz, saçma ve eksiltici oldukları, sosyal bağlamda 'utanç verici ve ayıp' olduğu, bunların hiç bitmeyeceği ve kontrol edilemeyeceği ve insanı bezdirdiğine dair otomatik düşünceleri ve inançları olduğu (Rendall et al. 2008, Hunter et al. 2009 ve 2011, Ayers et al. 2012), menopozun kadınlığın kaybedildiği (Jurgenson et al. 2014) ve kadın kimliğine ilişkin tehdit olduğu (Yazdkhasti et al. 2019), bilgi ve anlayış eksikliği içerdiği, değişikliklere bağlı korku yarattığı ve yaşlanma ile ilişkilendirildiği (Jurgenson et al. 2014), olumsuz tutumların yüksek menopozal belirti şiddeti ile ilişkili olduğu (Marvan et al. 2013), menopozun olumsuz sonuçları olduğunu düşünen kadınların olumsuz duygusal ifadeleri daha fazla ifade etme eğiliminde oldukları (Brown et al. 2018), duygusal olarak utanç, anksiyete hissettikleri, endişelendikleri ve hayal kırıklığı yaşadıkları ve davranışsal olarak ise serinlemeye çalıştıkları, aktivite ve durumlardan, diğer kişilerle iletişimden kaçındıkları bulunmuştur (Rendall et al. 2008, Hunter et al. 2009 ve 2011, Ayers et al. 2012).

Çalışmamızda kadınların menopoza dair işlevsel temaları; menopozun değişiklikleri barındıran doğal bir süreç olduğu, kişiyi kendine döndüren, yeni baş etme davranışlarının geliştirildiği ve kadını özgürleştiren bir süreç olduğu şeklinde bulunmuştur. İşlevsel temalara sahip kadınlar; rahatlatma, temizlik, ferahlık, özgürlük, sabır, dayanıklılık gibi daha olumlu duygular hissettiklerini ve yaşadıkları

değişikliklerle etkili baş etme davranışlarında bulunduklarını paylaşmışlardır. Literatür bulguları çalışmamızın bulgularıyla benzer şekildedir. Çalışmalarda; menopo  döneminin kadınların yaşamında büyük bir geçişin ve değişimlerin işareti olduğu, pek çok kadın için bu değişimin özgürleştirici olduğu, onları çocuk doğurma kaygılarından ve üreme organlarıyla ilgili ağrı ve rahatsızlıklardan kurtardığı (Minkin et al. 2019), menopo un doğal bir süreç olduğu (Lindh-Astrand et al. 2007, Kartine ve Hikmah 2007, Çiftçili et al. 2009, Ilankoon et al. 2021) ve yaşamın gelişimsel bir aşaması olduğu (Lindh-Astrand et al. 2007), daha iyi iç huzur sağlayarak bilgeliğin gelişmesinde kadınlar için gizli bir fırsat olduğu (Yazdkhasti et al. 2019), menstrüasyonun olmamasının kadınlar tarafından temizlik, olgunluk, rahatlık ile tanımlandığı (Çiftçili et al. 2009) belirlenmiştir. Pimenta ve ark. çalışmasında (2011); menopo daki kadınların % 28.3'ünün menopo u yaşam döngüsünün normal bir aşaması olarak gördükleri, % 58.7'si menstrüasyonun kesilmesini en yaygın olumlu sonuç, % 18.3'ü psikolojik değişikliklerin yaşanmasının en sık dile getirilen olumsuz sonuç olduğu belirlenmiştir. Kadınların menopo a yönelik tutumlarının yer aldığı 24 kalitatif çalışmanın incelendiği sistematik derlemede; kadınların menopo u kayıp ve kazançla karakterize edilen bir dönem olarak algıladıkları da saptanmıştır (Hoga et al. 2015).

Bölüm 6:

SONUÇ VE ÖNERİLER**6.1 Sonuçlar****Nicel Kısım İçin;**

- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların MoCA, MÖYKÖ ve DAS-42 puan ortalamaları kadınların tanımlayıcı özelliklerine, yaşına, menstrüasyon başlangıç yaşına ve menopoz başlangıç yaşına göre farklılık göstermemiştir.
- Kadınların ön test MoCA puanları müdahale ile kontrol grubu arasında farklılık göstermiş, BDY temelli grup müdahalesine katılan kadınların MoCA puan ortalaması, kontrol grubundakilerin puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınların ön test MÖYKÖ Toplam, MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Psikososyal, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DASS-42 Toplam, DASS Stres, DASS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları müdahale ile kontrol grubu arasında farklılık göstermemiştir.
- Kadınların son test MoCA puanları müdahale ile kontrol grubu arasında farklılık göstermiş, grup çalışmasına katılan kadınların MoCA puan ortalaması, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasından daha yüksek saptanmıştır.
- Kadınların son test MÖYKÖ Toplam, MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Psikososyal, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DASS-42 Toplam, DASS Stres, DASS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları müdahale ile kontrol grubu arasında farklılık göstermemiştir.
- Müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test MoCA puan ortalamaları farklılık göstermiş, müdahale çalışmasına katılan kadınların son test MoCA puanları, öntest puanlarına göre daha yüksek belirlenmiştir.
- Müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test MÖYKÖ Psikososyal puan ortalamaları farklılık göstermiş, müdahale çalışmasına katılan kadınların son test MÖYKÖ Psikososyal puanları, öntest puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur.
- Müdahale grubundaki kadınların ön test ve son test MÖYKÖ Toplam, MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DAS-42 Toplam, DAS Stres, DAS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları farklılık göstermemiştir.
- Kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test MoCA, MÖYKÖ Toplam, MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel, DAS-42 Toplam, DAS Stres, DAS Anksiyete ve DAS Depresyon puanları farklılık göstermemiştir.

- Müdahale ve kontrol gruplarının son test ve ön test MoCA puan farkı ortalamaları farklılık göstermiş, BDY temelli müdahaleye katılan kadınların MoCA değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır.
- Son test ve ön test arasındaki farklara ait MÖYKÖ Toplam puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında farklılık göstermiştir. BDY temelli müdahaleye katılan kadınların MÖYKÖ Toplam değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır.
- Son test ve ön test arasındaki farklara ait MÖYKÖ Psikososyal alt boyutu puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında farklılık göstermiştir. BDY temelli müdahaleye katılan katılımcıların MÖYKÖ Psikososyal alt boyutu değerlerindeki artış, kontrol grubuna göre daha fazladır.
- Son test ve ön test arasındaki farklara ait MÖYKÖ Vazomotor, MÖYKÖ Fiziksel, MÖYKÖ Cinsel DAS Toplam, DAS Depresyon, DAS Stres ve DAS Anksiyete puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları arasında farklılık göstermemiştir. Müdahale süresi boyunca katılımcıların vazomotor, fiziksel, cinsel, DAS Toplam, depresyon, anksiyete ve stres değerlerindeki değişim BDY temelli müdahaleye katılma ve katılmama durumuna göre farklılaşmamaktadır.

Nitel Kısım İçin;

- Çalışmada menopoza dair yedi ana tema elde edilmiştir. Bu temalar bilişsel davranışçı yaklaşım çerçevesine göre işlevsel (olumlu) ve işlevsel olmayan (olumsuz) temalar olarak gruplandırılmıştır. Kadın cinsiyetiyle ilgili menopoz sürecinde zorlukların yaşandığı, sürecin fizyolojik, bilişsel ve psikolojik değişiklikleri içerdiği ve hastalıkların başladığı bir süreç olduğu, yaşanan değişikliklerin kadınların aileleriyle ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini olumsuz etkilediği temaları işlevsel olmayan temalardır. İşlevsel olmayan temalara sahip kadınlar; kayıp duygusu (kadınlığın kaydedildiği), öfke, üzüntü, sabırsızlık, yalnızlık, utanç, suçluluk gibi olumsuz duygular hissetmekte ve sosyal ortamlardan kaçınma, sosyal içe (geri) çekilme gibi davranışlar göstermektedir.
- Menopozun değişiklikleri barındıran doğal bir süreç olduğu, kişiyi kendine döndüren, yeni baş etme davranışlarının geliştirildiği ve kadını özgürleştiren bir süreç olduğu şeklindeki temalar işlevsel temalardır. İşlevsel temalara sahip kadınlar; rahatlama, temizlik, ferahlık, özgürlük, sabır, dayanıklılık gibi daha olumlu duygular hissetmekte ve yaşadıkları değişikliklerle etkili baş etme davranışlarında bulunmaktadır.

6.2 Öneriler

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Menopoz dönemindeki kadınlarla çalışan hemşirelerin, BDY temelli hemşirelik müdahalesini menopozun ortaya çıkardığı değişiklikleri kadınların etkili yönetmelerinde kullanmaları önerilebilir.
- BDY temelli hemşirelik müdahalesinin, kadınların menopoz döneminde yaşadıkları değişiklikleri etkili yönetmeleri için hastane ortamında ve birinci basamak sağlık hizmetleri verilen ortamlardaki sağlık bakım prosedürlerine ve danışmanlık hizmetlerine entegre edilmesi önerilebilir.

Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler

- Çalışma sonucunda değişikliğin olmadığı diğer değişkenler açısından da fark yaratması düşünülerek bu konuyla ilgili diğer çalışmalarda müdahale süresinin daha uzun tutularak yapılması önerilebilir.
- Benzer örneklem gruplarında BDY temelli müdahalenin etkililiğini değerlendirmek amacıyla tekrar ölçümlerinin yapılacağı gelecek çalışmaların yürütülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

(IMS), I. M. S. (2015). *What Comes to Mind: Menopause and the Ageing Brain*

Prevention is key to reducing memory loss as women age. International Menopause Society (IMS).

Retrieved 2023 from

Abdelaziz, E. M., Elsharkawy, N. B., & Mohamed, S. M. (2022). Efficacy of Internet-based cognitive behavioral therapy on sleeping difficulties in menopausal women: A randomized controlled trial. *Perspect Psychiatr Care*, 58(4), 1907-1917. <https://doi.org/10.1111/ppc.13005>

Ahuja, M. (2016). Age of menopause and determinants of menopause age: A PAN India survey by IMS. *J Midlife Health*, 7(3), 126-131. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.191012>

Allen, L. A., Dobkin, R. D., Boohar, E. M., & Woolfolk, R. L. (2006). Cognitive behavior therapy for menopausal hot flashes: two case reports. *Maturitas*, 54(1), 95-99.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2005.12.006>

AMY J. VOEDISCH, M., MS, NCMP,* , REBECCA DUNSMOOR-SU, M., NCMP,†, & JENNIFER KASIRSKY, M., FACOG. (2021). Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*, Volume 64(Number 3), 528–554.

Atema, V., van Leeuwen, M., Kieffer, J. M., Oldenburg, H. S. A., van Beurden, M., Gerritsma, M. A., Kuenen, M. A., Plaisier, P. W., Lopes Cardozo, A. M. F., van Riet, Y. E. A., Heuff, G., Rijna, H., van der Meij, S., Noorda, E. M., Timmers, G. J., Vrouwenraets, B. C., Bollen, M., van der Veen, H., Bijker, N., . . . Aaronson, N. K. (2019). Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*, 37(10), 809-822.

<https://doi.org/10.1200/JCO.18.00655>

Atema, V., van Leeuwen, M., Kieffer, J. M., Oldenburg, H. S. A., van Beurden, M., Hunter, M. S., & Aaronson, N. K. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy aimed at alleviating treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer survivors: Moderators and mediators of treatment effects. *Maturitas*, 131, 8-13.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.007>

Avis, N. E., Crawford, S. L., & Green, R. (2018). Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 45(4), 629-640.

<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.005>

- Ayers, B., & Hunter, M. S. (2013). Health-related quality of life of women with menopausal hot flushes and night sweats. *Climacteric*, 16(2), 235-239.
<https://doi.org/10.3109/13697137.2012.688078>
- Ayers, B., Smith, M., Hellier, J., Mann, E., & Hunter, M. S. (2012). Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial. *Menopause*, 19(7), 749-759.
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31823fe835>
- Balabanovic, J., Ayers, B., & Hunter, M. S. (2012). Women's experiences of Group Cognitive Behaviour Therapy for hot flushes and night sweats following breast cancer treatment: an interpretative phenomenological analysis. *Maturitas*, 72(3), 236-242.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.03.013>
- Balabanovic, J., Ayers, B., & Hunter, M. S. (2013). Cognitive behaviour therapy for menopausal hot flushes and night sweats: a qualitative analysis of women's experiences of group and self-help CBT. *Behav Cogn Psychother*, 41(4), 441-457.
<https://doi.org/10.1017/S1352465812000677>
- Barati, M., Akbari-Heidari, H., Samadi-Yaghin, E., Jenabi, E., Jormand, H., & Kamyari, N. (2021). The factors associated with the quality of life among postmenopausal women. *BMC Womens Health*, 21(1), 208. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01361-x>
- Berger, G., & Forster, E. (2001). An Australian study on the sociocultural context of menopause: directions for contemporary nursing practice. *Contemp Nurse*, 11(2-3), 271-282.
<https://doi.org/10.5172/conu.11.2-3.271>
- Bharti Kalra, S. K., Saptarshi Bhattacharya, Atul Dhingra. (2018). Menopause distress: A person centered definition. *J Pak Med Assoc*, 70(12-B), 2481-2482.
- Brown, L., Brown, V., Judd, F., & Bryant, C. (2018). It's not as bad as you think: menopausal representations are more positive in postmenopausal women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 39(4), 281-288. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1368486>
- Caliskan Pala, S., Unsal, A., Arslantas, D., Ocal, E. E., & Dagtekin, G. (2022). Evaluation of depression, social support and quality of life in perimenopausal and postmenopausal women in semi-rural Turkey. *Psychogeriatrics*, 22(5), 679-687. <https://doi.org/10.1111/psyg.12870>
- Chang, Y. C., Hu, W. Y., & Chang, Y. M. (2021). Cognitive-Behavioral Therapy to Alleviate Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Women With Breast Cancer: A Systematic Review. *Cancer Nurs*, 44(5), 411-418. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000827>

- Chilcot, J., Norton, S., & Hunter, M. S. (2014). Cognitive behaviour therapy for menopausal symptoms following breast cancer treatment: Who benefits and how does it work? *Maturitas*, 78(1), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.01.007>
- Col, N. F., Guthrie, J. R., Politi, M., & Dennerstein, L. (2009). Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study. *Menopause*, 16(3), 453-457. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31818d414e>
- Conklin, D. Y., Goto, T., Ganocy, S., Loue, S., LaGrotta, C., Delozier, S., Brownrigg, B., Conroy, C., D'Arcangelo, N., Janes, J., Ogede, D., & Sajatovic, M. (2019). Manualized cognitive behavioral group therapy to treat vasomotor symptoms for women diagnosed with mood disorders. *J Psychosom Res*, 128, 109882. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109882>
- Demiralp, M., & Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 132-139.
- Devezer, C., Yılmaz, O. (2019). Bilişsel Davranışçı Grupla Psikolojik Danışmanın Otomatik Düşünceler ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlara Etkisi. *Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 13-31.
- Donegan, E., Frey, B. N., McCabe, R. E., Streiner, D. L., Fedorkow, D. M., Furtado, M., & Green, S. M. (2022). Impact of the CBT-Meno protocol on menopause-specific beliefs, dysfunctional attitudes, and coping behaviors. *Menopause*, 29(8), 963-972. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002003>
- Duijts, S. F., Oldenburg, H. S., van Beurden, M., & Aaronson, N. K. (2009). Cognitive behavioral therapy and physical exercise for climacteric symptoms in breast cancer patients experiencing treatment-induced menopause: design of a multicenter trial. *BMC Womens Health*, 9, 15. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-9-15>
- Duijts, S. F., van Beurden, M., Oldenburg, H. S., Hunter, M. S., Kieffer, J. M., Stuiver, M. M., Gerritsma, M. A., Menke-Pluymers, M. B., Plaisier, P. W., Rijna, H., Lopes Cardozo, A. M., Timmers, G., van der Meij, S., van der Veen, H., Bijker, N., de Widt-Levert, L. M., Geenen, M. M., Heuff, G., van Dulken, E. J., . . . Aaronson, N. K. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *J Clin Oncol*, 30(33), 4124-4133. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.41.8525>
- Dwyer, J. B., Aftab, A., Radhakrishnan, R., Widge, A., Rodriguez, C. I., Carpenter, L. L., Nemeroff, C. B., McDonald, W. M., Kalin, N. H., Biomarkers, A. P. A. C. o. R. T. F. o. N., & Treatments. (2020). Hormonal Treatments for Major Depressive Disorder: State of the Art. *Am J Psychiatry*, 177(8), 686-705. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.19080848>

- El Khoudary, S. R., Greendale, G., Crawford, S. L., Avis, N. E., Brooks, M. M., Thurston, R. C., Karvonen-Gutierrez, C., Waetjen, L. E., & Matthews, K. (2019). The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*, 26(10), 1213-1227. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001424>
- El Khoudary, S. R., Wildman, R. P., Matthews, K., Thurston, R. C., Bromberger, J. T., & Sutton-Tyrrell, K. (2013). Progression rates of carotid intima-media thickness and adventitial diameter during the menopausal transition. *Menopause*, 20(1), 8-14. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3182611787>
- Ertem, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 469-483.
- Fenlon, D., Maishman, T., Day, L., Nuttall, J., May, C., Ellis, M., Raftery, J., Turner, L., Fields, J., Griffiths, G., & Hunter, M. S. (2020). Effectiveness of nurse-led group CBT for hot flushes and night sweats in women with breast cancer: Results of the MENOS4 randomised controlled trial. *Psychooncology*, 29(10), 1514-1523. <https://doi.org/10.1002/pon.5432>
- Fuh, J. L., Wang, S. J., Lee, S. J., Lu, S. R., & Juang, K. D. (2006). A longitudinal study of cognition change during early menopausal transition in a rural community. *Maturitas*, 53(4), 447-453. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2005.07.009>
- Ghazanfarpour, M., Kaviani, M., Abdollahian, S., Bonakchi, H., Najmabadi Khadijeh, M., Naghavi, M., & Khadivzadeh, T. (2015). The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol*, 31(11), 860-865. <https://doi.org/10.3109/09513590.2015.1056138>
- Gökkaya, F., Zorluoğlu, E., Işık, İ., Önkür, B., Bozdemir, T., Kızıltan, R., Mıh, C., Salıkyüz, S., & Deniz, C. (2020). Türkiye’de Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, Psikodrama ve Sanat Terapisi Kullanılarak Yapılmış Etkililik Çalışmalarının İncelenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(2), 258-273. <https://doi.org/10.18863/pgy.569156>
- Gordon, J. L., Rubinow, D. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Xia, K., Schmidt, P. J., & Girdler, S. S. (2018). Efficacy of Transdermal Estradiol and Micronized Progesterone in the Prevention of Depressive Symptoms in the Menopause Transition: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 149-157. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3998>
- Gracia, C. R., & Freeman, E. W. (2018). Onset of the Menopause Transition: The Earliest Signs and Symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 45(4), 585-597. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.002>
- Green, S. M., Donegan, E., Frey, B. N., Fedorkow, D. M., Key, B. L., Streiner, D. L., & McCabe, R. E. (2019). Cognitive behavior therapy for menopausal symptoms (CBT-Meno): a randomized

controlled trial. *Menopause*, 26(9), 972-980.

<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001363>

Green, S. M., Haber, E., McCabe, R. E., & Soares, C. N. (2013). Cognitive-behavioral group treatment for menopausal symptoms: a pilot study. *Arch Womens Ment Health*, 16(4), 325-332.

<https://doi.org/10.1007/s00737-013-0339-x>

Greenblum, C. A., Rowe, M. A., Neff, D. F., & Greenblum, J. S. (2013). Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life.

Menopause, 20(1), 22-27. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31825a2a91>

Gurka, M. J., Vishnu, A., Santen, R. J., & DeBoer, M. D. (2016). Progression of Metabolic Syndrome Severity During the Menopausal Transition. *J Am Heart Assoc*, 5(8).

<https://doi.org/10.1161/JAHA.116.003609>

Hardy, C., Griffiths, A., Norton, S., & Hunter, M. S. (2018). Self-help cognitive behavior therapy for working women with problematic hot flushes and night sweats (MENOS@Work): a multicenter randomized controlled trial. *Menopause*, 25(5), 508-519.

<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001048>

Henderson, V. W., Guthrie, J. R., Dudley, E. C., & Burger, H. G. D., L. (2003). Estrogen exposures and memory at midlife: a population-based study of women. *Neurology*, 60, 1369-1371.

Hiçdurmaz, D. (2010). *BİLİŞSEL-DAVRANIŞCI GRUP DANIŞMANLIĞININ*

BENLİK ALGISI VE STRESLE BAŞ ETME

BİÇİMLERİNE ETKİSİ Hacettepe Üniversitesi]. Ankara.

Hoga, L., Rodolpho, J., Goncalves, B., & Quirino, B. (2015). Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIS Database System Rev Implement Rep*, 13(8),

250-337. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1948>

Hogervorst, E., Craig, J., & O'Donnell, E. (2022). Cognition and mental health in menopause: A review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 81, 69-84.

<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.10.009>

Hooper, S. C., Marshall, V. B., Becker, C. B., LaCroix, A. Z., Keel, P. K., & Kilpela, L. S. (2022). Mental health and quality of life in postmenopausal women as a function of retrospective menopause symptom severity. *Menopause*, 29(6), 707-713.

<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001961>

Hunter, M., & Rendall, M. (2007). Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 261-274. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.001>

- Hunter, M., & Smith In Collaboration With The British Menopause Society, M. (2017). Cognitive Behaviour Therapy (CBT) for menopausal symptoms: Information for GPs and health professionals. *Post Reprod Health*, 23(2), 83-84. <https://doi.org/10.1177/2053369117711636>
- Hunter, M., & Smith, M. (2014). Managing hot flushes and night sweats: a cognitive behavioural approach to menopause. *Routledge*
- Hunter, M. S. (2021). Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms. *Climacteric*, 24(1), 51-56. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1777965>
- Hunter, M. S., & Chilcot, J. (2021). Is cognitive behaviour therapy an effective option for women who have troublesome menopausal symptoms? *Br J Health Psychol*, 26(3), 697-708. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12543>
- Hunter, M. S., & Mann, E. (2010). A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *J Psychosom Res*, 69(5), 491-501. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.005>
- Ibrahim, Z. M., Ghoneim, H. M., Madny, E. H., Kishk, E. A., Lotfy, M., Bahaa, A., Taha, O. T., Aboelroose, A. A., Atwa, K. A., Abbas, A. M., & Mohamed, A. S. I. (2020). The effect of menopausal symptoms on the quality of life among postmenopausal Egyptian women. *Climacteric*, 23(1), 9-16. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1656185>
- 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. *Exp Aging Res*, 46(4), 359-366. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2020.1776020>
- Kalarhoudi, M., Taeibi, M., Sadat, Z., SaBer, F. (2011). Assessment of Quality of Life in Menopausal Periods: A Population Study in Kashan, Iran. *Iran Red Crescent Med J*, 13(11), 811-817.
- Kalmbach, D. A., Cheng, P., Arnedt, J. T., Cuamatzi-Castelan, A., Atkinson, R. L., Fellman-Couture, C., Roehrs, T., & Drake, C. L. (2019). Improving Daytime Functioning, Work Performance, and Quality of Life in Postmenopausal Women With Insomnia: Comparing Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, Sleep Restriction Therapy, and Sleep Hygiene Education. *J Clin Sleep Med*, 15(7), 999-1010. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7882>
- Keefer, L., & Blanchard, E. B. (2005). A behavioral group treatment program for menopausal hot flashes: results of a pilot study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 30(1), 21-30. <https://doi.org/10.1007/s10484-005-2171-1>
- Lee, B. G., & Lee, H. (2023). Health-related quality of life associated with coexisting chronic conditions in postmenopausal women. *Health Care Women Int*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/07399332.2023.2197846>

- Lobo, R. A., Davis, S. R., De Villiers, T. J., Gompel, A., Henderson, V. W., Hodis, H. N., Lumsden, M. A., Mack, W. J., Shapiro, S., & Baber, R. J. (2014). Prevention of diseases after menopause. *Climacteric*, 17(5), 540-556. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.933411>
- Lobo, R. A., & Gompel, A. (2022). Management of menopause: a view towards prevention. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 10(6), 457-470. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00269-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00269-2)
- Makara-Studzinska, M. T., Kryś-Noszczyk, K. M., & Jakiel, G. (2014). Epidemiology of the symptoms of menopause - an intercontinental review. *Prz Menopauzalny*, 13(3), 203-211. <https://doi.org/10.5114/pm.2014.43827>
- Mann, E., Smith, M., Hellier, J., & Hunter, M. S. (2011). A randomised controlled trial of a cognitive behavioural intervention for women who have menopausal symptoms following breast cancer treatment (MENOS 1): trial protocol. *BMC Cancer*, 11, 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-44>
- Mann, E., Smith, M. J., Hellier, J., Balabanovic, J. A., Hamed, H., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2012). Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 13(3), 309-318. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70364-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70364-3)
- Marvan, M. L., Castillo-Lopez, R. L., & Arroyo, L. (2013). Mexican beliefs and attitudes toward menopause and menopausal-related symptoms. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 34(1), 39-45. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.761194>
- McCurry SM, G. K., Morin CM, et al. . (2016). Telephone-based CBT reduced insomnia severity more than menopause education in menopausal women. *JAMA Intern Med.*, 176, 913-920. <https://doi.org/10.7326/ACPIJ-2016-165-4-030>
- Minkin, M. J. (2019). Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 46(3), 501-514. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.04.008>
- 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. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>
- Nazarpour, S., Simbar, M., Dodel Andarvar, K., Jafari Torkamani, Z., & Alavi Majd, H. (2022). The relationship between body image and quality of life in postmenopausal women: A correlational cross-sectional study. *Health Care Women Int*, 43(10-11), 1181-1196. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1908290>
- Norton, S., Chilcot, J., & Hunter, M. S. (2014). Cognitive-behavior therapy for menopausal symptoms (hot flushes and night sweats): moderators and mediators of treatment effects. *Menopause*, 21(6), 574-578. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000095>

- Nunez-Pizarro, J. L., Gonzalez-Luna, A., Mezones-Holguin, E., Blumel, J. E., Baron, G., Bencosme, A., Benitez, Z., Bravo, L. M., Calle, A., Flores, D., Espinoza, M. T., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J. A., Martino, M., Lima, S., Monterrosa, A., Mostajo, D., Ojeda, E., Onatra, W., . . . Chedraui, P. (2017). Association between anxiety and severe quality-of-life impairment in postmenopausal women: analysis of a multicenter Latin American cross-sectional study. *Menopause*, 24(6), 645-652. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000813>
- Pae, C., Mandelli, L., Han, C., Ham, B., Masand, P. S., Patkar, A. A., Steffens, D. C., Ronchi, D. D., & Serretti, A. (2008). Do Estradiol levels influence on the cognitive function during antidepressant treatments in postmenopausal women with major depressive disorder? A comparison with pre-menopausal women. *Neuroendocrinology Letters*, 29(4).
- Park, H., & Kim, K. (2018). Depression and Its Association with Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women in Korea. *Int J Environ Res Public Health*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph15112327>
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Ramos, C. (2011). Representations and perceived consequences of menopause by peri- and post-menopausal portuguese women: a qualitative research. *Health Care Women Int*, 32(12), 1111-1125. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.603859>
- Politi, M. C., Schleinitz, M. D., & Col, N. F. (2008). Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 23(9), 1507-1513. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0655-4>
- Potter, B., Schrager, S., Dalby, J., Torell, E., & Hampton, A. (2018). Menopause. *Prim Care*, 45(4), 625-641. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.08.001>
- Randolph, J. F., Jr., Zheng, H., Sowers, M. R., Crandall, C., Crawford, S., Gold, E. B., & Vuga, M. (2011). Change in follicle-stimulating hormone and estradiol across the menopausal transition: effect of age at the final menstrual period. *J Clin Endocrinol Metab*, 96(3), 746-754. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-1746>
- Rendall, M. J., Simonds, L. M., & Hunter, M. S. (2008). The Hot Flush Beliefs Scale: a tool for assessing thoughts and beliefs associated with the experience of menopausal hot flushes and night sweats. *Maturitas*, 60(2), 158-169. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.05.001>
- Resnick, S. M., & Henderson, V. W. (2002). Hormone Therapy and Risk of Alzheimer Disease: A Critical Time. *JAMA*, 288(17).
- Samargandy, S., Matthews, K. A., Brooks, M. M., Barinas-Mitchell, E., Magnani, J. W., Janssen, I., Hollenberg, S. M., & El Khoudary, S. R. (2020). Arterial Stiffness Accelerates Within 1 Year of

- the Final Menstrual Period: The SWAN Heart Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 40(4), 1001-1008. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.119.313622>
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab*, 106(1), 1-15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>
- Schoenaker, D. A., Jackson, C. A., Rowlands, J. V., & Mishra, G. D. (2014). Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol*, 43(5), 1542-1562. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu094>
- Shifren, J. L., Gass, M. L., & Group, N. R. f. C. C. o. M. W. W. (2014). The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*, 21(10), 1038-1062. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000319>
- Shin, H., & Lee, E. (2020). [Factors influencing quality of life in post-menopausal women]. *Korean J Women Health Nurs*, 26(4), 336-345. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2020.11.14> (폐경 여성의 삶의 질 영향요인.)
- Soylu, C., & Topaloğlu, C. (2015). Bilişsel Davranışçı Terapide Ev Ödevi Uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 7(3), 280-288. <https://doi.org/10.5455/cap.20141029012248>
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (Vol. 15.Baskı). Sistem Ofset Matbaacılık.
- Taskiran, G., & Ozgul, S. (2021). Individual Characteristics Associated with Menopausal Symptom Severity and Menopause-Specific Quality of Life: A Rural Perspective. *Reprod Sci*, 28(9), 2661-2671. <https://doi.org/10.1007/s43032-021-00545-y>
- Tekinsav-Sütcü, S. (2015). Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Suppl 1). <https://doi.org/10.18863/pgy.70612>
- Thapa, P., & Thebe, P. (2021). Quality of life of postmenopausal women in rural area, Nepal. *Post Reprod Health*, 27(3), 151-157. <https://doi.org/10.1177/20533691211014741>
- The, N. H. T. P. S. A. P. (2017). The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 24(7), 728-753. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000921>
- Türkçapar, M. H. (2019). *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama* (11. Baskı ed.). Epsilon Yayınevi Ticaret ve Sanayi A.Ş.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.

- Weber, M. T., & Maki, P. M. (2014). Beliefs about hot flashes drive treatment benefit. *Menopause*, 21(6), 553-555. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000255>
- Weber, M. T., Rubin, L. H., Schroeder, R., Steffenella, T., & Maki, P. M. (2021). Cognitive profiles in perimenopause: hormonal and menopausal symptom correlates. *Climacteric*, 24(4), 401-407. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1892626>
- Ye, M., Shou, M., Zhang, J., Hu, B., Liu, C., Bi, C., Lv, T., Luo, F., Zhang, Z., Liang, S., Feng, H., Qian, C., Cao, S., & Liu, Z. (2022). Efficacy of cognitive therapy and behavior therapy for menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 52(3), 433-445. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005407>
- Zhou, H. H., Yu, Z., Luo, L., Xie, F., Wang, Y., & Wan, Z. (2021). The effect of hormone replacement therapy on cognitive function in healthy postmenopausal women: a meta-analysis of 23 randomized controlled trials. *Psychogeriatrics*, 21(6), 926-938. <https://doi.org/10.1111/psyg.12768>
- International Menopause Society (IMS). Menopause Terminology. (Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2023) <https://www.imsociety.org/education/menopause-terminology/>
- MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2004:CD002978. doi: 10.1002/14651858.CD002978.pub2
- Umland EM, Falconieri L. Treatment options for vasomotor symptoms in menopause: focus on desvenlafaxine. *Int J Womens Health* 2012; 4: 305-319. doi: 10.2147/IJWH.S24614
- Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;351:h6019. doi: 10.1136/bmj.h6019
- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al, Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-333. doi: 10.1001/jama.288.3.321
- The British Menopause Society (BMS). Cognitive Behaviour Therapy for Menopause Symptoms. Erişim tarihi: 20 Temmuz 2022. <https://thebms.org.uk/meeting/cognitive-behaviour-therapy-for-menopause-symptoms-280923/>

- Hunter MS, Smith M. Managing Hot Flashes and Night Sweats with Group CBT: An evidence-based treatment manual for health professionals. Routledge Taylor Francis 2015.
<https://thebms.org.uk/meeting/cognitive-behaviour-therapy-for-menopause-symptoms-280923/>
- Gold EB, Colvin A, Avis N, et al. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation. *Am J Public Health* 2006; 96(7): 1226–35.
- Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011; 38(3): 489–501.
- Butts SF, Freeman EW, Sammel MD, et al. Joint effects of smoking and gene variants involved in sex steroid metabolism on hot flashes in late reproductive-age women. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97(6): 1032–42.
- Sarrel P, Portman D, Lefebvre P, et al. Incremental direct and indirect costs of untreated vasomotor symptoms. *Menopause* 2015; 22: 260–66.
- Muka T, Oliver-Williams C, Colpani V, et al. Association of vasomotor and other menopausal symptoms with risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016; 11: e0157417.
- Jehan S, Masters-Isarilov A, Salifu I, et al. Sleep disorders in postmenopausal women. *J Sleep Disord Ther* 2015; 4(5): 1–7.
- Makarem N, St-Onge MP, Liao M, Lloyd-Jones DM, Aggarwal B. Association of sleep characteristics with cardiovascular health among women and differences by race/ethnicity and menopausal status: findings from the American Heart Association Go Red for Women Strategically Focused Research Network. *Sleep Health* 2019; 5: 501–08.
- Samargandy S, Matthews KA, Brooks MM, et al. Arterial stiffness accelerates within 1 year of the final menstrual period: the SWAN Heart Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2020; 40: 1001–08.
- West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, et al. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med* 2008; 168(13): 1441–9.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68: 394–424.

- Moser VA, Pike CJ. Obesity and sex interact in the regulation of Alzheimer's disease. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 67: 102–118.
- Beam CR, Kaneshiro C, Jang JY, Reynolds CA, Pedersen NL, Gatz M. Differences between women and men in incidence rates of dementia and Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2018; 64: 1077–1083.
- Weber MT, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause* 2012; 19: 735–41.
- Maki PM, Freeman EW, Greendale GA, et al. Summary of the National Institute on Ageing, sponsored conference on depressive symptoms and cognitive complaints in the menopausal transition. *Menopause* 2010; 17: 815–22
- Greendale GA, Huang MH, Wight RG, et al. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology*. 2009; 72(21): 1850-1857.
- Greendale GA, Wight RG, Huang M-H, et al. Menopause-associated symptoms and cognitive performance: results from the study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol* 2010; 171: 1214–24.
- Kok HS, Kuh D, Cooper R, et al. Cognitive function across the life course and the menopausal transition in a British birth cohort. *Menopause* 2006; 13: 19–27
- Fuh JL, Wang SJ, Lee SJ, Lu SR, Juan KD. A longitudinal study of cognition change during early menopausal transition in a rural community. *Maturitas* 2006; 53: 447–53
- Schaafsma M, Homewood J, Taylor A. Subjective cognitive complaints at menopause associated with declines in performance of verbal memory and attentional processes. *Climacteric* 2009; 13: 84–98
- Mitchell ES, Woods NF. Cognitive symptoms during the menopausal transition and early postmenopause. *Climacteric* 2011; 14: 252–61
- Mitchell ES, Woods NF. Midlife women's attributions about perceived memory changes: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *J Women's Health Gender Based Med* 2001; 10: 351–62
- Weber M, Mapstone M. Memory complaints and memory performance in the menopausal transition. *Menopause* 2009; 16: 694–700

- Brown JP, Gallicchio L, Flaws JF, Tracy JK. Relations among menopausal symptoms, sleep disturbance and depressive symptoms in midlife. *Maturitas* 2009; 62: 184-189. doi: 10.1016/j.maturitas.2008.11.019
- Timur S, Sahin NH. The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause* 2010; 17: 545-551. doi: 10.1097/gme.0b013e3181cf8997
- Freeman EW, Sammel MD, Sanders RJ. Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study. *Menopause* 2014; 21(9): 924–32.
- Georgakis MK, Kalogirou EI, Diamantaras AA, et al. Age at menopause and duration of reproductive period in association with dementia and cognitive function: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2016; 73: 224–43.
- Stute P, Spyropoulou A, Karageorgiou V et al. Management of depressive symptoms in peri-and postmenopausal women: EMAS position statement. *Maturitas* 2020; 131: 91–101.
- Wassertheil-Smoller S, Shumaker S, Ockene J, et al. Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. The Women's Health Initiative (WHI). *Arch Intern Med* 2004; 164: 289–98.
- Karsten J, Penninx BWJH, Verboom CE, Nolen WA, Hartman CA. Course and risk factors of functional impairment in subthreshold depression and anxiety. *Depress Anxiety* 2013; 30: 386-394. doi: 10.1002/da.22021
- Minkin MJ, Reiter S, Maamari R. Prevalence of postmenopausal symptoms in North America and Europe. *Menopause* 2015; 22 (11): 1231-1238.
- Rakibul Islam M, Gartoulla P, Bell RJ, Fradkin P, Davis SR. Prevalence of menopausal symptoms in Asian midlife women: a systematic review, *Climacteric*, 2015; 18 (2), 157-176, DOI: 10.3109/13697137.2014.937689
- Bairy L, Adiga S, Bhat P, Bhat R. Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 49: 106–109.
- Jafari F, Hadizadeh MH, Zabihib R, Ganji K. Comparison of depression, anxiety, quality of life, vitality and mental health between premenopausal and postmenopausal women. *Climacteric* 2014; 17: 660-665. doi: 10.3109/13697137.2014.905528

- Freeman EW, Sammel MD, Boorman DW, Zhang R. Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 36-43. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2819
- Bromberger J, Kravitz H, Chang Y, Cyranowski J, Brown C, Matthews K. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Psychol Med* 2011; 41: 1879-1888. doi: 10.1017/S003329171100016X
- Maglione JE, Ancoli-Israel S, Peter KW, et al. Subjective and objective sleep disturbance and longitudinal risk of depression in a cohort of older women. *Sleep* 2014; 37: 1-9. doi: 10.5665/sleep.3834
- World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life. Available at: <https://www.who.int/tools/whoqol>, Accessed: June 20, 2023.
- Utian WH, Woods NF. Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause* 2013; 20: 1098-1105.
- Eser E, Lagarlı T, Baydur H et al. EUROHIS (WHOQOL-8. Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Turk J Public Health* 2010; 8: 136.
- World Health Organization. (2021). Tools and toolkit/WHOQOL [cited 10 Jan 2021.] Available from URL: <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Shobeiri F, Jenabi E, Hazavehei SMM, Roshanaei G. Quality of life in postmenopausal women in Iran: a population-based study. *J Menopausal Med* 2016; 22: 31–38.
- Chang SR, Yang CF, Chen KH. Relationships between body image, sexual dysfunction, and health-related quality of life among middle-aged women: across-sectional study. *Maturitas* 2019; 126: 45-50. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.04.218
- Mohamed H, Lamadah S, Zamil L. Quality of life among menopausal women. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2014; 3: 552–61.
- Nisar N, Sohoo NA. Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: a hospital-based survey. *J Pakistan Med Assoc* 2009; 59: 752–6.
- Kharbouch SB, Sahin NH. Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007; 15 (59); 82-90.
- Grady D, Ettinger B, Tosteson ANA, et al. Predictors of difficulty when discontinuing postmenopausal hormone therapy. *Obstet Gynecol* 2003; 102(6): 1233–9. [PubMed: 14662209]

- Brunner RL, Aragaki A, Barnabei V, et al. Menopausal symptom experience before and after stopping estrogen therapy in the Women's Health Initiative randomized, placebo-controlled trial: Menopause 2010; 17(5): 946–54. Doi: 10.1097/gme.0b013e3181d76953. [PubMed: 20505547]
- Ockene JK, Barad DH, Cochrane BB, et al. Symptom experience after discontinuing use of estrogen plus progestin. J Am Med Assoc 2005; 294(2): 183–93. Doi: 10.1001/jama.294.2.183.
- Espen Gjelsvik B, Straand J, Hunskaar S, et al. Use and discontinued use of menopausal hormone therapy by healthy women in Norway: the Hordaland Women's Cohort study. Menopause 2014; 21(5): 459–68. Doi: 10.1097/GME.0b013e3182a11f2d. [PubMed: 23982111]
- Ness J, Aronow WS, Beck G. Menopausal symptoms after cessation of hormone replacement therapy. Maturitas 2006; 53(3): 356–61. Doi: 10.1016/j.maturitas.2005.06.008. [PubMed: 16051451]
- Gentry-Maharaj A, Karpinskyj C, Glazer C, et al. Use and perceived efficacy of complementary and alternative medicines after discontinuation of hormone therapy: a nested United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening cohort study. Menopause 2015; 22(4): 384–90. Doi: 10.1097/GME.0000000000000330. [PubMed: 25290539]
- Lethaby A, Hogervorst E, Richards M, et al. Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2008; (1); CD003122
- Minkin MJ, Giblin K. Manual of management counseling for the perimenopausal and menopausal patient: a clinician's guide. New York: Parthenon Publishing Group; 2004. p. 1–47.
- Weber L, Thacker HL. Paroxetine: a first for selective serotonin reuptake inhibitors - a new use: approved for vasomotor symptoms in postmenopausal women. Womens Health (Lond). 2014; 10(2): 147-154.
- Allam SA, Allen RH, Bachmann GA, et al. Menopause practice: a clinician's guide. 5th edition. Mayfield Heights (OH): The North American Menopause Society; 2014.
- Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2015; 22 (11): 1155–72 [quiz: 1173–4].
- Pinkerton JV, Constantine G, Hwang E, Cheng RF; Study 3353 Investigators. Desvenlafaxine compared with placebo for treatment of menopausal vasomotor symptoms: a 12-week, multicenter, parallel-group, randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial. Menopause. 2013; 20(1): 28-37.

- Joffe H, Guthrie KA, LaCroix AZ, et al. Low-dose estradiol and the serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor venlafaxine for vasomotor symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014; 174(7): 1058-1066.
- Butt DA, Lock M, Lewis JE, Ross S, Moineddin R. Gabapentin for the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause.* 2008; 15 (2): 310-318.
- Depypere H, Timmerman D, Donders G, et al. Treatment of menopausal vasomotor symptoms with fezolinetant, a neurokinin 3 receptor antagonist: a phase 2a trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019; 104 (12): 5893-5905.
- Freeman EW, Guthrie KA, Caan B, et al. Efficacy of escitalopram for hot flashes in healthy menopausal women: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2011; 305(3): 267-274.
- Guthrie KA, Larson JC, Ensrud KE, et al. Effects of pharmacologic and nonpharmacologic interventions on insomnia symptoms and self-reported sleep quality in women with hot flashes: a pooled analysis of individual participant data from four MsFLASH trials. *Sleep.* 2018; 41(1): zsx190.
- Avis NE, Coeytaux RR, Isom S, Prevette K, Morgan T. Acupuncture in Menopause (AIM) study: a pragmatic, randomized controlled trial. *Menopause.* 2016; 23(6): 626-637.
- Ee C, Xue C, Chondros P, et al. Acupuncture for menopausal hot flashes: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2016; 164(3): 146-154.
- Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (8): CD001500.
- Pitsouni E, Grigoriadis T, Falagas ME, et al. Laser therapy for the genitourinary syndrome of menopause. A systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 2017; 103: 78–88.
- Taylor M. Complementary and alternative approaches to menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2015; 44 (3): 619–48.
- Franco OH, Chowdhury R, Troup J, et al. Use of plant-based therapies and menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016; 315 (23): 2554–63.
- Henderson VW. Three midlife strategies to prevent cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Climacteric* 2014; 17 (suppl.2): 38-46. PMID: 24893836
- Valls-Pedret C, Sala-Vila A, Serra-Mir M, Corella D, de la Torre R, Martínez-González MÁ, Martínez-Lapiscina EH, Fitó M, Pérez-Heras A, Salas-Salvadó J, Estruch R, Ros E. Mediterranean Diet

- and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015 Jul 1; 175 (7): 1094-103. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.1668.
- Babberich ENT, Gourdeau C, Pointel S, Lemarchant B, Beauchet O, Annweiler C. Biology of subjective cognitive complaint amongst geriatric patients: vitamin D involvement. *Curr Alzheimer Res.* 2015;12(2):173-8.
- Durga J, van Boxtel MP, Schouten EG, et al. Effect of 3-year folic acid supplementation on cognitive function in older adults in the FACIT trial: a randomised, double blind, controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 208-216.
- Cheng PF, Chen JJ, Zhou XY, Ren YF, Huang W, Zhou JJ, Xie P. Do soy isoflavones improve cognitive function in postmenopausal women? A meta-analysis. *Menopause.* 2015 Feb; 22 (2): 198-206. doi:10.1097/GME.0000000000000290.
- Rahe J, Petrelli A, Kaesberg S, Fink GR, Kessler J, Kalbe E. Effects of cognitive training with additional physical activity compared to pure cognitive training in healthy older adults. *Clin Interv Aging.* 2015 Jan 19; 10: 297-310. doi:10.2147/CIA.S74071. eCollection 2015.
- Taylor-Piliae RE, Newell KA, Cherin R, Lee M, King AC, Haskell WL. Tai Chi versus Western exercise on physical and cognitive functioning in healthy community-dwelling older adults: a randomized clinical trial. *J Aging Phys Act* 2010; 18: 261-279.
- Stern Y. Cognitive reserve in aging and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology* 2012; 11.
- Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Res Rev* 2013; 12: 263-275.
- Newton KM, Reed SD, Guthrie KA, et al. Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause.* 2014; 21(4): 339-346.
- Sternfeld B, Guthrie KA, Ensrud KE, et al. Efficacy of exercise for menopausal symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause.* 2014; 21(4): 330-338.
- Cohen LS, Joffe H, Guthrie KA, et al. Efficacy of omega-3 for vasomotor symptoms treatment: a randomized controlled trial. *Menopause.* 2014; 21(4): 347-354.
- Sassarini DJ. Depression in midlife women. *Maturitas* 2016; 94: 149–54.
- Guthrie KA, Larson JC, Ensrud KE, et al. Effects of pharmacologic and nonpharmacologic interventions on insomnia symptoms and self-reported sleep quality in women with hot flashes: a pooled analysis of individual participant data from four MsFLASH trials. *Sleep* 2018; 41:41.

- Mckay M, Fanning P, Davis M. Aşırı Kolay BDT, (Türkçapar H, Yaşar AB. çeviri editörleri) 2023; 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi.
- Freeman A. The use of homework in cognitive behavior therapy: working with complex anxiety and insomnia. *Cogn Behav Pract*, 2007; 14: 261–267.
- Beck JS. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi. Şahin M. (çeviri editörü). Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2020.
- Moloud R, Saeed Y, Mahmonir H, Rasool GA. Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: an interventional study. *BMC Psychiatry*. 2022 Apr 28;22(1):299. doi: 10.1186/s12888-022-03918-y. PMID: 35484528.
- Bengisoy A, Özdemir MB, Erkıvanç F, Şahin S ve İskifoğlu TÇ. Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997-2018. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2019, 9(54): 745-93.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006, 26: 17-31.
- Kürümlüoğlu R. Depresyon Hastalarına Verilen Psikoeğitimin Bilişsel Çarpıtmalar Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2017.
- Yalom ID. Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği. İstanbul, Pegasus Yayınları, 1.Baskı. 2018.
- National Institutes of Health and Care Excellence (NICE). NICE Guidance on Diagnosis and Management of Menopause, November 2015.
- Position statement: non-hormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2015; 22: 1-20.
- Stefanopoulou E, Hunter MS. Telephone-guided Self-help cognitive behaviour therapy for menopausal symptoms. *Maturitas* 2014; 77: 73-77.
- Hunter MS, Mann E. A cognitive model of menopausal hot flushes. *J Psychosom Res* 2010; 69: 491-501.
- Hunter MS, Chilcot J. Testing a cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *J Psychosom Res* 2013; 74: 307-312.

Chilcot J, Norton S, Hunter MS. Cognitive behaviour therapy for menopausal symptoms following breast cancer treatment: who benefits and how does it work? *Maturitas* 2014; 78: 56-61.

Norton S, Chilcot J, Hunter MS. Cognitive behaviour therapy for menopausal symptoms (hot flushes and night sweats): moderators and mediators of treatment effects. *Menopause* 2014; 21: 574-578.

Stefanopoulou E, Hunter MS. Does pattern recognition software using the Bahr monitor improve the sensitivity, specificity, and concordance of ambulatory skin conductance monitoring of hot flushes? *Menopause* 2013; 20: 1133-1138.

Fitzpatrick J. The international nursing focus on mental health. *Archives of Psychiatric Nursing* 2017, 31: 329.



EKLER

EK 1. BDY Temelli Grup Oturumları

Oturum Adı	Amaç ve Hedef	Süreç
1.Oturum: Başlangıç, Tanışma ve Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Psikoeğitimi	Amaç: Katılımcıların çalışmanın amacı, kuralları ve içeriği hakkında bilgilenmesi ve katılımcılar arasında grup dinamiğinin sağlanması. Hedefler: Katılımcılar; 1. Grup çalışmasının amacını, kurallarını ve işleyişini bilecek ve bunları ifade edebilecekler, 2. Grup yürütücüsü ve diğer katılımcılar ile ısınma oyunu aracılığıyla tanışacaklar, 3. BDY'ın ve bilişsel egzersizlerin kapsamının ve öneminin farkında olacak ve ifade edebilecekler, 4. Nefes egzersizini ve kas gevşetme egzersizinin yapılışını doğru bir şekilde ifade edebilecek ve uygulayabilecekler.	• Giriş: Grup yürütücüsü katılımcılara mesleğini, uzmanlık bilgisini, çalışma konusundaki eğitimini açıklayarak kendisini tanıtır. • Grup amacının ve kuralların ele alınması: Grup yürütücüsü çalışmanın amacı hakkında bilgi verir. Grup çalışması süresince yürütücü ve katılımcıların dikkat edeceği kuralları açıklar, kuralların katılımcılar tarafından net olarak anlaşılmasını sağlar. • Amaç: Kadınların menopoza bağlı yaşadıkları fizyolojik, bilişsel ve duygusal belirtileri ve belirtilerin tetikleyicilerini ve baş etme yollarını tanımlayabilmelerini, bu belirtilere yönelik duygularının, inançların, davranışlarının farkında olmalarını sağlamak, BDY ile belirtileri daha etkili yönetmelerine destek olmaktır. • Grup Kuralları: ➤ Katılım: Oturumlara zamanında katılmak gereklidir. ➤ Devamlılık: Her bir katılımcı 6 oturumdan sadece 1 tanesine mazereti olması durumunda katılmadığı oturum için aynı hafta olan başka bir grubun oturumuna katılabilir. Katılım için diğer katılımcıların onayı alınacaktır. Burda kişinin grup çalışmasından maksimum fayda sağlaması ve grup içi terapötik (iyileştirici) etkinin sürekliliğin devam etmesi amaçlanmaktadır. ➤ Gizlilik: Grup sürecinde paylaşılan tüm bilgiler sadece grup yürütücüsü ve katılımcılar arasında kalacaktır. ➤ Kayıt: Çalışma süresince kameralar açık olacak, süreç içerisinde oturumların kaydı alınacak olup, bu kayıtlar ve paylaşılan bilgiler sadece bu çalışma kapsamında bilimsel amaçla kullanılacak olup, bilgilere yalnızca grup yürütücüsünün erişim izni olacaktır. • Söz Verme Oyunu: Grup kuralları konuşulduktan sonra katılımcılardan kuralları anladıklarına ve bunlara uyacaklarına dair söz verme oyunu oynanacaktır. Söz verme oyununda tüm grubun bir kuyunun başında olduklarını hayal ederek, her katılımcının bir elini diğerinin elinin üzerine koyarak (bunun ekrandaki

		karşılığı olarak; ekranda ilk sıradaki kişi elini hemen sağındaki kişinin omzuna koyar gibi yüzünün üzerine koyarak), “Burada olanların burada kalacağına söz veriyorum.” şeklinde söz verirler. • Tanışma: Grup yürütücüsü ‘<i>Adının Hikayesini Anlatma</i>’ oyununu katılımcılarla aktif bir şekilde oynayarak katılımcıların birbiriyle tanışmasını sağlar. ➤ Adının Hikayesini Anlatma Oyunu: Gruptaki tüm kişiler kendi isimlerinin hikayesini top atma düzeni içerisinde anlatırlar. İlk olarak gönüllü bir katılımcı isminin hikayesini anlatarak ve kendisini en çok zorlayan menopoz belirtisini söyleyerek oyunu başlatır, anlatan kişi ardından topu başka bir katılımcıya atarak oyun devam eder. Gruptaki son kişi de adının hikayesini ve zorlayıcı belirtiyi anlatınca oyun biter. Bu oyunla birbirini tanımayan katılımcıların, birer birey olarak tanışmaları, kaynaşmaları ve grup sürecine devamlılığı sağlamada önemli yeri olan güven ilişkisinin kurulmasına zemin oluşturması amaçlanmaktadır. • Menopoz belirtilerinin paylaşımı: Katılımcıların menopoz döneminde yaşadıkları belirtileri fizyolojik, bilişsel ve duygusal belirti başlıkları olarak paylaşmaları sağlanır. Bu şekilde sonraki oturumlardaki akışa hazırlık yapılmış olur, katılımcıların aidiyet hissinin artmasına katkıda bulunur.
		• A. Psikoeğitim: a. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım (BDY): Grup yürütücüsü; BDY hakkında bilgi verir. BDY; bireyin bir duruma veya olaya ilişkin düşünceleri (bilişleri), duyguları, bedensel tepkileri ve davranışları arasındaki ilişkiyi ele almaktadır. Bilişsel işlevler bireyin bir durumla/olayla ilgili algıları, anlamlandırmaları, yorumları, düşünceleri ve değerlendirmeleridir. Bilişsel davranışçı modelin temelinde bireyin yaşadığı durumla ilişkili işlevsel olmayan düşüncelerinin daha işlevsel düşüncelere dönüştürülmesiyle duyguların, fizyolojik tepkilerin ve davranışların değişmesi amaçlanmaktadır. Böylelikle bireyin yaşadığı belirtiyle daha etkili bir şekilde baş etmesi planlanır. Bireyin bir menopoz belirtisini (örneğin sıcak basması) algılama ve yorumlama şekli yani bilişleri duygularını etkilemekte, bunlar kişinin bedeninde kalp

		çarpıntısı, terleme gibi birtakım fizyolojik tepkiler şeklinde etkilere neden olabilmekte ve kaçınma veya aşırı telafi etme şeklinde kompulsif (tekrarlayıcı) baş etme davranışlarıyla sonuçlanabilmektedir. Menopoz belirtileriyle ilgili BDY’da tetikleyiciler denilen birtakım uyarılar belirtinin bireyin subjektif değerlendirmesini, algılanmasını değiştirerek yaşadığı sıkıntı düzeyini artırmakta, dolayısıyla duyguları, bedensel tepkileri ve davranışları da etkilenmektedir. Yürütücü ‘<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyonu Formu</i>’nu kullanarak, katılımcılar arasından gönüllü birinin yaşadığı bir belirti (örn. sıcak basması) üzerinden BDY’ gruba sunar. Örnek: “<i>Belirti (durum): sıcak basması, Tetikleyici: baharatlı yiyecek, kahve tüketimi, Düşünce: ‘Herkes bana bakıyor, rezil oldum.’, Fiziksel Tepki: sıcaklama, terleme, kalp çarpıntısı, D: kaygılı, utanmış, kontrol kaybı, D: odayı (salonu) terk etme, sosyal ortamlara girmeme.</i>” şeklinde olabilir. b. Bilişsel egzersizler hakkında psikoeğitim: Yürütücü bilişsel egzersizlerin grup çalışmasının etkililiği için önemi konusunda bilgi verir. Bilgilendirmede; ödev olarak verilen egzersizler oturumda çalışılan konunun oturumlar arasında da bireylere üzerinde çalışma fırsatı sunduğu ve çalışmanın (öğrenmenin) kalıcılığını artırdığı, bilişsel egzersizlerin bireylerin düşünce ve inançları, duyguları, fiziksel belirtileri ve davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesini sağladığı, egzersizlerin bir sonraki oturum başlangıcında ele alınacağı, bu nedenle mutlaka yapılması gerektiği, uygulamada zorlanılan noktaların konuşulacağı, anlaşılmayan noktalar üzerinde çalışılarak katılımcılar tarafından doğru ve tam anlaşılmasının sağlanacağı söylenir. (Katılımcılarda olumsuz çağrışımlara neden olmaması için ‘ev ödevi’ yerine ‘bilişsel egzersizler’ sözcüğü kullanılacaktır.) • B. Nefes egzersizi ve kas gevşetme egzersizi: Grup yürütücüsü nefes ve gevşeme egzersizinin menopoz belirtileriyle baş etmede önemi hakkında bilgi verir. Egzersizlerin etkisinin süreklilik göstermesi için her gün aynı saatte ve mümkünse sakin bir yerde pratik yapmak gerektiğini, ilk başta uygulamada biraz
--	--	--

		zorlanabileceklerini, bunun normal olduğunu, uyguladıkça daha da kolaylaşacağını açıklar. Katılımcılar menopoz belirtisi yaşadıklarında da bu egzersizi uygulayabilirler. Bu egzersizler ile bireyin dikkatini nefesine ve bedenine odaklaması, gevşemeyle birlikte kendi bedeni üzerinde kontrol duygusu ve rahatlama hissetmesi ve belirtinin etkisinin azalması sağlanır. Her iki egzersiz yaklaşık 25 dakika sürmektedir. İlk pratikler yürütücü tarafından yaptırılacaktır. <u>a. Nefes egzersizi uygulanişı:</u> 1. Bir sandalye veya koltukta ayaklarınız yere temas edecek şekilde oturabilirsiniz, uzanabilirsiniz. Gözlerinizi kapatın. Vücudunuzda gerilimin olduğu yerlerdeki hisleri fark etmek için kendinize bir dakika ayırın. Bu esnada birkaç nefes alın (burundan alıp, ağızdan verin) ve nefesinizin kalitesine dair fark ettiklerinize dikkat edin. Nefesiniz nerde merkezleniyor (toplanıyor)? Akciğerleriniz tamamen şişiyor mu? Nefes alırken göğsünüz ileri veya geri hareket ediyor mu? Peki ya karnınız? 2. Bir elinizi göğsünüzün üzerine, diğerini karnınızın üzerine yani göbeğinizin altına koyun. Nefes alırken nefesinizi vücudunuzun içinde gidebildiği kadar uzağa gönderdiğiniz hayal edin. Akciğerlerinizin havayla dolduğunda genişlediğini hissedin. Bunu yaparken göğsünüzün üzerindeki eliniz hareketsiz kalmalı, karnınızdaki eliniz her nefes alış verişte yükselip alçalmalıdır. Karnınızın üzerindeki elinizi hareket ettirmekte zorlanıyorsanız veya iki eliniz de hareket ediyorsa elinizle karnınıza hafifçe bastırmayı deneyin. Nefes aldığınızda bastırdığınız elinizi itecek ve yükselmeye zorlayacak şekilde havayı yönlendirin. 3. Yavaşça nefes alıp vermeye devam edin. Bırakın nefesiniz kendi ritmini bulsun. Nefes alışınız doğal değilse ya da herhangi bir şekilde zorlanmışsa, nefes alıp verirken sadece bu hisse dair farkındalığınızı sürdürün. Sonunda var olan zorlama kendiliğinden azalacaktır. 4. Birkaç defa nefes aldıktan sonra her nefes verişinizi saymaya başlayın. On nefes verdikten sonra tekrar "bir"den başlayarak sayın. Düşünceler araya girdiğinde ve hangi sayıda olduğunuzu karıştırdığınızda dikkatinizi alıştırmaya yöneltin ve yeniden birden saymaya başlayın. On dakika boyunca nefeslerinizi saymaya devam edin ve karnınıza koyduğunuz elinizin her nefeste yükselmeye devam ettiğinden emin olma noktasındaki farkındalığınızı sürdürün. <u>b. Kas gevşetme egzersizi uygulanişı:</u>
--	--	---

		1. Nefes egzersizinin devamında ellerinizi ve ön kollarınızı yedi saniye gergin tutun ve ardından yirmi saniye gevşetin. Kollarınızdan ellerinize doğru akan gevşemeyi hissedin. Başınızı olabildiğince geriye doğru ittirin, tam bir daire şeklinde önce saat yönünde ardından da tersi yönde birer tur döndürün. Bunu yaparken yüzünüzün her noktasını buruşturuyormuş gibi kırıştırın ve gevşeyin. Çenenizi ve boğaz kaslarınızı gerin ve omuzlarınızı kamburlaştırın, sonra da gevşeyin. Kollar sandalyede ağırlaşır. 2. Derin bir nefes alırken sırtınızı kamburlaştırın. Bu pozisyonu koruyun, sonra gevşeyin. Derin bir nefes daha alın ve bu sefer nefes alırken karnınızı dışarı doğru itin, sonra gevşeyin. 3. Kalçalarınızı, bacaklarınızı ve ayaklarınızı gerin ve gevşetin. Derin bir nefes alıp verin ve nefesinize odaklanın. Sizin için hoş olan, iyi hissettiren, sevdiğiniz bir yerde olduğunuzu hayal edin. (Deniz kenarı, bahçe, gün batımı, vs olabilir.) Bu sakın yerde olmanın sesini, renklerini ve hissini fark edin ve birkaç dakikanızı düşüncelerinizin ve vücudunuzun sakın ve huzurlu hissetmesine izin vererek geçirin. Bu sakın ve huzurlu his ile artık gözlerinizi açma ve gruba dönme zamanı. 4. Egzersiz bitince yürütücü katılımcılardan egzersize yönelik tepkileri hakkında kısaca geri bildirim vermelerini ister. İlk uygulamada en yaygın geri bildirim olarak dikkatlerini nefeslerine odaklamakta zorlandıkları yönünde olabilir, bunun normal olduğu ve uyguladıkça pratikleşeceği paylaşılmalıdır. • Oturumun Sonlandırılması: A. Beklenen egzersizlerin açıklanması: 1. Menopoz belirtileri ve bilişsel egzersizi: Katılımcılardan bir sonraki oturuma kadar kendi deneyimledikleri menopoz belirtilerini gruplamaları ve kendilerini en çok etkileyen bir belirtiyi '<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formulasyon Formu</i>'nu kullanarak formülize etmeleri istenir. 2. Nefes ve kas gevşetme egzersizi: Yürütücü katılımcılara nefes ve gevşeme egzersizini her gün aynı zamanda ve sakın bir yerde uygulamalarını, belirti yaşadıklarında ekstra olarak da uygulayabileceklerini vurgular. Dilerlerse unutmayı önlemek için pratik esnasında neleri kolay yapabildiklerini ve nelerde zorlandıklarını not alabilecekleri iletilir ve bir sonraki oturum başlangıcında buna dair paylaşım yapılır. B. Oturumun kapatılması: Katılımcılar arasından gönüllü bir kişi o günlük oturumda neler yapıldığını özetler. Mor kutu oyunu ile katılımcıların oturumdan ne anladıkları, onlarda ne
--	--	---

		kaldığı paylaşılarak oturum sonlandırılır. İlk oturum olması nedeniyle oturuma ilişkin hatırlanmasını istediği konuları yürütücü de özet yaparak vurgular. ➤ Mor kutu oyunu: Katılımcılara mor renkli (kadını simgelemesi nedeniyle) bir kutu gösterilir, oturum sonunda her katılımcı oturumdan ne kazandığını kendisi için bir renk ile söyleyerek kutuya koyar, yürütücü kazanımları not alarak oturum sonlandırılır.
2.Oturum: Bilişsel Yapının Değerlendirilmesi ve BDY uygulaması	Amaç: Katılımcıların bilişsel yapı ve BDY formülasyonunu öğrenmeleri. Hedef: Katılımcılar; 1. Bilişsel yapının içeriğini bilecekler ve ifade edebilecekler, 2. Yaşadıkları belirti üzerinden BDY formülasyonunu yapabilecekler, 3. Bilişsel egzersizleri uygulamaya aktif olarak katılacaklar, 4. Nefes egzersizini ve gevşeme egzersizinin yapılışını doğru bir şekilde ifade edebilecek ve uygulayabilecekler.	• Önceki oturumun özetlenmesi: Yürütücü önceki oturumda konuşulanları (çalışılanları) kısaca hatırlatır. • Duygu durum kontrolü: Yürütücü katılımcılardan ilk oturumdan bu yana süreci nasıl geçirdiklerini ve nasıl hissettiklerini kısaca paylaşımlarını ister ve ve nasıl hissettiklerini duygunun ismiyle ve bir hareketle göstermelerini ister. Burada amaç; katılımcıların grupta kendisini nasıl hissettiklerini paylaşmaları, duyguyu isimlendirmeyi ve davranışsal göstermeyi sağlamaları ve oturum içerisinde çalışmaya engel olabilecek bir durumun konuşulmasına geçiş sağlamasıdır. Burada dikkat edilecek nokta; detaya girilmemelidir, derinlemesine çalışılması gereken bir durum varlığında oturum gündemine alınmalıdır. • Egzersiz kontrolü: Yürütücü katılımcılardan verilen egzersizleri uygulayıp uygulamadıkları, nerelerde kolay yapabildikleri ve nerelerde zorlandıkları, uygulamanın kendilerine nasıl hissettirdiği hakkında geri bildirim alır. Her oturumda farklı bir belirti (durum) ve farklı bir katılımcının yaşadığı belirti olacak şekilde uygulamada zorlanan katılımcının pratiğini '<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu</i>' üzerinden değerlendirir. Bu şekilde doğru öğrenmenin yerleşmesi ve benzer zorluğu yaşayan diğer katılımcının grup içerisinde öğrenmesi sağlanır. • Psikoeğitim: ➤ Bilişsel yapı: Grup yürütücüsü BDY'da yer alan bilişsel yapının kalıcı öğrenilmesi ve menopoz belirtilerinin BDY kapsamında çalışılmasını kolaylaştırmak amacıyla bilişsel yapı ile ilgili psikoeğitim yapar. <u><i>Psikoeğitim içeriği;</i></u> 'bilişsel işlevler bireyin bir durumla/olayla ilgili algıları, anlamlandırmaları, yorumları, düşünceleri ve değerlendirmeleridir. Bilişsel işlevler subjektiftir. Biliş denilen yapılar otomatik düşünceler, ara inançlar, temel inançlar ve bilişsel çarpıtmalardan (sınırlı düşünce) oluşmaktadır. Otomatik düşünceler, bir durumla ilişkili ilk olarak, hızlı ve ani olarak,

		istemsizce zihnimize beliren imge veya düşüncelerdir. Ara inançlar, otomatik düşüncenin altında bireyin dile getirmediği ancak inandığı, duygularını ve davranışlarını etkileyen inançlardır. Temel inançlar, bireyin kendisi ve çevresiyle ilgili temel varsayımlarını içeren geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşan düşünce yapılarıdır (çaresizlik, seilmeme, değersizlik). Bilişsel çarpıtma; bir duruma ilişkin işlevsel olmayan düşüncelerdir. 11 adet bilişsel çarpıtma türü (keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleme, büyütme ve küçültme, ya hep ya hiç düşünme tarzı, kişiselleştirme, felaketleştirme, olmalı (-meli, -malı) ifadeleri, zihin okuma, duygudan sonuca ulaşma, etiketleme) bulunmaktadır.' şeklindedir. Katılımcılara sunum esnasında soruları veya anlamadıkları bir nokta olup olmadığı sorulacak ve netleşmesi sağlanacaktır. Katılımcılar arasından bir gönüllünün düşünce örneği '<i>Düşünce Kaydı Formu</i>' kullanılarak gruba öğretilecektir. Yürütücü bireyin duruma ilişkin düşüncelerini tespit etmek için sokratik sorgulama, yönlendirilmiş keşif, kanıt inceleme (düşünceyi destekleyen ve karşıt kanıtlar), doğrudan sorular sormak, en kötü senaryo tekniği, çifte standard tekniği, alternatif açıklamalar bulmak gibi bilişsel tekniklerden yararlanır. ➤ BDY uygulaması: Katılımcılar arasından öncelikli olarak gönüllü iki katılımcının yaşadığı belirti seçilir. Bireyin yaşadığı duruma ilişkin inançları, tetikleyiciler, duyguları, fizyolojik tepkileri ve davranışsal baş etme yöntemleri formülasyon üzerinden grupta birlikte çalışılır. Formülasyonun bilişsel bileşeninde; bireylerin kendilerine ve menopoza dair negatif veya katastrofik düşüncelerini fark etmesi, bu düşüncelerin duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkilere etkisini kavramaları, işlevsel düşünceler oluşturmaları sağlanır. Formülasyonun davranışsal bileşeninde ise; bireylerin belirti ile baş etmek için kullandıkları ve maladaptif olan davranışları (kompulsif ve kaçınma davranışları) daha adaptif davranışlar ile değiştirmeleri ele alınır. Adaptif davranışlar arasında baharatlı yiyeceklerden ve uyarıcılardan uzak durmak, nefes ve gevşeme
--	--	--

		egzersizlerini uygulamak, sosyal aktivitelere aşamalı olarak katılmak sayılabilir. • Oturumun Sonlandırılması: A. Beklenen egzersizlerin açıklanması: 1. Bilişsel egzersiz: Bir sonraki oturumda da ele alınmak üzere katılımcıların yaşadıkları fizyolojik belirtilerden kendilerine en çok sıkıntı yaratan fizyolojik belirti '<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu</i>' kullanılarak formülasyonu yapmaları istenir. Düşünceleri daha kolay çalışabilmek amaçlı '<i>Düşünce Kaydı Formu</i>'ndan da yararlanabilirler. 2. Nefes ve kas gevşetme egzersizi: Her iki egzersiz grup yürütücüsü eşliğinde 1.oturumdaki şekilde uygulanır. Egzersiz bitince katılımcılar egzersize yönelik kısaca geri bildirimde bulunur. Yürütücü katılımcılara nefes ve gevşeme egzersizini her gün aynı zamanda ve sakin bir yerde uygulamalarını, menopoz belirtisi yaşadıklarında ekstra olarak da uygulayabileceklerini vurgular. Dilerlerse unutmayı önlemek için pratik esnasında neleri kolay yapabildiklerini ve nelerde zorlandıklarını not alabilirler ve bir sonraki oturum başlangıcında buna dair paylaşım yapılır. B. Oturumun kapatılması: Katılımcılar arasından gönüllü bir kişi o günkü oturumda neler yapıldığını özetler. Gönüllü kişiler oturuma dair geri bildirimde bulunur. ➤ Mor kutu oyunu: Katılımcılara mor renkli (kadını simgelemesi nedeniyle) bir kutu gösterilir, oturum sonunda her katılımcı oturumdan ne kazandığını kendisi için bir renk ile söyleyerek kutuya koyar, yürütücü kazanımları not alarak oturum sonlandırılır.
3.Oturum: Fizyolojik Belirtilerin BDY ile Değerlendirilmesi	Amaç: Katılımcıların fizyolojik belirtilerin BDY formülasyonunu öğrenmeleri. Hedef: Katılımcılar; 1. Yaşadıkları fizyolojik belirti üzerinden BDY formülasyonunu yapabilecekler, 2. Bilişsel egzersizleri uygulamaya aktif olarak katılacaklar, 3. Nefes egzersizini ve gevşeme egzersizinin yapılışını doğru bir şekilde	• Önceki oturumun özetlenmesi: Katılımcılar arasından bir gönüllü önceki oturumda çalışılanları kısaca hatırlatır. Eksik kalan bir konu var ise yürütücü eklemeler yapar. • Duygu durum kontrolü: İkinci oturumda belirtildiği şekilde yürütülür. • Egzersiz kontrolü: Yürütücü katılımcılardan egzersizleri uygulayıp uygulamadıkları, nerelerde kolay yapabildikleri ve nerelerde zorlandıkları, uygulamanın kendilerine nasıl hissettirdiği hakkında geri bildirim alır. Her oturumda farklı bir belirti olacak şekilde zorlanan katılımcının egzersizi '<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu</i>' üzerinden değerlendirilir. • Fizyolojik belirtilerin BDY bağlamında yönetimi: İlk oturumda gruplanan fizyolojik belirtilerden (sıcak basması, gece terlemeleri, titremeler, uyku, cinsel

	ifade edebilecek ve uygulayabilecekler.	sorunlar vs.) gruptan bir gönüllünün belirtisi üzerinden <i>'Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu'</i> kullanılarak formülasyon yapar ve fizyolojik belirtilerle ilişkili düşünceler, duygular, fiziksel belirtiler ve davranışlar arasındaki ilişkiyi göstererek katılımcıların modeli kavramasını sağlar. Belirtiyi yaşadıklarında hissettikleri duyguyu ve bu belirtiyi özgü gösterdikleri davranışsal ve fizyolojik tepkiyi, nasıl baş ettiklerini tartışır. Fizyolojik belirtilere dair katılımcıların olumsuz düşüncelerine ve inançlarına karşı var olan kanıtları ele alır, daha mantıklı ve işlevsel düşünceleri ve inançları alternatif olarak geliştirmek için beyin fırtınası yapar ve formda gösterir. Belirtiyle baş etmede etkili/etkisiz davranışları tespit ederler, daha etkili baş etme davranışlarını planlarlar. • Nefes egzersizi ve gevşeme egzersizi: Her iki egzersiz grupta bir gönüllü eşliğinde 1.oturumdaki şekilde uygulanır. Egzersiz bitince katılımcılar egzersize yönelik kısaca geri bildirimde bulunur.
		• Oturumun Sonlandırılması: A. Beklenen egzersizlerin açıklanması: 1. Bilişsel egzersiz: Bir sonraki oturumda da ele alınmak üzere katılımcıların yaşadıkları fizyolojik belirtilerden kendilerine en çok sıkıntı yaratan fizyolojik belirti <i>'Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu'</i> kullanılarak formülasyonu yapmaları istenir. Düşünceleri daha kolay pratiklemek amaçlı <i>'Düşünce Kaydı Formu'</i>ndan yararlanabilecekleri iletilir. 2. Nefes ve gevşeme egzersizi: Her iki egzersiz gönüllü bir katılımcı eşliğinde 1.oturumdaki şekilde uygulanır. Yürütücü katılımcılara nefes ve gevşeme egzersizini uygulamalarını hatırlatır. Neleri kolay yapabildiklerini ve nelerde zorlandıklarını not alabilecekleri iletilir. B. Oturumun kapatılması: İkinci oturumda belirtildiği şekilde mor kutu oyunu ile oturum kapatılır.
4.Oturum: Bilişsel Belirtilerin BDY ile Değerlendirilmesi	Amaç: Katılımcıların bilişsel belirtilerin BDY formülasyonunu öğrenmeleri. Hedef: Katılımcılar; 1. Yaşadıkları bilişsel belirti üzerinden BDY formülasyonunu yapabilecekler, 2. Bilişsel egzersizleri uygulamaya aktif olarak katılacaklar,	• Önceki oturumun özetlenmesi: Katılımcılar arasından bir gönüllü önceki oturumda çalışılanları kısaca hatırlatır. Eksik kalan bir konu var ise yürütücü eklemeler yapar. • Duygu durum kontrolü: İkinci oturumda belirtildiği şekilde yürütülür. • Egzersiz kontrolü: Katılımcılara egzersizleri uygulayıp uygulamadıkları, nerelerde kolay yapabildikleri ve nerelerde zorlandıkları, uygulamanın kendilerine nasıl hissettirdiği hakkında geri bildirim alınır. Uygulamada zorlanan katılımcının bilişsel egzersizi <i>'Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu'</i> üzerinden değerlendirilir.

	3. Nefes egzersizini ve gevşeme egzersizini bağımsız olarak doğru bir şekilde uygulayabilecekler.	• Bilişsel belirtilerin BDY bağlamında yönetimi: İlk oturumda gruplanan bilişsel belirtilerden (unutkanlık, dikkat dağınıklığı, algılama sorunları, yönelim, dil, vb.) gruptan gönüllü bir katılımcının belirtisi '<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu</i>' ile formüle edilir. Belirtiye ilişkili düşünceler, duygular, fiziksel belirtiler ve davranışlar arasındaki ilişki vurgulanır. Belirtiyi yaşadıklarında hissettikleri duygu ve bu belirtiyeye özgü gösterdikleri davranışsal ve fizyolojik tepki, nasıl baş ettikleri tartışılır. Bilişsel belirtilere dair katılımcıların olumsuz düşüncelerine ve inançlarına karşı var olan kanıtları ele alınır, daha mantıklı ve işlevsel düşünceleri ve inançları alternatif olarak geliştirmek için grupla birlikte beyin fırtınası yapılır ve formülasyon üzerinde gösterilir. Belirtiye baş etmede etkili/etkisiz davranışlar tespit edilir, daha etkili baş etme davranışları planlanır. • Oturumun Sonlandırılması: Üçüncü oturumda belirtildiği şekilde yürütülür.
5.Oturum: Duygusal Belirtilerin BDY ile Değerlendirilmesi	Amaç: Katılımcıların duygusal belirtilerin BDY formülasyonunu öğrenmeleri. Hedef: Katılımcılar; 1. Yaşadıkları duygusal belirti üzerinden BDY formülasyonunu yapabilecekler, 2. Bilişsel egzersizleri uygulamaya aktif olarak katılacaklar, 3. Nefes egzersizini ve gevşeme egzersizini bağımsız olarak doğru bir şekilde uygulayabilecekler.	• Önceki oturumun özetlenmesi: Katılımcılar arasından bir gönüllü önceki oturumda çalışılanları kısaca hatırlatır. Eksik kalan bir konu var ise yürütücü eklemeler yapar. • Duygu durum kontrolü: İkinci oturumda belirtildiği şekilde yürütülür. • Egzersiz kontrolü: Katılımcılara egzersizleri uygulayıp uygulamadıkları, nerelerde kolay yapabildikleri ve nerelerde zorlandıkları, uygulamanın kendilerine nasıl hissettirdiği hakkında geri bildirim alınır. Uygulamada zorlanan katılımcının bilişsel egzersizi '<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu</i>' üzerinden değerlendirilir. • Duygusal belirtilerin BDY bağlamında yönetimi: İlk oturumda gruplanan duygusal belirtilerden ((anksiyete, sinirlilik, ajitasyon, öfke, depresif duygulanım, stres vb.) gruptan bir gönüllünün belirtisi '<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu</i>' ile formüle edilir. Belirtiye ilişkili düşünceler, duygular, fiziksel belirtiler ve davranışlar arasındaki ilişki vurgulanır. Belirtiyi yaşadıklarında hissettikleri duygu ve bu belirtiyeye özgü gösterdikleri davranışsal ve fizyolojik tepki, nasıl baş ettikleri tartışılır. Duygusal belirtilere dair katılımcıların olumsuz düşüncelerine ve inançlarına karşı var olan kanıtları ele alınır, daha mantıklı ve işlevsel düşünceleri ve inançları alternatif olarak geliştirmek için grupla birlikte beyin fırtınası yapılır ve formülasyon üzerinde gösterilir. Belirtiye baş etmede etkili/etkisiz davranışlar tespit edilir, daha etkili baş etme davranışları planlanır. Davranış aktivasyonu tekniği ile hissedilen duygulara

		yönelik yapılmasının kendisine ve belirtiyeye iyi gelen aktiviteleri yapmayı sürdürmesi için teşvik edilir. • Oturumun Sonlandırılması: Üçüncü oturumda belirtildiği şekilde yürütülür.
6.Oturum: Grup çalışmasının gözden geçirilmesi ve sonlandırma	Amaç: Katılımcıların menopoz belirtilerini BDY bağlamında yönetmeyi öğrenmeleri ve süreç bittikten sonra yaşadıkları durumlarda da kullanabilmeleri. Hedef: Katılımcılar; 1. Yaşadıkları belirtileri BDY ile yönetmeyi ifade edebilecekler, 2. Grup çalışması sonrasında yaşadıkları bir belirtiyi yönetmede BDY'dan yararlanabilecekler, 3. Bilişsel egzersizleri uygulamaya aktif olarak katılacaklar, 4. Nefes egzersizini ve gevşeme egzersizini bağımsız olarak doğru bir şekilde uygulayabilecekler.	• Önceki oturumun özetlenmesi: Katılımcılar arasından bir gönüllü önceki oturumda çalışılanları kısaca hatırlatır. Eksik kalan bir konu var ise yürütücü eklemeler yapar. • Duygu durum kontrolü: İkinci oturumda belirtildiği şekilde yürütülür. • Egzersiz kontrolü: Katılımcılara egzersizleri uygulayıp uygulamadıkları, nerelerde kolay yapabildikleri ve nerelerde zorlandıkları, uygulamanın kendilerine nasıl hissettirdiği hakkında geri bildirim alınır. Uygulamada zorlanan katılımcının bilişsel egzersizi '<i>Padesky 5 Komponentli BDT Formülasyon Formu</i>' üzerinden değerlendirilir. • Ek durum ve diğer oturumların gözden geçirilmesi: Final oturumunda katılımcıların özellikle ele alınmasını istedikleri veya tam anlaşılmadığını düşündükleri bir durum veya konu varsa seçilir ve yürütücü ile birlikte formülasyon yapılarak çalışılır. Gönüllü bir katılımcının yaşadığı belirti seçilerek çalışılır. Yürütücü grup süreci bitince katılımcıların yaşayacakları herhangi bir durumla baş etmek için BDY'i kullanabileceklerini paylaşır, katılımcılar tarafından örnekler verilerek modelin günlük hayatta kullanımına dair paylaşım yapılır. Grup süreci bittikten sonra belirtilerin tekrarlaması halinde BDY'ı kullanarak nasıl etkili yönetecekleri grupla tartışılır. • Grup sürecinin gözden geçirilmesi ve sonlanım: Gelecek süreçte öğrenilen ve elde edilen kazanımların sürdürülmesi için amaçlar belirlenir, müdahale süreci özetlenir, katılımcıların her birinden sürece ve çalışmaya dair geri bildirim alınır, grup yürütücüsü geribildirim verir. Kuyuya Atma oyunu ile katılımcılar tüm süreçte grup çalışmasından en çok ne kazandıklarını bir kuyu olduğunu düşünerek kuyuya atarlar. Yürütücü son değerlendirme için anket ve ölçeklerin uygulanması hakkında bilgi verir. Gruptan bir katılımcı eşliğinde nefes ve kas gevşetme egzersizi 1.oturumdaki şekilde uygulanır ve yürütücü tarafından grup çalışması sonlandırılır.

EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Bu araştırma Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora öğrencisi Fatma ATKAN tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı; menopoza sürecindeki kadınlarda bilişsel ve psikomotor ajitasyon alanında meydana gelen değişimlere yönelik görüş ve yaklaşımlarını incelemek ve bilişsel farkındalık müdahalesinin etkinliğini değerlendirmektir. Araştırmada sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma verileri dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırma Yürütücüsü

Fatma ATKAN

Uzman Psikiyatri Hemşiresi

Koç Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Doktora Öğrencisi

SORULAR

1. Adınız Soyadınız:

2. Doğum tarihiniz:

3. Eğitim durumunuz:

- a. Okur yazar değil
- b. İlkokul mezunu
- c. Ortaokul mezunu
- d. Lise ve dengi mezunu
- e. Üniversite mezunu
- f. Lisansüstü

4. Medeni durumunuz:

- a. Evli
- b. Bekar

5. Şu anda gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

6. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Gelir giderden az
- b. Gelir gidere denk

c. Gelir giderden fazla

7. Evinizde bakmakla yükümlü olduğunuz hasta ya da engelli kişi (çocuk, eş, anne, baba, kardeş, vb.) var mı?

a. Evet

b. Hayır

8. Evde kimle/kimlerle yaşıyorsunuz?

a. Yalnız

b. Eş, çocuk

c. Ebeveyn (Anne, baba)

d. Diğer.....

9. Kronik bir tıbbi hastalığınız (DM, hipertansiyon, astım vb.) var mı?

a. Yok

b. Var; yazınız:

10. Adet görme (regl/mens) yaşıınız:

11. Kaç yaşında menopoza girdiniz, yazınız:

12. Menopoz ile ilgili hastane rutinleri dışında sağlık sorunlarınız nedeniyle son 1 ayda bir ve daha fazla kez hastaneye gittiniz mi?

a. Hayır

b. Evet

13. Menopoz sürecinin başından bu yana ev içinde yaşadığınız kaza ve/veya yaralanmalarda değişiklik oldu mu?

a. Hayır, değişmedi.

b. Evet oldu, kaza ve yaralanmalarım arttı.

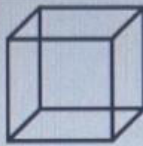
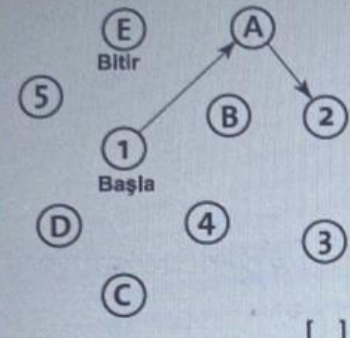
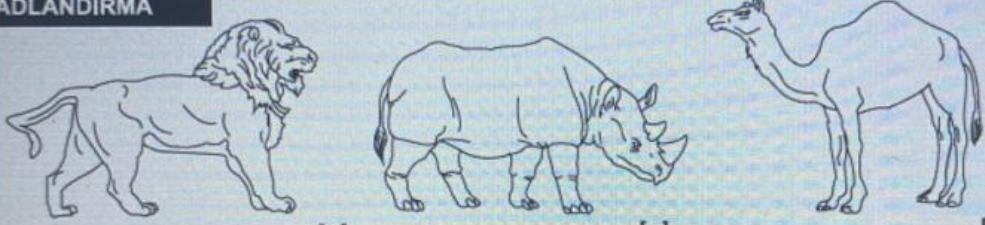
c. Evet oldu, kaza ve yaralanmalarım azaldı.

14. Menopoza girdikten sonra sosyal ilişkilerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu/yaşadınız mı?

a. Evet, sosyal ilişkilerimde bozulma/sorunlar yaşamaya başladım.

b. Hayır, yaşamadım.

EK 3. Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi (MOCA)

MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ Montreal Cognitive Assessment (MOCA)							İsim: Eğitim: Cinsiyet:	Protokol: Test Tarihi: Doğum Tarihi:
GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER			 Küp Kopyalama		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan)		PUAN	
 [] []			Çevresi Rakamlar Kollar [] [] []		___/5			
ADLANDIRMA			 [] [] []		___/3		Puan yok	
BELLEK			Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın. 5 dakika sonra tekrar sorun 1. deneme 2. deneme		BURUN KADİFE CAMI PAPATYA MOR			
DİKKAT			Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı		[] 2 1 8 5 4 [] 7 4 2		___/2	
Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin.			[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		___/1			
100 den başlayarak yedişer çıkarma 4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan.			[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		___/3			
LİSAN			Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur. Köpekler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı.		[]		___/2	
Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydın.			[] N ≥ 11 kelime		___/1			
SOYUT DÜŞÜNME			Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve. [] tren • bisiklet [] saat • cetvel		___/2			
GEÇİKMELİ HATIRLAMA			Kelimeyi İPUCU OLMADAN hatırlama Kategori ipucu Çoklu seçmeli ipucu		BURUN KADİFE CAMI PAPATYA MOR Sadece İPUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verin		___/5	
YÖNELİM			[] Gün [] Ay [] Yıl [] Gün adı [] Yer [] Şehir		___/6			
© Z.Nosreddine MD Version November 7, 2004. www.mocatest.org Normal 21 / 30 Türkçe versiyon 2009. K. Selektier & B. Cangöz							TOPLAM ___/30	

EK 4. Depreyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42)

Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve bugün dâhil son bir haftayı dikkate alarak, ifadeler üzerinde çok düşünmeden size en uygun gelen numarayla işaretleyiniz. **Doğru ya da yanlış cevap yoktur.**

No	Son 1 Haftadaki Durumunuz	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1. S	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü farkettim	0	1	2	3
2. A	Ağzımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
3. D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı farkettim	0	1	2	3
4. A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	1	2	3
5. D	Hiçbir şey yapamaz oldum	0	1	2	3
6. S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7. A	Bir sarsaklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)	0	1	2	3
8. S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
9. A	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum	0	1	2	3
10. D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11. S	Keyfimin pek kolay kaçırılabilirdi hissine kapıldım	0	1	2	3
12. S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
13. D	Kendimi üzgün ve depressif hissettim	0	1	2	3
14. S	Herhangi bir şekilde geciktirildiğimde (<i>asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğimde</i>) sabırsızlandığımı hissettim	0	1	2	3
15. A	Baygınlık hissine kapıldım	0	1	2	3
16. D	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim	0	1	2	3
17. D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18. S	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19. A	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (<i>örneğin ellerim terliyordu</i>)	0	1	2	3
20. A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21. D	Hayatın değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
22. S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
23. A	Yutma güçlüğü çektim	0	1	2	3
24. D	Yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettim	0	1	2	3
25. A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
26. D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
27. S	Kolay sinirlendirilebildiğimi farkettim	0	1	2	3
28. A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
29. S	Bir şey canımı sıktığında kolay sakinleşemediğimi farkettim	0	1	2	3
30. A	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım	0	1	2	3
31. D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
32. S	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettim.	0	1	2	3
33. S	Sinirlerimin gergin olduğunu hissettim	0	1	2	3

34. D	Oldukça değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
35. S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
36. A	Dehşete düştüğümü hissettim	0	1	2	3
37. D	Gelecekte ümit veren birşey göremedim	0	1	2	3
38. D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3
39. S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
40. A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
41. A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
42. D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3



EK 5. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

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

Hiç rahatsız edici değil _____ Son derece rahatsız edici

0 1 2 3 4 5 6

1. Sıcak basması ya da yüzde kızarıklık	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
2. Gece terlemesi	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
3. Terleme	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
4. Hayatından memnun olmama	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
5. Endişeli ve gergin hissetme	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
6. Hafızada zayıflama	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
7. Kendini eskisinden daha az başarılı hissetme	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
8. Depresif, hüzünlü ya da bezgin hissetme	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
9. Diğer insanlara tahammülsüzlük (hoşgörüsüz olma)	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
10. Yalnız kalma isteği	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
11. Gaz çıkarma ya da gaz ağrıları	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
12. Kas ve eklemlerde ağrı	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
13. Yorgun ve yıpranmış hissetme	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
14. Uyuma güçlüğü	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
15. Baş ve boyun arkasında ağrılar	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
16. Fiziksel güçte azalma	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
17. Dayanma gücünde azalma	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
18. Enerjide azalma hissi	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
19. Ciltte kuruluk	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6
20. Kilo alma	Yok Var	→ 0 1 2 3 4 5 6

EK 5. Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)- Devam

21. Yüz tüylerinde artma	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6
22. Cildin görünümünde, esnekliğinde ve renginde değişiklik	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6
23. Şişkinlik hissi	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6
24. Bel ağrısı	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6
25. Sık idrara çıkma	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6
26. Öksürürken ya da gülerken idrar kaçırma	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6
27. Cinsel istekte değişiklik	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6
28. Cinsel ilişki sırasında vajinada (haznede) kuruluk	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6
29. Cinsellikte kaçınma	--- Yok Var	--- → 0 1 2 3 4 5 6

EK 6. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

SORULAR

1. Menopoz süreci nasıl bir süreçtir, nasıl tanımlarsınız, biraz anlatabilir misiniz?
2. Menopoz sürecinde ne gibi değişimler (bilişsel, psikomotor, emosyonel) yaşadığınızı anlatabilir misiniz?
3. Menopoz sürecinde yaşadığınız değişikliklerle başa çıkmak/baş edebilmek için neler yaptınız, anlatabilir misiniz?
4. Menopoz süreciyle ilgili hemşirelerin uygulamaları ve yaklaşımları ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?



EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMUNDA OLMASI GEREKEN ASGARİ BİLGİLER				
Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
KAD-DD-13	01.12.2019		00	1/3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Fahriye OFLAZ danışmanlığında Psikiyatri Hemşireliği doktora öğrencisi Fatma ATKAN tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulları'nın 2022.005.IRB1.005 sayılı onayı ile izin verilen, 'Menopoz Sürecinde Yaşanan Değişimlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi' başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu araştırma, ilk aşamada kadınların menopoz sürecine dair yaşantılarının, menopoza dair işlevsel olmayan düşüncelerinin ve inançlarının bilişsel davranışçı modelin kavramlarını kullanarak açıklamayı, kadınların bilişsel semptomlarını, anksiyete, stres düzeylerini ve yaşam kalitelerini ölçmeyi, ikinci aşamada ise; bilişsel davranışçı yaklaşım temel alınarak hazırlanan hemşirelik müdahalesinin menopoz sonrasındaki kadınların bilişsel değişimlerine, anksiyete, depresyon, stres ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmayı amaçlamaktadır. Bu çalışma sonucunda geliştirilecek hemşirelik müdahalesi ile daha erişilebilir bir danışmanlık modelinin menopoz sonrasındaki kadınların yaşadıkları değişimleri daha etkili bir şekilde yönetebilmelerine fırsat sağlayacağı düşünülmektedir.

PROSEDÜRLER

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir:

- Araştırmacı ile ilk görüşmenizde kağıt üzerinde olmak üzere sizinle kişisel bilgiler, menopoz sürecinize dair bilgiler, menopoz sürecinde deneyimlediğiniz bilişsel, emosyonel ve psikomotor değişimleri ölçmeye yönelik form ve ölçekler üzerinden sorular sorularak cevaplamanız istenecektir.
- Ardından araştırmacı ile 1 veya 2 kez odak grup görüşmeleri yapılarak menopoz sürecine dair deneyimleriniz, menopoza dair düşüncelerinizi, duygularınızı ve yaşadığınız değişimleri yönetmek için hangi davranışları yaptığınıza dair paylaşmanız istenecektir.
- Araştırmacı tarafından müdahale ve kontrol gruplarına random (rastgele) olarak atanacak olup, müdahale grubunda olmanız durumunda araştırmacı tarafından bilişsel davranışçı model temelli geliştirilen menopoz süreci ve değişimlerle ilgili bir hemşirelik müdahalesi kapsamında haftada bir

EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)-Devam

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMUNDA OLMASI GEREKEN ASGARİ BİLGİLER

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
KAD-DD-13	01.12.2019		00	2/3

kez, 60-90 dakika arasında ve 8 hafta sürecek şekilde bir grup çalışmasına dahil edileceksiniz. Grup çalışmasında; eğitimsel aktiviteler, nefes egzersizi ve kas gevşetme egzersizi gibi egzersizler yer almaktadır. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı; müdahale grubu 70 postmenopozal kadın, kontrol grubu 70 postmenopozal kadın olmak üzere 140 kadın şeklindedir.

- Araştırmanın sonunda araştırma başında yapıldığı gibi menopoza sürecinde deneyimlediğiniz bilişsel, emosyonel ve psikomotor değişimleri ölçmeye yönelik ölçekler üzerinden sorular sorularak cevaplamamız istenecektir.
- Araştırmaya gönüllü katılmanız durumunda araştırmaya devam etme süresi bir kez ilk görüşme, 1 veya 2 kez odak grup görüşmeleri, 8 oturumluk müdahale oturumları sonunda yapılacak ölçümlerle birlikte araştırmanın yaklaşık olarak 3-4 ay sürmesi beklenmektedir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bu çalışmaya katılımınız herhangi bir risk taşımamaktadır.

TOPLUMA VE/VEYA GÖNÜLLÜLERE OLASI FAYDALARI

Bu araştırma kapsamında menopoza sürecindeki kadınların yaşadıkları değişimlere yönelik daha erişilebilir bir hemşirelik danışmanlık müdahalesi geliştirilebilecektir. Danışmanlık müdahalesi ile kadınların yaşadıkları menopozal değişimleri daha etkili yönetmelerine ve yaşam kalitelerinin artmasına fırsat sağlayacaktır. Toplumsal faydası olarak düşünüldüğünde; geliştirilecek danışmanlık müdahalesi ile hem kadınlar hem de sağlık sektörü açısından maliyet etkinliğe sahip olacağı düşünülmektedir.

GİZLİLİK

Bu çalışma ile bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve araştırma sonuçları şeklinde paylaşılacaktır. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürü ile sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlu araştırmacısıyla sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veri tabanında tutulacaktır. Çalışmada elde edilen veriler sadece bu çalışma kapsamında bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan tamamen gönüllü olarak katılımınız esastır. Çalışmaya katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)-Devam

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMUNDA OLMASI GEREKEN ASGARİ BİLGİLER				
Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
KAD-DD-13	01.12.2019		00	3/3

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Araştırma Yürütücüsü:
Uzm. Psik. Hemş. Fatma ATKAN
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doktora Öğrencisi-Eğitim ve Araştırma Asistanı

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla, tamamen gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.”

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası

Araştırmacının İmzası

Tarih

Tarih

EK 8. Padesky 5 Komponentli BDM Formülasyonu

OLAY/DURUM	DÜŞÜNCELER/ İMAJLAR	DUYGULAR	FİZYOLOJİK (BEDENSEL) TEPKİLER	DAVRANIŞLAR (NE YAPTIM VEYA YAPMADIM?)
<i>“Olan/durum/belirti ne? Nerde oldu? Kimler vardı? Nasıl oldu?”</i>	<i>“Belirtiyi yaşadığımda aklımdan ne geçti? Ne düşündüm? Nasıl yorumladım?”</i>	<i>“Belirti olduğunda hangi duyguyu/duyguları hissettim? Bu duygunun yoğunluğu ne kadardı? (0-100 puan)”</i>	<i>“Belirti olunca vücudumda/bedenimde ne oldu? Ne fark ettim? Ne hissettim? Vücudumun neresinde hissettim?”</i>	<i>“Belirtiyle baş etmek için ne yaptım? Belirtinin olmasını engellemek veya bitmesi için ne yaptım veya ne yapmadım? Ne gibi otomatik tepkiler verdim? Beni gören insanlar ne tepki verdi?”</i>

EK 9. Düşünce Kayıt Formu–7 Sütunlu

Olay/ Tetikleyici	Duyumlar/ Duygular (%0 – 100) Fiziksel Duyumlar	İşlevsiz Düşünceler/ Hayaller	İşlevsiz Düşünceyi Destekleyen Kanıtlar	İşlevsiz Düşünceyi Desteklemeyen Kanıtlar	Alternatif, Daha Gerçekçi ve Dengeli Düşünce	Sonuç Duyguyu Tekrar Puanlayın
(Ne oldu? Nerede? Ne zaman? Kiminle? Nasıl?)	(O sırada ne hissettim? Başka? Şiddeti nasıldı? Vücudumda neler farkettim? Nerede hissettim?)	(Zihnimden neler geçti? Ne beni rahatsız etti? Bu düşünceler/ hayaller/anılar ne anlama geliyor, benimle ilgili ne söylüyor? Ben ne cevap veriyorum? Bende sıkıntı oluşturan şey ne? Bu durumla ilgili en kötü ne olabilir?)	(Kanıtlar neler? İşlevsiz düşüncelerin tamamıyla doğru olduğunu gösteren ne gibi kanıtlarım var?)	(İşlevsiz düşüncelerin tamamıyla doğru olmayabileceğini gösteren ne gibi kanıtlarım var? Bu, gerçek olmaktan çok sadece benim fikrim olabilir mi? Başkaları olsaydı ne söylerdi?)	(DURR! Nefes al.... Bir başkası durumla ilgili ne söylerdi? Büyük resimde ne var? Başka şekilde bakılabilir mi? Bir başkası olsaydı ona ne tavsiye ederdim? Verdiğim tepki duruma uygun mu? Bu gerçekten göründüğü kadar önemli mi?)	(Şimdi ne hissediyorum? (0-100%) Farklı ne yapabilirdim? Ne daha etkili olurdu? İşe yarayanı yap! Akıllıca davran. Durumla ilgili en çok neyin yardımı olur? Sonuçlar ne olur?)

EK 10. Koç Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Menopoz Sürecinde Yaşanan Değişimlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022.005.IRB1.005

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KOÇ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Fatma Atkan			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşiresi			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Koç Üniversitesi Hastanesi			
VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
	Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hakan S. Orer

Not: Etik kurul başkanı, imzasının vermediği her sayfaya imza atmalıdır.

EK 10. Koç Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı-Devam

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Menopoz Sürecinde Yaşanan Değişimlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022.005.IRB1.005

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	21.12.2021	VI	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.12.2021	VI	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	ILAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
DİĞER:	☒	Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği Düşünce Kayıt Formu Ellis'in abc si Formu Otomatik Düşünceleri İnceleme Formu				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022.005.IRB1.005	Tarih: 12.01.2022				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Sovadı: Prof. Dr. Hakan S. Orer

Not: Etik kurul baskanı, imzasının ver almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 10. Koç Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı-Devam

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Menopoz Sürecinde Yaşanan Değişimlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022.005.IRB1.005

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hakan S. Orer

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hakan S. Orer	Farmakoloji	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Dilek Ural	Kardiyoloji	Koç Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Bülent Urman	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Önder Ergönül	Enfeksiyon Hastalıkları ve Halk Sağlığı	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Cansın Şaekesen	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Koç Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç Dr. Atay Vural	Nöroloji	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Barış Ata	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Sacit Karamürsel	Fizyoloji	Koç Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Nadiye Pınar Ay	Halk sağlığı	Marmara Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Nagehan Uzuner	Üye	Kanser Savaşçıları Derneği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Av. Kenan Yılmaz	Avukat	Koç Holding	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hakan S. Orer
İmza: -/

Not: Etik kurul başkanı, imzasının ver almadığı her sayı fava imza atmalıdır.

EK 11. Koç Üniversitesi Hastanesi (KUH) İzin Onayı

Devletpaşa Caddesi No:4 Topkapı 34010 İstanbul T: 0850 250 8 250 F: 0212 311 34 10 www.kuh.ku.edu.tr

**KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

14.02.2022

Sayı : HHD14022022
Konu : Araştırma İzin Yazısı

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelik Doktora programında eğitim gören Fatma Atkan'ın HSGN 699 Doktora Tezi kapsamında 'Menopoz Sürecinde Yaşanan Değişimlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Aksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi ' isimli tez çalışmasının Kadın ve Doğum Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Şubat-Ağustos 2022 tarihleri arasında menopoz sürecindeki kadınlar ile yüz yüze gerçekleştirilmesi konusunda tarafımıza iletilen izin isteği uygun görülmüştür.

Saygılarımla,
[Redacted Signature]

Berrin Bulut Çepni
Hemşirelik Direktörlüğü

MA/10

02/11/2022

EK 12. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi İzin Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.05.2022-63306

 T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-35700536-307.99-63306
Konu : Klinik Araştırma - Fatma ATKAN

26.05.2022

İLGİLİ MAKAMA

İlgi : Fatma ATKAN'ın, 27.04.2022 tarihli dilekçesi.

Fatma ATKAN'ın ilgi tarihli dilekçesi gereğince, "Menopoz Sürecinde Yaşanan Değişimlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi" isimli doktora tezi kapsamında, Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuruda bulunan menopoz döneminde olan hastalarla 01.06.2022 - 15.08.2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Alpaslan MAYADAĞLI
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu :BSC4ZZSVTZ Pin Kodu :04433 Belge Takip Adresi : <http://turkiye.gov.tr/ebd/ekC=5394&ekD=BSC4ZZSVTZ&ekS=63306>
Bilgi için: Ayşe Gül ERCAN
Unvan: Eleman



EK 13. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Onayı

İÜC Tarih ve Sayı: 04.07.2022-405835



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :E-50200903-199-405835
Konu :Fatma Atkan'ın tez çalışması

04.07.2022

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programında eğitim gören Fatma ATKAN'ın HSGN 699 Doktora Tezi kapsamında "Menopoz Sürecinde Yaşanan Değişimlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Müdahalenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi" isimli tez araştırmasını Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında adı geçen anabilim dalı başkanlığından alınan 30.06.2022 tarihli, 422884 sayılı yazı, Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün 24.06.2022 tarihli, 418996 sayılı yazısı ile söz konusu Enstitü Müdürlüğü'nün 17.06.2022 tarihli, yazısı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Emine Elif GÜZEL MEYDANLI
Dekan V.

Ek-17

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSM1FTZSC3

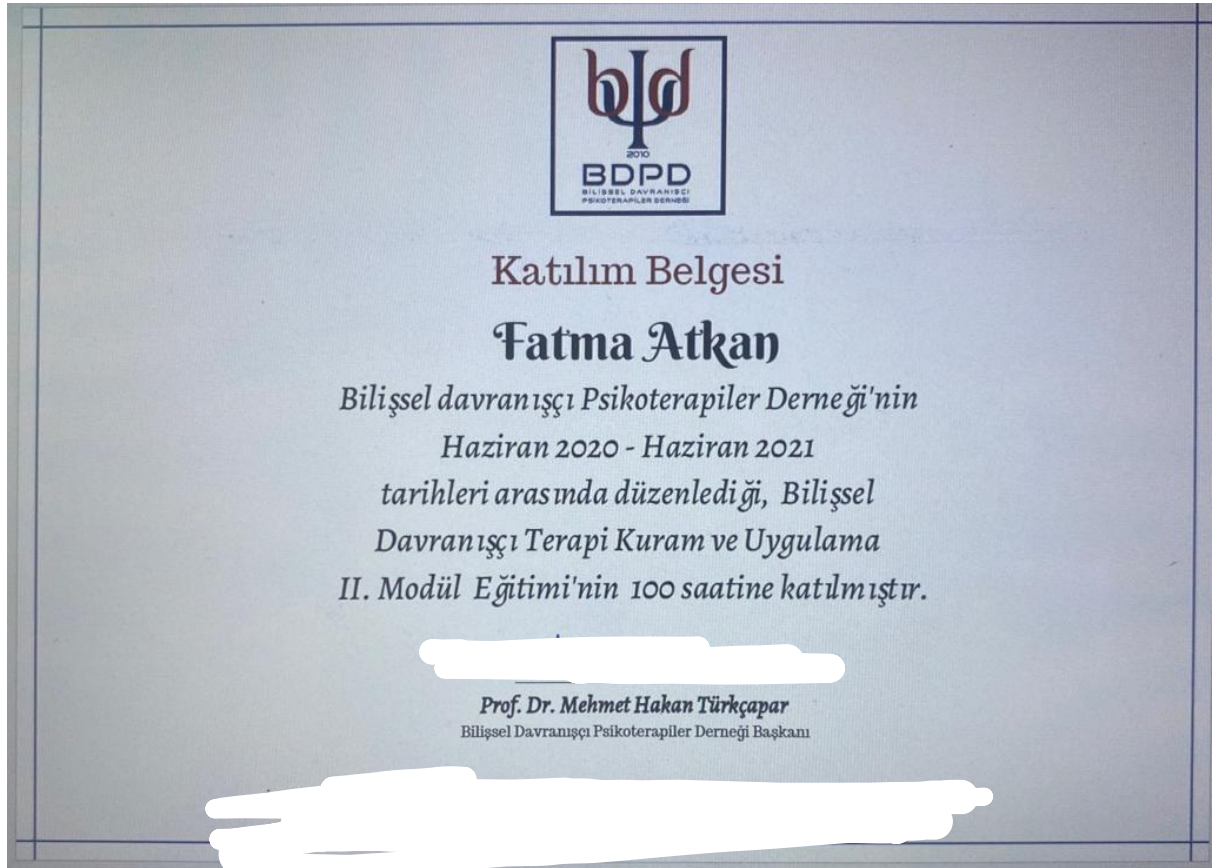
Belge Yayıp Adresi: <http://www.tskbye.gov.tr/istanbul-universitesi-cerrahpasa-oby>

Alınan Tarih: 04.07.2022

Bilgi için: Melek BÜYÜKZİLELİ
Dahili: 60205

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 14. Araştırmacı Eğitim Yetkinlik Belgesi 1



EK 14. Araştırmacı Eğitim Yetkinlik Belgesi 2



Katılım Belgesi

Sayın **Fatma Atkan**

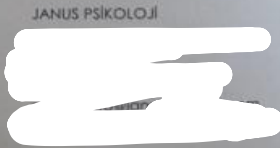
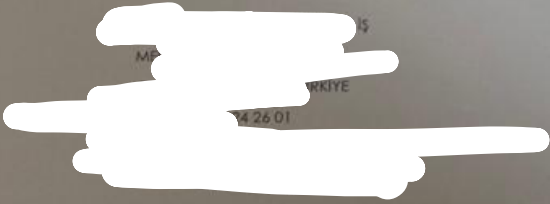
Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin Janus Psikoloji iş birliği ile Eylül 2019 - Mart 2020 tarihleri arasında düzenlediği 50 saatlik Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimine katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: Bilişsel terapinin kuram ve ilkeleri, bilişsel davranışçı kişilik kuramı, depresyon, panic bozukluk, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, sınav anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozuklukların bilişsel davranışçı kuram ve terapileri, travma sonrası stres bozukluğu için BDT)



Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı



Belge No: TE3-17/2019; 29.02.2020 tarihinde hazırlanmıştır.

EK 14. Araştırımcı Eğitim Yetkinlik Belgesi 3



Katılım Belgesi

Sayın **Fatma Atkan**

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği tarafından Esse Psikoloji
İşbirliği ile Eylöl 2020 – Kasım 2020 tarihleri arasında dőzenlediđi
Beceri Kazandırma ve Sőpervizyon Uygulaması Eğitimi'ne 30
saat katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: Sorun Saptama, Amaç Belirleme, Bilişsel Modeli
Sunma, Gőndem Belirleme, Kesitsel Formőlasyon Yapma, Dőřőnceye Mődehale
Etme, Ödev Dőzenleme, Davranış Deneyleri, Maruz Bırakma Programlama,
Derine İnme, İnançları Saptama, Değiştirme, Alternatif İnanç Geliştirme.)

Prof. Dr. M. Hakan Tőrkçapar

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı

Belge No:2020/56

ANKARA - TURKEY